www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

TRAVAUX PRATIQUES

www.libtool.com.cn

D'OBSTÉTRIQUE

ET DE

GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉS PAR MM.

FANCOURT BARNES
Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève
Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI
Prof. de Gynécologie à l'Université de Gênes.

LUTAUD
Médecin-Adjoint de Saint-Lazare,
Membre fondateur de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.

PARIS
MALOINE, LIBRAIRE - ÉDITEUR
21, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 21
—
1898

www.libtool.com.cn

BOSTON MEDICAL
JUN 19 1903
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 19 1903
E. H. B.

PRINCIPAUX TRAVAUX

CONTENUS DANS CE VOLUME

(*Voir la table alphabétique à la fin du volume.*)

Gynécologie.

Le traitement chirurgical des rétrodéviations utérines, par le Dr Paul Reynier, chirurgien des hôpitaux de Paris. 13

Traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme, par le Dr Marmonier..... 16

Des indications des tiges intra-utérines, par le Dr Pichevin..... 19

Traitement non opératoire des lacérations du col, par le Dr Lutaud, médecin de Saint-Lazare..... 25

De l'hystothérapie appliquée aux troubles fonctionnels du système féminin, par le Dr Jouin..... 43

Etiologie des métrorrhagies rebelles (angiosclérose), par le Dr Paul Petit..... 52

Traitement du prolapsus génital chez la femme, par le Dr Paul Petit..... 65

Diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'annexité, par le Dr Lutaud..... 137

Traitement de l'anus vulvaire congénital, par le Dr Paul Petit..... 126

Traitement du prolapsus utérin, par le Dr Pichevin..... 146

Sur le diagnostic de l'appendicite chez la femme, par M. le Dr Richelot, chirurgien des hôpitaux de Paris..... 155

Extirpation des ovaro-salpingites par la voie vaginale, par le Dr Pichevin..... 162

Influence de la blennorrhagie sur les fonctions génitales de la femme, par M. le professeur Lebedeff..... 186

Amputation du col utérin par un nouveau procédé, par M. le Dr Pichevin..... 187

Le sein hystérique, par M. Gilles de la Tourette..... 229

Vaginisme avec orgasmes vénériens, par MM. Petit et Vallon..... 293

Traitement des affections de l'utérus par l'oxychlorure d'argent par le Dr Boisseau du Rocher..... 305

Rapidité de reproduction de la muqueuse interne après le curetage, par le Dr Rossi. 313

Traitement de l'endométrite par les vapeurs de Brome, par le Dr Nitot..... 335

Fibrome œdémateux simulant un kyste de l'ovaire, par le Dr Pichevin..... 340

Psychologie des rapports sexuels, les paralysies post-paroxystiques, par M. le Dr E. Féré..... 356

Obstétrique.

De la résistance anormale de l'utérus à la provocation de l'accouchement, par M. le Dr Charles Lucas..... 35

Quelques considérations sur les avortements criminels, par le Dr Lutaud..... 5

Emploi du sérum artificiel dans les hémorrhagies post-portum, par le Dr Olivier,

chef de service à la policlinique..... 76
Questions médico-légales relatives à l'avortement..... 87
Observation d'une femme qui accouche sans douleurs, par le Dr Charpentier..... 142
Sur le diagnostic médico-légal de l'accouchement, par M. le Dr Vidal..... ... 166
Insertion vélamenteuse du cordon, par M. le Dr Porak accoucheur des hôpitaux... 175
Rupture sous péritonéale dans des cas de présentation de l'épaule, par M. le Dr Tissier, accoucheur des hôpitaux..... 176
Traitement de l'avortement incomplet, par M. le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux..... 189
Grossesse et kystes hydatiques du foie, par M. le Dr Tissier..... 202
Grossesse gemellaire univitelline, par M. le Dr Maygrier, accoucheur des hôpitaux... 208
Grossesse gémellaire à circulation dépendante, par M. le Dr Porak..... 215
La symphyséotomie dans la clientèle civile, par M. le professeur Charles 279
Anatomie pathologique de la mole hydatiforme, par M. le Dr Durante..... 279
De l'éclampsie post-partum, par M. Maygrier..... 266
Les tumeurs fibreuses compliquant l'accouchement, par M. le Dr Maygrier..... 315
L'obstétrique en médecine légale. Affaire Laporte..... 325
Traitement de l'avortement, par M. le Dr Maygrier..... 246
Recherches sur la circulation maternelle du placenta, par le professeur Delore, de Lyon..... 255
Rétrécissement transversal du bassin chez les rachitiques, par M. le Dr Fournier 269
Traitement de l'éventration consécutive à la grossesse, par M. le Dr Doléris..... 344

Pédiatrie.

Traitement de la gastro-entérite des nourrissons, par M. le Dr Marfan, médecin des des hôpitaux..... 234
Hystérie infantile et suggestion hypnotique, par M. le professeur Joffroy..... 271

A NOS LECTEURS

7227

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 10 1908

www.libtool.com.cn

Nous devons d'abord remercier nos lecteurs du concours qu'ils nous ont prêté depuis la fondation de ce *Journal* qui compte maintenant parmi les plus anciens.

Nous avons voulu faire mieux et nous avons élargi le cadre de notre publication en lui donnant un caractère pratique et international. C'est ainsi que nous nous sommes assuré le concours des gynécologues les plus connus et les plus sympathiques : MM. les professeurs Fancourt Barnes, de Londres, Cordès, de Genève et Bossi, de Gênes. Les noms de ces savants, si justement estimés, est la meilleure garantie que nous puissions offrir à nos lecteurs.

Tout en élevant le niveau scientifique de notre *Revue*, nous avons cependant tenu à lui conserver le caractère essentiellement pratique qui convient à des lecteurs plus souvent absorbés par les travaux de la clientèle que par ceux du laboratoire.

Nous nous souvenons que, si la *gynécologie* et *l'obstétrique* sont des spécialités, elles ne constituent pas un monopole. Tout médecin doit être au courant des progrès de ces branches importantes de l'art de guérir, qu'il exerce à la ville ou à la campagne.

C'est pour cette raison que nous avons modifié notre titre et donné le nom de *Revue pratique* à un recueil destiné à être compris par tous et que nous avons intercalé dans ce numéro plusieurs formules et articles de thérapeutique appliquée.

La Rédaction.

AVIS A NOS ABONNÉS

L'échéance de janvier étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement est expiré à cette date, de nous envoyer le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité. On peut envoyer le montant de l'abonnement en timbres-poste. Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée dans le courant de février, augmentée de 50 c. pour frais de recouvrement.

Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1896 à nous les réclamer **avant le premier Mars**. Ils seront envoyés à titre gracieux

Recommandées par les Sommités médicales contre la

CONSTIPATION HABITUELLE

Elles ne donnent ni coliques ni nausées ni diarrhée, car

elles sont préparées avec un extrait de CASCARA privé

PAR UN PROCÉDÉ SPÉCIAL

de l'Huile essentielle (Principe âcre), *et des Résines* (Principe drastique).

PILULES DE CASCARA MIDY

2f50 le Flacon, Pharmacie MIDY, 113, Faubg Saint-Honoré, Paris

ET TOUTES PHARMACIES

SAVONS MÉDICINAUX de Ad MOLLARD

JOUBERT, *Pharmacien de 1re Classe, Successeur*

PARIS, 23, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.

SAVON *Phéniqué*... à 5 °/o de Ad MOLLARD 12f

SAVON *Boraté*..... à 10 °/o de Ad MOLLARD 12f

SAVON au *Thymol*.. à 5 °/o de Ad MOLLARD 12f

SAVON à l'*Ichthyol*. à 10 °/o de Ad MOLLARD 24f

SAVON *Borique*.... à 5 °/o de Ad MOLLARD 12f

SAVON au *Salol*..... à 5 °/o de Ad MOLLARD 18f

SAVON au *Sublimé* à 1 °/o ou 10 °/o de Ad MOLLARD 18f ou 24f

SAVON *Iodé* (Kl — 10 °/o).. de Ad MOLLARD 24f

SAVON *Sulfureux* hygiénique de Ad MOLLARD 12f ou 24f

SAVON au *Goudron* de Norwège de Ad MOLLARD 12f

SAVON *Glycérine*..... de Ad MOLLARD 12f

LES SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC 35 °/o à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

Ferme d'Arcy-en-Brie (S.-&-M.)

LAITS PURS

LAIT MATERNISÉ Procédé Gaertner. Alimentation des nouveau-nés. Remplace le lait de femme.

LAIT STÉRILISÉ Conservation, garantie parfaite.

LAIT PHOSPHATÉ Obtenu par la nourriture spéciale de la vache.

M. NICOLAS (O✻), 22, r. Paradis, Paris

ENVOI NOTICE SUR DEMANDE

EXPÉDITIONS EN PROVINCE

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

Librairie MALOINE, 21, Place de l'École-de-Médecine

VIENT DE PARAITRE :

LA PRATIQUE DES MALADIES INFANTILES

Formules, pratique, technique, leçons cliniques empruntées à la pratique des HOPITAUX DE PARIS

Recueil mensuel publié sous la direction du Dr **E. PÉRIER**

Un cahier de 32 pages. — **Abonnement annuel : 6 fr.**

LE FORMULAIRE

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Le Formulaire paraît tous les Mois et donne les formules nouvelles et une Revue thérapeutique sur les Médicaments nouveaux

PRIX DE L'ABONNEMENT : **3 FRANCS**

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

FONDÉE PAR LE PROFESSEUR **PAJOT**

Les BULLETINS et MÉMOIRES paraissent après chaque séance et contiennent le compte rendu *in extenso* des Procès-Verbaux des séances et des Mémoires de la Société

ABONNEMENT : UNION POSTALE : **8** FRANCS

Envoi franco d'un n° sur demande adressé à M. MALOINE, éditeur, 21, Place de l'Ecole-de-Médecine, Paris

OBSTÉTRIQUE

www.libtool.com.cn

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES AVORTEMENTS CRIMINELS.

Nos lecteurs ont été tenus au courant par les journaux quotidiens de cette affaire sensationnelle. Comme vraisemblablement elle se terminera devant la Cour d'assises nous n'en reparlerons que lorsque nous aurons entre les mains des documents précis et concluants.

Nous désirons simplement aujourd'hui appeler l'attention de nos confrères sur quelques généralités se rapportant à l'avortement criminel et aux difficultés que cette question peut présenter dans la pratique.

Déjà, à propos de l'affaire Laffite qui a beaucoup occupé l'opinion publique en 1893, nous disions : « La question de l'avortement criminel intéresse le corps médical tout entier, et il n'est pas de praticien, quel que soit le rang qu'il occupe dans la hiérarchie médicale, qui ne puisse être poursuivi, emprisonné et condamné sur la simple dénonciation d'une prostituée ou de tout autre individu ayant intérêt à le perdre. »

Tous les médecins qui exercent dans les grandes villes savent que l'avortement délictueux (nous n'osons dire criminel, tellement est grand le nombre des cas) est extrêmement fréquent. On peut dire que, pour certaines sages-femmes, il constitue le principal revenu. Il n'est pas de demi-mondaine qui ne se soit fait avorter plusieurs fois et il existe également un grand nombre de femmes *honorables* (?) qui ont recours à divers procédés lorsqu'elles ne veulent pas d'enfants ou lorsque leur progéniture a atteint le chiffre qu'elles ne veulent pas dépasser.

Nous n'irons pas jusqu'à dire que le mari qui pratique le coït fruste commet un avortement, mais il est déjà coupable parce qu'il se livre à une fraude destinée à empêcher la conception ; il pèche par intention.

La femme elle-même qui se précipite sur son bidet après avoir reçu le « bol spermatique » pour se faire une injection de sublimé ne commet-elle pas un avortement ?

Le pharmacien n'est-il pas consulté tous les jours par des femmes qui ont des retards dans leurs règles ? Que celui qui n'a jamais vendu un flacon d'apiol jette la première pierre à cet apothicaire criminel ?

Mais revenons sérieusement à la question. L'avortement est si fréquent qu'il est impossible d'établir sur ce sujet aucune statistique et que le parquet ne poursuit que lorsqu'il y a un accident fatal, preuve évidente, et que la répétition de l'acte incriminé indique que son auteur en fait un véritable métier.

En Allemagne l'avortement constitue une véritable industrie et les coupables y sont presque sûrs de l'impunité parce que la condamnation ne peut avoir lieu que s'il existe un *corps de délit*. A New-

www.libtool.com.cn

York le chiffre des enfants mort-nés et expulsés avant terme prouve la fréquence de l'avortement. Pour une population de 76.000 habitants en 1805 on ne comptait dans cette ville que 35 mort-nés; en 1890, sur une population de 800.000 habitants, on en comptait près de 4.000.

En France, et surtout à Paris, l'avortement provoqué est extrêmement fréquent. Tous les médecins et surtout les gynécologues le savent. Il ne se passe pas de jours sans que le parquet reçoive des dénonciations. Il n'en tient le plus souvent aucun compte pour diverses raisons. La plus importante est qu'il est le plus souvent impossible d'établir le corps du délit, c'est-à-dire de montrer au jury le produit de la conception, seule preuve d'un avortement ; la seconde est qu'il est impossible, au bout de quelques jours, de prouver par un examen qu'une femme a fait une fausse couche.

En effet, les symptômes de l'avortement criminel n'ont rien de caractéristiques. Dans la plupart des cas, la femme éprouve, au moment de l'opération ou peu d'instants après, une vive douleur, soit dans les reins, soit dans un point de l'abdomen. Une hémorragie plus ou moins abondante survient presque immédiatement, surtout lorsqu'il y a eu ponction de l'utérus. On observe ensuite des nausées, des vomissements, un écoulement de sang et de liquide amniotique qui annoncent le commencement du travail. L'expulsion a lieu, le fœtus est jeté dans les latrines et tout est dit. Tous ces symptômes ne diffèrent guère de ceux de l'avortement spontané.

L'attention n'est appelée sur cet ensemble de faits que lorsqu'il y a des complications ; mais encore ces complications peuvent se présenter chez les femmes les plus honorables et qui n'ont été l'objet d'aucune manœuvre coupable.

Il est cependant bon de savoir que l'avortement provoqué donne plus souvent lieu à des complications que lorsqu'il a lieu spontanément.

Il suffit, pour montrer le danger des manœuvres abortives coupables, de rappeler que sur 116 cas d'avortement criminel exactement observés, 60 ont été suivis de mort, tandis que sur 26 avortements pratiqués légalement, selon les règles de l'art, on n'a observé aucun incident grave.

L'hémorragie, la métro-péritonite et la perforation de l'utérus sont les plus redoutables complications de l'avortement, et ce sont ces suites qui font découvrir le crime dans un bon nombre de cas. Mais le plus grave et le plus fréquent accident qui complique l'avortement criminel est la rétention des membranes dans l'utérus qui détermine la septicémie et dont les conséquences peuvent se manifester plusieurs jours et même plusieurs semaines après, alors que la femme semblait hors de danger.

Il est encore un signe médico-légal assez important qui permet à un clinicien de suspecter des manœuvres criminelles. Il a été signalé par M. le Dr Le Blond à la *Société de médecine légale* en 1896.

L'avortement spontané qui survient pendant les trois premiers mois de la grossesse se fait généralement *en bloc*, c'est-à-dire que l'embryon est expulsé entouré de ses membranes intactes. Lorsque l'avortement a lieu en plusieurs temps on peut, avec quelque raison, élever quelque suspicion. Il faut néanmoins être très circonspect sur ce point ; j'ai observé un grand nombre de fausses couches spontanées vers le deuxième mois de la grossesse, l'embryon a été expulsé en plusieurs fragments.

Au point de vue médico-légal il importe de préciser autant que possible l'intervalle qui s'est écoulé entre les manœuvres abortives et l'expulsion de l'œuf. Sur 34 cas d'accouchement provoqué, Orfila avait noté que le minimum de temps écoulé entre l'opération et l'expulsion était de treize heures et demie et le maximum de 6 jours. Tardieu, qui a observé un nombre considérable d'avortements produits par des manœuvres criminelles directes, formule l'opinion suivante : « Je considère, dit cet auteur, comme rares les cas où la date de l'expulsion du fœtus a été de six, sept, huit ou onze jours. »

Le maximum et le minimum du temps écoulé entre l'opération et la consommation de l'avortement varient donc de cinq heures à onze jours ; mais, je le répète, le résultat est obtenu le plus souvent à la suite des manœuvres criminelles dans les quatre premiers jours.

« S'il s'agit, dit encore Tardieu, du procédé fréquemment employé aujourd'hui, de l'injection intra-utérine, les choses marchent plus vite encore. Après une seule injection, si elle a réellement pénétré dans la cavité de la matrice, les contractions de l'organe commencent très vite et peuvent provoquer l'expulsion en quelques heures. Je ne l'ai pas vue au delà de dix-huit heures et, dans deux cas, je l'ai vue accomplie en 6 ou 8 heures. »

Nous ne saurions partager entièrement l'opinion de Tardieu, et nous pensons que le temps qui sépare les manœuvres abortives de l'expulsion complète du produit peut être beaucoup plus long. Il suffit, pour appuyer cette opinion, de constater les phénomènes qui accompagnent l'avortement spontané. Dans ces cas la délivrance peut survenir plusieurs semaines après l'expulsion du fœtus.

L'avortement peut-il être pratiqué accidentellement par le médecin pendant le cours d'un traitement sans que celui ci ait soupçonné la grossesse ?

C'est là une question d'une importance capitale à laquelle il est impossible de répondre autrement que par l'affirmative.

Oui, les médecins, même les plus expérimentés, provoquent souvent des fausses couches, et cela sans la moindre intention coupable et sans qu'on puisse même les accuser de légèreté.

Les avortements produits *accidentellement* par des médecins seraient encore bien plus nombreux si l'utérus gravide ne présentait pas une tolérance vraiment extraordinaire pour les corps étrangers.

Dans une communication faite à la *Société médicale du IX^e^ arron-*

dissement de Paris (voy. *Journal de médecine*, n° 28, juillet 1896), M. le Dr Ozenne a de nouveau appelé l'attention sur la *tolérance de l'utérus gravide*. Voici un résumé des faits rapportés par ce chirurgien :

« Sur une malade entrée à Saint-Lazare et que je croyais atteinte d'une métrite chronique, j'ai introduit l'hystéromètre flexible, dans la cavité utérine, mesurant 9 à 10 centimètres de longueur ; j'ai placé à demeure une tige de laminaire qui a pénétré avec la plus grande facilité. Le lendemain, la malade parvint à se dérober à la visite du spéculum, et ce ne fut qu'au bout de 48 heures que la tige fut retirée.

A ce second examen, quelques symptômes me firent douter de mon premier diagnostic et penser à une grossesse ; la dilatation, qui avait dû être minime, ne fut pas continuée et aucun accident ne se produisit. Quelques jours plus tard la malade sortait de Saint-Lazare et, quatre mois après, elle y rentrait pour expulser un fœtus de six mois environ, victime de la liberté accordée à sa mère. »

Chez une autre malade, M. Ozenne a pu extraire un polype intra-utérin et pratiquer une injection dans la matrice sans entraver une grossesse de quatre mois, dont il ignorait l'existence, et qui a continué son cours sans interruption et sans accidents.

M. le Dr Olivier a rapporté, à la même Société, un fait qui montré que le médecin peut inconsciemment pénétrer dans l'utérus et provoquer l'avortement sans qu'on puisse en rien incriminer sa bonne foi.

« J'ai été appelé, dit notre confrère, à donner mes soins dans une fausse couche. La patiente avait une hémorrhagie et présentait un utérus du volume indiquant une grossesse de trois mois et demi. L'orifice était déjà bien ouvert et le doigt arrivait facilement sur l'œuf.

Le lendemain, cette femme avortait. Or, elle était enceinte pour la dixième fois.

C'était la quatrième fausse couche qu'elle faisait. Cette dame était depuis quelque temps déjà soignée par un électricien qui lui faisait de la faradisation intra-utérine. Elle avait un utérus volumineux et perdait beaucoup aux époques. Un jour, ne voyant pas venir ses règles, elle n'avertit pas l'électricien qui continua d'introduire l'électrode bipolaire au fond de l'utérus pendant 7 semaines. A ce moment, il s'aperçut que l'utérus devenait plus volumineux. Le mari avait laissé faire, car il ne croyait pas qu'avec ce traitement sa femme pût devenir enceinte. Néanmoins le fœtus avait été tué et la femme avortait à 3 mois 1/2. Il est intéressant de constater que la faradisation intra-utérine avait permis à la grossesse d'aller jusqu'à cette époque. »

Les faits de ce genre sont tellement nombreux qu'il serait superflu de multiplier les citations qui démontrent qu'un bon nombre d'avortements sont provoqués par des médecins qui appliquent cons-

www.tiptool.com.cn

ciencieusement le traitement qui convient à la maladie qu'ils croient avoir diagnostiquée. Or on sait que rien n'est plus incertain que les signes de la grossesse pendant les trois premiers mois. Rien ne ressemble plus à une tumeur qu'une grossesse et un bon nombre de femmes, sans vouloir tromper le médecin, vont le consulter pour des malaises qui sont dus à la présence d'un œuf ignoré. L'erreur est d'autant plus admissible que la menstruation est souvent constatée pendant les premiers mois de la grossesse.

Grossesses prises pour des tumeurs. — Les laparotomies pratiquées sur des femmes enceintes qu'on croyait atteintes de fibromes sont moins rares qu'on ne le croit.

Voici un fait qui s'est passé dans un hôpital de Paris en 1894. Un chirurgien de cet hôpital, clinicien habile et instruit, s'en rapporte souvent à ses élèves et à son chef de clinique pour la préparation des malades à opérer. Il arrive un matin, jour d'opérations. Parmi les cas à opérer se trouve un fibrome volumineux. Sa malade est anesthésiée, l'incision abdominale est faite, l'utérus mis à nu.

Oh surprise ! Cet utérus est magnifiquement arrondi et contient du liquide ; plus de doute à avoir : on est en présence d'une grossesse. Il est trop tard pour reculer et on fait l'hystérectomie. On trouve dans la matrice un fœtus d'environ quatre mois. Le chirurgien pense qu'il s'agit d'un fœtus macéré ayant séjourné longtemps dans la cavité utérine. On met le petit fœtus dans un bocal d'alcool. La surprise devient de la stupéfaction lorsqu'on voit le petit bonhomme « gigotter » sous l'influence de ce bain stimulant.

On avait donc pris une grossesse pour une tumeur et provoqué un avortement !

Ce fait, que nous avons reproduit dans le *Journal de médecine* (n° 51, 1894), nous en rappelle un autre que nous avons publié dans le même numéro ; voici dans quels termes :

« Nous étonnerons nos jeunes confrères en leur disant que ces méprises ne sont pas rares. Tout est possible comme erreur de diagnostic, surtout lorsqu'il s'agit de chirurgie abdominale. Nous allons à ce propos leur rappeler un fait qui s'est passé dans une grande ville. Si le Midi se trompe, Paris peut bien aussi se tromper.

« Il y a quelque dix ans un chirurgien bordelais, fort distingué du reste, fait une laparotomie pour une énorme tumeur fibreuse en présence de tous ses élèves. La masse est enlevée, l'hémorrhagie tarie, le moignon cautérisé et l'abdomen suturé. Puis la malade est remise au lit.

Le tout s'étant fort heureusement passé, le chirurgien vient examiner et autopsier sa tumeur, qui avait été jetée dans un coin de la salle d'opération. Il pratique une section ; mais, oh surprise ! une immense quantité de liquide amniotique s'échappe et on voit apparaître un superbe bébé de six mois qui ne demandait qu'a vivre. La mère et l'enfant se portent bien. »

Voilà un fait authentique qui tient peut-être le record parmi les erreurs de diagnostic, toujours possibles en matière de pathologie abdominale lorsque la grossesse vient compliquer des tumeurs préexistantes.

Quelle doit être l'attitude du médecin qui est appelé à soigner une fausse couche provoquée ?

Nous avons dit plus haut que les avortements provoqués donnaient souvent lieu à des complications graves, même lorsque les auteurs du délit ont agi avec prudence et se sont contentés d'une simple injection intra-utérine. Le plus fréquent est la rétention placentaire. L'œuf est crevé par l'opérateur coupable, le petit fœtus est expulsé ; la femme croit que tout est terminé. Au bout de deux ou trois jours survient un frisson, la température monte à 40° ou 41° ; c'est alors qu'on envoie chercher le médecin ordinaire de la famille.

La malade affolée perd la tête, et avoue souvent à celui-ci, qu'elle a été voir une sage-femme qui a consenti à intervenir. Il y a souvent autour d'elle des parents, un mari qui ignorent la nature du mal. Que doit faire dans ce cas le médecin ?

Nous n'hésitons pas à déclarer immédiatement qu'il doit faire son possible, non seulement pour sauver la femme du danger matériel qu'elle court, mais aussi du danger moral.

Neuf fois sur dix une femme qui a fait une fausse couche et présente des accidents septiques n'a pas expulsé son placenta. Il faut donc pratiquer au plus vite la délivrance artificielle par le curetage ; on trouvera dans les traités spéciaux le *modus operandi*.

Mais il faut agir avec la plus grande circonspection, non seulement pour sauver l'honneur de la malade, mais aussi pour sauvegarder sa propre réputation. Il faut bien savoir qu'il arrive parfois que le médecin, appelé pour réparer les dégâts provoqués par une main coupable, peut être injustement accusé d'être l'auteur du délit.

Cette accusation peut provenir non seulement de l'entourage, mais aussi de la malade elle-même qui, revenue à elle et complètement tirée d'affaire, trouve plus simple de porter contre son médecin une odieuse accusation que de lui payer des honoraires.

On se souvient de l'affaire du Dr Laffitte qui fut accusé, emprisonné et condamné sur la simple dénonciation d'une fille à laquelle il réclamait 17 fr. 50 d'honoraires.

Quel est donc le médecin qui peut se dire à l'abri d'une pareille aventure, puisqu'il a suffi de la déclaration d'une fille pour mettre en mouvement tout le redoutable appareil de la justice et ruiner l'homme le plus honorable.

Tous les médecins, et plus particulièrement les gynécologues, savent qu'il se commet un grand nombre d'avortements criminels dans les villes comme dans les campagnes. Quel est donc celui qui n'a pas été sollicité par une femme à « lui faire couler son enfant » ? Il refuse, mais l'intéressée ne se donne pas pour battue et arrive

souvent par trouver une sage-femme qui fait l'opération nécessaire ! Qu'arrive-t-il alors bien souvent ? Des complications se produisent, le placenta reste dans l'utérus et on nous appelle auprès de la malade en détresse.

Nous avons exposé les raisons qui ne permettent pas de refuser notre concours. Le médecin se trouve donc appelé à soigner une fausse couche qui a été provoquée ; comment pourrait-il établir son innocence s'il était accusé d'avoir provoqué lui même l'avortement ? Son cas serait presque celui de M. Laffite, puisqu'il y aurait, outre les déclarations accusatrices, des preuves à l'appui : fœtus, placenta, etc.

J'irai plus loin et je dirai : quel est donc le médecin gynécologue qui est sûr de n'avoir jamais produit involontairement une fausse couche ? On sait que l'hystéromètre est couramment appliqué aujourd'hui comme moyen de diagnostic et de traitement ; aucune exploration gynécologique n'est complète sans le cathétérisme. On a beau prendre des précautions, interroger la femme, s'assurer soi-même si les règles existent, l'erreur est encore possible non seulement parce que la femme a pu devenir enceinte à l'insu du médecin depuis son dernier examen, mais encore parce que certaines femmes sont réglées pendant les premiers mois de leur grossesse. La question est trop complexe, pour être longuement discutée ici, mais elle montre jusqu'à l'évidence le péril qui menacerait le corps médical si les déclarations d'une femme, d'un amant affolé, étaient suffisantes pour établir une accusation d'avortement.

Les femmes sont du reste beaucoup plus versées qu'on ne croit sur les instruments gynécologiques et les manœuvres abortives, même celles de la campagne.

Il a été démontré à la Société de médecine légale qu'une femme peut pratiquer l'auto-avortement et je possède moi-même deux observations authentiques dans lesquelles l'avortement a été pratiqué par des femmes elles-mêmes qui avaient parfaitement su se procurer un hystéromètre ou le remplacer par un instrument analogue. Il y a un nombre considérable d'individus étrangers à la profession médicale qui savent employer le spéculum et introduire une sonde utérine et le nombre des avortements criminels ainsi pratiqués est, à mon avis, beaucoup plus considérable qu'on ne le croit.

Il y a quelques années, j'étais appelé auprès d'une femme en train de faire une fausse couche. J'interroge le mari qui ne fit aucune difficulté à m'avouer être l'auteur du délit ; il me montra même un long stylet en bois dont il s'était servi.

Le public est trop initié aujourd'hui aux choses de la médecine ; il se procure les ouvrages classiques, les commente, en tire des déductions ; la presse extra-médicale le tient au courant, publie les comptes rendus de l'Académie de médecine. Nous avons trop sou-

www.libtool.com.cn

vent fait sentir à nos lecteurs les inconvénients d'un tel système ; nous ne pouvons que nous en plaindre platoniquement.

Législation pénale contre l'avortement. — Il nous reste encore un mot à dire sur la législation qui est surannée et nullement en rapport avec l'état actuel de la science. Voici les articles du Code pénal qui visent l'avortement :

Code Pénal. *Art. 317.* — « Quiconque par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.

La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. »

Les législateurs du siècle dernier qui ont rédigé ces articles avaient surtout en vue la vente et l'ingestion des substances alors réputées comme abortives. Or, on sait aujourd'hui que la plupart de ces substances avaient usurpé leurs prétendues propriétés. Quel est donc le médecin qui croit aujourd'hui aux propriétés abortives de l'ergot de seigle, de l'apiol, de l'iodure de potassium, de l'absinthe, de l'armoise, du safran, de l'aloës, de l'if, de la sabine ? La rue, dont Hélie avait vanté l'action élective sur l'utérus, ne peut être considérée comme produisant l'avortement. C'est un toxique dont les désordres se manifestent aussi bien sur l'estomac que sur l'utérus. On en est encore à démontrer les propriétés abortives de cette substance.

Il est absurde d'établir une pénalité pour la femme qui aura tenté de se procurer l'*avortement à elle-même*, en avalant quelque drogue réputée abortive.

Il n'est pas jusqu'à la pénalité dont l'excessive rigueur a pour résultat de faire hésiter le parquet à poursuivre dans un bon nombre de cas où il craint qu'un jury n'acquitte les coupables en présence de l'énormité de la peine.

Adjuger dix ou vingt ans de travaux forcés à un individu pour une faute qui est si souvent commise impunément, cela peut paraître raide à quelques jurés indulgents.

A. Lutaud.

www.libtool.com.cn

GYNÉCOLOGIE

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES,

Par M. le Dr Paul Reynier,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Lorsqu'on parle des rétrodéviations utérines, il me paraît tout d'abord indispensable de distinguer les rétroversions des rétroflexions.

La pathogénie, la symptomatologie, le traitement de ces deux ordres de déplacements, sont en effet tout à fait différents, et font deux lésions qu'on ne saurait, comme on le fait trop souvent, décrire dans un même chapitre.

La rétroversion est symptomatique de lésions bénignes, la rétroflexion de lésions beaucoup plus sérieuses.

Avec intention, je dis que ces déviations sont symptomatiques.

Je suis, en effet, de l'avis formulé par mon cher Maître Gosselin, par Mathiews Duncan, par Vedeler, que les déviations utérines ne constituent pas par elles-mêmes une lésion, mais sont symptomatiques de lésions qui les produisent.

Ceci est surtout vrai pour la rétroflexion.

La rétroversion ne se rencontre généralement chez la femme qu'après l'accouchement ou chez la femme dont le système musculaire est flasque ; chez celles qui sont destinées au prolapsus.

C'est la même cause qui produit le relâchement des soutiens de l'utérus, ligaments ronds, releveur de l'anus. Par suite, en présence d'une rétroversion, pour faire œuvre utile, il faut s'occuper de la lésion qui la produit.

Il ne suffit pas de redresser l'utérus, ce qui se fait facilement dans la rétroversion, il faut le maintenir réduit. Il faut donc s'attaquer aux soutiens de l'utérus ; leur donner de la résistance ou les remplacer artificiellement ; pour les remplacer artificiellement, nous avons les pessaires, mais j'avoue que ces instruments, qui me paraissent d'un autre âge, m'ont toujours été pénibles à conseiller. Je ne peux me résoudre à faire porter à des femmes et surtout à des jeunes femmes ces anneaux qui ne se maintiennent qu'en agrandissant la cavité vaginale, en comprimant les organes voisins, et qui sont si difficiles à maintenir propres.

Pour combattre le relâchement du système musculaire, on peut le fortifier en essayant du massage, dont je ne parle qu'incidemment, n'ayant pas eu souvent l'occasion de l'employer. Toutefois j'ai vu une ou deux femmes qui ont paru s'en bien trouver.

Nous pouvons enfin raccourcir ce qui est trop lâche et dans ce cas nous avons l'opération d'Alexander qui s'adresse à un des moyens de soutiens de l'utérus, les ligaments ronds, et qui dans

un certain nombre de cas peut être suffisante, surtout si l'on s'assure que le plancher périnéal est intact ou si on le répare dans le cas contraire.

www.ibtool.com.cn

C'est évidemment l'opération la plus rationnelle que nous puissions proposer contre la rétroversion, nous supprimons ainsi cette sensation de pesanteur qu'accusent les femmes par le fait de la rétroversion, et la gêne dans le fonctionnement du gros intestin. Quant aux douleurs, ces douleurs étant dues à la métrite qui très souvent accompagne la rétroversion, elles disparaîtront si en même temps que le traitement de la rétroversion on fait celui de la métrite, curetage ou cautérisation.

Je repousse toutefois tous les procédés vaginaux pour la fixation de l'utérus ou par voie du vagin.

Je ne les comprends pas ; avec Trélat, je ne peux en effet admettre qu'on essaie de planter un clou dans une tenture mobile ; si ces procédés ont quelquefois réussi, c'est qu'ils déterminent des inflammations péri-utérines qui mobilisent l'utérus. Mais comment dans ce cas est-il immobilisé ? En antéflexion, c'est-à-dire qu'on a réussi à substituer une infirmité à une autre.

Pour les rétroflexions, elles sont symptomatiques, ainsi que je l'ai dit, de lésions plus sérieuses. Les rétroflexions sont dues à des lésions inflammatoires des annexes ou à des paramétrites, quelquefois très anciennes, laissant des adhérences qui fixent l'utérus en place.

La cause initiale de ces lésions est le plus souvent la métrite. Aussi les rétroflexions sont-elles symptomatiques de métrites et de lésions annexielles.

J'en parle, d'autant plus convaincu qu'à l'heure actuelle pour des rétroflexions je suis intervenu 31 fois :

4 fois en faisant une hystérectomie vaginale dans laquelle j'enlevais utérus et annexes, et 27 fois en faisant la laparotomie et hystéropexie ; or, dans tous ces cas, j'ai trouvé les lésions annexielles dont je viens de vous parler, et tous ceux qui feront dans ces cas de rétroflexions la laparotomie et qui regarderont comme moi à *cul* ouvert, arriveront à la même conviction et aux mêmes conclusions que moi.

Par conséquent toute opération qui ne s'adresse qu'à la rétroflexion me paraît irrationnelle, aussi irrationnelle que le serait le redressement d'une articulation fléchie par une arthrite, si en redressant cette articulation on ne s'occupait pas de l'arthrite.

C'est pourquoi l'Alexander indiqué dans la rétroversion cesse de l'être dans la rétroflexion. En raccourcissant les ligaments ronds, en les tirant, on amène en masse l'utérus restant fléchi et les annexes qui lui adhèrent intimement.

C'est ce qui m'est arrivé, c'est ce qui est arrivé au Dr Gérard Marchand. Les malades ont bien l'utérus redressé, vous leur fai-

www.libook.com.cn

tes disparaître les symptômes de compression rectale, mais quand on les examine bien, ils continuent à souffrir.

J'en ai eu à traiter pour des rétroflexions réduites par la méthode d'Alexander.

Je leur ai fait une laparotomie par laquelle je me suis rendu compte pourquoi ils souffraient encore. L'utérus restait fléchi, la flexion était maintenue par des adhérences très fortes qu'il m'a fallu couper au ciseau, et en le faisant, j'ai libéré les annexes qui étaient malades et que j'ai dû enlever.

La laparotomie me paraît en effet l'opération qui peut agir le plus efficacement contre ces lésions.

Elle permet seule de rompre facilement les adhérences, de traiter les annexes; en conséquence de redresser l'utérus et de le fixer en bonne position par l'hystéropéxie.

De plus ces laparotomies ne sont pas dangereuses, sur 27 cas je n'ai pas perdu une malade.

L'hystéropexie doit être toutefois complétée le plus souvent par un curetage pour remédier à la métrite qui a été la cause initiale, et qui persiste encore. Si dans 3 cas, j'ai fait encore avec succès l'hystérectomie, enlevant par cette voie l'utérus et les annexes malades, toutefois je ne saurais être partisan de cette opération qui peut quelquefois être beaucoup trop sérieuse ; les annexes n'étant souvent pas malades toutes les deux, et pouvant quelquefois être conservées.

On a en effet des ovaires kystiques qu'on peut ponctionner, des trompes encore perméables qu'on peut cathétériser.

Quant à la technique de l'hystéropéxie, je tiens à parler de la manière dont je la pratique.

Après avoir pendant quelque temps fixé le corps de l'utérus à la paroi en passant des fils de soie en plein dans le corps de l'organe, à l'heure actuelle j'ai renoncé à ce système de fixation ; j'ai remarqué en effet, que souvent malgré les précautions aseptiques prises, les fils de soie tendaient à s'infecter et à s'éliminer ; il en résultait une fistule de longue durée qui ne pouvait se fermer qu'après l'ablation du fil. Comme ces accidents survenaient un temps assez long après l'opération, alors qu'on croyait la malade guérie, il fallait bien admettre une infection secondaire de ces fils, d'autant plus compréhensible que ces fils avaient été passés dans un milieu septique. Il ne faut pas en effet perdre de vue que l'utérus atteint de rétroflexion est généralement le siège d'une métrite plus ou moins ancienne et que dans ces conditions l'asepsie du tissu utérin peut être suspecte.

Pour éviter cet accident je préfère à l'heure actuelle passer mes fils dans le ligament large, je les passe au-dessous de l'insertion utérine du ligament rond que je fixe de chaque côté à la paroi abdominale; dans ces conditions je n'ai plus vu mes fils s'éliminer et j'ai constaté que mon utérus se maintenait bien fixé.

DES TIGES D'ICHTYOL DANS LE TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE CHEZ LA FEMME (1),

www.nbuol.com.cn

Par le Docteur MARMONIER

Madame D.., âgée de 32 ans, est contaminée par son mari, et atteinte d'une uréthrite blennorrhagique depuis le 27 avril 1896. Elle se décide à venir me consulter le 2 juin.

Elle a été réglée à 14 ans, ses règles ont toujours été régulières, non douloureuses, et elle n'accuse aucune perte blanche dans l'intervalle. Les mictions ne sont pas douloureuses ; mais son linge continue toujours à être taché en jaune.

A l'examen, cette malade présente un écoulement uréthral assez abondant ; il existe en même temps de la vaginite ; les petites lèvres sont rouges et excoriées ; il existe en plus des érosions sur le col. Le traitement employé jusque-là a consisté en injections, en boissons rafraîchissantes et en injections vaginales faites d'abord avec de l'eau blanche, et ensuite avec de l'eau boriquée.

Ayant été témoin l'an dernier, à Saint-Lazare, des heureux résultats obtenus par notre distingué confrère M. Jullien dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme par les tiges d'ichtyol, je proposai à Madame D... et parvins, non sans peine, à lui faire accepter ce mode de traitement.

Dès le lendemain, j'introduisis chaque jour dans l'urèthre de ma malade une tige d'ichtyol, et dans le vagin un tampon ichtyolé (sauf durant la période cataméniale).

Le 25 juin, le pus contenait encore quelques gonocoques.

Le 7 juillet, tout écoulement avait disparu, ainsi que toute trace de vaginite. Le col était en bon état.

Ce mode de traitement par les tiges d'ichtyol n'est pas encore, je le crois du moins, appliqué dans la pratique courante. Il offre cependant de sérieux avantages. C'est pour cette raison qu'il m'a paru utile de rappeler le manuel opératoire qu'il exige. Ce manuel opératoire que je vais décrire est, du reste, celui-là même que M. Jullien a décrit dans sa communication au congrès de Rome en 1894.

« On se sert d'une tige métallique d'une longueur de 30 centimètres environ et droite, car l'urèthre de la femme décrit une courbure à concavité antérieure si légère qu'il permet l'introduction des instruments droits sans la moindre difficulté.

Une des extrémités de cette tige plus fine sur une longueur d'environ 8 à 10 centimètres, est creusée de nombreuses encoches et hérissée d'aspérités qui permettent à la ouate dont on va la garnir d'y adhérer fortement et de ne pas rester dans le canal lorsqu'on retirera l'instrument.

La femme étant couchée sur le lit à spéculum ou sur le bord d'un lit, les deux jambes écartées, l'opérateur introduit un doigt dans le

(1) *Marseille Médical*, 15 septembre 1896.

vagin, puis, la pulpe tournée en haut, il exerce une pression assez forte sur la cloison uréthro-vaginale en ramenant son doigt en dehors. Il fait sourdre ainsi au méat urinaire le pus contenu dans le canal et se rend compte du degré de la maladie et des effets du traitement. Puis, après avoir fait la toilette de la vulve et lavé soigneusement le vagin avec un liquide antiseptique, le doigt précédant toujours la canule et allant tendre et frotter les moindres replis de la muqueuse, il faut procéder à l'introduction de la tige.

Celle-ci, garnie d'un manchon de ouate à son extrémité rugueuse, est trempée dans le glycéré suivant :

Glycérine.....	5 grammes.
Ichtyol.....	1 gramme.

Puis, tenant la tige de la main droite comme un porte-plume, et, pour plus de sécurité, ayant le pouce et l'index sur l'extrémité du manchon de ouate, on l'introduit dans l'urèthre comme une sonde de femme pendant que la main gauche écarte les lèvres et met à découvert le méat urinaire.

Se rappelant la légère concavité de l'urèthre, si l'instrument, après avoir pénétré un peu, éprouve quelque difficulté à avancer, on abaissera légèrement le manche de la tige et celle-ci pénétrera sans difficulté dans la vessie.

L'ayant introduite d'environ six à sept centimètres, il faut avoir soin de presser vigoureusement sur tout le contour de la paroi uréthrale, de manière à bien déplisser la muqueuse, et à mettre le topique en rapport avec toute sa surface.

Ceci étant fait, il faut introduire dans le vagin un tampon imbibé du même topique. Il aura l'avantage de s'adresser à la vaginite, si vaginite il y a ; sinon, il s'opposera à l'infection de la muqueuse vaginale et à l'envahissement des organes génitaux supérieurs.

L'introduction du spéculum n'est pas nécessaire pour placer le tampon. On saisit celui-ci dans son sens le plus long entre les deux branches d'une forte pince, et, après l'avoir trempé dans le topique, on l'introduit directement dans le fond du vagin pendant que l'indicateur gauche déprime le périnée.

Au lieu d'une tige métallique, je me suis servi d'une tige en baleine, et après l'avoir entourée de ouate, j'avais enroulé un fil de façon à empêcher la ouate de s'échapper.

Pour retirer facilement le tampon, j'avais enroulé un fil en son milieu et je laissai pendre son extrémité en dehors du vagin ; je n'avais ensuite qu'à tirer doucement sur le fil pour retirer le tampon.

L'ichtyol, on le sait, possède des propriétés bactéricides assez accusées. De 1 à 10 pour 100, il a une action marquée sur le gonocoque qu'il fait disparaître de l'écoulement.

Le passage des tiges ne provoque aucune douleur ; il ne détermine qu'une sensation légère de prurit, de picotements, qui disparaît

assez vite. Leur emploi est donc facilement accepté par les malades.

www.lidiool.com.cn

L'ichtyol n'irrite pas la muqueuse, ainsi que le font certaines substances antiseptiques, par exemple le sublimé, le permanganate de potasse. Il ne détermine pas, comme elles, un écoulement muqueux, incolore, aseptique, consécutif à la blennorrhagie, qui persiste un certain temps, et qui peut redevenir purulent sous la moindre influence ; il ne provoque pas non plus cette nécrose épithéliale qui favorise le développement de nouvelles colonies de gonocoques, engendrés par ceux qui ont échappé au caustique, et qui constitue de nouvelles portes d'entrée par lesquelles pénètrent des agents pathogènes qui, charriés par le sang, vont produire des infections éloignées, endocardite, arthrite, etc. Les autres injections antiseptiques exercent la même action bactéricide, mais trop forte ou trop faible. Trop fortes, elles sont douloureuses, et atteignent la vitalité des cellules épithéliales ; trop faibles, elles n'atteignent souvent que les colonies superficielles des gonocoques ; mais, comme elles irritent néanmoins la muqueuse, elles peuvent contribuer dans certains cas à produire ces écoulements séreux dont je parlais tout à l'heure, et qui désarment parfois par leur ténacité.

L'ichtyol ne produit qu'une simple desquamation de l'épithélium, sans mettre la muqueuse à nu. Cette desquamation est favorable à la disparition des gonocoques blottis entre les cellules épithéliales, et qui sont expulsés avec les débris épithéliaux, au fur et à mesure que les couches profondes de l'épithélium sont devenues plus superficielles.

L'introduction des tiges d'ichtyol exerce en outre sur la muqueuse de l'urèthre une action mécanique des plus favorables. Par les mouvements d'avant en arrière et de rotation qu'on lui imprime, elle distend et efface les plis, presse sur les orifices glandulaires dont elle expulse le contenu, et met ainsi l'ichtyol en contact avec les moindres replis.

L'uréthrite chez la femme s'accompagnant le plus souvent de vaginite, le tampon d'ichtyol placé dans le vagin exerce sur les parois vaginales, qu'il distend et qu'il maintient séparées, une action antiseptique continue, s'oppose au développement des gonocoques, à l'infection ascendante de l'utérus, ainsi qu'à l'infection secondaire de l'urèthre par les microbes qui se rencontrent si souvent dans le liquide vaginal.

Lorsque la blennorrhagie s'accompagne de phénomènes inflammatoires aigus, congestifs, douloureux de l'utérus, ceux-ci sont heureusement et rapidement influencés par les tampons ichtyolés qui exercent une action analgésiante, résolutive, en même temps qu'une action vaso-constrictive sur les vaisseaux sanguins : la stase sanguine diminue d'intensité, la circulation se rétablit, les sensations de tension et de chaleur qu'accusent les malades disparaissent. Cette action modificatrice permet de commencer le traitement dès le début ou à n'importe quel moment sans attendre l'atténuation de

www.libtool.com.cn

phénomènes inflammatoires, ainsi qu'on le fait lorsqu'on a recours à d'autres méthodes thérapeutiques, et sans avoir à craindre de voir augmenter l'état inflammatoire déjà existant.

L'ichtyol n'est pas toxique ; on peut le laisser à demeure dans les organes génitaux sans craindre de voir survenir des phénomènes d'intoxication, même s'il était absorbé en assez forte proportion par une muqueuse privée de son épithélium.

Le glycérolé d'ichtyol est beaucoup plus adhésif que les solutions aqueuses, a beaucoup moins de tendance à s'écouler au dehors, et reste plus intimement en contact avec la muqueuse infectée.

DES INDICATIONS DES TIGES INTA-UTÉRINES,

Par le Dr R. Pichevin.

Les tiges intra-utérines ont été acceptées récemment en France avec une faveur marquée, et M. Lefour, auquel on est redevable d'excellents travaux sur cette question, se félicitait naguère dans un journal (1) de la large place que ces instruments avaient prise dans la pratique de la petite chirurgie gynécologique. Les tiges rigides en métal qui ont été proposées, ont presque eu l'attrait de la nouveauté pour un grand nombre de gynécologistes, bien que M. Lefour eût pris soin de signaler les tentatives déjà anciennes de Valleix, de Simpson et de quelques autres.

L'on s'est imaginé que les accidents n'étaient survenus que dans l'ère pré-listérienne, que les instruments anciens, cause d'un certain nombre de méfaits, avaient été grossièrement exécutés et qu'ils avaient été placés dans l'utérus dans de mauvaises conditions et sans aucune précaution. Sans doute, il y a du vrai dans ces appréciations ; mais ce que l'on ignore généralement, c'est que les pessaires intra-utérins ont été expérimentés à l'étranger par un assez grand nombre de gynécologistes et que la question a été soumise à l'examen et au jugement de chirurgiens qui connaissent et appliquent la méthode antiseptique.

La brillante campagne inaugurée par M. Lefour en faveur des tiges intra-utérines a vivement éveillé l'attention. Je crains bien qu'en quête de nouvelles applications de ces instruments, les gynécologistes méconnaissent les enseignements du passé, oublient les précautions recommandées par quelques maîtres éminents et s'imaginent guérir avec une extrême aisance et une

(1) *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, séance du 12 novembre 1896.

www.ibook.com.cn

grande rapidité la dysménorrhée, la stérilité, sans parler d'un assez grand nombre d'états pathologiques mal déterminés.

Un coup d'œil jeté en arrière ne sera peut-être pas inutile.

C'est Mœller qui, en 1803, inaugura dans la pratique la tige intra-utérine. Il introduisait dans la matrice un cathéter élastique auquel était adapté un mandrin en métal.

Osiander en 1808 se sert d'un pessaire intra-utérin. Amussat en 1826 emploie un instrument du même genre et enregistre un cas de mort. Velpeau (1830) adopte la tige intra-utérine. Quatorze ans plus tard (1843-1844), Simpson remet à la mode ces instruments dont il invente 3 modèles. Presque en même temps, Kiwish et Valleix publient des observations sur la même question. Ce dernier annonce 78 guérisons, 25 améliorations et 15 fois seulement il relève que l'état reste stationnaire.

Le pessaire intra-utérin reçoit le coup de grâce de l'Académie de médecine, qui le condamne en 1854.

Mais il renaît de ses cendres en 1874, époque où Van der Warker préconise l'introduction d'une tige en croix dans la cavité utérine.

Chadwick (1877) inaugure la tige sur pessaire vaginal. Gaillard Thomas attache son nom à un instrument du même genre. Mac-Gillicudy recommande une tige à renflement fixateur cervical, Wright, une tige à 2 branches divergentes, et Jackson est partisan d'un tube en caoutchouc durci, enroulé en spirale.

Il faut passer sous silence un grand nombre de modèles, dont quelques-uns, comme le pessaire intra-utérin galvanique de Thomas, sont cependant intéressants.

Bref, des tiges en caoutchouc, en acier, en métal divers, en ivoire, etc., des pessaires sans nombre à support vaginal ont été préconisés.

Quelques discussions ont mis en lumière l'utilité, les avantages, les inconvénients et les dangers de ces instruments.

A entendre les protagonistes de ces tiges, celles-ci seraient d'une innocuité parfaite et d'une efficacité merveilleuse.

Au contraire, les adversaires accusent ses instruments de méfaits innombrables et l'un d'eux déclare que « *c'est une invention du diable* ».

On peut ranger, à l'exemple de Mundé, les partisans des tiges dans la liste suivante :

Amussat, Simpson, Lee, Valleix, Velpeau, Kiwisch, C. Mayer, Detsely, E. Martin, Veit, Olshausen, Hildebrandt, Hartmann, Winckel, Schræder, Lévis, Hennig, Kristeller, Grailly Hewitt, Priestley, Savage, Greenhlagh, Battey, Courty, Weber, Greuser,

www.libtool.com.cn

Benecke, Beigel, Bantock, Chambers, Rigby, Athill, Routh, Van der Warker, Eklund, Noeggerath, Goodel, Chadweck.

Voici les adversaires :

Depaul, Reciborsky, Piorry, Gibert, Amussat (plus tard), Cazeaux, Scanzoni, Hueter, Hohl, C. Braun, Seyfert, Crede, Freund, Spiegelberg, Spaeth, Habet, Retzius, Tilt, Meadows, Oldhom, Beunet, West, Duncan, Skene, Hyford, Barker, Emmet.

Dans la classe des éclectiques, se trouvent Schultze, Peaslee, Hegar et Kaltenbach, Abert, Smidt, Chroback, Thomas, Byrne, Kinloch.

*
* *

Quoi qu'il en soit, il est certain que les tiges ont été appliquées à tort et à travers, soit par suite d'erreurs de diagnostic, soit par méconnaissance des indications opératoires.

Dans le plus grand nombre des cas, on a mis des tiges intra-utérines à des femmes dysménorrhéiques ou stériles et qui présentaient en même temps une antéflexion utérine plus ou moins marquée. Parfois, la dysménorrhée existait chez des femmes stériles depuis longtemps.

Sans doute. la flexion utérine *per se* peut, soit produire des troubles de canalisation utérine et être cause de l'état morbide que l'on veut combattre, soit mettre obstacle à la fécondation.

Mais si l'antéflexion est un facteur qu'il est bon de prendre en considération, il n'est pas le seul, comme il sera dit plus loin.

Et tout d'abord, quand et dans quelle mesure faut-il incriminer l'antéflexion ?

Pour répondre à cette question, il faudrait être fixé sur la situation normale de l'utérus.

Or, un long chapitre serait nécessaire pour résumer les opinions des gynécologistes et des anatomistes sur ce point spécial.

Depuis la rétroversion considérée comme l'état physiologique jusqu'à l'antéversion la plus marquée, toutes ces positions, en y ajoutant les situations intermédiaires avec des variantes multiples, ont été regardées par différents auteurs comme représentant des types normaux.

Qu'il me suffise de dire que pour moi et pour un grand nombre de gynécologistes, l'utérus — dans l'état de vacuité de la vessie — est en antéversion avec flexion légère.

La difficulté apparaît au moment où il faut préciser le degré de flexion physiologique.

De l'avis de Pozzi, l'état morbide commence lorsque l'angle de flexion est perceptible au doigt explorateur comme une brusque coudure.

www.libool.com.cn

Il faut, je crois, faire quelques réserves sur ce point. En effet, 1° l'on n'est pas d'accord sur le degré de l'angle de flexion physiologique ; 2° il n'est pas possible de préciser le degré de flexion avec les doigts ; en troisième lieu, la situation non physiologique de l'utérus n'est pas équivalente d'état morbide.

L'angle normal utérin, d'après Wylie, varie de 165° à 135°. Au-dessous de ce dernier chiffre, l'angle n'est plus physiologique.

Fritsch abaisse le chiffre à 90° et Schultze à 48°.

L'écart entre les chiffres de Wylie, de Fritsch et de Schultze est trop considérable pour qu'il passe inaperçu. L'angle qui est normal pour l'un ne l'est pas pour l'autre.

J'ai déjà dit que l'utérus pouvait ne pas être dans sa situation physiologique, que l'angle de flexion pouvait être anormal, sans qu'il s'ensuivît forcément un état morbide. Il n'y a donc pas lieu de confondre l'état morbide de l'utérus avec la situation anormale de cet organe.

A côté des flexions très marquées et qui n'entraînent aucun trouble, il existe des flexions moins aiguës, qui sont accompagnées de dysménorrhée et de stérilité.

C'est que dans l'etiologie et la pathogénie de la dysménorrhée et de la stérilité, il existe, à côté de l'antéflexion, d'autres facteurs importants et que l'on semble méconnaître.

C'est ainsi que dans la dysménorrhée, l'intensité de la douleur n'est pas proportionnelle à l'exagération de l'angle de flexion. L'élément douleur est plutôt sous la dépendance de l'endométrite, qui produit une coaptation des parois et un état névralgique de l'utérus localisé surtout au niveau de l'orifice interne. Il faut donc faire intervenir dans la pathogénie de la dysménorrhée un état phlegmasique des organes et des tissus situés autour de l'utérus.

La stérilité n'est pas tant sous la dépendance du degré de la flexion que sous celle de l'endométrite qui amène la chute de l'épithélium vibratile et l'apparition d'un épithélium à cellules plates. Les glandes elles-mêmes sont atteintes par le processus inflammatoire. Il se produit un bouchon gélatineux dans le col dont les sécrétions ont une réaction acide, conditions qui nuisent à la vitalité du spermatozoïde. Ces modifications de l'épithélium sont défavorables à l'implantation des villosités choriales et à la greffe de l'ovule.

On comprend aisément que ces causes suffisent pour expliquer la stérilité dans un certain nombre de cas, sans qu'il soit nécessaire d'incriminer exclusivement l'exiguïté du trajet cervico-utérin qui, règle générale, est susceptible de livrer passa

au spermatozoïde dont le volume est, somme toute, peu considérable.

Sans doute, le rétrécissement de l'orifice externe est une cause de stérilité et le traitement de la sténose peut être suivi de succès. Mais l'atrésie agit surtout en s'opposant au drainage utérin, en produisant un certain degré de stagnation des liquides dans la cavité cervicale, en provoquant ou en entretenant des lésions de la muqueuse du col.

Ailleurs c'est l'infantilisme des organes génitaux internes qui entre en jeu ou une inflammation péri-utérine (salpingo-ovarite, péri-métrite, rétraction des ligaments utéro-sacrés).

Soit que l'on envisage la dysménorrhée isolément, soit qu'on la considère quand elle se trouve associée à la stérilité, on voit qu'il entre, indépendamment de l'antéflexion, différents facteurs qu'il faut mettre en relief.

Si on considère l'ensemble des faits ; si, d'une part, on se base sur l'étiologie et la pathogénie de la dysménorrhée et de la stérilité, et si, d'autre part, on prend en considération les résultats obtenus par différents traitements et en particulier par la médication intra-utérine, on en arrive à conclure que l'*acte fondamental*, dans le traitement, doit avoir pour objectif la modification à imprimer aux tissus utérins et péri-utérins.

L'*acte accessoire*, complémentaire, aura pour but de soustraire l'utérus à sa courbure anormale, de maintenir le redressement et d'éviter les troubles de canalisation intra-utérine qui pourraient retentir fâcheusement sur le parenchyme utérin lui-même.

Il y a donc lieu d'établir une thérapeutique qui porte sur l'utérus et même sur les tissus péri-utérins dans certains cas.

Le plus souvent il y aura nécessité de faire une thérapeutique intra-utérine, d'assurer la rénovation de la muqueuse, d'agir sur le parenchyme, de pratiquer ici une stomatoplastie, là une amputation du col pour allongement et hypertrophie d'un col atteint manifestement d'endométrite, etc.

Enfin l'acte accessoire, complémentaire, parfois très utile, visera le maintien de la canalisation. La tige intra-utérine remplit ce but, en même temps qu'il fait tomber le spasme douloureux qui siège dans certains cas aux orifices et qu'il produit peut-être une action élective stimulatrice spéciale sur l'utérus.

***

Les indications des tiges intra-utérines que l'on laisse à demeure pendant des semaines et des mois peuvent être résumées en quelques lignes :

On les emploiera avec avantage dans les cas de rétrécissement cicatriciel du canal cervico-utérin.

www.libtool.com.cn

Les tiges seront mises dans les utérus rétrécis par la cautérisation intra-utérine, comme on l'observe fréquemment après la méthode de Dumontpallier.

Seront passibles de ces instruments les cols amputés irrégulièrement (mauvaise opération de Schrœder ; certaines ablations du col dans les hystérectomies inachevées, etc.).

Les femmes qui ont des règles douloureuses, qui sont stériles, qui ont l'orifice interne douloureux et rétréci et un angle de flexion de l'utérus très aigu se trouveront bien de l'emploi des tiges.

On ne pourra se passer du traitement intra-utérin que dans des cas exceptionnels.

Mais on n'emploiera pas les tiges pour remédier à des règles douloureuses, alors que le canal est manifestement normal, alors qu'il existe avec de la métrite, soit de la paramétrite, soit une inflammation annexielle.

La contre-indication est absolue, cela va sans dire, dans le cas de grossesse, et quand il existe une inflammation utérine aiguë ou une annexite récente.

* * *

Les résultats sont satisfaisants quand l'indication a été nettement posée.

Les succès nombreux publiés par Lefour méritent l'attention. Il est utile de faire remarquer que la thérapeutique intra-utérine a été mise à contribution dans un bon nombre des cas.

Chroback, quoique partisan des tiges, n'en est pas très enthousiaste. Il déclare que les résultats qu'il en a obtenus ne sont pas supérieurs à ceux qu'il a observés, dans des cas analogues, après l'emploi des autres modes de traitement.

Je crois que les nouveaux perfectionnements apportés à ces tiges, et surtout leur usage plus restreint et par suite plus judicieux, sont susceptibles de faire porter sur ces instruments un jugement plus favorable, à condition que l'on n'oublie pas de mettre en pratique certains préceptes qui ont été déjà signalés (Mundé, etc.)

1° Tout d'abord on s'abstiendra de mettre une tige intra-utérine toutes les fois que l'on aura constaté une inflammation aiguë ou subaiguë, soit de l'utérus, soit des annexes. L'on se défiera particulièrement de l'infection gonorrhéique récente de l'utérus, susceptible de donner naissance, sous l'influence du pessaire intra-utérin, à des accidents graves.

2° La tige devra être plus courte que la cavité utérine et ne devra pas dépasser l'orifice externe.

3° On ne se servira que d'instruments aseptiques, lisses, polis, sans ressorts, ne prenant aucun point d'appui sur des pessaires vaginaux et se fixant sur le col.

4° L'introduction de la tige se fera au domicile de la malade, après anesthésie.

5° La malade sera maintenue au lit pendant quelques jours et on aura soin de lui recommander d'éviter tout effort pendant la première semaine qui suivra sa sortie.

6° Enfin les tiges intra-utérines, malgré leur innocuité, doivent être l'objet d'une surveillance médicale. Il ne faut pas abanner les patientes à elles-mêmes et croire qu'il n'y a plus aucun danger dès que la tige est fixée dans la cavité utérine. N'est-ce pas Goodel, un fervent adepte des tiges intra-utérines, qui disait avec humeur : « Ces instruments sont bons, très bons..... à être surveillés » ?

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

TRAITEMENT NON OPÉRATOIRE DES ULCÉRATIONS, ÉROSIONS ET LACÉRATIONS DU COL.

Reconnaissant presque toujours la même étiologie — l'accouchement — les lésions du col peuvent être divisées, au point de vue de leur traitement, en trois variétés :

La simple érosion, caractérisée par une sorte de desquamation de la muqueuse ;

L'ulcération caractérisée par une véritable plaie avec perte de substance plus ou moins étendue ;

La lacération, déchirure ulcéreuse modifiant profondément la forme et l'aspect du col.

Voici comment je résume le traitement local de chacune de ces lésions.

A. — *Érosion du col.*

Elle s'accompagne le plus souvent d'une rougeur des téguments et d'une hypertrophie totale du col.

I. — C'est dans ces cas qu'il convient d'appliquer des toniques modifiant légèrement les surfaces malades, tels que la teinture d'iode et les solutions de nitrate d'argent à 1/30 :

Teinture d'iode.....	20 grammes
Chlorhydrate de morphine.....	1 gramme.

Pour appliquer sur le col avec un pinceau ; tamponner ensuite avec de l'ouate. Répéter les applications tous les deux jours.

II. — Les tampons imbibés de glycérine, si populaires dans la thérapeutique utérine, trouvent ici leur application. J'associe ordinairement un substitif quelconque à la glycérine :

Glycérine.....	100 grammes.
Sulfate de zinc.....	2 —
Essence de Wintergreen.....	X gouttes.

III. — Enfin, lorsque le col est volumineux, rouge et tuméfié, je conseille l'ignipuncture.

Cette petite opération, qui consiste à introduire deux ou trois pointes de feu à 1 centimètre de profondeur sur chacune des lèvres du col, rentre tout à fait dans la pratique courante. Il est bon de rappeler au praticien que le tissu utérin *n'est nullement douloureux* et que l'application du thermocautère sur le col ne provoquera aucune sensation désagréable. Il est bon d'employer un spéculum de Fergusson, pour ne pas s'exposer à brûler les parois vaginales. L'ignipuncture sera suivie d'une bonne injection froide et d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

Les petites plaies résultant de la chute des eschares seront traitées comme ci-dessus (I et II).

B. — *Ulcérations du col.*

I. — Lorsqu'elles sont peu étendues, elles cèdent généralement à des attouchements avec le crayon de nitrate d'argent, suivis de l'application d'un tampon d'ouate boriquée. C'est le traitement classique.

II. — Si la plaie est étendue et ancienne, s'il existe en même temps de l'endométrite et de la leucorrhée, les attouchements au nitrate d'argent sont insuffisants et demandent, pour effectuer la guérison, un trop grand nombre de pansements pour que les femmes s'y soumettent. J'ai, dans ces cas, recours à des substitifs que j'applique directement sur le col sous forme de poudres :

Iodoforme.....	40 grammes
Acide salicylique..... }	
Sous nitrate de bismuth..... }	aâ 10 —
Camphre.....	5 —

Le camphre masque assez bien l'odeur de l'iodoforme. Cette poudre est une des meilleures qu'on puisse appliquer sur les ulcérations du col. Mais il faut la mettre avec le spéculum et autant que possible ne l'appliquer que sur les parties ulcérées. On se servira pour cela d'un petit insufflateur. On maintient la poudre en place à l'aide d'un tampon d'ouate.

III. — J'enlève le pansement au bout de vingt-quatre heures, j'applique le spéculum et je dirige sur le col même une injection ainsi préparée :

Acide salicylique.....	4	grammes.
Alcoolat de lavande.....	30	—
Eau.....	450	—

Deux cuillerées à soupe par litre d'eau.

Lorsque les femmes veulent se soumettre à ce traitement, qui demande un pansement quotidien, les ulcérations du col guérissent rapidement, même lorsqu'elles sont étendues et profondes.

IV. — J'ai encore employé avec succès, surtout dans les cas où les ulcérations sont accompagnées d'un écoulement très abondant et dont on suspecte la nature blennorrhagique, la fuschine et le permanganate de potasse.

Après avoir bien lavé la surface ulcérée (le spéculum étant en place) avec de l'eau chaude, je touche la plaie avec un bourdonnet d'ouate, imbibé de la mixture :

Fuschine.....	10	grammes.
Eau..... }		
Alcool..... }	aà 50	—

J'applique ensuite un tamponnement avec de l'ouate ou de la gaze iodoformée. Je préfère cette dernière substance, qui permet de n'enlever le pansement qu'au bout de quarante-huit heures, ce qui est préférable.

V. — Je conseille le permanganate de potasse en injections, malgré l'inconvénient qu'il a de tâcher le linge chaque fois que l'écoulement est abondant et fétide. Pour le vagin, il faut employer des injections à 1/5000.

C. — *Lacération du col.*

La lacération du col est une lésion qui a été jugée assez sérieuse pour motiver une opération chirurgicale qui est, à mon avis, une des plus justifiées de la thérapeutique utérine.

La plaie béante qui ouvre l'utérus favorise, en effet, la résorption par l'utérus et même par les annexes de tous les germes morbides déposés dans le vagin. C'est une porte ouverte à la salpyngite et au pyo-salpynx. De plus, elle s'oppose à la conception, prédispose aux fausses couches et entretient une douleur et une suppuration constante de la région.

I. — Le véritable et rapide traitement de la lacération est la trachélorrhaphie, ou opération d'Emmet, qui consiste à exciser les tissus malades sur chacune des lèvres et à les réunir ensuite par des sutures. C'est une excellente opération, que j'ai été un des premiers à faire connaître en France après Emmet.

Mais toutes les femmes ne consentent pas à se laisser opérer et le pratricien n'est pas toujours placé dans des conditions et dans un milieu où cette opération peut être pratiquée. Il y a donc lieu de formuler un traitement non opératoire des lacérations du col. Ce traitement peut toujours amener la cicatrisation de la plaie s'il ne fait pas cesser l'ectropion des lèvres, et, de toutes façons, il constitue toujours une excellente préparation à la trachélorrhaphie, si celle-ci ne peut être évitée.

II. — Lorsque la lacération est très étendue et que l'orifice du col est largement ouvert j'applique chaque jour dans *la cavité du col* un crayon ainsi préparé :

Aristol.....	5 grammes.
Gomme arabique pulvérisée.....	40 —

Pour faire dix crayons semblables, mesurant chacun 5 centimètres de longueur.

III. — Une fois le crayon introduit, je le maintiens en place à l'aide d'un tampon d'ouate, enduit avec une pommade ainsi composée :

J'enlève le pansement au bout de vingt-quatre heures et je dirige sur le col, pendant que le spéculum est en place, de façon à bien déterger les parties malades, l'injection à l'acide salicylique que j'ai formulée plus haut (Voir *Ulcérations du col.*)

IV. — On peut substituer à l'acide salicylique, qui détermine parfois une légère cuisson sur les parois vaginales, une injection moins active. Voici une bonne formule à la fois antiseptique et détersive :

De deux à quatre cuillerées à soupe par litre pour injections vaginales.

A. LUTAUD.

REVUE DES JOURNAUX

Résultats de 46 opérations d'Hystéropexie abdominale contre les rétrodéviations utérines, par le docteur Ed. SCHWARTZ, chirurgien de l'Hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.—J'ai eu à soigner dans ces cinq dernières années environ 150 rétrodéviations utérines. Parmi celles-ci la fixation de l'utérus nous a paru indiquée 46 fois. Ce sont ces 46 observations que nous avons l'honneur de vous présenter au point de vue des résultats immédiats et lointains ; laissons

de côté les cas où nous avons maintenu l'utérus redressé par le raccourcissement des ligaments ronds, ceux plus nombreux encore où la réduction avec ou sans chloroforme et le port d'un pessaire approprié ont amené la guérison.

Point n'est besoin devant vous d'insister sur les définitions des rétrodéviations que nous avons eues à opérer ; c'étaient 29 rétroversions à peu près, puis 7 rétroversions avec flexions ; enfin 30 rétroflexions.

L'indication opératoire nous a été fournie tantôt par l'échec des méthodes plus simples, telles que l'opération d'Alexander, la réduction, etc., tantôt d'emblée par l'existence concomitante d'annexites uni ou bilatérales ou par la présence d'adhérences suites de pelvipéritonites irréductibles et que n'avaient pu vaincre ni les tentatives de redressement, ni les massages, etc., etc.

Notre manuel opératoire est le suivant : Après avoir préparé la malade comme pour toute laparotomie et introduit dans la cavité utérine préalablement une bougie d'Hegar N° 6 ou 7 que nous maintenons à l'aide d'un tampon d'ouate, nous pratiquons, si l'opération nous paraît devoir être simple, une incision de 4 à 5 centimètres en plus ; dès que le péritoine est ouvert les deux doigts introduits cherchant le fond, explorent en même temps les annexes. Tandis qu'un aide redresse doucement l'utérus à l'aide de la bougie intra-utérine, s'il y a des adhérences, elles sont rapidement décollées et déchirées.

L'utérus redressé est traversé au niveau de son fond d'un fil de soie n° 2-3 qui passe au-dessous de l'insertion des deux trompes ; l'anse ainsi formée nous sert à attirer l'utérus en haut et à passer sans difficulté 2 ou 3 autres soies en dessous, évitant le cul-de-sac vésical, en restant même le plus éloigné que l'on pourra. Si les annexes sont malades, elles sont ignipuncturées ou réséquées ou enlevées avant le serrage des fils que l'on passera de chaque côté dans toute l'épaisseur de la paroi, excepté la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Les fils séparés ferment le péritoine, puis les téguments et les plans musculo-aponévrotiques.

Nous avons fait 24 fois une hystéropexie simple ; 22 fois elle a été combinée avec une intervention sur les annexes. (Ignipuncturées 5 fois, castration unilatérale 14 fois, bilatérale 2 fois, résection de l'ovaire 2 fois.

Une fois nous avons enlevé un fibrome péritonéal qui avait paru produire une vraie luxation traumatique de la matrice, une autre fois nous sommes tombé sur une rupture tubaire avec grossesse extra-utérine qui a été extirpée.

Nous avons revu 34 opérées de 3 mois à 5 ans 1/2 après l'opération.

Je n'ai eu que 2 récidives et encore l'une d'elles (une après un accouchement) n'est pas douloureuse. 2 opérées souffrent encore.

A propos de l'Eclampsie, par M. le Prof. QUEIREL (de Marseille). — J'ai observé 29 cas d'éclampsie, 18 primipares et 11 multipares ; — toutes ces malades ont été soumises aux inhalations de chloroforme, ou à la médication chloralique et le régime lacté. — Dans quatre cas j'ai employé le sérum artificiel par la voie sous-cutanée. J'ai eu 6 morts et 23 guérisons. La grossesse s'est terminée naturellement dans 15 cas ; le forceps a été appliqué 8 fois ; la version a été pratiquée une seule fois avec dilatation préalable du col par le ballon de Champetier. Trois femmes sont mortes avant toute déclaration du travail.

La mortalité infantile a été de 19.

J'ai mesuré 427 bassins de femmes enceintes. 31 avaient le diamètre de Baudelocque au-dessous de 19 centimètres, les 396 autres l'avaient au-dessus de 19.

Dans les bassins avec Baudelocque de 17 à 19, j'ai trouvé six promontoires accessibles ; dans les bassins au-dessous de 19, j'ai pu atteindre sept fois dans le sacro-vertébral ; de 18 à 19 j'ai encore trouvé six promontoires accessibles. Sur 19 rétrécies, j'ai relevé, au point de vue de la nationalité, 10 françaises et 9 italiennes.

Sur l'influence de l'appareil génital féminin dans l'échange des matériaux de l'organisme, par le Dr BOSSI, de Gênes. — L'auteur démontre comment, à chaque instant, le gynécologue observe des cas de patientes dans lesquelles la guérison des lésions utéro-ovariques apporte une rapide et merveilleuse amélioration dans toutes les fonctions de l'organisme soit du côté des fonctions, soit du côté psychique. Avec un traitement gynécologique rationnel on obtient très souvent un changement complet de tout l'organisme. S'occupant particulièrement de ces observations il vient de décrire trois cas très intéressants qu'il a pu étudier au point de vue de la menstruation.

Une patiente qui depuis dix ans était terriblement souffrante, qui à chaque période menstruelle avait des accès goutteux très forts, qui avait toutes les articulations déformées avec une grande quantité de *tofi* (sels uriques) dans les articulations et dans laquelle tous les soins possibles expérimentés n'ont pas réussi est guérie complètement après l'hystérectomie. Chez cette patiente l'urine, régulièrement examinée avant l'opération, était de 800 à 1000 gr. : elle monta après l'opération de 3.000 à 5.000, et l'urée, de 12 à 14 gr., s'éleva à 40 et 50 grammes.

Le même phénomène a été observé dans deux autres cas, mais pas si évidemment.

Bien que l'on sache que, pendant les derniers mois de grossesse l'urée diminue, et qu'elle augmente après, l'auteur observe comment ces faits démontrent, du côté de la pathologie, l'importance de cette influence ; c'est un champ d'études ouvert à des recherches qui avec le temps vont donner des résultats très utiles.

www.libtool.com.cn

REVUE DES INSTRUMENTS NOUVEAUX

ECARTEURS HÉMOSTATIQUES,

Par le Dr Areilza, de Bilbao.

Ce qui établit une énorme différence entre les opérations des membres et celles qui se pratiquent sur la tête et le tronc c'est la facilité qu'on a pour ces dernières de faire l'hémostase préventive grâce à la bande élastique d'Esmarch. Si nous opérons sur un terrain vasculaire nous devons, tout en faisant l'asepsie du champ opératoire, assurer l'hémostase pour éviter la perte de sang. La forcipressure réalisée par les pinces de Péan, Bottini, etc., abrège beaucoup ce temps opératoire. Parfois le nombre des pinces à placer est si considérable qu'il nécessite un nombreux outillage, encombre le champ opératoire et rend difficile la continuation du travail.

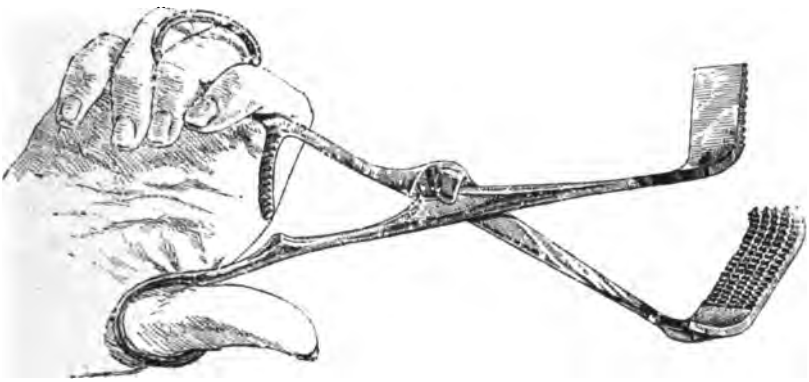


Fig. 1.

Beaucoup de chirurgiens font la ligature des artères à mesure qu'ils les rencontrent. Ce travail préliminaire est une perte de temps contraire au premier des trois préceptes des anciens chirurgiens : cito, tuto, jucunde.

C'est une grave erreur que de n'attacher aucune importance au temps que doit durer une opération. Le moment de l'opération est un moment dangereux, et il faut l'abréger autant que possible. Souvent il vaut mieux agir promptement que de s'attarder et de voir mourir l'opéré du shock ou des suites d'une anesthésie prolongée.

Il existe dans toute opération un temps principal difficile pour l'opérateur après lequel il ne reste que des actes accessoires et de

www.librairie.ch

moindre importance. Comme cet acte principal présente toujours un côté aléatoire et inconnu, on ne peut savoir à l'avance quand il se présentera, et il est utile de l'exécuter promptement. Ceci fait il reste bien quelque chose à faire mais comme ce qui reste à faire est connu, l'opérateur peut agir vite et bien. Si nous essayons par exemple, d'extirper d'une région très vasculaire une tumeur dont nous ne connaissons pas exactement les rapports et les adhérences, nous commençons par en faire l'expression sans nous astreindre à lier vaisseau par vaisseau, nous faisons l'hémostase préventive avec les pinces ou une ligature en masse, laissant pour plus tard l'hémostase définitive, le nettoyage des cavités et la suture

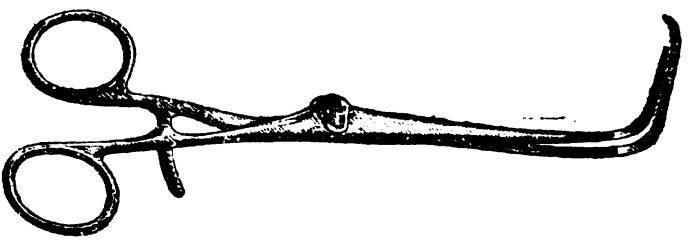


Fig. 2.

des parois. Si nous ne procédions pas de la sorte il pourrait se faire que nous ne terminions pas l'opération ; nous avons fait beaucoup d'essais dans le but d'abréger le temps opératoire principal nous avons finalement adopté les pinces écarteurs que représentent nos figures.

La partie supérieure est un séparateur de petite course, pour permettre qu'il s'ouvre facilement ; la partie inférieure se termine par une plaque carrée solide. La partie recourbée de la branche supérieure s'ajuste avec l'inférieure de façon que lorsqu'on appuie la compression des tissus se fait par leur fond, c'est-à-dire par la partie d'où arrive le sang. La face interne de ces plateaux présente des saillies et des creux qui se correspondent de façon à ce que les tissus ne puissent glisser et se dérober et que l'on puisse plus sûrement ouvrir le champ opératoire. A noter encore que l'articulation des deux parties ne correspond pas au tiers antérieur de l'instrument comme il est d'usage dans les pinces ordinaires ; au contraire, elle se trouve au tiers postérieur, ce qui permet d'obtenir une ouverture plus grande avec un moindre écartement des doigts pour l'opérateur et de comprimer plus facilement de grandes masses de tissus.

On peut donner à ces instruments différentes dimensions tout en observant le même modèle général ; mais pour notre usage nous avons recours aux trois sortes de pinces dont voici les poids et dimensions :

N° 1.	Longueur	0,20	cent.	Ouverture de bec	3 1/2.	Poids	70	gr.
N° 2.	»	0,25	»	»	5	»	100	»
N° 3.	»	0.28	»	»	7	»	170	»

www.jmool.com.cn

Le numéro 1 est celui que nous employons de préférence parce qu'il nous procure une économie de sang et de temps dans beaucoup d'opérations : citons, entre autres, l'amputation de la main, la trachéotomie, les interventions sur l'apophyse mastoïde et d'une façon générale sur le cou ou le crâne. Les écarteurs hémostatiques sont placés par le praticien sur les téguments de façon à comprendre entre leurs plateaux les deux bords de l'incision. Les aides les tiennent et s'en servent pour écarter ces bords. On a ainsi un champ ouvert et exsangue, en économisant les écarteurs et les pinces ordinaires dont le grand nombre gêne tant la

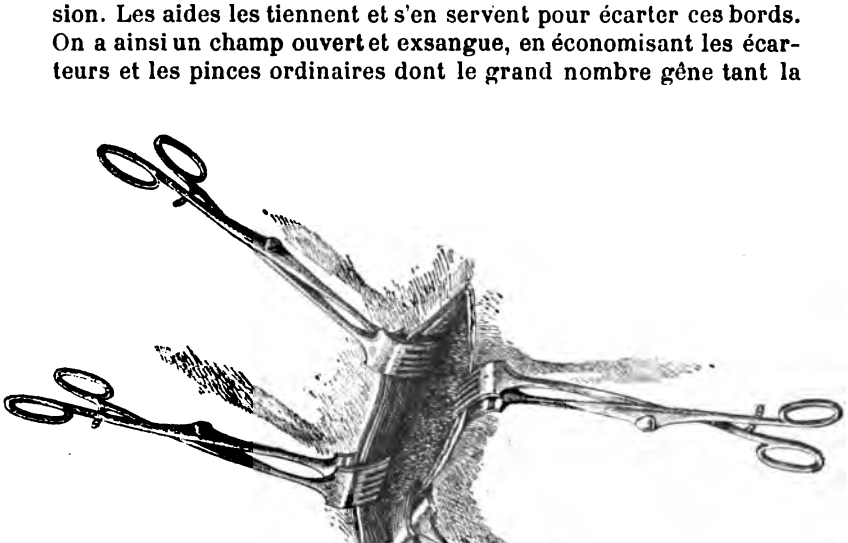


Fig. 3.

main du chirurgien. La partie essentielle de l'opération terminée on enlève les écarteurs et on lie au moyen des pinces ordinaires les vaisseaux qui donnent encore. A ce moment on peut agir avec tout le calme nécessaire, puisqu'on a attendu le moment de fermer la plaie et qu'au lieu de pratiquer l'hémostase au cours de l'opération et à son moment critique on a réservé ce soin pour une période accessoire de celle-ci.

Quels que soient, en apparence, les inconvénients de la forte pression qu'ont à subir les téguments par l'application de nos écarteurs, nous n'avons cependant jamais noté au cours de la cicatrisation une marche autre que lorsqu'on a employé les instruments ordinaires.

Sans vouloir prétendre que cet instrument présente une réelle originalité, il nous a paru qu'il convenait de le faire connaître pour procurer à l'opérateur qui s'en servirait, la même utilité que nous y avons trouvée nous-même. (*Revue de Polytechnique médicale.*)

FORMULAIRE

Traitement de la périmétrite
(LUTAUD.)

Matin et soir, frictions sur le ventre avec :

Vaseline.....	30 gr.
Extrait de digitale.....	4 gr.
Extrait de belladone....	2 gr.

M.

Appliquer chaque jour sur le col un tampon d'ouate imbibé de :

Glycérolé d'amidon.....	60 gr.
Extrait de jusquiame...	2 »

M.

—

Traitement du prurit anal compliqué de varices anales.
(ADLER.)

Extrait fluide d'hammamelis.....	30 gram.
Extrait fluide d'ergot. Extrait fluide d'hydrastis..... Teinture de benjoin composée.....	ää 60 gr.
Huile d'olive phéniquée (à 5 pour 100)	30 gram.

Agiter énergiquement avant de s'en servir.

A faire des injections rectales avec 30 à 60 grammes de ce mélange.

—

Potion tænifuge.
(VAN AUBEL.)

Acide filicique amorphe.....	0 gr. 40
Huile éthérée de fougère mâle.....	0 gr. 60
Essence de cinnamome.....	X gout.
Gomme arabique...	8 gram.
Eau distillée.....	96 —
Sirop simple.....	50 —

M. D. S. A. En prendre la moitié le matin à jeun et le reste une demi-heure plus tard. Si cette potion reste sans effet pendant une à deux heures, prenez de l'huile de ricin.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

OBSTÉTRIQUE

www.libtool.com.cn

DE LA RÉSISTANCE ANORMALE DE L'UTÉRUS A LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT. NOUVEAU PROCÉDÉ DE DILATATION RAPIDE DU COL UTÉRIN,

Par M. le Dr Charles Lucas.

La provocation du travail de l'accouchement constitue, à l'heure actuelle, une des opérations les plus faciles de l'obstétrique, grâce aux puissants instruments (ballon excitateur, écarteur utérin du Pr Tarnier, ballons de Champetier et de Boissard) dont disposent aujourd'hui les accoucheurs pour exciter et accélérer les contractions utérines et dilater le col.

Il semblerait même, étant donné ces moyens énergiques, que les insuccès qui n'étaient pas rares autrefois si nous en croyons cet aphorisme du Pr Depaul : « On sait quand on commence un « accouchement prématuré, mais on ne sait pas quand on le terminera » ; il semblerait, dis-je, que les insuccès soient devenus aujourd'hui absolument impossibles.

Cependant, dans certains cas, heureusement exceptionnels, par suite d'une sorte d'inertie, d'inexcitabilité complète de l'organe utérin, ces agents eux-mêmes, si énergiques soient-ils peuvent demeurer impuissants. On conçoit aisément qu'il en résulte alors une situation extrêmement embarrassante pour l'accoucheur et pleine de périls pour la mère et l'enfant.

Celle-ci, en effet, au cours des différentes manœuvres intra-utérines, que nécessite l'introduction répétée des agents excito-dilatateurs, court le risque d'être infectée. De plus, fatiguée et énervée par ce premier échec, qui éveille ou augmente ses craintes, elle se trouve mal préparée à subir la nouvelle intervension, version ou forceps, qui souvent s'impose pour terminer rapidement l'accouchement.

Mais les plus grands dangers sont pour l'enfant. Pendant qu'on lutte contre cette inertie, et qu'on met en jeu les différents moyens capables d'en triompher, les journées s'écoulent, on perd un temps précieux — qui peut aller jusqu'à sept et dix jours — pendant lequel les diamètres de la tête fœtale ne cessant de s'accroître, les chances d'une terminaison spontanée de l'accouchement diminuent de plus en plus, jusqu'à devenir absolument nulles. Il en résulte que tout le bénéfice que l'on attendait de la provocation prématurée de l'accouchement peut se trouver fortement compromis et même entièrement perdu.

www.libtool.com.cn

Et, dans ce cas, l'accoucheur peut se voir obligé de pratiquer d'urgence une symphyséotomie — qu'il voulait éviter — s'il se refuse à sacrifier l'enfant par le basiotripsie.

Mais l'existence de celui-ci se trouve encore mise gravement en péril, d'abord par la durée excessive du travail et surtout parce qu'il est exposé aux dangers de la rupture prématurée des membranes, que celle-ci soit *accidentelle*, au cours des différentes manœuvres intra-utérines, ou *volontaire*, lorsqu'après l'insuccès de tous les autres, l'accoucheur se voit obligé de recourir à ce dernier moyen, pour déterminer le travail.

Cette inertie utérine peut donc devenir, on le voit, une complication très sérieuse de l'accouchement prématuré.

Nous avons observé deux exemples intéressants et typiques de cette résistance anormale de l'utérus à la provocation du travail, dans lesquels tous les moyens usuels, y compris les ballons Champetier et Boissard et l'écarteur utérin, se sont montrés absolument impuissants.

L'un vient de notre propre pratique ; nous avons observé l'autre à la Maternité de Lariboisière, dans le service de notre excellent maître, M. Maygrier, qui a bien voulu nous autoriser à le publier.

Observation I. (Résumée.) — Mme M., primipare, enceinte de 8 mois environ, vient nous consulter le 8 septembre dernier pour un rétrécissement du bassin, constaté par son médecin, qui nous envoie la malade.

Extérieurement, nous ne trouvons, comme signe de rachitisme, qu'une saillie marquée des bosses frontales et une ébauche de chapelet rachitique. Rien aux membres inférieurs.

Grossesse de 8 mois, fœtus bien développé, peu de liquide. Présentation du sommet en O. I. G. T. Tête très mobile au-dessus du détroit supérieur, débordant manifestement la symphyse.

Toucher, col long fermé : Le doigt atteint aisément une saillie qu'après notre examen, nous reconnaissons pour un *faux promontoire*. Au-dessus, assez *haut*, on arrive difficilement sur l'angle sacro-vertébral, qui fait une saillie moins marquée.

Le diamètre qui va du pubis au faux promontoire, mesure exactement 8.5, déduction faite.

Nous proposons l'accouchement prématuré, à 8 mois 1/2.

Le 15 septembre au soir, nous introduisons une grosse laminaire dans la cavité cervicale et le 16, au matin, nous plaçons sans difficulté un *petit* ballon Champetier au-dessus de l'orifice interne. Coliques légères, le soir nous le trouvons dans le vagin.

Aucune douleur. Canal cervical perméable à un doigt. Aucune trace d'effacement.

Le 17 au matin, même état du col. A l'aide d'un écarteur à deux branches fixes de Doléris, introduction aisée et commode d'un ballon *Boissard* grand modèle, gonflé aux 3/4. Coliques légères, puis plus fortes revenant irrégulièrement, puis tout cesse. Le soir le ballon était toujours dans la cavité utérine. On évacue un quart environ de son contenu. Nuit calme, la malade dort d'un profond sommeil.

Le 18, au matin. Même état. On réintroduit la quantité de liquide, enlevée la veille. Douleurs plus ou moins vives, puis rien, et le soir le ballon est trouvé dans le vagin.

Col *toujours long*, perméable entièrement presque à deux doigts. Pas d'effacement.

Le 19 à 9 h. 1/2 du matin, même état. On introduit les deux branches de l'écarteur Tarnier avec 2 anneaux de caoutchouc. Les douleurs apparaissent et augmentent rapidement d'intensité. Elles deviennent bientôt continuelles et très pénibles et déterminent des vomissements abondants très douloureux.

Fœtus très mobile.

On enlève l'écarteur à 7 h. du soir. Les douleurs cessent peu à peu presque complètement.

D'ailleurs le col est toujours long, un peu moins peut-être et perméable à deux doigts ; nullement effacé. Pas d'engagement.

Le 20 au matin, même état. Aucune colique pendant la nuit. Le ventre est un peu douloureux. La malade refuse l'écarteur, en raison des violentes douleurs qu'il lui avait causées la veille. Introduction du ballon Boissard qui ne détermine que d'insignifiantes contractions.

Le soir à 8 h. les choses en étaient encore au même point. Le ballon était toujours dans la cavité utérine : on l'enlève.

Le canal cervical était moins long ; mais il me semble moins dilaté.

Membranes toujours intactes.

Le 21, à 5 h. du soir, introduction de 2 sondes de Krause ; désinfection au formol ; l'une pénétra entièrement dans la cavité utérine ; l'autre, n'entrant que difficilement, ne fut introduite qu'à moitié.

Le lendemain, 22, même état. Aucune douleur ; seulement de temps à autre quelques coliques légères. Les sondes restées en place pendant 12 h. n'avaient rien produit. Elles sont enlevées : l'une s'était pelotonnée sur elle-même, et n'était entrée qu'en

www.ibook.com.cn

partie, mais l'autre avait pénétré de toute sa longueur dans la cavité utérine sans éveiller aucune contraction.

Enfin, la situation devenant terriblement pressante et embarrassante (les choses duraient ainsi depuis le 15 ! !) je propose, avant d'en arriver à la rupture des membranes, une nouvelle tentative avec l'*écarteur* utérin, qui fut acceptée sous le bénéfice du chloroforme.

Bref, l'instrument détermine de violentes contractions très douloureuses, et des vomissements continuels excessivement pénibles.

La température vespérale était montée à 38, la femme était dans un état de surexcitation très marqué ; j'enlevai l'écarteur à 8 h. du soir. Il était en place depuis plus de sept heures.

Le col était à peine effacé. Dans l'espoir de faire continuer les contractions je donnai en lavement 1 gramme de sulfate de quinine et des injections chaudes répétées. Néanmoins les douleurs diminuèrent peu à peu, et le 23, au matin, tout était rentré dans le calme. Je me décidai alors à rompre les membranes, sous le chloroforme. A la suite, le travail, cette fois, se déclara rapidement ; malheureusement l'engagement ne se faisant pas je fus obligé, l'enfant paraissant souffrir beaucoup, de pratiquer la version et la manœuvre de Champetier de Ribes.

L'enfant vint en état syncopal et ne put être ranimé. Il y avait deux circulaires autour du cou.

Hémorragie de la délivrance ; délivrance artificielle. Suites de couches normales.

Observ. II. (Résumée.) M. Maygrier. — Mad. G. ayant déjà eu deux enfants énormes, venus à terme, mais morts pendant le travail, l'un après une application de forceps, l'autre pendant l'extraction du siège.

Elle entre à Lariboisière le 24 janvier 1896, enceinte de 8 mois et demi.

Fœtus volumineux. Présentation du sommet en O. I. D. Tête élevée, mobile au-dessus du détroit supérieur. Col ramolli, légèrement déhiscent, ayant toute sa longueur.

Le 25, à 2 h. de l'après-midi, on introduit un ballon Tarnier, qui ne détermine que quelques coliques : on le trouve, le soir, dans le vagin. Pas de modifications du col.

Le 26, à 3 h. de l'après-midi, on place les deux branches de l'écarteur, avec 2 anneaux. Il n'éveille que le soir quelques coliques ; on le retire à 10 h. 1/2 du soir ; dès lors plus rien.

Même état du col.

Le 27, à 2 h. de l'après-midi on remet l'écarteur jusqu'à 6 h. du soir. Quelques douleurs dans la soirée, qui vont en diminuant.

Le col est un peu effacé, mais il a encore deux bons centimètres : il est épais, perméable à 2 doigts.

Tête toujours élevée, mobile.

Le 28, à 6 h. du soir, on place un ballon *Champetier* moyen modèle.

Au bout de 3 heures, apparition des douleurs qui vont en augmentant. La malade se plaint jusqu'au 29 à 4 heures du matin. On pratique alors le toucher, le ballon est dans le vagin ; on l'enlève et derrière lui sort un flot de liquide amniotique.

Les douleurs cessent entièrement. Le col est revenu sur lui-même ; il est long. Ecoulement intermittent de liquide.

Le 30 au matin. Il n'y a plus aucune douleur ! Ainsi, après un semblant de travail, tout était remis en question !

A 10 h. du soir, on introduit une sonde de Krause, qui ne détermine aucune douleur. Elle tombe dans le vagin vers 3 h. du matin. Même état du col. Aucun début de travail.

Soudain, le 30, au moment de la visite, la femme est prise d'un violent frisson et la température rectale s'élève bientôt à 40°2 ; La situation devenait très critique et très embarrassante, et l'on se demandait comment en sortir, quand au bout d'une demi-heure on apprend que le travail s'est déclaré *spontanément*. Le col s'efface et se dilate rapidement. A 11 h. 1/2, la dilatation est complète.

M. Maygrier fait alors une application de forceps qui amène un enfant bien portant. Grâce à des soins immédiats et appropriés, les suites de couches furent absolument normales.

Les deux échecs dont nous avons été successivement le témoin et l'acteur malheureux, ayant attiré notre attention sur ce sujet, nous ont engagé à chercher un moyen plus efficace qui puisse, à coup sûr, éveiller des contractions utérines, et surtout déterminer d'une façon plus rapide et plus certaine la dilatation du col.

C'est dans ce but que nous avons imaginé et fait construire le ballon dilatateur que nous présentons à la Société.

S'il se rapproche par sa forme du sac violon de Barnes, et par son principe du ballon double de Chassagny, il se distingue absolument de tous les deux, comme on le verra, par plus d'un point essentiel.

Construit, comme le ballon de Champetier, en tissu caoutchouté inextensible et d'une grande résistance, il présente la forme de deux troncs de cône de hauteur inégale, qui seraient accolés par leur petite base : il en résulte un étranglement assez marqué au

www.libroal.com.ar

niveau de son tiers inférieur. Sa hauteur est de 10 cent. et ses deux bases d'égale dimension, mesurent 9 cent. de diamètre. Elles sont reliées entr'elles et maintenues à distance fixe l'une de l'autre, par un double fil d'argent, solidement fixé vers le centre de chacune d'elles. Ce fil étant plus court que la hauteur du ballon, il en résulte que les deux faces, lorsque le ballon est distendu, au lieu de bomber au dehors, revêtent au contraire une forme légèrement *concave*.

Néanmoins, le ballon est mis en place, de la façon que lorsque nous décrirons, sa face inférieure, qui est libre du côté de la cavité vaginale, au contraire de la face supérieure qui supporte les efforts de la présentation, tend par suite à transformer sa concavité en une véritable convexité, au détriment ou plutôt à l'avantage de la face supérieure, dont la concavité s'exagère d'autant.

Cette dépression de la face supérieure « en fond d'artichaut », imitée du ballon Boissard, est destinée à loger la tête. D'ailleurs, nôtre ballon se plaçant surtout dans le col et n'occupant par cette raison, dans la cavité utérine qu'une place fort restreinte, on aura moins à craindre avec lui, les dangers de présentation vicieuse, ou de mutation de présentation, si fréquentes, comme chacun sait, avec le ballon de Champetier (1).

Cette remarque est importante et devait être signalée, car on n'ignore pas que c'est là le principal reproche qu'on a adressé au ballon de Champetier de Ribes. M. Boissard, pour éviter ce reproche, a diminué la hauteur de son ballon, tout en s'efforçant de donner une forme *concave* à sa face supérieure ; mais il ne semble pas néanmoins, malgré ces perfectionnements, que le résultat cherché ait été complètement atteint.

Pour *introduire* le ballon dans la cavité utérine, il faut, bien entendu, le plier, pour diminuer son volume. Mais au lieu de le plier simplement comme le Champetier et de l'introduire dans la pince porte-ballon, nous le ficelons, après l'avoir plié à l'aide d'un lien élastique, dont les deux chefs inférieurs sont retenus par une pince hémostatique ou simplement noués. Cette modification a l'avantage de réduire le ballon à son volume minimum, et de le rendre rigide : cela permet de l'introduire facilement à l'aide d'une longue pince quelconque.

De plus, lorsque le ballon est en place, on peut désarticuler et enlever les deux branches de la pince porte-ballon, sans qu'on ait à craindre que celui-ci se déplace. La pince enlevée, il suffit

(1) Oui. Etude sur les différents moyens de provoquer l'accouchement *Ann. de gyn.*, décembre 1891 et janvier 1892.

alors de libérer les attaches inférieures du lien élastique, et l'on procède à la distension du ballon.

C'est ici que notre procédé diffère encore nettement des précédents. Au lieu, en effet, d'injecter d'emblée en une seule fois, la quantité de liquide nécessaire pour distendre le ballon, nous avons imaginé de ne le gonfler que d'une façon progressive, de sorte qu'il n'agisse également que d'une façon progressive et régulière, susceptible même d'être retardée ou accélérée au gré de l'opérateur.

Pour cela, le ballon se trouve relié, par un tube métallique flexible et inextensible à un irrigateur Eguisier, n° 3.

Pour se servir de notre appareil, on procède de la façon suivante. On remplit d'abord l'irrigateur de la quantité d'eau phéniquée — qu'on a dû évaluer au préalable — nécessaire pour distendre le ballon. Puis, celui-ci étant plié et introduit comme nous l'avons dit, et le tube métallique, ayant été lui-même rempli d'eau phéniquée, pour le purger de l'air qu'il contient, on adapte ce dernier à l'irrigateur ; il ne reste plus alors, pour gonfler le ballon, qu'à ouvrir le robinet de celui-ci.

Il faut ne l'*entr'ouvrir* qu'à peine, et seulement de façon à ce que le liquide s'écoule goutte à goutte, s'infiltre, pour ainsi dire, dans le ballon, qui se gonfle ainsi, sans la moindre secousse, d'une façon insensible et régulière et sous *une très forte pression*.

C'est là un deuxième point sur lequel nous voulons insister. On sait en effet que, quel que soit le calibre de l'orifice par où ils communiquent, la pression des liquides se transmet *intégralement* — c'est un principe de physique — de l'un à l'autre. Or, la pression de l'irrigateur, d'après les renseignements du fabricant lui-même, est en moyenne de *quinze kilos*.

On voit donc que la force *utile* — le ballon étant inextensible et les deux bases ne pouvant s'écarter l'une de l'autre — qui s'exerce sur les parois *latérales* du ballon et *par suite sur le col*, est considérable et suffisante, il nous semble, pour vaincre sa résistance, quelle que soit sa rigidité.

Comment l'appareil fonctionne-t-il ? Le liquide, chassé par le piston de l'irrigateur, distend d'abord le segment vaginal du ballon, qui, nous l'avons dit, fait saillie en dehors de l'orifice externe ; puis, pénétrant à travers la portion étranglée par le col, il va gonfler le segment supérieur intra-utérin. Il en résulte, en quelque sorte, un système de double ballon, l'un utérin, l'autre vaginal, reliés entre eux par la portion étranglée dans le canal

cervical, ou les bords de l'orifice externe, si le col est dilaté. Puis les deux segments inférieur et supérieur étant complètement distendus, et le ballon tendant à reprendre sa forme primitive, tout l'effort de la pression va maintenant être employée à vaincre la résistance du col utérin.

Sous l'influence de cette excitation, les contractions utérines ne sauraient manquer de survenir, mais viendraient-elles à faire défaut, que notre ballon n'en remplirait pas moins son rôle de dilatateur mécanique du col utérin. C'est même pour ces cas, et dans ce but, que nous l'avons imaginé.

Il y a donc là encore un avantage important en faveur de notre procédé. Il tient pour ainsi dire le milieu, comme on le voit, entre les dilatateurs *hydrostatiques* — ballons de Champetier et de Boissard — qui n'agissent que par l'intermédiaire des contractions utérines, et les dilatateurs *métalliques*, qui dilatent le col d'une façon purement mécanique.

Un dernier mot, sur la façon d'introduire le ballon.

Chez les primipares, il sera presque toujours nécessaire de dilater le col au préalable à l'aide d'une grosse laminaire, ce qui est toujours facile. Chez les multipares on pourra souvent l'introduire d'emblée grâce à l'artifice suivant. Le col étant entièrement ramolli à la fin de la grossesse, on peut toujours introduire le dilatateur à deux branches fines de Doléris ou de Collin, à l'aide duquel on dilate le col transversalement, autant qu'il est possible, puis, l'instrument restant en place, avec une pince fixatrice, on attire, en la soulevant, la lèvre antérieure du col ; il devient alors très facile d'introduire le ballon ou la pince porte-ballon. Nous avons réussi en employant ce procédé à introduire, d'emblée, chez une secondipare, à col plutôt étroit, un gros ballon Boissard et nous croyons qu'il peut rendre des services.

Lorsque la dilatation est devenue suffisante, le ballon, sous l'effort de la contraction utérine, est chassé dans le vagin, comme le ballon Champetier. Nous n'y insisterons pas.

Quoi qu'il en soit, nous estimons que ce procédé de dilatation rapide du col, pourra rendre d'utiles services dans les cas où l'utérus doit être évacué promptement, et aussi dans les cas d'hémorrhagies graves dues à l'insertion vicieuse du placenta, et surtout dans les bassins viciés. Nous ne faisons que signaler ici ces indications, nous proposant d'y revenir plus longuement s'il y a lieu.

www.libtool.com.cn

GYNÉCOLOGIE

DE L'HYSTOTHÉRAPIE APPLIQUÉE A LA MALADIE DE BASEDOW ET AUX TROUBLES FONCTIONNELS DU SYSTÈME GÉNITAL FÉMININ ET PARTICULIÈREMENT DE LA MÉDICATION PAR LE TISSU OVARIEN,

Par M. le Dr Jouin.

En avril 1895 nous présentions devant la Société Obstétricale un premier mémoire (« Pathologie utérine et maladie de Basedow »), dans lequel nous nous efforcions d'établir, par de nombreuses observations cliniques, les rapports intimes qui relient l'utérus à la glande thyroïde.

Trois mois plus tard, à la séance de juillet, nous développions la même idée, timidement cette fois et avec la réserve que comportait le petit nombre de nos cas, en nous appuyant sur les résultats obtenus, de la médication thyroïdienne, dans le traitement des fibromes de l'utérus.

Dans un mémoire plus complet, lu au Congrès de Carthage en avril 1896, nous revenions sur le sujet.

Généralisant nos conclusions, nous nous efforcions de montrer que cette médication thyroïdienne agit non seulement sur les fibromes, mais qu'elle modifie également tous les cas d'hémorrhagie utéro-ovarienne, même lorsque celle-ci dépend de l'endométrite et du cancer.

Cette thèse, qui nous était jusqu'à ce moment bien personnelle, trouva un autre défenseur à l'Académie de médecine de Belgique.

Le 30 mai dernier, en effet, M. Bougué fit, devant cette importante Société, un rapport très complet sur un mémoire de M. Hertoghe (d'Anvers), intitulé : « *De l'influence des produits thyroïdiens sur les organes génitaux pelviens et les glandes mammaires de la femme. Applications à la thérapeutique gynécologique*

Nous ne reprendrons pas, après M. Bougué, l'analyse du travail du médecin d'Anvers. Qu'il nous suffise de dire que les conclusions de ce travail, non seulement confirmaient de tout point nos assertions, mais qu'elles allaient même beaucoup plus loin.

Toutes les ménorrhagies, quelles qu'elles soient, dit le praticien belge, sont heureusement influencées par la thyroïdidine.

Les hémorrhagies cancéreuses se tarissent rapidement sous l'influence de quelques jours de thyroïdation.

La médication empêche les avortements déterminés par une menstruation trop abondante.

Elle est utile dans les cas de myome utérin, de descente de la matrice, de rétroflexion avec hémorrhagie, et en général dans toutes les circonstances où il y a intérêt à réduire le volume, la congestion et la sensibilité de l'utérus.

Enfin, et cette dernière conclusion doit bien être attribuée au seul Dr Hertoghe, en raison, dit-il, d'une action spéciale exercée par la thyroïdine sur les glandes mammaires, dont elle active l'action, en même temps qu'elle décongestionne le système utéro-ovarien, il y a lieu d'administrer ce produit aux nourrices dont la lactation périclite, et particulièrement aux nourrices menstruées dont elle supprime les règles.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point, que nous n'avons pu encore suffisamment contrôler, un fait est définitivement acquis à la science : la médication thyroïdienne exerce une influence heureuse dans le traitement des hémorrhagies et même des simples congestions du système utéro-ovarien.

Ce fait, nous l'avons affirmé dès l'année dernière. Nous ne comptons plus les circonstances dans lesquelles il nous a été donné de l'observer. Enfin, de nombreux praticiens, à notre connaissance, ont aujourd'hui recours avec succès à cette nouvelle thérapeutique.

Voilà pour l'historique de l'histothérapie thyroïdienne.

Si maintenant nous passons à l'étude du traitement par le tissu ovarien des maladies et des troubles fonctionnels du système génital féminin, traitement exposé à la dernière séance de cette Société par le Dr Touvenaint, nous nous trouvons en face de documents non moins positifs, beaucoup plus nombreux, et surtout beaucoup plus anciens.

On n'a pas oublié l'accueil un peu sceptique fait, dans le monde scientifique, aux deux communications de Brown-Séquard à la Société de Biologie, dans ses séances du 1er et du 15 juin 1889. Or, dans la seconde de ces communications, le créateur de l'histothérapie disait textuellement ceci :

« Il est évident, a priori, que si les injections de liquide testiculaire réussissent, comme je l'ai constaté sur moi-même, à augmenter l'énergie des centres nerveux chez l'homme, un succès semblable serait obtenu chez la femme affaiblie par la vieillesse, si on lui faisait des injections, des substances retirées, par écra-

sement, d'ovaires frais d'animaux jeunes avec addition d'un peu d'eau. »

Et, de fait, la conclusion, pour qui admettait les théories de Brown-Séquard, s'imposait à tel point qu'à notre connaissance un jeune médecin, n'hésita pas à expérimenter immédiatement le suc ovarien sur sa propre femme qui avait dû subir la castration double, pour des kystes de l'ovaire, et présentait consécutivement des troubles nerveux assez pénibles.

Disons, en passant, que cette malade en retira un bénéfice évident. De notre côté, nous y eûmes plusieurs fois recours ; mais nos cas ne nous semblant ni assez nombreux, ni assez concluants, ni surtout assez originaux pour justifier une étude spéciale, nous nous contentâmes de les recueillir, accumulant les matériaux pour en faire l'objet d'un travail d'ensemble dont nous voulons exposer aujourd'hui certaines indications plutôt que les conclusions définitives.

D'ailleurs, de nombreux travaux étaient publiés sur le sujet tant en France qu'à l'étranger.

Citons les auteurs suivants qui méritent une mention particulière à côté du Dr Touvenaint :

F. Mainser. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 12. Mars 1896. De la médication ovarienne.

D. Landau. Traitement de la ménopause par le tissu ovarien.

M. Chobrak. *Centralblatt für Gyn.*, 1896, n° 28. De l'ingestion du tissu ovarien chez la femme castrée.

R. Mond. *Münchner medicinische Wochenschrift*, n° 14. Avril 1896.

Muret. *Revue médicale de la Suisse romande*. 8 juillet 1896.

Enfin, rappelons spécialement deux articles très bien faits du Dr Jayle, le premier déposé à l'Académie de médecine le 27 février 1890 et intitulé : « De l'état de la femme après la castration ovarienne, utéro-ovarienne ou utérine simple. Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme. » Le second publié dans la *Presse médicale* et portant ce titre : « Opothérapie ovarienne. »

Une thèse fut même soutenue sur le sujet devant la Faculté de Paris par un élève de M. Jayle, le Dr Maurice Lissac, thèse excellente et dans laquelle sont développées de la façon la plus complète les observations et les conclusions du Dr Jayle.

Le Dr Touvenaint vous ayant exposé d'une façon très heureuse les indications signalées par ces différents auteurs, et les

www.nblool.com.cn

expériences cliniques de notre collègue confirmant leurs propres observations, nous n'aurions aucune raison de revenir sur le sujet, si la question ne nous semblait présenter un autre côté plus général et que nous allons maintenant développer.

Il ne serait pas sans intérêt, dit Muret, d'essayer l'ovarine dans l'ostéomalacie et la maladie de Basedow. Et Jayle, qui cite cet auteur, ajoute dans l'article que nous venons de signaler : « J'ai eu l'occasion de traiter une femme qui après castration, présentait des troubles multiples, dont quelques-uns étaient sous la dépendance d'un goître exophtalmique. L'amélioration a été très nette.

Comment Muret est-il arrivé à soupçonner un rapport entre le goître exophtalmique et l'insuffisance de l'imprégnation ovarienne de l'organisme ? Nous l'ignorons. Mais ce qui est évident, c'est que ce rapport confirme de la façon la plus complète les assertions de notre mémoire sur les goîtres exophtalmiques et les lésions de l'utérus.

Aussi avions nous, de notre côté, prévu « *a priori* » la même relation et administré l'extrait ovarien dans deux autres cas qui nous sont personnels.

Les deux malades présentaient ces troubles vagues, assez difficiles à qualifier, et que nous n'hésitons pas, pour notre part, ainsi que nous l'avons longuement exposé, à rattacher à la maladie de Basedow. Toutes les deux furent très rapidement améliorées par l'usage de l'histothérapie ovarienne.

Et nous avons vu la même médication modifier très heureusement, en plusieurs circonstances, les désordres nerveux, si fréquents chez les femmes atteintes de maladies de matrice avec disparition ou diminution de menstrues.

Aussi, nous appuyant, d'une part sur les heureux effets des extraits thyroïdiens dans les cas d'affections congestives, d'autre part sur l'influence salutaire des extraits ovariens chez les malades insuffisamment menstruées, pouvons-nous, dès à présent, poser les conclusions suivantes :

Les troubles généraux, observés dans les maladies de l'utérus, paraissent présenter avec les fonctions du corps thyroïde et de l'ovaire des rapports que confirment l'expérimentation, la clinique et la thérapeutique.

Ces désordres sont déterminés dans un certain nombre de cas — par un travail exagéré de la glande thyroïde — par un travail insuffisant de la glande ovarienne — ou par les deux conditions réunies.

Mais plus souvent c'est — à l'hypothyroïdation — à l'exagéra-

www.libtool.com.cn

tion des congestions de l'ovaire — ou à ces deux éléments agissant d'une façon simultanée, qu'il faut savoir les rapporter.

Hyperfonction de la thyroïde, hypofonction de l'ovaire dans une première série de faits.

Hyperfonction de l'ovaire, hypofonction de la thyroïde dans la seconde série.

Nous ne pensons pas que les deux phénomènes se produisent souvent d'une façon simultanée. Mais nous estimons qu'il existe entre le travail des deux glandes une harmonie, en dehors de laquelle l'équilibre se rompt et la maladie apparaît.

Expliquons notre pensée.

Le corps thyroïde présente une sécrétion exagérée, l'ovaire fonctionnant d'ailleurs normalement, la femme devient malade, mais moins que si le travail de l'ovaire était encore diminué. Exagérons l'imprégnation ovarienne en lui donnant du suc de l'organe, elle retrouvera son équilibre, et, par conséquent, la santé.

Ou bien encore, le corps thyroïde fonctionne d'une façon normale, mais l'ovaire présente une activité exagérée, l'équilibre est rompu. Administrons la médication thyroïdienne et les phénomènes pathologiques ovariens seront supprimés.

Au premier groupe caractérisé physiologiquement par l'hyperfonction de la thyroïde ou l'hypofonction de l'ovaire, nous devons rapporter les désordres nerveux que nous avons considérés comme des faits de mal de Basedow frustes (excitation générale, agitation, insomnie, battements de cœur). Dans ce groupe surtout rentrent les cas de goître exophtalmique développés sous l'influence d'une lésion utéro-ovarienne.

Ils sont justiciables, au premier chef, de la médication par l'extrait d'ovaire, qui présente alors la valeur d'un véritable médicament spécifique.

A ce groupe également doivent être attribués les troubles de la ménopause artificielle et même naturelle. Nous venons de voir, par les travaux de Jayle et de Touvenaint, l'importance qu'il faut attribuer, dans leur traitement, à la même médication ovarienne.

Dans le second groupe, au contraire, les symptômes sont déterminés physiologiquement par l'hyperfonction de l'ovaire, et l'hypofonction de la thyroïde. La fonction ovarienne, par le fait de congestions locales, congestions simples ou pathologiques, ou d'anomalies anatomiques, est exaltée, la fonction thyroïdienne est insuffisante. Les désordres pathologiques sont alors caractérisés par l'éréthisme de l'appareil utéro-ovarien, par des douleurs

www.libtool.com.cn

locales, des névralgies, par tous les phénomènes, en un mot, de la congestion et particulièrement par l'hémorrhagie.

Ces cas relèvent de la médication thyroïdienne.

Maintenant, il ne faut pas se le dissimuler, si l'on voit bien théoriquement les deux groupes morbides, si les indications thérapeutiques découlent nettement de cette division, il n'est pas toujours facile de se prononcer dans une circonstance donnée.

L'obésité, par exemple, peut s'observer et s'observe même souvent du fait d'une fonction ovarienne insuffisante.

Elle peut, au contraire, coexister avec les symptômes d'un fonctionnement ovarien exagéré.

C'est même en traitant ce symptôme que nous sommes arrivés à la distinction que nous nous efforçons d'établir.

Si la femme obèse est difficilement réglée, si sa menstruation s'accompagne de douleurs, de troubles fonctionnels pénibles, si elle est irrégulière, insuffisante, non seulement la médication thyroïdienne ne donnera aucun résultat, elle sera même nuisible.

Deux fois nous avons supprimé provisoirement les fonctions menstruelles par l'administration de tablettes thyroïdiennes chez une femme qui l'l nous est donné de surveiller et de suivre d'une façon toute particulière.

Dans ces cas, ce n'est pas à la médication thyroïdienne, mais à la médication ovarienne qu'il faut recourir.

Par contre, la thérapeutique thyroïdienne fait merveille chez les femmes grasses abondamment réglées et surtout atteintes de phénomènes de congestion utéro-ovarienne.

Nous avons dans nos notes quatre faits de malades obèses et atteintes de petits fibrômes.

La thérapeutique thyroïdienne donna dans ces quatre cas :

1° Une diminution considérable du poids du sujet.

2° La suppression des hémorrhagies et la régularisation des fonctions menstruelles.

3° La diminution du volume de l'utérus, diminution constatée non seulement au palper, mais à l'hystérométrie.

Il y a là une question de diagnostic assez délicate, mais bien importante à déterminer.

C'est en étudiant ces cas complexes avec soin, en passant, au besoin, de la médication thyroïdienne à la médication ovarienne, et réciproquement, que l'on arrivera à déterminer positivement les indications des deux thérapeutiques, à les appliquer d'une façon véritablement précise et scientifique.

Combien de points, d'ailleurs, nous restent encore à éclaircir.

Ainsi sommes-nous fixés sur le moment où il convient d'instituer la médication, sur sa durée, sur les doses efficaces et dangereuses ? Hélas ! nous ne le pensons pas.

Les cas malheureux sont souvent, dit-on, plus instructifs que les faits favorables. A ce point de vue, nous nous faisons un devoir d'en signaler un qui ne nous est qu'incomplètement personnel, mais que nous tenons cependant à relater en raison de l'enseignement qui en découle.

Nous avions conseillé la médication thyroïdienne à une de nos clientes atteinte d'un fibrome utérin de volume moyen et très caractérisé.

Cette femme, qui se trouvait bien du traitement, fut prise en déplacement de vacances et à la suite de fatigues, d'une véritable hémorrhagie. Un médecin de la région mis au courant de la thérapeutique suivie, crut pouvoir conseiller les tablettes thyroïdiennes à dose massive.

Les règles s'arrêtèrent en vingt-quatre heures ; mais l'état général s'aggrava, des symptômes de péritonisme se manifestèrent, et un consultant appelé constata l'existence d'une hématocèle rétro-utérine.

Il est probable que, dépassant le but, la médication thyroïdienne avait déterminé cette redoutable complication.

Un fait positif découle de cette observation malheureuse : il faut suspendre l'usage de la médication thyroïdienne pendant les règles.

Pour notre part, nous ne la conseillerons jamais plus de vingt jours par mois et nous indiquerons de l'administrer seulement après les règles, en recommandant bien d'en cesser l'usage dès l'apparition du sang.

Maintenant, et c'est sur ce dernier point que nous voulons terminer notre travail, la médication ovarienne est indiquée dans un groupe d'états pathologiques, bien décrit récemment par Fischer (*Deutsche med. Zeitung*, n° 72, 1896) et déterminés par l'atrophie plus ou moins complète du système génital.

Cette atrophie physiologique, ou plutôt normale chez les petites filles avant la puberté et chez les vieilles femmes après la ménopause, est caractérisée anatomiquement par l'absence ou par la diminution de la capacité et du volume de l'utérus, par le développement incomplet ou par la dégénérescence des ovaires.

On l'observe souvent dans la jeunesse, même chez les jeunes

mariées. Les rapports conjugaux, dans ces cas, peuvent la modifier avantageusement.

Cliniquement, elle est caractérisée par l'inégalité et l'insuffisance de la menstruation, quelquefois même par sa suppression complète. Les règles sont extrêmement pénibles, les rapprochements sexuels s'accompagnent exclusivement de douleurs. En un mot, les malades présentent les symptômes rapportés dans les traités spéciaux à l'infantilisme utérin. Ce n'est pas, dans ces cas, une atrophie à proprement parler, mais une absence de développement des organes.

Mais on peut, chez une femme, jeune encore et autrefois normalement conformée, observer une véritable atrophie.

La chose a été signalée dans la tuberculose. Elle peut être consécutive à la fièvre puerpérale.

Les lésions atrophiques portent d'abord sur les ovaires, qui deviennent plus petits et se ratatinent. Dans un état avancé, Fischer les a vus former des corps durs, rugueux, et arriver au volume d'une noisette.

Pour l'utérus on a décrit l'atrophie concentrique qui se traduit par une diminution de la cavité utérine, ainsi que cela s'observe dans la tuberculose, et l'atrophie excentrique avec dilatation de cette cavité.

L'atrophie commence par le corps et s'achève par le col, qui devient plus petit sans s'effacer complètement. L'orifice se rétrécit. Le processus peut même gagner la vulve et le vagin.

Les malades accusent de la dysménorrhée, puis de l'aménorrhée ; elles souffrent de tiraillements, de pertes blanches.

Les seins perdent de leur volume, la peau en est plissée et sèche. Enfin, les femmes présentent l'aspect d'une sénilité précoce.

Cette atrophie est progressive, mais elle peut s'arrêter et même s'améliorer et disparaître complètement avec la cause qui la détermine.

Fischer explique cette lésion par l'action toxique de sang. Aussi l'a-t-il observée après la thyroïdectomie, dans le myxœdème et la maladie de Basedow.

C'est également une atrophie d'origine toxique que produit l'emploi prolongé de l'opium et de la morphine, l'alcoolisme, l'intoxication phosphorée et arsenicale, le diabète et la néphrite.

L'atrophie peut dépendre d'affections ovariennes consécutives à des maladies infectieuses.

www.libtool.com.cn

Scanzoni l'a observée à la suite de lésions médullaires.

Enfin, Fischer cite encore parmi les causes de l'atrophie génitale la chlorose, l'obésité, la maladie d'Addison.

Dans tous ces cas, il conseille la médication ovarienne.

Il est certain, en effet, qu'elle constitue alors une thérapeutique symptomatique absolument rationnelle.

Dans les cas simples, et particulièrement chez les jeunes filles, elle pourra suffire pour amener la guérison.

Elle sera très efficace chez les Basedowiennes, et, à ce point de vue, nous voyons que l'auteur Allemand, parti de considérations très différentes des nôtres, arrive, lui aussi, aux mêmes conclusions.

Mais ce serait une erreur de croire qu'elle peut répondre à toutes les indications de l'état pathologique. Il faut d'abord, en effet, l'attaquer dans sa cause première, et diriger contre celle-ci toutes les ressources de la thérapeutique.

Le mal dominé, la médication ovarienne permettra d'améliorer les manifestations génitales de l'état général.

Quoi qu'il en soit, on voit que l'histothérapie appliquée aux maladies et aux troubles fonctionnels du système génital féminin peut rendre de grands services.

Nous ne croyons pas, dans cette communication, devoir revenir sur la question des doses à conseiller. Pour notre part, nous nous contentons de prescrire par jour l'équivalent de 1 gramme 40 de tissus ovarien ou thyroïdien frais.

De même nous ne parlons pas du mode d'administration du médicament, cette question ne relevant que secondairement du médecin.

Enfin, et malgré l'autorité du professeur de thérapeutique de notre Ecole de Paris, nous préférons à la dénomination d'opothérapie (οπος, suc, jus, humeur de tissu, θεραπεια traitement), celle d'histothérapie (ιστος tissu), qui répond mieux à toutes les applications de la méthode, puisque dans certains cas, pour le corps thyroïde du moins, on a eu recours non au suc, mais aux tissus eux-mêmes, que l'on a introduits par greffe dans l'organisme malade.

Mais avec le professeur Landouzy nous estimons que la méthode thérapeutique nouvelle est appelée à rendre des services considérables, et nous ne saurions mieux terminer l'étude que nous venons de faire sur ses applications aux maladies et aux troubles fonctionnels du système génital féminin, qu'en rappelant les paroles prononcées par ce savant à sa première leçon du cours de thérapeutique professé en 1895-1896, et qui toutes peu-

vent s'appliquer au côté spécial de la question que nous avons étudiée.

« C'est une méthode qu'on aurait tort de juger sur ses seuls débuts ; qui porte à son actif d'incontestables services ; qui a répondu efficacement à certaines indications qu'il appartient à la clinique et à la médecine expérimentale de mieux dégager ; qui encore a pour elle maints prémices physiologiques.

Il est évident qu'il y a là tout un champ de recherches à explorer, et que l'opothérapie, scientifiquement pratiquée, prudemment conduite, nous réserve plus d'une surprise.

Le jour où l'opothérapie scientifique serait une arme éprouvée dans la main du praticien, le jour où l'opothérapie nous fournirait le moyen efficace de pallier vite et bien aux plus pernicieux parmi tout un groupe de troubles fonctionnels, la thérapeutique aurait décuplé ses forces, puisqu'elle serait en mesure de suppléer à une défaillance fonctionnelle par un apport adéquatement fonctionnel. »

ANGIOSCLÉROSE ET MÉTRORRHAGIES REBELLES,

Par le Dr Paul Petit.

Il s'en faut que la pathogénie des métrorrhagies soit encore complètement élucidée. Pour ce qui est des métrorrhagies d'origine utérine et non néoplasiques, notre attention a été longtemps trop exclusivement concentrée sur les lésions de la muqueuse, et c'est depuis peu seulement que nous commençons à entrevoir l'importance des altérations vasculaires du parenchyme. Ces altérations coïncident, soit avec des états aigus, franchement inflammatoires, soit avec des états chroniques qui succèdent aux premiers ou s'établissent d'emblée sous l'influence de troubles purement nutritifs qui n'ont rien à voir avec les bactéries.

Comme exemples d'hémorrhagies parenchymateuses du premier type, nous rappellerons les cas remarquables récemment présentés par M. Quénu à la Société de chirurgie, par MM. Pilliet et Baraduc à la Société de Biologie et qui se résument, au point de vue anatomique, en une transformation angiomateuse avec inflammation interstitielle aiguë du muscle utérin.

Les altérations chroniques paraissent être d'ordres divers : c'est ainsi qu'Hermann et Tourneux ont trouvé, chez des femmes âgées, le tissu musculaire lâche et ramolli, les vaisseaux de la muqueuse dilatés et friables, avec altérations athéromateues.

www.libtool.com.cn

Dans un cas de MM. Pichevin et Pettit, il y avait, avec absence complète d'altérations muqueuses, sclérose du tissu musculaire et multiplication des vaisseaux avec épaississement et ectasie.

Tout récemment, Triger cite un nouveau fait remarquable par les difficultés que présenta l'hémostase après le curettage, puisque l'on crut devoir pratiquer successivement la ligature des artères utérines et le tamponnement intra-utérin ; il est vrai que l'on eût put commencer par ce dernier moyen qui, seul, arrêta l'hémorragie provoquée.

Il y a déjà longtemps, Heitzmann a insisté sur l'endartérite des vaisseaux utérins chez les femmes syphilitiques, ce qui concorde avec la prédilection générale du virus pour les artères viscérales, car s'il affectionne particulièrement l'encéphale, le rein, le foie, on ne voit pas pourquoi, entre temps, il ne visiterait pas l'utérus ; Doléris a insisté sur la fréquence de la sclérose du col chez les syphilitiques et l'on a cité des guérisons de métrorrhagie rebelles par le seul traitement spécifique.

J'ignore encore par quel mécanisme l'*obésité* peut provoquer les métrorrhagies, si elle influe directement sur les vaisseaux utérins, mais son influence me paraît indiscutable et je partage tout à fait, à ce point de vue, les idées émises par M. Monod au dernier congrès de Bordeaux ; je n'ai pu faire disparaître chez une de mes clientes des métrorrhagies rebelles à deux curettages qu'en la faisant maigrir et, cela, sans avoir recours à la thyroïdine. Je crois qu'il faut attribuer la même action, quoiqu'à un degré moindre, à l'arthritisme en général.

Il semble donc qu'il y ait dans cet ordre de faits des connaissances très utiles à acquérir ou à préciser par l'entremise de l'anatomie pathologique.

C'est à ce titre que je vous présente cette pièce à laquelle se rattache, en résumé, l'observation suivante :

Mme B..., 44 ans, est vue par moi pour la première fois, en mai 1895. Depuis son dernier accouchement, datant de 18 ans, elle a des ménorrhagies qui vont progressivement en augmentant et souffre de pesanteur sacrée avec traction sur les aines, grande difficulté dans la marche. A l'examen, je trouve l'utérus en rétroversion complète : col énorme, sclérokystique, projeté derrière la symphyse et corps volumineux, induré, dans le Douglas ; mais pas trace de fibrome. Déchirure du périnée, cystocèle et rectocèle. L'utérus se laisse complètement réduire, mais avec quelque peine, et l'on se rend parfaitement compte que la résistance opposée à

www.libook.com.cn

l'instrument réducteur provient, non d'adhérences péritonéales, mais de la rétraction du tissu cellulaire. Le 9 juin, je pratique, en une séance, le curettage, la résection du col, la colporraphie antérieure, la colpopérinéorraphie et le raccourcissement des ligaments ronds. A la suite de cette intervention la malade paraît bien guérie et peut reprendre ses occupations. Mais trois mois après, les métrorrhagies reparaissent et augmentent de plus en plus, malgré l'emploi de palliatifs divers d'ordre local et général, ce que voyant, je pratique, le 3 janvier 1896, un deuxième curettage suivi d'un badigeonnage avec une solution de chlorure de zinc à partie égale dans l'eau distillée. Cette fois encore, la muqueuse me paraît épaissie, mais sensiblement moins, cependant, que la première fois. A l'examen histologique, il n'est pas douteux qu'il s'agisse d'hyperplasie simple. Comme résultat : deux mois normaux, puis, deuxième reprise des métrorrhagies qui, à leur habitude, vont s'accentuant et au point qu'il faut, chaque mois, pratiquer le tamponnement, seul moyen qui réussisse sûrement à arrêter la perte. La malade s'anémiant de plus en plus et se trouvant très gênée dans l'exercice de sa profession, je me décidai, le mois dernier, c'est-à-dire plus d'un an après sa première opération, à lui enlever l'utérus; je le fis, malgré ma répugnance à renoncer aux bénéfices d'une intervention conservatrice qui avait parfaitement réussi au point de vue statique, et bien que je me tinsse pour assuré qu'il n'y avait pas de néoplasme et qu'il ne pouvait s'agir que d'angiosclérose.

L'hystérectomie fut simple, malgré l'obstacle que je m'étais créé en rétrécissant le vagin et en réséquant le col au niveau même du cul-de-sac; pour éviter de blesser la vessie qui, du fait de l'ectropion opératoire du vagin, bordait l'orifice utérin de néoformation, j'eus recours au petit artifice suivant que je recommande en pareil cas : après avoir ouvert le cul-de-sac postérieur, je prolongeai mon incision vaginale, d'un côté, jusqu'à la limite de la face antérieure du col, puis, insinuant mon doigt de dehors en dedans sous la muqueuse vaginale, je décollai la vessie de bas en haut avant de continuer la section du vagin avec les ciseaux, au ras du moignon cervical. Double remarque intéressante : je pus m'assurer : 1° Que l'utérus avait gardé une excellente attitude ; 2° Que les ligaments et en particulier les ligaments utéro-sacrés offraient sur le doigt une résistance anormale. Je n'enlevai qu'un ovaire sur deux, d'après le conseil récent de Chrobak, pour prévenir, dans la mesure du possible, les troubles de ménopause artificielle. Suites simples et guérison.

Malgré la suppression de la portion vaginale du col et l'atro-

phie qui d'ordinaire la suit, l'organe enlevé présente 8 centimètres de profondeur. Poids 120 — c'est-à-dire triple de la moyenne normale. — Epaisseur de la paroi antérieure 2 centimètres, de la paroi postérieure 2 cent. 8. Béance, volume et dureté remarquables des vaisseaux sectionnés le long des bords de l'utérus. Même remarque à la coupe du parenchyme, d'où un certain nombre de gros vaisseaux s'énucléent, pour ainsi dire, au passage du couteau. J'ai suivi par dissection, à travers le fond de l'utérus, une artère sclérosée qui atteignait le calibre de la radiale. A l'examen histologique : 1° Du côté de la muqueuse, prolifération accentuée des glandes dont l'épithélium est d'aspect normal ; ectasies capillaires et suffusions hémorrhagiques exactement limitées aux couches les plus superficielles ; — du côté du muscle, boyaux glandulaires très profonds, sclérose avec raréfaction très accentuée du tissu musculaire, oblitération ou rétrécissement des lumières vasculaires. — Atrophie scléreuse des trompes. — Sclérose moins avancée des ovaires.

En somme, du côté de l'utérus, ce qui semble tout d'abord commander les hémorrhagies, c'est l'état du revêtement muqueuse mais en réalité, cet état dépend lui-même des lésions du parenchyme sous-jacent qui s'est laissé pénétrer par les glandes d'une façon tout à fait inusitée et dont la circulation en retour est des plus précaires, double raison pour expliquer la récidive rapide de l'hyperplasie muqueuse et les échecs successifs du curettage.

Autrement dit, les lésions du parenchyme ne sont pas directement en cause comme dans ces transformations angiomateuses que je vous ai rappelées, mais le résultat est le même.

Il se peut, d'ailleurs, que les deux ordres de lésions ne soient que les deux phases d'un même processus, dépendant de ce varicocèle pelvien, si souvent méconnu et dont je vous ai décrit naguère les effets si particuliers du côté des ovaires.

Pour expliquer la multiplicité et la profondeur des culs-de-sac glandulaires intra-parenchymateux, il est probable qu'il faut invoquer non pas seulement la prolifération des glandes, mais un travail de sclérose concentrique analogue à celui qui aboutit du côté des trompes à la soudure et à l'inclusion des villosités.

Quoi qu'il en soit, il s'agit là de lésions irrémédiables qui, bien que n'étant pas néoplasiques, exigent des sacrifices radicaux. Le curettage, l'électrolyse ne peuvent donner que des résultats temporaires. Entre l'hystérectomie, qui est si bénigne en pareil cas, et la cautérisation profonde au chlorure de zinc qui parachève la sclérose du côté de la muqueuse et n'arrête les hémor-

rhagies qu'en provoquant la dysménorrhée, il ne peut vraiment y avoir d'hésitation.

On comprend seulement combien les abus sont faciles dans cette voie. On ne peut les éviter que par une analyse exacte des lésions entraînant derrière elles un diagnostic précis et une terminologie appropriée ; ainsi les mots de *métrite*, *gigantisme utérin*, doivent-ils disparaître des statistiques d'hystérectomie qui se respectent, car la *métrite seule* ne justifie pas l'ablation de l'utérus et le *gigantisme utérin* n'a pas plus d'existence propre que l'*esthiomène vulvaire*.

REVUE DES INSTRUMENTS NOUVEAUX

Tube anastomotique

de M. le Professeur Chalot (de Toulouse), pour la transplantation des uretères.

Pour transplanter les uretères dans la vessie ou l'intestin lorsqu'il s'agit d'enlever largement par l'abdomen les cancers diffus de l'utérus, — après avoir lié les deux artères iliaques internes (1). M. Chalot se sert d'un tube spécial, très simple, qu'il a fait fabriquer d'après ses indications. Ce tube (fig. 1) est en cuivre nickelé.

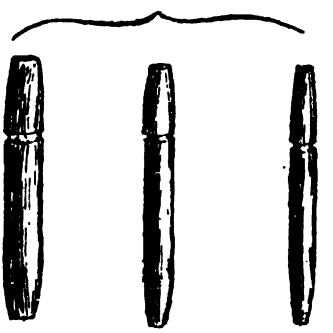


Fig. 1.

Il a la forme d'un cylindre graduellement effilé en cône à chaque bout. Il mesure, pour l'adulte, 3 c. 1/2 de longueur sur une largeur médiane de 5 à 3 mill. $\frac{1}{2}$ (La figure 1 représente les trois numéros en grandeur naturelle). Il est percé au centre dans toute sa longueur d'un canal qui mesure 3 mill., 2 mill. 2/3 et 2 mill. 1/3 de diamètre, suivant la grosseur du modèle. Il présente, à sa sur-

(1) Voy., à ce sujet, pour le détail, l'article que M. le professeur Chalot a publié dans l'*Indépendance médicale* de Paris, n° 38, 1896.

face, une rainure circulaire, qui est à 1 c. 1/2 d'une extrémité, à 2 c. de l'autre. C'est sur le bout le plus court qu'on emboîte le bout rénal de l'uretère, de telle sorte que ce dernier dépasse un peu la rainure circulaire et qu'on puisse l'arrêter sur la rainure même par une ligature perdue de soie très fine. Le long bout du tube (dernière modification) est percé d'une dizaine de trous, dont un situé près de l'extrémité, sert à passer une anse de soie. Celle-ci sert, à son tour, soit à y fixer un bout de sonde emboîté sur le tube et, plus tard, à retirer tube et sonde à la fois, soit seulement à retirer le tube, quand on pense que la ligature circulaire a fini d'ulcérer le moignon uretéral et a, par conséquent, rendu ainsi toute liberté au tube. L'uretère reste alors solidement fixé par les adhérences plastiques dans la paroi du viscère, avec lequel on l'a abouché. On peut aussi abandonner le tube à lui-même. Immé-

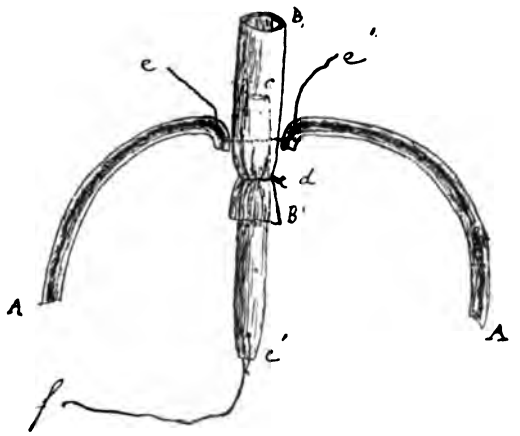


Fig. 2.

diatement au-dessus de la rainure circulaire est soudé un petit indice qui peut être perçu à travers la paroi de l'uretère et permet de placer exactement le fil de soie dans la rainure. — Naturellement, pour l'enfant aux divers âges, le tube anastomotique est de dimensions plus petites.

La figure schématique 2 indique la manière dont l'uretère est implanté à l'aide du tube.

AA', viscère d'implantation quelconque (vessie, intestin).
BB', moignon de l'uretère.
cc', tube anastomotique.
d, ligature du moignon uretéral dans la rainure circulaire.
ee, point de soie qui fixe l'uretère dans les lèvres légèrement inversées de la boutonnière viscérale.
f, anse de soie pour l'extraction ultérieure du tube.

« Ce tube — dit M. Chalot à la fin de son article — sans être indispensable, me paraît parfaitement apte à faciliter et à simplifier l'abouchement des uretères avec un organe quelconque. »

Notes additionnelles de M. Chalot :

La malade chez laquelle il a implanté ainsi les deux uretères dans le **rectum le** 22 juillet 1896 continue à jouir d'une bonne santé (16 oct.) : elle a une **ou deux selles** seulement la nuit, deux ou trois le jour et sans la moindre **souffrance. Depuis** le mois de juillet, M. Chalot a eu l'occasion d'employer **son tube deux autres fois** pour cancers utérins, et une fois pour exstrophie vésicale. Il est évident qu'on peut l'utiliser pour d'autres applications, telles que l'extirpation de la vessie, celle de la prostate, les fistules uretéro-vaginales, etc. (*Revue de Polytechnique médicale.*)

VARIÉTÉS

LA MÉDECINE DANS LES ROMANS. UN NOUVEAU DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

Mon cher Minime,

Permettez-moi de vous signaler, à vous et aux lecteurs du *Journal de Médecine de Paris,* un fait qui risquerait fort de passer inaperçu et mérite pourtant le grand jour de la publicité, car il va, d'un seul coup, révolutionner toute l'obstétrique, et simplifier considérablement le diagnostic parfois si difficile de la grossesse.

Le 31 décembre 1896, je lis dans le roman d'Adolphe d'Ennery que nous sert en tranches l'*Echo de Paris*, sous le titre — *Jacqueline* — ces lignes fort instructives et que je cite textuellement, car elles ont toute la valeur d'une observation.

« Il y eut un moment de silence pendant *lequelle* (sic) le médecin regardait attentivement la jeune fille, dont il avait pris la main.

Il consulta le pouls, en suivant de l'œil, sur sa montre, la course de l'aiguille à secondes.

Louise et Marcel ne perdaient pas un seul de ses mouvements, cherchaient à lire d'avance sur le visage du praticien le verdict qu'il allait prononcer.

Et quelle anxiété les agitait... !...

Enfin, après un long et méthodique examen, les traits du docteur qui, tout d'abord, avaient gardé l'impassibilité professionnelle, se détendirent, s'éclairèrent, et un fin sourire erra sur ses lèvres un peu fortes qui indiquaient la bonté.

Il se tourna successivement vers Louise et vers Marcel Rozan et d'un ton qui n'exprimait que la plus absolue tranquillité :

« N'ayez aucune inquiétude, Mademoiselle, n'ayez aucune crainte, Monsieur, dit-il en laissant retomber la main de Paula toujours inanimée, mais dont la respiration était presque calme ; l'état de notre

(1) Je n'ignore pas que l'on connaît depuis longtemps quelques modifications du pouls pendant l'état puerpéral ; mais jamais personne n'était encore arrivé à en tirer des conclusions aussi pratiques, et même de moins pratiques.

malade n'a rien qui doive nous alarmer. Cette syncope qui vous a effrayée est dans les choses ordinaires, prévues, normales... »

Il s'interrompit une seconde, comme pour laisser aux paroles d'encouragement qu'il venait de prononcer le temps de produire tout leur effet.

Et, ensuite, il reprit en souriant :

« Dans quelques mois cette jeune dame sera mère... » La foudre tombant » — etc. Ici j'abrège quelque peu, et je transcris ces dernières phrases pour terminer cet extrait :

« Le docteur, quoique surpris de cette double exclamation, et surtout de l'accent qui l'accompagnait, ne répondit rien d'abord.

« Il reprit la main de Paula, la garda quelques secondes entre ses doigts qui tâtaient les pulsations de l'artère, puis d'une voix absolue, précise, impitoyable, il répéta :

« Non, Mademoiselle, je suis certain de n'être pas dans l'erreur ? »

Ainsi donc voilà qui est bien entendu : pour faire maintenant le diagnostic (1) d'une simple grossesse au début, un confrère a trouvé une nouvelle méthode élégante, simple et de bon goût, aisée à pratiquer même en voyage, et qui va faire fureur dans les salons de réception cet hiver.

Quels sont les éléments de cette recherche ? Il ne faut que trois choses : 1° un médecin ; 2° une main ; il n'est point besoin du reste du corps ; la main entière même est de trop, l'artère radiale suffit (1) ; et 3° une montre à secondes, système.... non, pas de réclame.

Voyez même, en étudiant à fond cette rigoureuse observation, qu'après les doutes bien naturels émis par les personnes présentes, le médecin confirme son « *Verdict* » en reprenant la main de Mademoiselle P.., et que, cette fois, il ne se sert plus de la montre à secondes qui devient ainsi une montre secondaire.

Il me semble que quelques réflexions découlent fort limpidement de l'examen de ces faits. Je ne veux pas insister sur ces mots du début : « Il y eut un moment de silence pendant *lequelle* » et pourtant ce mot — lequelle — me laisse rêveur, étant androgyne, si j'ose m'exprimer ainsi, à moitié masculin, à moitié féminin. Je ne crois pas qu'il faille y chercher une intention cachée de l'auteur, et mon humble avis est que nous sommes là tout simplement en présence d'une faute d'impression .. d'une coquille... Et, cependant, est-ce qu'on sait jamais?...

Ce qui me frappe, et qui a, selon moi, une bien autre importance, c'est la date à laquelle cette observation est publiée : 31 décembre, veille du jour de l'an, époque si renommée pour les cadeaux. C'est en effet un cadeau, et des plus précieux encore, que notre confrère fait à la science. Mais s'il m'est donné d'exprimer un souhait (le jour de l'an étant aussi le temps des souhaits), que l'auteur ne s'arrête pas en si beau chemin, et qu'après nous avoir montré sa découverte, il nous en dévoile le mécanisme, le manuel opératoire : qu'il nous dise les caractères, infaillibles d'après lui, d'un pouls de femme enceinte ; en un mot, qu'il ne garde pas son secret pour lui, et que l'obstétrique en bénéficie.

Pourtant, je fais une réserve: je désire que l'invention de l'auteur ne soit révélée qu'au corps médical. En effet, songez aux inconvénients qui pourraient surgir de la divulgation de la méthode. Si chacun dans le public est au courant du truc sous prétexte de serrer

(1) Prière aux farceurs de ne pas montrer au médecin une main d'homme. Il serait regrettable qu'un confrère affirmât dans ce cas une grossesse de 3 mois : cela nuirait à la doctrine.

la main à une amie, à une parente, on pourrait tâter le poignet et être aussitôt renseigné sur des débuts de grossesse qui ne demandent qu'à rester ignorés. Donc, sauvegardons les secrets de l'humanité, mais propageons la bonne parole, le bon enseignement chez les confrères.

Et ainsi, nous n'aurons plus besoin dans nos cabinets de consultation, ni de tables à examen, ni de spéculum, ni de vaselines variées, ni de rien; une artère radiale, une montre à secondes, et lui-même, c'est là tout le mobilier futur de l'accoucheur.

Peut-être même, la certitude donnée par les caractères si nets du pouls me semblant bien plus grande que celle donnée par l'examen direct et complet de la femme, certains confrères pourront-ils à l'avenir éviter de provoquer, bien malgré eux, des avortements qui, à l'heure actuelle, paraissent devoir être plutôt désagréables pour le provocateur.

Après toutes les louanges que mérite le nouveau procédé du distingué confrère, je demande la permission de mettre en évidence deux points qui me semblent répréhensibles. Je ferai d'abord au docteur le reproche d'avoir imprudemment déclaré le diagnostic de grossesse, toujours si délicat — oh ! combien ! — aux deux personnes qui assistaient la malade, sans savoir si elles étaient qualifiées pour entendre ces confidences. L'une étant la sœur de la syncopée, l'autre son ami, son amoureux, voyez quel inconvénient peut avoir pour la suite de l'histoire une telle révélation. A mon avis, le secret professionnel aurait demandé plus de correction dans la conduite de notre confrère X....

Ensuite, je cherche, si, au point de vue clinique, le docteur a bien fait aussi ce qu'il fallait faire. Appelé auprès d'une personne en état de syncope, je tâcherais aussitôt de faire reprendre ses esprits à la malade, ne m'occupant qu'ensuite de rechercher la grossesse. La belle avance si, ayant négligé les premiers soins nécessaires, vous déclarez que la femme est enceinte au moment même où elle est morte ; la grossesse ne serait plus alors qu'une formalité vraiment accessoire.

Quoi qu'il en soit, ces deux ombres légères au tableau ne sauraient en ternir le radieux éclat, et c'est entièrement convaincu de tout le sublime de sa découverte scientifique que je vous signale le docteur X... en vous priant d'agréer, mon cher confrère....

Docteur Albrou.

Au moment où je terminais cette lettre, on m'apporte en primeur les épreuves d'un ouvrage important signé du même docteur X... et qui doit paraître en librairie, le lendemain du jour où il sera présenté à l'Académie de Médecine.

Sans vouloir déflorer cette œuvre de si haute portée, j'en donne ici le titre et le plan général.

Le titre est superbe, bien qu'un peu long : « Traité de la pulsation radiale chez la femme en corrélation avec les différents actes de sa vie sexuelle. »

Le livre se compose de trois parties portant en sous titre : « Avant l'Acte (1) » ; « Pendant l'Acte » ; « Après l'Acte ».

C'est en effet une étude fort minutieusement détaillée du pouls de la femme depuis sa naissance, bien loin de l'Acte par conséquent et encore, pas toujours.... jusqu'aux périodes ultimes de la ménopause.

(1) Inutile de dire de quel Acte il s'agit ici. On le comprendra aisément : c'est l'acte vénérien.

Dans la première partie, « Avant l'Acte », indiquons brièvement les étapes de l'œuvre par quelques têtes de chapitre.

Chapitre III. Etablissement des règles.

Chapitre V. Pensions de jeunes filles.

Chapitre IX. Femme allant au premier rendez-vous d'amour.

Chapitre X et suivants. Dans la rue. — Dans l'escalier. — Le déshabillage. — Au lit (avant l'Acte).

Ici commence la seconde partie qui promettait d'être des plus intéressantes. Mais je dois tout de suite avouer que dans celle-ci, tout au contraire de la précédente qui fourmille d'observations, l'auteur ne nous livre que fort peu de cas, deux ou trois seulement. Il paraît que les femmes se prêtaient à cette étude en très petit nombre et de fort mauvaise grâce. Pourtant, le docteur X...., par sa délicate sagacité, est parvenu à tirer de ces rares exemples des données substantielles et nettes, telles que la comparaison des pouls de vierges ou de danseuses du Moulin-Rouge (page 213 et suivantes). Le Chapitre XV tout entier est à lire : il y est parlé des Actes à répétition, répétitions divisées en deux groupes, aiguës et chroniques.

Dans la 3e et dernière partie, tout est à noter.

Pourtant faisons une sélection.

Chapitre III. Des pouls d'époux, titre finement ironique.

Chapitre IX. Diagnostic de la grossesse : c'est dans ce chapitre que nous trouvons l'observation de Mlle P..... l'objet de cette lettre.

Chapitre XII dédié aux agences de renseignements et aux gens du monde, intitulé : le Pouls adultère.

Chapitre XIX, recommandé aux juges d'instruction et traitant du pouls après l'avortement.

Il y aurait bien d'autres parties à citer dans cette œuvre géniale, oui, géniale, je ne retire pas le mot, mais je ne veux pas que l'auteur m'accuse de trahison, et je borne là mes indiscrétions, heureux si par ces quelques mots je peux provoquer dans le monde médical une curiosité bien légitime pour ces études obstétrico-pulsatiles et pulsatilo-gynécologiques qui ne sont encore qu'à leur aurore.

Docteur Albrou.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Traitement de la coqueluche par l'ozone. — Emploi de la teinture d'iode contre les contractions tétaniques pendant le travail. — Action du tannigène sur les catarrhes intestinaux de l'enfance.

I. **Traitement de la coqueluche par l'ozone.** — Signalé pour la première fois, il y a quatre ou cinq ans, par MM. Labbé et Oudin, qui firent connaître les bons effets des inhalations d'ozone dans la coqueluche, ce traitement fut repris plus tard par M. Callé, de New-York, qui, au dernier Congrès de Boston, rapportait 7 cas de coqueluche guéris en peu de jours. Si, à cette série de 7 cas, on ajoute la série de 14 cas traités heureusement par MM. Labbé et Oudin, on a un total de 21 cas

www.libool.com.cn

L'auteur, voulant se faire une opinion personnelle et contrôler les résultats déjà signalés, a employé ce traitement chez cinq malades. Ceux-ci étaient atteints de coqueluche bien confirmée, assez récente et d'intensité moyenne : le plus ancien cas de coqueluche datait d'un mois et le plus récent de quinze jours ; les quintes variaient de 20 à 60 par jour. De ces cinq malades, un seul avait un état général mauvais : pâleur de la face, vomissements alimentaires, épistaxis. Chez quatre malades, le sommeil était troublé par des quintes de toux. Leur âge variait de trois à trente-cinq ans. Ils appartenaient tous à la même famille : quatre frères ou sœurs et la mère.

Ils furent soumis à des inhalations d'ozone pratiquées deux fois par jour et d'une durée de dix à quinze minutes chaque fois. Le dosage de l'ozone n'a pas été fait ; le débit de l'appareil était tel que toutes les parties de la salle où étaient faites les inhalations étaient imprégnées de l'odeur de l'ozone.

Voici les résultats obtenus par M. Doumer :

1° Après la quatrième inhalation, par conséquent, dès le second jour, les nuits devinrent meilleures chez les quatre malades dont le sommeil était troublé par les quintes de toux ;

2° Dès le début du traitement, l'enfant, qui vomissait tous les jours, n'eut plus de vomissements ;

3° A partir du second jour, les quintes devinrent plus rares et moins pénibles ;

4° Les quintes augmentaient de fréquence quand le traitement était interrompu ;

5° La guérison a été obtenue après un laps de temps de neuf à quinze jours ;

6° Ces malades, qui ont été traités au mois d'août, n'ont pas eu de récidive.

II. **Emploi de la teinture d'iode contre les contractions tétaniques pendant le travail.** — Müller a recommandé de prescrire la teinture d'iode contre les contractions tétaniques pendant le travail. Il formule la teinture d'iode comme suit :

Teinture d'iode	1 gramme.
Alcool.....	2 grammes.

Dose. En prendre toutes les demi-heures 5 gouttes dans un demi-verre d'eau chaude.

Dans la plupart des cas le résultat désiré est obtenu dès la deuxième dose, au plus tard après la troisième dose ; tout de même fera-t-on bien de la répéter encore une quatrième et cin-

quième fois. On prendra garde de ne pas perdre inutilement du temps par l'emploi des narcotiques ; plus tôt est institué le traitement par la teinture d'iode, plus rapidement se manifeste l'effet favorable, à savoir, dès que disparaissent les contractions tétaniques, les poussées énergiques ne tardent pas à survenir.

www.tibroof.com.cn

III. **Action du tannigène sur les catarrhes intestinaux de l'enfance.** (J. Harteker. Die Heilwirkung des Tannigen bei den Darmcatarrhen des Kindesalters 1896. *D. M. Centr. Ztg.*) — Après un court aperçu relatif aux propriétés chimiques du tannigène et aux résultats obtenus jusqu'ici au moyen de ce produit, l'auteur expose ses propres observations ayant trait à une série de catarrhes intestinaux aigus et chroniques, dont une partie avaient été traités antérieurement sans succès par divers autres remèdes.

Les résultats obtenus avec le tannigène furent en général favorables, quelquefois vraiment surprenants. H. admet que ce médicament dépasse tous les astringents intestinaux usités jusqu'ici par la certitude et la rapidité de son action ; que celle-ci est surtout caractéristique et indéniable dans les entérites chroniques, que même elle est spécifique contre le catarrhe intestinal chronique des enfants rachitiques. Quant aux diarrhées d'origine tuberculeuse, il est impossible de faire valoir une action curative directe du tannigène, mais on peut toutefois dire que dans ces cas ce corps est plus actif que tous les autres astringents intestinaux. Il diffère notamment de ceux-ci, non seulement par son effet plus prompt, mais par une série de propriétés qui ne peuvent manquer d'avoir une grande valeur en pédiatrie. Il faut citer son insipidité, son manque d'odeur, l'absence d'influence funeste sur l'estomac, son innocuité absolue et, comme conséquence de ce dernier fait, la possibilité de l'administrer sans grands frais en le dosant au moyen d'un devant de couteau. On possède ainsi un remède peu onéreux et sûr pour les enfants pauvres, chez qui les catarrhes en question sont si fréquents. Tous ces faits assignent, au moins provisoirement, au tannigène une place honorable parmi les médicaments en vogue. De même que divers autres auteurs, H. recommande de continuer l'administration du médicament durant quelques jours encore après la disparition de la diarrhée. Il recommande de diminuer insensiblement la dose. On évite ainsi les récidives.

Au reste, le dernier rapport annuel de la policlinique de Gerhardt cite le tannigène comme un excellent astringent dans toute une série de maladies intestinales.

Il importe de ne pas confondre le *Tannigène* avec d'autres médicaments de noms similaires, tels que la tannalbine, tannoforine, tannalbumine, etc, etc., qui n'en possèdent ni la composition chimique, ni les propriétés.

www.medecine.com.ca

FORMULAIRE

Poudre à poudrer les enfants.

Terre à foulon pulvérisée	100 gr.
Lycopode	200 gr.
Thymol cristallis	3 gr.

F. S. A.

—

L'atropine contre la diphtérie.

(ELSAESSER.)

Sulfate d'atropine	0 gr. 003
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05
Eau d'amandes amères	20 gr.

M. D. S.— Donner toutes les heures autant de gouttes que l'enfant compte d'années. Les adultes recevront, suivant la gravité de l'affection et leur constitution, de X à XV gouttes toutes les heures.

—

Potion contre la coqueluche.

(PÉRIER.)

All. de val. d'aconit, Teint. de belladone	ää V à X gtt.
Eau chloroformée saturée	30 gram.
Sirop d'altaa	30 —
Eau distillée	90 —

Cuillerée à café ou à dessert suivant l'âge de 2 en 2 heures dans la seconde enfance.

—

Nouvelle médication de la coqueluche.

Bromure de camphre	0 gr.02
Mono-sulfure de calcium	0 — 03

pour 1 paquet n° 30.

De 2 à 4 paquets par jour pour enfants de 4 à 8 ans.

—

Potion contre la congestion pulmonaire chez l'enfant.

(PÉRIER.)

Acétate d'ammoniaque	1 à 2 gr.
Benzoate de soude	2 gr.
Ommel scillitique	10 gr.
Sirop de cerises	30 gr.
Eau distillée	110 gr.

Cuillerée à café ou à dessert d'heure en heure.

—

Nouvelle pommade contre la gale.

Losophène	5 à 10 gr.
Huile d'olive	20 —
Vaseline	100 —

F. S. A.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation.— *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana.— *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

www.libtool.com.cn

TRAITEMENT DU PROLAPSUS GÉNITAL CHEZ LA FEMME

Par M. le Dr P. Petit.

Vous connaissez tous le rapport magistral de M. Bouilly, au dernier Congrès de l'Association Française de chirurgie, sur le traitement du prolapsus génital chez la femme. L'état actuel de la question s'y trouve exposé d'une façon si judicieuse et si nette que la plupart des orateurs inscrits, ou bien ont renoncé à la parole, ou bien se sont bornés à souscrire aux conclusions du rapporteur. Vous pourriez donc, à bon droit, vous étonner de ne pas me voir suivre cet exemple, si, à défaut d'un perfectionnement nouveau, je n'avais à faire valoir quelques détails de pratique d'un certain intérêt et mon grand désir de connaître votre propre opinion dans un débat en apparence épuisé.

Il est donc entendu que, des *trois systèmes fixateurs de l'appareil génital* de la femme, *appareil de soutènement*, *appareil de suspension*, *adhérences celluleuses ou ligamentaires intermédiaires*, le premier semble être le plus indispensable au maintien de la statique normale et que sa réfection est ce qui importe le plus pour amener la guérison du prolapsus. C'est là une vérité fondamentale que j'ai entendu professer et mettre en pratique, par Doléris, il y a bien une dizaine d'années, et l'on pourrait être surpris qu'il fût nécessaire de la proclamer en l'an de grâce 1896, si le règne de l'hystéropexie et de toutes ces pexies diverses, chirurgicales dans leur essence, mais pathologiques dans leurs effets, ne l'avaient momentanément éclipsée. Pour nous, cette floraison d'opérations nouvelles, toutes basées sur une même hérésie, une fixation anormale, ne nous a jamais fait abandonner la bonne doctrine dont nous attendions, avec patience, le renouveau : nous sommes toujours demeurés fidèles au rétablissement du jeu des deux valves vagino-périnéales, comme opération de fond et à l'opération d'Alexander comme opération complémentaire ; notre opinion a seulement varié sur l'opportunité de cette dernière intervention que nous joignions, autrefois, systématiquement, aux colpo-périnéorraphies et que nous réservons actuellement à des cas spéciaux : prolapsus avec rétroversion accentuée dépassant en arrière l'axe vaginal, pro-

(1) Charpentier. Traité pratique des accouchements, 1883, t. II, p. 291.

lapsus avec dystrophie des tissus, prolapsus complet pendant la période d'activité sexuelle ou chez les vierges.

Il ne faut pas oublier, et c'est un point sur lequel Doléris s'est plu à insister, que l'action des ligaments ronds, quoiqu'indirecte, est assez active, car, en maintenant l'antédirection normale, ils éloignent l'axe de l'utérus du trajet herniaire et utilisent la pression abdominale pour consolider ce résultat et coapter le vagin. A qui douterait de la résistance des ligaments ronds, après raccourcissement, je citerai les deux faits suivants : chez une de mes clientes opérée par Doléris, au début de mes études gynécologiques, j'ai pu suivre ultérieurement le développement d'un fibrome multinodulaire au niveau de la paroi postérieure de l'organe ; vous n'ignorez pas que c'est là une cause ordinaire de rétroversion et même de rétroversion complète : or, le redressement acquis s'est maintenu. — Chez une autre, opérée par moi, il s'agissait d'un prolapsus total et complet, avec allongement considérable du segment sus-vaginal du col ; de plus, la malade présentait un type extrême de cette débilité générale des tissus si favorable à la hernie pelvienne, si contraire à sa guérison par les procédés conservateurs. Une opération d'Alexander combinée à une large résection du col et du vagin l'avait complètement guérie. Au bout d'un an elle devient enceinte et je l'accouche, à terme, d'un très gros enfant. Sous la poussée de la tête je vis la cystocèle se reproduire sous mes yeux et faire à la vulve une notable saillie, dès que la malade se leva ; or la paroi vaginale postérieure était encore d'une rectitude parfaite, l'utérus à son niveau normal et en antéversion et les choses persistèrent encore en cet état durant de longs mois. Certainement il n'en eût pas été de même, étant donné le cas, si l'Alexander n'était venu en aide à la colpopérinéoraphie.

Je regrette donc, étant donnée la haute importance de ses arrêts, que M. Bouilly ait cru devoir faire part égale entre cette excellente opération et l'hystéropexie abdominale qui, après avoir pensé l'écraser de sa supériorité, ne peut même plus prétendre à marcher de pair. L'hystéropexie, de conception certainement simpliste, est, par contre, un véritable barbarisme physiologique, car elle violente grossièrement ce mécanisme à la fois si délicat et si complexe de la statique pelvienne d'où résulte la fixation des organes, sans atteinte portée à leur mobilité. Si elle paraît être la moins mauvaise de toutes les pexies en cours, c'est que, précisément, elle ne donne pas ce qu'elle semblait promettre et que cette adhérence si solide qui devait unir étroitement et à jamais l'utérus à la paroi abdominale s'étire peu à peu et au point de consti-

www.libook.com.cn

tuer une bandelette plus ou moins longue qui permet à l'utérus de reprendre son niveau normal. S'il ne descend pas plus bas, c'est grâce à la réparation de l'appareil de soutènement qui attend précisément, pour faire sortir ses heureux effets que l'hystéropexie se trouve annulée. Jusque-là elle ne peut être que nuisible. Au temps où elle était pratiquée isolément pour le prolapsus, les sensations douloureuses de traction au niveau de la cicatrice étaient quasi-fatales, parfois intolérables et pouvaient, comme je l'ai vu, s'accompagner de perturbation mentale, d'inventration, etc. On ne l'a pas assez dit. Actuellement on ne manque jamais de pratiquer les opérations vagino-périnéales de rigueur, mais, pour peu que les avivements soient parcimonieux, ce qui est encore la tendance d'un grand nombre, ces mêmes douleurs, quoique beaucoup moindres, peuvent encore se produire. On ne le dit pas assez.

D'autre part, on peut se tromper dans l'estimation de la hauteur où il convient de fixer l'utérus ; si ce point est choisi trop élevé, la vessie est gênée dans son fonctionnement ; j'ai donné mes soins à une malade opérée par un chirurgien des plus distingués de nos hôpitaux, qui présentait, de ce fait, une dysurie intense avec pollakiurie (elle était obligée d'uriner tous les 1/4 d'heure). Il m'a semblé l'avoir un peu soulagée par quelques séances de massage ayant pour but de hâter l'allongement de la bride cicatricielle.

Les dangers immédiats de l'intervention doivent certainement entrer en ligne de compte. M. Bouilly, dans la statistique de Rauhüt, de Halle, relève 3 morts sur 55 cas, soit 5,4 %, ce qui est beaucoup pour une opération plastique et connaissant, pour ma part, trois autres cas de mort opératoire, d'ailleurs inédits (dont l'un dû à l'autosection de l'utérus sur ses fils fixateurs, sous l'influence des secousses de vomissements), je me trouve autorisé à croire qu'il y en a un certain nombre de passés sous silence.

Enfin, dans les suites éloignées, il faut compter avec un immense danger qui suffit, à lui seul, à condamner sans retour l'opération en question, à savoir l'étranglement de l'intestin sur cette bride qui, de plus en plus, s'allonge ; connu ou méconnu, cet accident doit être assez fréquent, puisqu'au dernier Congrès de Genève, M. Jacobs, de Bruxelles, a pu lui attribuer deux cas de mort dans sa seule pratique.

Entre deux opérations dont l'une, antiphysiologique, semble s'annuler d'elle-même au bout d'un certain temps, aggrave parfois l'état des malades et expose à des dangers immédiats ou consécutifs ; dont l'autre, tout à fait d'accord avec la statique

www.libook.com.cn

normale, n'offre vraiment aucun inconvénient, le choix ne m'a jamais paru difficile à faire.

Les tentatives de raccourcissement des ligaments utéro-sacrés sont certainement très intéressantes, mais n'ont pas encore dépassé la période d'essai.

Enfin les adhérences cellulaires ou ligamentaires intermédiaires à l'appareil de soutènement et à l'appareil de suspension jouent certainement un grand rôle, mais se prêtent assez mal à l'action chirurgicale; on risque d'ailleurs, en s'y attaquant, d'aller à l'encontre de ces deux fonctions si opposées de soudures fixes ou de charnières qui leur sont départagées. Ainsi, M. Goubaroff en fixant, comme il l'a dernièrement proposé, la paroi antérieure de l'utérus au feuillet viscéral du fascia pelvien qui le recouvre, en passant derrière l'organe des feuillets analogues, me paraît-il s'exposer à tous les dangers de l'hystéropexie vaginale. On comprendra que j'admette encore moins la pratique de Follet, de Lille, qui, après avoir disséqué la partie supérieure du vagin, l'abandonne à la réunion par seconde intention, de façon à créer un anneau cicatriciel de soutien.

Ceci étant posé, sous quelles formes le prolapsus génital de la femme s'offre-t-il à nous en clinique ?

Sous la forme *aiguë* et sous la forme *chronique* et, dans chacune de ces catégories, il peut être partiel ou généralisé.

La *panoptose aiguë* doit être bien rare ; j'ai observé dernièrement un cas de *panoptose complète de ce genre* chez une vierge ; ici l'opération d'Alexander me paraît être de commande pour venir en aide aux colporraphies.

Moins rare est la *cystocèle aiguë* résultant probablement d'une désinsertion directe du vagin au moment de l'accouchement : le périnée étant toujours plus ou moins relâché, il est prudent de ne pas s'en tenir à la colporraphie antérieure.

Le *prolapsus aigu et monorganique des annexes* est d'origine inflammatoire et disparaît au moins en partie avec sa cause, quand il n'y a pas d'adhérences ; au cas contraire, ce n'est qu'une raison de plus en faveur d'une opération radicale, étant données les douleurs dont il est directement l'origine au moment de la défécation et du coït.

Le *prolapsus chronique et monorganique du vagin* n'est que le premier temps de la panoptose à évolution ascendante et exige le plus souvent une colpopérinéorraphie préventive, même si la chute est encore limitée à la paroi antérieure.

Le *prolapsus chronique et monorganique des annexes* se rattache à une inflammation ancienne ou à une subinvolution loca-

www.libool.com.cn

lisée ; s'il n'y a pas d'adhérences et que les annexes paraissent saines, on peut espérer, dans une certaine mesure, les voir reprendre leur place sous l'influence de la columnisation du vagin, puis du pessaire ; mais, pour peu qu'elles soient scléro-kystiques, ce qui est fréquent et très facile à reconnaître dans l'espèce, s'il y a de vives douleurs qui ne cèdent pas au repos et au tamponnement, il faut les enlever par colpotomie.

La *panoptose chronique* reconnaît comme origine le *traumatisme obstétrical*, la *subinvolution*, ces *deux ordres de causes réunies*, plus rarement la présence de *tumeurs* et, en particulier, de *kystes de l'ovaire*.

La forme de panoptose la mieux connue, au point de vue pathogénique, est celle qui relève principalement de *lésions apparentes du périnée* et qui évolue *à ciel ouvert* de bas en haut. Les pessaires ordinaires manquant ici de soutien, sont moins que des pis-aller. L'opération maîtresse est la colpopérinéorraphie ordinairement doublée de la colporraphie antérieure.

Mais, à côté de cette forme il en est d'autres moins bien étudiées et qu'il importe pourtant de distinguer, pour les traiter convenablement : 1re forme : Tout est relâché, y compris l'orifice vulvaire, et tout descend en même temps ; mais il n'y a pas de traumatisme apparent et il s'agit probablement de lésions sous-cutanéo-muqueuses, de lésions de la *doublure*, liées ou non à la subinvolution ; c'est la forme de prolapsus à laquelle sont fatalement vouées, à un degré quelconque, les dystrophiques, alors que l'accouchement se passe au mieux pour elles. Si le prolapsus est peu accentué on peut se borner au pessaire, tout en s'attendant à intervenir plus tard, surtout s'il y a d'autres grossesses. Dans le cas contraire, toute la lyre opératoire conseillée par Doléris est de rigueur, bien qu'il n'y ait nulle part de rupture apparente.

2me forme : Au-dessus de la vulve fermée, le vagin se déroule en plis superposés et l'utérus suit. Dans cette forme qui remonte ordinairement à une fausse couche et semble uniquement relever de la subinvolution du vagin et de l'appareil suspenseur la colporraphie doit être poussée à ses dernières limites et exige plus de soins encore qu'à l'ordinaire, car à elle seule incombe tout le poids (c'est bien le mot) de la guérison, la périnéorraphie n'étant pas en cause et l'Alexander ordinairement inutile. L'avivement, plus difficile d'ailleurs à exécuter, doit s'avancer jusque sur les limites du col et présenter à ce niveau une certaine largeur au lieu de se terminer en pointe, comme à l'ordinaire ; si l'on éprouve quelque peine à réunir les bords de droite à gauche il

www.rdtool.com.cn

suffit, pour obtenir une bonne solution, c'est-à-dire pour bien tendre les cul-de-sacs vaginaux sans craindre la section des tissus par les fils, d'adopter le mode de réunion angulaire de Doléris.

3me forme : Les deux valves vagino-périnéales sont au contact dans leur partie inférieure ; mais on constate au toucher l'affaissement du plancher pelvien.

C'est encore le prolapsus post-abortum ou le prolapsus congénital des débiles. Ici, quand il n'y pas de dégainement péricervical du vagin, l'opération la meilleure m'a paru être la *colpopérinéoplastie* de Doléris qui, en tassant les fibres profondes du releveur, permet de renforcer beaucoup sa tonicité sans trop fermer la vulve. Ce qui est certain, c'est que les malades en tirent un soulagement immédiat et que l'utérus se relève.

On a eu raison d'insister sur l'importance que présente, au point de vue guérison, l'état général des malades. Je n'ajouterai rien à ce qu'ont dit MM. Bouilly, Tuffier, Reynier, sur la *faiblesse générale des tissus*, et je partage les vues de M. Richelot sur l'influence de l'arthritisme ; mais permettez-moi d'en spécifier les effets : je crois que l'arthritisme agit surtout : 1° Par l'entremise de l'obésité qui augmente la poussée de haut en bas, ce qui est un mal, tout en rétrécissant d'ordinaire le vagin, ce qui est un bien ; 2° Par l'entremise du varicocèle pelvien dont je vous ai déjà entretenus plusieurs fois et qui certainement s'oppose à l'involution, aggrave les troubles subjectifs et gêne un peu les avivements en les rendant plus sanglants. Le varicocèle pelvien se laisse saisir sous le doigt chez les femmes maigres ; en tout cas, on est légitimement induit à l'admettre en présence de varices vulvaires et de la lividité du vagin. Je crois qu'il est très utile, une fois la guérison opératoire obtenue, de lui opposer les injections chaudes, les bains salés et surtout une cure thermale à Plombières, Luxeuil ou telle autre station appropriée.

Contrairement à ce qu'on a pu croire, le *degré du prolapsus* importe beaucoup moins que la *notion pathogénique* d'ordre local ou général et ses conséquences sur la modalité de la déviation. Il est toujours possible de donner aux avivements vagino-périnéaux la forme et l'étendue nécessaires.

Le *prolapsus* est-il complet ? Il faut s'efforcer, en les élargissant, dans la profondeur, jusqu'à la limite du possible, de créer une étroite cheminée qui équivaut au kolpokleisis sans en avoir les inconvénients ; je n'ai pas fait autre chose chez plusieurs vieilles femmes qui présentaient le degré le plus accentué de la lésion, et qui sont demeurées bien guéries depuis plusieurs années. Chez les femmes de cet âge il faut, dans l'appréciation des dimensions

à donner à l'avivement, tenir grand compte du degré de sclérose de la muqueuse et de plus réduire complètement le prolapsus avant de prendre ses mesures et avant de servir les fils, sous peine de grandes difficultés pour la réunion des tissus et la mise en place de l'utérus.

Dans les conditions ordinaires, l'âge avancé de la malade et, par suite, l'atrophie de l'utérus, doit nous porter non pas à extirper cet organe qui a son utilité comme point d'appui supérieur de la statique pelvienne, mais à le traiter en quantité négligeable.

Je n'ampute pas le col utérin de parti pris comme mon ami le Dr Mangin et j'ai toujours pu me contenter de la résection sous-vaginale de Schrœder qu'il y eût simple hypertrophie du segment vaginal du col ou allongement de son segment isthmique.

Quand la rétroversion ne dépasse pas en arrière l'axe vaginal, c'est-à-dire quand elle est encore fonction du prolapsus, les opérations plastiques sur l'appareil de soutènement suffisent ; autrement s'il s'agit de rétroversion mobile ou mobilisable, il me paraît plus logique d'en finir d'un seul coup, en joignant l'Alexander aux colporraphies, que d'avoir à placer ultérieurement un pessaire.

En résumé, dans la grande majorité des cas, les opérations sur l'appareil de soutènement suffisent à la guérison du prolapsus génital chez la femme. L'hystéropexie offre de multiples inconvénients ou dangers et peut toujours être remplacée par l'opération d'Alquié Alexander que l'on réservera aux cas spéciaux, précités. L'hystérectomie ne nous paraît admissible que dans les cas de prolapsus irréductible ou de complications telles que fibrome et cancer.

Sur 50 malades dont j'ai gardé l'observation, j'ai pratiqué 35 colpopérinéorraphies, 11 colpopérinéoplasties, 36 colporraphies antérieures, 36 résections du col, 5 Alexander, 1 seule hystérectomie secondaire pour hémorrhagies dues à l'angiosclérose génitale, pas une seule hystéropexie. Je n'ai eu que deux récidives dont l'une après accouchement.

Pour l'opération d'Alexander, je ne me suis jamais départi de la technique primitive. La modification de Kocher me paraît au moins inutile. Par contre, la suppression des fils profonds, suivant le procédé de Franklin-Martin ou tout autre, me paraît digne d'essai, car on a encore parfois des éliminations de fils, malgré les précautions d'asepsie les plus minutieuses. Le fait tient probablement à ce que l'on opère par dilacération sur un tissu très riche en graisse.

Après avoir fait la colpopérinéorraphie par décollement et sui-

vant des étapes successives de haut en bas, comme me l'avait enseigné Doléris, j'ai trouvé beaucoup plus expéditif de recourir, comme M. Bouilly, à l'avivement aux ciseaux de bas en haut. Pour bien tendre le vagin, ce qui est de première importance si l'on veut progresser à l'allure voulue, il suffit évidemment de l'index et du médius dans le rectum et du pouce dans le vagin ; mais il est également très commode d'introduire au préalable dans le rectum un ballon de Petersen que l'on gonfle modérément.

Quand la cicatrice de la déchirure vagino-périnéale ne remonte pas trop haut dans le vagin, c'est-à-dire quand le plan de clivage vagino-rectal peut se suivre facilement, je crois qu'on peut gagner encore du temps en procédant de la façon suivante : l'incision limitante étant faite à une profondeur suffisante : on décolle de bas en haut en se tenant toujours très rapproché de la surface vaginale et, le lambeau se détachant, de lui-même, sur les côtés, au niveau même de l'incision limitante, on arrive en quelques coups de doigt et de ciseaux à sa limite supérieure. (*Soc. Obst. et Gynécologique de Paris.*)

L'IODOTHYRINE DANS LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ ET DES CORPS FIBREUX.

Le principe actif de la glande thyroïde a été appliqué depuis quelques années au traitement du myxœdème avec un succès qui ne s'est pas démenti. Cette méthode thérapeutique, un instant enrayée par quelques accidents facilement explicables par l'inexpérience des novateurs, est aujourd'hui acceptée par tous.

Mais sa généralisation, et surtout son extension à d'autres états morbides, ne s'est nettement manifestée que depuis l'introduction de **l'iodothyrine**. Cette substance, primitivement désignée sous le nom de thyroïodine, peut être considérée comme le véritable principe actif de la glande thyroïde. Elle se prescrit sous la forme d'une poudre blanche, sans saveur désagréable, et se prend à la dose moyenne de un gramme par jour.

On sait que cette substance est actuellement employée dans le goître parenchymateux, dans le myxœdème, dans les métrorrhagies, dans certaines affections cutanées persistantes et liées à une diathèse (psoriasis, acnés rebelles, etc...)

Les modifications de structure et la diminution cellulaire obtenues dans le goître parenchymateux devaient nécessairement conduire les praticiens à expérimenter l'iodothyrine dans l'obésité.

Nous avons déjà signalé l'emploi de cette substance dans un article publié sur le *traitement médical et diététique de l'obésité chez la femme*; mais les expériences que nous avons faites pendant la pre-

mière partie de l'année 1896 ne nous paraissaient pas assez concluantes, parce que l'iodothyrine avait été employée concurremment avec les autres traitements habituellement en usage.

Nous les avons répétées pendant ces trois derniers mois en employant presque **exclusivement** la médication thyroïdienne; nous avons pu avoir ainsi des données plus exactes sur son action.

Les cas dans lesquels la médication a été employée se divisent en trois groupes : les obèses simples, sans lésions viscérales ; les obèses atteints de lésions cardiaques, pulmonaires ou hépatiques ; enfin les corps fibreux compliqués ou non d'obésité.

Obèses simples. — J'ai employé l'iodothyrine dans 17 cas d'obésité : 14 chez la femme et 3 chez l'homme. Les résultats obtenus sont les suivants.

Sur 5 cas il y a eu amélioration rapide et diminution du poids après 15 jours de traitement sans aucune autre médication ; la dose moyenne a été de 2 grammes ; dans un de ces cas, j'ai dû interrompre le traitement le cinquième jour, par suite d'une diarrhée assez forte qui a notablement contribué à produire l'amaigrissement. Cette malade est celle qui a perdu le plus de poids (9 kilogs en moins de quinze jours) ; il est vrai qu'elle a été assez sérieusement atteinte et a été en proie à des symptômes de gastro-entérite aiguë qui peuvent être considérés comme une véritable maladie. Je n'attribue pas ces accidents à l'iodothyrine.

Sur les quatre autres cas, l'amaigrissement s'est produit à partir du dixième jour sans déterminer aucun accident ; la perte de poids après 15 jours de traitement a varié de 1 à 6 kilogrammes.

Chez les douze autres personnes traitées par l'iodothyrine, le régime sec a été en même temps appliqué, ainsi que les purgatifs. La perte de poids a été en moyenne de 4 kilogrammes en 15 jours ; dans trois cas j'ai dû suspendre l'iodothyrine qui occasionnait une sensation de brûlure à l'estomac et un léger étourdissement après les repas ; le médicament a pu être repris après quelques jours de repos ; chez une femme très grasse, il produisait des nausées, ce qui n'a pas empêché d'en continuer l'emploi. Je n'ai jamais observé des palpitations.

En somme l'iodothyrine donne de bons résultats dans l'obésité simple et ne produit que très rarement des accidents, qui cessent du reste aussitôt qu'on suspend le traitement.

Il est probable qu'une plus longue expérience permettra de bien définir la part exacte qui revient à l'iodothyrine dans les résultats obtenus. On peut cependant affirmer dès maintenant que, employée seule, cette substance produit l'amaigrissement sans donner lieu à des accidents sérieux.

Obèses atteints de lésions diverses. — Le Dr Hertoghe, d'Anvers, qui a employé les produits thyroïdiens chez la femme a net-

www.libtool.com.cn

tement formulé les contre-indications qui sont manifestes chez les individus atteints de lésions pulmonaires.

C'est donc avec la plus grande prudence que j'ai employé la thyroïdine chez deux obèses emphysémateux. J'ai donné d'abord le médicament à la dose de 0 gramme 50 en augmentant jusqu'à 2 grammes. Je n'ai observé aucun accident et j'ai pu continuer la médication pendant deux périodes de quinze jours en laissant une semaine de repos entre chaque période. Le résultat a été satisfaisant : un malade a perdu 7 kilogrammes et un autre 5 ; chez le second les phénomènes d'asthme ont été améliorés ; chez le premier ils n'ont pas été modifiés.

Chez les cardiaques (endocardite d'origine rhumatismale) qui ont été soumis au traitement, j'ai obtenu les résultats suivants : chez le premier malade (57 ans) le traitement a été suspendu le troisième jour parce qu'il a semblé produire de la dyspnée ; chez les deux autres, l'iodothyrine a été prise à la dose de un gramme pendant quinze jours sans donner lieu à des accidents ; résultat : diminution de poids de 3 et 4 kilogrammes. Jusqu'à présent, j'engage les praticiens à bien surveiller les cardiaques qu'ils soumettent à cette médication.

Enfin, j'ai administré l'iodothyrine chez 4 obèses ayant eu récemment **des coliques hépatiques** et y étant fréquemment sujets. Ces quatre malades ont bien supporté la médication et ont été très améliorés. L'un d'eux a perdu 8 kilogrammes en 22 jours ; chez les trois autres l'amaigrissement a été moins rapide (4, 3 et 5 kilogr.). Tous ont été atteints d'une légère diarrhée, sans en être incommodés, pendant les premiers jours du traitement. En somme, j'estime que l'iodothyrine convient particulièrement chez les obèses bilieux chez lesquels la fonction gastro-hépatique a besoin d'être stimulée. Chez les obèses hépatiques, j'ai fait prendre pendant toute la durée du traitement un verre à bordeaux d'eau laxative (Apenta).

Corps fibreux. — Je n'ai pas encore eu le temps de faire de nombreuses expériences sur les corps fibreux. Je ne puis citer que trois cas que je vais résumer brièvement.

1er *Cas*. — Malade âgée de 37 ans ; fibrome volumineux en deux lobes, l'un dépassant le volume d'une tête fœtale.

Phénomènes de compression pénibles sur la vessie ; pas d'hémorrhagies, amaigrissement, état général peu satisfaisant.

J'emploie l'iodothyrine en vue de réduire la tumeur. La malade en a pris pendant 9 jours deux cachets de 0 gramme 50 centigrammes ; elle s'est plaint ensuite de palpitations et d'oppression et j'ai cessé. Je n'ai pu constater une diminution appréciable du volume de la tumeur, mais le cinquième jour les phénomènes pénibles de dysurie avaient cessé, ce qui a amené un soulagement considérable dans l'état de la malade.

2e *Cas*. — Fibrome du volume d'une tête fœtale chez une femme grasse ; hémorrhagies très abondantes, anémie consécutive.

J'ai employé l'iodothyrine chez cette malade à la dose de 1 gramme 50, puis d'un gramme par jour pendant deux périodes menstruelles de 7 jours chacune ; le résultat a été très appréciable sur l'abondance du flux sanguin. La perte de sang, qui était très abondante, n'a pas dépassé les proportions d'une menstruation normale.

Le fibrome n'a pas diminué.

3e *Cas*. — Femme, 47 ans ; fibrome très volumineux ayant presque le volume d'un fœtus à terme. A subi sans résultat divers traitements électrolytiques ; métrorragies très abondantes obligeant la malade à garder le lit pendant 16 ou 20 jours par mois.

J'emploie l'iodothyrine à la dose de 1 gramme pendant douze jours, puis je la porte à deux grammes sans qu'aucun accident dû à l'intolérance ait été observé. Je suspends le traitement après la menstruation, qui avait été moins copieuse que d'habitude.

Après huit jours de repos je reprends le traitement à la dose quotidienne : 2 grammes pendant vingt jours. La malade a donc été traitée pendant deux mois avec 8 jours de repos.

Les résultats ont été satisfaisants. Le fibrome, qui dépassait l'ombilic, a diminué de volume, n'occasionne plus la même fatigue pendant la marche. La malade se sent allégée.

Mais ce qui semble remarquable, c'est la diminution des métrorragies.

Je n'ai pu observer que deux périodes, mais l'action de l'iodothyrine comme hémostatique a été manifeste. La malade a pu se lever pendant ses règles, ce qu'elle n'avait pas fait depuis plusieurs années.

Les résultats que j'ai obtenus sont donc favorables ; si je puis encore me prononcer sur l'action de l'iodothyrine en tant que réductrice du volume des fibromes, *son action hémostatique a été évidente*.

Cette action réductrice de l'iodothyrine sur les tissus est du reste reconnue aujourd'hui par tous les cliniciens.

Tout récemment (27 novembre 1896) un médecin des hôpitaux de Paris, M. P. Marie, a communiqué à la **Société médicale des hôpitaux** un cas de myxœdème avancé traité avec succès par l'iodothyrine Bayer.

Dosage et mode d'emploi.

Il résulte de ma pratique et de celle des nombreux médecins qui ont employé l'iodothyrine qu'il convient de commencer par de petites doses de 25 à 50 centigrammes par personne, en cachets, ou, mieux encore, en comprimés (1). Je n'ai pas donné plus de 4 gram-

(1) J'ai employé d'abord l'iodothyrine en cachets, mais j'ai trouvé plus avantageux pour les malades de prescrire des comprimés d'iodothyrine dosés à 0,25 centigrammes.

mes, mais le professeur Paschkis, de Vienne, a donné une dose quotidienne de 6 grammes, pendant 15 jours consécutifs sans inconvénients. Il s'agissait d'un psoriasis grave.

La différence entre le minimum et le maximum est donc énorme. On nous a signalé des cas où deux comprimés ont provoqué des palpitations et des syncopes, pendant qu'une dose beaucoup plus élevée ne produisait ni réaction, ni effet concomitant.

Il faut donc, chez chaque individu, constater en premier lieu la dose qu'il peut supporter ; il sera facile alors de produire, en diminuant ou en augmentant ce dosage, un effet plus faible ou plus fort.

Dans l'obésité on fera prendre en général des doses assez fortes. Si elles sont bien tolérées, on administrera six comprimés de 0,25 dans les premiers jours ; après 3 ou 4 jours, on en donnera 8, après une semaine 10, après le quinzième jour on pourra porter la dose à 12. Il faudra constater ensuite si la diminution du poids du corps est trop faible, ou trop rapide, puis augmenter ou diminuer la dose selon la tolérance du patient et d'après les résultats obtenus.

J'ai remarqué que, chez les obèses, il convient d'interrompre le traitement après 15 ou 20 jours, pour le reprendre après une semaine de repos. Les fortes doses n'agissent plus aussi bien, ce qui tient à l'accoutumance de certains malades, après une quinzaine de jours de traitement.

En somme, les faits que j'ai observés me permettent de conclure à l'efficacité de l'iodothyrine chez les obèses. Je suis moins affirmatif pour les corps fibreux *en tant* que réduction de la tumeur ; mais les femmes atteintes de corps fibreux hémorrhagiques sont toujours soulagées, ce médicament ayant une action hémostatique incontestable. De plus, alors même que la tumeur elle-même n'est pas diminuée, les tissus avoisinants sont décongestionnés, la compression sur les organes voisins cesse et les fonctions s'accomplissent plus facilement.

J'ai l'intention de continuer mes études sur l'obésité et les corps fibreux et j'en ferai connnaître le résultat dans quelques mois.

Dr Lutaud.

OBSTÉTRIQUE

DE L'EMPLOI DES INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL AU COURS ET A LA SUITE DES HÉMORRHAGIES POST-PARTUM,

Par M. le Dr Olivier.

Il y a un an environ j'étais appelé, en pleine nuit, par un de mes confrères auprès d'une de ses clientes qui, me dit l'envoyé, se mourait. Je me rendis immédiatement à cet appel et lorsque

www.libtool.com.cn

j'entrai dans la chambre de l'accouchée je vis un spectacle que je n'oublierai de ma vie : sur un lit couvert de sang était étendue une grande et robuste femme ; mon confrère s'efforçait de la ranimer par la respiration artificielle, pendant que la garde exerçait des tractions rythmées sur la langue. En quelques mots rapides, mon confrère me mit au courant du drame qui venait de se passer. Après un travail qui avait duré vingt-quatre heures, la femme épuisée était accouchée d'un enfant vivant, mais l'utérus surmené avait refusé de se contracter plus longtemps, une hémorragie s'était déclarée ; mon confrère avait fait la délivrance artificielle, puis une irrigation très chaude dans l'utérus. Celui-ci s'était contracté, mais au même moment la femme était prise de syncope. Tous les moyens employés jusqu'à mon arrivée n'avaient pas réussi à la ranimer et quand je mis mon oreille sur le cœur, c'est à peine si on y percevait un léger frémissement. Une seule chose pouvait encore la sauver, l'injection intra-veineuse de sérum artificiel. Malheureusement, je n'avais ni sérum, ni instrument pour l'injecter ; il était deux heures du matin je ne pouvais songer à me les procurer. Je dus donc me résigner à relayer mon confrère très fatigué et malgré nos efforts nous eûmes le chagrin de voir la malheureuse femme mourir.

Cet événement fut pour moi une leçon et je résolus de me procurer les instruments nécessaires pour faire les injections de sérum artificiel ainsi qu'une provision de sérum. Mais alors commencèrent pour moi les difficultés : d'une part les fabricants d'instruments de chirurgie ne possédaient que la seringue de Roux, d'autre part les physiologistes n'étaient guère d'accord sur le titre et la composition du liquide à employer. Enfin, les accoucheurs n'avaient rien ou presque rien publié sur la question. Depuis quelques mois la chose s'est bien simplifiée ; un certain nombre de travaux de valeur ont été publiés, des discussions intéressantes se sont produites dans les Sociétés savantes, notamment à la Société de biologie et à la Société de chirurgie, qui fixent d'une façon assez nette la composition du sérum à injecter ; d'autre part, j'ai fait construire par M. Gentile des instruments très simples, stérilisables par les procédés ordinaires, d'un transport facile, qui, je crois, rendront service aux praticiens.

Ce sont les physiologistes qui nous ont montré la voie. En effet, ce sont les expériences de Jolyet et Laffont en 1878 qui établirent l'efficacité des injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement de l'anémie post-hémorrhagique des animaux.

www.libtool.com.cn

Ensuite vinrent les travaux de Kronecker (1) en 1879, ceux de Schwartz (2) en 1881, puis ceux du professeur Hayem (3). Enfin, en 1889, MM. Dastre et Loye (4) montraient tout le parti qu'on peut tirer du lavage du sang dans les infections. Les chirurgiens, puis les médecins ne tardèrent pas à profiter de ces données et à en faire l'application, les premiers dans les infections post-opératoires, les seconds dans le choléra et dans certains états adynamiques, notamment chez les enfants. (Hutinel 1892). Les accoucheurs ne restèrent pas en arrière ; en effet, M. Porak, dans la séance du 9 octobre 1890 de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris, rapporte un cas d'hémorrhagie de la délivrance dans lequel il fit une injection intra-veineuse de 300 grammes d'une solution de 4 gr. 5 de chlorure de sodium pour un litre d'eau ; il sauva sa malade. En 1894, M. Pinard (5), dans une leçon sur les hémorragies utérines pendant l'état puerpéral, préconise parmi les moyens propres à remonter la malade les injections de sérum salin à 6 °/₀₀ et il ajoute : « Nous n'employons pas ce moyen (le sérum salin) pour combattre l'hémorragie, nous l'employons pour combattre les effets immédiats ou consécutifs de l'hémorragie. » Nous verrons cependant plus loin que le sérum salin est hémostatique ainsi que l'avait très bien indiqué le professeur Hayem. Horroks, conseille les injections intra-veineuses de solution saline dans les cas d'hémorragie grave. En 1895 M. Doléris (6) dans le numéro de février de son journal publie une observation d'avortement brusqué dans un cas d'hémorragie grave due au décollement placentaire, à la suite duquel il a fait une injection de sérum dans le tissu cellulaire. M. Audebert (7) fait une communication au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux sur les injections de sérum et présente un appareil pour les faire. Ziemssen (8), dans le *Centralblatt*, publie un mémoire sur la transfusion salée. Le Dr Leclerc donne dans la *Clinique*, de Bruxelles, la relation d'un cas très intéressant d'hémorragie grave post-partum arrêtée par la transfusion du sérum artificiel. Enfin,

(1) Kronecker. Kritische und Experim. über lebensrittende Infusionen von Kochsaltzlosung bei Hunden, 1886.

(2) Schwarz. Thèse d'agrégation de Halle, 1881.

(3) Hayem. Le sang.

(4) Dastre et Loye. Grandes injections intra-vasculaires de sérum artificiel. *Arch. de physiol.*, Paris, 1888-1889-1893.

(5) Pinard. *Bulletin médical*, 1894, p. 1043.

(6) Doléris. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, fév. 1895.

(7) Audebert. Congrès de gyn. et d'obst. de Bordeaux, 1895, Soc. d'obst. et de gyn. Bordeaux, 1896.

(8) Ziemssen. *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, n° 35, p. 952.

www.hbtool.com.cn

en 1896, M. Maygrier (1) lit à la Société obstétricale de France son mémoire : Des injections intra-veineuses de sérum artificiel à doses massives. M. Audebert fait une nouvelle communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux. M. Henri Simon (2), au mois de mai, soutient sa thèse sur les injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement des grandes hémorragies. Au mois de juillet M. Faney (3), dans une thèse intéressante, sur le traitement des hémorragies par le sérum salé, rapporte toutes les observations qu'il a pu recueillir dans le service de M. Pinard. Enfin le travail le plus récent sur la question est celui que viennent de faire paraître MM. Chaleix-Vivie et Audebert (4), sur le traitement de l'avortement incomplet, dans lequel M. Audebert résume ses travaux antérieurs sur les injections de sérum salé.

Tous les auteurs que nous venons de citer affirment et montrent par des exemples typiques que dans les cas d'hémorragie grave l'injection de sérum artificiel est un moyen héroïque de sauver la femme ; dans quelques cas elle a opéré une véritable résurrection. Mais faut-il attendre que les accidents se soient produits pour faire l'injection, ne peut-on la faire à titre d'hémostatique ?

Nous avons vu plus haut qu'en 1894 M. Pinard ne croyait pas pas à cette action, peut-être a-t-il changé d'avis aujourd'hui. La chose pourtant n'est pas douteuse, l'observation du cas de M. Leclerc, les expériences de M. Faney au laboratoire de physiologie de la Sorbonne le démontrent formellement. Dans le cas de M. Leclerc il s'agit d'une femme qui dès le début de sa grossesse a des hémorragies ; la fausse couche a lieu à 4 mois 1/2 ; elle est suivie d'une hémorragie grave que le tamponnement ne parvient pas à arrêter. On essaie de tous les moyens, on fait le curettage, rien ne réussit. En désespoir de cause, la femme étant mourante, on fait appeler le Dr Leclerc, qui déclare que seule l'injection de sérum salin peut la sauver. Séance tenante, il fait préparer une solution aseptique contenant, pour un litre d'eau, 6 grammes de chlorure de sodium, et 8 grammes de sulfate de sodium, puis il injecte 40 centimètres cubes dans la médiane basilique et 300 centimètres cubes sous la peau dans la région fessière. La femme

(1) Maygrier. *L'Obstétrique*, 1896, p. 256.

(2) Henri Simon. Des injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement des grandes hémorragies. Th. de Paris, 1896.

(3) Faney. Du traitement des hémorragies par le sérum salé. Th. de Paris, 1896.

(4) Chaleix-Vivie et Audebert. Traitement de l'avortement incomplet, 1896.

revient à elle et l'hémorragie s'arrête pour ne plus reparaître. Quant aux expériences de M. Faney sur les chiens, elles confirment absolument ce que dit le Professeur Hayem dans son *Traité du sang*, à savoir que l'eau salée injectée dans le sang, agit à titre d'hémostatique. L'accoucheur a donc dans l'injection de sérum salin un excellent moyen de combattre les hémorragies post-partum, ce qui ne l'empêchera pas de recourir aux anciens moyens habituels.

S'il y a unanimité aujourd'hui parmi les accoucheurs sur l'utilité des injections de sérum artificiel, cette unanimité cesse lorsqu'il s'agit du liquide à employer et de la voie à emprunter. En effet, les uns, avec M. Maygrier, emploient le sérum de Hayem qui, comme vous le savez, a pour formule :

Eau.....	1000 grammes.
Chlorure de sodium.....	5 grammes.
Sulfate de soude.....	10 grammes.

Les autres, avec M. Porak, se servent d'une solution à 7 1/2 °/₀₀ de chlorure de sodium. D'autres encore préconisent une solution à 7, à 8, à 9, à 10 °/₀₀. Que faut-il donc choisir ? Dans la séance du 16 mai 1896, à la Société de Biologie, à propos d'une communication de M. Tuffier, une discussion s'est élevée entre MM. Malassez, Dastre et Gley, à l'effet de savoir quelle était la solution saline la moins nocive pour le sang. MM. Dastre et Gley se sont ralliés à l'opinion de Malassez qu'il avait exprimée ainsi : « Dans les recherches que j'ai faites sur l'action de la solution de chlorure de sodium sur les globules rouges de l'homme, j'ai vu qu'en employant une solution à 7,5 pour 1.000, les globules sanguins absorbent de la solution et se gonflent. On peut éviter cet inconvénient en employant la solution à 10 pour 1.000. Dans cette solution le globule reste intact. » Dans une leçon publiée dans la *Presse Médicale* du 9 décembre 1896, le Professeur Hayem se rallie à cet avis, car il dit : « La moins mauvaise de ces solutions est celle dans laquelle la proportion de chlorure de sodium s'élève à 9 ou 10 pour 1.000. » Il ajoute cependant, un peu plus loin que, pour l'injection dans le sang, on peut se servir de solutions salines de 5 à 10 pour 1.000 indifféremment. On se servira donc de préférence d'une solution de chlorure de sodium à 10 pour 1.000. Il me paraît superflu d'insister sur l'utilité, je dirai presque sur la nécessité de stériliser cette solution à l'autoclave. Cependant, en cas de surprise ou d'insuffisance, on pourrait se servir d'eau bouillante, bouillie dans un vase très propre pour faire la solution. Au moment de faire l'injection, le liquide doit

www.libtool.com.cn

être porté à 40°, si on la fait dans les veines ; cette température peut être beaucoup moindre si l'injection doit être cutanée.

Quelle voie faut-il emprunter de préférence pour faire pénétrer le sérum dans la circulation ? M. Faney a cherché à résoudre cette question par l'expérimentation.

Il a institué au laboratoire de physiologie de la Sorbonne toute une série d'expériences, qu'il serait trop long de rapporter ici et dont l'auteur tire cette conclusion : c'est que la pression artérielle remonte au moins aussi vite par l'injection sous-cutanée que par l'injection intra-veineuse, et que, par conséquent, la voie cellulaire est celle qu'il faut préférer, d'autant que c'est aussi celle qui est la moins compliquée et fait courir le moins de dangers à la femme.

J'objecterai à cette manière de voir que, ces expériences ayant été faites sur des chiens où il suffit de 7 à 800 grammes de liquide pour rétablir la tension artérielle, on a pu faire ces injections en un temps relativement très court ; tandis que s'il fallait injecter dans le tissu cellulaire de la femme un litre 1/2 à deux litres de liquide, il faudrait un temps beaucoup plus long que pour injecter cette même quantité dans la vessie. Or, comme dans les hémorragies graves les minutes, les secondes même sont comptées, je crois, comme M. Maygrier, qu'il faut, dans ces cas, s'adresser à la voie intra-veineuse.

Il faut, à mon avis, distinguer deux grandes catégories de cas : ceux dans lesquels l'hémorragie a été considérable et a amené des accidents graves permettant de croire à un dénouement fatal à bref délai et ceux dans lesquels il n'y a pas d'urgence immédiate ; dans les premiers on aura recours à l'injection intra-veineuse, et ici, comme l'a fort bien dit M. Maygrier, ce sont des doses massives qu'il faut injecter, un litre et demi, deux litres du premier coup ; dans les secondes on emploie la voie sous-cutanée et on procédera par quantités minimes, 200 grammes par exemple, qu'on injectera dans les régions où il y a du tissu cellulaire lâche, en arrière du grand trochanter et dans la paroi abdominale.

Il est une voie qu'on peut aussi employer soit seule, soit concurremment avec l'une des précédentes, c'est la voie rectale ; les lavements salés peuvent rendre des services, seulement, comme l'a indiqué M. Budin, il est bon d'y ajouter quelques gouttes de laudanum de Sydenham, afin de combattre l'action irritante du sel qui amène souvent le rejet rapide du liquide.

Si dans certains cas l'accoucheur peut prévoir l'hémorragie

www.tibtool.com.cn

post-partum avant l'accouchement, le plus souvent il est surpris par elle. Il est donc de toute nécessité qu'il emporte avec lui, lorsqu'il se rend auprès d'une parturiente tout ce qu'il lui faut pour faire en cas de besoin, sans perdre de temps, une injection intra-veineuse ou sous-cutanée. Cette nécessité de ne pas perdre de temps implique celle de la stérilisation préalable des instruments et du liquide à injecter. S'il faut, en effet, préparer sa solution ou la faire chercher chez un pharmacien, stériliser tant bien que mal ses instruments dans un ustensile de cuisine quelconque, la femme a le temps de mourir avant que tout soit prêt ; si, d'autre part, l'accoucheur passe outre à la stérilisation, il s'expose à des conséquences fâcheuses, surtout s'il s'agit d'injection intra-veineuse. Pour éviter tout cela, j'ai fait établir par M. Gentile, fabricant d'instruments de chirurgie, une trousse d'urgence contenant les instruments nécessaires pour faire les injections intra-veineuses, et les injections sous-cutanées, plus deux flacons de sérum salin stérilisé.

La première boîte contient l'*appareil à injections intra-veineuses*. Cet appareil, très simple, se compose d'un bouchon en caoutchouc, d'un diamètre tel qu'il puisse s'adapter sur les bouteilles courantes. Ce bouchon est percé de deux tubulures à travers lesquelles passent deux tubes métalliques ; le premier, courbé en forme d'U ouvert et renversé, donne attache d'une part à un long tube de caoutchouc muni à son extrémité d'une pince-arrêt, et d'autre part à un autre tube de caoutchouc dont la longueur est limitée à celle du flacon qui contient le liquide. Le second tube métallique est droit ; il porte à sa partie supéro-interne une sorte de cuvette cylindrique pouvant contenir un peu de coton stérilisé et sur laquelle on fixe, quand on veut se servir de l'appareil, une poire en caoutchouc percée d'un trou. Son extrémité inférieure affleure l'extrémité inférieure du bouchon. Cet appareil comporte trois canules métalliques de diamètres différents, dont l'extrémité est coupée en biseau et légèrement renflée. Ces canules sont coniques de façon à permettre l'obturation rapide de la veine, ce qui dispense de toute ligature. Ces canules se fixent à l'extrémité de la longue branche du siphon.

Lorsqu'on veut se servir de cet appareil, on choisit une canule proportionnée à la veine qu'on va ouvrir et on la fixe à l'extrémité du long tube de caoutchouc ; on débouche le flacon contenant le sérum salin et on adapte le bouchon. Cela fait, on place un peu de coton stérile dans la cuvette qui surmonte le tube métallique droit et on y ajuste la poire de caoutchouc qui entre à simple frottement.

www.libtool.com.cn

Pour amorcer le siphon, on ouvre la pince à arrêt, puis, saisissant la poire à pleine main, l'un des doigts bouchant le trou qu'elle porte, on presse brusquement une fois et l'appareil s'amorce, ce dont on s'aperçoit par l'écoulement du liquide par la canule. Il faut, bien entendu, pour que le siphon s'amorce, que la canule soit sensiblement au-dessous du fond du flacon.

Fig. 1.

Fig. 1 *bis*.

Pendant ce temps-là l'accoucheur a mis à nu la veine choisie et l'a ouverte ; l'aide lui passe la canule par laquelle le liquide s'écoule, et l'opérateur la fait pénétrer dans la veine jusqu'à ce qu'il soit arrêté par le cône. En agissant ainsi, on est sûr qu'il ne reste aucune bulle d'air dans la canule.

Pour n'avoir pas à chercher au dernier moment, nous conseillons de compléter la boîte qui contient le siphon par un bistouri, une sonde cannelée, une pince à dissection et deux

pinces hémostatiques. On peut aussi y ajouter, si l'on veut, une aiguille à suture et du crin de Florence. Il me paraît inutile d'indiquer ici comment il faut procéder pour faire l'injection intraveineuse, M. Maygrier a décrit ce manuel opératoire d'une façon très complète dans son mémoire, et je n'ai rien à y ajouter.

La seconde boîte contient une seringue avec laquelle on fera les injections sous-cutanées.

Fig. 2.

Elle se compose de deux parties : le corps de pompe et la tige qui supporte le piston, toutes deux en laiton argenté. Le corps de pompe, d'une seule pièce, entièrement métallique, a une contenance de 200 grammes ; il est parfaitement lisse en dedans comme en dehors, sans aucun angle en saillie. Il se termine par un bec conique sur lequel vient se fixer à frottement l'intermédiaire qui porte l'aiguille. L'extrémité manuelle du corps de pompe est largement ouverte, le couvercle avec obturateur des seringues ordinaires ayant été supprimé ; elle est légèrement évasée pour faciliter l'introduction du piston. Deux arcs, soudés en deux points diamétralement opposés de cette extrémité, se transforment en deux anneaux qui sont réunis par une bague centrale. Cette bague, ouverte sur un des côtés, est destinée à assurer le guidage de la tige du piston.

La tige du piston se termine, à une de ses extrémités, par un anneau ovale, et à l'autre par deux disques, dont un à vis, destinés à enserrer le piston proprement dit, lequel est en caoutchouc minéralisé noir. La tige glisse librement dans une virole mobile qui se visse sur la bague ouverte, décrite plus haut et

rend solidaires les deux parties de l'instrument. Cette tige est filetée sur toute sa longueur.

La virole mobile porte à sa partie supérieure un écrou brisé pouvant embrasser la tige du piston. Cet écrou brisé est formé de deux pièces en bronze, mobiles suivant un plan perpendiculaire à l'axe de l'instrument, et placées dans deux fenêtres rectangulaires, d'où elles peuvent s'échapper. Les faces internes de ces pièces porteront une vis dont le pas est le même que celui de la tige du piston. Les deux moitiés d'écrou sont maintenues écartées par un ressort d'acier doré ; mais par le jeu d'un excentrique dont le mouvement est sous la dépendance de la main qui manœuvre la seringue, elles peuvent venir mordre sur la tige du piston, qui, dès lors, ne pourra plus avancer que par un mouvement tournant.

La tige du piston porte trois petits traits, la divisant en quatre divisions correspondant chacune à 50 grammes de liquide.

Fig. 3.

Un tube intermédiaire en caoutchouc et une longue aiguille de Roux complètent l'appareil.

Le remplissage de la seringue se fait de la façon suivante : on commence par fixer sur la seringue l'intermédiaire muni de son aiguille et c'est cette aiguille préalablement stérilisée en même temps que la seringue que l'on introduit dans le flacon. Cette aiguille, ayant un calibre assez fort, le liquide passe facilement, et il suffit de prendre la précaution de tirer lentement sur le piston pour voir la seringue se remplir. La seringue pleine, l'opérateur abaisse l'excentrique et la confie à un aide ; puis il saisit l'aiguille de la main droite et ordonne à l'aide de faire tourner l'anneau de la tige du piston de gauche à droite jusqu'à ce qu'une goutte de liquide sorte à la pointe de l'aiguille ; il l'enfonce alors profondément dans les tissus. Il est bien entendu qu'on a fait

préalablement une antisepsie sérieuse de la région dans laquelle on veut faire l'injection.

L'aiguille enfoncée, l'aide tourne lentement l'anneau du piston et chasse le liquide doucement et régulièrement, sans saccades dans le tissu cellulaire. L'injection terminée, l'opérateur retire l'aiguille, maintient un instant le doigt sur la piqûre et la ferme avec un peu de coton stérilisé et de collodion.

Cette seringue présente les avantages suivants :

1° Etant entièrement métallique, tous les moyens de stérilisation peuvent être employés et, notamment, le plus simple de tous, l'ébullition. Le piston n'est pas altéré par la stérilisation ; il peut être facilement remplacé par le médecin lui-même.

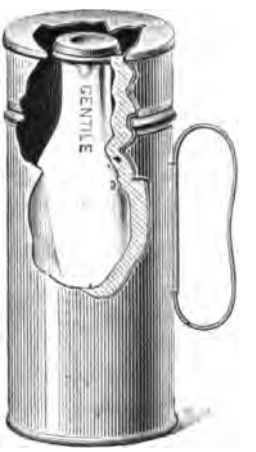


Fig. 4.

2° Le corps de pompe étant d'une seule pièce, il n'y a pas de fuite possible.

3° Grâce à l'écrou brisé, l'injection se fait avec une régularité parfaite et n'exige aucune force.

Enfin, la trousse comprend encore deux flacons spéciaux pouvant contenir chacun 500 grammes de liquide, renfermés dans une boîte métallique muni d'un feutre afin d'éviter qu'ils ne se cassent.

Lorsqu'on voudra se servir d'un flacon, on enlèvera le feutre, on fera glisser l'armature métallique qui maintient le bouchon de caoutchouc et c'est dans la boîte même qu'on fera chauffer au bain-marie le sérum salin. Cette quantité de sérum peut

www.libtool.com.cn

paraître à priori insuffisante ; elle le sera évidemment dans les cas où il faudra injecter plusieurs litres ; mais alors l'injection d'un litre suffira pour sauver momentanément la malade et donner le temps de se procurer une nouvelle quantité de liquide. Dans l'immense majorité des cas la quantité emportée sera plus que suffisante.

Le siphon et la seringue sont contenus chacun dans une boîte métallique dans laquelle on peut les stériliser à l'autoclave et les tranporter stérilisés. Les instruments sont de la sorte tous prêts pour l'usage.

Il va sans dire que les injections de sérum salin ne contre-indiquent aucun des moyens ordinairement employés pour ranimer les malades, on donnera des grogs chauds, du champagne, on fera des injections d'éther, on fera respirer de l'oxygène, etc.. De même que, bien que le sérum salin soit hémostatique, l'accoucheur ne négligera pas de traiter les causes locales de l'hémorragie en même temps que les accidents généraux.

Il n'y a qu'une seule contre-indication aux injections intra-veineuses à doses massives, c'est la lésion rénale.

Dans les cas d'albuminurie grave il sera donc prudent, si l'on veut éviter des accidents, de procéder par doses modérées et successives.

En résumé : la valeur des injections de sérum salin dans les cas d'hémorragie post-partum est aujourd'hui bien démontrée ;

Le liquide à employer doit être une solution stérilisée de chlorure de sodium à 10 pour 1000 ;

L'accoucheur doit toujours emporter avec lui, lors d'un accouchement, le liquide et les instruments nécessaires pour faire extemporanément une injection de sérum dans le cas où une hémorragie sérieuse se produirait. (*Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

MÉDECINE LÉGALE

QUELQUES QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES RELATIVES A L'AVORTEMENT.

Nous avons fait connaître, dans un précédent numéro, la législation, relative à l'avortement. Nous avons notamment insisté sur l'article 317 du Code pénal ainsi conçu :

« Les médecins-chirurgiens et autres officiers de santé,

www.nbook.com.cn

ainsi que les pharmaciens, qui auront indiqué ou administré ces moyens (médicaments, violences, etc.) seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps *dans le cas où l'avortement aurait eu lieu.* »

Comme tant d'autres, cet article de loi est fort obscur et prête à diverses interprétations.

En premier lieu, il spécifie une aggravation de peine pour les médecins, chirurgiens, pharmaciens et autres officiers de santé sans mentionner les sages-femmes qui sont le plus souvent et le plus justement accusées de commettre l'avortement.

En second lieu, il mentionne les pharmaciens, qui ne sont coupables que *si l'avortement a eu lieu.* Or il n'est pas possible, scientifiquement, de démontrer qu'un avortement est dû à l'ingestion de tel ou tel médicament.

Enfin, il laisse dans l'ombre un point très important, qui a été plusieurs fois discuté, à savoir :

Celui dont les manœuvres ont causé l'avortement *sans l'intention de le provoquer* tombe-t-il sous le coup de l'article 317?

Il existe encore un autre point de médecine légale qui prête à la controverse. L'article 317 émet des pénalités graves contre le médecin coupable *lorsque l'avortement a eu lieu.*

D'après cet article, ces pénalités ne seraient pas applicables dans les cas, assez nombreux, où la tentative d'avortement aurait causé la mort sans que l'avortement ait eu lieu.

Dans certaines circonstances, qui sont loin d'être rares, l'opération coupable faite en vue de provoquer l'avortement donne lieu à une hémorrhagie ou à une péritonite mortelle sans provoquer l'expulsion du produit de la conception.

Dans ces cas, il y a mort, il y a crime; mais il n'y a pas d'avortement. Les gens qui s'en seraient rendus coupables échapperaient donc aux pénalités édictées par l'article 317.

Ce sont autant de points qu'il importe d'élucider et dont quelques-uns seront certainement soulevés dans l'affaire qui doit prochainement occuper la Cour d'assises de la Seine.

I. *Les sages-femmes sont-elles assimilées aux médecins en ce qui concerne la pénalité appliquée à l'avortement*; *leur qualité est-elle une circonstance aggravante* ?

Cette question a été fort controversée. Il est certain que les sages-femmes ne sont pas désignées dans la loi qui dit : *les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé* (art. 317). Chauveau et Hélie émettent l'opinion que les pénalités aggra-

vantes ne s'appliquent pas aux accoucheuses qui ne sont pas désignées nominalement dans la loi et dont les fonctions et les obligations ne sont pas les mêmes que celles des médecins.

Cependant un arrêt de la Cour d'assises de la Somme (22 avril 1852) déclare que « les expressions et *autres officiers de santé* sont génériques et embrassent toutes les personnes qui ont qualité pour exercer une branche quelconque de l'art médical, que les sages-femmes n'obtiennent des diplômes qu'après des examens légaux ; qu'elles sont aussi coupables que des médecins lorsqu'elles provoquent l'avortement... »

En général la Cour relève rarement à l'égard des sages-femmes la circonstance aggravante tirée de leur profession. Cela tient sans doute à l'incertitude dans laquelle la loi a laissé cette question.

Il est bon de savoir que, pour les médecins, pharmaciens ou sages-femmes, l'aggravation de peine provenant de la qualité du prévenu ne peut être appliquée que lorsqu'une question sur ce point a été séparément posée au jury. La circonstance aggravante n'est régulièrement posée que, lorsqu'après la question principale, on ajoute celle-ci : « L'accusé est-il médecin ? »

Situation des pharmaciens.— L'article 117 est un peu moyen-âge lorsqu'il assimile les pharmaciens aux médecins et spécifie une aggravation de peine à leur égard. Les idées médicales qui avaient cours en 1797 ont subi quelques modifications en 1897 et il est peu de médecins qui croient aujourd'hui aux propriétés abortives des nombreuses drogues qui figuraient alors dans la pharmacopée.

Cependant de nombreuses poursuites ont été intentées dans la première moitié de ce siècle contre des pharmaciens accusés d'avoir procuré l'avortement « *par aliments, breuvages ou médicaments* » selon l'expression surannée qu'on trouve dans l'article 317 du code pénal.

Il est probable que les accusés étaient coupables *d'intention*, mais pas *de fait*. Tous les médecins légistes sont unanimes à admettre, avec Tardieu et Ollivier, d'Angers, que les médicaments ne jouent qu'un rôle apparent dans la perpétration de l'avortement et qu'il faut en chercher ailleurs les agents réels et directs.

Si les tribunaux ne sont pas encore imbus de ce principe, les médecins le sont et arrêtent les parquets lorsqu'ils veulent,

sur des dénonciations, exercer des poursuites contre des pharmaciens.

Nos apothicaires peuvent donc sans crainte remettre un petit flacon d'apiol ou quelques poudres d'ergot lorsqu'ils jugent à propos de rassurer leurs clientes. En agissant ainsi, ils sont même utiles, parce qu'en maintenant plus longtemps la femme dans une sécurité trompeuse, ils lui empêchent quelquefois de tirer le cordon d'une Lucine complaisante.

Il serait du reste impossible de condamner aujourd'hui un pharmacien en vertu de l'article 317, parce que celui-ci ne vise que le cas où l'avortement a eu lieu et a été la conséquence de l'ingestion des « *aliments, breuvages, etc.* » Or il est certain qu'il serait impossible de faire la preuve qu'un avortement criminel a été occasionné par des boissons et des breuvages. Les pharmaciens qui auraient eu l'imprudence de livrer des substances réputées abortives à doses toxiques ne pourraient être poursuivis que pour empoisonnement ou pour exercice illégal de la médecine.

Les blessures ayant causé l'avortement sans l'intention de le provoquer tombent-elles sous le coup de la loi et plus particulièrement sous le coup de l'article 317 du code pénal?

C'est là une question fort intéressante et qui n'a pas été l'objet d'une jurisprudence constante, du moins en ce qui concerne l'intervention chirurgicale.

La Cour de cassation a rendu le 8 octobre 1812 un arrêt qui décide que l'individu auteur de violences *volontaires* ayant déterminé l'avortement sans avoir l'intention de le provoquer est passible des peines prononcées par l'article 317 ; mais il s'agissait, dans l'espèce, de blessures volontaires étrangères à la chirurgie, telles que coups de pieds sur le ventre ou autres brutalités.

Mais ce cas ne saurait être celui d'un médecin qui, par une opération intempestive, et sans s'être entouré de précautions, aurait provoqué l'avortement sans intention criminelle. Le chirurgien qui, par imprudence ou maladresse, aurait fait avorter une femme ne peut être atteint que par l'article 320 du code pénal qui punit les blessures par imprudence ; si les actes incriminés ont provoqué l'avortement et la mort de la femme, c'est l'article 319, qui vise l'homicide par imprudence, qui est applicable.

Même l'acquittement en Cour d'assises pour le crime d'avortement ne met pas obstacle à des poursuites ultérieures pour

blessures ayant occasionné la mort sans intention de la donner. Le 7 février 1856 une sage-femme accusée d'avortement ayant occasionné la mort de la fille R...., était acquittée par la Cour d'assises de la Meurthe.

Le ministère public, ne se tenant pas pour battu, poursuivit postérieurement la sage-femme et celle-ci fut renvoyée devant le tribunal correctionnel comme prévenue du délit d'homicide par imprudence tombant sous le coup de l'article 319.

Question de dommages-intérêts. — Aussi bizarre que cela puisse paraître, les cours et tribunaux peuvent allouer des dommages-intérêts à propos d'avortement.

J'ai eu, il y a quelques années, à rédiger une consultation médico-légale sur un cas d'avortement survenu à la suite d'un accident de voiture. Le tribunal a alloué des dommages-intérêts assez élevés en tenant compte du préjudice subi par la femme du fait même de l'avortement.

Mais les tribunaux civils peuvent être appelés à se prononcer sur les dommages-intérêts dans les cas d'avortement criminels.

Un sieur Varnier et la fille Ducastel étaient accusés d'avortement ; Varnier fut reconnu coupable et la fille Ducastel fut acquittée. Celle-ci, s'armant de la décision du jury qui établissait que le crime avait été commis sans son consentement, a formé contre Varnier une demande en dommages-intérêts qui fut accueillie par le tribunal de Neufchatel. Celui-ci condamna Varnier à payer à la fille Ducastel une rente viagère de 500 fr. Ce jugement fut confirmé par la Cour d'appel de Rouen le 20 février 1854.

Ce court exposé suffit pour montrer à nos confrères sous quels aspects multiples peuvent se présenter les questions médico-légales relatives à l'avortement. Je n'ai du reste abordé que quelques points, me réservant de les développer plus complètement lorsque sera plaidée à la Cour d'assises de la Seine le triste procès qui est en ce moment à l'instruction.

A. Lutaud.

www.libtool.com.cn

FORMULAIRE

Traitement de la coqueluche.

(DITTE.)

L'auteur s'est proposé d'étudier les différentes substances thérapeutiques préconisées dans la coqueluche. Voici les résultats qu'il a obtenus par les principaux moyens de traitement. En ce qui concerne l'antispasmine (sel double de narcéine et d'acide salicylique), employé dans 10 cas, l'auteur arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° L'antispasmine n'est pas un spécifique de la coqueluche :

2° Elle diminue incontestablement la gravité des accès, mais elle n'exerce aucune action sur leur fréquence ;

4° Elle ne détermine pas d'accidents.

Somme toute, la réputation de cette substance médicamenteuse est surfaite, et si l'on ajoute que son prix est très élevé et qu'il faut l'employer pendant très longtemps (de dix à douze semaines), on comprendra que son usage devienne presque impossible.

Les autres substances (oxyde de zinc avec extrait de belladone, hydrate de terpine, antipyrine, etc.), n'ont pas non plus d'action spécifique, de sorte que l'auteur conseille de recourir dans le traitement de la coqueluche à tous ces moyens en les appliquant suivant les cas et suivant la période de la maladie ; ainsi dans le mode convulsif l'auteur prescrit-il du brome ; quelques jours après, il administre de la codéine ; dans les cas de bronchite, il prescrit l'hydrate de terpine, en un mot il fait un traitement symptomatique rationnel.

—

Oxyde de cuivre comme vermifuge.

M. SCHMIDT recommande la formule suivante :

Oxyde de cuivre noir.	6	gram.
Craie préparée.....	2	—
Talc de Venise.....	12	—
Glycérine.....	10	—

Pour faire 120 pilules.

Prendre, pendant la première semaine, 2 pilules, 4 fois par jour et, pendant la seconde semaine, 3 pilules, 4 fois par jour.

—

Citrate de cornutine pour activer les contractions utérines et contre la spermatorrhée.

(LEWITZKI.)

Citrate de cornutine..	0	gr. 15
Kaolin.....	7	gram.
Gomme d'adragante.	q.	s.

Pour faire pilules n° 50.

D. S. — A prendre, 2 fois par jour, par *une* pilule.

—

Nouvelle médication de la coqueluche.

Bromure de camphre	0	gr.02
Mono-sulfure de calcium	0	— 03

pour 1 paquet n° 30.

De 2 à 4 paquets par jour pour enfants de 4 à 8 ans.

Potion contre la coqueluche.

(J. Simon.)

Alcoolature de racines d'aconit.....	)	
Teinture de belladone.....	)	ää X gout.
Eau de laurier-cerise.....	10	gram.
Eau de tilleul.....	60	—
Eau de fleurs d'oranger.....	10	—
Sirop de lactucarium.....	30	—

Par cuillerées à café.

—

Solutions pour injections intra-utérines après la délivrance.

(Tarnier.)

Teinture d'iode.....	40 gr.
Iodure de potassium..	6 gr.
Eau distillée.....	1.000 gr.

Mêlez. — Usage externe.

(*Sem. méd.*)

—

Injection contre la leucorrhée.

(Lutaud.)

Acide tannique.....		60 gr.
Alcool de lavande.....	)	
Créosote.....	)	30 gr.
Eau distillée.....		250 gr.

Une cuillerée à soupe par litre d'eau tiède.

—

L'atropine contre la diphtérie.

(Elsaesser.)

Sulfate d'atropine...	0 gr. 003
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 05
Eau d'amandes amères.....	20 gr.

M. D. S.— Donner toutes les heures autant de gouttes que l'enfant compte d'années. Les adultes recevront, suivant la gravité de l'affection et leur constitution, de X à XV gouttes toutes les heures.

—

Potion contre la coqueluche.

(Périer.)

All. de val. d'aconit.....	)	
Teint. de belladone.....	)	ää V à X gtt.
Eau chloroformée saturée.....	30	gram.
Sirop d'altaa.....	30	—
Eau distillée.....	90	—

Cuillerée à café ou à dessert suivant l'âge de 2 en 2 heures dans la seconde enfance.

—

Traitement des épistaxis à répétition.

(Lermoyez.)

Il est question des épistaxis sans cause nettement définie, se manifestant de préférence chez les arthritiques. Ces hémorrhagies sont dues à l'ulcération d'un point variqueux de la cloison du nez. Le long de l'artère de la cloison, branche de l'artère sphéno-palatine, s'observent chez certaines personnes des points variqueux, sortes de petits angiomes qui, au moindre traumatisme, s'ulcèrent et déterminent des hémorrhagies plus ou moins importantes. Si la tension sanguine est exagérée, la perte de sang prend des proportions plus sérieuses.

Voir le traitement proposé :

Les lotions froides, les solutions astringentes, la cocaïne, l'antipyrine, les tamponnements

www.lptool.com.cn

arrêteront l'hémorrhagie momentanément.

Les toniques, les ferrugineux, le quinquina atténueront les effets de l'épistaxis, mais ne la guériront pas.

Le remède véritable doit s'adresser à la cause elle-même.

Il faut rechercher la petite ulcération variqueuse et la cautériser avec un crayon de nitrate d'argent.

—

Traitement local des douleurs névralgiques.

(Sabattini.)

Menthol..... } ââ 1 gramme.
Gaiacol..... }
Alcool absolu.. 18 grammes.

Friction légère à l'aide d'un pinceau sur la région douloureuse. Recouvrir de ouate. Répéter au besoin 2 ou 3 fois par jour.

—

Le bromoforme contre la coqueluche.

On sait que le bromoforme est recommandé contre la coqueluche et les toux convulsives ou rebelles ; les doses par jour, sont les suivantes :

Enfants de moins de 2 ans : de 0 gr. 05 à 0 gr. 10
Enfants de de 2 à 4 ans : de 0 gr. 10 à 0 gr. 15
Enfants de de 4 à 8 ans : de 0 gr. 15 à 0 gr. 30
Enfants plus âgés : doses progressives.
Adultes : de 1 gr. à 1 gr. 50

Quant au mode d'emploi, on peut l'administrer soit en capsules, soit par gouttes dans l'eau sucrée, soit dans des potions appropriées. On peut recourir aux potions alcoolisées, l'alcool ayant la propriété de dissoudre le bromoforme ; M. Gay a étapli une formule qui a été adoptée par M. Grasset, de Montpellier, et dans laquelle le bromoforme est émulsionné.

Bromoforme..... 1 gr. 20
ou 45 gouttes (1 gr. de bromoforme correspondant à 37 gouttes.
Huiles d'amandes douces..... 15 gr.
Gomme arabique pulvérisée..... 10 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères, de menthe ou de laurier-cerise..... 30 gr.
Eau..... 65 gr.

On commence par dissoudre le bromoforme dans l'huile, et on fait ensuite l'émulsion.

Par cuillère à café ; chaque cuillère à café contient 5 centigramme de bromoforme.

—

Contre le lentigo.

(Malbec.)

Carbonate de magnésie } ââ 4 gr.
Glycérine..... }
Kaolin..... }
Vaseline..... 10 gr.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.
Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*
Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*
Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*
Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

www.libtool.com.cn

ACTION DE L'ÉTHER IODOFORMÉ SUR LE MUCUS UTÉRIN. SON EMPLOI DANS L'ENDOCERVICITE,

Par M. le Dr Doléris.

J'appelle l'attention de mes collègues sur un tout petit fait gynécologique, mais néanmoins d'un certain intérêt pratique ; il s'agit de l'action spéciale de l'éther iodoformé sur les sécrétions cervicales de l'utérus.

Tous savent combien parfois est adhérent et abondant ce mucus dans certains cols enflammés ou affectés de catarrhe, et quelles difficultés on éprouve à en débarrasser la cavité du cervix en vue d'une exploration ou d'une médication topique qui réclament l'asepsie préalable de l'organe.

Les agents employés à cet effet sont très nombreux et tous défectueux. Dernièrement on vantait les solutions bi-boratées.

J'ai essayé différentes substances. Le perchlorure de fer, en solution, coagule parfois assez bien le mucus cervical et en facilite l'abstersion, mais son action est imparfaite.

J'ai, par hasard, dans un premier cas de catarrhe profluent du col, introduit un bourdonnet d'ouate imbibé d'éther iodoformé en solution concentrée 1 gr. pour 10 gr. et j'ai observé une coagulation immédiate de la totalité du flot muqueux qui encombrait le trajet utérin. Il a suffi d'imprimer, à l'extrémité du bâtonnet garni d'ouate, un mouvement giratoire régulier pour entraîner la masse coagulée et en débarrasser entièrement le col.

L'action spéciale coagulante paraît due à l'éther qui a pour effet accessoire d'amener une réaction des parois cervicales qui favorise l'évacuation totale des cryptes muqueuses et des follicules les plus superficiels. Des expériences subséquentes m'ont montré que l'effet s'obtenait d'une façon régulière.

Cette première donnée m'a conduit à utiliser l'éther iodoformé comme topique médicamenteux en vue d'aseptiser les utérus affectés d'endométrite cervicale. A la vérité, cette action ne peut être efficace que dans des cas qu'il faut préciser : les catarrhes au début et les infections post-puerpérales récentes. J'ai traité aussi les infections persistantes à la suite de l'accouchement dans les premières semaines des suites des couches. Dans cette période, la muqueuse est encore étalée, spongieuse, souple, très pénétrable, et l'éther iodoformé doit entraîner, par sa rapide diffusion, dans la profondeur des replis muqueux du col, des particules iodoformiques capables de détruire les agents pathogènes. J'institue

des expériences de laboratoire sur l'action bactéricide de l'éther.

www.libtool.com.cn

Les premiers résultats cliniques me paraissent encourageants. J'ai procédé par introduction successive de bourdonnets imbibés, au nombre de trois, quatre, environ, que je laisse quelques secondes dans la cavité cervicale une fois détergée. — Un pansement à la gaze par-dessus. — S'il existe de l'ectropion, on touche de même la muqueuse herniée.

Cette pratique n'est pas douloureuse. Elle a été jusqu'ici sans danger. J'ai même pénétré dans la cavité du corps de l'utérus, sans provoquer de souffrances. Toutefois je crois qu'il faut être prudent en ceci, car la vaporisation rapide de l'éther, dans cette cavité, pourrait amener des douleurs ou des spasmes réflexes qu'il faut éviter.

Je prie mes collègues de répéter mes tentatives, en se limitant aux formes *récentes* de l'endocervicite. Il est bien certain qu'un insuccès sur des cols chroniquement enflammés, scléreux, épaissis et infiltrés de kystes folliculaires à parois épaisses seraient fort peu impressionnés par une semblable médication.

Tout au plus pourrait-elle être efficace à la suite d'une large dilatation obtenue par les tentes et l'éponge préparée qui mettrait la muqueuse dans une condition un peu analogue à celle des suites de couches. (*Soc. Obstétric. et Gynécol. de Paris.*)

DU DÉCIDUOME MALIN OU ÉPITHÉLIOME ECTOPLACENTAIRE,

Par M. le Dr G. Durante.

La tumeur connue sous la dénomination fâcheuse de déciduome malin est actuellement un sujet à l'ordre du jour. Quoique la connaissance de cette affection soit relativement de date récente, puisque la première observation est celle de Meyer en 1876, les faits s'en sont rapidement multipliés et semblent devenir chaque jour plus fréquents, puisque, sur 46 cas de déciduomes malins vrais publiés, 24 ont paru en 1895 et le premier semestre de 1896.

Je viens de reprendre ce sujet en considérant sous un point de vue nouveau cette question si controversée. Après avoir éliminé les faits relevant de tumeurs d'autre nature publiés sous ce titre, rappelé la marche si rapide de cette affection, et étudié avec détails les caractères histologiques si particuliers de cette tumeur, m'appuyant sur ce que l'on connaît de la structure et du développement blastodermique du placenta, je conclus,

www.libtool.com.cn

contrairement à ce qui est soutenu dans les diverses monographies parues jusqu'ici, à la nature *épithéliale* de ce néoplasme et à son origine purement *fœtale*. Il s'agirait ici non pas d'un sarcome, mais d'un *épithélioma ectoplacentaire*.

Malgré l'importance de ce sujet, nous ne pouvons en donner ici qu'un rapide aperçu pour en indiquer les points principaux et sommes obligé de renvoyer au mémoire original pour tous les détails qui viennent appuyer et confirmer les assertions de l'auteur.

Cliniquement la symptomatologie de cette affection est assez simple. Se développant toujours à la suite d'une grossesse, ses premiers symptômes peuvent apparaître sans prodrome ou être précédés d'un polype placentaire ou d'une môle hydatiforme. Le début est marqué généralement par des métrorrhagies répétées, diffuses, bientôt continuelles et que rien ne parvient à arrêter. Ces hémorrhagies, qui se poursuivent jusqu'à la fin, déterminent rapidement une anémie profonde et peuvent même amener directement la mort par une perte plus abondante et incoercible. L'examen intra-utérin permet de constater l'existence d'une tumeur molle, friable, s'insérant en un point de l'utérus où la paroi ramollie et amincie paraît réduite à l'épaisseur d'une feuille de parchemin. Ces deux symptômes sont les seuls à peu près constants ; tous les autres sont accessoires, inconstants et dépendant surtout des localisations variables des métastases. La marche, très rapide, aboutit bientôt à une cachexie progressive qui emporte la malade en quelques mois si la mort ne survient pas plus tôt par suite de complications dont les plus graves sont des hémorrhagies intenses et des métastases. Ces métastases se montrent partout, mais elles sont surtout précoces dans le poumon où elles donnent parfois lieu à un ensemble de signes faisant penser à de la tuberculose. Le diagnostic doit se baser sur la marche des hémorrhagies, le résultat du toucher intra-utérin et surtout l'examen de fragments retirés de la cavité utérine, dans lesquels le microscope permettra de reconnaître les éléments caractéristiques. La guérison est possible, quoique exceptionnelle, à la condition d'opérer tôt et de ne pas se borner à des curettages répétés qui font perdre un temps précieux et ne sauraient amener de résultats sérieux. La seule intervention est l'hystérectomie totale qui, pratiquée d'assez bonne heure, a donné quelques succès. Elle devra toujours être précédée d'un examen attentif du système respiratoire, afin de s'assurer, autant que possible, de l'absence de métastases pulmonaires. Cependant, même si l'on n'a rien constaté de ce côté, même si l'hysté-

www.libtool.com.cn

rectomie très précoce paraît avoir dépassé de beaucoup les limites d'une tumeur encore très restreinte, même si l'état général s'améliore considérablement, il importe de suivre la malade pendant deux ans au moins avant d'affirmer la guérison, car il existe chez des malades regardées comme guéries, des cas de récidives 1 et 1 1/2 an après l'intervention.

Histologiquement cette tumeur présente une structure très spéciale. Son élément absolument constant et caractéristique par excellence est représenté par les cellules géantes ou mieux *masses plasmodiales*, amas informes de protoplasma, semés de noyaux et sans démarcations cellulaires.

Il est impossible d'assigner des limites même approximatives à ces masses plasmodiales qui, privées de membrane d'enveloppe, peuvent se fragmenter à l'infini ou confluer aisément les unes avec les autres pour former de vastes nappes chargées de chromatine, semées de noyaux multiples, à bords déchiquetés, s'insinuant dans tous les espaces laissés libres par les tissus voisins.

De leurs bords partent souvent des prolongements de toutes formes et de toutes dimensions qui peuvent, soit se joindre à d'autres prolongements semblables pour former un véritable réseau protoplasmique, soit se séparer de la masse principale pour végéter et s'étendre de son côté ou pour constituer des noyaux métastatiques par embolies vasculaires.

A côté de ces masses plasmodiales existent souvent des cellules claires polygonales ou arrondies, mononucléaires, originaires probablement du mésoderme fœtal et qui ne jouent en tout cas qu'un rôle secondaire d'éléments de soutien. Peut-être même certains auteurs ont-ils décrit comme cellules claires des masses plasmodiales présentant un léger degré de différenciation. En fait, les cellules claires ne s'observent pas dans toutes les observations et plusieurs examens ne signalent que les seules masses plasmodiales comme élément constitutif de la tumeur. Selon le mode de bourgeonnement qu'affectent ces masses plasmodiales, la tumeur pourra prendre des aspects assez divers, se présenter sous la forme villeuse ou sous la forme aréolaire. Mais ce ne sont que des variétés de la même tumeur et non pas des tumeurs différentes, ainsi qu'on l'a soutenu à différentes reprises.

Un autre caractère assez particulier est l'absence presque constante de vaisseaux dans les tissus de la tumeur, absence d'autant plus inattendue que le néoplasme est très vivace. La plupart des auteurs n'ont pas pu en déceler. Par contre, il est de règle de trouver des foyers hémorrhagiques nombreux, des lacunes de toutes dimensions remplies de sang.

www.tibtpol.com.cn

L'étude de la zone d'extension de la tumeur montre que ces lacunes, parfois creusées à l'emporte-pièce dans les masses plasmodiales, représentent les vaisseaux absents. On peut, en effet, y constater que ces masses plasmodiales affectent une affinité toute particulière pour les vaisseaux utérins, les envahissent de très bonne heure en détruisant et remplaçant leurs parois et édifient ainsi un système lacunaire, jusqu'ici inconnu en anatomie pathologique, où le sang circule dans des canaux creusés en plein tissu épithélial. La figure 3 montre les rapports de ces masses avec un vaisseau utérin sur le bord de la tumeur et le développement de cette circulation lacunaire. Cette affinité si grande des masses plasmodiales pour les vasseaux explique la précocité et la généralisation rapide des métastases qui donnent un caractère si malin à cette affection.

La *pathogénie* et la nature du déciduome malin ont donné lieu aux hypothèses les plus contradictoires et sont encore loin d'être complètement élucidées. Les premiers auteurs, rapprochant les masses syncytiales des grosses cellules de la caduque, regardèrent cette tumeur comme un *sarcome décidual* développé aux dépens des cellules conjonctives de la muqueuse en évolution gravidique. Cette théorie, soutenue encore en 1894 par Nové-Josserand et Lacroix, est aujourd'hui presque complètement abandonnée. Aujourd'hui, si quelques rares auteurs croient encore à une variété de déciduome d'origine purement déciduale, tous les autres placent, non plus dans la caduque, mais dans les *villosités placentaires* le point de départ de ce néoplasme. Toutefois, cet accord cesse quand il s'agit de préciser quel élément de la villosité donne naissance au déciduome et surtout quand il faut élucider l'origine blastodermique de cet élément.

Les tumeurs reproduisent toujours plus ou moins exactement, dans leurs éléments caractéristiques, le type des cellules dont elles proviennent. Or, le revêtement le plus externe des villosités placentaires normales, en rapport direct avec le sang maternel, est formé d'une bordure protoplasmique sans délimitations cellulaires, irrégulièrement disposée et constituant des amas chargés de chromatine et parsemés de noyaux. C'est ce que l'on nomme la couche syncytiale (fig. 1 S). L'identité est parfaite entre ces masses syncytiales et les masses plasmodiales que l'on observe dans le déciduome ; aussi, presque tous les auteurs admettent-ils aujourd'hui que, *ce que l'on nomme à tort déciduome est un néoplasme développé avant tout aux dépens du syncytium placentaire*. Mais l'origine blastodermique de ce syncytium est loin d'être interprétée de la même façon par tous les auteurs.

Quelques-uns, le faisant provenir de l'épithélium utérin, regardent le déciduome comme une variété d'épithélioma maternel ; la plupart, considérant le syncytium comme un élément dérivé des cellules de la caduque, voient dans cette tumeur un sarcome à myéloplaxes dont les cellules géantes seraient représentées par les masses plasmodiales ; quelques-uns, enfin, admettent, au moins en partie, son origine ovulaire et décrivent le déciduome comme une tumeur mixte fœtale ou une tumeur développée à la fois aux dépens de l'épithélium maternel et de l'épithélium fœtal.

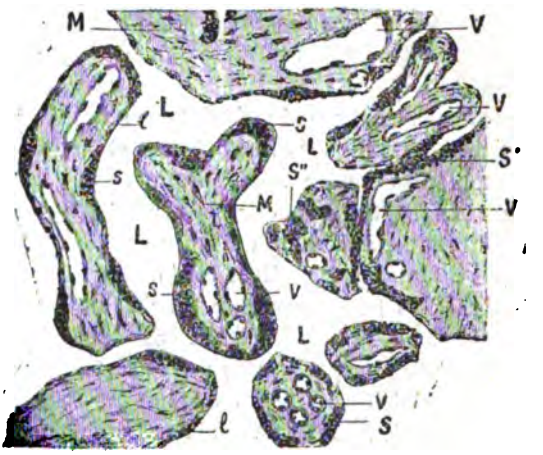


FIG. 1. *Coupe des villosités d'un placenta normal de femme à terme.* — M. mésoderme fœtal.— S. masses syncytiales.— V. vaisseaux fœtaux, dont quelques-uns (V') sont presque au contact de la paroi de la villosité. — L. lacs sanguins contenant le sang maternel qui n'a pas été représenté ici pour ne pas surcharger la figure.

M. Mathias Duval, dans ses travaux sur le développement du placenta, a montré que cet organe prend naissance tout d'abord aux dépens d'une portion de l'ectoderme fœtal qu'il appelle ectoplacenta et dont les cellules épithéliales perdant leurs limites, se transforment en une épaisse couche plasmodiale allant envahir les vaisseaux maternels dont ils remplacent la paroi (voy. fig. 2). C'est cet épithélium fœtal qui donne naissance au syncytium, en sorte que, dans le placenta normal, le sang circule dans des lacs sanguins à paroi épithéliale.

Après avoir rappelé cette évolution de l'ectoplacenta, je la rapprocherai de ce que l'on observe dans le déciduome. Entre les masses plasmodiales de l'ectoplacenta physiologique et celle de la tumeur, l'identité est parfaite, même structure, même réactions et même mode d'envahissement vasculaire donnant lieu à un

même système de circulation lacunaire où le sang est compris dans des espaces revêtus d'épithélium (fig. 3 et 6).

Le développement du déciduome reproduit donc pas à pas et dans tous ses détails celui de l'ectoplacenta. Les figures permettent de juger encore plus facilement de ces analogies.

Quant aux cellules claires, elles représentent probablement des éléments fœtaux mésodermiques, mais très inconstantes ; on ne saurait leur attribuer qu'un rôle secondaire de soutien.

Fig. 2. — (D'après M. Duval, Placenta des Rongeurs, fig. 159). Légende de l'auteur ; *Détails de la pénétration de la couche plasmodiale endovasculaire (chez le rat) et de ses rapports avec l'endothélium des sinus utérins. Grossissement* 350 *fois.* P. P., *plasmode.* — En. *endothélium des sinus.* — S, *cavité des sinus de la sérotine.* — L, *lacunes sanguimaternelles du plasmode.* — 2 et 3, *endothélium gonflé d'un sinus, soulevé par le plasmode qui vient s'y substituer.*

Cette figure doit être rapprochée de la figure 3 que nous donnons ci-contre et qui représente l'envahissement des vaisseaux utérins par les masses plasmodiales d'un déciduome malin. Les lacunes *L* sont absolument comparables aux vacuoles pleines de sang que l'on retrouve au milieu de masses plasmodiales dans la figure 6 empruntée à Gottschalk, et le point 2, identique au point En de la figure 3.

Tels sont les points, longuement détaillés dans ce travail, qui engagent l'auteur à regarder le déciduome malin comme une tumeur développée, non pas aux dépens de la caduque, mais aux dépens du syncytium, lui-même dérivant de l'ectoplacenta. Il s'agit donc bien ici, non pas d'un sarcome, mais d'un épithélioma

syncytial ou mieux d'un *épithélioma ectoplacentaire*. Cette tumeur, évoluant d'une façon identique à ce que l'on observe

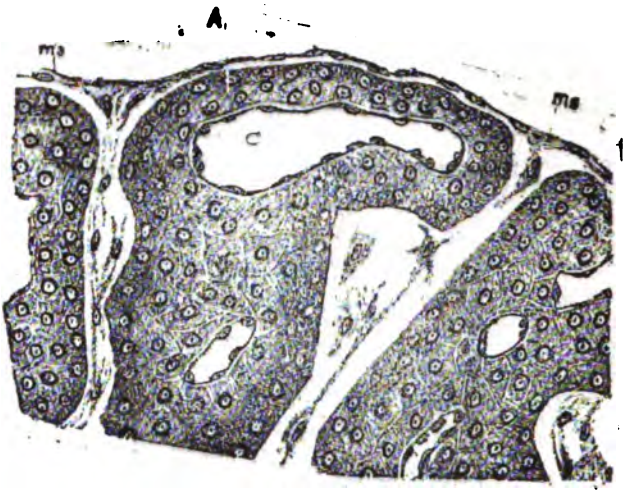


FIG. 2 *bis*. — D'après M. Duval). Placenta des carnassiers. Légende de l'auteur: Coupe verticale de l'ectoplacenta du 26e au 27e jour. Grossissement à 325. Extrémité supérieure ou fœtale des lames dont la subdivision successive aboutira à la formation des lamelles labyrinthiques. — m's mésoderme allantoïdien. — cc., capillaires maternelles.

lors du développement physiologique du placenta, peut être consi-

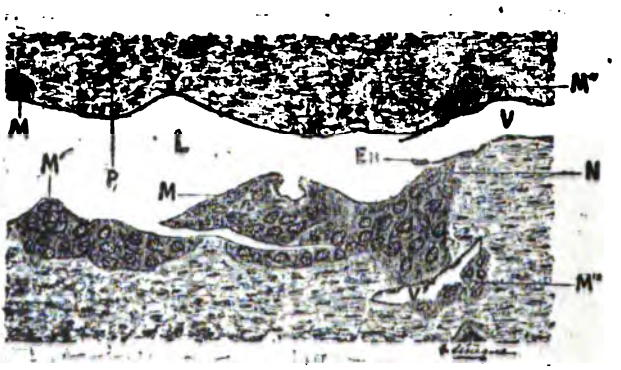


FIG. 3.— *Zone d'envahissement d'un déciduome malin*.— V. Vaisseau utérin venant s'ouvrir dans une lacune (L) remplie de sang. — M. Masses plasmodiales.— P. Tissu utérin.— En. Endothélium vasculaire. — En N, on voit la paroi endothéliale du vaisseau soulevée par la masse plasmodiale qui s'y est déjà substituée dans le reste de la lacune L.— En V', autre vaisseau dont une partie de la paroi est déjà remplacée par une masse syncytiale) M'').

Comparer cette figure avec la fig. 2 où l'on voit, au cours du développement du placenta, l'ectoderme fœtal envahir les sinus utérins et se substituer à leurs parois pour former des lacunes creusées en plein tissu épithélial.

www.libtool.com.cn

dérée comme due à une activité anormale de l'épithélium fœtal, comme une véritable *récidive maligne de l'ectoplacenta* végétant au delà de ses limites naturelles. Le placenta normal évolue, du reste, quant à sa portion épithéliale, comme une véritable tumeur maligne que la mère peut et doit éliminer complètement au moment de la délivrance.

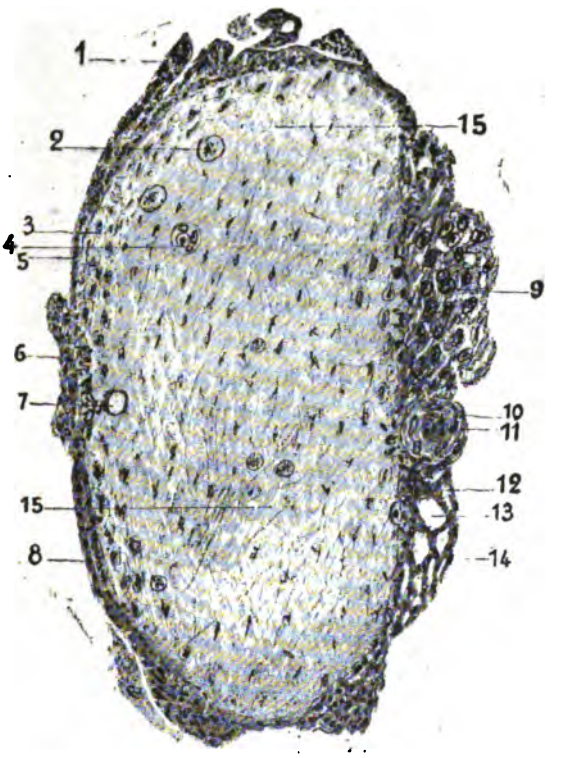


FIG. 4.— *Coupe d'une vésicule de môle hydatiforme.* — 1 et 6. Masses plasmodiales compactes à noyaux allongés en bâtonnets. — 2, 3 et 4. Grosses cellules arrondies avec gros noyaux simples ou multiples, siégeant soit dans le parenchyme muqueux (2, 4), soit sur les bords de la vésicule, sous la couche plasmodiale (3). — 5 et 8. Bordure plasmodiale réduite à une mince couche protoplasmique semée de noyaux. — 7. Capillaire. — 9. Couche plasmodiale épaisse commençant à se vacuoliser par imbibition de mucine et donnant l'impression d'une individualisation cellulaire. — 12 et 14. Masse plasmodiale envahie par de grosses gouttes de mucine et prenant une disposition aréolaire.

La condition indispensable pour le développement de cet épithélioma est donc l'existence préalable dans l'utérus de syncytium ou d'ectoplacenta à une période quelconque de son évolution.

www.libtool.com.cn

Il peut apparaître au cours de la grossesse pendant la période de formation placentaire. A ce moment il suffit que l'envahissement physiologique du plasmode ectoplacentaire dépasse de bien peu les limites normales pour franchir la caduque et intéresser des vaisseaux utérins où il pourra continuer à végéter à son aise sans danger d'être expulsé au moment de la délivrance.

Il dérive fréquemment aussi de la *môle hydatiforme* qui est si souvent signalée dans les antécédents des malades et qui doit cettetransformation maligne aux nombreux éléments syncytiaux tapissant ses vésicules (fig. 4).

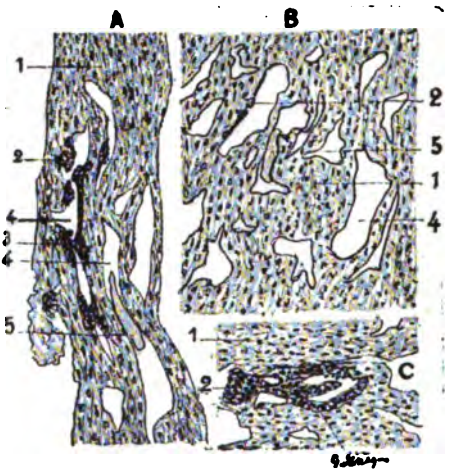


FIG. 5. — *Placenta en voie de transformation dite sarcomateuse.* — A. Portion où l'on retrouve encore, limitant des lacunes pleines de sang (4), d'assez nombreux débris syncytiaux, soit libres sur les bords (2), soit s'unissant à des débris syncytiaux voisins (3).— Le parenchyme (1) est formé de cellules fusiformes pressées les unes contre les autres. — 5. Caillot fibrineux dans un espace sanguin.

B. Même placenta, mais en un point plus avancé dans son évolution, où les débris syncytiaux sont plus rares (2) et où les anciennes villosités anastomosées et confondues les unes avec les autres, ne sont presque plus reconnaissables.

C. Détail de deux villosités entrant en contact par leurs débris plasmodiaux (2).

Il peut enfin, également, tirer son origine des villosités choriales normales ou altérées retenues plus ou moins longtemps dans la cavité utérine. C'est ainsi que les *placentas scléreux*, des *polypes placentaires*, des *choriomes bénins*, des placentas dits *en transformation sarcomateuse* (fig. 5), peuvent, de par les débris syncytiaux qui entrent dans leur composition, donner naissance à un épithélioma ectoplacentaire. Mais il faut pour cela que ces débris placentaires se trouvent dans une position telle, qu'ils aient pu, durant une période indéterminée, continuer à végéter, à se

nourrir et n'aient pas été rapidement expulsés en tant que corps étrangers. Il faut, en un mot, qu'ils aient pu se *greffer* favorablement et cela explique, peut-être, pourquoi l'épithélioma ectoplacentaire, anciennement si exceptionnel, est devenu de plus en plus fréquent au cours de ces dernières années.

Autrefois, par suite de la présence de microbes saprophytes dans l'utérus, les débris placentaires étaient bientôt désagrégés et éliminés. Ceci s'effectuait, du reste, sans inconvénients graves lorsque les agents pyogènes faisaient défaut ou ne présentaient qu'une très faible virulence. Aujourd'hui que l'on cherche à réaliser une asepsie aussi parfaite que possible, la plaie utérine devient une véritable plaie chirurgicale exempte, autant qu'il se peut, d'agents aussi bien saprophytes que pyogènes. Cette plaie, très vasculaire, présente, dès lors, toutes les qualités que l'on réclame, par exemple, pour les greffes cutanées, et l'on comprend aisément que des fragments placentaires, plus ou moins volumineux, puissent s'y greffer dans d'excellentes conditions, continuer à y végéter et donner lieu à des tumeurs d'aspect très variable selon leur degré de vitalité.

La plus grande fréquence de cette tumeur observée dans le cours de ces dernières années serait donc, peut-être, en rapport direct avec les progrès de l'asepsie facilitant la greffe et la vitalité des débris placentaires utérins.

Quant aux différents aspects que peut présenter cette tumeur au point de vue histologique (forme villeuse, forme aréolaire, absence ou présence de cellules claires), l'auteur l'interprète de la façon suivante :

Le placenta, dans son développement, présente, comme on le sait, trois phases principales : D'abord, formation du gâteau plasmodial ectoplacentaire qui se vacuolise, puis entre en rapports avec les vaisseaux utérins. Ensuite, apparition du mésoderme vasculaire qui pénètre ce gâteau plasmodial, s'y ramifie ; enfin, constitution des villosités revêtues de leur couche syncytiale, par suite d'un remaniement ultérieur.

Si l'évolution maligne du plasmode se montre tout au début, alors qu'il n'est pas encore envahi par le mésoderme, la tumeur sera très probablement une tumeur plasmodiale pure, ne sera composée que par des masses plasmodiales sans cellules claires.

Celles-ci n'apparaîtront que si la tumeur se développe aux dépens d'un ectoplacenta déjà envahi par le mésoderme fœtal. Selon que la tumeur aura débuté pendant la période villeuse ou la période aréolaire de l'ectoplacenta, selon qu'elle aura pris naissance dans un placenta en évolution ou à terme, dans un

polype ou une môle, peut-être affectera-t-elle la forme aréolaire (fig. 6) ou villeuse (fig. 7), le plasmode continuant indéfiniment à bourgeonner suivant le type morphologique dont il dérive.

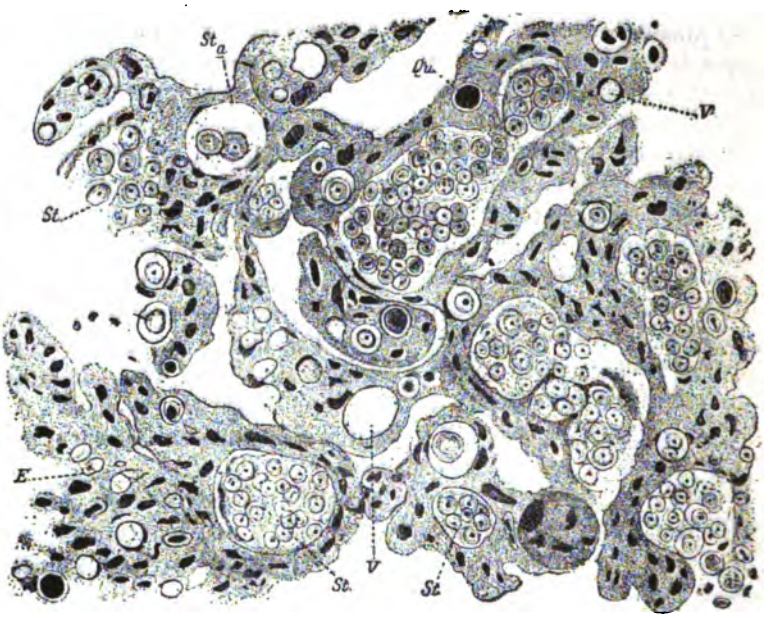


FIG. 6. — (Empruntée à GOTTSCHALK, *Arch. f. Gyn.* XLVI, d'après les *Ann. de Gyn.* Avril 1894). Légende de l'auteur : E. *Epithélium des villosités.* — St. *Stroma des villosités.* — STA. *Grosse cellule du stroma à 2 noyaux.*— V. *Vacuole.*

ST. : flots de cellules claires disséminés dans un réseau irrégulier de masses plasmodiales. Dans ces masses plasmodiales on observe également des cellules claires isolées. Le sang qui remplissait la plupart des espaces laissés en blanc n'est pas représenté pour donner plus de clarté à la figure. De même que les lacunes inter-plasmodiales, les vacuoles (V... V...) qui étaient pleines de sang peuvent être assimilées à des vaisseaux à paroi plasmodiale.

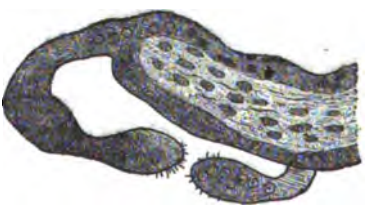


FIG. 7. — (Empruntée au mémoire de HARTMANN et TOUPET). Forme villeuse : villosité à stroma de cellules claires et à revêtement plasmodial envoyant des « pointes d'accroissement ». (D'après un dessin du prof. Cornil.)

En résumé, la tumeur, faussement appelée déciduome malin, serait, à mon avis, un *épithélioma ectoplacentaire* déve-

loppé aux dépens d'une portion de l'ectoderme fœtal, greffée profondément dans la paroi utérine, et devant peut-être sa morphologie variable à l'état dans lequel se trouvait, lors du début de son évolution pathologique, le plasmode qui continuerait indéfiniment à bourgeonner suivant le type dont il dérive.

www.libtool.com.cn

DE L'ICHTHYOL EN GYNÉCOLOGIE,

Par le Dr Lorain.

L'Ichthyol ou sulfo-ichthyolate d'ammonium est un produit retiré par R. Schrœter de certaines roches bitumineuses qui se rencontrent dans le Tyrol. Il doit son nom à ce que, d'après « Fritsch », le bitume de ces roches serait le résidu de matières animales provenant de poissons et d'animaux marins fossiles. Jusqu'ici les chimistes n'ont pu retirer de l'Ichthyol un corps nettement caractérisé et ils nous enseignent que l'Ichthyol est constitué par un mélange de plusieurs principes et en particulier d'un sulfo-sel. Il renferme environ 10 % de soufre. C'est à cette forte proportion de soufre que l'Ichthyol doit d'avoir été employé depuis nombre d'années déjà par les dermatologistes et en particulier par Unna, qui, dès l'année 1883, le considérait comme très utile pour calmer les démangeaisons et les phénomènes douloureux de l'eczéma.

Il le préconisait, en outre, en applications locales dans le rhumatisme articulaire aigu ou chronique et en badigeonnages dans les différentes formes d'angines et la diphtérie. (Unna. *Centralblatt für Gesammte Therapie*, t. III. 1883, et *Bulletin de thérapeutique*, t. CV, page 172.)

C'est seulement quelques années plus tard que les Gynécologistes étrangers songèrent à utiliser dans les affections de l'appareil génital de la femme les propriétés antiseptiques et résolutives de l'Ichthyol.

D'après nos recherches, les premiers travaux entrepris dans ce sens sont ceux de « Freund » (*Berlin. klin. Woch.*, nos 11 et 45, 1890), de « Reichmann » et « Schœnauer » (*Wien. klin. Woch.*, no 33, 1890), en Allemagne et en Autriche. En Italie, « Albertoletti » (*Giornale della R. Academia di Medicina*, no 6, 1891) et en Angleterre « Robert Bell » (Comm. au Congrès de la Soc. de Gyn. britann., 1891), préconisaient l'emploi des pansements au glycérolé d'Ichthyol à 10 % dans les inflammations des annexes de l'utérus et du tissu cellulaire pelvien. « Albertoletti » insiste, en outre, sur l'utilité des injections ou plutôt les instillations intra-utérines d'Ichthyol dans les métrites et les endométrites.

Il emploie un mélange à parties égales d'Ichthyol et de glycérine qu'il injecte à l'aide de la seringue de Braun.

www.ipbook.com.cn

En France « Chéron » (*Revue médico-chirurg. des maladies des femmes*, février 1895) recommande l'Ichthyol en pansements vaginaux et en onctions sur l'abdomen pour combattre les poussées de péritonite localisée qui accompagnent les fibrômes utérins et donnent lieu à des douleurs très vives.

Encouragé par les résultats consignés dans ces divers travaux, j'ai employé les pansements à l'Ichthyol depuis environ quatre ans dans ma clientèle privée et j'en ai fait un usage systématique depuis plus d'un an à la consultation de ma Policlinique Gynécologique.

Les cas qui ont particulièrement attiré mon attention sont les inflammations des annexes de l'utérus, salpingites et ovarites.

Dans quelques cas, l'inflammation était limitée à ces organes, mais le plus souvent elle avait envahi le péritoine et le tissu cellulaire pelvien (périoophro-salpingite-périmétrite, paramétrite ou cellulite pelvienne).

Tous les médecins qui possèdent quelque expérience de la gynécologie savent que la durée de ces affections est parfois fort longue. Aussi n'est-il pas étonnant que certains chirurgiens, frappés de la lenteur des effets obtenus par les méthodes conservatrices, aient voulu considérer le traitement de ces maladies comme leur propriété exclusive et que quelques-uns même aient tenté d'ériger la contraction en méthode absolue de traitement.

De là les abus opératoires dont ces dernières années nous ont rendus témoins. Cependant, il résulte de l'observation consciencieuse et persévérante des faits que les inflammations annexielles ont presque toujours une tendance à la guérison *spontanée* et que si parfois l'ablation des organes malades s'impose, *dans la très grande majorité* des cas, la guérison peut être obtenue par un traitement conservateur judicieusement conduit.

Ce traitement est complexe et doit mettre en œuvre simultanément ou successivement des moyens variés, les uns médicaux, les autres chirurgicaux, dont le but est surtout de modifier la circulation des organes pelviens, d'en assurer l'antisepsie, de faciliter l'écoulement des sécrétions utérines, de favoriser l'évacuation des collections tubaires ou pelviennes, de rétablir les rapports normaux de ces organes entre eux.

Les pansements vaginaux, qui tenaient une si grande place dans la thérapeutique de l'ancienne gynécologie, ont encore aujourd'hui leur utilité et ils acquièrent une véritable importance, malgré les multiples moyens dont nous disposons, lorsque les malades, obligées de continuer leurs travaux, ne peuvent se soumettre au repos qu'exigent certaines interventions même bénignes.

Et c'est le cas de la plupart des malades qui fréquentent les Policliniques.

Chez elles j'ai pratiqué des pansements vaginaux à l'aide de tam-

pons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution glycérinée d'Ichthyol, solution dont le titre variait de 5 à 10 %.

Tantôt j'appliquais un seul tampon, tantôt j'en appliquais cinq ou six, placés dans les culs-de-sac vaginaux et sur le col utérin et suffisamment serrés pour exercer sur les organes pelviens une compression dont les effets m'ont toujours paru fort utiles (columnisation du vagin). Ce pansement était enlevé par la malade elle-même au bout de 48 heures et renouvelé deux ou trois fois par semaine. Dans l'intervalle, je prescrivais des injections antiseptiques très chaudes répétées matin et soir.

Lorsqu'il existait une tumeur annexielle d'un certain volume, avec sensibilité et empâtement des fosses iliaques, je conseillais en outre des onctions sur la région hypogastrique, répétées matin et soir avec une pommade à base d'Ichthyol, suivant l'une des formules suivantes :

Ichthyol		4 grammes.
Lanoline Vaseline	aa	15 —

ou :

Ichthyol		4 grammes.
Extrait de belladone		2 —
Lanoline Vaseline	aa	15 —

ou encore :

Ichthyol		4 grammes.
Iodure de potassium		6 —
Extrait de belladone		2 —
Lanoline Vaseline	aa	15 —

Enfin, dans certains cas, j'ai administré l'Ichthyol par la voie stomacale à la dose de 0.10 centigr. en une pilule prise à chacun des principaux repas.

Les proportions de ce travail ne me permettent pas de résumer d'une façon même sommaire les observations que j'ai pu recueillir sur ce point de thérapeutique, observations qui se rapportent à plusieurs centaines de cas.

Je me bornerai à en indiquer brièvement les résultats :

I. L'Ichthyol employé en pansements vaginaux et en onctions sur la paroi abdominale a une action *analgésique* qui se manifeste parfois dès le premier pansement. Cette action ne fait pour ainsi dire jamais défaut et elle va en s'accentuant lorsque le traitement est suivi avec persévérance. On m'objectera peut-être que ces effets analgésiques sont généralement obtenus par les simples pansements glycérinés dont l'action décongestive est connue de tous les praticiens et dont l'application détermine parfois un soulagement formellement accusé par les malades.

www.ertong.com.cn

Je répondrai à cette objection que l'action analgésique du pansement glycériné n'est nullement comparable à celle du pansement à l'Ichthyol, le premier étant resté sans effet dans de nombreux cas où les symptômes douloureux ont été très atténués par l'application de quelques tampons imbibés d'une solution d'Ichthyol dans la glycérine au titre de 10 %.

La glycérine agit en décongestionnant les tissus par déshydratation, tandis que l'Ichthyol diminue manifestement l'hyperesthésie des organes malades. Ce fait a déjà été signalé par « Chéron », qui, dans un article cité plus haut, insiste sur l'action analgésique de l'Ichthyol appliqué en onctions sur le ventre. Les observations consignées dans la thèse du Dr Damiens (1892) sont conformes avec nos conclusions. D'autre part, nous avons dit que les Dermatologistes ont depuis longtemps constaté, après Unna, que les démangeaisons et les phénomènes douloureux liés aux dermatoses sont heureusement modifiés par les applications de pommades à base d'Ichthyol.

II. A ces effets purement symptomatiques et subjectifs de l'Ichthyol, vient s'ajouter son action *antiphlogistique*. Les nombreux cas auxquels nous avons appliqué le traitement que nous étudions différaient beaucoup, par leur gravité et par leur ancienneté pour que les résultats obtenus fussent toujours identiques.

D'une façon générale, nous avons constaté que, sous l'influence de pansements d'Ichthyol répétés pendant un temps variable, les lésions inflammatoires des annexes, du péritoine et du tissu cellulaire pelvien avaient une tendance marquée à la résolution. Les annexes diminuaient de volume et reprenaient leur mobilité, en même temps qu'elles devenaient moins sensibles à la pression. Les exsudats pelviens se résorbaient et les culs-de-sacs vaginaux reprenaient peu à peu leur souplesse normale. Dans les cas légers ou de moyenne intensité, mais récents, la guérison a presque toujours été obtenue dans un espace de trois ou quatre mois, sans que nous fussions obligés de recourir à un autre mode de traitement et sans que la femme abandonnât ses occupations. Dans les cas plus graves, compliqués de poussées aiguës ou subaiguës de périannexite, nous avons toujours obtenu une amélioration très marquée en combinant les pansements à l'Ichthyol avec le repos et la révulsion sur l'abdomen.

Dans les salpingo-ovarites anciennes compliquées de périannexite scléreuse la compression intra-vaginale pratiquée à l'aide de tampons imbibés d'Ichthyol, associés aux massages, nous a donné d'excellents résultats.

III. Parmi les malades que nous avons observés, beaucoup étaient atteints de lésion inflammatoire du col uturin et quelques-unes présentaient des symptômes de vaginite, qui ont paru être très améliorés par l'application des pansements à l'Ichthyol. Mais

ces faits n'ont pas suffisamment fixé notre attention pour que nous puissions nous y étendre davantage, nous réservant de compléter sur ce point nos observations. A ce sujet nous rappelons les heureux effets de l'Ichthyol employé dans la blennorrhagie. (V. Canova. Th. de Paris, 1895.)

IV. Admistré par la voie stomacale, l'Ichtyol favorise les fonctions digestives par son action tonique sur l'estomac, il relève la tension artérielle (Chéron) et contribue ainsi à favoriser la résorption des exsudats pelviens.

Les préparations d'Ichthyol sont d'un goût désagréable qui excitent chez certains malades une vive répugnance ; on peut obvier à cet inconvénient en les administrant au milieu des repas. Cependant, même dans ces conditions, elles ne sont pas toujours tolérées et entraînent parfois des troubles dyspeptiques qui obligent à en suspendre momentanément l'usage.

Mais ces faits sont plutôt exceptionnels et nous avons vu nombre de malades prendre de l'Ichthyol pendant 30 à 40 jours, en doses quotidiennes de 0 gr. 20 à 30 d'Ichthyol, sans accuser le moindre phénomène d'intolérance.

Quant à la toxicité de l'Ichthyol, elle peut être considérée comme nulle d'après les expériences de Baumann et Schotten, etc.

En résumé, de nos observations il résulte que l'Ichthyol, grâce à son action *analgésique*, *antiphlogistique*, *résolutive*, et *antiseptique*, peut rendre de réels services en gynécologie, à la condition d'être employé comme nous l'avons indiqué et judicieusement associé aux autres moyens thérapeutiques.

TRAITEMENT MÉCANIQUE INTRA-UTÉRIN (1).

M. Simons comprend sous ce titre le traitement au moyen de la sonde et des crayons utérins entre lesquels il n'établit d'autre différence que celle de l'intensité plus grande d'action du crayon. Pendant qu'il était assistant à la policlinique de M. Czempin, M. Simons a eu occasion d'appliquer le traitement mécanique à trois groupes de maladies utérines : 1° aux arrêts d'évolution ; 2° à l'atrophie ; 3° à l'antéflexion, particulièrement à ce qu'on a appelé le col tapiroïde. En ce qui concerne les deux premiers groupes, M. Simons pense qu'un organe aussi musculeux que l'utérus, lorsqu'il est devenu flasque, torpide ou atrophié, doit être ramené à sa fermeté première par l'excitation due à un corps étranger. On exerce sur l'utérus un véritable massage au moyen de la sonde ou du crayon. D'un autre côté, on calme les douleurs irradiées vers le sacrum et la cuisse, ainsi que la dépression ner-

(1) *Soc. méd. de Berlin*, févr. 1897. Anal. in *Méd. mod.*, 17 févr. 1397. Voir sur le même sujet *Revue illustrée de Polytechnique*, août 1896 : *Le drainage utérin*, par le Dr Richard d'Aulnay.

veuse que l'on observe chez les malades. L'arrêt d'évolution de l'utérus si fréquent chez les chlorotiques, les cas où l'utérus est resté infantile, relèvent de ce traitement. On ne peut guérir ces états, mais lorsque l'utérus n'est pas trop petit, le traitement par la sonde calme les douleurs et les troubles nerveux. Enfin, on peut traiter ainsi les cas où l'utérus s'est complètement développé à la puberté, mais a conservé des dimensions relativement petites (utérus aplastique). L'aménorrhée et la dysménorrhée sont favorablement influencées, et les ovaires arrivent souvent à leur développement normal. On introduit 3 à 4 fois la sonde pendant la semaine qui précède les règles. On abaisse l'utérus avec la pince à griffes et après l'introduction de la sonde on exécute de légers mouvements de secousse avec l'instrument. Les inflammations aiguës et subaiguës seules constituent des contre-indications, mais non les inflammations chroniques. Le crayon doit être de 2 centimètres plus court que la cavité utérine, pour éviter les blessures de la paroi ; mais il ne doit pas non plus être trop court, parce qu'il pourrait être retenu dans la cavité. On peut le laisser à demeure sans danger, même pendant la menstruation, et il est maintenu en place par un pessaire indiqué par Czempin. Le crayon n'est employé que chez les femmes et non chez les jeunes filles. Il a une action très favorable, même lorsque les troubles sont considérables dans les cas de forte antéflexion de l'utérus et du col tapiroïde.

Suit une intéressante discussion complémentaire :

M. Virchow voudrait corriger la nomenclature adoptée par M. Simons. Le col tapiroïde n'a rien à voir avec la flexion de l'utérus. Il s'agit ici plutôt d'une néoformation polypoïde de la paroi interne de l'utérus qui se trouve refoulée de la cavité sur un côté de l'utérus et qui se trouve recouverte par la muqueuse ; c'est une forme d'ectropion.

M. Landau rappelle que les gynécologues n'ont jamais cessé d'employer la sonde dans ces cas et ceux qui sont appropriés, et cet instrument donne de très bons résultats dans la stérilité. Mais quant à l'emploi généralisé du crayon même dans les inflammations chroniques, il croit que le moyen est peu scientifique, et il n'a jamais observé aucun avantage de son emploi dans l'atrophie de l'utérus ; bien au contraire, l'utérus devenait plus volumineux, mais il survenait aussi des périmétrites, des paramétrites, des abcès, des pyosalpingites, dans quelques cas même la mort est survenue. Landau croit donc de son devoir de mettre en garde contre l'emploi étendu du traitement intra-utérin.

M. Czempin assure que l'emploi prudent de la sonde ou du crayon dans les cas bien choisis n'a jamais donné de mauvais résultats. D'ailleurs les inflammations chroniques sont pour lui une contre-indication à l'emploi de la méthode. Le crayon est

www.libtool.com.cn

très utile dans la dysménorrhée lorsque l'utérus n'est pas développé.

M. Falk se demande si M. Simons n'admet pas que les inflammations chroniques soient des contre-indications, comment on peut maintenir aseptiques pendant des mois des crayons dans la cavité utérine.

M. Gottschalk ne se sert pas du crayon dans les états atrophiques, mais de la sonde électrolytique. Il déconseille le crayon à demeure pendant les règles comme très dangereux. Dans l'atrophie de la lactation il ne s'agit pas d'une atrophie morbide, mais d'un état physiologique qui disparaît après le nourrissage.

M. Schœnheimer ne croit pas que l'utilité du traitement de M. Simons soit démontrée. La disparition des troubles tient le plus souvent à la suggestion que l'on peut exercer par des moyens moins dangereux.

M. Simons assure que les dangers du traitement mécanique n'existaient qu'avant l'époque antiseptique et qu'il n'a jamais vu survenir avec sa méthode la péri ou la paramétrite. (*Revue de Polytechnique médicale.*)

OBSTÉTRIQUE

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Sur l'emploi des curettes dans le traitement de la rétention post-partum : MM. NITOT, BUDIN, CHARPENTIER, BONNET, LOVIOT, PICHEVIN.

Je ne vous rappellerai pas les discussions vives qui eurent lieu dans cette enceinte, comme ailleurs, au sujet du curettage de l'utérus employé comme moyen de traitement de la septicémie puerpérale.

Suivant l'exemple rationnel de mon maître et ami Doléris, j'ai été pour ma part, dès la première heure, partisan résolu du curettage utérin dans les suites de couches pathologiques, et j'ai eu l'occasion dans ma pratique de l'employer souvent et avec succès.

Dans ces conditions, il était naturel de penser qu'on ne pouvait curetter un utérus très agrandi de volume, comme il se trouve après l'accouchement, avec le même instrument dont on se sert pour pratiquer le curettage dans les cas ordinaires d'endométrite.

J'ai donc été amené à faire construire par M. Mathieu, dès le mois d'août 1894, un modèle de *curettes géantes* spécialement

www.libtool.com.cn

destinées à racler rapidement la totalité des parois utérines dans les suites de couches pathologiques.

Vous savez combien dans ces cas sont vasculaires et friables les parois de la matrice.

Il y avait donc lieu d'employer un instrument qui fût aussi volumineux que possible, afin de pouvoir terminer rapidement la besogne.

Il était nécessaire aussi que cet instrument fût tel qu'il rendît toute perforation des parois utérines ramollies presqu'impossible.

J'ai donc fait construire un jeu de *curettes géantes* pouvant être appropriées à tous les cas et pour ainsi dire à tous les degrés de développement de la matrice ; réservant le plus petit modèle pour les suites de fausses couches, et les modèles plus grands pour les suites de couches près du terme ou à terme.

Chacune de ces curettes est solidement construite sur un manche long, droit et fort. Chacune affecte la forme d'une boucle analogue à la curette de Sims, mais cette boucle, de forme moins ovalaire, est plus ronde au niveau de son extrémité terminale. Enfin, chaque curette présente deux bords, dont l'un est mousse ; dont l'autre est coupant.

Ces bords sont perpendiculaires, de manière à n'agir que par grattage sous la pression de la curette.

L'opérateur peut donc à son gré employer le côté mousse ou le côté coupant dans chaque cas particulier, en retournant simplement la curette introduite dans la matrice.

J'ai fait construire 3 modèles de grandeur différente.

Le n° 1 mesure extérieurement 2 1/2 de largeur de boucle.

Le n° 2 mesure extérieurement 3 1/2 de largeur de boucle.

Le n° 3 mesure extérieurement 4 1/2 de largeur de boucle.

Il paraît même possible après dilatation complémentaire et extemporanée du col avec un ballon de Barne d'introduire de plus grands modèles, mais ceux-ci sont parfaitement inutiles, et il serait malaisé de les mouvoir facilement dans l'intérieur de la matrice qui a déjà subi un certain degré de rétraction.

Depuis deux ans ces modèles de *curettes géantes* m'ont rendu les plus grands services et j'ai désiré vous les présenter.

Discussion :

M. Budin. — Je fais de moins en moins le curettage, après l'accouchement et l'avortement. La curette est un instrument aveugle, et le tissu utérin s'il est malade est très friable. Sous le chloroforme je nettoie la cavité utérine avec les doigts, j'enlève

les débris que je sens beaucoup mieux qu'avec la curette et je ne risque pas de perforer l'utérus ; je termine par un lavage avec un liquide antiseptique et un écouvillonnage qui permet de nettoyer dans tous les sens. Je me sers donc très peu de la curette et j'ajoute jamais de pinces.

M. Charpentier. — Je diffère totalement d'avis sur ce point avec M. Budin. Je n'ai jamais eu qu'à me louer du curettage, je n'ai jamais eu d'accident. Je suis partisan de la curette, de la curette tranchante qui seule permet d'enlever les débris placentaires adhérents. Il faut faire un nettoyage soigné jusqu'à ce qu'on entende partout le cri utérin.

M. Bonnet. — Il faut faire le curettage sous le chloroforme, et avec le doigt comme guide, introduire la curette et la diriger. Lorsque l'utérus n'est pas infecté, on ne peut pas le perforer avec une curette tranchante ; il n'en est pas de même lorsqu'il est infecté, il faut alors faire extrêmement attention.

M. Loviot. — Je me rallie à la doctrine du nettoyage, plutôt qu'à celle du curettage, je ne manie la curette qu'avec la plus entière prudence et au besoin le lendemain je renouvelle la manœuvre si une première séance n'a pas suffi.

M. Budin. — Je ne saurais trop protester contre ce qu'a dit M. Charpentier à propos du cri utérin, car si on s'obstinait à vouloir l'obtenir on risquerait purement et simplement de passer dans l'abdomen. Je voudrais rassurer aussi notre collègue qui pense qu'avec la curette seule on peut bien nettoyer l'utérus. Le 11 janvier 1895, en arrivant à la Maternité, je trouvai deux femmes profondément infectées, avec 40° de température. M. le Dr Charrin les vit avec moi pour voir si on ne pourrait pas leur faire des injections de sérum antistreptococcique. On y renonça, car l'une était si profondément infectée que sa mort semblait certaine ; quant à l'autre, elle avait une maladie de Bright et une affection du cœur. Je nettoyai avec le doigt et j'écouvillonnai ces deux utérus. La première malade sortit guérie de l'hôpital ; chez la seconde, les accidents d'infection disparurent, mais elle succomba, après huit jours environ, à des accidents d'urémie. M. Charrin fit son autopsie, il constata l'existence de lésions du côté des reins et du cœur. La cavité utérine était normale et des cultures essayées avec le liquide qu'on put y recueillir, ne donnèrent aucun résultat. On peut donc avec les doigts et l'écouvillon nettoyer complètement une cavité utérine ; c'est un procédé moins dangereux que le curettage, et qui doit lui être préféré.

www.libtool.com.cn

M. CHARPENTIER : Ce qui fait la divergence entre M. Budin et moi, c'est que nous intervenons dans deux conditions fort différentes. M. Budin parle d'utérus très infectés, dont les tissus sont profondément altérés et ramollis. Faire le curettage dans ces conditions est extrêmement dangereux, et, de plus, selon moi, parfaitement inutile. La malade est touchée trop profondément et force est bien de se borner à un nettoyage sérieux de la cavité utérine avec l'écouvillon qui, lui-même, n'est pas sans danger. Chercher le cri utérin dans ces conditions serait aussi inutile qu'impossible à obtenir. Mais ce n'est pas ainsi que je comprends le curettage. Pour moi il doit être fait dès l'apparition des accidents infectieux ; dès que la seconde injection intra-utérine s'est montrée impuissante, c'est-à-dire, plutôt trop tôt que trop tard. Dans ces cas, le curettage agit exclusivement sur la muqueuse qui seule est malade ; les micro-organismes n'ayant pas encore eu le temps de sécréter dans le tissu musculaire de l'utérus, celui-ci offre des conditions de résistance et de tonicité qui permettent de pratiquer un curettage vigoureux, et dans ces cas, on retrouvera toujours le cri utérin. Cela, je l'affirme, parce que je l'ai toujours observé. On est ainsi sûr que toute la muqueuse a été enlevée, et l'écouvillonnage fait avec un écouvillon dur, trempé dans de la glycérine créosotée au 1/3, vient compléter le curettage et enlever les derniers débris de la muqueuse détachée par la curette tranchante.

C'est parce que l'on agit trop tard, qu'on l'emploie alors que l'utérus est envahi dans toute son épaisseur, que l'infection est déjà généralisée lorsque l'on intervient, que l'on a des insuccès. Intervenez dans les premières 24 heures de l'infection, curettez franchement, hardiment cet utérus encore presque intact, et vous sauverez toutes vos malades. La perforation dans ces cas n'est pas à redouter, la cautérisation vous met à l'abri des hémorrhagies, et le cri utérin que, je le répète, on pourra toujours entendre dans ces conditions, vous donnera la certitude que votre curettage est complet.

Pratiqué dans ces conditions, le curettage est infiniment supérieur au classique nettoyage de la cavité utérine. Pratiqué par une main expérimentée il est sans danger, et c'est justement parce qu'il est sans danger qu'il vaut mieux agir trop tôt que trop tard. Rappelons-nous sans cesse que l'infection puerpérale se généralise avec une très grande rapidité, et que dans ce cas, différer, c'est perdre du temps et diminuer ainsi les chances de guérison de nos malades.

www.libtool.com.cn

M. Pichevin. — Après l'accouchement on ne doit pas se servir de curettes tranchantes, car la friabilité de l'utérus est considérable. Après l'avortement, il est difficile avec les doigts de faire un travail suffisant, il faut faire le curettage.

M. Bonnet. — Lorsque l'utérus n'est pas encore infecté, la curette est plus rapide que les doigts, mais lorsqu'il s'agit d'enlever le putrilage qui se forme dans l'endométrite septique, il faut se servir de l'écouvillon.

M. Budin. — Depuis plusieurs années je ne me suis servi qu'une fois de la curette et je la guidai avec le doigt. Cependant lorsque je commence le nettoyage, j'ai toujours des curettes préparées à côté de moi.

TROIS GROSSESSES CHEZ UNE FEMME ATTEINTE D'ENDOMÉTRITE BLENNORRAGIQUE CHRONIQUE,

Par le Dr Ozenne, chirurgien de Saint-Lazare.

L'histoire des rapports de la blennorragie de la femme avec la grossesse, quoique s'enrichissant chaque jour de quelques nouvelles pages, présente encore un certain nombre de points obscurs. Si l'on ne met plus en doute l'existence de l'endométrite déciduale blennorragique, on est moins affirmatif sur la possibilité du développement d'une grossesse dans un utérus atteint de métrite gonococcienne.

Quelques observations, cependant, semblent autoriser à faire admettre que la conception, en pareille circonstance, peut avoir lieu.

J'ai été à même d'en observer et d'en suivre pendant plusieurs années un exemple typique, dont je vais tout d'abord vous présenter l'évolution qui, d'ailleurs, est intéressante à plusieurs autres points de vue, que je ferai ressortir à la fin de cette communication.

Mme X..., âgée de 25 ans, sans antécédents pathologiques, a toujours été très régulièrement réglée depuis l'âge de 16 ans et à aucune époque de sa vie de jeune fille, elle n'a jamais présenté le moindre écoulement vaginal. Elle s'est mariée en 1892 ; quelques mois plus tard survenait une grossesse, qui a évolué d'une façon normale. Toutefois, pendant le cours de cette grossesse, elle a été atteinte de pertes blanches assez abondantes, particulièrement dans les mois qui ont précédé l'accouchement. Je n'en ai été informé qu'au moment de ce dernier, que j'ai fait précéder et suivre d'injections à la solution de sublimé. L'accouchement a eu lieu à terme, les suites de couches n'ont été troublées par aucune com-

plication et le dix-huitième jour Mme X... a commencé à se lever. L'enfant, bien constituée, pesait 2 k. 900 gr. à la naissance.

Sept jours après l'accouchement, malgré des lavages quotidiens à l'eau boriquée et au jus de citron, que j'ai l'habitude de prescrire sur les conjonctives de tous les nouveau-nés, une sécrétion jaunâtre se montrait sous chaque paupière et le lendemain, il n'y avait plus à douter de sa nature purulente. Notre confrère M. Valude fut appelé en consultation. Des cautérisations au nitrate d'argent avec lavages à l'eau bouillie furent pratiquées pendant plusieurs jours, ce qui arrêta assez rapidement les progrès de l'inflammation. D'un côté, la guérison complète a été obtenue en un mois ; de l'autre côté, elle a retardé de quinze jours et a été suivie d'une opacité de la cornée qui n'a disparu qu'au bout de six semaines.

Aucun examen microbiologique des sécrétions vaginale et conjonctivale n'a été fait à cette époque ; mais, si quelques doutes eussent pu exister sur leur origine gonococcienne, ils eussent été levés par certains renseignements que me communiqua le mari de mon accouchée.

Lors de son mariage il présentait un reliquat d'urétrite chronique auquel, suivant l'habitude générale, il n'avait attribué aucune importance. Ce n'était que la goutte matinale, dont la disparition, d'ailleurs, ne s'était pas effectuée depuis cette époque.

Aussi, tout en ménageant les susceptibilités possibles de ce couple blennorréique, l'ai-je engagé à suivre, sans trop tarder, un traitement destiné à supprimer la goutte de l'un qui avait persisté et l'écoulement de l'autre qui, très probablement, reparaîtrait à l'avenir plus abondant.

J'avais donné ce conseil dans le but d'éviter non seulement les complications qui, à l'avenir, pourraient atteindre les parents, mais encore en prévision d'une nouvelle grossesse et de l'infection possible du futur nouveau-né. Le conseil ne fut pas suivi.

Pendant six mois la mère n'allaita que son enfant ; mais le septième mois elle en commença un autre et, pendant toute cette deuxième grossesse, elle eut des pertes vaginales semblables à celles qui s'étaient montrées l'année précédente.

J'ai averti Mme X... que ces pertes pourraient être nuisibles à son enfant lors de son accouchement, qu'il y avait à craindre des accidents d'ophtalmie et que je ne répondais pas que les suites de couches ne fussent pas troublées. C'est alors que, pour prévenir les complications, je lui ai proposé de se soumettre à un traitement de désinfection vaginale deux mois avant l'accouchement.

La promesse de suivre ce traitement fut faite, mais non tenue. L'accouchement n'en eut pas moins lieu sans incident et rien de fâcheux ne survint, pour la mère, dans les suites de couches ; mais il n'en fut pas de même pour l'enfant. Quoique j'aie largement usé des lavages à la solution de sublimé à 1/1000 et du tamponnement vaginal pendant les 3 jours qui ont précédé l'accou-

www.libtool.com.cn

chement, et quoique j'aie baigné, chaque jour, les yeux de l'enfant avec la même solution réduite au 20millième, la conjonctivite n'en apparaissait pas moins le sixième jour de la naissance, c'est-à-dire le 6 septembre, le lendemain du jour où j'avais quitté Paris pour plusieurs semaines.

En mon absence, on fit demander un oculiste qui institua et pratiqua dans les deux yeux des lavages avec une solution de permanganate de potasse, répétée trois fois par jour. Le mal fut heureusement conjuré en un laps de temps, dont la durée ne fut pas moindre qu'avec les cautérisations au nitrate d'argent, et les lésions, qui avaient atteint les cornées, ne disparurent qu'au bout de six mois.

Pendant l'année qui suivit ce deuxième accouchement, j'ai eu l'occasion de voir plusieurs fois Mme X..., et je crois qu'elle s'en serait peut-être toujours tenue à la promesse de venir me trouver pour la guérir de ses pertes blanches, qui avaient reparu comme dans le passé, si une troisième grossesse ne se fût déclarée. Lorsqu'elle vint m'en informer, elle était enceinte de trois mois environ ; par suite de différentes circonstances, un traitement ne put être appliqué que quatre mois plus tard.

Avant de le commencer, j'avais fait faire l'examen des sécrétions vaginales, en ayant eu soin d'en recueillir dans le vagin et entre les lèvres du col. Les gonocoques furent trouvés en abondance dans les deux échantillons ; il n'y avait donc pas de doutes sur la persistance de l'infection blennorragique métro-vaginale et il est très probable que le troisième enfant n'eût pas été épargné plus que les deux autres, si aucun traitement n'eût été institué. C'est ce que j'ai déclaré à ma malade, peu soucieuse, cette fois, de faire courir pareils risques à son enfant.

Aussi, pendant les cinq semaines qui ont précédé l'accouchement, le traitement suivant a-t-il été régulièrement appliqué : tous les deux jours lavages du vagin et du col à la liqueur de Van Swieten non alcoolisée ; desséchement avec la ouate hydrophile : attouchement des lèvres du col avec une solution de bleu de méthyle à 5 % et tamponnement du vagin avec de la gaze stérilisée imprégnée de la même solution. Ce traitement a été appliqué du 25 février au 2 avril. Le 3 avril, injection vaginale au sublimé et tamponnement avec du coton hydrophile ; le 4, accouchement dont les suites n'ont présenté rien de particulier. Quant à l'enfant chez lequel j'ai, matin et soir, à tout hasard, pendant une semaine, pratiqué dans les yeux des lavages avec la solution de sublimé au 20 millième, il n'a été atteint d'aucune inflammation oculaire.

De cette observation je ne ferai ressortir que quelques points, les uns venant confirmer, il est vrai, des données déjà acquises, les autres apportant un nouvel appoint à la possibilité de la conception malgré une endométrite blennorragique.

www.libtool.com.cn

Le premier fait qui se dégage de l'histoire de notre malade, c'est que pendant près de quatre années elle a conservé une métro-vaginite blennorragique, qui n'a donné lieu à aucune complication personnelle, à aucune infection propagée du côté des annexes. On peut, à la rigueur, objecter que la métrite n'avait pas envahi la muqueuse du corps de l'utérus et était restée localisée aux culs-de-sac et à la portion cervicale. Le fait est possible ; toutefois il est permis de faire de fortes réserves en présence de l'abondance des pertes que la malade n'a cessé de présenter et de s'étonner que, pendant un laps de temps aussi long, les gonocoques n'aient pas franchi l'isthme de l'utérus.

Une deuxième particularité, intéressante à relever, consiste dans l'innocuité des gonocoques à l'égard de celui qui, le premier, avait ensemencé le terrain. C'est, d'ailleurs, une remarque qu'on a déjà faite plus d'une fois, et ce mari, auteur inconscient de l'infection de sa femme, qui, pendant trois ans, a bravé impunément une sécrétion, contagieuse pour tout autre, est un nouvel exemple de l'inaptitude des ménages blennorragiques chroniques à subir une nouvelle poussée aiguë, à moins que la scène ne change d'acteurs.

Cette immunité bien connue, je la signale rapidement en passant et si je n'insiste que peu sur la révélation de la blennorrée de la mère par l'ophtalmie de l'enfant, comme j'en ai été instruit dans ce cas, je tiens pourtant à en faire mention, car elle est une confirmation des quelques lignes suivantes, inscrites dans l'excellent traité de la blennorragie de notre ami Verchère : « Cette ophtal-« mie, dit notre collègue (1), est parfois le premier signe qui doive « attirer l'attention et amener le chirurgien à soigner la mère après « son accouchement avec plus d'attention, de façon à la mettre à « l'abri de toute infection mixte à laquelle elle est prédisposée. » Ce conseil n'avait pas été oublié par nous-même ; mais, comme je l'ai déjà dit, il le fut par la malade, et si elle n'a pas eu à s'en repentir pour elle-même, elle a dû le regretter pour son deuxième enfant, qui n'a pu échapper à l'infection.

J'arrive au point de cette observation qui, en réalité, a été le prétexte pour lequel j'ai cru devoir vous la communiquer : Je veux parler des rapports de l'endométrite blennorragique avec la conception. Il y a peu d'années on était loin d'être fixé sur cette question et tout récemment encore un auteur allemand, Neumann (2), reconnaissait conserver quelques doutes à ce sujet.

A en croire la plupart des auteurs, l'endométrite blennorragique serait une des causes les plus fréquentes de la stérilité. Pour quelques-uns, cependant, elle ne s'opposerait pas d'une façon absolue à la conception et, parmi ceux qui ont soutenu cette opi-

(1) VERCHÈRE. De la blennorragie chez la femme, t. II, page 48, 1894.
(2) NEUMANN. *Monatsch. f. Geb. und Gynaek.*, août 1896.

nion, l'un d'eux, Fritsch (1), affirme très nettement en avoir observé plusieurs cas non douteux.

www.ibook.com.cn

Le fait que je vous ai rapporté en est, à mon avis, un nouvel exemple qui ne me paraît guère contestable, car si l'examen microbiologique probant n'a été pratiqué que pendant le cours de la troisième grossesse, l'ophtalmie des deux premiers enfants n'est-elle pas une preuve tout aussi certaine de l'existence ancienne de l'infection gonococcienne. Tout au plus pourrait-on élever quelques doutes sur l'extension de la maladie à la muqueuse du corps, mais ce n'est là qu'une hypothèse, que rend bien peu probable la persistance ininterrompue des sécrétions leucorréiques. Aussi me semble-t-il légitime de faire rentrer l'observation présente dans le cadre des faits, qui permettent d'affirmer que *l'endométrite blennorragique n'est pas toujours une cause de stérilité.*

Je signalerai, en terminant ces remarques, le bon résultat que m'a donné le traitement au bleu de méthyle, puisqu'il a annihilé, pour le passage de l'enfant, le pouvoir contagieux des sécrétions utéro-vaginales. N'y a-t-il eu qu'une guérison momentanée de l'infection, ou est-elle définitive ? Je conserve à ce dernier égard quelques doutes, mais j'espère qu'une quatrième grossesse ne tardera pas à me ramener ma malade et à me fournir l'occasion d'être complètement édifié sur la valeur du bleu de méthyle en pareille circonstance.

PÉDIATRIE

Les petits lavements médicamenteux chez les enfants, par le Dr Monteuuis (de Dunkerque). — Depuis la publication de mon travail sur les petits lavements médicamenteux dans la médecine des enfants, Chantemesse a fait une importante communication sur la méthode rectale, au point de vue thérapeutique. Frappé des inconvénients des injections hypodermiques, il a, pour les éviter, cherché et trouvé une nouvelle application de la méthode rectale.

« Dans 20 cas, dit-il, j'ai essayé de pratiquer la sérothérapie par injections intestinales, et j'ai pu me convaincre que l'absorption du sérum par la muqueuse de l'intestin se faisait facilement et n'entraînait dans tous les cas que j'ai observés aucun inconvénient.

Un premier lavement est donné au malade pour nettoyer l'intestin, puis l'injection du sérum est pratiquée dans le rectum avec une seringue.

Il va de soi que, dans ces cas, en raison de sa capacité, la seringue de Roux sur laquelle on ajuste un bout de caoutchouc ou de sonde uréthrale est particulièrement indiquée, mais que toute seringue pneumatique peut faire l'affaire.

(1) Fritsch. Die Lagever. und Entzünd. der Geb. Stuttgard, 1885.

« Quant aux effets obtenus, l'efficacité de l'injection rectale, dit Chantemesse, m'a paru être la même que celle de l'injection sous-cutanée. Dans les 20 cas, la valeur préventive d'une même dose de sérum m'a paru sensiblement égale, injectée par l'une ou l'autre voie. Ce point, ajoute l'auteur, mérite cependant des recherches plus complètes. »

Avec une méthode aussi simple et aussi rapide dans ses résulsats, un complément d'observations ne saurait se faire longtemps attendre.

Signaler cette communication, c'est suffisamment en montrer l'importance pratique.

Je n'aurais pas même indiqué cette heureuse application des petits lavements médicamenteux, si je n'avais à cœur de revenir au plutôt sur un point de mon travail dernier.

Peu de temps avant de le publier, l'idée me vint d'essayer la quinine en petits lavements médicamenteux, dans les circonstances suivantes:

Je me trouvais auprès d'un malade habituellement dyspeptique atteint d'embarras gastrique fébrile.

L'état des voies digestives faisait prévoir qu'à coup sûr l'estomac rejetterait la quinine, et d'autre part l'indication du médicament était formelle.

Je songeai alors à la méthode des petits lavements médicamenteux.

Cette idée prit corps lorsque je vis qu'elle avait pour elle, d'une part, le fait de l'extrême solubilité du chlorhydrate neutre de quinine soluble dans son poids d'eau, et de l'autre son emploi par Comby sous forme d'injections hypodermiques en solution au cinquième, emploi qui paraissait indiquer suffisamment son caractère peu irritant.

Le jour même, le malade prit deux petits lavements de cinq centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate neutre de quinine au 1/10 ; le lendemain encore un troisième. Comme le médicament était bien accepté et toléré, je jugeai ce mode d'administration vraiment pratique et je crus devoir aussitôt l'indiquer.

Toutefois, par mesure de précaution, comme c'était une application nouvelle pour moi, au lieu de conseiller une solution concentrée, je me contentai de reprendre la formule suivante que Comby prescrit dans la seconde enfance en injections sous-cutanées ; je la reproduisis en quintuplant le volume de l'eau, en d'autres termes, j'indiquai comme formule pour petits lavements médicamenteux :

Chlorhydrate neutre de quinine..	3 gr.
Antipyrine.....	2 gr.
Eau distillée q. s. pour 50 c.c. au lieu de 10.	

Mon expérience du chlorhydrate de quinine m'avait paru assez décisive pour conseiller l'emploi de la précédente solution supportée en injections sous-cutanées, lorsque dernièrement une jeune

fille m'accusa des malaises de ténesme rectal après avoir pris un petit lavement de cinq centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate de quinine au 1/20.

Je contrôlai alors le petit lavement de chlorhydrate de quinine dans ses moindres détails.

J'adoptai le moyen qui est toujours le plus sûr, d'étudier l'action d'un médicament ou les effets d'un procédé, c'est-à-dire l'auto-observation, et comme l'auto-observation n'a toute sa valeur que si elle est contrôlée, car l'idiosyncrasie se glisse partout, je vérifiai encore dans mon entourage.

Je me servis dans mes expériences de la formule même que j'avais indiquée.

Les résultats ne laissent aucun doute, et, il faut le dire sans réticence, cette solution qui paraissait devoir être parfaitement tolérée par l'intestin, puisque Comby la faisait supporter à un degré de concentration cinq fois plus forte par la peau qui est bien plus sensible, il n'est pas possible de la prescrire dans la pratique ; son emploi est suivi d'un ténesme rectal et vésical vraiment trop pénible.

Si j'ai pu prescrire une solution au 1/10 à un malade sans qu'il n'accuse le moindre malaise, si j'ai pu faire trois fois cette expérience qui m'a trompé et fait écrire une erreur c'est, je le répète, que l'idiosyncrasie se glisse partout.

La formule pour administrer en petits lavements médicamenteux « le grand remède des intoxications d'origine microbienne », comme Duclos appelait récemment encore la quinine, reste donc à trouver.

FORMULAIRE

Traitement médical du cancer utérin.

(J. Chéron.)

Bovehner a conseillé l'emploi du chlorate de soude dans le traitement du cancer utérin.

Ce traitement consiste dans l'administration interne du chlorate de soude combinée à l'application locale de ce médicament sur le col cancéreux.

Voici les formules de l'auteur :

Prendre, à l'intérieur, deux à six cuillerées à bouche dans les 24 heures, de la potion suivante :

Chlorate de soude.....	20 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

On commencera par deux cuillerées à bouche dans la journée, pour arriver rapidement à six cuillerées dans le même temps.

Comme applications locales on peut se servir indifféremment soit du mélange des poudres suivantes portées sur le col au moyen d'un tampon de ouate stérilisée.

Chlorate de soude.. }	
Sous-nitrate de bismuth..... }	aa 10 gr.
Iodoforme.....	4 gr.

Soit de tampons d'ouate hydrophile imbibée de la solution qui suit :

Iodoforme.....	1 gr.
Chlorate de soude.....	20 gr.
Glycérine.....	20 gr.

Ces formules sont utiles à retenir, car on ne saurait avoir un trop grand nombre de moyens thérapeutiques à sa disposition contre un mal aussi redoutable que le cancer utérin. Mais nous conseillons de remplacer l'iodoforme dont l'odeur est si pénible et mal tolérée, par les malades et leur entourage, au bout d'un certain temps, par l'iodocrésyl ou mieux encore par le diiodoforme qui sont, l'un et l'autre, sans odeur appréciable.

Les formules pour l'application locale seront donc transformées de la façon suivante :

a) Poudre composée :

Chlorate de soude..)	
Sous-nitrate de bismuth.....) àà	10 gr.
Iodocrésyl (ou bien diiodoforme).....	4 gr.

b) Solution :

Iodocrésyl (ou bien diiodoforme).....	1 gr.
Chlorate de soude....	20 gr.
Glycérine.....	20 gr.

—

Traitement médical des métrorrhagies essentielles.

(LUTAUD.)

Aux médications habituellement employées il convient d'ajouter, lorsque la métrorrhagie n'est pas due à une fausse couche et que l'utérus est vide, les formules suivantes qui méritent de figurer dans la thérapeutique médicale gynécologique :

Teint. d'hydrastis canadensis.....	2 grammes
Teinture de cannelle.....	10 grammes
Extrait thébaïque	0 gr. 5 cent.
Sirop d'écorce d'orange.....	30 grammes
Eau distillée.....	100 grammes

Une cuil. à soupe toutes les heures.

Faire prendre comme boisson une cuil. à soupe de :

Eau distillée de Strobiles de pin. dans un 1/2 verre d'eau de Seltz ou d'Apollinaris.

Enfin on emploiera l'action hémostatique et eupeptique de l'hamamelis, qui ont été mises en lumière par M. Logeais. Voici la dose :

Hamamelidine Logeais, de 20 à 30 gouttes, 3 fois par jour.

—

Teinture d'iode pour combattre les contractions tétaniques de l'utérus pendant l'accouchement.

(P. MUELLER.)

Teinture d'iode....	1 gramme.
Alcool.....	2 —

M. S. — A prendre V gouttes toutes les demi-heures dans un demi-verre d'eau tiède.

N. B. — Dans la plupart des cas le tétanos cesse dès la 2e ou au plus tard dès la 3e dose ; en cas de nécessité, on donnera une 4e ou même une 5e dose. Plus tôt est institué ce traitement, plus rapidement survient l'effet désiré.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.
Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*
Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*
Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*
Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

www.libtool.com.cn

TRAITEMENT DE L'ANUS VULVAIRE CONGÉNITAL PAR LA TRANSPLANTATION PÉRINÉALE

Par le Dr P. Petit.

La petite fille que j'ai l'honneur de présenter à la Société a été mise au monde il y a dix ans et suivie, depuis sa naissance, par mon vieil ami le Dr Giraud de Montlhéry. Très espiègle et d'intelligence précoce, elle offre, par contre, un développement général au-dessous de la moyenne.

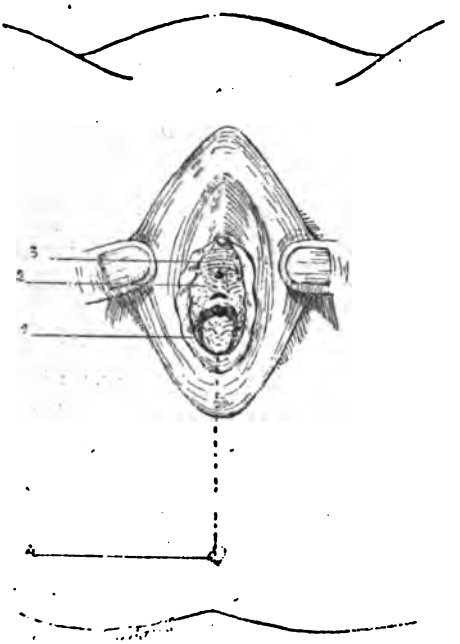


Figure I. — 1, orifice du rectum. — 2, hymen. — 3, méat urinaire. — 4, emplacement normal de l'anus.

A l'examen du bassin, on trouve le sacrum et les os iliaques bien développés, mais il y a absence complète de coccyx. Avant l'opération que j'ai pratiquée, l'emplacement normal de l'anus n'était indiqué que par une teinte plus foncée de la peau et une saillie légère sous l'effort. L'ampoule anale n'était même pas esquissée et la peau passait d'une fesse à l'autre sans déterminer ni crête, ni pli, ni dépression d'aucune sorte. Un peu au-dessus de la fourchette s'ouvrait un orifice ovalaire, à grand axe vertical, à bords un peu saillants et tendant à se rapprocher

transversalement à l'état de repos. Cet orifice anormal, limité en haut et sur les côtés par un hymen en forme de croissant qui mordait sur lui et l'embrassait dans sa concavité, très peu distant d'ailleurs de l'orifice minuscule du vagin, était en continuation directe avec les bords plissés de la muqueuse rectale qui jouait le rôle d'un opercule incomplet et admettait assez facilement la moitié de la première phalange de l'index et les trois

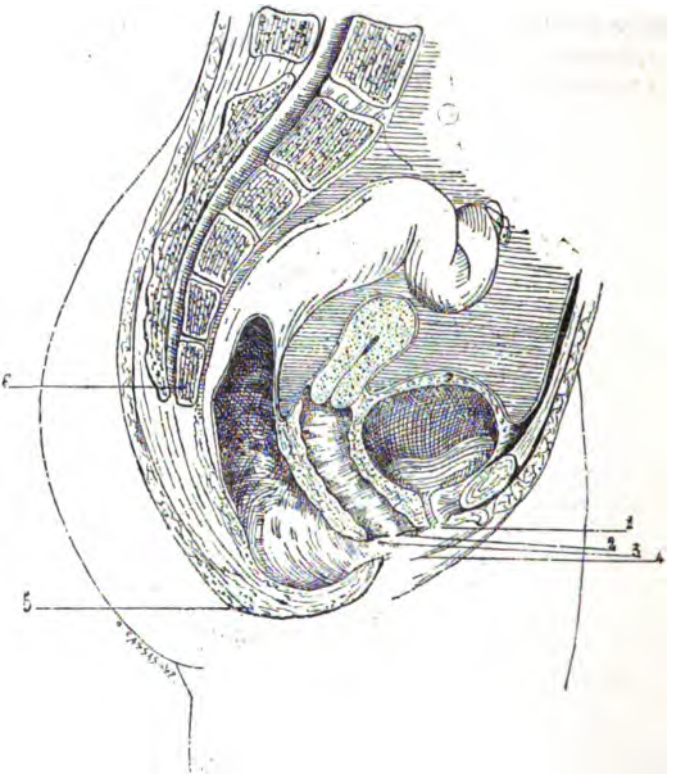


Figure II. — 1, urèthre. — 2, hymen. — 3, orifice rectal. — 4, petite lèvre 5, périnée. — 6, extrémité du sacrum.

quarts de l'auriculaire qui arrivait à pénétrer dans une ampoule bourrée de matières dures comme du mastic. Cette ampoule s'incurvait légèrement vers le bas pour se continuer en haut, à plein canal, avec le rectum et paraissait être séparée de la surface cutanée par une épaisseur de tissus de 2 ou 3 cm. environ.

La sensation de besoin étant assez émoussée et la « *coulisse* » insuffisante (ainsi que le disait son père, en un langage imagé),

www.libtool.com.cn

l'enfant n'arrivait qu'incomplètement à retenir les matières liquéfiées ou même simplement ramollies par les laxatifs.

Elle avait de plus de l'incontinence nocturne d'urine. Cependant, malgré ces deux causes d'irritation, il n'y avait, au pourtour de l'anus vulvaire, ni érosions, ni même de rougeur.

L'évacuation des matières lui paraissant suffisamment assurée dès la naissance, par l'intermédiaire de lavements, de laxatifs ou de la désobstruction directe de l'ampoule à l'aide d'une épingle à cheveux, ou de tel autre moyen similaire, le Dr Giraud avait estimé, très justement d'ailleurs, qu'il valait mieux attendre

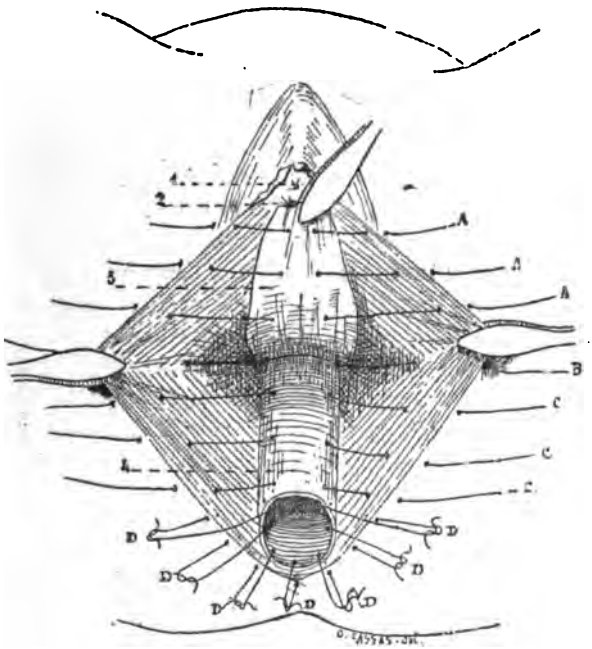


Figure III.— 1, méat urinaire. — 2, orifice de l'hymen. — 3, paroi vaginale postérieure. — 4, rectum. — AAA, fils périnéaux antérieurs accrochant le vagin. — B, fil médian accrochant l'angle dièdre recto-vaginal. — CCC, fils périnéaux postérieurs suspendant le rectum. — DDD, fils périanaux.

l'approche de la puberté ou telle autre indication pour soumettre sa petite cliente à une intervention chirurgicale. Or, depuis un certain temps, étaient survenues des douleurs presque continues dans la fosse iliaque gauche, parfois des vomissements bilieux et des lipothymies, au moment des garde-robes, et il devenait clair que, malgré l'administration régulière d'une tasse de thé purgatif tous les deux jours, l'enfant était en imminence cons-

www.libtool.com.cn

tante d'obstruction intestinale ou, tout au moins, de stercorémie. Cette double raison, jointe au légitime désir des parents d'avoir une fille plus aisément mariable suffisant à autoriser une tentative de restauration, je résolus de mettre en œuvre la *méthode de transposition* de Rizzoli en lui faisant subir les modifications qui me paraîtraient utiles.

J'y procédai le 8 du mois dernier avec l'aimable assistance de MM. Stéphane Bonnet et Giraud. Je commençai par vider complètement l'ampoule rectale à l'aide du doigt et d'un lavement et assurai bien l'asepsie.

Puis j'incisai le périnée, sur la ligne médiane, depuis la fourchette jusqu'à un point situé au delà de l'emplacement normal de l'anus. Ayant franchi la peau et le tissu cellulaire, je passai, chemin faisant, entre les deux segments du sphincter externe tassés en un seul faisceau et tombai enfin sur le bord postérieur du rectum incurvé en haut et en avant. Introduisant alors l'index dans l'orifice ano-vulvaire, en ménageant de mon mieux le *sphincter interne* dont quelques fibres, me sembla-t-il, cédèrent pourtant sous la pression, je pus, assez aisément, à l'aide de ciseaux courbes et mousses, disséquer l'extrémité inférieure du rectum, d'abord latéralement, puis suivant la cloison recto-vaginale. A mesure que j'avançais dans cette direction, l'orifice rectal attiré par le doigt qu'il coiffait, se rapprochait de plus en plus de l'angle postérieur de la plaie et je ne m'arrêtai pas avant qu'il me fût démontré que le segment antérieur de l'orifice se mettait facilement de niveau avec la peau sans avoir tendance à remonter. Pour obtenir ce résultat je dus cheminer le long de la paroi vaginale jusqu'à près de 3 cm. de profondeur, sans rencontrer d'ailleurs le cul-de-sac péritonéal. Je facilitai encore l'abaissement désiré en sectionnant, sur une hauteur de 1 cm. environ, les faisceaux latéraux du releveur au niveau de leur insertion rectale.

Je fis alors, vers le sacrum, suivant la recommandation de Rizzoli, au milieu d'un tissu cellulaire assez dense, une incision verticale dans laquelle vint se loger l'ampoule rectale en se déroulant.

Il ne restait plus qu'à faire les sutures. Un premier point fixa l'orifice rectal à l'angle postérieur de la plaie en prenant point d'appui sur une bandelette fibreuse résistante qui descendait du sacrum ; six autres points, passés assez profondément pour avoir une prise solide, tout en assurant bien l'affrontement, achevèrent de mettre étroitement en continuité la muqueuse et la peau, sauf tout à fait en avant, et soudèrent en même temps l'un à l'autre

www.libtool.com.cn

les deux sphincters *interne* et *externe* qui ne demandaient qu'à se joindre.

Le périnée fut fermé de la façon suivante : un point profond et médian passant au-dessous de l'angle dièdre recto-vaginal put réunir suffisamment bien les tissus d'un bord à l'autre, entre les deux ischions, malgré leur peu de laxité à ce niveau et l'espace considérable résultant de la transposition du rectum. Au devant de ce point, le plus profond, trois autres points, de plus en plus superficiels, furent passés à travers les bords externes de la plaie et l'épaisseur de la paroi vaginale, le plus antérieur reconstituant la fourchette au-dessous de l'hymen. Enfin, trois fils postérieurs introduits à travers les bords de la plaie et la paroi rectale, qui était notablement hypertrophiée, achevèrent la fermeture du périnée, tout en y suspendant le rectum, venant ainsi en aide aux fils périanaux les plus antérieurs qui devaient consécutivement être les plus tiraillés. Le plus postérieur de ces points périnéaux achevait de plus l'affrontement de la muqueuse rectale et de la peau.

Comme pansement, un peu d'iodoforme, compresse stérilisée et pansement compressif avec rapprochement des genoux. Décubitus latéral. Suites très simples.

Constipation maintenue 6 jours à l'aide du laudanum à doses fractionnées et d'une alimentation appropriée. Le 6e jour, à la suite d'évacuations copieuses provoquées par l'huile de ricin, j'enlevais les sutures périnéales ; tous les tissus au devant de l'anus étaient complètement cicatrisés. De même le rectum était demeuré bien uni à la peau, sauf au niveau des deux sutures latérales gauches les plus antérieures qui s'étaient relâchées. Mais cette petite imperfection fut sans inconvénient et, au bout de quelques jours il n'y paraissait plus. Le 9e jour tous les fils périanaux étaient enlevés et je remplaçai l'iodoforme, dont j'avais toujours usé très discrètement, par la poudre d'oxyde de zinc. A aucun moment il n'y eut ni suppuration, ni infiltration, en dehors des voies naturelles des matières fécales dont je provoquai l'évacuation tous les deux jours environ. La malade les a du reste toujours très bien retenues et a toujours su demander le vase à temps, même quand elle était purgée.

Dès les premiers jours, alors qu'il y avait un peu d'œdème autour de l'anus, l'émission des gaz s'est faite très facilement et sans l'intermédiaire du tube de caoutchouc à demeure, qui ne me paraît bon qu'à provoquer des douleurs, des tiraillements sur la ligne de sutures, des contractions intempestives du rectum ou même des selles anticipées.

www.libtool.com.cn

Chose remarquable, l'incontinence nocturne d'urine avait complètement disparu au bout d'une quinzaine.

Actuellement l'anus anaplastique affecte la forme d'une petite fente antéro-postérieure, à bords bien appliqués l'un à l'autre à quelques mm. de profondeur et tendant à se combler au niveau de son angle postérieur que la muqueuse rectale a abandonné pour se reporter un peu en avant. Nul doute que les plis rayonnés se développent d'ici peu, donnant ainsi aux parties tout l'aspect d'un anus normal.

Quelques mots maintenant sur l'histoire générale de l'anomalie en question que l'on trouvera particulièrement bien exposée dans la thèse de Rovillain (1).

Evolution. — Cette anomalie semble être assez rare et provenir tout à la fois : 1° d'un arrêt de développement de la cloison qui divise le *cloaque interne* en *rectum* et *sinus uro-génital* ; 2° de l'absence ou arrêt de développement de la partie postérieure ou anale du *cloaque externe*, la partie antérieure constituant les organes génitaux externes que l'on trouve généralement bien développés.

Etiologie. — Au point de vue étiologique il semble qu'il faille tenir un certain compte de l'absence de coccyx que j'ai relevée dans deux autres observations, l'une de Goyraud, d'Aix, où il y avait en même temps absence de la dernière vertèbre sacrée ; l'autre d'Amabile, où il y avait en même temps défaut de développement de l'os iliaque gauche.

L'absence de la dernière vertèbre sacrée, comme dans le cas de Goyrand, implique, comme il le fait observer, l'absence des deux dernières paires sacrées et probablement aussi du dernier ganglion sacré du grand sympathique, partant le défaut d'un certain nombre de nerfs se distribuant aux organes pelviens ; et cette considération augmente d'intérêt si l'on tient compte de ce fait que l'abouchement des deux ampoules, anale et rectale, coïncide à peu près avec l'apparition des premiers indices de structure nerveuse. Evidemment l'absence du coccyx seul a moins d'importance et n'est probablement qu'une malformation commune relevant, comme l'anus vulvaire lui-même et les autres difformités, telles que pied bot, qu'on lui trouve parfois associées, de la même influence générale.

Anatomie. — D'après l'existence ou l'absence, le développement et les rapports des deux ampoules anale et rectale, on peut, sui-

(1) Rovillain : Contribution à l'étude des vices de conformation de l'anus et du rectum et, en particulier, de l'anus vulvaire. (Thèse. Paris, 1882.)

www.libtool.com.cn

vant Rovillain, établir cinq types cliniques principaux d'anus vulvaire : 1° L'ampoule anale est absente ou à peine indiquée et l'ampoule rectale est peu saillante vers le bas. 2° Il n'y a pas trace d'anus, mais la paroi postérieure du rectum s'enfonce plus ou moins profondément en doigt de gant vers le périnée. 3° Il existe un orifice anal de dimensions variables et terminé en ampoule. 4° L'ampoule anale s'enfonce à la rencontre d'un diverticule rectal. 5° Il existe une communication plus ou moins large entre les deux ampoules, mais il s'agit là d'un type absolument distinct des autres, se rattachant plutôt, au point de vue opératoire, aux fistules recto-vulvaires et que nous laisserons de côté.

Le cas dont j'ai donné l'observation se rattache au premier type.

Le *vestige de l'anus* peut se trouver à sa place normale ou reporté un peu plus en arrière, vers le coccyx. Parfois l'ampoule anale est remplacée par une saillie. Enfin les deux ampoules peuvent s'être mal visées et se trouver placées côte à côte.

Les auteurs sont à peu près d'accord pour attribuer les grandes dimensions de l'ampoule rectale à la pression de matières accumulées et à la mauvaise direction de l'effort ; mais il me semble qu'il faut surtout tenir compte, au cours du développement, des tiraillements exercés, en sens inverse, par les attaches normales sacro-rectales et les adhérences anormales recto-vulvaires.

L'action des fibres musculaires sacro-rectales jointe à la grande longueur de la paroi postérieure du rectum expliquent, qu'après sa libération, le segment postérieur de l'orifice rectal ait tendance à se transposer de lui-même au point voulu. Par contre, la paroi antérieure du tube à déplacer étant trop courte de plusieurs centimètres, il faut la libérer assez haut pour amener au même niveau le segment antérieur de ce même orifice.

Le rectum arrive à son abouchement anormal parfois sans changer de calibre, mais, le plus souvent, en se rétrécissant peu à peu sous forme d'un cône tronqué. Les dimensions de l'orifice peuvent varier dans des proportions telles qu'il permette l'introduction de l'index ou admette à peine un stylet. Le rétrécissement peut affecter la forme de deux détroits successifs, l'un situé à l'orifice même et l'autre un peu plus loin.

Le sphincter interne existe pour ainsi dire toujours et se manifeste sous forme d'un bourrelet froncé plus ou moins saillant. Il ne suffit pas toujours à contenir les matières molles.

Les tuniques intestinales ont été trouvées parfois hypertrophiées, ce qui s'explique par le travail exagéré auquel elles sont

www.libtool.com.cn

soumises. Cette particularité existait chez ma petite opérée et a facilité la pose des sutures de soutien dont je parlerai.

L'épaisseur du périnée est en général assez minime : de 15 mm. à 33 mm. environ.

Les opérateurs ont le plus généralement rencontré un sphincter interne de forme normale quand l'ampoule anale existe, tassé en un seul faisceau oblong, ainsi que je l'ai constaté, dans le cas contraire. Cependant je n'étais pas absolument tranquillisé sur son existence, car, si l'absence de plis rayonnés se pouvait expliquer par l'absence d'ampoule et l'adossement des deux segments du muscle, il se pouvait que le défaut de coccyx, c'est-à-dire du lieu d'insertion fixe du muscle, coïncidât avec le défaut ou, du moins, l'insuffisance de développement de celui-ci.

Le rectum, après s'être abouché à la vulve, s'élève en restant accolé d'assez près au vagin sur une hauteur plus ou moins grande. Mais la cloison de séparation n'est jamais tellement mince, ni résistante, qu'elle offre de grandes difficultés de dissection. La hauteur du cul-de-sac péritonéal, au-dessus de l'orifice, approcherait de 2 cm. 1/2 (23 mm. dans un cas de Goyrand ; 22 mm. dans un cas de Godard). J'ai certainement dépassé cette mesure sans le voir ni l'ouvrir.

Les tissus compris derrière le rectum sont constitués par un tissu cellulo-fibreux assez dense dans lequel il trouve, après transposition, un appui assez solide.

Enfin, sur les côtés, il faut compter avec le releveur anal dont le développement est absolument indépendant de celui de l'anus et que l'on est, par suite, à peu près sûr de trouver bien en forme.

Symptômes. — On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister, combien la défécation doit être difficile dans un rectum ainsi infléchi, aboutissant à une ouverture toujours plus ou moins rétrécie, biseautée et fonctionnant à contre-sens sous l'empire d'une véritable ataxie musculaire.

Chez ma petite opérée, les dimensions relativement grandes de l'orifice anormal expliquent que chez elle le cours des matières n'ait jamais été très dangereusement entravé. D'autre part, l'anus vulvaire n'entraîne jamais la même déchéance organique que l'anus vaginal. Cependant, ainsi que je l'ai démontré, il semblait bien prudent d'intervenir.

Il faut aussi tenir compte des propres dégoûts de la petite infirme et de son avenir sexuel, bien que Boyer, Switzer et d'autres aient cité le cas de femmes galantes, affligées d'anomalies en tout semblables, qui arrivaient si bien à les dissimuler par des lavages

www.libtool.com.cn

(voir lavements), parfums, éponges obturatrices ou tels autres artifices féminins que leurs amants n'en étaient en rien troublés. Et pourtant, ajoute Boyer en parlant de l'une d'elles, « *et vulvam osculabuntur* ».

Traitement. — Pour remédier à l'anus vulvaire, deux méthodes sont en présence : celle de *l'incision simple*, qui n'est en somme qu'un palliatif, et la *méthode de transposition de Rizzoli*, qui seule vise à rétablir exactement les parties dans leur état normal.

A.—*Méthode de l'incision simple*.—Consiste à faire, à la région anale, une ouverture plus ou moins étendue et comprend deux procédés : le procédé de *l'incision limitée* et celui de *l'incision étendue*.

Avec *l'incision limitée* on fait à l'emplacement normal de l'anus une ouverture suffisante pour le passage des matières et on la maintient dilatée à l'aide de sondes et de mèches. L'ouverture se fait de bas en haut (Valle, Velpeau) ou du cul-de-sac intestinal vers la peau (Berard). Ce procédé est à rejeter, parce qu'il ne donne pas assez de jour et qu'il expose, par suite, à atteindre tel autre organe que le rectum, parce qu'il favorise les abcès de voisinage et ne met pas à l'abri des rétrécissements consécutifs.

Le *procédé de l'incision étendue* consiste essentiellement à diviser l'ampoule rectale et tous les tissus périnéaux, sur la ligne médiane, jusqu'auprès du coccyx.

Brachet opère la section sur une sonde cannelée introduite dans l'ampoule, fixe une canule dans l'angle postérieur de la plaie et abandonne la brèche antérieure à la cicatrisation secondaire.

Martin, de Lyon, conseille d'en opérer la réunion par première intention.

Goyrand, appliquant un sous-procédé imaginé par Amussat pour une imperforation du rectum avec anus s'ouvrant dans le vagin (*Gaz. méd.*, 1856, p. 510) fixe les bords de l'incision anale aux bords de l'incision cutanée dans sa partie postérieure. Cette modification constitue un grand progrès ; elle est suivie par : Jeannel qui, malheureusement, n'arrive pas à affronter la muqueuse et la peau ; par Le Fort qui, de plus, ferme l'orifice anormal par une suture, mais il persiste en ce point une fistule ; par Giraldès qui, avant d'aviver l'ouverture vulvaire, la réunit à l'incision périnéale ; par Mourlon qui oblitère l'ouverture à l'aide de la muqueuse anale décollée.

Berrut, à l'incision longitudinale, joint une incision transversale passant derrière la fourchette et intéressant le rectum dont

www.libtool.com.cn

il suture les bords de la peau. Consécutivement il sectionne la portion de rectum restée adhérente à l'ouverture fistuleuse et lutte contre l'atrésie de l'anus par la dilatation. Il n'obtient qu'un « périnée muqueux ».

Tous ces procédés, bien qu'ayant donné d'assez beaux succès, ont l'inconvénient de ne pas assurer assez bien la réunion de la muqueuse à la peau et de ne pas utiliser le sphincter interne. Ceux d'entre eux qui emploient une incision cruciale sont tout à fait à rejeter, car ils lèsent trop le périnée.

Nélaton, après incision cruciale du périnée et dissection des lambeaux, isole l'intestin, puis le sectionne au ras du vagin et fixe son extrémité inférieure devenue mobile au périnée.

Ce procédé peut être considéré, au point de vue de la libération du rectum, comme le précurseur de la méthode de Rizzoli, mais il a le tort d'employer l'incision cruciale et de ne pas ménager assez le sphincter interne.

B. — *Méthode de transposition de Rizzoli.* — Consiste à établir dans sa situation normale, au périnée, l'orifice rectal avec tous ses éléments constitutifs. Elle comprend les temps suivants : 1° Incision longitudinale, suivant le raphé périnéal et jusque vers le coccyx, incision que l'on creuse jusqu'à rencontre de l'ampoule rectale. 2° Dissection de l'ampoule rectale prolongée assez haut en avant pour que l'orifice puisse être facilement transposé. 3° Incision verticale et profonde vers le sacrum, pour y loger la portion abaissée du rectum. 4° Suture de l'orifice intestinal à la peau, après l'avoir débridé, s'il est trop étroit, du côté de l'ampoule. Enfin, suture du périnée.

C'est la méthode que j'ai suivie en modifiant le mode de suture de l'auteur que j'ai trouvé insuffisant. Rizzoli se contente, en effet, de trois points de suture pour fixer l'orifice rectal (1 en arrière et 2 sur les côtés) et de 2 ou 3 points pour le périnée. Il dit cependant avoir obtenu de la sorte 6 succès.

Amabile en a obtenu un autre avec des sutures plus nombreuses et plus profondes. Mais Verneuil, en suivant cet exemple, a vu toutes ses sutures céder ; le rectum est remonté, au fond d'un cloaque, un peu plus haut que le point où il s'abouchait primitivement, et 2 opérations successives n'ont pu réussir à reconstituer la paroi postérieure du vagin. Il est certain qu'avec les pratiques d'asepsie actuelles un insuccès aussi complet est moins à craindre, même avec une suture imparfaite ; il n'en est pas moins vrai qu'à des points de vue divers, le mode de placement des sutures est loin d'être indifférent :

La suture périanale la plus postérieure doit être placée au voisinage même du coccyx (ou de sa terminaison normale, quand il est absent, comme dans mon cas), c'est-à-dire un peu en arrière de l'emplacement de l'anus normal, en vue de la tendance qu'a toujours l'anus anaplastique à se reporter en avant du fait du passage des matières et de la longueur plus grande du rectum en arrière; c'est dans le même but qu'on incise profondément les tissus vers le sacrum pour y loger le rectum et qu'il faut veiller à diviser le sphincter interne, aussi bien en arrière qu'en avant.

Je crois que, pour bien assurer la réunion de la muqueuse rectale à la peau, il faut latéralement 2 ou 3 sutures périanales. Il faut particulièrement soigner les antérieures pour prévenir l'infiltration du périnée par les matières et combattre la rétraction du rectum suivant sa longueur durant les jours qui suivent l'intervention. A ce dernier point de vue je crois très utile : 1° de pousser la dissection de la paroi antérieure du rectum aussi haut que possible et de faciliter son abaissement en sectionnant sur une certaine hauteur les faisceaux latéraux du releveur anal ; on ne peut craindre, en y mettant les ménagements voulus, de nuire sensiblement aux fonctions d'élévation et de dilatation qui incombent à ce muscle ; 2° de soutenir les sutures péri-anales en faisant passer les sutures périnéales postérieures dans la profondeur, à travers les parois mêmes du rectum.

C'est entre les ischions que la plaie atteint le plus de profondeur; or, malgré le peu d'extensibilité des parties molles accolées aux deux os, on arrive très bien à les rapprocher et à prévenir tout espace mort en ayant soin d'accrocher dans la profondeur l'angle dièdre vagino-rectal.

Enfin, il faut avoir soin de saisir la paroi vaginale en avant comme on saisit la paroi rectale en arrière. Un seul point suffit à reconstituer la fourchette immédiatement au-dessus de l'ouverture hyménéale.

Une remarque encore pour terminer : on comprend combien il est important de ménager les sphincters. Pour mener à bien la dissection du sphincter interne, et de la cloison recto-vaginale, rien ne vaut l'index gauche introduit dans l'orifice ectopique.

Quant au sphincter externe pour bien l'utiliser, il suffit de faire l'incision périnéale très exactement sur la ligne médiane et de passer les fils périanaux assez profondément. L'incision suivant le raphé épargne également le releveur.

Appliquée suivant ces principes, l'opération de Rizzoli, qui procède par *synthèse*, semble bien opposer à l'anus vulvaire

congénital, difformité *dicrèse*, l'anaplastie idéale « de nom contraire ». (*Société obstétric. et gynécol. de Paris.*)

APPENDICITE ET ANNEXITE. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL,

Par le Dr LUTAUD.

L'appendicite et son traitement médico-chirurgical a occupé toutes les sociétés savantes de l'Europe pendant ces deux dernières années. Tout a été étudié à fond : l'étiologie, le diagnostic et le traitement. Il semble donc qu'il n'y ait plus rien à dire sur cette question qui a été très approfondie à la Société de médecine et de chirurgie pratiques par MM. Reynier, Verchère, Bardet, Carron de la Carrière, Ozenne.

Il y a cependant un point du diagnostic différentiel qui ne m'a pas paru traité avec toute l'attention qu'il comporte. Je veux parler de la possibilité de confondre les suppurations d'origine cœcale avec les suppurations péri-utérines d'origine génitale. Si l'examen bactériologique permettait l'examen du pus avant l'ouverture de la collection, le diagnostic serait sans doute plus facile : dans l'un on trouverait sans doute le bacille coli et dans l'autre le gonocoque. Mais cet examen n'est pas possible dans la plupart des cas et les signes qu'il fournit sont loin d'être absolus. On sait, en effet, que le gonocoque peut être absent dans les suppurations annexielles, et il semble aujourd'hui démontré que l'infection péri-utérine peut avoir une origine intestinale ou tout au moins que la disposition des lymphatiques de la région permet d'admettre cette supposition.

Je ne me sens pas du reste la compétence nécessaire pour discuter et élucider ce point d'étiologie. Je désire simplement vous communiquer trois faits cliniques dans lesquels des suppurations d'origine péri-cœcales ont été confondues avec des pyo-salpynx, ont été prises pour des pyo-salpinx. Je dois avouer, en toute humilité, avoir commis l'erreur ; mais j'ai tout lieu de croire que d'autres, plus expérimentés, ont pu se tromper également.

Voici un résumé sommaire des faits :

OBS. I. — Mme C.., 31 ans, soignée en 1894 à Paris, présente cette particularité intéressante qu'elle a été opérée en 1889 pour un kyste de l'ovaire du côté gauche. L'ovaire droit n'a pas été touché pendant l'opération et la menstruation a toujours été normale. La preuve de l'intégrité des fonctions génitales a, du reste, été

faite en 1893, époque à laquelle madame C..... fit une fausse couche de trois mois.

www.libtool.com.cn

En décembre 1894, madame C... eut un retard de quelques jours dans sa menstruation normale. Elle fut prise, le 29 décembre, d'accidents graves; vomissements, douleurs intenses dans la région hypogastrique, tympanisme, coliques violentes, ténesme anal et vésical. La température, d'abord normale, s'élève le 31 décembre à 40°5. A ce moment la malade accuse une douleur vive qui semble plutôt se localiser dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal, combiné avec la palpation abdominale, indique la présence d'une masse assez étendue siégeant en arrière de l'utérus et à droite. Comme la malade se plaint de coliques utérines violentes et qu'il existe un léger écoulement sanguin, je pense à une fausse couche.

Le lendemain 1er janvier, la situation s'aggrave, la température est toujours élevée, le ventre est ballonné et les vomissements sont continuels.

Il me semble que l'écoulement muco-sanguin qui s'échappe du col utérin est légèrement fétide. La garde me dit que la malade a rendu un caillot pendant la nuit, caillot qui n'a pas été conservé.

Je crois décidément avoir à faire à une fausse couche et à une péritonite infectieuse par rétention des débris de l'œuf. Je me décide à intervenir et à pratiquer le curettage sous l'anesthésie.

Je fus très surpris de trouver la cavité utérine complètement vide ; la curette ne ramène que quelques petits caillots : aucun débris pouvant se rattacher à un œuf.

Le palper bi-manuel, pratiqué pendant l'anesthésie, permet de constater l'existence d'une tumeur fluctuante dans la fosse iliaque droite, adhérant à l'utérus. Je diagnostique un pyo-salpinx.

Comme je n'étais pas outillé pour une opération correspondant à cette lésion et que je n'avais pas l'autorisation nécessaire pour la pratiquer, je me contentai de faire un lavage intra-utérin.

Les phénomènes locaux de péritonisme furent traités les jours suivants par les moyens médicaux : applications de glace sur l'abdomen, piqûres de morphine, lavements laudanisés. J'eus la satisfaction de voir les accidents conjurés. Trois jours après mon intervention intra-utérine les phénomènes graves avaient disparu, le ventre avait considérablement diminué et la tuméfaction restait nettement limitée à droite ; mais la palpation, jointe au toucher vaginal, donnait toujours la sensation d'une tumeur adhérente à l'utérus et paraissant occuper le ligament large.

La température étant redevenue normale et tout danger immé-

diat étant disparu, je proposai l'ablation par la laparotomie du pyo-salpinx ou de ce que je considérai comme tel.

www.nbuoi.com.cn

Cette intervention fut refusée.

Trois mois plus tard je revis la malade. Elle a eu ses règles le 29 janvier 1895, une fois depuis mon intervention ; mais elle n'a pas été réglée en février.

Toujours avec l'idée d'un pyo-salpinx droit, j'élimine l'idée de la possibilité d'une grossesse (l'ovaire gauche n'existe plus). Je pratique un nouvel examen. Je suis très surpris de trouver l'utérus et la trompe droite assez mobiles. La tumeur que j'avais constatée en décembre existe toujours, mais plus haut et tout à fait indépendante de l'utérus.

C'est alors que je pensais à la possibilité d'une appendicite. L'examen rétroactif des événements justifiait ce diagnostic.

Mais ce qui le confirma amplement, ce fut l'expulsion, le 3 mars, d'un œuf d'environ 6 semaines.

La tumeur que j'avais prise en décembre dernier pour un pyo-salpynx ne se rapportait donc pas à l'appareil utéro-ovarien, puisque la malade, privée de son ovaire droit, avait pu concevoir.

Qu'adviendra-t-il de cette malade et de son appendicite ? Je lui ai conseillé de se faire opérer ; j'espère qu'elle se décidera, car je considère que la présence de cette tumeur est une menace sérieuse pour l'avenir.

Obs. II. — Madame B..., 29 ans, vient me consulter parce qu'elle n'a pas d'enfant de son second mariage. Elle a un fils de 9 ans. Depuis, quoique bien réglée, elle n'a pas pu concevoir.

Je vois cette femme le 12 juillet 1895 ; je pratique un examen complet, y compris le cathétérisme. A part une rétroversion très prononcée, je ne trouve aucune lésion pouvant expliquer la stérilité. Je place un pessaire de Hodge et je dis à la malade de venir me voir après ses règles.

Huit jours plus tard on me prie de passer en toute hâte chez cette malade. Je la trouve au lit, le visage anxieux et accusant de vives douleurs dans l'hypochondre, douleurs qu'elle attribue à mon examen et au pessaire que j'avais placé dans le vagin. Le ventre est tuméfié, la douleur est généralisée à l'hypogastre, quoique plus accentuée à droite. La température est de 39°2 ; la malade a eu quelques vomissements dans la nuit ; elle s'était purgée la veille.

Par le toucher, je constate que l'utérus, dont j'avais remarqué la mobilité huit jours auparavant, est immobilisé et fixé à droite.

La palpation, très difficile à cause de la douleur et du ballonnement, permet de reconnaître un empâtement que j'attribue à une annexite.

Le lendemain, les phénomènes se sont aggravés ; la malade a eu un violent frisson et la température atteint 40°2. L'empâtement que j'ai constaté la veille est manifeste et les accidents locaux se localisent décidément à droite. Après un nouvel examen vaginal, qui dénote des adhérences évidentes entre la tumeur et l'utérus, je m'arrête décidément au diagnostic d'une annexite droite en voie de suppuration avec péritonite. Je n'hésite pas à attribuer cette complication au cathétérisme que j'avais pratiqué huit jours avant, sans faire part de cette opinion à la famille. Il est bon de dire qu'il s'écoule par le vagin du pus gonococcique.

Je parle de la possibilité d'une opération. Cette note est fort mal accueillie par l'entourage. Je dois me borner au traitement habituel des pelvi-péritonites d'origine utérine ; glace sur le ventre, injections vaginales chaudes, lavements laudanisés, etc.

Deux jours après, il y a une détente, et la température descend à 38°5 ; la malade souffre moins ; elle accuse du ténesme rectal et vésical ; le ventre, redevenu palpable, me laisse distinctement entrevoir une masse phlegmoneuse adhérente à l'utérus et occupant la fosse iliaque droite. Mon diagnostic se trouve confirmé, huit jours plus tard (le premier août), la fièvre a disparu ainsi que tous les phénomènes graves. La malade, désirant vivement retourner en Amérique, part le 12 août, après le retour de ses règles qui avaient été normales.

Lors du dernier examen pratiqué avant les règles, le 5 août, j'avais été surpris de constater que l'utérus avait repris sa mobilité normale. Comme il existait encore à droite une masse allongée et indurée je maintins mon diagnostic. Il n'y avait pas eu d'accidents intestinaux et je ne pensai nullement à la possibilité d'une appendicite.

C'était cependant à cela qu'il fallait penser. Cette malade m'a écrit à la fin de décembre.

Elle avait eu, à San-Francisco, le 30 septembre, une attaque absolument semblable à celle que j'avais combattue à Paris par des moyens médicaux ; comme les symptômes avaient présenté une gravité exceptionnelle, sa famille avait consenti à une opération et voici la note qui m'a été remise à ce sujet : « Madame B..... a été opérée le 5 novembre 1895 pour un abcès collecté au niveau de l'appendice. Cet abcès se trouvait réuni, dans deux

poches, distinctes dont une s'étendait jusqu'au voisinage de l'utérus.»

www.libtool.com.cn

J'ai encore eu des nouvelles de cette malade le 5 mars ; elle va bien, elle a été réglée et doit venir cet été à Paris pour reprendre son traitement contre la stérilité.

Obs. III. — Madame A....., âgée de 32 ans, vient me consulter en 1885 pour des accidents remontant à une époque ancienne. Etant en Allemagne en 1881, elle avait été prise subitement d'une douleur foudroyante.

Cette douleur, généralisée dans tout le ventre, avait été telle que la malade avait dû s'aliter immédiatement ; elle avait été prise de vomissements, et le médecin, appelé auprès d'elle, l'avait traitée pour une péritonite. Les renseignements précis manquent sur cette partie de l'observation ; la malade resta au lit pendant un mois et ne s'est jamais remise depuis.

Elle a été reprise, à différentes époques, d'accidents similaires, mais moins graves ; à chaque crise son ventre gonflait; elle avait de la fièvre et était obligée de rester au lit plusieurs semaines.

Je procède à un examen le 3 avril 1895 ; je trouve l'utérus enclavé dans une masse de tumeurs en apparence fluctuantes ; la plus volumineuse s'étendait à droite et semblait remonter très haut. La température est normale ; pas de sécrétions vaginales ; mais il s'écoule par la vessie, à chaque miction, une quantité énorme d'un pus horriblement fétide. La quantité de pus éliminée chaque jour varie de 60 à 200 grammes. Il y a des gonocoques dans le pus.

Je diagnostique un phlegmon péri-utérin suppuré d'origine utérine et occupant vraisemblablement le ligament large droit. La malade est grande, forte et très grasse.

Elle tient à être opérée. Comme cette situation, plus ou moins grave, durait depuis longtemps et qu'elle était constamment exposée à voir la poche s'ouvrir dans le péritoine, l'intervention était parfaitement justifiée.

Etant donnée l'étendue de la suppuration et le désir de la malade de ne pas avoir d'incision sur l'abdomen, l'opération de Péan me parut indiquée.

L'hystérectomie vaginale fut pratiquée avec une facilité que j'étais loin d'espérer ; une quantité de pus qu'on peut évaluer à plus d'un litre s'écoula. Après avoir assuré l'hémostase par des pinces à demeure, la cavité de l'abcès fut comblée avec de la gaze iodoformée.

Mais c'est cette cavité même qui appela d'abord mon attention.

www.ipotool.com.cn

Elle était d'une profondeur invraisemblable et l'hystéromètre ordinaire ne suffit pas pour la sonder. Je dus me procurer une autre sonde juxtaposée à la première. En somme, elle mesurait 30 centimètres de profondeur et s'étendait jusqu'aux confins du foie.

Mais là ne devait pas s'arrêter ma surprise. L'autopsie des organes enlevés nous montra un utérus et deux ovaires parfaitement sains.

L'étude des antécédents, quoiqu'imparfaitement connus, le début brusque de la maladie, la parfaite intégrité de l'utérus et des annexes, l'énorme étendue de la poche de l'abcès, me permettent d'assigner à cette tumeur une origine génitale. Elle avait pour origine, sinon une appendicite proprement dite, tout au moins un phlegmon d'origine péri-cœcale.

Je n'entrerai pas dans tous les détails qui terminent cette observation. La malade guérit après avoir conservé, pendant plus de trois mois, un trajet fistuleux qu'il a fallu dilater plusieurs fois avec des tiges de laminaire et remplir de gaze iodoformée.

J'ajouterai, pour justifier l'intervention que, plusieurs jours avant l'opération, la fistule faisant communiquer l'abcès avec la vessie s'était bouchée et qu'il en était résulté pour la malade une aggravation de tous les symptômes, et notamment un retour de la fièvre qui atteignit 39°5.

Ainsi, voilà trois observations dans lesquelles des suppurations péri-cœcales ont été confondues avec des pyo-salpinx et traitées comme tels.Il n'en est pas résulté d'inconvénients. J'estime même que, dans le troisième cas, l'intervention par la voie vaginale a été très heureuse et a fait courir moins de risques qu'une laparotomie.

Je n'ai voulu tirer aucun enseignement de ces faits, trop peu nombreux pour fournir des indications thérapeutiques nouvelles ; ils me paraissent cependant de nature à appeler l'attention des gynécologues. M. le Dr Reynier a rapporté un fait de ce genre, et je crois qu'ils ne doivent pas être rares. Peut-être un clinicien plus expérimenté que moi aurait-il évité cette erreur. Nous subissons tous des entraînements, et la gynécologie n'est pas à l'abri de l'instabilité des doctrines et des méthodes. Il y a quelques années, le pyo-salpinx avait remplacé toutes les autres variétés d'inflammations pelviennes ; aujourd'hui l'appendicite a l'honneur d'accaparer l'attention des médecins. Il est extrêmement probable que si les faits que je vous ai rapportés avaient

été observés en 1896, j'aurais évité mes erreurs de diagnostic qui, heureusement pour mes malades, n'ont eu aucune conséquence grave.

www.libtool.com.cn

OBSTÉTRIQUE

OBSERVATION D'UNE FEMME QUI ACCOUCHE SANS DOULEUR,

Par M. le Dr CHARPENTIER.

Il s'agitd'une malade que je suis depuis 18 années et qui m'a présenté une série de phénomènes qui sortent un peu de l'ordinaire.

1° C'est une des parturientes relativement rares qui accouchent sans douleur et par douleurs j'entends non pas les contractions utérines, mais les souffrances qui accompagnent l'accouchement, les contractions utérines se manifestant chez elle sans aucune sensation douloureuse.

Son 1er accouchement remonte à 18 ans. Elle était à terme, et si bien portante qu'elle était allée dîner chez sa mère, qui, fort heureusement pour elle, demeurait tout près. Pendant le dîner elle perdit brusquement les eaux. Appelé aussitôt, je constatai une dilatation presque complète, qui s'était faite sans que la malade en eût pour ainsi dire conscience. Cette dilatation était si avancée que ce ne fut que sur les instances formelles de la malade que je me décidai à la faire transporter chez elle sur un fauteuil. Pendant ce trajet, qui ne dura pas plus de 5 minutes, une seule contraction franche.

Le temps de la remonter chez elle et de la mettre dans son lit, la dilatation se complétait, la tête arrivait à la vulve et une demi-heure après, elle accouchait d'une fille parfaitement bien portante, mais d'un volume au-dessous de la normale.

Le 2e accouchement se passait à peu près de la même façon au point de vue de la sensation douloureuse. Accouchement rapide d'enfant peu volumineux.

3e Grossesse se terminant par une fausse couche à 3 mois après une course en voiture.

4e Grossesse remontant à 11 ans. Cette fois encore l'accouchement se fit sans douleur, mais à terme et avec les particularités suivantes. Je suis appelé le matin à 7 heures. La malade ayant eu, en se réveillant, une faible douleur accompagnant une contraction utérine manifeste. Aucun indice de travail. Col intact, tête encore élevée, poche des eaux intacte.

www.libtool.com.cn

Je revois la malade à midi. Une seule contraction utérine non douloureuse, mais n'ayant amené aucune modification dans l'état du col et de la descente de la tête. Je préviens la malade que je la reverrai entre 6 et 7 heures du soir. A 5 heures, appelé dans son quartier, je passe devant sa maison et avance ma visite d'une heure. Rien n'est près, comme vous allez le voir.

Je trouve la malade dans son salon en train de travailler à un ouvrage de tapisserie, et comme je lui demande ce qui s'est passé depuis midi : Hélas ! rien, me dit-elle. Je n'ai pas eu de douleur, je ne sens rien, je ne suis pas plus avancée que ce matin.

J'allais me retirer, sans procéder à un examen, qui me paraissait inutile, quand la garde insiste pour que je pratique cet examen. Après quelque résistance de la part de la patiente, je pratique le toucher, et à ma grande stupéfaction je trouve la tête à la vulve, la poche des eaux intacte. Nous n'eûmes même pas le temps de déshabiller la malade, car dans le panneau du canapé où elle était assise à son lit, qui heureusement était tout auprès, la poche des eaux se rompit et la malade était à peine sur son lit que l'accouchement se terminait spontanément par la naissance d'un enfant vivant, mais encore au-dessous de la moyenne comme poids.

5e grossesse. Prévenu de cette nouvelle grossesse vers le 4e mois, je suis tout étonné de trouver sur la paroi utérine droite, à peu près au niveau du 1/3 supérieur de l'utérus une tumeur dure, légèrement mobile, que je pris d'abord pour un rein déplacé, mais qu'un examen plus attentif me fit reconnaître pour une tumeur fibreuse à pédicule assez large, et dont la malade ne soupçonnait pas l'existence. Du volume d'une petite mandarine, cette tumeur s'accrut avec la grossesse et prit le volume d'une pomme de moyenne dimension. En même temps elle se ramollit, s'étala, mais ne troubla en aucune façon sa grossesse qui continua son cours régulier, se termina cette fois encore par un accouchement simple rapide et pour ainsi dire non douloureux. Enfant peu volumineux.

Les suites de couches furent des plus régulières ; mais, et c'est là ce qui fait la particularité du fait, la tumeur fibreuse suivit parallèlement la régression utérine, et disparut totalement, si bien qu'il me fut impossible d'en retrouver la trace. Cette disparition a été, en effet, si complète que malgré une nouvelle grossesse, la tumeur fibreuse n'a pas reparu. Mais, ici encore, quelque chose d'un peu anormal est apparu au moment de l'accouchement, la malade présentant ainsi une 3e particularité obstétricale.

6e grossesse. Parfaitement normale, mais dès le 6e mois je constate nettement une présentation du siège. Le sac à gauche, la tête dans le flanc droit jusque sous le foie, les pieds en avant et à droite, le fœtus se présentant ainsi en S. I. G.

Cette présentation persiste jusque vers 8 mois 1/2, et la question

www.libtool.com.cn

se posait de savoir s'il fallait faire la version par manœuvres externes. Je la résolus par la négative, et voici mes raisons. L'enfant était petit, quoique un peu plus développé que les autres, mais certainement au-dessous de la moyenne. La femme en était à son 6e accouchement et ceux-ci avaient toujours été très rapides. Je ne jugeai donc pas nécessaire de recourir à des manœuvres qui, si inoffensives qu'elles soient, préoccupent toujours un peu les malades, et je la laissai dans la conviction que la présentation était régulière, me bornant à avertir le mari. 8 jours après, je fus agréablement surpris en voyant que la présentation du siège s'était transformée spontanément en présentation du sommet, présentation qui persista jusqu'au moment de l'accouchement.

Celui-ci eut lieu le 18 décembre 1896. Je suis appelé près de la malade à 10 heures du soir. Les contractions utérines se sont manifestées à 9 heures du soir pour la 1re fois et ont été précédées à 8 heures par la rupture des membranes qui s'est faite spontanément en sortant de table.

A 10 heures la dilatation est plus grande qu'une pièce de 5 francs ; le col est mou et souple, la tête se présente en O. I. G. P., la fontanelle postérieure très facilement accessible en arrière et à gauche, la fontanelle antérieure plus élevée en avant et à droite, le diamètre sagittal occupant le diamètre oblique gauche du bassin. La tête ne repose pas exactement sur le col et n'en est pas coiffée.

Les contractions utérines, très faibles, ne reviennent que toutes les 15 ou 20 minutes ; elles sont courtes, à peine douloureuses, la malade s'impatiente de ne pas les voir revenir plus souvent, et, quoique très nerveuse et timorée, nous répète sans cesse : Je sens que cela n'avance pas et je ne souffre pas, c'est ennuyeux.

De 10 heures à 2 heures du matin, le travail continue dans les mêmes conditions avec des douleurs aussi espacées, mais je sens peu à peu la tête se déplacer ; au lieu de se fléchir, elle défléchit de plus en plus, tout en descendant et en tournant et à 1/2 la face se présente en plein à quelques millimètres de l'anneau vulvaire.

A ce moment les contractions utérines, qui avaient continué à ne se produire que toutes les 15 à 20 minutes, cessent complètement, et malgré des frictions, et un massage assez vigoureux de l'utérus ne réapparaissent pas. Je termine par une application très facile de forceps et j'extrais un enfant de 3 kilos 215 grammes, encore ainsi au-dessous de la moyenne.

Une dernière bizarrerie devait signaler cet accouchement : au moment où je fais mon premier effort ou pour mieux dire ma seule et unique manœuvre d'extraction, et lorsque la bouche arrive à l'orifice vulvaire, l'enfant donne un cri, un vagissement très net et qui est entendu par moi d'abord, puis par le père et la garde qui maintiennent la malade.

www.libtool.com.cn

Délivrance normale. Rétraction parfaite de l'utérus. Suites de couches absolument régulières.

Telles sont, Messieurs, les particularités que j'ai pu observer chez ma malade. Revenons-y en quelques mots, car je ne veux pas abuser de votre patience.

1° *Absence presque complète de douleur pendant le travail.* — Les accouchements non douloureux et rapides ne sont pas extrêmement rares, mais souvent ils sortent un peu de l'ordinaire et dans ma carrière déjà longue je n'en ai pas observé plus de 4 exemples, mais très nets. Je les ai observés à plusieurs reprises chez les mêmes malades, aussi bien chez des primipares que chez des multipares, et, fait qui paraît paradoxal, aussi bien chez des femmes très mignonnes, très frêles que chez des femmes très fortes en apparence et très musclées. J'ai toujours constaté dans ces cas que les enfants étaient petits et c'est ce qui a eu lieu chez ma malade.

De plus, 2 de mes malades étaient des cardiaques sérieuses, et les accouchements rapides sont fréquents chez ces malades qui accouchent en général d'enfants de petit volume.

Ma malade, sans être très forte, est une femme vigoureuse, d'une santé excellente et ne présente rien du côté du cœur.

2° *Disparition d'une tumeur fibreuse pendant les suites de couches.* — Un certain nombre de ces faits ont été notés, mais ils ne sont pas fréquents et rentrent en réalité dans les raretés.

3° *Mutation de présentation pendant la grossesse et l'accouchement.* — Si les mutations de présentation ne sont pas rares pendant la grossesse, elles sont plus rares pendant l'accouchement. Chez ma malade la présentation du sommet a fait place à une présentation de la face, présentation secondaire dont j'ai dû suivre pour ainsi dire quart d'heure par quart d'heure le mécanisme, et qui m'a confirmé une fois de plus la vérité d'un fait que nous avons tous constaté. C'est la lenteur des contractions dans le cas de position O. P., lenteur qui, pour moi, est encore plus souvent dans les postérieures gauches que dans les droites. Chez ma malade cela a été des plus nets et j'attribue la facilité de la mutation de présentation au petit volume de l'enfant et directement à cette absence de contraction.

4° Enfin, le *vagissement* je ne dirai pas *utérin*, mais *vagino-vulvaire* de l'enfant, dont la bouche par suite de la présentation en plein de la face à la vulve se trouvait pour ainsi dire directement en contact avec l'air, celui-ci lui étant arrivé d'autant plus facilement que la vulve s'est trouvée dilatée par le fait de l'application du Vouyer.

www.libtool.com.cn

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS :

TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN.

(*Suite, voyez le n° de mars.*)

M. Pichevin. — Dans les cas de prolapsus plus ou moins marqué s'accompagnant de rétro-déviation chez des femmes jeunes, il y a lieu de s'assurer avant tout s'il existe ou s'il n'y a pas de lésions annexielles et péri-annexielles et des adhérences qui fixent l'utérus. Ces cas méritent un traitement spécial. C'est contre les lésions annexielles et les adhérences qu'il faut diriger tout l'effort thérapeutique. La laparotomie est souvent indiquée ; l'ablation des annexes est parfois nécessaire et dans des cas très rares l'hystéropexie abdominale peut être utile.

Mais quand le prolapsus existe avec la rétrodéviation chez des femmes qui n'ont pas de lésions annexielles mais qui ont le corps et le col infectés, il faut, suivant les indications posées par Doléris, pratiquer dans la même séance, le curage, le Schrœder, la colporraphie antérieure, la colpopérinéorraphie et l'opération d'Alquié-Alexander.

On a dit que le raccourcissement des ligaments ronds, qui est pratiqué comme dernier terme de cette série opératoire, était une intervention de longue durée, aléatoire, qu'elle avait des difficultés qu'elle exposait à la production de hernie et de douleurs au niveau de la cicatrice. Quelques-uns de ces reproches sont justifiés, mais ces opérations combinées donnent, somme tout et en règle générale d'excellents résultats.

Mais il existe entre les cas réservés à la laparotomie et ceux dans lesquels il est de mise de faire l'Alexander, d'autres qui sont plus difficiles à traiter d'une façon rationnelle et satisfaisante. Je veux parler des malades qui souffrent nettement au niveau des annexes sans que l'on puisse apprécier l'augmentation du volume des annexes. Dans d'autres circonstances la trompe ou l'ovaire, quelquefois les deux, sont douloureux et augmentés de volume, mais les lésions sont petites, l'utérus est facilement réductible et il n'y a pas ou presque pas d'adhérences.

La conduite à tenir est véritablement, difficile dans ces cas. Faire les opérations plastiques et le raccourcissement des ligaments ronds, c'est laisser des organes malades et qui sont

peut-être la seule ou du moins la principale cause des douleurs. D'autre part, faire la cœliotomie par la voie hypogastrique n'est pas bien indiqué, car il faut non seulement enlever au besoin les ovaires ou les trompes malades, mais fixer l'utérus, refaire le plancher périnéal, curer l'utérus et parfois amputer le col.

La colpo-cœliotomie antérieure est avantageuse dans ces cas, car elle permet de voir et de toucher les annexes, qui peuvent être ignipuncturées, ou réséquées, ou enlevées d'un côté par exemple. Les lésions des ovaires et des trompes sont donc traitées suivant le résultat de l'examen direct.

Contre la rétrodéviation j'avais pensé qu'il fallait ajouter aux opérations plastiques sur le vagin, le périnée et le col, la fixation du corps de l'utérus à la paroi vaginale.

Il n'est peut-être pas inutile de préciser, puisque l'occasion s'en présente, quelques dates.

Ma première publication est du 6 mars 1894 (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, série 31, 1894, p. 207). Il est dit que j'ai fait deux fois l'hystéropexie vaginale. M. Le Dentu est nommé rapporteur de mon travail.

Le 22 mai 1896, mon Maître fait son rapport (*Bull. de l'Académie de médecine*, 3e série — 31 — 1894, p. 537) et me laisse tout le bénéfice de ma tentative avec une générosité et un désintéressement dont je suis heureux de pouvoir le remercier publiquement :

« Les efforts de M. Pichevin pour perfectionner le manuel « opératoire de la vagino-fixation antérieure aboutiront peut-« être à des résultats encore plus heureux que ceux dont se « targuent Mackenrodt et Dührssen. Sans pouvoir encore « l'affirmer, je puis du moins annoncer que, sur les deux ma-« lades opérées dans mon service, l'utérus a parfaitement « gardé la position où il avait été fixé. Malheureusement, ces « deux opérations sont trop récentes (elles ont été faites le « 30 janvier et le 15 février) pour être absolument démons-« tratives.

« Des faits plus nombreux pourront seuls apporter, en fa-« veur de la nouvelle opération, un témoignage convaincant. « M. Pichevin n'en mérite pas moins des éloges pour les mo-« difications rationnelles qu'il a introduites dans le procédé « de Mackenrodt ; si l'hystéropexie vaginale acquiert parmi « nous la vogue dont elle jouit actuellement en Allemagne, il « aura contribué largement à la vulgariser en la pratiquant « peut-être le premier en France et plus encore en agrandis-« sant le champ de son efficacité. »

La Thèse d'Arrizabalaga, élève du professeur Le Dentu, confirme mes droits de priorité (1er mai 1894) et l'auteur s'exprime dans des termes qui ne laissent aucun doute à ce sujet. Il publie les deux observations des malades que j'ai opérées et les modifications que j'ai apportées à la vagino-fixation.

Je crois donc avoir été le premier en France à étudier, à modifier et à pratiquer la vagino-fixation.

Mon travail déposé à l'Académie est le premier en date (1).

Des objections nombreuses ont été faites *a priori* contre cette opération. On a répété à satiété que l'utérus ne resterait pas fixé et qu'on ne pouvait pas avoir la prétention de maintenir un organe comme la matrice à une tenture mobile comme l'était la paroi vaginale. Pour ma part j'ai fait des recherches et exécuté mes opérations avec le souci constant d'assurer le mieux possible la fixation de l'utérus au vagin. Ce résultat a été obtenu et si on peut faire un reproche justifié à la vagino-fixation telle que je l'ai pratiquée, c'est justement de créer des adhérences trop solides entre la matrice et le vagin. Aussi a-t-on contaté des accidents pendant l'accouchement. Un travail d'ensemble (2) démontre la réalité du fait.

Pour ma part, j'ai été convaincu que la vagino-fixation pouvait provoquer des complications non seulement par la lecture de différentes publications étrangères, mais par l'exemple d'une de mes malades accouchée dans le service de mon excellent maître M. Budin.

Aussi M. le professeur Le Dentu et moi sommes-nous restés un an environ sans faire la vagino-fixation et nous ne la pratiquons que sur des femmes qui ne sont plus susceptibles d'avoir des enfants. Comme je le disais, l'utérus reste bien en place ; c'est pourquoi il n'y a pas lieu d'abandonner cette opération. Au lieu de faire l'incision médiane de Mackenrodt, qui donne plus de jour, mais qui a des inconvénients, nous ou-

(1) Voir aussi ARRIZABALAGA et R. PICHEVIN. De la colpohystéropexie antérieure. (*Gazette médicale de Paris*, 4 mai 1895, p. 205.)

R. PICHEVIN. Résultats éloignés de la colpohystéropexie antérieure Bull. et mém. société obst. et gynécologique de Paris, 13 décembre 1894, p. 371.

R. PICHEVIN. Traitement des rétro-déviations utérines par la colpohystéropexie. (*Journal de médecine de Paris*, 2 juin 1895, p. 343.)

Le DENTU et R. PICHEVIN. De la colpohystéropexie antérieure. Congrès de Bordeaux, séance du 7 août 1895. *Semaine médicale*, 1895, p. 357, et Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Bordeaux, août 1895, Paris, 1895, chez Doin, p. 239.

Le DENTU. De la colpohystéropexie antérieures. *Semaine gynécologique*, numéro du 18 février 1896. « Ce travail est le résumé d'une communication faite par M. le Dentu en son nom propre et au nom de M. Pichevin, au Congrès de gynécologie de Bordeaux (août 1895). »

(2) Voir *Semaine gynécologique*, 1897, p. 13.

www.libtool.com.cn

vrons le cul-de-sac péritonéal antérieur, après avoir coupé transversalement la paroi vaginale antérieure.

Dans ces derniers temps, M. le professeur Le Dentu a pratiqué le raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale pour remédier à la rétrodéviation. Sa première opération date du 12 novembre 1896. La seconde a été exécutée le 26 novembre 1896, après curage, ablation des annexes gauches et thermo-cautérisation de l'ovaire droit. Par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, M. Le Dentu a été obligé de renvoyer les autres opérations qu'il voulait faire à une autre séance. Quelques jours après, cette malade a subi l'amputation du col, la colporraphie antérieure et la colpopérinéorraphie. Tout récemment, M. Le Dentu a fait encore une fois le raccourcissement des ligaments ronds.

Le 17 décembre 1896, j'ai exécuté à Necker la série des opérations suivantes, dans une seule séance : curage, colpo-cœliotomie antérieure, exploration des annexes, raccourcissement des ligaments ronds, amputation du col d'après le procédé de Schrœder, colporraphie antérieure, longue et large colpopérinéorraphie de Hégar. J'ai fait relever exactement par les assistants la durée de la séance, qui a été terminée en 1 heure 35, malgré le jour défectueux qui a nui certainement à la rapidité de l'opération. Cette constatation était utile, parce qu'elle permet de conclure que ces opérations, si compliquées et si longues qu'elles puissent paraître, peuvent être pratiquées dans un temps raisonnable.

Quels résultats donneront ces tentatives de raccourcissement de ligament rond qui ont été déjà faites à l'étranger ? L'avenir nous l'apprendra, et nos cas sont trop récents pour que nous puissions en tirer des conséquences valables. Cette opération met l'utérus en antéflexion. La matrice n'est adhérente ni à la vessie, ni à l'abdomen, et pourra se développer aisément en cas de grossesse.

Mais il ne faut pas oublier que, dans le traitement du prolapsus et de la rétrodéviation qui l'accompagne, il y a lieu de remédier à la cystocèle, à la déchirure périnéale.

L'acte fondamental, comme le disait Bouilly, est la reconstitution du plancher pelvien ; l'acte accessoire, mais nécessaire, est à la fixation de l'utérus en bonne position. Aussi le raccourcissement des ligaments ronds — qu'il soit fait par la voie vaginale ou suivant la méthode d'Alquié-Alexander — doit-il être accompagné ou suivi d'une restauration du plancher pelvien. Raccourcir les ligaments ronds ce n'est pas sus-

pendre l'utérus prolabé c'est le mettre en antéposition. Lorgane ne sera remis en place et soutenu que par la colporraphie et la colpopérinéorraphie, et il sera allégé d'une partie de son col par l'opération de Schrœder.

A ce sujet, je me permettrai de vous faire remarquer que je préfère la colpopérinéorraphie, d'après la méthode d'Hégar, à la périnéoplastie de Lawson Tait et même à celle de Doléris qui est supérieure à la précédente. Sans doute, la périnéoplatie de Doléris est bonne pour les cas moyens, mais quand la paroi vaginale est très ample, très large, quand le périnée est complètement effondré, cette intervention est inférieure à l'opération de Hégar. Il faut remonter très haut jusqu'au cul-de-sac de Douglas et enlever une large et longue bande vaginale pour bien fermer le vagin et refaire un périnée solide et musculeux.

J'en reviens à la colpo-cœliotomie antérieure et au raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale.

L'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin et l'extériorisation de l'utérus et des annexes par l'incision pratiquée au vagin et au péritoine, permettent de déceler de petites lésions annexielles, de s'assurer de leur existence, alors qu'on les avait soupçonnées ou diagnostiquées.

Quand il faut traiter un prolapsus et une rétrodéviation, il est parfois utile de voir et de toucher les ovaires et les trompes, quand ces organes sont nettement douloureux au toucher et au palper, et alors même qu'ils ne paraissent pas augmentés de volume.

Les ovaires scléro-kystique dont on a tant abusé existent et sont la cause des douleurs. Il suffit parfois de les traiter par la ponction ou par la résection pour faire disparaître les douleurs.

Chez une femme qui présentait des douleurs persistantes depuis un an et une tuméfaction annexielle très nette, nous pûmes constater la disparition de celle-ci, tandis que les souffrances persistaient. Au cours de l'opération, la trompe était un peu bosselée, légèrement dilatée et vascularisée. Véritablement, on pouvait éprouver quelques scrupules à enlever un organe semblable. L'ablation unilatérale fut pratiquée. Cette trompe était complètement oblitérée en 2 points : à sa partie interne et au niveau de l'ostium abdominale transformé en une cicatrice ombiliquée. En outre, à l'examen microscopique, je pus constater que la trompe était atteinte d'une inflammation très marquée.

Il était indispensable d'enlever cette trompe et il fallait le contrôle de la vue et du toucher direct pour se décider à l'ablation.

Si donc l'opération d'Alexander peut être remplacée par la colpo-cœliotomie et le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds combinés au curage, à l'amputation du col et aux opérations plastiques, vaginales et périnéales, peut-être y a-t-il lieu de donner la préférence à la voie vaginale qui permet de voir les lésions et de pratiquer toutes les opérations nécessaires pour reconstituer le vagin, le périnée, curer l'utérus, amputer le col et mettre l'utérus en antéflexion.

La thérapeutique du prolapsus, total chez les femmes âgées mérite une mention spéciale.

Le traitement du prolapsus total chez les femmes déjà vieilles ne donne pas des résultats aussi satisfaisants que chez les malades relativement jeunes.

Quand l'utérus a perdu son droit de domicile dans l'abdomen, quand il pend entre les cuisses, quand les parois vaginales entraînées au dehors ont subi une extension considérable, on n'est pas sûr de maintenir l'utérus réduit, même après les opérations les plus complexes et les plus radicales.

C'est que les tissus ne sont plus résistants et contractiles. Ils sont dégénérés. On a beau les réséquer largement, ils n'opposeront pas longtemps une résistance suffisante à la pression intestinale, et la récidive — très atténuée, il est vrai — peut apparaître. Le plancher pelvien que l'on refait est inférieur à sa tâche.

J'ai opéré l'an dernier une femme de plus de 50 ans, atteinte d'un énorme prolapsus total avec ulcérations du col. Cette malade avait une affection cardio-pulmonaire sérieuse, de l'emphysème et de la bronchite chronique et des troubles habituels de la respiration. Elle avait vainement réclamé l'assistance de plusieurs chirurgiens. L'un d'eux cependant lui avait proposé de pratiquer deux opérations à 3 semaines d'intervalle. Je me décidai à lui faire une double colporraphie antérieure et une énorme colpo-périnéorraphie d'après le procédé de Hégar. Au lieu de l'endormir soit à l'éther, soit au chloroforme, je lui fis des piqûres de *cocaïne*, après avoir obtenu son consentement. Je craignais les effets de l'anesthésie générale.

Une très longue colporraphie triangulaire double fut pratiquée en avant, avec conservation d'une bande vaginale médiane.

Ceci fait, je voulus enlever la portion ulcérée du col, j'ouvris le cul-de-sac postérieur en pratiquant une incision verticale sur la lèvre postérieure. Après l'ablation d'un coin de tissu cervical, il me fut impossible de réunir complètement mes 2 lambeaux. Il fallait faire plus sur l'utérus. Je me décidai à

enlever l'organe. L'hystérectomie vaginale fut faite aisément et je mis des ligatures sur les ligaments larges. Les fils du pédicule droit furent liés aux fils du pédicule gauche suivant le procédé décrit par M. Quenu.

Une énorme colpo-périnéorraphie partant de très haut fut ensuite pratiquée. La malade, qui avait bien supporté la colporraphie antérieure et l'hystérectomie, souffrit surtout au moment où je plaçai les fils périnéaux.

Les avivements avaient été véritablement considérables et j'avais lieu d'espérer qu'il n'y aurait pas de récidive. Néanmoins la malade, qui était bien guérie et qui avait pu reprendre ses occupations interrompues depuis si longtemps, eut au bout de deux ou trois mois, la sensation de l'existence d'une petite tumeur au niveau de la vulve. Il y avait évidemment une pointe de cystocèle, qui nécessitera probablement une petite colporraphie complémentaire.

On voit donc combien il est difficile d'assurer le succès de la cure du prolapsus total chez certaines femmes âgées, même quand on se décide à pratiquer l'ablation de la matrice, ce qui ne doit du reste être fait que dans des cas exceptionnels. (*Soc. Obst. et Gynéc. de Paris.*)

FORMULAIRE

Posologie infantile (1).

ACIDE CHLORHYDRIQUE. — S'administre dans les dyspepsie hypo-acides avec fermentations anormales.

	Par jour
De 0 à 15 mois. g.	1/2 à II gout.
De 15 mois à ans.	II à IV —
De 3 à 5 ans.....	IV à X —
De 5 à 10 ans....	X à XX —

Potion :

Acide chlorhydr. officinal	1 gr.
Eau distillée.....	200 gr.
Sirop de limon.....	50 gr.

Une ou plusieurs cuillerées à café après les repas.

DIGITALE. — Tonique du cœur, diurétique.

1° *Poudre de feuilles de digitale*, s'emploie en macération dans l'eau.

	Par jour
De 6 à 15 mois.	0 gr. 01 à 0 gr. 05
De 15 m. à 3 ans	0 gr. 05 à 0 gr. 10
De 3 à 5 ans...	0 gr. 10 à 0 gr. 20
De 5 à 10 ans..	0 gr. 20 à 0 gr. 30

La macération, bien supérieure à l'infusion, s'opère par le séjour 12 ou 24 heures de la dose quotidienne de poudre dans 60 ou 100 gr. d'eau froide. — Passez dans un linge fin et donnez en une fois. — Ne pas prolonger la médication au delà de cinq jour.

2° *Teinture de digitale*,

	Par jour
De 6 à 15 mois...	I à III gout.

(1) Extrait du *Formulaire du Praticien*, *Journal des Praticiens*, 27 mars 1897.

De 15 à m. à 3 ans III à X —
De 3 à 5 ans..... X à XV —
De 5 à 10 ans.... X à XX —

3° *Sirop de digitale.*

Par jour

De 0 à 2 ans.. Abstention
De 2 à 5 ans.. 5 à 10 grammes
De 5 à 10 ans. 10 à 30 —

4° *Digitaline cristallisée.* — Ne s'emploie pas au-dessous de 5 ans. De 5 à 10 ans, on pourra donner X à XII gouttes de la solution au 1/1000, ce qui fait 1/5 ou 1/4 de milligr. de digitaline cristallisée.

Fer. — Spécifique de la chlorose, il ne devient donc utile qu'aux approches de la puberté. Il ne convient pas à la première enfance, comme l'a dit M. J. Simon. Pourtant les Français administrent l'iodure de fer aux scrofulo-tuberculeux, et les Allemands prescrivent les préparations ferrugineuses aux hérédo-syphilitiques, même lorsqu'ils sont âgés de moins de deux ans. Il n'est pas prouvé que ces deux pratiques soient utiles.

1° *Protoxalate de fer.* — La meilleure préparation quand il s'agit de traiter la chlorose.

Par jour

De 0 à 15 mois. Abstention
De 15 m. à 3 ans 0 gr. 01 à 0 gr. 15
De 3 à 5 ans... 0 gr. 05 à 0 gr. 15
De 5 à 10 ans.. 0 gr. 15 à 0 gr. 25

2° *Iodure de fer.* — On emploie surtout le *sirop d'iodure de fer* aux doses suivantes :

Par jour

De 0 à 1 an..... Abstention
De 1 mois à 2 ans 5 à 15 gram.
De 2 à 5 ans..... 15 à 20 —
De 5 à 10 ans..... 30 à 60 —

3° *Tartre ferrico-potassique.* La plus soluble des préparations de fer.

De 0 à 1 an.. Abstention.

Par jour.

De 1 à 2 ans. 0 gr. 10 à 0 gr. 20
De 2 à 5 ans. 0 gr. 20 à 0 gr. 50
De 5 à 10 ans 0 gr. 50 à 1 gr.

4° *Hémoglobine soluble.*

Par jour.

De 1 à 2 ans. 0 gr. 20 à 0 gr. 30
De 2 à 5 ans. 0 gr. 50 à 1 gr.
De 5 à 10 ans 1 à 2 grammes.

Fougère mâle. — Vermifuge, employé surtout contre le tænia. On emploie l'extrait éthéré de fougère mâle aux doses suivantes :

Par jour.

De 1 à 2 ans.. 0 gr. 50 à 1 gr.
De 2 à 5 ans.. 1 à 3 gram.
De 5 à 10 ans. 3 à 5 —

On l'associe au calomel dans des capsules renfermant 0 gr. 05 de calomel et 0 gr. 50 d'extrait éthéré de fougère ; deux capsules à la fois, de 10 minutes en 10 minutes, jusqu'à ce que qu'on ait atteint la dose qui convient à l'âge.

Si l'enfant est trop jeune pour avaler les capsules, on se servira de l'électuaire du Dr Duchesne :

Extrait de fougère mâle.. 0 gr. 50 à 3 gr.
Calomel..... 0 gr. 05 à 0 gr. 50
Sucre..... 8 grammes.
Gélatine..... Q. s. p. f. une gelée.

Huile de ricin. — Purgatif.

Par jour.

De 0 à 6 mois..... 2 à 4 gr.
De 6 à 15 mois..... 4 à 6 —
De 15 mois à 3 ans 6 à 8 gr.
De 3 à 5 ans..... 8 à 15 —
De 5 à 10 ans..... 15 à 20 —

Pour les très jeunes enfants, on doit la prescrire en émulsion :

Huile de ricin.....
Eau de mélisse poivrée.. ..... } ää 1 gr.
Eau commune..... 2 part.
Jaune d'œuf..... n° 1.

Voici un autre moyen de préparer l'émulsion : versez la dose d'huile de ricin dans 20 à 30 grammes de lait ; chauffez en remuant avec une cuiller. Quand l'émulsion est produite, édulcorez avec du sirop de fleurs d'oranger.

Potion contre la myocardite des enfants.

(SEVESTRE.)

Caféine..... } ää 1 gr.
Benzoate de soude....
Vaniline..... 5 cent.
Sirop de tolu..... 50 gr.
Rhum..... 10 —
Eau distillée..... 60 —

Une cuillerée à bouche deux fois par jour.

Traitement de l'alopécie de la fièvre typhoïde.

(DAUCHEZ.)

1° Pour favoriser l'action révulsive des substances médicamenteuses sur le cuir chevelu, on coupera aussi court que possible les cheveux aux ciseaux. — Puis le soir, deux heures avant de coucher l'enfant, les téguments seront recouverts d'une couche de savon mou de potasse (savon noir) sur une flanelle. — Avec de l'eau chaude à 40°, la tête sera ensuite largement ablutionnée, essuyée et frictionnée chaque soir avec deux cuillerées de la mixture révulsive :

Teint. de cantharides.. 10 gr.
— de cannelle... }
—. de girofle..... } ää 2 gr.
— de noix vomique,..... }
Glycérine médicinale } ää 20 gr.
Vinaigre distillé.... }
Eau de roses..... 200 gr.

Après cette friction, la tête sera enduite de la pommade suivante :

Quinquina pulvérisé.. 8 gr.
Camphre blanc pulvérisé..... 2 gr.
Onguent styrax..... } ää 20 gr.
Vaseline benzoïnée.. }

Ce traitement sera effectué de trois à six jours de suite, selon la tolérance des malades. — Pendant la journée, les cheveux seront simplement enduits d'une couche légère de baume du Pérou.

2° La semaine suivante la tête sera lavée alternativement avec la décoction de saponaire ou d'écorce de quinquina (20 à 30 p. 100).

3° En même temps, on conseillera la préparation suivante :

Lactate de fer..... 1 gr.
Glycérine médicinale } ää 150 gr.
Vin d'Espagne..... }

Une cuillerée à bouche avant chaque repas pendant quinze à vingt jours.

4° Hydrothérapie tiède, suivie de la douche écossaise, vers le quinzième jour. Si le convalescent est trop débilité, frictions avec le liniment de Rosen. (*Journal de clinique infantile.*)

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

www.libtool.com.cn

SUR LE DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE CHEZ LA FEMME,

Par M. G. RICHELOT.

Le diagnostic de l'appendicite chez la femme est une question que j'ai déjà traitée à de rares intervalles, et qui, dans l'état actuel de nos connaissances, mérite que nous la remettions à l'ordre du jour.

Sans doute, il est presque toujours facile de ne pas confondre une appendicite avec une maladie des annexes. Les symptômes, l'évolution ne sont pas les mêmes ; lorsqu'à la douleur et aux signes réactionnels s'ajoute une tumeur du côté droit de l'abdomen, elle n'occupe pas, dans les deux cas, le même siège et ne donne pas à l'examen les mêmes sensations. Toutefois, en dehors des types ordinaires, il y en a qui peuvent prêter à l'erreur, et, si rares qu'ils soient, ils ne le sont pas assez pour que leur étude soit dépourvue d'intérêt.

Tout d'abord, et dans une première catégorie, je rangerai les malades qui ont une *tumeur du côté droit*. D'une façon générale, une appendicite peut être prise pour une lésion des annexes quand la tumeur est basse et descend vers la cavité pelvienne ; de même, une salpingo-ovarite peut tromper quand elle est plus haut située qu'à l'ordinaire. J'ai vu cinq malades, chez lesquelles se présentait à l'esprit ce diagnostic différentiel.

La première ne sera rapportée que pour mémoire. C'était une jeune fille vierge, qu'on avait accusée d'hématocèle suppurée, de phlegmon du ligament large, et qui n'avait plus, quand elle vint me trouver, qu'un empâtement léger du côté droit. Je lui fis une laparotomie exploratrice, je trouvai les annexes parfaitement saines, et, derrière le cœcum bien à sa place et d'apparence normale, je ne soupçonnai pas la présence d'un foyer d'appendicite endormie. Elle eut, pendant les années suivantes, des coliques appendiculaires très nettes, et je finis, un beau jour, connaissant mieux la question et ayant rectifié mon diagnostic, par lui enlever son appendice malade ; la guérison fut rapide et complète. L'observation primitive est publiée dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* pour 1888 ; je n'insiste pas, parce qu'elle démontre moins la possibilité de croire à une suppuration pelvienne aiguë chez une vierge, que l'inexpérience du chirurgien à cette époque sur une question encore mal connue.

En 1890, j'observai un cas certainement plus embarrassant. Je

l'ai communiqué, lui aussi, à la Société de chirurgie (1). Il s'agit encore d'une vierge de 18 ans, qui avait une tumeur douloureuse et franchement inflammatoire, simulant un pyosalpinx : le toucher rectal montrait qu'elle était accolée au bord droit de l'utérus. Il y avait aussi de la douleur à gauche, et on y sentait une petite tuméfaction. Comment ne pas croire à des lésions annexielles ? La laparotomie me montra un ovaire gauche doublé de volume par un gros kyste séreux dont je fis la résection ; à droite, des adhérences épiploïques que je dissociai peu à peu et qui me conduisirent sur la trompe. Je la disséquai de dedans en dehors et trouvai bientôt, au milieu des lobules adipeux, un cylindre fluctuant, gros comme le petit doigt; c'était l'appendice, étroitement accolé à la trompe et à l'ovaire et confondu dans la même masse épiploïque. Résection et guérison. Je mets en fait que, chez une femme défiorée, il eût été impossible, vu le siège de la tumeur et la présence d'une lésion à gauche, de ne pas croire à une lésion annexielle. Ici, une cause d'hésitation devait être que, sans accouchement ni blennorrhagie, on s'explique difficilement et on trouve bien rarement une suppuration pelvienne aiguë ou subaiguë. N'empêche que, l'année dernière, j'ai eu dans mon service une vierge de 23 ans, qui avait une suppuration rétro-utérine très aiguë et très infectieuse, dont elle a guéri par l'incision du cul-de sac postérieur, et dont je n'ai pu découvrir la cause. La rareté extrême de pareils accidents peut donc donner à réfléchir, mais ne suffit pas absolument pour trancher la question.

En 1891, nouveau fait, inverse du précédent. Je reçois, à l'hôpital Tenon, une femme de 23 ans, ayant dans la fosse iliaque un foyer nettement inflammatoire, adhérent à la paroi, qu'on a dénommé « périty phlite » et qu'il semble impossible de confondre avec une tuméfaction des annexes. Il est très haut situé, indépendant de l'utérus ; au toucher vaginal, le cul-de-sac est libre, et il faut porter le doigt profondément pour arriver à sentir, ou plutôt à soupçonner la partie inférieure du foyer. Du côté gauche, il n'y a rien absolument, ni empâtement, ni douleur. Le diagnostic d'appendicite ne peut faire aucun doute ; il y a du pus, et l'incision latérale est seule indiquée. J'incise la paroi abdominale, dont les couches profondes sont infiltrées, et je tombe, au milieu d'adhérences épiploïques, sur une surface qui me paraît appartenir au cœcum, et un cylindre contourné que je prends pour l'appendice ; mais, en disséquant, je m'aperçois que j'ai affaire à la trompe, dont la partie externe dilatée est remplie de pus, et dont la moitié interne cylindrique me conduit sur la corne

(1) De l'appendicite chez la femme, *Soc. de Chir.*, 15 octobre 1890.

www.libtool.com.cn

de l'utérus. Après avoir réséqué ce pyosalpinx, l'utérus mobile se laisse attirer vers la plaie et me montre les annexes gauches libres et saines. Tamponnement léger à la gaze, suture de la plaie, guérison. En somme, j'ai vu là une salpingite suppurée du côté droit, avec intégrité parfaite du côté gauche, ce qui se voit, mais n'est pas ordinaire, et la salpingite était haut située dans la fosse iliaque, au voisinage du flanc droit, tout entière au-dessus du détroit supérieur. Pouvais-je deviner la lésion annexielle ? Sur quelle présomption me serais-je fondé pour ne pas tomber dans l'erreur ?

L'année dernière et cette année même, j'ai recueilli deux nouvelles observations. Comme tout le monde, je connais maintenant l'appendicite, j'y pense et je m'attends à la rencontrer ; on va voir cependant combien ces deux cas prêtaient à confusion.

En octobre 1896, jeune femme de 26 ans, souffrante depuis une fausse couche qui remonte à trois années. La douleur est à droite ; elle a augmenté tout à coup depuis trois semaines ; le ventre est sensible au palper. Il n'y a pas eu de « coliques appendiculaires », pas de crises avec nausées ou vomissements. La tumeur est basse, accolée au bord droit de l'utérus, dont elle se distingue facilement ; le côté gauche est indemne. En présence de ces signes peu caractéristiques et de cette évolution banale, j'hésite entre les deux hypothèses : lésion annexielle unilatérale, ou appendicite adhérente aux annexes. L'intégrité parfaite du côté gauche, une certaine indépendance de la tumeur malgré sa proximité de l'utérus, me font pencher vers la seconde, mais je ne puis rien affirmer. Par une laparotomie médiane, j'arrive sur une trompe et un ovaire droits à peu près sains, mais pour y arriver, je détache un paquet épiploïque qui leur adhère intimement et au milieu duquel est plongé un appendice énorme, à parois épaisses, à extrémité libre ulcérée et collée sur l'ovaire. La malade guérit après la résection de l'appendice.

En février 1897, chez une femme de 30 ans, la marche indiquait plutôt une appendicite, et il s'agissait, au contraire, d'une lésion tubo-ovarienne. Sauf que le début paraissait se rattacher à une fausse couche datant de cinq années, les douleurs étaient absolument fixes dans la fosse iliaque droite et revenaient par accès avec nausées et vomissements. La femme était presque impotente par ce mal qui ne la quittait pas ; au toucher, on sentait une tuméfaction haut située, tout au fond du cul-de-sac vaginal, et du côté de l'abdomen la douleur au palper siégeait dans la fosse iliaque. Comment se décider ? Sur quel signe appuyer un diagnostic ferme ? Je fis la laparotomie médiane, et

je trouvai : à gauche, une trompe légèrement tuméfiée, avec pavillon oblitéré, et quelques adhérences celluleuses périovariennes ; à droite, au milieu d'adhérences plus solides, trompe également fermée, à parois épaisses, et gros ovaire portant un kyste séreux qui lui donnait presque le volume d'une petite mandarisse. La malade guérit après une castration unilatérale droite.

Ainsi donc, on voit çà et là quelques malades chez lesquelles des symptômes mal caractérisés, une tumeur annexielle ou appendiculaire anormalement située — qui ne sait que l'appendice n'a pas de siège invariable ? — peuvent être causes d'une erreur de diagnostic. Voyons maintenant une autre catégorie, celle des malades *sans tumeur*.

Je me rappelle toujours un homme — qu'on me permette cette digression — observé en 1891, qui avait depuis 4 ans des douleurs dans la fosse iliaque droite revenant par crises, et aucune trace d'empâtement. Le Dr Brault avait reconnu des coliques appendiculaires ; je fis le même diagnostic, et devant l'acuité et la persistance des douleurs qui désespéraient le malade, je n'hésitai pas à faire la laparotomie. Je trouvai un appendice libre, sans adhérences et qui me parut sain. Je sais aujourd'hui que ces appendices d'apparence inoffensive, à peine tuméfiés, sans lésions de voisinage, sont des appendices malades et même dangereux pour l'avenir ; mais alors je ne les connaissais pas bien, et je ne pus croire que celui que j'avais sous les yeux dût être enlevé. Je refermai le ventre, et, le malade continuant à souffrir, je l'accusai d'idée fixe, de névropathie, et je ne voulus pas, malgré ses instances, l'opérer de nouveau. Il quitta l'hôpital et je le perdis de vue.

Je reviens à la femme. En présence de cas semblables, je pense à mon homme et je ne tombe plus dans la même erreur. C'est ainsi que j'ai opéré, le 26 mars de l'année dernière, avec mon ami le Dr E. Regnauld, une jeune fille qui avait la douleur fixe au point voulu, sans tumeur, et plusieurs crises subaiguës depuis quelques mois. L'appendice était libre et sans adhérences ; il fallait bien de la bonne volonté pour y trouver la moindre altération ; rien n'était malade autour de lui. Je l'enlevai néanmoins, les douleurs disparurent et la guérison fut parfaite. Voilà un cas simple ; rien ne m'avait détourné du diagnostic, ni le siège de la douleur, ni la marche de l'affection, ni aucun symptôme surajouté. En voici un autre où la situation m'a paru aussi claire au moment où je l'ai prise, mais qui avait été beaucoup plus grave au début et sans doute plus difficile à juger ; je le rapporte à titre d'enseignement clinique.

www.libtool.com.cn

Deux confrères, médecins de premier ordre, m'appellent, en mai 1896, auprès d'une jeune Américaine de 20 ans, vierge, qui a depuis quelques années des douleurs à droite, avec des poussées subaiguës toujours à droite. La dernière crise, il y a deux mois, a été très violente ; la jeune fille est restée au lit plusieurs semaines, avec des signes de péritonite généralisée — ou de péritonisme —, avec des températures de 39 et 40 degrés ; on a fait, au cours de la maladie, une injection de sérum de Marmoreck, qui n'a donné d'autre résultat qu'un phlegmon gangréneux de la paroi abdominale. Enfin, la situation est devenue tellement grave qu'un jour, le pouls étant insensible et la faiblesse extrême, les médecins se retirèrent avec la conviction qu'elle ne vivrait pas jusqu'au lendemain. Elle a vécu cependant et s'est relevée peu à peu ; elle a aujourd'hui un très bon état général, marche facilement et conserve seulement un point douloureux fixe au niveau de la fosse iliaque droite, sans tumeur ni empâtement. Au toucher, l'utérus est mobile, les culs-de-sac parfaitement souples ; aucune trace de lésion pelvienne. On m'a cependant fait venir pour empêcher le retour de graves accidents du côté des ovaires ; on a cru, pendant l'orage, alors que la sensibilité extrême rendait l'examen malaisé, à l'existence d'un pyosalpinx et d'une péritonite ayant pour point de départ les organes du petit bassin.

Il m'est plus facile aujourd'hui de faire le diagnostic, et je n'hésite pas à reconnaître une appendicite, arrivée à une période d'accalmie qui permet d'entreprendre la suppression radicale de cette lésion toujours menaçante. La laparotomie nous montre deux ovaires libres, sans adhérences, tout pareils à droite et à gauche, n'ayant d'autre altération que les petits kystes souvent rencontrés chez les arthritiques. Nulle trace de lésions tubo-ovariennes ayant pu provoquer les accidents susdits. Mon attention se porte vers la fosse iliaque, et j'y trouve un cœcum d'apparence normale, mais adhérent à une languette épiploïque dont je le sépare et à la fosse iliaque dont je le décolle sans grande difficulté ; ce qui me fait découvrir un appendice un peu grossi, mais sans coudure ni perforation, fixé à l'intestin par d'étroites adhérences. L'appendice est réséqué. C'est à peine si on peut comprendre qu'une lésion qui a produit de pareils orages laisse des traces aussi légères. Et cependant, la résection de l'appendice a suffi à la guérison ; la douleur a complètement disparu, la jeune fille s'est mariée, et jouit d'une santé parfaite.

J'ai vu cette malade quand elle avait la douleur fixe à droite, sans tumeur, et quand je pouvais constater l'intégrité du petit bassin. Je répète qu'il était moins facile de juger le cas pendant

www.libtool.com.cn

la période de ballonnement et de sensibilité extrême ; mais il y avait déjà, et j'y insiste en invitant les médecins à toujours y penser, la douleur exclusive à droite, et la difficulté d'admettre chez une vierge une suppuration aiguë de la cavité pelvienne.

Si, dans le cas précédent, il suffisait à la rigueur de penser à l'appendicite pour la reconnaître, il y a des situations qui, malgré tout et si prévenu qu'on soit, sont bien difficiles à débrouiller ; en voici un exemple :

Il y a trois ans, je fus consulté par une jeune fille qui avait à droite une douleur fixe très pénible. Elle souffrait depuis deux ans, et racontait qu'elle avait eu une « périty phlite ». Je ne pus avoir sur les premiers accidents que des renseignements peu précis, donnés par une malade extrêmement nerveuse et dans laquelle je ne voulais pas avoir une confiance absolue. J'avoue que je ne crus guère à la périty phlite, et qu'en présence de phénomènes hystériques très sérieux, j'admis une névralgie ovarienne. Il y avait, au moment des règles, une excessive douleur, qui me paraissait être l'exagération de la douleur habituelle du côté droit. Il y avait une neurasthénie prononcée, une paraplégie incomplète et purement nerveuse qui permettait à peine de marcher quelques instants. Je fus d'abord très embarrassé sur la conduite à tenir ; on me demandait une intervention contre la douleur, mais j'étais sûr de ne trouver aucune lésion, et je craignais fort de ne pas guérir la névralgie en enlevant un ovaire sur un aussi mauvais terrain. Je fus cependant mis en demeure d'intervenir, vu la gravité de la situation et l'impossibilité de soulager autrement cette jeune fille, inutilement traitée depuis deux ans. Je fis la laparotomie et j'enlevai un ovaire contenant de petits kystes, comme on en trouve souvent chez les arthritiques nerveuses, mais en somme peu malade et tout à fait pareil à celui du côté gauche, où il n'y avait aucune douleur. Et depuis lors, que s'est-il passé ? Sans doute, la douleur à droite a beaucoup diminué, mais elle existe encore, il y a toujours un point fixe ; et, comme l'état général s'est beaucoup amélioré sous l'influence d'un traitement énergique (hydrothérapie, électricité, etc.), comme la paraplégie a guéri complètement, la diminution progressive de la douleur à droite peut aussi bien être due à l'amélioration de l'état général. Je ne vois pas une relation nécessaire entre cette diminution et ma laparotomie. Et, devant ce point fixe que la jeune fille sent toujours, tout en le supportant beaucoup mieux, je me demande si je n'ai pas méconnu un appendice malade, caché derrière le cœcum, sans foyer apparent. Je n'ai aucune preuve, et il est pos-

sible que je m'accuse à tort. J'ai cru à la névralgie ovarienne, entraîné vers ce diagnostic par l'ensemble des symptômes nerveux ; mais n'est-ce pas aussi chez les arthritiques nerveuses que se développent volontiers les appendicites ? Dieulafoy cherchait récemment à établir que cette maladie est d'origine arthritique ; c'est dire que l'hystérie lui est un terrain favorable. Et ne disait-on pas dernièrement, à la Société médicale des hôpitaux, que, chez les hystériques, on pouvait confondre les crises de l'appendicite avec des symptômes abdominaux purement nerveux, la douleur appendiculaire avec une algie viscérale ? Cette confusion, nous avons dû la faire plus d'une fois, car nous avons connu les lésions douloureuses des annexes avant d'être cliniquement renseignés sur la nature, la marche, la fréquence des coliques appendiculaires.

On voit, par ce qui précède, qu'il y a intérêt à poser cette question du diagnostic différentiel entre l'appendicite et les lésions des annexes, dans deux circonstances :

1° Lorsqu'il y a une *tumeur du côté droit*, celle-ci étant variable dans son siège, haut située dans certaines lésions tubo-ovariennes, bas situées dans certaines appendicites. Il faut tenir compte de l'étiologie puerpérale ou blennorrhagique, de l'évolution des accidents depuis le début, de la douleur exclusive à droite, etc., éléments parfois obscurs et peu démonstratifs. L'erreur est exceptionnelle, je le veux bien ; mais, si rares que soient les faits qui mettent notre sagacité à l'épreuve, il ne faut pas les nier ou les considérer comme insignifiants. J'ai encore dans mon service, au moment où j'écris, une femme qui, avec des températures de 38°5, du ballonnement abdominal et une douleur extrême à l'examen du côté droit, ne me permet pas d'arriver à un diagnostic certain. Elle était, à son entrée, absolument indéchiffrable ; je commence à m'y reconnaître et à croire à l'appendicite, mais je suis encore obligé d'attendre.

2° Lorsqu'il n'y a *aucune tumeur*, et que la douleur, avec ou sans réaction péritonéale, est le signe dominant. La confusion est possible, et je répète que nous avons dû la faire plus souvent que nous ne voulons bien l'avouer ; ceci chez les arthritiques nerveuses, dont les troubles abdominaux, les algies viscérales avec ou sans fracas symptomatique sont souvent bien obscurs, bien irréguliers dans leur marche, et qui sont un terrain également propice à l'éclosion des deux ordres d'accidents. (*Soc. Obst. et Gynécologique de Paris.*)

EXTIRPATION DES OVARO-SALPINGITES PAR LA VOIE VAGINALE,

Par M. R. PICHEVIN.

Laparotomie ou hystérectomie, tels sont les deux termes du problème qui ne se pose que trop souvent à l'attention des gynécologistes dans la cure des lésions inflammatoires des annexes. Le parallèle des deux opérations rivales a été fait à maintes reprises. Il n'y a pas lieu d'y revenir. On a montré les avantages de l'incision abdominale qui permet de voir les lésions et, par suite, de pratiquer une chirurgie moins radicale. Les protagonistes de l'hystérectomie vaginale insistent sur la bénignité et sur l'efficacité de cette opération, dans les cas graves de suppuration périutérine. Le remarquable rapport de M. Bouilly au Congrès de Genève est le document le plus important qu'il importe de consulter sur cette question de thérapeutique chirurgicale.

Mais quand l'intervention armée est décidée, au cours du traitement d'une inflammation des ovaires et des trompes, n'y a-t-il pas d'autres alternatives que de pratiquer l'incision de la paroi abdominale ou d'enlever l'utérus par le vagin? La réponse n'est pas douteuse. Il y a place pour d'autres interventions, les unes plus graves, les autres plus simples et moins dangereuses.

Sans parler de la colpotomie, qui permet d'évacuer aisément des collections parfois considérables, et assure, dans un certain nombre de cas, des guérisons définitives, on peut opposer à la castration utérine par le vagin l'extirpation des annexes et de l'utérus par la voie abdominale, suivant la méthode préconisée tout d'abord en Amérique et adoptée en France par Delagénière.

Il serait prématuré de se prononcer d'une façon définitive sur les indications de ces différentes opérations. J'estime que la colpotomie postérieure est une excellente opération, quand la collection tombe franchement dans le Douglas, quand la poche paraît uniloculaire, qu'elle n'est pas trop volumineuse, qu'elle a contracté des adhérences avec le vagin et qu'elle n'est pas énucléable.

Je ne veux envisager que les annexites qui sont susceptibles d'être traitées par l'extirpation vaginale. Je ne parlerai pas des ovaires scléro-kystiques qui peuvent être aisément enlevés par colpo-cœliotomie, j'aurai en vue les ovario-salpingites que l'incision vaginale permet d'extirper.

La question n'est pas nouvelle, je m'empresse de le dire. L'ovariotomie vaginale était anciennement de pratique courante en Amérique et avait reçu le nom de G. Thomas.

C'est en 1888 que Byford reprit la question dans un mémoire important et proposa l'extirpation des annexes enflammées par la voie vaginale.

Picqué, à Paris ; Goullioud, à Lyon ; Gottschalk, à Berlin, ont été les principaux partisans de cette intervention. Depuis le travail de Dührsenn sur la colpo-cœliotomie antérieure, les extirpations d'annexes sont devenues plus fréquentes, mais il ne semble pas que ces opérations aient été favorablement accueillies par les gynécologistes les plus autorisés de Paris.

Peut-être n'a-t-on pas su limiter suffisamment les indications et poser les contre-indications.

Sans doute cette opération ne peut être pratiquée dans la généralité des cas. Il faut que l'unilatéralité des lésions soit bien nette ou que du moins le chirurgien ait l'espoir de pouvoir conserver les annexes moins malades, sinon absolument indemmes, du côté opposé. En outre, l'ovaire et la trompe ne doivent guère dépasser le volume d'un gros œuf ou d'une mandarine, ni surtout être trop adhérentes. On peut dire, d'une façon générale, que l'extirpation des annexes ne doit être entreprise que par la voie vaginale que si l'opération paraît devoir être rapide et facile. La formule est vague, il faut le reconnaître, mais il est difficile de donner des règles précises.

Les hydrosalpinx et les petits pyosalpinx qui n'ont pas contracté trop d'adhérences, certaines salpingo-ovarites assez mobiles peuvent être avantageusement extirpés par la voie vaginale.

Mais quelle est l'incision la plus favorable ? Est-il préférable de passer derrière l'utérus ou en avant ?

Les avis sont partagés. La colpo-cœliotomie postérieure a plus de défenseurs en France. On estime généralement qu'elle est moins dangereuse et qu'elle ouvre une voie plus large que l'incision pratiquée en avant de l'utérus. A l'étranger on tend à admettre, au contraire, que par l'incision antérieure on arrive plus aisément sur les annexes et qu'on les pédiculise mieux.

Le chirurgien doit se laisser guider par le *siège* de la tumeur et aussi par la ponction et la mobilité de l'utérus.

Les cas les plus favorables sont les petites salpingites peu adhérentes (hydro ou pyosalpinx) qui sont prolabées dans le cul-de-sac de Douglas.

Tout dernièrement, j'ai eu à traiter une jeune personne de 21 ans, qui avait été soignée, en décembre 1896, à Laennec, pour une métrite. Elle avait eu la blennorragie en octobre 1896 et on avait pratiqué le curage utérin à la fin de l'année dernière. Les douleurs font de nouveau leur apparition peu de temps après

l'opération, et depuis 3 semaines la malade avait des pertes blanches et des métrorragies.

www.libtool.com.cn

L'utérus est en position moyenne, le col petit, un peu mou. On sent dans le cul-de-sac postérieur une masse qui se prolonge surtout à gauche. La tuméfaction gauche a à peu près le volume d'une mandarine et donne vaguement la sensation de rénitence. Le cul-de-sac droit n'est pas souple. Des deux côtés et directement en arrière, la pression réveille des douleurs assez vives.

Je pratique l'incision transversale du cul-de-sac postérieur et constate que la masse principale est formée par la trompe et l'ovaire gauches entourés de quelques fausses membranes assez denses ; à droite, l'ovaire prolabé est enveloppé par des tractus fibreux résistants. La trompe, que l'on peut suivre avec le doigt, est saine.

Après quelques manœuvres, je parviens à mobiliser la trompe et l'ovaire gauches et à les abaisser jusqu'au niveau de la tranche vaginale. Je place une pince en dehors de l'ovaire et sectionne les tissus en dedans de l'instrument. Une autre pince est placée contre la corne utérine ; j'ai en entier la trompe et une grande partie de l'ovaire. Le reste de la substance ovarique était compris entre les mors de la pince. L'ovaire semblait peu altéré, mais il existait un pyosalpinx des plus typiques.

L'ovaire du côté droit est libéré, détaché de ses adhérences et refoulé par en haut. Les deux pinces furent laissées en place, et la brèche vaginale reste largement ouverte. Une simple gaze iodoformée fut placée entre les lèvres de l'incision.

L'opération fut remarquable par sa simplicité et par sa rapidité. Elle dura un quart d'heure tout au plus.

Cette petite malade fut rapidement guérie. Elle quitta l'hôpital 17 jours après son opération.

Dans ce cas, le siège de la tumeur dans le cul-de-sac de Douglas était une indication suffisante pour faire pratiquer l'incision vaginale en arrière du col.

J'ai, au contraire, donné la préférence à la colpo cœliotomie antérieure chez une femme de 22 ans qui avait des lésions annexielles à la suite d'une fausse couche.

L'utérus était en bonne position. A droite, on sentait une tumeur du volume d'un petit œuf. On reconnaissait l'existence d'un corps arrondi qui semblait être l'ovaire et, au-dessus, coiffant celui-ci, on sentait, loin de l'utérus, une petite tumeur rénitente qui paraissait être la trompe dilatée.

A gauche, il existait une ovaro-salpingite du volume d'une

mandarine. Les lésions du côté droit étaient beaucoup moins marquées que celles du côté gauche et assez haut situées.

Cette malade avait subi un traitement médical prolongé (révulsions, injections, etc.). Je l'avais suivie pendant assez longtemps. Une opération s'imposait.

L'hystérectomie vaginale était-elle indiquée? Je pensais que, peut-être, les annexes du côté droit pourraient être conservées et, la chose en valait la peine, puisque cette femme n'avait que 22 ans.

La laparotomie me semblait être préférable, afin de mieux voir les lésions et de les traiter convenablement.

Cependant, au dernier moment, je me décidai à pratiquer la colpo-cœliotomie antérieure, après avoir pris la résolution d'enlever les annexes gauches, par le cul-de-sac antérieur, d'inspecter les annexes droites et de pratiquer, au besoin, une opération conservatrice de ce côté, sauf à transformer la colpo-cœliotomie antérieure en hystérectomie vaginale totale, s'il m'était démontré que les annexes gauches dussent être sacrifiées.

L'incision du cul-de-sac antérieur fut aisée. L'ablation des annexes gauches fut longue et pénible, parce que des adhérences très fermes les maintenaient dans la profondeur et enveloppaient surtout l'ovaire. Néanmoins, je pus tout enlever, trompe et ovaire et, cependant, ces deux organes étaient assez volumineux et, les adhérences épaisses, comme vous pouvez le constater sur les pièces que je vous présente. Des ligatures furent placées, à ciel ouvert, en dehors de l'utérus et en dedans de la trompe.

L'ovaire droit fut d'abord libéré, car il était encastré dans des fausses membranes assez fermes. Puis, comme je sentis une petite tumeur accolée à la glande ovarique, j'extériorisai complètement la trompe et l'ovaire. Je pus constater nettement que la trompe était saine dans les 2/3 internes et que la tumeur était formée par une petite accumulation de liquide dans l'intérieur du pavillon transformé en une cavité kystique appliquée sur l'ovaire. Je pratiquai donc une salpingotomie, et comme l'ovaire était scléro-kystique, je fis une résection de cet organe, ce qui fut facile, parce que la trompe et l'ovaire étaient près de la vulve et très accessibles.

Par colpo-cœliotomie antérieure, j'ai fait les investigations et les opérations qui nécessitent, d'après l'opinion générale, l'incision de la paroi abdominale. J'ai enlevé complètement un ovaire et une trompe hypertrophiés et adhérents; j'ai pratiqué des opérations conservatrices sur l'ovaire et la trompe du côté opposé. Sans doute l'incision de la paroi abdominale m'aurait permis de

faire une opération plus rapide — mon intervention a duré une heure — mais je n'ai pas à redouter la production d'une hernie au niveau de l'abdomen, et d'autre part j'aurais enlevé l'utérus si je n'avais pas pu conserver les annexes droites. Ce cas représente dans mon esprit le maximum de ce que l'on peut tenter par la voie vaginale antérieure.

L'incision du cul-de-sac antérieur était préférable à la colpo-cœliotomie postérieure. Je n'aurais pas pu faire basculer complètement l'utérus dans le vagin, par le cul-de-sac de Douglas, à travers les ligaments utéro-sacrés et avoir ainsi à ma portée et l'ovaire et la trompe depuis son insertion utérine jusqu'au pavillon. (*Soc. obst. et gyn. de Paris.*)

www.libtool.com.cn

OBSTÉTRIQUE

LE DIAGNOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT. — A PROPOS DU JUGEMENT DU TRIBUNAL DE SAINT-NAZAIRE.

Je n'ai l'honneur de connaître ni MM. les magistrats de Saint-Nazaire, ni M. le Dr Méloche, ni Mme Vve B...., n'ayant à ma disposition que la teneur du jugement de condamnation du Dr Méloche (1).

Mais l'étude de ce nouveau produit de la jurisprudence (car celle-ci est réellement, sauf erreur, sinon heureusement accouchée d'un jugement, étant elle, non veuve, mais en puissance du Code Civil, sinon de mari) m'amène comme bien d'autres, à de touchantes méditations.

Ne vous semble-t-il pas tout d'abord, amis lecteurs, à la vue du monument précité, que le tribunal de Saint-Nazaire, s'érige un peu en Collège de Médecins, et prétend au langage d'une Faculté qui dicterait, « *Ex Cathedrâ* », à ses disciples, « *intenti et ora tenentes* » des sentences et des aphorismes ? Si le souvenir de la vieille école de Salerne a un peu terni, malgré la clarté surévidente de ses préceptes :

Sans faim ne mange point pain
Et sans soif ne bois point vin,

etc., en revanche, la jeune école de Saint-Nazaire, à son aurore, nous annonce sa venue par la projection d'un bien vif éclat. Imitons, si vous voulez bien, Pline le Jeune par-

(1) Le Dr Méloche, médecin-expert, avait été condamné par le tribunal de Saint-Nazaire, à 1000 francs de dommages-intérêts envers une femme dont il avait méconnu la grossesse.

lant à son ami Mauricus : « *In scholam redeo... sedeo inter juvenes.* »

www.libtool.com.cn

Prenons place sur les gradins... de l'amphithéâtre du cours de Médecine Légale, nous entendrons peut-être Brouardel, Lacassagne, etc... Je me trompe... pénétrons dans la salle d'audience... allons ouïr MM. du Tribunal : « *Attendu... que l'Expert a négligé de procéder à l'analyse du sang, dont la composition est d'après tous les auteurs qui se sont occupés de Médecine légale, l'un des indices les plus certains de l'accouchement...*

Si, moins renseignés que les juges de Saint-Nazaire, nous nous reportons auprès de nos auteurs de Médecine Légale les plus récents, nous ne trouvons, dans aucun de ceux dont nous tenons les ouvrages et, pour ne nommer que ceux-là et des meilleurs, aucune mention de l'analyse du sang applicable au cas dont il s'agit.

Amb. Tardieu, dans son *Etude Médico-Légale sur l'Infanticide* (*1880*), qui décrit minutieusement les détails, l'ordre, l'importance des investigations imposées à l'expert, n'en dit mot.

Non plus, *T. Gallard*, dans son ouvrage, *De l'avortement au point de vue médico-légal* (*1878*).

Briand et Chaudé dans leur *Traité de Méd. Lég.*, *1880*, n'en font point mention ; *Taylor* : *Traité de Méd. Lég.*, *1880*, traduit de l'anglais *par Coutagne — Lutaud — Vibert* (*1881*), n'en parlent point.

Il faut laisser un instant le domaine de la Médecine Légale et de l'expertise pratique sur lequel rien n'aurait dû faire perdre pied, et se reporter chez les maîtres en accouchements.

Moreau (*Traité des accouchements*) est muet sur la question. De même *Dührssen* (*Vade-mecum d'obstétrique*) traduit de l'allemand en italien par *Colucci*.

Charpentier (*Traité des accouchements*, *1890*) cite, entre autres, les travaux de Ingerslew dont les conclusions sont : le nombre des globules rouges ne diminue pas chez la femme gravide ; de Fehling, disant que le nombre des globules rouges diminue, mais que la quantité d'hémoglobine augmente ; de Meyer, voyant l'englobine diminuer, au contraire ; de Hayem, concluant que la déglobulisation est très variable.

Dans *Tarnier et Chantreuil* (*Traité de l'art des accouchements*, *1882*), nous lisons : « Les modifications du sang, pendant les suites de couches, ont été peu étudiées jusqu'à présent. Cependant l'augmentation de la fibrine et des globules blancs a été signalée.... Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, Playfair, Laurent ont démontré que l'augmentation

de la fibrine était encore plus considérable pendant les suites de couches que pendant la grossesse.....

Tandis que le nombre des globules blancs est de 3.900 à 9.000 par mm.c. chez la femme à l'état normal, de 4.000 à 10.000 chez la f. grosse (Grancher); il monte à 18.900 12 heures après l'accouchement pour retomber à 13.300 le 3e jour de couches, à 10.000 le 10e jour et à 8.400 cinq semaines après l'accouchement. (Malassez.)

Remarquons que les auteurs se placent au point de vue de la science pure, et nous font implicitement prendre acte de l'incertitude de leurs données. La Médecine Légale, qui veut des conclusions fermes, peut-elle s'accommoder de pareilles hypothèses ?

J'imagine bien que, pour édifier leurs théories, les physiologistes cités ont dû recueillir le sang spontanément fourni par les femmes gravides, ou le retenir à l'occasion des saignées si larges et si fréquentes jadis ; mais, dans ce dernier cas, l'analyse ne pouvait être que pathologiquement circonstanciée et se refuser à des conclusions d'obstétrique normale.

Faire une saignée expérimentale aux fins d'analyse, eût été dépasser les limites de la *licence du cabinet*.

Or, dans l'espèce actuelle, la femme n'est ni spontanément ni thérapeutiquement en état d'hémorrhagie (du moins rien ne nous le dit).

De telle sorte que l'expert eût été en mauvaise posture pour réaliser pareille analyse, en admettant qu'elle eût pu tirer effet.

De ses recherches, l'expert conclut, dit le jugement, à la *probabilité* de l'accouchement. Il n'y avait donc, sur cette donnée, qu'à rechercher ailleurs des preuves extra-médicales de l'accouchement, et, à défaut d'icelles, de laisser la veuve B.... en sa tranquillité.

Car enfin, si l'opinion de l'expert se fût arrêtée à la simple *possibilité*, on n'aurait pas, j'imagine, ordonné la poursuite.

La probabilité a ses degrés ; il y a le très peu, le peu, le simplement, le très probable, etc. Le jugement ne vise que le probable sans adjectif. Le magistrat instructeur a donc dû se poser à l'esprit la question de savoir si la limite du probable et du possible était, en l'espèce, assez éloignée pour ne point craindre de la violer ; et, si ce magistrat a ordonné les poursuites et les mesures de coercition qui font la cause de la demande, c'est, apparemment, que son esprit a pesé sur les investigations faites et relatées par l'expert.

En constatant cette immixtion de l'autorité judiciaire, dans la discussion, l'appréciation des doctrines, des théories scientifiques, *des faits qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux incertitudes de la science*, selon la parole très autorisée de l'éminent procureur général Dupin, nous faisons en quelque forte *la symptomatologie* d'une néo-maladie sévissant avec une intensité actuellement marquée, de l'ordre sociologique. Allons plus avant : esquissons-en l'*étiologie* et la *pathogénie*.

Il règne, en effet, depuis de beaux jours, au-dessus de notre vaste corporation, une sorte de génie épidémique, diversement dénommé : *Prurigo ovariotomique*, disent les uns ; *Manie Dichotomique*, dirait Léon Daudet. Deux criminels, ou peut-être seulement deux malheureux, sont jugés ravalant notre profession élevée. Un certain public, la presse politique et judiciaire associent leurs efforts pour écraser les condamnés, si le verdict du Jury ne suffisait point. Les médecins sont compris dans l'anathème ; car le *Crimine ab uno disce omnes*, reste de tous les âges.

Le magistrat est humain : quand il a appendu sa toge au bas de son siège, ne peut-il pas revêtir ou plutôt conserver l'homme dont il ne s'était pas, au reste, totalement dépouillé ? Ne partage-t-il pas, en dépit des injonctions de la loi positive, quelquefois au moins, car quelle profession prétendrait rester au-dessus de l'humanité, les parti-pris, les erreurs, les préjugés de la foule ?

Précisons : L'affaire Druaux a occupé, plusieurs années durant, l'attention des légistes : magistrats et médecins. Tout le monde connaît l'espèce : Une intoxication purement accidentelle ayant pour cause les dérivés oxygénés du carbone, émanée d'un four à chaux du voisinage et produite chez divers individus, avait été prise pour un empoisonnement criminel, l'agent toxique étant resté indéterminé.

Les premiers experts commis n'avaient point songé à faire l'analyse micrographique, chimique, la spectroscopie du sang des victimes. Les experts de la deuxième ligne avaient fait, avec raison, de cette opération de toxicologie, le pivot de leurs recherches et de leurs conclusions. La grande question agitée aux débats, culminante au premier chef, tour à tour revêtue de diverses formules, était celle-ci : L'analyse du sang dans les circonstances de la cause, pouvait-elle être concluante ? — Le cas la nécessitait-il ? — Les résultats de cette opération n'étaient-ils point susceptibles d'être discutés ?

La chimie devait-elle forcer la main à la médecine ? etc., etc. »

www.ibtool.com.cn

Du siège du ministère public et du banc de la défense en même temps, et cette fois parlant à peu près le même langage, à la barre des experts déposant devant la cour et eux-mêmes opinant en deux sens opposés ; de la littérature médico-légale française à celle d'Outre-Rhin et d'Outre-Manche, on assista, à Amiens, à un véritable *chassé-croisé* de répliques et de dupliques. L'analyse du sang resta le thème, modulé sur des variations multiples, du débat médico-légal : magistrats, experts, avocats, journalistes, gens du monde, chacun ne parlait que d'analyse du sang en matière d'expertise médicale.

De là à apercevoir l'analyse du sang comme la condition *sine quâ non* de toute expertise d'ordre plus ou moins médical, il n'y avait qu'un pas et ce pas fut vite franchi par la série des déductions auxquels se livre facilement la masse des non-professionnels. Pour l'esprit de la foule, simpliste naturellement, analyse du sang devint synonyme d'expertise médicale. Il se produisit une auto-suggestion irrésistible, qui amena un « état d'âme » et à laquelle le magistrat ne sut pas plus échapper que *quivis a populo*.

L'analyse du sang, fut-il bien entendu (nous sommes à Amiens, nous allons arriver à Saint-Nazaire) expliquera tout. Si cette opération est faite, elle dévoilera tous les secrets demandés à l'expertise ; si on ne l'a pas faite, l'expertise croulera comme palais sur sable : c'est le formidable cauchemar de l'esprit suggestionné.

Vous décrirez une ecchymose, une plaie par instrument : vous direz la nature de cet instrument, ou piquant ou tranchant ; vous apprécierez la gravité de la lésion en fonction du siège, de l'âge, du tempérament, etc... de la victime ; vous déterminerez la durée d'incapacité de travail. Votre expertise ainsi esquissée ne sera pas complète.... Vous vous récriez ! Et l'analyse du sang !

Vous êtes sans vous en douter, n'est-ce pas, un expert délinquant ou quasi-délinquant (code civil art. 1382, 1383).

Prenez garde aux dommages-intérêts ! N'allez pas trop à Saint-Nazaire ! ni ailleurs.... Restez, si vous le pouvez chez vous, et m'en croyez !

Voilà la série des idées qui ont pu, faut-il croire, s'insinuer dans l'esprit des juges du docteur Méloche, tout en leur supposant la meilleure foi du monde. Ils ont bien pu avoir devant eux le spectre.... de la spectroscopie du sang, au moment où ils découvraient leurs attendus.

Nous lisons dans un des derniers considérants :

La négation de la grossesse ne peut constituer une faute à la charge de la dame veuve B.... obligée de se défendre ; mais cette déclaration, contraire à la vérité, quoique ne dispensant pas l'expert de l'accomplissement intégral de son mandat, doit être retenue comme un élément d'atténuation de la responsabilité (de l'expert).

Nous n'envisageons pas la conduite du médecin dans l'espèce. Y avait-il lieu ou non de prendre une femme gravide pour une nouvelle accouchée ? La science obstétricale elle-même se trompait-elle, faisait-elle faillite, c'est le terme à la mode, en la personne du Dr Méloche, ou bien celui-ci manquait-il, dans l'exercice de son mandat, du sens médical le plus obtus ? Etait-il ou laissait-il d'être l'*homo diligentissimus* ou même l'*homo diligens* que chacun doit être sous peine de lèse-profession ? Nous ne plaçons pas sa personnalité en face de l'art médical ; nous la laissons en présence de celle de son adversaire.

Car le ministère public ne poursuit pas : aucune peine n'est requise. Le tribunal rend même hommage, en termes exprès autant que platoniques, *à la grande honorabilité du défendeur*. Le débat reste donc circonscrit entre veuve B... et Dr Méloche. L'inculpée a fait le nécessaire, c'est reconnu par le tribunal, pour induire l'expert en erreur : elle a nié sa grossesse, réelle pourtant ; *elle était obligée de se défendre*, il est vrai. Sa mauvaise foi est constante, quel qu'en soit le mobile : elle a agi obliquement.

Il s'agit, pour elle, d'encaisser, en espèces, les conséquences dommageables d'une erreur qu'elle a réussi, autant qu'il a dépendu d'elle, à faire commettre.

Il y a donc lutte engagée entre la bonne foi et la grande honorabilité du Dr Méloche, d'une part — d'autre part, la négation intéressée de la veuve B.... au dossier de laquelle *les renseignements sont défavorables tant sur elle que sur sa famille*.

Il me souvient que, dans nos incursions à l'Ecole de Droit, nous entendions souvent nos jurisconsultes officiels nous citer le brocard : *Nemo auditur propriam turpitudinem allegans*. Il est vrai que nous n'étions pas à Saint-Nazaire : on n'était qu'à Toulouse.

J'admets une faute, même lourde, à la charge du médecin ; j'admets aussi qu'il n'ait pas su, seul grief à son encontre, se montrer supérieur à nos grands auteurs de Médecine Légale.

J'accepte que à la fallacieuse dénégation, en vue de sa défense, commise par la demanderesse, on oppose la faute professionnelle du défendeur ; mais, à faute contre faute, n'était-ce pas le cas, pour le tribunal, d'appliquer cet autre brocard : *In pari causá melior est causa possidentis* et, consacrant le statu quo, rejeter la demande ?

Bien plus, la faute, grâce à laquelle l'inculpée a causé l'erreur de l'expert, ne pouvait-elle pas être prise à grief par ce dernier ? Et si celui-ci avait actionné celle-là ou lui avait répondu reconventionnellement, n'aurait-il pas dû être considéré comme défendant l'excusabilité de son erreur ?

La défense de l'amour-propre d'un honnête homme n'est-elle pas de droit aussi naturel, à un même si non à un plus haut titre que celle d'une veuve dont la *moralité a été reconnue douteuse*. Victoire est restée à la veuve B.

Dans beaucoup de jeux, la prime annoncée pour le gagnant subit une réduction d'usage. Ici le chiffre accordé est attribué sans réserves ; en plus, les intérêts à titre d'augment.

Disons donc avec l'Ecclésiaste, si je ne me trompe, en changeant les personnages : *Et nunc, medici, intelligite* ; *Erudimini qui Sanatis terram* !

Je ne sais si le jugement a été rendu en dernier ressort, ne connaissant pas le chiffre de la demande et, si, dans ce cas, il a été déféré à la censure de la Cour Suprême ; ou bien, si, étant à charge d'appel, appel en a été relevé ; dans ce cas, sera-t-il infirmé ou confirmé ?

Engageons les paris, mais ne forçons point trop les enjeux.

Dr Louis VIDAL, de Nissan, avocat.

INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON VERS LE POLE INFÉRIEUR DE L'ŒUF.

(*Présentation de pièces.*)

Par M. le Dr PORAK.

L'insertion vélamenteuse du cordon n'appartient pas aux grandes raretés lorsqu'elle n'est pas trop éloignée du bord du placenta. Quel que soit son éloignement, elle ne présente pas non plus un bien grand intérêt clinique quand elle se produit au bord supérieur ou sur les bords latéraux du placenta (1). Elle devient heureusement très rare et malheureusement très grave, quand le placenta

(1) Bessière. Th. Paris, 1884.

s'insère sur le segment inférieur de l'utérus et qu'elle-même se trouve sur le chemin que doit parcourir le fœtus pour sortir hors des organes génitaux de la mère. En parcourant le journal « l'Obstétrique » et le recueil de nos bulletins, dans le courant de l'année dernière seulement, MM. Merle, Doléris et Charpentier ont rapporté des observations qui peuvent être rapprochées du fait que je vous demande la permission d'exposer devant vous.

Voici mon cas :

Mme X..., plutôt d'une constitution délicate, arthritique et un peu nerveuse, jouit cependant d'une bonne santé habituelle. Sa grossesse n'a rien présenté de bien sérieux : quelques malaises insignifiants et pendant les sept premiers mois de la tachycardie. Les derniers règles remontaient au 8-12 avril dernier. Les premiers mouvements de l'enfant avaient été ressentis vers le 15 août. Elle était donc à terme.

Le travail débuta le 29 janvier, l'enfant présentait le sommet en O. I. G. P. Le 30 et le 31 janvier, le col ne se dilata qu'avec la plus grande lenteur, les contractions utérines étaient assez irrégulières. La tête resta très longtemps au détroit supérieur, et ce n'est que le 31 janvier qu'elle pénétra lentement, mais franchement dans l'excavation. Vers le soir, alors que les membranes étaient encore intactes, que le col n'était pas encore complètement dilaté, les battements du cœur fœtal cessèrent d'être perçus. L'enfant avait succombé. Je rompis la poche des eaux, et il s'écoula du méconium presque pas dilué par le liquide amniotique, ce qui prouvait que l'enfant souffrait depuis un temps appréciable et que le liquide amniotique était peu abondant.

La parturiente était à bout de forces par ce travail de plus de 70 heures ; quoique la température fût normale et que la santé générale restât satisfaisante, je me décidai à intervenir. La partie fœtale se trouvait dans l'excavation, la position restait toujours en G. P., la tête était peu fléchie et me paraissait relativement volumineuse.

L'application de forceps ne présenta pas de difficultés réelles. La rotation fut exécutée sans obstacles sérieux. Le périnée assez résistant se déchira dans sa moitié antérieure. La périnéorrhaphie fut faite immédiatement.

Voici maintenant le placenta. Je l'ai fait dessiner. La disposition anatomique de l'implantation du cordon nous rend parfaitement compte de l'inéluctable fatalité des accidents et de notre impuissance à y obvier.

Le cordon s'insère à plus de dix centimètres du bord inférieur

www.libtool.com.cn

du placenta. La veine ombilicale se divise en deux gros troncs qui cheminent sur les membranes et ne tardent pas à se diviser avant d'arriver au bord du placenta. A droite les artères croisent les veines et présentent des divisions plus nombreuses. Elles atteignent le bord du placenta en des points différents. A gauche, au contraire, les artères suivent les veines dans leurs divisions.

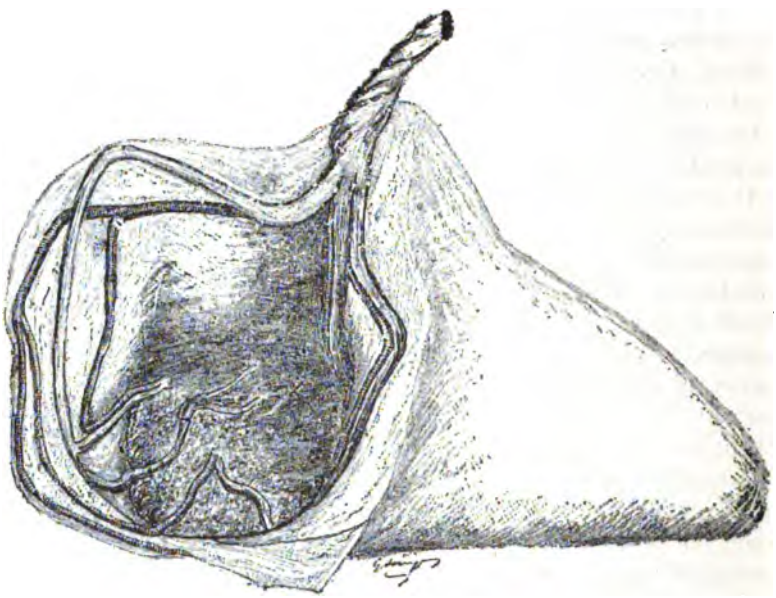


Fig. 1.

Les bords de la déchirure des membranes se trouvent limités à droite au trajet d'une artère, ils sont assez espacés à gauche des vaisseaux. Les membranes sont épaisses et résistantes. La déchirure est perpendiculaire au bord du placenta et s'étend jusqu'à un ou deux centimètres de ce bord.

L'enfant a été extrait par une ouverture limitée de toutes parts par les vaisseaux.

Le placenta était inséré bien près du segment inférieur de l'utérus, et cependant Mme X. n'avait eu aucune hémorrhagie ni pendant sa grossesse, ni pendant le travail. La lenteur de la dilatation du col dépend probablement en partie du défaut de glissement des membranes, qui n'a pu se produire que du côté opposé à l'insertion placentaire.

Ce glissement unilatéral a nécessairement eu pour résultat de faire descendre l'insertion du cordon et de le ramener vers l'exca-

www.libtool.com.cn

vation pelvienne, où il s'est trouvé comprimé contre les parois du bassin par la partie fœtale dès qu'elle s'est engagée. Tant que l'insertion du cordon se trouvait élevée, la compression ne s'exerçait que sur quelques-uns des vaisseaux et non sur la totalité d'entre eux, qui s'écartaient en parcourant une région très étendue du segment inférieur de l'œuf.

Dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* (1888), j'avais déjà insisté sur la fréquence relative de l'insertion du cordon sur le bord ou près du bord inférieur du placenta prævia. J'avais montré à cette occasion que la procidence du cordon était fatale et sa réduction impossible.

On peut dans une certaine mesure se rendre compte de cette disposition.

Des travaux récents (Maggiar, th. Paris, 1895 ; Gibiat, th. Bordeaux, 1896) montrent que l'insertion du placenta sur le segment inférieur est plus commune qu'on ne le pense. Pour être absolument démontrées, les insertions du placenta couvrant l'orifice interne du col sont heureusement exceptionnelles. Le segment inférieur de l'utérus est une mauvaise région d'implantation du placenta. Les lésions du placenta sur ses bords et surtout sur son bord inférieur, la fréquence des placentas succenturiés, l'étalement de cet organe démontrent qu'inséré sur le segment inférieur de l'utérus, le placenta s'y nourrit moins bien que sur la partie supérieure, il s'y atrophie davantage, peut même disparaître en ne laissant qu'une dégénérescence graisseuse en bordure ou une caduque épaissie à la place des cotylédons, y ayant existé à un moment donné. Mais si le placenta, quelle qu'ait été son implantation primitive, peut, pour ainsi dire, se développer plus à l'aise en un point qu'en un autre de l'utérus, le cordon ombilical, lui, garde son implantation originelle. On conçoit dès lors qu'on le rencontre plus fréquemment inséré au bord inférieur et même inséré sur les membranes du segment inférieur de l'œuf, dans le cas d'insertion inférieure du placenta. On trouvera sur ce mode de formation de l'insertion vélamenteuse du cordon des considérations intéressantes dans un mémoire publié dans le *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, 1895, XXXIII, p. 21, sous la signature de Keilnann.

Je ne crois pas, comme on l'a dit, que l'insertion vélamenteuse du cordon prédispose à la rupture prématurée des membranes ; je ne crois pas non plus que la rupture d'un des vaisseaux du fœtus en constitue une complication commune (1).

(1) Poullet. *Ann. de Gynécologie*, octobre 1879.

www.libtool.com.cn

Dans notre observation, le cordon était implanté assez loin du placenta pour laisser la place au passage de l'enfant. Mais si cette insertion avait été moins éloignée, qu'elle n'eût absolument pas laissé place à une ouverture ayant les diamètres de la tête de l'enfant, la rupture des vaisseaux en eût été la conséquence nécessaire. Le danger d'ailleurs ne réside pas dans cette rupture vasculaire, survenant peu de temps avant la délivrance, mais dans la compression de la région occupée par l'implantation même du cordon.

Chez des multipares avec une dilatation rapide du col, il est possible qu'on puisse, par une extraction pressée, sauver la vie de l'enfant. Mais combien cela doit être rare !

Le diagnostic de l'insertion vélamenteuse du cordon ne peut se faire que si on sent battre sous le doigt une artère comprimée sur la tête fœtale. *(Société Obstétric. et Gynéc. de Paris.)*

RUPTURE SOUS-PÉRITONEALE DANS UN CAS DE PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE NÉGLIGÉE. — VASTE THROMBUS REMONTANT JUSQU'AU DIAPHRAGME,

Par MM. Tissier et Desfosses.

La nommé C..., femme Van K..., âgée de 41 ans, XIVpare, est prise de douleurs le 8 janvier au matin. La sage-femme, appelée peu après, rompt les membranes et laisse les choses en l'état. Pendant la journée du 8, du 9 et du 10, les contractions se succèdent avec énergie sans faire avancer la présentation.

Enfin, très faible, très pâle, toute anhélante et cyanosée, la malade est amenée, dans la soirée du 10, à l'hôpital Saint-Louis. Son pouls est incomptable et imperceptible, la température axillaire au-dessous de la normale. A la vulve pend un bras gauche tuméfié et un cordon froid et sans battements. Pas de bruits du cœur. Au toucher, épaule gauche en A. I. D.

L'enfant fut extrait par la version podalique, qui s'effectua avec une facilité extrême ; facilité qui est un bon signe de rupture utérine.

L'enfant pesait 3.650 gr., il fut immédiatement suivi du placenta ; le vagin fut lavé et bourré de gaze.

Nuit agitée. Faiblesse extrême.

Le lendemain matin, à la visite, le ventre est ballonné, le facies tiré, le pouls imperceptible, la température est à 38°8. Ce seul aspect fait soupçonner la rupture de la matrice.

A l'examen, en effet, nous sentons l'utérus largement déchiré

du côté gauche sur toute la hauteur du col et la déchirure paraît se poursuivre au long du bord gauche. Le corps utérin est refoulé à droite. Du côté gauche les doigts pénètrent dans une vaste cavité latéro et postéro-utérine remplie de caillots, de filaments conjonctifs et vasculaires, où l'on sent en arrière battre les artères iliaques. Cette cavité s'étend très loin en haut et en arrière, plus haut qu'on n'ose aller; les doigts soulèvent comme un voile membraneux très ténu au-dessus duquel on a la sensation élastique des intestins remplis de gaz. Ce voile est le revêtement périnéal décollé, flottant, qui est demeuré intact.

La cavité est, avec mille précautions, débarrassée des plus gros caillots, puis lavée très prudemment avec l'eau bouillie, enfin bourrée de lanières iodoformées. L'utérus est également rempli de gaze ; la malade est soumise aux inhalations d'oxygène, aux injections de sérum, aux piqûres d'éther, aux pilules d'opium, le ventre recouvert d'un vaste cataplasme glacé. Les urines n'ont pu être recueillies.

Ce pansement avait eu lieu le 11 juin au matin.

La journée s'est passée sans changements, sauf que des vomissements abondants se sont manifestés et que le ballonnement s'est accru. Cet état s'aggrave dans la journée du 12, et le soir la malade succombe.

Nous avons fait l'autopsie le 14.

La vue directe de cette pièce que nous avons pu apporter tout entière, et que nous conservons, montre mieux les lésions qu'aucune description.

A l'ouverture du ventre on put constater des lésions de péritonite débutante. Nulle part le revêtement séreux du péritoine n'avait été rompu ; l'utérus était rejeté à droite ; vers la gauche depuis le bord utérin en remontant sur la paroi postérieure jusqu'au milieu de la région rénale existait une ecchymose violette-verdâtre occupant toute la paroi postérieure de l'abdomen à gauche de la colonne vertébrale. Toute cette portion ecchymotique était soulevée par des caillots qu'on pouvait deviner. En effet, derrière le péritoine est une vaste cavité remplie de sang coagulé remontant jusqu'au milieu du rein et communiquant en bas avec le col utérin et le cul-de-sac vaginal gauche rompus.

La lacération cervicale remonte sur le bord utérin, moins haut que nous le supposions, et s'arrête au niveau de l'anneau de contraction très nettement visible.

Une suffusion sanguine s'étend tout à l'entour sur le vagin

et sur l'utérus et s'infiltre au-dessus de la déchirure sous le revêtement péritonéal, envahit toute la moitié gauche de la face antérieure et de la face postérieure de la matrice et s'élève en haut jusqu'à la corne gauche.

La vessie, les reins, le foie, le cœur et tous les autres organes sont intacts.

Les faits de rupture du segment inférieur, avec production d'une vaste cavité latéro-utérine sous-péritonéale où l'enfant peut se loger en partie et qui s'emplit de sang ne sont pas très rares ; nous avons cru utile de vous en présenter un spécimen typique. (*Soc. Obstét. et Gynécologique de Paris.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS :

TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN.

(*Suite, voyez le numéro précédent.*)

M. St. Bonnet. — Dans cette question du prolapsus, qui a été si brillamment discutée au dernier Congrès de chirurgie, on n'a guère envisagé que le prolapsus des multipares, c'est-à-dire celui, d'origine obstétricale, qui reconnaît pour cause première l'effondrement du plan vulvo-périnéal de soutien et qui se déroule de bas en haut. Dans la plupart des ouvrages classiques, on n'établit guère non plus de distinction pathogénique dans les divers cas. Il est vrai que la grande majorité des malades qui souffrent de ce déplacement, sont des femmes qui ont accouché, et, plutôt souvent qu'une fois, ou qui ont eu des couches laborieuses ou instrumentales ; c'est chez elles qu'on constate les plus grosses lésions, c'est-à-dire jusqu'à la procidence complète: ce sont elles aussi qu'il est le plus facile de guérir grâce aux opérations plastiques associées variables suivant les cas ; mais ce ne sont pas toujours celles qui souffrent le plus et les incommodités sont loin d'être en raison directe du degré de la lésion.

Après d'autres, j'ai eu l'occasion d'observer bien souvent et en dehors de toute infection antérieure, de tout processus inflammatoire, des jeunes femmes, stériles, ou même, mais plus rarement, des jeunes filles offrant énormément de pesanteur pelvienne, de tiraillements sacrés, inguinaux et pubiens, correspondant aux insertions des ligaments suspenseurs de l'utérus. Ces malades, qui étaient traitées de nerveuses parce qu'on ne soupçonnait pas le prolapsus chez elles et qu'en réalité il n'apparaissait, à l'examen, que lorsqu'on le cherchait bien, n'en étaient pas moins de véritables infirmes

www.libtool.com.cn

plus malheureuses certes que beaucoup de vieilles femmes portant entre les jambes, mal contenue dans une serviette, la masse herniée de leur utérus, de leur vessie et de leur rectum.

Si l'on pratique le toucher vaginal chez ces malades, en les supposant indemnes de toute lésion inflammatoire pelvienne, on trouve une musculature périnéale intacte, souvent même très ferme, surtout à un premier examen, alors que par pudeur, ou par crainte, elles se contractent et dissimulent leur lésion ; mais derrière la sangle périnéale, le vagin est dilaté et court, les culs-de-sac, surtout le postérieur, loin d'être effacés, sont notablement agrandis et on rencontre vite le col, généralement hypertrophié, conique et turgide, qui repose, appuie plutôt, sur la paroi postérieure du vagin. Le palper sus-pubien combiné ne permet généralement pas de trouver le fond de l'utérus à son niveau normal ; mais on peut, du doigt vaginal, soulever l'organe et l'amener facilement au contact de la main hypogastrique, se le renvoyer d'une main à l'autre et se rendre compte, de la sorte, de l'extrême laxité de ses attaches supérieures. L'utérus peut être dans l'axe du vagin ou même en rétrodéviation (et alors très mobile), comme dans les cas vulgaires de prolapsus, mais ce n'est pas nécessaire et, le plus souvent, cet abaissement est survenu dans l'antédéviation normale. Pendant cet examen, surtout s'il est pratiqué, comme il vaut mieux le faire, avec deux doigts vaginaux, ces doigts sont souvent fatigués par la constriction du périnée. Ce n'est donc pas lui qui est en défaut, mais les moyens de suspension, exclusivement.

Or, les malades qui présentent ce genre de déplacement, sont des jeunes femmes, naturellement débiles, ou débilitées par une maladie quelconque, souvent maigres, anémiques ou anémiées par leur profession ou une hygiène défectueuse : le mariage récent ou des excès de coït, la station debout habituelle, peuvent entrer en ligne de compte dans le complexus étiologique, ainsi que ce qu'on a appelé les *fausses routes vaginales*, l'agrandissement du cul-de-sac postérieur et la brièveté congénitale et disproportionnelle du vagin. Chez ces mêmes sujets, il n'est pas rare de constater, en même temps, de l'ectasie gastro-intestinale avec dyspepsie et constipation et de la ptose des organes abdominaux.

Ces malades ne sont pas toujours originellement des nerveuses ; souvent ce sont, au contraire, des lymphatiques molles et apathiques, dont le déplacement, avec ses conséquences, fait plus tard des névropathes.

www.libool.com.cn

Je suis depuis plusieurs années une jeune femme petite et maigre, mais d'une santé générale parfaite, que j'ai commencé à soigner pour de la cervicite légère ; je lui fis alors un hersage du col et pendant 3 ans, menant une existence régulière avec un seul et même amant, elle s'est très bien portée. Depuis deux ans, elle tient une boutique et y reste debout à peu près toute la journée : son domicile est une arrière-boutique, humide et obscure ; de plus, elle a eu, depuis cette époque, des amants successifs ou simultanés qui, d'après ses confidences, exigeaient d'elle un service excessif. Or, j'ai vu, successivement apparaître chez cette jeune femme, indépendamment d'une anémie manifeste, de la dilatation et de la ptose du côlon avec constipation et plusieurs poussées d'engouement cœcal, de l'abaissement du rein gauche, des varices des jambes et enfin un prolapsus très net, sans déviation, de l'utérus..... Si je cite ce cas, c'est qu'il me paraît assez typique et que j'ai pu le suivre plus longtemps ; j'en ai observé bon nombre d'autres analogues et j'ai pu, chez plusieurs, suivre presque aussi bien l'évolution de l'abaissement génital.

Quant au traitement chirurgical, il est loin de présenter des indications aussi nettes et de donner des résultats aussi immédiatement satisfaisants que dans les cas ordinaires de prolapsus à début inférieur. Ici le plancher périnéal ne fait pas défaut et sa restitution serait superflue. La série opératoire idéale serait sans doute de raccourcir les ligaments utéro-sacrés et les ligaments larges en même temps que les ligaments ronds.

En pratique, le raccourcissement très serré des ligaments ronds associé à des colporraphies étroites correspondant à l'ectasie des culs-de-sac et, au besoin, à la résection du col qui pèse sur le rectum me semble indiqué comme traitement préalable ou ultérieur ; mais il importe beaucoup d'y joindre un traitement général approprié continué longtemps et visant la reconstitution de la musculature et des tissus en général.

Je n'ai pas grande expérience des résultats du massage local ; mais je crois, à priori, que, dans ces cas, il serait vraiment utile, plus, sans doute, que dans les cas de déchirure périnéale avec effondrement ou défaillance du plan de soutien.

www.libtool.com.cn

ATROPHIE SPONTANÉE D'UN FIBROME APRÈS L'ACCOUCHEMENT,

Par M. Batuaud.

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années que j'ai eu l'occasion d'observer et de soigner, il y a quatre ans, à la clinique du Dr Chéron. Cette malade était venue se faire examiner parce qu'elle sentait une grosseur au-dessus du pubis et parce qu'elle avait des douleurs dans le ventre et des hémorrhagies. L'examen local démontra qu'il existait, dans la paroi antérieure de l'utérus, une masse de consistance solide, fibromateuse, du volume et de la forme d'une moitié d'orange à voussure externe. Pendant six mois environ, la malade fut soumise aux intermittences rythmées du courant continu, chaque séance d'électrisation étant suivie d'une application intra-utérine de perchlorure de fer. Douleurs et hémorrhagies disparurent rapidement, mais la tumeur restait identiquement de même volume.

La malade, qui était nullipare, devint enceinte ; à plusieurs reprises, pendant la grossesse, on put constater l'existence de la tumeur fibreuse, occupant toujours la paroi antérieure de l'utérus et augmentée nettement de volume.

La tumeur occupant le segment supérieur de l'utérus et n'empiétant nullement sur le segment inférieur, je dis à la malade qu'elle ne devait avoir aucune crainte pour l'accouchement. L'accouchement eut lieu, en effet, sans aucune difficulté, comme c'est la règle en pareil cas.

Six semaines environ après l'accouchement, la malade revenait à la clinique pour savoir ce qu'était devenue sa tumeur fibreuse qu'elle disait ne plus percevoir comme autrefois. Malgré l'examen bi-manuel le plus complet, il fut impossible de trouver trace de l'ancienne tumeur ; l'utérus était de volume normal et la paroi antérieure ne présentait aucune tuméfaction, aucune induration, ayant au contraire partout une épaisseur et une consistance normales. Plusieurs examens donnèrent toujours le même résultat négatif.

Bien que les faits de ce genre soient connus, ils sont rares ; c'est pourquoi je suis heureux que M. Charpentier m'ait fourni l'occasion de vous citer ce nouvel exemple d'atrophie spontanée d'une tumeur fibreuse à la suite d'un accouchement.

www.libtool.com.cn

FORMULAIRE

—

Formules diverses de sérum artificiel.

(Traitement de l'éclampsie.)

(MAURANGE.)

1° Chlorure de sodium..... 7 gr. 50
Eau distillée stérilisée q. s. p.. 1000 gr.
(Sérum chirurgical.)

Employé dans le collapsus et la septicémie péritonéale post-opératoires, dans l'éclampsie puerpérale, chez les typhiques et les urémiques graves, dans le choléra et les maladies infectieuses.

2° Eau stérilisée... 1 litre.
Sulfate de soude. 10 gr.
Chlorure de sodium ..... 5 gr.
50 à 100 centimètres cubes (Hayem).

3° Sulfate de soude. 10 gr.
Phosphate de soude cristallisé... 5 gr.
Eau distillée..... 1000 c. c.
5 à 25 centimètres cubes (Lutaud).

4° Chlorure de sodium ..... 6 gr.
Carbonate de soude..... 3 —
Eau distillée..... 1000 —
30 à 50 centimètres cubes (Cantani).

5° Chlorure de sodium ..... 6 gr.
Carbonate de soude..... 3 —
Eau distillée..... 1000 —
De 2 à 500 centimètres cubes (Samuel).

6° Chlorure de sodium ..... 75 cent.
Eau distillée..... 1000 gr.
Bicarbonate de soude ..... 50 cent.
10 centimètres cubes pour le collapsus pneumonique (Schiess).

7° Chlorure de sodium ..... 50 gr.
Eau ..... 100 —
20 à 30 centimètres cubes dans l'anémie grave (Vignési).

8° Sulfate de soude 8 gr.
Phosphate de soude..... 4 —
Chlorure de sodium ..... 2 —
Acide phénique neigeux ..... 1 —
Eau stérilisée.... 100 —
5 à 10 centimètres tous les deux jours (Chéron).

9° Eau stérilisée.... 100 gr.
Phosphate..... 10 —
Sulfate de soude. 2 gr. 50
Chlorure de sodium ..... 5 gr.
Acide phénique neigeux..... 1 gr. 50
5 à 10 centimètres cubes (Huchard).

10° Eau distillée.. 1000 gr.
Iode pur. ..... 1 —
KI..... 3 —
Na Cl..... 5 —
200 à 300 centimètres cubes contre la tuberculose pulmonaire (de Renzy).

(*Indépendance médicale.*)

—

Traitement des crevasses et gerçures.

(Morel-Lavallée.)

Le procédé le plus énergique consiste évidemment à s'oindre les mains de glycérine bien neutre, les égoutter; puis, les recouvrir de gants de peau, ou encore les rouler dans la poudre d'amidon. Mais de ces deux façons, on tache horriblement les objets de literie. Seulement, en deux ou trois applications nocturnes, les crevasses sont guéries, et la peau en est préservée pour une huitaine de jours.

On se salit un peu moins en remplaçant la glycérine par le topique suivant, aujourd'hui classique :

Lanoline.....	100	grammes.
Paraffine liquide	25	—
Vanilline.....	5	centigr.

Mais il faut trois ou quatre fois plus de temps pour obtenir la guérison. Lorsque les gerçures ne sont pas très profondes ni très invétérées, le plus pratique, sinon le plus court, est l'emploi des lotions, faites chaque fois que l'on se lave les mains.

M. Morel-Lavallée a l'habitude, depuis longtemps, d'employer la lotion que voici, dont il a établi la formule avec l'aide de M. Genevois, alors son interne à l'hôpital Saint-Louis :

Alcool à 90°.....	80	grammes.
Glycérine.....	85	—
Eau de roses.....	30	—
Salol.....	2	—
Teinture de musc	2	gouttes.

Voici comment on doit procéder : on se lave avec de l'eau légèrement tiédie, en employant le savon le moins irritant possible (savons à la gélatine, pâtes d'amandes, etc.). On s'essuie à l'aide d'une serviette-éponge. Ensuite on verse la lotion dans le creux de la main, et l'on s'enduit alternativement les deux faces dorsales des mains. On frotte alors vigoureusement les deux paumes ensemble contre une serviette tendue, on éponge le bord cubital de la main, mais on se garde bien d'essuyer la face dorsale des doigts et de la main. On les secoue simplement : au bout de deux minutes, tout est sec ; on ne risque de tâcher ni ses vêtements ni le papier, et la peau reste onctueuse et protégée.

M. Morel-Lavallée ajoute qu'il ne saurait trop vivement recommander ce procédé à ceux de nos confrères dont les opérations, les antiseptiques irritants ou les contacts infectieux menacent le plus les téguments et qui doivent se laver et savonner le plus fréquemment. Toutefois cette méthode est surtout prophylactique. Des crevasses existant, et la guérison rapide étant impérieusement nécessaire, comme dans notre profession, c'est au pansement glycériné nocturne qu'il convient d'avoir recours au moins une ou deux fois, — ou à la lanoline aromatisée, ou à une pâte comme celle-ci :

Oxyde de zinc...	15	grammes
Triturez avec :		
Glycérine.....	45	—
Ajoutez :		
Lanoline.....	40	—
Essence de néroli.	Q. s.	

Il importe de savoir, surtout lorsqu'il s'agit de femmes ayant

la peau délicate et sensible, que les préparations usitées produisent une cuisson, voire une douleur d'autant plus prolongée que la glycérine y figure en plus grande quantité. Pour les femmes du monde, M. Morel-Lavallée prescrit constamment les onctions nocturnes à l'aide d'un mélange de lanoline et de paraffine parfumé et amené à la consistance solide à la température ordinaire. Ce mélange doit alors être fondu légèrement devant le feu ou au bain-marie. Il forme, en se desséchant, un vernis sur la peau, et il n'est généralement pas besoin d'un nuage de poudre de riz pour préserver le linge de taches grasses.

L'emploi, après lavage des mains, de la lotion composée dont est donnée plus haut la formule, est en général superflu, sauf pour les personnes faisant dans leur ménage un fréquent usage de cristaux de soude, de lessives ou de savons grossiers et irritants.

(*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1er avril 1897.)

—

Crayons mentholés.

Chloral hydraté.....	)
Menthol.....	) ää 1 gr.
Beurre de cacao.....	2 gr.
Spermacéti.....	4 gr.

Commencez par fondre les deux dernières substances, ajoutez ensuite le chloral et le menthol et versez le tout dans un moule.

—

Crayons intra-utérins.

(LUTAUD.)

Iodoforme pulvérisé...	10 gr.
Amidon.....	)
Gomme arabique.....	) ää 2 gr.
Glycérine.....	)

Pour faire 10 bâtonnets de même calibre que les crayons ordinaires de nitrate d'argent.

Ces crayons seront appliqués après le curettage dans les utérus septiques principalement à la suite des avortements.

—

Poudre contre l'hyperchlorhydrie gastrique avec constipation.

(EINHORN.)

Magnésie calcinée.....	)
Poudre de rhubarbe.....	) ää 7 gr. 50 cent.
Carbonate de soude desséché.....	15 grammes.
Bicarbonate de soude.....	15 —
Sucre pulvérisé.....	15 —
Essence de menthe poivrée.....	Q. S.

Mêlez. — Une demi-cuillerée à café, deux heures après chaque repas, dans de l'eau ordinaire ou de l'eau minérale bicarbonatée sodique.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

www.libtool.com.cn

GYNÉCOLOGIE

LA BLENNORRHAGIE DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME ; SON INFLUENCE SUR LA FONCTION DE CES ORGANES ET SUR L'ÉTAT DES MALADES,

Par le professeur Lebedeff.

La *Médecine Scientifique* (page 74, 1897) analyse un travail d'ensemble sur cette question qui augmente pour ainsi dire tous les jours d'importance au fur et à mesure qu'on la connaît mieux. Lebedeff fait l'historique de la gonorrhée de la femme, expose les voies de l'infection, les formes de la maladie, son pronostic, et enfin s'arrête à l'action de la gonorrhée sur les fonctions génitales. C'est le point peut-être le plus intéressant à signaler. En se basant sur un grand nombre d'observations, recueillies dans sa clinique par le Dr Danilowky (4777 malades), il arrive à cette conclusion que la stérilité absolue doit être attribuée à la gonorrhée dans presque 10 % de cas (exactement 9.9 %). D'après l'auteur, la gonorrhée précisément au point de vue de l'action nuisible qu'elle exerce sur les fonctions génitales doit être considéré comme une maladie plus grave que la syphilis ; cette dernière, en effet, avec un traitement approprié, n'agit point sur la conception ou bien permet à la femme, après 2 ou 3 grossesses terminées par une fausse couche, d'accoucher d'un enfant vivant qui n'est pas absolument marqué de la tare syphilitique.

Si, d'autre part, on tient compte de tous les troubles généraux que provoque la blennorrhagie, il sera impossible de nier que cette maladie prend l'importance d'une véritable question d'hygiène publique ; son diagnostic précoce et son traitement approprié deviennent alors un problème dont il faut à tout prix rechercher la solution favorable.

Quelles mesures convient-il de prendre ? Etant donné ce fait que la gonorrhée aiguë tombe relativement rarement sous l'observation du médecin, étant donné d'autre part que le traitement de la gonorrhée chronique est loin de donner toujours des résultats satisfaisants, on comprend la grande nécessité des mesures prophylactiques. A ce point de vue, Lebedeff distingue deux catégories : 1° prophylaxie de la gonorrhée professionnelle ; 2° prophylaxie de la gonorrhée nuptiale.

En se basant sur la statistique donnée par le professeur Fournier, Lebedeff affirme que ce sont les prostituées des maisons de tolérance qui présentent à ce point de vue le moins de danger. Ce sont, au contraire, les prostituées clandestines et surtout les ouvrières, et en général les demi-professionnelles (bonnes, artistes de théâtre) qui sont les plus dangereuses.

En ce qui concerne la gonorrhée du mariage il faut, bien entendu,

faire comprendre au mari toute la gravité de la responsabilité qu'il prend dans le cas où il va se marier en pleine floraison de la gonorrhée. Il faut surtout, d'après Lebedeff, faire connaître toutes les conséquences fâcheuses possibles aux jeunes gens à l'aide de brochures.

Mais comment faire lorsqu'on se trouve en face d'un individu qui, tout en connaissant les conséquences de la transmission de la gonorrhée à la jeune femme, malgré l'avis de son médecin, se marie quand même et fait courir ainsi à sa femme tous les dangers de la contamination ?

Lebedeff ne voit d'autre moyen que d'imposer à tous les candidats au mariage l'obligation de produire une pièce qui établirait que sa santé « *spéciale* » est parfaite. Ce certificat serait exigé comme le sont actuellement bien d'autres documents jugés par la loi indispensables pour le mariage. Pour l'immense majorité cette obligation ne constituera qu'une formalité désagréable, il est vrai ; mais, en revanche, elle sauvera un grand nombre de jeunes femmes de toutes les conséquences dont quelques-unes sont très graves, de cette gonorrhée qui jusqu'à présent encore est considérée par le public comme une simple bagatelle à laquelle il serait presque ridicule de faire attention. Enfin, quant au traitement de la gonorrhée, Lebedeff dit que le traitement médicamenteux n'est efficace que dans la forme aiguë ; il est, au contraire, presque sans effet sur les formes chroniques. La place essentielle dans le traitement des formes chroniques appartient, d'après l'auteur, à la balnéothérapie et à la climatothérapie. Par ces médications, on agit sur toute l'économie et l'on peut compter, sinon sur la guérison complète, du moins sur une amélioration très considérable dans les cas les plus graves. Les boues médicamenteuses jointes à des bains chauds et au séjour dans un climat sec et clément composent un traitement dont l'utilité est énorme : les exsudats les plus chroniques, datant d'un grand nombre d'années, finissent par se résorber. Il est bien entendu que dans les cas où les malades sont affaiblis, il faudra recourir aussi au traitement tonique.

Mais le traitement tel que nous venons de le résumer n'est possible, étant très cher, que pour des femmes riches. C'est pour cela qu'on est obligé dans des cas graves de recourir à une intervention chirurgicale qui consiste le plus souvent dans une ovariotomie, Mais là on ne saurait oublier que l'ovariotomie double détermine souvent chez des jeunes femmes des troubles nerveux tellement intenses qu'on se demande si l'opération a servi à quelque chose. Il ne faudra donc faire cette opération qu'aussi rarement que possible.

AMPUTATION DU COL UTÉRIN EXÉCUTÉE SUIVANT UN PROCÉDÉ MIXTE ET COMPLÉTÉE PAR LE RACCOURCISSEMENT ET LE REDRESSEMENT DE LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'UTÉRUS,

Par le Dr Pichevin.

Tout dernièrement j'ai eu l'occasion de traiter une rétro-déviation compliquée de métrite totale et d'allongement, des portions sus et sous-vaginales du col. J'ai pratiqué, comme je l'ai déjà fait, la série des opérations suivantes : curage de l'utérus, colpo-cœliotomie antérieure, raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale, amputation spéciale du col avec raccourcissement de la lèvre antérieure du col, colporrhaphie antérieure et colpo-périnéorrhaphie suivant le procédé de Hégar. L'opération a duré exactement 1 h. 30. La première fois que je l'ai faite j'avais mis 1 h. 35. C'est dire (1) que cette série d'interventions peut être exécutée dans une seule séance opératoire.

Le point sur lequel je désire attirer l'attention est le suivant :

Quand on pratique la colpo-cœliotomie antérieure pour explorer les annexes, les réséquer ou les enlever et pour raccourcir les ligaments ronds ou pour faire la vagino-fixation, on trace une incision transversale sur la face antérieure du col. La paroi vésico-vaginale est repoussée ; après l'exploration et l'opération dans la cavité péritonéale, on doit suturer le lambeau vésico-vaginal avec le bout de la muqueuse vaginale qui recouvre toute la partie inférieure du col.

S'il existe de la métrite cervicale, il est indiqué de faire une amputation du col.

Que l'on vienne à pratiquer une amputation sous-vaginale suivant l'excellent procédé de Schrœder, la muqueuse qui revêt la partie inférieure de la lèvre antérieure du col se sphacélera presque à coup sûr. En effet, ce bout de muqueuse est circonscrit par quatre incisions : la première transversale, sur la lèvre antérieure (c'est l'incision faite pour pénétrer dans la cavité péri-

(1) Il est entendu que je n'abandonne pas l'opération d'Alquié-Alexander qui est indiquée, à mon sens, dans des cas bien déterminés. Il y a peu de jours, j'ai opéré une femme ayant un prolapsus utérin avec rétro-déviation, cystocèle, colpocèle postérieure et déchirure périnéale. Cette malade portait depuis 5 ou 6 ans un double bandage inguinal. J'ai fait le curage, l'amputation du col, la colporrhaphie antérieure, la colpo-périnéorrhaphie, le raccourcissement des ligaments ronds, d'après le procédé d'Alquié-Alexander modifié avec cure de la hernie inguinale des 2 côtés, en moins d'une heure et demie. On voit donc que la question de temps ne peut être invoquée en faveur de l'une ou de l'autre méthode.

tonéale) ; la deuxième et la troisième verticales (ce sont les incisions bilatérales du col) ; la quatrième, transversale, parallèle à la première tracée à la réunion de la muqueuse intra-cervicale et de la portion de la muqueuse vaginale qui recouvre la partie inférieure de la lèvre antérieure. Ce lambeau de muqueuse, séparé du reste de la muqueuse, doit être, bien entendu, suturé aux parties voisines pour rétablir la continuité des tissus.

Une mortification de la muqueuse cervico-vaginale est fort à craindre dans ces conditions. Aussi ai-je pensé qu'il était bon de retrancher cette portion de muqueuse, afin d'éviter son sphacèle.

Comme le col était allongé et la muqueuse cervicale enflammée, j'ai résolu d'abattre la partie inférieure de la lèvre antérieure, de façon à supprimer le bout de muqueuse menacé de gangrène et d'enlever, en même temps, le parenchyme cervical sous-jacent.

Après avoir sectionné le col très haut sur les parties latérales et avoir ainsi obtenu une valve cervicale antérieure et une valve postérieure, je coupai transversalement et assez haut la valve antérieure. La section ne fut pas faite perpendiculairement à l'axe de la cavité utérine, mais obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Ce lambeau utérin taillé obliquement fut suturé à la paroi vésico-vaginale décollée auparavant. La partie la plus basse du lambeau vésico-vaginal servit à border la partie antérieure du nouvel orifice externe.

C'était, en somme, une amputation *sus-vaginale* de la lèvre antérieure.

Sur la lèvre postérieure du col, je traçai les incisions, et fis des sutures comme Schrœder le faisait dans son amputation *sous-vaginale*. J'enlevai ainsi la muqueuse cervicale de cette valve postérieure.

La lèvre postérieure ainsi réséquée était plus longue que la lèvre antérieure amputée.

En combinant ainsi l'amputation haute de la lèvre antérieure avec l'amputation sous-vaginale de la lèvre postérieure, j'avais pour but non pas seulement de soustraire le lambeau vaginal de la partie antérieure du col à la mortification et d'enlever une portion d'un col trop long, mais je voulais agir aussi sur la rétro-déviation, ainsi que Nourse en a fait la proposition.

La paroi antérieure de l'utérus étant plus longue que la paroi postérieure du fait de la rétro-déviation, j'ai pensé qu'en tirant en bas sur la lèvre antérieure déjà amputée et suturée, qu'en abaissant le bord inférieur de la valve antérieure jusqu'au

niveau du bord inférieur de la valve opposée, je diminuerais la longueur de la paroi utérine antérieure et, par suite, je contribuerais à mettre l'utérus en bonne position.

Les deux lèvres du col étant ainsi placées et maintenues, je suturai la lèvre antérieure à la lèvre postérieure.

Cette amputation du col dans la rétro-déviation compliquée d'allongement de la partie inférieure de l'utérus a pour avantage :

1° De remédier à l'inflammation de la muqueuse cervicale et de supprimer les tissus profondément altérés ;

2° D'obvier à l'excès de longueur du col ;

3° D'éviter le sphacèle de la muqueuse vaginale qui revêt la partie de la lèvre antérieure du col ;

4° De contribuer à maintenir l'utérus en antédéviation. (*Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

OBSTÉTRIQUE

TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET,

Par M. le Dr Doléris.

Je pensais n'avoir pas à reprendre cette question, si vivement controversée naguère, du « traitement de la rétention du délivre dans l'avortement ».

L'argument de principe que j'ai mis autrefois en avant, à savoir que le délivre ainsi retenu, étant *un corps caduc*, devait être traité comme tel et extrait par les moyens appropriés comme s'il s'agissait d'un polype utérin, pouvait paraître déjà suffisant. Les chirurgiens l'ont adopté et des écrits soutenus de statistiques en ont démontré la solidité.

Les deux autres arguments basés sur l'éventualité d'*hémorrhagies* plus ou moins graves et de *septicémie*, qu'il n'est au pouvoir de personne de supprimer à priori, l'antisepsie préventive n'ayant pas encore été rendue obligatoire pour les femmes enceintes comme l'instruction pour les enfants, venaient à l'appui du premier argument, d'autant plus logiquement que tous les accoucheurs sont d'accord pour ne point hésiter à extraire le délivre lorsque l'un ou l'autre de ces accidents se produit. Et je disais : puisque cette nécessité de l'évacuation de l'utérus peut s'imposer à un moment donné, le mieux est de la prévenir au

www.libtool.com.cn

moment favorable et ne point attendre que la santé de la malade soit compromise.

Enfin, pour mieux convaincre encore de l'utilité du traitement par l'ablation hâtive du placenta abortif, j'ai réuni, en me basant sur des observations et non sur des conceptions théoriques, un certain nombre d'arguments secondaires, tels que :

1° la difficulté et parfois l'impossibilité d'imposer à une malade le repos et l'antisepsie permanente et rigoureuse pendant des semaines et des mois ;

2° le péril de voir se reproduire des hémorrhagies qui, pour n'être point dangereuses par leur abondance, pourraient l'être dans une certaine mesure par leur répétition ;

3° les complications assez habituelles du côté des organes génitaux du fait de la rétention prolongée et de la non-involution utérine qui en est la conséquence : prolapsus, déformation de l'utérus, flexion, rétroversion, engouement tubaire, hématosalpinx, etc. ;

4° la dégénérescence possible du délivre, rare mais incontestable : tantôt en môles hydatiformes, tantôt en déciduomes malins ;

5° enfin la responsabilité du médecin de campagne qui, n'étant pas toujours présent, peut s'attendre à un accident inopiné à un moment où la femme est privée de tout secours, l'insuffisance du tamponnement le mieux fait, ainsi que j'en ai cité des exemples, s'étant révélée parfois ; sans parler de raisons de moindre importance.

Au point de vue de la méthode d'intervention, j'ai toujours défendu la pratique chirurgicale, que je considère comme très sûre, très prompte et très satisfaisante, et que je préfère au curettage digital, douloureux, long, difficile, exigeant le chloroforme.

Mais je n'ai pas dit ni écrit qu'il fallût user *exclusivement* ou *toujours* de la curette : j'ai indiqué l'écouvillon ; j'ai recommandé aussi l'emploi des pinces, et ce n'est pas d'aujourd'hui, puisque les instruments de cet ordre sont déjà anciens, et qu'il y a longtemps que j'en ai fait construire par Mathieu divers modèles dont les dessins ont été publiés dans mon mémoire, il y a 10 ans, en même temps que la technique de leur emploi, facilitée par les procédés de la gynécologie moderne : dilatation extemporanée, ou lente, abaissement de l'utérus, usage des valves, etc..

Ce dont il faut parler, quand on critique mon opinion, ce n'est donc pas du curettage de l'utérus, mais de l'évacuation de l'uté-

rus par les moyens multiples que la saine chirurgie met à notre disposition, *pinces*, *curettes*, *écouvillon*.

Aujourd'hui, les dissidents se partagent en deux classes : les partisans de l'évacuation, mais par la méthode digitale exclusivement — et les partisans de l'abstention, disons de l'expectation aidée de *l'antisepsie*.

Je ne ferai pas à nouveau le procès de la méthode digitale qui, dans certains cas de reconstitution d'un trajet cervical long et étroit, d'occlusion de l'orifice interne, d'adhérence partielle du délivre, ne vaudra jamais, à mon sens, l'intervention instrumentale. J'ai déjà argumenté sur ces points ; et ce n'est qu'une question de préférence, puisqu'en tout état de cause le principe de l'évacuation de l'utérus est sauvegardé.

Je me bornerai à répondre à certains points d'un article publié par la « *Revue internationale de médecine et de chirurgie* », du 25 avril dernier, qui reproduit une leçon clinique de Tarnier.

M. Tarnier, fidèle à ses opinions, n'admet l'intervention qu'au cas d'un danger réel : hémorrhagie, septicémie.

En ce qui concerne la septicémie survenant au cours de la rétention placentaire, il disait (p. 503, Traité de l'antisepsie et de l'asepsie en Obstétrique, 1894) : « En général cette infection exige une intervention active dont l'objectif est l'évacuation de l'utérus, car l'empoisonnement septique fait des progrès incessants tant que dure la rétention du placenta putréfié. Toutefois, on pourra commencer par faire des injections antiseptiques vaginales et intra-utérines qui entraîneront les liquides putrides et les débris placentaires libres dans l'utérus.

Quelquefois ces injections, répétées à de courts intervalles, suffiront à enrayer la putréfaction, partant la septicémie ; mais ce ne sera que tout à fait au début, quand les microbes n'auront pas encore envahi la profondeur des cotylédons placentaires. *Ordinairement, en effet, l'amélioration produite par les injections est insignifiante ou du moins passagère*, car le liquide antiseptique ne parvient pas à s'infiltrer à l'intérieur de la masse placentaire, de sorte que la putréfaction continue, malgré les irrigations microbicides ! Dès lors il n'y a qu'une conduite logique, c'est d'extraire le placenta au plus tôt. »

Dans l'article récent de la *Revue internationale*, M. Tarnier dit : « Même dans certains cas de septicémie, la méthode d'expectation réussit le plus souvent. Vous verrez les accidents céder totalement à des injections vaginales fréquentes, pratiquées toutes les deux heures par exemple. Si les symptômes d'infection devenaient plus graves, faites des injections intra-utérines au

sublimé à 1 pour 3.000 ou à l'acide phénique à 2 pour 100, etc., etc., les lochies cesseront bientôt d'être fétides et la fièvre tombera. » « Est-ce à dire que je proscrive de parti pris, toute intervention active ? Ce serait aller trop loin et vous savez combien il est rare en clinique qu'on puisse poser des règles absolues. Je tiens seulement à établir que l'expectation, l'antisepsie aidant, est *presque toujours* suivie de succès et qu'elle est préférable à une intervention quelle qu'elle soit. »

Je laisse au lecteur le soin d'apprécier.

Il me semble, quant à moi, que M. Tarnier est encore plus expectant en 1897 qu'en 1894, et que les injections antiseptiques ont acquis une singulière vertu en trois années : nous avions pourtant les résultats de l'irrigation continue de l'utérus, et de l'irrigation intermittente, qui n'étaient vraiment pas encourageants. Nous avons malheureusement encore de temps à autre des exemples déplorables de l'effet des injections sans épithète...

M. Tarnier se base sur sa statistique personnelle de 24 cas, avec un seul cas de mort discutable..., parce que la femme avait déjà des signes d'infection à son entrée : toux, fièvre.

Cela ferait toujours un peu plus de 4 % de mortalité, sans compter la morbidité avec ses conséquences pour l'avenir et les longues convalescences consécutives à des pertes de sang, dans une certaine proportion de cas probablement. Depuis que je suis édifié sur les suites des infections contractées au cours de l'accouchement et de l'avortement, et jugées guéries définitivement parce que les accidents initiaux semblaient avoir disparu, mais susceptibles de récidives graves à bref délai, j'attache une grande importance à la morbidité ; on me pardonnera sans doute cette opinion, basée sur une statistique que j'ai développée ailleurs. Elle m'est commune avec beaucoup de gynécologues qui savent quelle énorme proportion de métrites et d'annexites ont débuté avec les suites d'un avortement mal soigné.

Enfin, les malades de M. Tarnier ont été observés à la Maternité : c'est de la pratique nosocomiale, partant spéciale ; on n'en peut valablement déduire des conclusions identiques pour les cas de la ville et de la pratique rurale.

Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de reprendre longuement une discussion dont les éléments contradictoires déjà anciens restent en l'état.

Mais les critiques contre les instruments deviennent plus sévères, et c'est à cela que je veux surtout répondre.

Passant à l'emploi de la curette, M. Tarnier énumère son insuffisance et ses dangers. — Son insuffisance, soit, mais le

tort est à l'opérateur et non à l'opération qui réclame souvent un autre instrument que la curette. Les *dangers*..., cela dépend de la technique employée, du choix de l'instrument lui-même ; enfin, cela dépend un peu aussi, pensons-nous, de l'opérateur.

Les dangers de la curette.... ce point mérite quelque attention, aujourd'hui surtout que des événements d'une actualité toute récente, particulièrement sensationnels, ont donné beaucoup à réfléchir aux médecins.

Il ne serait que juste de mesurer ces dangers aux conditions dans lesquelles l'intervention est effectuée, sans parler de l'expérience acquise à bon escient sous le contrôle d'un guide éprouvé.

Même appréciation est applicable d'ailleurs à toute opération chirurgicale ou obstétricale. Le bistouri et le forceps ont aussi leurs dangers, en tout état de cause ; et si, par surcroît, on supprime l'habileté, l'habitude et les précautions de prudence élémentaire, les dangers ne se mesurent plus.

Curetter un utérus gravide, sans dilatation préalable, sans exploration de l'utérus, sans le contrôle du palper ; se servir de la curette, quand le rôle est à la pince, ne me paraît faire partie d'aucun programme sensé, et on se demande quel est le médecin raisonnable et jouissant de toutes ses facultés qui pourrait l'entreprendre.

Autre chose est évacuer l'utérus d'un délivre ou de débris placentaires, après plusieurs jours de rétention, et alors que le stroma utérin déjà revenu en partie sur lui-même et suffisamment tassé, oppose un plan résistant et solide à l'effort instrumental. Ici, vraiment, il faut vouloir mal faire pour produire des désordres.

M. Tarnier nous oppose des opinions allemandes : Veit, Schwartz, etc. Nous lui répondons par la pratique française. Nos cas ne sont pas triés sur le volet ; ils représentent la statistique intégrale de deux années dans une petite maternité. Les opérateurs sont le plus souvent les internes, quelquefois les externes du service, rarement le chef de service lui-même.

On pourra juger par la lecture de quelques observations, que je suis avant tout soucieux de convaincre les élèves de la vérité des principes que je défends et que, malgré les convictions arrêtées que justifie une assez longue expérience, j'ai souvent tenu à obtenir la démonstration absolue de la nécessité de l'intervention sans anticiper sur le moment où les indications devenaient péremptoires.

www.bibliotheque

Statistique du service d'accouchements de la Pitié.

La statistique de la Maternité de la Pitié, depuis le jour de mon entrée dans le service, 1er janvier 1895, jusqu'au 12 mai 1897, comprend un total de 59 cas d'avortement.

Ce chiffre peut paraître élevé, comme proportion, eu égard au total des accouchements (828) pendant la même période. Il s'explique par le nombre considérable des femmes apportées du dehors pendant ou après l'expulsion. L'admission dans le service, de toute parturiente, est pour nous une règle de conduite rigoureuse, quelque grave que soit le cas, sans distinction de la période du travail, sans nous préoccuper de savoir si la malade peut être infectée, ou non, considérant que plus elle court de dangers, plus elle a droit à être hospitalisée.

Sur ces 59 cas, nous relevons :

26 cas terminés spontanément, et n'ayant donné lieu à aucune intervention ;

33 cas terminés artificiellement, ayant nécessité une intervention immédiate ou tardive.

59

Des premiers 26 cas, nous ne dirons rien, sinon que la durée de l'expulsion a varié d'un à 4 jours, sans que nous ayons décidé d'intervenir, vu la régularité et la continuité dans la succession des différents temps. Ceci soit dit pour bien montrer que le principe de l'abstention, dans les cas physiologiques, a été strictement sauvegardé.

Les 33 cas terminés artificiellement se décomposent en :

10 avortements dans lesquels l'expulsion a commencé dans le service ;

23 concernant des femmes amenées de la ville, souvent sans renseignements, l'expulsion s'étant partiellement effectuée hors du service.

N. B. On remarquera que dans les observations résumées qui suivent, ce chiffre de 33 comporte la répétition de l'intervention sur une même femme. Cette répétition se trouve compensée par l'omission d'un cas d'avortement brusque dont l'histoire a déjà été publiée ici même, et qui est seulement rappelé dans le détail résumé de la statistique.

En ce qui concerne l'*âge de la grossesse*, nous trouvons :

à 1 mois, 1 cas de la ville ;
à 2 mois, 9 cas, dont 7 de la ville, 2 du service ;
à 3 mois, 10 cas, dont 8 de la ville, 2 du service ;
à 4 mois, 7 cas, dont 5 de la ville, 2 du service ;
à 5 mois, 6 cas, dont 2 de la ville, 4 du service.

33 cas, y compris l'avortement brusqué de 1895 dont l'observation est déjà publiée.

Il importe seulement de retenir la proportion de 14 cas se rapportant à des fausses couches de 4 et 5 mois, en raison des conditions plus particulières de l'intervention considérée comme étant d'une exécution plus délicate dans ces cas.

Quant à la *date de l'intervention*, sauf les cas où le début n'a pu être précisé faute de renseignements, nous trouvons :

A. Pour les malades du service :

1 cas le 2e jour. 3 cas le 3e jour. 2 cas le 4e jour. 1 cas le 8e jour. 1 cas le 13e jour. 1 cas le 20e jour.

Deux fois chez des malades syphilitiques, pour rétention d'un cotylédon et des membranes. — Une seule fois pour infection constatée le jour de l'entrée, opérée le 4e jour. Une fois pour grossesse gémellaire et rétention du 2e œuf et des deux placentas. Les autres fois pour hémorrhagie grave ou rétention avérée.

B. Pour les malades apportées du dehors nous trouvons :

3 cas le 2e jour. 5 cas le 3e jour. 4 cas le 4e jour. 2 cas le 5e jour. 1 cas le 6e jour. 1 cas le 10e jour. 2 cas le 11e jour. 1 cas de môle hydatiforme de 3 mois environ. 4 cas sans date précise.

Dans cette catégorie de malades, on trouve 8 *cas d'infection* sur vingt cas, à savoir :

1 (Obs. 14) opérée le 3e jour, infectée au moment de son entrée. T. 38.8.

1 (Obs. 20) opérée le 3e jour, infectée à son arrivée. T. 40°.

2 (Obs. 29 et 27) renvoyées du service de M. Berger sans renseignements. T. 39°.

4 (Ob. 4, 9, 31, 33) légèrement infectées dès leur entrée. T. 38.8. Lochies fétides, etc.

Les autres opérations se rapportent à des hémorrhagies graves ; 2 à des avortements provoqués.

Il est bon de noter quelques *incidents*.

A. Trois malades ont subi un deuxième curettage : une le sur-

www.ndtool.com.cn

lendemain de sa délivrance pour une légère élévation thermique, 38°8 ; une pour une réinfection apparue entre sa sortie du Vésinet et sa rentrée dans le service.

B. Une fois on a observé l'expulsion ultérieure d'un petit fragment placentaire, sans accident (Obs. X).

Une fois la persistance de l'hémorrhagie a nécessité une nouvelle intervention qui a permis l'ablation de caillots et de débris de caduque (Obs. IX).

Dilatation.

On constatera enfin, en parcourant les observations très résumées, que la dilatation tantôt lente, tantôt extemporanée a été souvent nécessitée par l'occlusion du col, entièrement reconstitué, quelquefois très contracté, et dans d'autres cas d'une longueur anormale.

Ces cas sont utiles à signaler au point de vue des difficultés que l'opérateur aurait nécessairement éprouvées pour pratiquer l'évacuation de l'utérus par la méthode digitale.

Inertie utérine.

On peut remarquer que dans certaines observations d'avortement de 4 et 5 mois (Obs. IX, X, etc.), il existe visiblement de l'inertie utérine. Le fait semble coïncider avec la rupture prématurée de la poche amniotique, avant que le travail soit franchement déclaré. Faut-il soupçonner l'ouverture de l'œuf par un procédé criminel ? Il s'agit de malades de la ville, et, par conséquent, la plus grande réserve s'impose. C'est dans un de ces cas que l'interne du service a cru ne devoir pas insister pour assurer l'évacuation parfaite et s'est contenté d'un tamponnement très serré de la cavité utérine.

STATISTIQUE RÉCAPITULATIVE.

Avortement provoqué, brusqué.

1 cas. Dans un cas de vomissements incoercibles (Obs. XVI).

1 cas. Dans un cas de décollement prématuré d'un œuf de 4 mois 1/2, avec hémorrhagies graves, ayant résisté au tamponnement (Obs. publiée in extenso in *Bull. de la Soc. Obst. et Gyn.* 1895, p. 42, non résumée dans la présente statistique).

Avortement brusqué après le début du travail.

1 cas. Dans un cas d'avortement gémellaire pour rétention du premier placenta et du 2e œuf (Obs. VII).

3 cas. Pour hémorrhagie très grave et interruption du travail (Obs. X, XIX, XXX).

Rétention totale du placenta : 5 cas (Obs. IX, XI, XXI, XXIV).

Rétention totale du placenta avec signes d'infection : 2 cas (Obs. XIV, XX).

Rétention partielle du placenta : avec ou sans membranes accompagnée ou non d'hémorrhagie : 9 cas (Obs. I, II, III, IV, V, VIII, XII, XXIII, XXV).

Rétention partielle du placenta avec infection : 5 cas (Obs. XIII, XVII, XXII, XXVII, XXXIII).

Rétention des membranes, de caillots avec hémorrhagie : 2 cas (Obs. VI. XV).

Rétention des membranes, de caillots, avec infection : 4 cas (Obs. XXVI, XXVIII, XXIX, XXXI).

Rétention de placenta dégénéré. Môle hydatiforme : 1 cas (Obs. XXXII).

RÉSULTATS.

Cas ayant nécessité un 2e curettage : 2 cas (Obs. IX, XVIII).

Mortalité nulle.

Morbidité nulle également, puisque la seule malade réinfectée tardivement a été définitivement guérie par une deuxième intervention : un cas de rétroversion ancienne a été amélioré.

Une fois, seulement, nous avons vu persister l'hyperthermie pendant un jour après l'intervention, chez une femme déjà infectée.

Les signes d'infection ont cédé définitivement à un nouveau curettage.

Technique.

La technique suivie invariablement est la suivante : Après lavage antiseptique de la vulve et du vagin.

1° Introduction d'une valve postérieure de Fritsch très large et peu longue, ce qui facilite l'abaissement du col ; valve antérieure pour l'irrigation continue.

2° Evacuation de la vessie, pratiquée avec soin. L'omission de cette précaution, en maintenant l'extension de la cloison utéro-vésicale, peut faciliter des erreurs dans la direction à donner aux instruments.

3° Saisie de la lèvre du col avec une ou deux pinces tridentées ; la pince ordinaire bidentée saisit mal et déchire le col friable de l'utérus gravide.

Saisie de la lèvre postérieure avec une pince de même sorte.

Si la tension du col au moyen des pinces est bien dirigée par des aides et si le fond de l'utérus est convenablement comprimé,

www.libtool.com.cn

l'orifice cervical se trouve très rapproché de la vulve et la direction de l'utérus est presque rectiligne. On peut parfois négliger l'emploi de la valve postérieure, sauf chez les nullipares ou chez les femmes sujettes au vulvo-vaginisme.

4° Inspection de la cavité utérine avec l'index si le col est perméable, avec une sonde malléable de fort calibre si l'orifice interne est resserré. La sonde à irrigation sert mieux qu'un cathéter ordinaire.

5° La dilatation a été préalablement assurée avec des tentes, ou bien elle est à faire.

Dans tous les cas, pratiquer une dilatation extemporanée, à l'aide des bougies d'Hégar, et arriver aux numéros de plus fort calibre pour les avortements de 4 et cinq mois. Il faut que le doigt qu'une pince fenêtrée, une curette large parcourent aisément le trajet cervical.

L'opérateur doit garder la forte bougie métallique à sa portée, pour la réintroduire autant de fois que cela sera nécessaire.

6° La direction du canal étant connue, la distension étant suffisante, le doigt pouvant contrôler la partie qui s'offre au delà de l'orifice interne, le choix des instruments d'évacuation va dépendre de chaque cas.

A. Pour l'extraction du *fœtus*, la curette n'est bonne à rien, les pinces fenêtrées spéciales seules sous l'indication du doigt suffisant à cette besogne.

B. Pour l'extraction d'un *placenta* de 3 à 5 mois, les pinces réussissent le plus souvent dès que le placenta est décollé tant soit peu et s'offre au doigt immédiatement au-dessus de l'orifice interne, à plus forte raison, si un œuf plus jeune, un gros fragment ou la totalité du placenta, retenus depuis plusieurs jours, flottent à moitié libres, dans la cavité utérine.

La seule condition un peu scabreuse peut se rencontrer dans l'avortement brusqué, le décollement tardant à se faire et l'utérus restant inerte. Ceci se conçoit lorsqu'on emploie le chloroforme ce que je ne fais que tout à fait exceptionnellement, et surtout si on omet de faire comprimer le fond de l'utérus par un aide attentif.

Dans ces cas spéciaux, le trajet utérin paraît très long, et il l'est en effet, l'isthme ou segment inférieur n'ayant pas encore subi de distension marquée comme dans la grossesse des trois derniers mois, et, de plus, se trouvant, vu sa laxité, très fortement allongé par la traction des pinces. Il en résulte que l'orifice interne est reporté à une certaine hauteur, dès que la poche amniotique a été vidée et que le fœtus a été expulsé.

C'est le moment de recommencer la dilatation par le passage de deux ou trois gros numéros des sondes de Hégar et de reconnaître rapidement par le palper et le toucher le corps et le col utérin. Cela fait, sous le contrôle extérieur de la main gauche placée sur l'utérus par l'abdomen, on décolle le placenta à l'aide d'une curette à boucle, très large et en se servant du bord mousse de la boucle. Décoller le délivre d'avec la paroi utérine, tel est le but, et non pas racler cette paroi.

Cette manœuvre est sûre et facile. Elle est suivie très vite de la mobilisation d'une partie du délivre.

La pince fenêtrée intervient alors et saisit l'extrémité libre décollée du placenta que l'index a pu sentir aisément dans la cavité de la matrice et que la pression sur le fond de l'utérus amène au contact des branches de l'instrument. Serrer alors la pince et la retirer lentement,en lui imprimant un mouvement de vrille.

Très souvent je me sers de l'extrémité mousse d'une des branches fenêtrées de la pince pour le décollement du placenta.

La technique que je viens de détailler aussi minutieusement que possible s'applique au cas spécial que j'ai dit : œuf de quatre à cinq mois, complet, avortement brusqué provoqué ou complété tout au début du travail pour un danger sérieux, tel que l'hémorrhagie.

Les craintes de perforation, de déchirure de la paroi utérine manifestées récemment feront excuser les longueurs de ma description.

La manœuvre précédente peut réussir du premier coup à évacuer l'utérus. Il faut généralement la renouveler plusieurs fois.

L'écouvillonnage termine l'opération.

La curette ne peut être utile ici que pour s'assurer, à la fin, qu'aucun fragment ne reste adhérent à la paroi utérine. L'instrument sera toujours à large boucle, manié prudemment ; sa surface tranchante parcourra la surface utérine sans violence et sans brusquerie, principalement là où l'index aura dénoncé un fragment adhérent. D'ailleurs, lors de ce temps ultime de l'opération, la cavité utérine est vidée à peu près, la paroi rétractée est plus épaisse et assez résistante. Un accident est moins à redouter.

L'écouvillon peut-il rendre un réel service pour évacuer l'utérus du délivre et des membranes à 4 et 5 mois de grossesse ? Cela est au moins très incertain.

Je me sers de gros écouvillons à crins rigides et épais que je maintiens dans une solution antiseptique froide. Ce sont de bons

instruments certainement, mais dans ce cas particulier, j'en ai rarement retiré des avantages.

C. — Pour l'ablation d'un œuf de *1 à 3 mois*, les pinces fenêtrées sont d'un bon usage. On choisit le modèle en rapport avec les dimensions du conduit utérin.

L'écouvillon rigide réussit ici parfois merveilleusement grâce à l'enroulement des membranes. C'est l'instrument de choix.

La curette n'a pas à intervenir si les pinces ou l'écouvillon ou la combinaison des deux ont assuré l'évacuation de l'utérus.

Dans le cas contraire, l'emploi de la curette est parfaitement motivé.

D. Pour l'extraction de *fragments placentaires*, de débris de caduque, de caillots putrides, l'opération est d'une grande simplicité. La curette, à condition d'être toujours de grande dimension, et maniée prudemment, l'écouvillon rigide, les pinces elles-mêmes peuvent ou doivent, suivant les cas, être employés concurremment.

La dilatation et le toucher intra-utérin ne sauraient jamais être négligés.

N. B. —Je considère comme une aberration que de chercher à percevoir ce prétendu *cri utérin*, que l'on n'obtient pas toujours, même en raclant énergiquement la cavité de l'utérus non gravide. Il est tout au plus spécial à des utérus scléreux, à parois fibroïdes, à certains cols parsemés de follicules miliaires kystiques. Après plus de douze ans d'expérience du curettage utérin, j'en suis à me demander comment a pu germer cette théorie du cri utérin. Et comment comprendre qu'on ait voulu l'appliquer au tissu de l'utérus gravide, si souple, si ramolli, si extensible ! C'est à cette idée fausse qu'il faudrait sans doute rapporter bien des accidents si on allait au fond des choses.

En résumé, l'opérateur a à sa disposition trois instruments, dont il doit se servir suivant les circonstances et les cas.

La *sécurité* de l'opération réside surtout dans la prudence et la douceur employées. Elle s'accroît avec l'éloignement du début de l'expulsion ; elle est en raison inverse de l'âge de la grossesse et en raison directe du retrait des parois utérines.

Elle tient beaucoup aussi au contrôle constant par le toucher intra-utérin et le palper abdominal.

La traction soutenue du col y contribue notablement, ainsi que la répétition de la dilatation, en cours d'opération.

7° L'utérus est évacué. Pratiquer toujours l'écouvillonnage

antiseptique à la glycérine créosotée, dans un triple but, d'évacuation plus complète — d'antisepsie, — d'hémostase. C'est, suivant mon expression déjà ancienne : le *coup de balai de la fin*.

8° Pratiquer une abondante irrigation intra-utérine avec une sonde dilatatrice, dont les branches seront largement écartées pour permettre le retour large du liquide et des parcelles solides encore retenues dans l'utérus. Le liquide sera à 40° pour amener la contraction utérine et l'hémostase.

9° Bourrer fortement l'utérus de gaze iodoformée très légèrement imprégnée de glycérine créosotée à 5 p. 100, dont son chef initial placé le plus profondément.

L'imprégnation abondante de la gaze lui fait perdre des propriétés absorbantes; l'excès de glycérine caustique s'écoulant dans le vagin peut en éroder la muqueuse ; la résorption d'une certaine quantité de créosote peut aussi être nuisible à l'opérée.

10° Bourrage du vagin avec de la gaze iodoformée.

11° Suites. Le pansement restera en place deux à trois jours. On le renouvellera une ou deux fois à égal intervalle. On pourra le cesser après une semaine. Il est loisible de pratiquer une irrigation intra-utérine chaque fois.

En cas de température élevée, de fièvre, on enlèvera le pansement et on écouvillonnera et on curettera avec soin, à nouveau, à moins toutefois que la fièvre ne trouve son explication dans une infection *péri* ou *para* utérine antérieure à l'intervention, si celle-ci, surtout, a été tardivement décidée.

12° *Chloroformisation.*

Elle est inutile. Elle peut nuire en favorisant l'inertie utérine et l'hémorragie. L'opération est peu ou point douloureuse, quand elle est doucement conduite.

Dans les nombreuses observations que j'ai recueillies, non seulement je n'ai jamais eu d'accident mortel, mais pas même d'accident quelconque, et j'ai conscience d'avoir sauvé quelques malades gravement menacées.

Je n'en suis pas moins très ému de la connaissance de quelques faits qui témoignent de la possibilité de certains désordres, de la perforation de l'utérus entre autres. Quelques-uns ont été publiés dans des mémoires récents. Quelques autres n'ont pas été publiés.

L'infection persistante ou secondaire ayant pu amener la mort est également notée dans des écrits récents.

Que puis-je répondre à cela, sinon que de semblables accidents n'étant point survenus dans ma pratique, ni dans celle de mes élè

ves, qui observent ma manière de procéder, il devenait incontestablement nécessaire de préciser la technique que nous employons.

Le seul reproche de fait, si c'en est un, qui ait été adressé aux statistiques que j'ai publiées autrefois, c'est la rétention d'un petit fragment expulsé spontanément peu après l'intervention chez nne femme que j'ai opérée il y a dix ans, mourante pour ainsi dire. J'ai vu un second fait du même genre qui a évolué sans conséquence fâcheuse aucune.

Ces deux cas se rapportent à des avortements de 4 à cinq mois, avec œuf complet. Ici l'hémorrhagie, je l'ai déjà dit, est parfois abondante, et c'est un principe important que d'opérer vite. Dans ces conditions, l'utérus étant rapidement évacué et fortement tamponné à la gaze iodoformée, le danger ultérieur, en cas de rétention d'un petit fragment placentaire, est nul.

Pour être très possible, cette éventualité d'une hémorrhagie abondante au cours de l'opération, n'est pas nécessaire, ni constante ; loin de là. Dans ma statistique de ces sortes de cas : grossesse de 4 à 5 mois, œuf complet, de nombreuses observations (23 cas des 3e, 4e et 5e mois) ne relatant aucun accident, je me crois fondé à dire que la perte de sang reste moyenne et ne dépasse pas la proportion qu'elle eût acquise si l'on avait laissé l'expulsion se terminer spontanément. C'est le seul point un peu épineux qui mérite d'être mentionné relativement à cette catégorie spéciale d'avortements, aussi devais-je y appuyer. Si je voulais insister, je rappellerais quelques cas très typiques dans lesquels j'ai pu évacuer en quelques minutes un utérus gravide de cinq mois, notamment l'année dernière chez une malade du Dr Barié, notre collègue des hôpitaux, qui gardait le lit depuis des semaines avec des hémorrhagies intermittentes d'une réelle gravité, et deux autres chez lesquelles l'avortement rationnel obstétrical avait été provoqué par des confrères au moyen de tiges de laminaire et d'éponge préparée, ce qui n'avait réussi qu'à amener le décollement de l'œuf et d'abondantes hémorrhagies.

La présente statistique en comporte, comme on peut voir, plusieurs cas, tous très bien terminés. Je suis donc en droit, après une expérience de dix années, de soutenir qu'il y a une façon de procéder qui est d'une sécurité parfaite. Dans cette technique la promptitude dans l'exécution, beaucoup de prudence et de douceur sont évidemment nécessaires et doivent s'allier à l'observation rigoureuse des règles établies pour ces sortes d'opérations ; mais il n'est pas une intervention obstétricale ou chirurgicale qui ne réclame les mêmes qualités, les mêmes précautions.

Le vrai desideratum, à mon sens, et je me fais un devoir de le

www.libtool.com.cn

répéter, réside dans l'inobservance ou l'ignorance de ces règles élémentaires, dans le défaut ou l'insuffisance d'éducation gynécologique des opérateurs. Si ceux-là, auxquels des désastres ont pu arriver, s'étaient attachés à acquérir la même connaissance de la technique de l'évacuation instrumentale de l'utérus, s'ils y avaient apporté la centième partie des qualités qu'ils sont capables de témoigner dans l'application du forceps, du cranioclaste, du basiotribe, dans l'exécution de la symphyséotomie, etc., jamais ils n'auraient eu à regretter les accidents qu'ils semblent aujourd'hui tant redouter et dont la crainte leur fait répudier un procédé d'une valeur incontestable et d'une grande simplicité.

Ces quelques observations relatives au cas spécial d'utérus gravide de 4 à 5 mois, avec œuf complet, peuvent s'appliquer au curettage de l'utérus après l'accouchement à terme. La technique et la précocité dans l'intervention sont les deux grands éléments de sécurité et de succès. Si l'on emploie de mauvais instruments, si l'on omet certaines précautions, les dangers commencent ; si on atermoie et que l'on retarde l'opération au delà du premier accident, l'insuccès est logiquement à craindre.

Dans tous les autres cas d'avortement effectué en partie depuis plusieurs heures, depuis plusieurs jours, avec une cavité utérine réduite de moitié ou du tiers, ou même plus, l'hémorrhagie, pendant l'opération, n'est pas à craindre ; les parois utérines sont revenues sur elles-mêmes, épaisses, douées d'une résistance élastique suffisante pour prévenir une effusion abondante de sang.

Pour les mêmes raisons, leur perforation avec des instruments n'est-elle point à redouter.

Curettage de l'utérus après accouchement à terme.

J'en dirai autant du curettage de l'utérus après l'accouchement à terme, pratiqué pour des accidents infectieux tardifs, c'est-à-dire après cinq ou six jours, à dater de la délivrance. Même épaisseur, même résistance de la paroi utérine, pas de crainte de tomber dans une sorte de poche utérine dépressible, comme cela m'est arrivé dans le cas spécial de rétention post-abortive prolongée d'un placenta molaire. Pas d'accident d'ailleurs.

La statistique de la Pitié pour 1895-96-97 comprend 21 cas de cet ordre.

Dans les 21 cas de cette statistique, on n'a eu à noter aucun accident et tous les résultats ont été favorables.

De sorte que si, répondant à cette unique objection que le curage de l'utérus gravide, autrement dit l'évacuation instru-

www.libtool.com.cn

mentale de cet organe, est une opération dangereuse, il m'est permis de dire que sur 33 cas *post abortum* dont 23 aux 3e, 4e et 5e mois de la grossesse, et sur 21 cas *post partum*, soit un total de 44 cas, nous n'avons observé ni mort, ni accidents.

Il me reste à désigner les noms des opérateurs qui m'ont suppléé dans la plupart des interventions ci-dessus mentionnées. Ce sont: MM. Bonnus, Guibet, Benoît, Scheffer, Lenoble, internes ; Sicard, Carpanetti, Pédebidou, Lefèvre, Chollet, Quernaud, Schutzemberger, externes du service. (*Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

OBSERVATIONS OBSTÉTRICALES

I. Fœtus abortif avec hernie traumatique de l'intestin.

MM. Tissier et Desfosses.

La pièce, que nous apportons, est un fœtus long de 11 cm., pesant 30 gr., de 2 mois 1/2 à peu près, que nous avons recueilli à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis le 21 octobre dernier.

La mère IIIpare, de 32 ans, avait eu ses dernières règles le 30 juillet. Les débuts de sa grossesse n'avaient été marqués par aucun incident.

Le 21 octobre au soir, cette femme fut prise inopinément, vers le soir, de douleurs utérines, elle arriva à l'hôpital vers 11 heures. Le toucher permit de sentir un petit fœtus venant les pieds premiers, le matin le fœtus était chassé du vagin et dans la journée le reste de l'œuf était expulsé.

Le fœtus, nullement altéré, n'offrant aucune apparence de momification, ni de putréfaction, présentait au niveau de la fesse gauche une ecchymose rouge, toute fraîche, avec infiltration de sang à l'entour, au milieu de laquelle on voyait une plaie identique à celle qu'eût produite la pénétration d'un corps pointu comme une aiguille. Par l'orifice de la plaie sortait une anse d'intestin grêle, de 6 à 7 cm. de longueur.

La perforation traversait les parties molles, le cartilage de l'os iliaque et aboutissait à la cavité abdominale.

L'origine de cette perforation et de cette hernie iliaque n'est point douteuse. Le fœtus présentait le siège premier. Les membranes ont été rompues et vraisemblablement le corps perforant qui ouvrit l'œuf, poussé énergiquement perfora le fœtus.

Il arrive parfois que des fœtus sont expulsés morts depuis un certain nombre de jours et très friables ; des tractions même faibles au cours de l'accouchement, suffisent pour déchirer la

www.libtool.com.cn

paroi abdominale au-dessus de la crête iliaque et par la déchirure s'échappent des intestins. Ici rien de tel ne peut être soupçonné.

II. **Kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen depuis 18 ans. Généralisation sur toute la surface péritonéale de l'intestin, du mésentère, des ligaments larges et de l'utérus. Grossesse évoluant jusqu'au terme. Rupture utérine au cours du travail. Mort.**

Par MM. Tissier et Desfosses.

Femme P..., Ipare de 36 ans, en 1879 ; elle fut soignée à l'hôpital Lariboisière, pour un kyste hydatique du foie qui se serait brusquement rompu. Le rétablissement fut rapide.

Devenue enceinte dans les premiers jours de mai dernier, cette femme vit sa grossesse évoluer sans complication. Elle fut prise de douleurs le 24 décembre, à 10 heures du soir, et les douleurs ne cessèrent pas jusqu'au lendemain, s'accompagnant de vomissements incessants. Dans la soirée du 25, tout d'un coup, le travail s'arrêta et la parturiente fut saisie d'une grande faiblesse en même temps que s'écoulait un peu de sang par la vulve. On l'amena le lendemain matin 26, à l'hôpital Saint-Louis, vers midi, toujours perdant. Depuis la veille les douleurs n'avaient pas reparu : la malade, apyrétique, était pâle, sans pouls, prête à se trouver mal. Le ventre, énormément distendu, était tout marronné de saillies nombreuses irrégulières, de consistance demi-dure. Le palper, extrêmement difficile, ne permettait pas de reconnaître la disposition fœtale. Auscultation négative. Par le toucher on rencontrait une tête élevée.

A ce moment, en présence de l'état très grave de la mère, il importait de terminer l'accouchement le plus rapidement possible.

Une première et une deuxième application de forceps ayant échoué ; l'interne du service fit la version, qui présenta quelque difficulté au moment de l'extraction de la tête dernière. L'enfant était mort.

Après la version, la main, introduite dans les voies génitales, traverse le vagin, et pénètre dans une vaste cavité sans limites définies, hérissée d'une multitude de bosselures arrondies variant des dimensions d'une noix à celles d'une grosse pomme.

Ces tumeurs, au nombre d'une quarantaine ou d'une cinquantaine, viennent partout remplir la main. En tournant les doigts

en avant, la face postérieure de la paroi abdominale est directement sentie.

Le Dr Tissier constate la rupture utérine produite dès la veille au soir, à s'en rapporter aux renseignements fournis par un médecin de la ville : large rupture utérine siégeant sur le côté droit de la matrice permettant de pénétrer directement dans la cavité abdominale.

Quant aux sensations obtenues, elles sont dues à des masses mamelonnées, disséminées sur toute la surface péritonéale et sur l'épiploon et dont la nature est incertaine. On ne songe à l'existence d'une dégénérescence molaire ayant favorisé la rupture des parois utérines que pour rejeter immédiatement une hypothèse que tout dément : l'évolution de la grossesse, le développement fœtal, le volume, la consistance et le siège des monomes. Une des tumeurs, attirée à la vulve et sectionnée après ligature du pédicule, est incisée : son contenu, mollasse et visqueux, est composé d'un grand nombre de vésicules affaissées, avec très peu de liquide. Cet aspect caractéristique, rapproché de la connaissance du kyste hydatique rompu 18 ans auparavant, fait porter le diagnostic de kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale avec dégénérescence utérine et rupture de la matrice au cours du travail.

Le placenta est perdu dans la profondeur de l'abdomen ; l'état général est des plus graves ; la rupture date de 18 à 20 heures. Il convient de faire la laparotomie, l'extraction du délivre et l'opération de Porro ou telle autre intervention que la constatation directe indiquera. Mais les forces qui avaient toujours été déclinant diminuent en dépit des injections de sérum artificiel, de l'oxygène, de la caféine et de l'éther, et quand le Dr Bar, mandé pour aider à l'intervention, arriva à l'hôpital, la malade agonisait et ne tardait pas à succomber.

L'examen microscopique du contenu de la tumeur avait été pratiqué pendant les préparatifs de l'opération et avait permis de voir des crochets en grand nombre, ce qui confirmait pleinement le diagnostic de kyste hydatique.

L'autopsie, pratiquée le surlendemain 28 décembre, permit de recueillir la pièce que voici :

Dès l'ouverture du ventre on voit toute la cavité occupée par des masses boursouflées légèrement transparentes et blanches qui, au premier abord, paraissent des anses intestinales distendues. Ce sont des tumeurs arrondies, remplies d'un peu de liquide gélatineux, rénitentes, disséminées dans le grand épiploon et descendant avec celui-ci presque jusqu'au niveau le pubis. Leur

volume est celui du poing pour les unes, d'un abricot ou d'une noix pour les autres. En soulevant ce tablier, on met à nu l'utérus très rétracté, dévié vers la gauche.

Le fond utérin est surmonté d'une tumeur kystique du volume d'une mandarine occupant la corne droite. Cette tumeur n'est point développée en plein muscle, mais siège dans la couche cellulaire sous-péritonéale ; une autre tumeur semblable occupe la face antérieure près de la jonction du corps et du col immédiatement derrière et un peu au-dessus de la vessie. Dans l'épaisseur du ligament large gauche, un kyste plus gros, des dimensions d'un poing d'adulte, soulève les ailerons et écarte les feuillets séreux.

Enfin, un gros kyste ayant les dimensions du précédent efface en partie le cul-de-sac de Douglas dans lequel il bombe, repose sur la portion médiane du segment inférieur de l'utérus en arrière et se porte en bas, ayant en partie dédoublé la cloison recto-vaginale. Cette dernière tumeur a joué certainement un rôle dystocique important et a pu, par l'obstacle qu'elle apportait assurément à l'engagement de la présentation, favoriser et peut-être déterminer l'effraction de la matrice.

Ces diverses tumeurs sont superposées à la couche du muscle et développées dans le tissu conjonctif sous-séreux, et bombent dans la cavité péritonéale.

Dans les parties déclives, il n'existe qu'une très faible quantité de sang fluide.

Sur le côté droit, l'utérus est fendu du haut en bas par une large déchirure verticale qui va de l'insertion de la trompe au cul-de-sac vaginal. Les deux feuillets du ligament large de ce côté sont effondrés au niveau de leur attache avec le bord utérin : il ne reste qu'une bride en haut constitué par le ligament rond et le ligament ovarien.

En arrière du ligament large, on voit le cordon ombilical qui mène au placenta enfoui dans une loge à côté et en dessous du cœcum.

La communication est large entre le vagin et l'espace rétro-ligamentaire, tout le bord utérin est déchiré depuis la commissure du museau de tanche jusqu'à la corne droite.

On se demande quelle opération eût pu être tentée si la survie de la malade eut permis une intervention après laparotomie.

Le foie très déformé porte à sa face inférieure un gros kyste gros comme une tête d'adulte ; nous ne trouvons pas la cicatrice du kyste qui se serait rompu en 1879.

www.libool.com.cn

Les reins, normaux d'apparence, pèsent 140 gr. chacun ; le cœur 260 gr. ; l'enfant pesait 3100 gr. et le placenta 520 gr.

M. Maygrier : Présentation d'un placenta de grossesse gémellaire univitelline.

Le délivre que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une femme accouchée à six mois et demi environ, de deux jumeaux, le 25 avril 1897, à la Maternité de Lariboisière.

L'observation de cette femme, que je me réserve de publier ultérieurement *in extenso*, est un exemple très net de grossesse gémellaire univitelline. On y retrouve la plupart des particularités signalées par M. Eleuterescu (1) dans sa thèse, et rappelées plus récemment à la Société obstétricale de France par M. Bar (2).

Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans, d'une bonne santé habituelle, ayant eu six grossesses antérieures, dont cinq terminées par des accouchements spontanés à terme, et une par un avortement de 2 mois 1/2. Enceinte pour la 7e fois, elle a eu ses dernières règles du 6 au 9 octobre 1896. Cette nouvelle grossesse a évolué normalement jusque vers le 4e mois, époque à laquelle le ventre a pris rapidement un développement insolite. En même temps, la femme a commencé à ressentir des douleurs abdominales, s'irradiant dans les membres inférieurs, et à éprouver une gêne de plus en plus grande à se mouvoir ; elle a perdu l'appétit et le sommeil, et tous ces phénomènes sont devenus si pénibles qu'elle est entrée à la Maternité de Lariboisière le 22 avril 1896.

Au premier aspect, on est frappé du développement énorme de l'abdomen qui n'est nullement en rapport avec l'époque présumée de la grossesse (un peu plus de six mois).

La paroi est tendue et sillonnée par d'abondants réseaux veineux. On constate tous les signes de l'hydramnios, sans pouvoir arriver par le palper sur une partie fœtale, tant la tension du ventre est considérable. On n'entend pas de battements du cœur. Par le toucher, on ne trouve pas de distension exagérée du segment inférieur ; le col gros, perméable à son orifice externe, est fermé à l'orifice interne ; on ne trouve pas de partie fœtale nettement accessible.

En présence de cette marche précoce et rapide de l'hydramnios,

(1) Eleuterescu. *Contribution à l'étude des grossesses multiples univitellines et bivitellines.* Thèse Paris, 1896.

(2) Bar et Eleuterescu. *Le placenta et les fœtus dans la grossesse gémellaire univitelline.* (Société obstétricale de France, 23 avril 1897.)

www.libtool.com.cn

sur laquelle j'ai attiré l'attention dans un mémoire publié en collaboration avec le Dr Demelin (1), je diagnostique, malgré l'absence de signes positifs, une grossesse gémellaire probable, avec expulsion imminente des produits de conception.

La femme continue, en effet, à souffrir de plus en plus ; le col s'entr'ouvre et permet de sentir un petit siège avec procidence d'un cordon animé de battements qui ne tardent pas à disparaître. Le travail se déclare franchement le 25 avril dans l'après-midi. Les membranes se rompent alors que la dilatation atteint 3 cm. 1/2. Il ne s'écoule que très peu de liquide. Un premier fœtus du sexe masculin est expulsé par le siège, à 10 heures du soir. Il est mort-né et pèse 970 gr. Une seconde poche des eaux se présente aussitôt dans le vagin ; elle est énorme et distendue par une très grande quantité de liquide amniotique. On rompt les membranes et on recueille 8 litres 1/2 de liquide. Un second fœtus, également du sexe masculin, est expulsé par le sommet à 10 h. 55. Il pèse 1190 gr. et est vivant.

Une hémorrhagie assez abondante nécessite la délivrance artificielle.

Les suites de couches n'ont rien présenté de particulier. Le second jumeau, mis en couveuse, a succombé au bout de quelques heures.

L'intérêt principal de cet accouchement gémellaire réside dans l'examen du délivre et des fœtus.

Examen du délivre. — Il existe une masse placentaire unique, du poids de 900 grammes. Les membranes sont constituées par un chorion unique et deux amnios. Les deux œufs étaient superposés, séparés par une cloison où les deux amnios sont accolés. Cette cloison présente une large ouverture par laquelle le 2e jumeau a été expulsé. L'œuf inférieur est petit, et ne renfermait que peu de liquide. L'œuf supérieur est vaste; il était le siège d'une hydropisie de l'amnios (8 litres 1/2 de liquide).

Les cordons ombilicaux sont très distants l'un de l'autre. Celui de l'œuf inférieur présente une insertion normale sur la partie inférieure du placenta. Il est important de faire remarquer que ce cordon n'a pas été coupé entre deux ligatures, comme on le fait habituellement dans tout accouchement gémellaire ; la sage-femme qui présidait à l'accouchement, voyant l'enfant mort, s'est abstenue de cette précaution. Il ne s'est pourtant pas écoulé de sang par le bout central du cordon, ce qui

(1) Maygrier et Demelin. *Etude clinique sur l'avortement multiple. Archives de Tocologie*, 1892, p. 80.

s'explique par ce fait que la circulation y était interrompue, et le sang coagulé dans ses vaisseaux.

Le cordon de l'œuf supérieur s'insère à l'autre extrémité du placenta, sur les membranes ; il y a dissociation de ses vaisseaux et insertion vélamenteuse sur une étendue de plusieurs centimètres.

En résumé, placenta unique, un seul chorion et deux amnios, œufs superposés, cordons très distants l'un de l'autre et insertion vélamenteuse de l'un d'eux, hydramnios de l'œuf supérieur, anastomoses superficielles d'artère à artère, entre les deux circulations, telles sont les particularités présentées par le délivre, et qui sont caractéristiques de la grossesse univitelline.

Examen des fœtus. — Les deux fœtus étaient de sexe masculin. Leur autopsie a démontré entre eux des différences intéressantes, comme cela a lieu d'ailleurs dans cette variété de grossesse gémellaire.

Différence de poids : le premier jumeau pesait 970 gr. ; le second, du poids de 1190 gr., était contenu dans l'œuf hydropique.

Le cœur du premier pesait 5 grammes et son foie 35 gr.

Le cœur du second pesait 10 gr. et le foie 60 gr.

De plus, tandis que les organes du premier ne présentaient aucune altération notable, ceux du second étaient hypertrophiés. Le cœur, en particulier, avait un ventricule droit très manifestement hypertrophié ; sa paroi avait une épaisseur de 6 à 8 millimètres, de beaucoup supérieure à celle du ventricule gauche. L'examen histologique a démontré que cette paroi était altérée; on y a trouvé, en effet, les lésions suivantes : de l'œdème, un léger degré de sclérose péri-vasculaire, et de l'hypertrophie des cellules striées.

Ces constatations viennent à l'appui des recherches de Schatz, Küstner, Bar et Eleuterescu, qui ont démontré que dans la grossesse gémellaire univitelline les fœtus, toujours de même sexe, sont inégalement développés et présentent entre eux de notables différences organiques.

Ces différences tiennent-elles, comme le veut Schatz, à l'asymétrie des communications vasculaires qui fait que l'un des fœtus reçoit moins de sang, reste plus petit et joue le rôle de transfuseur, tandis que l'autre, plus gros, joue celui de transfusé ? Ou bien sont-elles dues, ainsi que le pense Bar, à une inégale répartition, dès l'origine, du vitellus de formation entre les deux embryons ? C'est là une question que de nouvelles recherches permettront seules d'élucider complètement.

www.libtool.com.cn

REVUE DE LA PRESSE

MALADIES INFANTILES.

Traitement de la coqueluche par la résorcine. (Roskam.) — L'auteur traite la coqueluche par les applications sur la glotte, au moyen d'une éponge fine d'une solution de résorcine à 2 ou 3 %.

Ces résultats sont très favorables, puisque sur 290 malades, chez 200 malades la guérison s'est produite avant quinze jours.

70 malades furent guéris avant le vingt-cinquième jour à partir du commencement du traitement.

18 malades furent guéris avant le trentième jour.

Enfin deux malades, un frère et une sœur, n'ayant plus de quinte après douze jours, mais conservant une toux catarrhale, ont eu, au dix-huitième et au vingtième jour, une violente reprise des quintes. Après quinze jours d'application de solution de résorcine à 3 %, ils furent tout à fait rétablis.

La méthode ne doit être appliquée qu'à la période nettement confirmée.

Les enfants de moins d'un an ont été traités par une solution à 2 %. Chez les enfants de 1 à 2 ans on employait pendant deux jours une solution à 2 %, puis une solution à 3 %. A partir de 2 ans les enfants sont soignés avec une solution à 3 %. Les applications ont été faites toutes les quatre heures à partir de six heures du matin et une ou deux fois la nuit.

Après deux ou trois jours de traitement, quelquefois même après un jour, les fonctions digestives, presque toujours altérées, se rétablissent. Le malade mange avec goût et digère très bien. Il est plus vif. L'amélioration de l'état général se fait très rapidement ; en cinq à six jours l'enfant a repris son régime normal et ses jeux. En cinq à six jours aussi la toux a changé de caractère. Les quintes persistent encore, quelquefois même sont plus fréquentes, mais elles sont plus faciles, plus courtes et ne s'accompagnent presque plus de forte congestion faciale. Elles sont aussi plus grasses et sont suivies de l'expulsion de crachats muco-purulents. Les vomissements cessent, et cet abattement qui suit si souvent les fortes quintes. Généralement, c'est d'abord pendant le jour que les quintes diminuent en nombre ; après deux ou trois jours, cette baisse dans le nombre de quintes se fait la nuit.

Au bout de très peu de temps, les enfants s'habitueraient très bien à ces attouchements qui sont beaucoup moins pénibles qu'on ne le supposerait.

Traitement de l'aménorrhée chez une jeune fille chloro-anémique. (Dauchez.) — Dix jours avant l'époque présumée, on administrera dans un peu de vin d'Espagne, ou dans une tasse d'eau de riz, de cinq à dix gouttes de *teinture d'iode fraîche et non acide*, qui seront absorbées pendant le premier repas.

Le soir, après souper, les prises indiquées ci-dessous seront

prescrites à la dose d'une ou deux, suivant l'état des voies digestives :

www.libtool.com.cn

Colombo pulvérisé.....	)
Safran pulvérisé.....	) ää 1 gramme.
Fer réduit par l'hydrogène.....	0.50 centigrammes.
Aloës pulvérisé.....	0.30 —

M. s. a. et diviser en dix prises. Chaque prise dans une cuillerée de miel ou de confiture.

S'il se produit de l'intolérance gastrique, on aura recours à la préparation suivante :

Sirop d'hypophosphite de fer.....	)
» » de soude.....	) ää 50 grammes.
» » de manganèse.....	)
Glycérine médicinale.....	)
Eau de laurier cerise.....	4 grammes.

Deux à trois cuillerées par jour.

L'allaitement chez les albuminuriques. — M. le Dr Gamulin a examiné la question suivante : Une femme qui a présenté de l'albumine dans les urines pendant sa grossesse, et surtout si la présence de l'albumine après l'accouchement exige que le régime lacté soit continué, peut-elle allaiter son enfant ?

La plupart des médecins ne permettent pas aux femmes albuminuriques d'allaiter, et c'est surtout celles qui sont astreintes au régime lacté absolu. Ils se laissent en partie influencer par cette opinion si répandue dans le monde que le lait ne saurait constituer une nourriture suffisante et en particulier quand il doit pourvoir à la nourriture de deux êtres à la fois. La mère serait exposée à voir son albuminurie empirer, et cette double cause d'épuisement pourrait produire des désordres graves du côté de l'organisme maternel.

Cependant, pendant plusieurs mois, M. Gamulin a examiné attentivement presque tous les jours les femmes accouchées à la clinique Baudelocque où elles sont tenues à nourrir leur enfant, et n'a jamais pu rien constater d'alarmant. Au contraire, l'état général de ces femmes s'améliorait, la quantité de l'albumine des urines diminuait, si bien que très souvent, les femmes, se croyant tout à fait guéries, ne voulaient pas attendre la disparition complète de l'albumine et quittaient le service malgré les observations qu'on leur faisait.

M. Gamulin publie un résumé de toutes les observations des femmes albuminuriques au nombre de 158 ayant nourri leurs enfants à la clinique Baudelocque et en en faisant l'étude. Or, l'examen attentif de toutes ces observations permet de reconnaître que les enfants des albuminuriques, nourris par leur mère, se développent et augmentent de poids dans les mêmes proportions que les autres enfants ; que, d'autre part, les femmes albuminuriques qui allaitent leurs enfants, même en étant au régime lacté absolu, retirent les bénéfices que procure à toute femme cet acte physiologique et n'éprouvent pas de retentissement fâcheux du côté de leur état général.

Il s'ensuit donc que toute femme albuminurique peut et doit allaiter son enfant. Il n'y a que dans les cas tout à fait rares, dans lesquels l'albumine des urines augmente ou reste stationnaire pendant plusieurs semaines, qu'on devrait suspendre l'allaitement. De même si l'enfant dépérissait, on pourrait essayer une autre nourrice.

La cystite chez les nourrissons. — M. Finkelstein attire l'attention sur la fréquence de la cystite au cours des maladies infectieuses chez les nourrissons. Sur une trentaine de cas qu'il a observés à la clinique de Heubner, il en rapporte avec détail huit.

Dans tous ces cas il s'agit de nourrissons au-dessous d'un an, presque toujours des fillettes, atteintes d'une maladie infectieuse grave (broncho-pneumonie, gastro-entérite aiguë, méningite), presque toujours mortelle. D'après l'auteur, la maladie infectieuse primitive a pour résultat d'éteindre à un moment donné la plupart des mouvements réflexes, entre autres ceux de l'évacuation régulière de la vessie. Il y a alors rétention relative d'urine, et les bactéries, en pénétrant dans la vessie, trouvent un terrain tout préparé à la cystite.

A l'état de somnolence ou de coma dans lequel se trouvent les enfants à ce moment, l'expression clinique de la cystite fait défaut. Mais si l'on examine l'urine, on trouve, au commencement, un peu d'albumine, quelques cellules épithéliales venant de la vessie, des leucocytes et des bactéries. Les jours suivants, la richesse de l'urine en éléments morphologiques augmente si bien que dans quelques cas l'urine prend rapidement un aspect lactescent ou franchement purulent. Si l'on fait l'autopsie, on trouve comme substratum anatomique de cette cystite une tuméfaction de la muqueuse vésicale avec des ecchymoses punctiformes. Dans deux cas que l'auteur rapporte, la cystite purulente était remplacée par une véritable cystite ulcéro-membraneuse.

Dans tous les cas l'examen bactériologique de l'urine montra la présence d'une culture pure de coli-bacille. Dans un cas seulement on trouve avec du coli bacille un bacille analogue au b. subtilis.

Quant à l'étiologie de ces cystites, l'auteur incrimine en premier lieu l'état général de ces malades qui crée un ensemble de conditions permettant à l'infection accidentelle de la vessie d'aboutir à la cystite. Il y a tout d'abord la rétention qui, d'après l'urologie moderne, est le facteur étiologique essentiel de la cystite. En second lieu la vitalité de la muqueuse vésicale et de son épithélium se trouve amoindrie par le fait de l'affaiblissement général de l'organisme et de mauvaises conditions de circulation et de la présence dans l'urine de toxines éliminées par les reins. Quand, dans ces conditions, les bactéries pénètrent dans la vessie, elles trouvent un terrain tout préparé pour l'éclosion de la cystite.

La pénétration des bactéries dans la vessie peut se faire par voie hématogène, par la voie rectale, et par la voie uréthrale. Dans les cas observés, l'auteur incrimine la voie uréthrale. Il fait, en effet, observer que dans ces cas il s'agissait presque toujours de petites filles dont l'urèthre était presque constamment souillé

par des matières fécales, le plus souvent diarrhéiques. L'absence du coli-bacille dans le sang et dans les autres organes, constatée pendant la vie et après autopsie, montre également qu'il ne s'agissait pas dans ces cas d'une infection hématogène. (*Journ. de méd. et de chirurgie pratiques*, 10 mai 1897.)

FORMULAIRE

Traitement de la dyspepsie des enfants.

(VEILLARD.)

Contre la douleur.

Sirop composé antigastralgique.

Sirop d'éther.....	10 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	20 —
Sirop de codéine.....	5 —

Par cuillerée à café de demi-heure en demi-heure jusqu'à ce que la douleur soit calmée.

Acétate d'ammoniaque..	2 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	30 —
Alcoolat de mélisse.....	5 —
Eau distillée de laitue..	90 —

Par cuillerée à soupe de demi en demi-heure.

Mixture.

Teinture de noix vomique	2 gr.
Alcoolature de racine d'aconit.....	2 —
Teinture de belladone....	2 —

De 5 à six gouttes chez un enfant de 5 ans, au moment des douleurs.

Ou bien :

Sirop de belladone.....	5 gr.
Sirop de codéine.....	5 —
Eau distil. de fleurs d'oranger.....	20 gr.

Une cuillerée à café.

Lorsque la douleur est habituelle, faire prendre le paquet suivant avant le repas :

Codéine.....	1/4 à 1/2 centigr.
Poudre d'yeux d'écrevisse..	10 centigr.
Magnésie.....	10 —
Rhubarbe.....	5 —
Noix vomique	1 —

(J. Simon.)

Teinture de colombo..... Teinture de cascarille...	5 gr.
Teinture de belladone...	2 gr.
Elixir parégorique.....	5 gr.

(J. Simon.)

Avant chaque repas (10 gouttes) dans un peu de tisane de camomille faite à froid.

Teinture de belladone Teinture de jusquiame	àà 5 gr.

5 gouttes au moment des douleurs. Mettre dans de l'eau sucrée.

L'eau distillée de laurier-cerise sera également utile.

Acidité. — Magnésie anglaise. Une demi-cuillerée ou une cuillerée à café dans de l'eau très sucrée au moment du coucher.

Prendre au moment des repas une eau alcaline légère (Vals, Carmen, par exemple) ou quelques pastilles de Vichy après les repas.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

OBSTÉTRIQUE

www.libtool.com.cn

GROSSESSE GÉMELLAIRE A CIRCULATION DÉPENDANTE,

Par M. le Docteur Porak.

Schatz, depuis une quinzaine d'années, dans des communications nombreuses, très importantes, encore en cours de publication dans les *Archiv für Gynäkologie*, a étudié sous toutes ses faces la question des anastomoses vasculaires entre les placentas de la grossesse gémellaire, de ce qu'il appelle la troisième circulation. Pendant ce laps de temps, tant dans les *Archiv für Gynäk.* que dans le *Zeitschrift für Geburt. und Gynäk.*, de nombreuses observations ont vu le jour, n'infirmant les conclusions de l'auteur que sur des points de détail. J'ai donné une revue de ces divers travaux dans la *Médecine moderne*, octobre 1896.

Anastomoses vasculaires du placenta et grossesse univitelliné, c'est tout un pour Schatz.

Schatz admet l'existence des grossesses univitellines en s'appuyant sur les arguments suivants : 1° il existe entre les placentas des anastomoses vasculaires ; 2° les jumeaux sont toujours de même sexe ; 3° ils ont entre eux une très grande ressemblance ; 4° il n'existe pas de cloison entre les œufs ou bien cette cloison n'est constituée que par les deux amnios seulement ou par les deux amnios et un seul chorion.

De ces arguments, il n'y a lieu de retenir que les rapports qui peuvent exister entre la constitution des membranes de l'œuf des jumeaux et les anastomoses vasculaires inter-placentaires.

Nous ne devons nous occuper que des cas où deux taches germinatives existent sur le même vitellus, distinguant ainsi nettement les grossesses univitellines à fœtus séparés des monstruosités doubles qui, pour être certainement univitellines, se produisent pour les uns par division d'une tache germinative unique, pour les autres par fusion de deux taches germinatives séparées.

Comme les monstres doubles, les fœtus séparés univitellins peuvent se trouver placés dans une cavité amniotique unique. Je n'en veux pour preuve que la remarquable observation qui a été rapportée par M. Guéniot à l'Académie de médecine. Dans cette observation l'auteur signale que les cordons des deux jumeaux s'étaient noués l'un avec l'autre.

Cette cavité est-elle primitivement unique, ou bien l'est-elle devenue par atrophie ou par déchirure de la cloison de séparа-

tion ? Je ne comprends guère le mécanisme de la déchirure. L'amnios est la plus résistante des membranes de l'œuf. On n'a jamais observé la cloison de l'œuf gémellaire constituée par un seul amnios ; ces deux membranes ne se fusionnent donc pas. Pourquoi alors admettre leur atrophie ou leur déchirure ? Il n'en va pas de même pour le chorion qui est beaucoup moins résistant que l'amnios, pour la caduque surtout qui est moins résistante encore. La fusion et la disparition par atrophie de ces membranes sont très possibles.

Deux taches germinatives rapprochées, ayant pris naissance sur le même ovule, peuvent se recouvrir d'un amnios unique. Rien de difficile à comprendre dans le fait de l'existence d'une cavité amniotique unique pour les deux jumeaux. Si les deux taches germinatives sont éloignées, l'embryon, qui résultera du développement de chacune de ces taches, va se recouvrir d'une membrane amniotique qui lui est propre, la vésicule ombilicale restant commune. En se développant, les deux amnios tendent à se mettre en contact pour constituer la cloison. L'allantoïde à son tour peut ou non recouvrir complètement les deux amnios et s'insinuer ou non et se fusionner par conséquent dans la cloison, entre les amnios. L'allantoïde inter-amniotique en s'atrophiant laisse comme vestige un chorion. D'où deux cas peuvent se produire : la cloison qui sépare les deux œufs gémellaires d'origine univitelline peut présenter dans un cas deux amnios seulement ; dans un autre cas deux amnios et un chorion.

Les grossesses gémellaires univitellines se trouvent donc dans une cavité amniotique unique, dans deux cavités amniotiques séparées que la cloison présente ou non un chorion. La dernière disposition peut aussi se rencontrer dans les grossesses gémellaires bivitellines, comme nous allons le voir ; elle n'est pas caractéristique.

La grossesse gémellaire bivitelline peut présenter, en effet, dans la cloison deux amnios et un chorion ; tandis que dans d'autres cas elle peut présenter, outre les deux amnios, deux chorions et généralement une seule caduque.

Cela dépend de l'époque où les ovules ont été fécondés, que la conception ait été simultanée ou successive.

Je ne veux pas soulever à nouveau cette question si souvent débattue de la superfétation et de la superfécondation. C'est une discussion de mots. Tant que le conduit utéro-tubaire est perméable, tant que l'ovulation n'est pas suspendue, la conception successive de deux ovules est possible. J'ajoute même que quel-

www.libtool.com.cn

ques faits rares, il est vrai, la démontrent chez l'homme, que des faits plus nombreux existent chez les animaux.

La conception de deux ovules au même moment constitue probablement la grande exception. Mais pourquoi deux vésicules, se rompant simultanément, ne donneraient-ils pas des ovules fécondés en même temps ? Bien plus, il est démontré chez les animaux que la même vésicule de de Graaf peut contenir un, deux, trois et même quatre ovules. L'ouverture de la vésicule de de Graaf met donc en liberté plusieurs ovules d'un seul coup. Moins l'animal est élevé dans l'échelle zoologique, plus cette disposition est fréquente. Par une disposition ancestrale particulière, on trouve assez souvent dans l'ovaire du fœtus, moins souvent dans l'ovaire de l'enfant, des vésicules de de Graaf contenant deux ovules. Cette particularité anatomique n'a pas été observée chez la femme adulte. Mais l'a-t-on bien cherchée ? Au cas où on l'aurait cherchée sans la trouver, est-on bien fondé à nier qu'un fait observé chez le fœtus et chez l'enfant ne peut pas se réaliser d'une façon exceptionnelle chez l'adulte ?

Or, si une vésicule de de Graaf, contenant deux ovules, arrivés à maturité, vient à se rompre, les deux ovules mis en liberté peuvent être fécondés simultanément. Cela est rare, c'est entendu, mais c'est possible.

Dès lors les deux ovules suivent une évolution chronologiquement parallèle. Ils arrivent dans la cavité utérine en même temps, ils peuvent s'y greffer à côté l'un de l'autre et se faire le même nid dans la caduque. Les membranes de l'œuf peuvent n'être constituées que par l'amnios et le chorion, les deux allantoïdes de même époque peuvent se confondre en leur point de contact. Dans la cloison, les deux chorions peuvent se fusionner en une membrane unique. Ces grossesses gémellaires bivitellines peuvent donc avoir la même apparence que certaines grossesses gémellaires univitellines. Dans l'un comme dans l'autre cas, des anastomoses vasculaires peuvent se développer et constituer entre les œufs la troisième circulation de Schatz.

Les mêmes dispositions anatomiques sont donc possibles dans les grossesses univitellines, et aussi dans les grossesses gémellaires lorsque les ovules proviennent d'une même vésicule de Graaf, c'est-à-dire lorsqu'elles sont univésiculaires.

Cette discussion n'a d'ailleurs qu'un intérêt spéculatif. Que nous importe que la grossesse gémellaire soit univitelline ou bivitelline ? Le point important, c'est l'existence des anastomoses vasculaires entre les placentas.

www.libtool.com.cn

Chez les animaux, qui présentent si fréquemment, et d'autant plus fréquemment que chaque portée contient plus de petits, plusieurs ovules dans la même vésicule de de Graaf, il semblerait à priori que ces anastomoses vasculaires entre les œufs doivent être fréquentes.

Je me suis adressé à M. Moussu, professeur à l'Ecole d'Alfort, pour obtenir des renseignements à ce sujet. Les grossesses univitellines sont, paraît-il, toujours monstrueuses chez les animaux. J'y reviendrai plus tard.

Chez les animaux domestiques, l'utérus presque toujours bicorne et très allongé favorise la greffe éloignée des ovules. D'ailleurs il n'y a pas de caduque. Deux ovules ne peuvent donc pas se développer dans le même nid.

Les dispositions anatomiques qui caractérisent le développement placentaire ne favorisent pas ces anastomoses vasculaires. Le placenta est, en effet, zonulaire chez la chienne, à cotylédons disséminés chez la truie, cotylédonaire chez la chèvre. Par ces caractères, les placentas sont presque toujours séparés chez ces animaux. Il ne se rencontrent pas et ne se fusionnent pas comme dans l'espèce humaine.

Chez les grandes femelles domestiques, chez la jument dont la placentation est diffuse, chez la vache dont la placentation est cotylédonnaire, il existe à peu près une fois pour 100 des portées doubles. La gestation va à terme et alors les jumeaux sont placés chacun dans une corne. Lorsque les œufs sont greffés dans la même corne ou l'un dans une corne et l'autre dans la cavité utérine, la gestation est interrompue, il y a avortement. Peut être, dans ce cas, la terminaison prématurée de la grossesse se trouverait quelquefois expliquée par des anastomoses vasculaires des placentas. On ne l'a pas constaté, mais on ne l'a pas non plus recherché.

Quoi qu'il en soit, la dépendance circulatoire des deux jumeaux dans l'espèce humaine existe ; elle a été parfaitement étudiée par Schatz. C'est un phénomène rare. Depuis plusieurs années que je la recherche, je ne l'ai trouvée que dans un cas. En voici la relation :

La nommée B..., 25 ans, tailleuse, constitution normale, bassin normal, entrée à la salle de travail le 8 décembre 1896, à 8 heures et demie du matin.

Père et mère bien portants. Ils ont eu 11 enfants dont notre malade est l'aînée. Une sœur morte, à 17 ans, de tuberculose pulmonaire. Les autres (frères et sœurs de 4 à 25 ans) sont bien portants.

A marché de bonne heure.

Réglée à 11 ans et toujours régulièrement depuis (3 à 4 jours), sans douleur.

www.libtool.com.cn

En 1899, a eu l'influenza et a gardé le lit trois semaines. Ne s'en est jamais ressenti. N'a jamais eu d'autre maladie.

S'est mariée en 1893.

Le 14 mars 1895, elle a accouché spontanément d'un garçon qu'elle a nourri et sevré à 13 mois.

Le mari a fait une partie de son service militaire aux colonies (Madagascar) : il a eu les fièvres en 1890. En 1895, il a eu une attaque de rhumatisme articulaire. Pas de traces de spécificité, ni de bacillose du côté du mari.

Etat actuel.— Elle vient à l'hôpital Laënnec où elle s'était présentée pour une bronchite. On constata sa grossesse et on l'envoya à l'hôpital de la Charité après que la poche des eaux se fût rompue le matin à 7 heures et demie.

Dernières règles le 14 mai ; par conséquent, grossesse de 7 mois et demi environ.

A l'entrée, la dilatation est de quelques centimètres de diamètre, le toucher fait sentir un sommet engagé en G. P., les sutures sont larges. Le palper donne une sensation très nette de ballottement céphalique, dans le flanc gauche. La vue et le palper indiquent un utérus du volume d'une grossesse à terme, bien plus volumineux, par conséquent, que ne le comporte la date des dernières règles.

Les premières douleurs ont coïncidé avec la rupture de la poche des eaux.

A 10 *heures*, expulsion spontanée d'un premier fœtus, dont la tête se dégage en O. S. Le cordon est coupé entre 2 ligatures et l'enfant, du sexe féminin, est, après nettoyage, mis en couveuse, enveloppé de ouate.

En touchant la femme, on sent une deuxième poche des eaux faisant une forte saillie qui vient presque à la vulve. On la rompt artificiellement et l'on constate une issue considérable de liquide amniotique. L'expulsion en siège complet se fait très rapidement et donne une fille en état de mort apparente qui n'a fait que quelques inspirations malgré les soins qui lui sont donnés. L'abdomen est étalé, distendu semblant contenir du liquide ; la fluctuation y est peu nette.

La délivrance naturelle se fait à 10 h. 1/2.

La première fille meurt à 2 h. 1/2 de l'après-midi.

Urine : N'a pu être examinée parce que du sang y était mélangé. — Poumon : L'auscultation montre des gros râles sonores et humides et de nombreuses sibilances dans toute l'étendue des deux poumons. Un souffle assez rude est entendu le long de la trachée et des grosses bronches. — Cœur : Rien d'anormal.

24 décembre. — La malade a eu un peu de température qui n'a pas dépassé 38°5 les quatre premiers jours de ses couches. Autrement, elles ont été normales. Elle sort guérie au dix-huitième jour.

Autopsie. — La première jumelle (jumelle A) pesait 1.200 grammes ; la deuxième jumelle (jumelle B) 980 grammes.

Le placenta était de 950 grammes, présentant deux parties, contenant chacune un cordon : celui de la première jumelle, maigre ; celui de la deuxième, gras au contraire.

www.libtool.com.cn

Première jumelle (jumelle A).

Cœur : 10 gr. 50, contracté, rouge. — Poumon gauche : 18 gr. 50 ; poumon droit : 25 grammes ; incomplètement aérés. — Thymus : 4 gr. 50. — Foie : 43 grammes, congestionné. — Rate : 3 gr. 20, congestionnée. — Reins congestionnés, droit : 5 gr. 80 ; gauche : 6 gr. 20. — Vessie vide.

Deuxième jumelle (jumelle B).

A l'ouverture de l'abdomen on trouve une quantité de liquide ascitique égale à une cuillerée à soupe, au moins. — Le tissu sous-cutané est infiltré par un œdème très net : tous les tissus sont comme lavés. — On trouve aussi de l'hydrothorax et de l'hydropéricarde en quantité appréciable, quoique trop faible pour être mesurée. — Cœur : 13 gr. 35. Pâle, mou, parois amincies en diastole. On y voit par places quelques ecchymoses. — Poumon gauche : 6 grammes, blanchâtre, comme lavé; poumon droit : 8 gr. 50, même apparence. — Reins pâles, le droit 3 gr. 80 ; le gauche 4 grammes. — Rate : 2 gr. 50. — Foie pâle : 75 grammes. — Vessie distendue par de l'urine.

Pour comparer les pesées des organes de ces deux fœtus, proportionnellement au poids de leur corps, il faudrait augmenter le poids des viscères de la jumelle B au moins d'un sixième.

L'excès du poids des poumons surtout, des reins chez la jumelle A, s'explique du fait que cet enfant a respiré et a succombé à l'atélectasie pulmonaire et à l'asphyxie. Reste à interpréter l'augmentation considérable du poids du cœur et du foie de la jumelle B. J'y reviendrai dans un instant. Voyons auparavant le résultat qui m'a été fourni par l'examen du placenta :

Les membranes sont déchirées. A la périphérie du placenta elles sont constituées par la caduque, le chorion et l'amnios. La cloison est constituée par deux amnios seulement. On ne trouve pas le chorion.

La masse placentaire commune présente trois zones. L'une de ces zones appartient au placenta de la jumelle A. Elle est petite, en forme de croissant, très colorée, à tissu assez dense et comme sec ; elle embrasse la zone intermédiaire. Les deux autres zones constituent une masse placentaire d'aspect très différent. Elle est au moins quatre fois plus étendue et deux fois plus épaisse que la zone appartenant en propre à la jumelle A. Son tissu est très mou, pâle, et présente toutes les apparences du placenta œdémateux. Elle s'insinue au-dessous de la zone du placenta de la jumelle A, formant un biseau s'insinuant de dedans en dehors de la surface fœtale vers la surface maternelle. La zone intermédiaire est un peu plus épaissie que la zone externe appartenant à la jumelle B. Les deux zones extrêmes appartiennent à chacune des jumelles, la zone intermédiaire paraît être commune aux deux jumelles.

J'ai prié M. Durante d'injecter les veines et les artères des deux placentas. Mais, pris au dépourvu, il n'avait pas quatre couleurs appropriées et la masse injectée ne s'est pas suffisamment durcie. Il a dû se borner à injecter avec de la cire rouge l'artère du cordon à la jumelle A et avec de la cire bleue la veine de la jumelle B. L'injection de l'artère a

reflué par l'autre. Les artères de la jumelle B, ni la veine du jumeau A n'ont été injectées.

Aussi bien avant qu'après l'injection, on a pu constater qu'il n'existait pas entre les vaisseaux d'un des jumeaux et ceux de l'autre d'anastomoses assez volumineuses pour être suivies à l'œil. L'injection n'a pas décelé d'anastomose par les gros vaisseaux superficiels.

Après l'injection contrairement à l'apparence qui taillait la limite du placenta sec et du placenta œdémateux vers le placenta sec, celui de la jumelle A, la matière rouge de l'injection artérielle de la jumelle A s'est manifestement infiltrée vers la partie inférieure du placenta œdémateux; celui de la jumelle B, taillant un biseau en sens inverse de celui qui était observé avant toute injection, biseau beaucoup moins régulier. On peut en conclure que le sang du jumeau A a pénétré à travers le placenta de la jumelle B. Il existe donc des anastomoses intervilleuses. Malheureusement, il ne nous est pas possible de les décrire avec précision.

Sur la surface fœtale du placenta, on voit des vaisseaux artériels injectés en rouge, très fins, s'entre-croiser avec des veines très fines injectées en bleu. En un point, on constate nettement une petite artériole de la jumelle A, qui se continue avec une petite veinule du jumeau B, mais on ne peut affirmer s'il s'agit d'une communication à plein canal ce qui est peu probable, ou si les deux vaisseaux sont constitués par une artère intervilleuse afférente et une veine intervilleuse efférente appartenant à un même groupe de villosités placentaires.

Je ne veux retenir de cet examen anatomique incomplet que ce fait bien évident, que la jumelle A était le transfuseur de la jumelle B, sans pouvoir autrement discuter avec précision comment s'effectuait cette transfusion.

Ceci étant admis, quelles en ont été les conséquences? Disons tout de suite, pour ne plus y revenir, qu'il s'agissait d'une grossesse univitelline, puisque la cloison de séparation des œufs ne contenait pas de chorion.

La jumelle A, le transfuseur, était dans des conditions de vitalité un peu meilleures que la jumelle B., la transfusée, puisqu'elle avécu quelques heures, tandis que cette dernière n'a pu faire que quelques inspirations, puisqu'aussi elle était plus volumineuse. Quoique plus lourde, ses tissus étaient remarquablement secs, si on peut s'exprimer ainsi. Son placenta était aussi plus coloré, moins volumineux, plus sec. Son cœur était petit et contracté, son foie peu volumineux.

La jumelle B, le transfusé, était en état d'asystolie. Le cœur était très volumineux, plus lourd, très dilaté; le foie qui se trouve immédiatement sous la dépendance du système veineux était plus lourd. Le placenta était volumineux et œdémateux. Le tissu cellulaire présentait de l'œdème généralisé; toutes les cavités séreuses contenaient de la sérosité. Il y avait de l'hydramnios. Enfin la jumelle B était plus petite que la jumelle A.

Dans ses remarquables mémoires, Schatz a très heureusement caractérisé l'état des jumeaux à circulation commune en les désignant sous le nom de jumeau transfuseur et de jumeau transfusé.

D'après ses recherches, la circulation intervilleuse est le plus souvent observée seule. Elle peut se faire dans un sens d'un jumeau vers l'autre, dans les deux sens, mais elle est habituellement inégale, l'un des jumeaux recevant plus de sang qu'il n'en renvoie. Enfin la circulation intervilleuse n'existant que dans un sens ou dans les deux sens peut se combiner avec des anastomoses à plein canal d'artère à artère, de veine à veine séparément ou de ces deux espèces d'anastomoses à la fois.

Le jumeau transfusé reçoit plus de sang hématosé de source anastomotique d'artère à veine par la voie intervilleuse qu'il n'en renvoie par une anastomose de vaisseaux superficiels d'artère à artère ou par d'autres anastomoses intervilleuses moins étendues en sens inverse d'artère à veine. Son cœur ayant à accomplir un plus grand travail s'hypertrophie, suffit à sa tâche et l'enfant bénéficie de la plus grande quantité du sang hématosé qu'il reçoit. Si, au lieu d'une anastomose d'artère à artère, il existe une anastomose superficielle de veine à veine, les conditions d'équilibre circulatoire sont encore meilleures, cette anastomose lui offre une véritable soupape de sûreté.

Mais le cœur peut devenir insuffisant à sa tâche, il peut être forcé, il se dilate, le fœtus transfusé se trouve dans un état d'asystolie.

Dans le cas où des anastomoses superficielles d'artère à artère et de veine à veine existent simultanément, l'équilibre cardiaque ne semble pas possible. J'y reviendrai plus tard en m'occupant du fœtus papyraceus et des monstres omphalosites.

Dans l'observation que je vous présente, cet état d'asystolie d'un des fœtus relativement à l'autre est manifeste.

Le mécanisme qui a produit cette asystolie n'a pas pu être démontré. Nous n'avons pas pu établir d'une façon très précise le mode suivant lequel les anastomoses vasculaires s'étaient établies. Quoique certainement asystolique, l'enfant est né vivant, il a succombé immédiatement après sa naissance. Mais la mort peut survenir à une époque quelconque de la grossesse, même dans les premiers mois. Alors l'avortement ne s'ensuit pas nécessairement et le fœtus mort séjourne dans l'utérus, il est aplati par le fœtus vivant, il devient *fœtus papyraceus*.

J'ai observé deux cas de fœtus papyraceus ; j'y joindrai un

troisième cas qui a été présenté par M. Loviot à la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

Observation I. — M. Glories m'a remis, il y a un an, un arrière-faix provenant d'un accouchement présentant un fœtus papyracéus dans le dédoublement de l'amnios.

Il s'agissait d'une primipare de 28 ans. Sa mère avait eu une grossesse gémellaire. Elle est elle-même accouchée à terme d'une fille bien constituée et pesant 3 kilogrammes. L'accouchement se passa normalement et les suites de couches furent régulières.

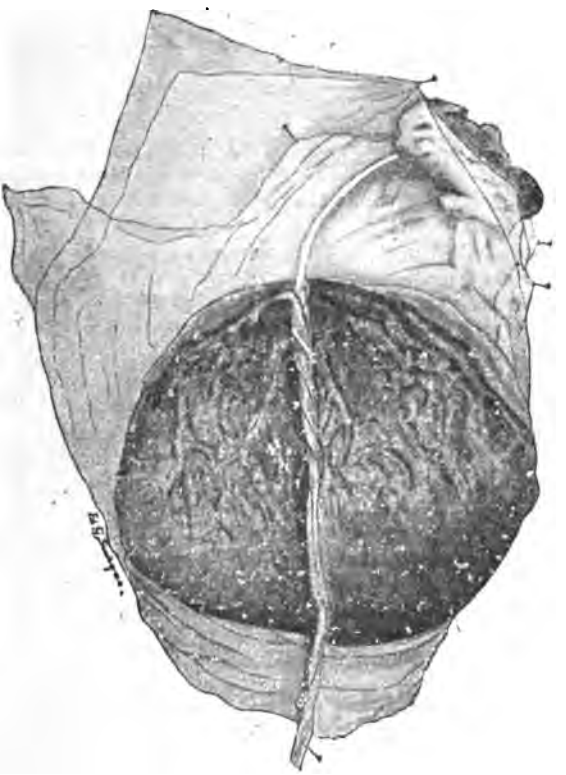


Fig. I.

Le placenta est d'apparence normale. Le cordon, très grêle, est inséré en raquette sur le bord du placenta. Les membranes sont complètes, mais, par transparence, on aperçoit à travers elles, à 4 centimètres environ du bord placentaire, un fœtus macéré et momifié, long de 8 cent. 5. Ce fœtus a la forme d'un ovoïde.

On voit aussi par transparence à travers les membranes partir un cordon ayant à peu près le tiers du volume de cordon sain. Il se rend sur le bord placentaire où il se perd avec le cordon ombilical de l'enfant vivant. La figure ci-jointe, due à l'obligeance de M. Sénèque

montre les différents rapports du fœtus momifié et de son cordon ombilical avec le placenta et le cordon de l'autre enfant.

On ouvre l'enveloppe du fœtus ; on le trouve inclus dans une poche formée seulement par l'amnios qui est dédoublé et accompagne le cordon ombilical jusqu'au point où celui-ci se jette sur le placenta.

Sorti de sa poche amniotique, le fœtus présente une extrémité céphalique et une extrémité pelvienne. Les petits membres sont accolés à la face antérieure du thorax et de l'abdomen dont on les sépare assez facilement.

La dissection fait trouver tous les organes développés normalement comme chez un fœtus de 3 mois environ. Le cœur donne origine aux arcs aortiques et apparaît nettement divisé en 4 cavités.

M. Durante ayant examiné les cordons trouve, dans chacun d'eux, seulement deux vaisseaux, l'un artériel, l'autre veineux.

Sur le cordon du fœtus papyraceus, deux coupes ont été faites :

La première, très près de ce fœtus momifié, a montré un cordon rond avec enveloppe myxomateuse dégénérée et grosses cellules dont quelques-unes sont en amas dégénérés. Au centre se voient deux vaisseaux oblitérés par du tissu fibreux et entourés d'une enveloppe fibreuse commune.

La deuxième, plus rapprochée du placenta, a montré un cordon lamelleux avec du tissu myxomateux comme ci-dessus. Au centre du cordon se voit un vide rempli par du tissu fibrillaire très délié.

Trois coupes ont également été faites sur le cordon de l'enfant vivant.

Sur la plus éloignée de l'insertion du cordon sur le placenta, on voit l'amnios conservé, du tissu myxomateux normal, et des restes de la vésicule ombilicale. Il n'y a aussi que deux vaisseaux à couche musculaire développée, mais sensiblement égale.

La deuxième coupe, plus rapprochée que la précédente du placenta, montre les mêmes éléments, sauf l'absence de débris ombilicaux. La veine a une paroi plus mince que l'artère.

Enfin, une autre coupe entre la précédente et le placenta montre en plus du côté maternel une zone ondulée de cellules placentaires.

Une dernière coupe a été faite au point placentaire où s'unissent les deux cordons. Des deux vaisseaux du fœtus papyraceus, l'un va se jeter dans une ampoule vasculaire, l'autre se rend dans le placenta.

En résumé, il y a deux vaisseaux seulement dans chacun des deux cordons. Le cordon du gros enfant est sain.

Le cordon du fœtus papyraceus présente une oblitération ancienne des deux vaisseaux d'autant plus parfaite que l'on se rapproche du fœtus et des altérations de la substance gélatineuse du cordon.

Au point d'insertion des deux cordons, les deux vaisseaux du fœtus papyraceus se jettent, l'un dans une ampoule commune, tandis que l'autre se porte vers le placenta.

Observation II. — En 1887, j'ai donné à un de mes élèves, M. Cornet, une autre observation de fœtus papyraceus. Il provenait d'un accouchement gémellaire, terminé près du terme. L'autre jumeau était bien constitué. Le placenta présentait deux parties distinctes. Celui qui appartenait au fœtus vivant était bien développé.

Le placenta du fœtus papyracé avait la forme d'un croissant con-

tournant le premier dans les deux tiers. Il présentait une teinte jaunâtre et était parcouru de tractus blanchâtres. Sa consistance est plus dense. Il était aminci et comme aplati. Un sillon assez profond séparait les deux placentas.

Le fœtus papyracé est contenu dans une cavité close de toutes parts qui paraissait être un dédoublement de l'amnios du fœtus vivant.

Le cordon qui le reliait à son placenta avait 40 centimètres de longueur, il était aplati, violacé et inséré à peu de distance du bord placentaire. Le fœtus lui-même pèse 95 gr., mesure 16 cent., il est papyraceus, de la coloration jaunâtre qui les a fait comparer au pain d'épice. Il était du sexe féminin, de même sexe que le fœtus vivant, pourvu de tous les organes essentiels, en particulier de son cœur, sans aucune anomalie apparente.

Observation III. — Enfin, M. Loviot a montré à la Société obstétricale et gynécologique de Paris un placenta très intéressant provenant d'une dame accouchée normalement d'un enfant bien portant. Dans l'épaisseur des membranes, et il m'a bien semblé dans le dédoublement de l'amnios, on pouvait reconnaître par transparence un petit fœtus aplati mesurant quelques centimètres. Il n'avait conservé avec le placenta du fœtus sain aucune connexion. En examinant par transparence les membranes, il était impossible d'y reconnaître la trace du cordon qui avait dû cependant l'unir à un moment donné au placenta.

M. Loviot m'a récemment affirmé qu'il pensait bien que le fœtus papyraceus était contenu dans un dédoublement de l'amnios.

Les observations de fœtus papyracés sont nombreuses. Elles ont été compulsées dans la thèse de M. Cornet. On ne peut pas tirer grand parti de ces observations par trop incomplètes.

Les trois observations relatées plus haut indiquent les trois variétés qu'elles présentent ordinairement :

1° Le fœtus papyracé est contenu dans une cavité close et est attenant à un placenta atrophié (obs. II) ;

2° Le fœtus papyracé est contenu dans une cavité close. Son cordon paraît une dépendance du cordon du fœtus sain, qu'il existe un placenta atrophié lui appartenant ou qu'il n'y ait pas de placenta (obs. I) ;

3° Le fœtus papyracé contenu dans une cavité close n'a aucune connexion avec le placenta du fœtus sain (obs. III). Son placenta et son cordon sont atrophiés, ils ne sont plus reconnaissables.

Dans tous ces cas, il s'agit manifestement de grossesses gémellaires à circulation commune, de grossesses gémellaires probablement univitellines.

On peut y joindre une quatrième variété. Dans quelques observations le fœtus papyracé a été expulsé séparément. On est en droit de supposer qu'alors il était indépendant du fœtus sain ; mais ce n'est pas certain.

www.libool.com.cn

On peut, en effet, émettre deux hypothèses pour expliquer le phénomène :

Ou bien les membranes se sont déchirées au moment de la délivrance et le fœtus papyraceus était d'origine univitelline, sans qu'on puisse le démontrer ;

Ou bien il était inséré en dehors de l'œuf du fœtus sain et il était d'origine bivitelline.

Je crois bien que ce dernier cas doit être le plus exceptionnel. Mais on n'est pas, dès aujourd'hui, fondé à le rejeter. Les causes de la mort du fœtus dès les premiers mois peuvent être multiples. En admettant la possibilité de la superfécondation, plus la différence d'âge des jumeaux est grande, plus défavorables sont les conditions de développement pour le plus jeune. L'aîné a pris l'avance, le plus de place, la meilleure place dans l'utérus. Le cadet est obligé de succomber après avoir essayé de se défendre pendant quelque temps.

Le fœtus papyracé, à mon avis, est ordinairement d'origine univitelline. La cause de la mort précoce réside dans des connexions vasculaires telles que la circulation de ce fœtus ne peut se maintenir dans des conditions normales.

Dans mes deux observations le fœtus papyraceus était bien constitué, le cœur existait. Il est évident qu'il a lutté dans les deux cas autant qu'il a pu.

Mais, si le fœtus faible abandonne de bonne heure la lutte, le fœtus fort ne se contente pas d'accaparer tout le placenta, il se charge encore d'assurer la circulation du fœtus le plus faible. Celui-ci devient le parasite de celui-là. Il n'y a plus conflit circulatoire comme précédemment. Cependant ce conflit a pu exister, car on retrouve quelquefois des vestiges du cœur. Ces monstres parasitaires constituent la classe des omphalosites.

M. Richelot nous en a présenté autrefois un exemple remarquable. Mais nous n'avons eu aucun renseignement sur la circulation placentaire de ce monstre. (Voy. th. de Cornet.)

Les trois subdivisions que comprend la classe des omphalosites, les paracéphales, les acéphales et les anidiens, ont été distinguées par leur apparence extérieure et surtout par les différences qui existent dans le développement plus ou moins imparfait de la tête et du système nerveux. L'anatomie de leur système circulatoire présente d'importantes variétés. En particulier le cœur manque complètement chez les uns, reste à l'état de vestige chez les autres.

Les idées, dont je me suis fait le défenseur, m'engagent à in-

sister sur l'importance qu'il y aurait de baser la classification de ces monstres sur l'état de leur cœur et sur le développement de leur appareil circulatoire, tant individuel que placentaire.

Il me semble, *a priori*, qu'on trouverait une relation intéressante entre le développement plus ou moins imparfait de la circulation centrale et le développement plus ou moins imparfait des autres organes, tête et système nerveux.

Chez les animaux, d'après la relation d'observations assez rares, l'omphalosite se relie au petit sain par des anastomoses funiculaires. La classe des anidiens, qui comprend chez eux la variété la plus commune de ces monstres et dont l'organisation est la moins développée, paraît être dépourvue de tout vestige de cœur.

J'en appelle donc aux observations ultérieures et je croirai avoir rendu un service suffisant si j'obtiens des faits qui seront publiés plus tard, des détails satisfaisants sur les anastomoses funiculaires et placentaires qui existent entre la circulation du fœtus sain et la circulation de l'omphalosite et sur les rapports qui existent entre ces anastomoses vasculaires et le développement de l'appareil circulatoire du monstre.

L'équilibre circulatoire des deux fœtus est très difficile lorsque, dès le début de la formation allantoïdienne, des vaisseaux à la fois veineux et artériels s'abouchent à plein canal. Ces anastomoses permettent difficilement un partage égal de villosités choriales. Le fœtus le plus fort se taille une part prépondérante dans la masse placentaire ; il prend possession d'un plus grand nombre de villosités choriales. Presque toujours l'état de lutte se manifeste par l'existence pour ainsi dire constante en sus de ces anastomoses à plein canal des artères ou des veines superficielles d'anastomoses intervilleuses, qui, suivant toute probabilité, doivent se faire d'artères du fœtus fort vers les veines du fœtus faible. Dans ce conflit deux faits se produisent. Le fœtus le plus faible lutte pour défendre sa part de placenta et il ne peut le faire qu'à condition que ses organes circulatoires soient intacts et son cœur bien constitué. Mais il est évident que la lutte n'est pas possible et que, tôt ou tard, il devra succomber.

Si la mort survient avant le 4e ou le 5e mois, il devient fœtus papyracеus et n'excite pas trop par sa présence la contractilité réflexe de l'utérus. A un âge plus avancé son aplatissement devient plus difficile, il joue dans l'utérus le rôle de corps étranger, il provoque le travail prématuré. Les observations abondent où l'accouchement gémellaire a montré à côté d'un fœtus sain un

fœtus macéré, plus ou moins aplati, mais ne méritant pas le nom de papyraceus.

Les trois observations que je vous ai présentées permettent de suivre l'évolution progressive des phénomènes.

Dans l'observation III, il n'y a ni placenta, ni cordon. Il a cependant existé. Nous ne pourrions concevoir autrement l'existence de ce fœtus actuellement isolé dans les membranes Ce fœtus était très petit, il mesurait quelques centimètres. Il est mort très jeune. Son placenta était très petit, son cordon très mince. Ils se sont ultérieurement atrophiés et ont disparu.

Dans l'observation I, le cordon existe, le placenta existe aussi, il est peu étendu ; on constate de plus une anastomose entre les gros vaisseaux. Cette dernière constatation vient justifier ce que je viens de dire sur les connexions circulatoires des fœtus dans ces cas. Le fœtus est petit, il mesure 8 cent. 5; il était donc probablement âgé de moins de trois mois. Mieux pourvu de placenta que le fœtus de l'observation I, il s'est défendu plus longtemps. La persistance de cette ampoule pour ainsi dire anévrysmale au point d'anastomose des vaisseaux semble donner la preuve du conflit circulatoire à ce point.

Dans l'observation II, les conditions de la lutte ont été encore plus favorables au fœtus papyraceus. Le placenta a été volumineux, puisqu'il forme un croissant contournant les 2/3 du placenta sain et qu'il mesure en son point le plus large 3 cent. Le fœtus pèse 95 gr., il mesure 16 centimètres. Il était donc âgé de 4 mois. Les anastomoses vasculaires des gros vaisseaux n'ont pas été recherchées, parce qu'à ce moment les travaux de Schatz étaient à peine à leur début. Les travaux antérieurs d'Hyrtl surtout, mais aussi d'Ahlfeld, de Neberding, de Spaeth, n'avaient pas établi, comme l'a fait Schatz plus tard, la relation qui existait entre les anastomoses des gros vaisseaux du placenta et les grossesses univitellines, ni non plus leur influence sur le mort d'un des jumeaux et sur la production des monstruosités omphalosites.

Comme je l'ai dit plus haut, si le fœtus le plus faible ne lutte pas ou lutte peu, il devient le parasite du plus fort, c'est un monstre omphalosite. L'existence du vestige du cœur prouve qu'il a possédé à un moment donné une circulation placentaire qui lui était propre.

Mais si le fœtus le plus fort a accaparé dès le début la totalité des villosités placentaires, la circulation de l'omphalosite n'a pu s'établir que par les anastomoses d'artère à artère et de veine à

veine des gros vaisseaux placentaires. Le monstre n'avait donc pas besoin de cœur, et ne pouvait même pas en avoir un.

Ces observations se suivent de près par une transition pour ainsi dire insensible les unissant les uns aux autres. Ils constituent une chaîne pour ainsi dire continue. Ici, pas plus qu'ailleurs, on peut bien dire que la nature ne procède pas par sauts.

Discussion :

M. Maygrier. — Il ressort de cette communication ce fait que les deux fœtus, le transfuseur comme le transfusé, peuvent mourir l'un par l'autre. Jusqu'ici on supposait que le transfusé seul pouvait mourir. (*Soc. obstétricale et gynécologique de Paris.*)

GYNÉCOLOGIE

LE SEIN HYSTÉRIQUE

Un nouveau chapitre s'ajoute à l'histoire de l'hystérie, dans la série déjà longue des troubles trophiques qui relèvent de la névrose.

Gilles de la Tourette (1) a récemment décrit une variété d'œdème hystérique localisé au sein chez la femme, affection qui intéresse à la fois les médecins et les chirurgiens.

Le sein hystérique, en effet, a donné lieu à nombre d'erreurs de diagnostic ; souvent même, les chirurgiens consultés ont pratiqué l'ablation de l'organe qui, dans la circonstance, était justiciable de la seule intervention médicale : il s'agit, en effet, d'un type des plus nets de ces *hystéries locales* décrites par Brodie.

La première observation semble remonter à Wilis (1678) : Une jeune fille de seize ans fut prise d'accidents hystériques à la suite d'une contusion du sein. Le gonflement et la douleur qu'elle y ressentait coïncidaient toujours avec les attaques. L'affection guérit à la suite d'une grossesse, en même temps que les crises convulsives disparurent. Frédéric Hoffmann a rapporté deux observations de gonflement douloureux des deux seins, coïncidant avec des attaques d'hystérie ; l'une de ses malades avait en même temps des *sueurs de sang* et de l'angine de poitrine hystérique.

Les plus intéressantes relations des auteurs anciens concernant le sein hystérique se trouvent dans le livre de Carré de Montgeron, consacré à la description des miracles survenus autour du tombeau du diacre Paris. Deux cas, celui de la demoi-

(1) *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1895, et *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*, II° vol. — Plon et Nourrit, éditeurs.

selle Coirin et celui d'Anne Augier, sont particulièrement instructifs : l'œdème s'étant accompagné d'ulcération du mamelon, on crut avoir affaire à deux cas de cancer. La guérison merveilleuse attribuée au pouvoir miraculeux de la terre recueillie sur le tombeau du diacre Paris est conforme à la nature hystérique de l'affection dans l'un et l'autre cas.

Gilles de la Tourette en a fait une critique complète, et le premier de ces deux miracles doit être traduit en langage médical par l'observation suivante :

« Attaques syncopales d'hystérie nées sous l'influence d'un traumatisme ; œdème bleu du sein gauche dont le processus est assez intense pour produire la gangrène de la peau, limitée au mamelon ; infection secondaire de la plaie ainsi produite et suppuration qui détermine un engorgement des ganglions axillaires ; phénomènes de paralysie s'accompagnant d'atrophie musculaire ; guérison subite de la paralysie et progressive de l'atrophie ; disparition de l'œdème et, par suite, guérison de l'ulcère par cicatrice chéloïdienne simulant le mamelon disparu par gangrène : tels sont les éléments de cette intéressante observation dans laquelle les phénomènes du sein hystérique persistèrent pendant douze années et où le diagnostic de cancer, pour lequel on proposa l'amputation, fut porté dès le début de l'affection. »

A la fin du siècle dernier, P. Pomme a esquissé quelques caractères cliniques de sein hystérique.

Après lui, Watson, Astley Cooper ont encore signalé quelques exemples.

Mais c'est Brodie qui a donné la première description complète et signalé les erreurs de diagnostic auxquelles expose cette affection. Toutefois, il rejette de l'hystérie les cas où il existe une tumeur dans la mamelle. Landouzy, Briquet confirment par des exemples la description de Brodie.

Plus récemment, des faits étudiés avec détails ont été rapportés par Liouville, Connard, Bourneville et Regnard, Fabre, Wever, Féré, Fowler, etc.

Enfin, en 1893, Gilles de la Tourette présentait au 7e congrès de chirurgie un exposé complet de la question, attirant en outre l'attention sur les *humeurs de la mamelle* d'origine hystérique qui accompagnent souvent l'œdème du sein.

On note assez souvent dans l'étiologie du sein hystérique un traumatisme local, point de départ de la manifestation dystrophique. L'affection survient en général chez des femmes atteintes de troubles de la menstruation. Il n'y a pas d'exemple signalé chez l'homme.

Un seul sein est atteint en général ; cependant, F. Hoffmann, Liouville, Gilles de la Tourette ont signalé des cas où les deux mamelles étaient le siège de l'affection.

Pour la description du sein hystérique, on ne peut mieux faire que de se rapporter au tableau très complet qu'en présente Gilles de la Tourette.

« Dans son ensemble, l'affection hystérique du sein consiste en une augmentation temporaire ou permanente du volume de

www.libtool.com.cn

l'organe avec hyperesthésie considérable de la peau qui recouvre la mamelle. »

Il s'agit d'une zone hyperesthésique hystérogène dont l'exaltation, mise en œuvre par des causes diverses, conduit, dans tous ces cas, à un paroxysme convulsif dont l'aura part de la mamelle.

Au moment de la crise il se produit localement la série des phénomènes vaso-moteurs, qui vont de la congestion simple à l'œdème et parfois, peut-être, à la gangrène de la peau.

L'hyperesthésie de la peau du sein, notée dans tous les cas, ne diffère pas des hyperesthésies du tégument externe des autres régions du corps. Elle est beaucoup plus marquée lors d'une friction légère, superficielle, qu'à l'occasion d'une pression large et profonde. Elle est parfois si exquise que les malades ne peuvent supporter le frôlement de la chemise, alors que, dans certains cas, mais non dans tous, la pression du corset semble soulager les phénomènes douloureux. Certaines malades toutefois doivent renoncer à cet appareil de contention des seins.

L'hyperesthésie existe à l'état permanent, mais elle s'accentue à certains moments sous l'influence des causes qui président ordinairement à l'exaltation des zones hyperesthésiques, lesquelles se transforment alors en zones hystérogènes. La pression directe, les émotions vives peuvent faire entrer la zone du sein en action, de même qu'elle subit l'influence de l'excitation des zones du voisinage ou de celles qui, siégeant au niveau du vagin ou de l'utérus, s'exaltent au moment des règles.

Au moment où, sous l'action de ces diverses causes, s'exalte la zone de la région mammaire, le ou les seins deviennent spontanément le siège de picotements, d'élancements parfois très douloureux, à caractère névralgique. La mamelle se tuméfie, le mamelon s'érige, l'organe tout entier augmente dans des proportions considérables qui peuvent en doubler le volume, sinon plus. Souvent la douleur ne reste pas localisée ; outre les phénomènes de l'aura propagée : sensation de strangulation, troubles céphaliques, etc., elle s'irradie, comme l'avait vu Brodie, du côté de l'aisselle, du rachis, s'unissant aux phénomènes douloureux partis d'autres zones hystérogènes de voisinage qui s'exaltent pour leur propre compte. C'est ainsi qu'elle peut s'accompagner des symptômes de l'angine de poitrine hystérique, ainsi que l'a noté Le Cler.

Au moment où le gonflement du sein est à son *summum*, l'accès éclate, soit sous forme de chorée (rythmée), comme l'avait indiqué Brodie, soit sous forme de paroxysme ordinaire. Toutefois, les douleurs qui accompagnent le gonflement de la mamelle dominent le paroxysme et lui donnent un caractère particulier.

Il va sans dire que le paroxysme convulsif n'est pas un accompagnement obligé de l'exaltation de la zone hystérogène mammaire ; il est bien rare cependant qu'au moment des crises de gonflement du sein, on n'observe pas quelques-uns des phénomènes prémonitoires ou constitutifs de l'attaque.

Quel est, à cette période, *l'aspect du tégument* qui recouvre la mamelle augmentée de volume ? Ici on rencontre les opinions en apparence les plus contradictoires. Brodie note qu'il n'y a pas de rougeur de la peau, bien plutôt il existe un peu de pâleur avec un aspect légèrement lisse.

Liouville dit que « les seins sont tuméfiés et augmentés d'un tiers environ. La peau qui les recouvre est chaude, rouge et tendue ».

Féré émet la même opinion. Il examinait une dame de quarante-cinq ans devenue hystérique lors de la ménopause à l'occasion de chagrins de famille et qui présentait certains accidents du côté des seins. Au début de son examen, ceux-ci étaient parfaitement symétriques, sans aucune altération de couleur de la peau.

« La personne qui accompagnait la malade, dit-il, fit une observation tout au plus désobligeante pour elle ; sous cette influence, en même temps que la face rougissait, le sein gauche, qui était le siège du mal, *se marbra de petites plaques rouges*, d'une sorte de *rash scarlatiniforme*, dont les taches se confondirent bientôt pour former une *rougeur uniforme* qui dépassait un peu de tous côtés la mamelle sans s'étendre dans la direction des nerfs. En même temps que cette rougeur apparaissait, le sein se gonflait en masse, et le mamelon s'érigeait. Toute la région était devenue le siège d'une sensation de cuisson avec picotements de la peau et élancements dans la glande mammaire, qui devint lourde. Il n'avait pas fallu une minute pour que tous ces phénomènes arrivassent à leur apogée. »

Chez la demoiselle Coirin, le sein avait un aspect violet, presque noir.

Ces opinions diverses ne sont pas contradictoires pour nous qui connaissons la filiation de ces troubles vaso-moteurs, qui vont de la congestion simple à l'œdème blanc, rouge ou violet. L'aspect du tégument peut donc être variable, suivant les cas, pendant les paroxysmes ou dans leurs intervalles.

C'est qu'en effet la tuméfaction et les autres phénomènes que nous venons de décrire, ne se bornent pas toujours à la durée du paroxysme lui-même. Dans les cas simples, ou lorsque l'affection ne fait que débuter, le gonflement disparaît avec l'accès douloureux, mais bien plus souvent, surtout si les accès sont rapprochés, la tuméfaction persiste à des degrés variables dans l'intervalle des paroxysmes, s'accompagnant toujours de cette hyperesthésie cutanée exquise qui va s'exalter sous l'influence de diverses causes.

C'est dans ces cas que la palpation révèle des particularités intéressantes.

Pendant l'accès, il est presque impossible de palper le sein. La douleur qu'on détermine est alors beaucoup trop vive pour que l'examen soit fructueux. Mais il n'en est plus ainsi dans l'intervalle des paroxysmes, surtout si l'on prend soin de palper profondément et non plus superficiellement la glande, l'excitation cutanée qui rend, en somme, l'examen toujours difficile, étant susceptible de produire l'exaltation de la zone hystérogène.

En se plaçant dans ces conditions d'examen, il sera donné de constater parfois l'existence dans la mamelle d'une ou deux *tumeurs*, ne dépassant pas généralement le volume d'un œuf de poule et qui sont douloureuses par elles-mêmes, si l'on tient compte de ce fait que l'hyperesthésie réside tout particulièrement dans les couches superficielles de la peau.

Le mémoire de Fowler est très intéressant à ce point de vue. Chez sept malades hystériques, il constata la présence d'une ou de deux tumeurs du sein s'accompagnant des phénomènes douloureux et autres que nous avons décrits. Dans six cas sur sept, la tumeur était mobile sur les tissus sous-jacents ; parfois, dans son voisinage, les conduits galactophores étaient tendus et durs. Il n'existait pas d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle.

Plusieurs de ses malades consultèrent des chirurgiens fort célèbres et l'ablation de l'organe fut toujours conseillée. Cependant, elles guérirent toutes par un traitement dont l'élément psychique fit en somme tous les frais.

Dans un cas rapporté par Briquet, outre les phénomènes d'hyperesthésie précédemment décrits, il existait de la galactorrhée. Il est vrai de dire que l'affection était survenue au cours d'une grossesse et que la malade avait allaité son enfant. Le sein était chaud et douloureux, la malade ne le touchait qu'avec une extrême précaution.

Il ne s'agissait pas seulement d'une galactorrhée d'origine hystérique, ainsi que le suppose Briquet, mais bien des phénomènes du sein hystérique, tels que nous les connaissons, l'hypersécrétion en plus née sous l'influence de la grossesse.

La malade voulait-elle, dit-il, donner à téter, « dès les premiers efforts de succion, une douleur extrêmement vive s'éveillait dans le sein donné à l'enfant ; cette douleur devenait le prodrome d'une attaque de convulsions hystériques ; *c'était comme une aura de l'accès convulsif* qui plus tard fit rarement défaut ».

On ne saurait être plus explicite. Ces phénomènes, entretenus, il est vrai, par trois grossesses rapprochées, durèrent six ans et finirent par guérir sous l'influence très problématique d'applications locales d'huile de chènevis.

L'affection hystérique du sein, en tenant compte des périodes d'augmentation et de déclin, est presque toujours fort tenace et sa durée peut être fort longue. On sait, du reste, combien il est difficile parfois de déplacer un stigmate de la nature d'une zone hyperesthésique, et le sein hystérique n'est pas autre chose que la réaction d'un organe spécial, richement vascularisé, sous l'influence d'une zone de ce genre. D'autant que l'affection est presque toujours entretenue par une thérapeutique défectueuse ; applications locales variées, compression élastique, qui ne conduisent, en somme qu'à fixer de plus en plus cette manifestation d'ordre psychique qui doit, de ce chef, être traitée par des procédés tout à fait différents de ces excitations localisées.

En résumé, le sein hystérique est une affection parfaitement caractérisée qui est sous la dépendance d'une zone hyperesthési-

que-hystérogène de la peau de la région mammaire, et d'un œdème du tissu conjonctif de la glande qui peut revêtir les aspects blanc, rose, ou violet de l'œdème hystérique.

A côté de cette forme où le gonflement du sein est uniforme, il s'en place une autre susceptible de la même interprétation. Dans celle-ci l'œdème, qui, dans tous les cas, est dur, n'admettant pas l'empreinte du doigt, se localise plus particulièrement en certains points sous forme de tumeurs morbides ne s'accompagnant pas d'engorgement ganglionnaire, à moins toutefois qu'il n'existe des ulcérations.

La description qui précède donne, en même temps qu'un aperçu très complet de tous les symptômes, les éléments essentiels du diagnostic. Celui-ci sera confirmé par la découverte des stigmates hystériques qui font rarement défaut. On ne saurait assez insister sur l'importance qu'il y a pour le chirurgien à ne jamais négliger une enquête de ce genre en présence d'une tumeur du sein ; ainsi pourra s'éviter une intervention inutile, sinon dangereuse.

Le diagnostic peut être rendu plus difficile par la présence d'ulcérations : celles-ci peuvent être le résultat de topiques irritants appliqués malencontreusement sur le sein malade, ou bien elles représentent le degré extrême du trouble trophique de la mamelle. Ici encore la recherche des stigmates hystériques, l'examen de la sensibilité, la marche de l'affection, pourront donner l'éveil sur la véritable nature de la tumeur ulcérée.

Le pronostic de l'affection hystérique de la mamelle est assez grave. La maladie peut durer de longues années ; les ulcérations et les phénomènes gangreneux signalés dans quelques cas peuvent être l'origine d'infections secondaires plus graves encore.

C'est contre eux qu'on devra diriger le traitement local ; mais on devra surtout instituer le traitement général, qui s'adresse à la névrose, cause première de l'affection hystérique du sein.

PÉDIATRIE

TRAITEMENT DE LA GASTRO-ENTÉRITE CHOLÉRIFORME DES NOURRISSONS (1),

Par M. A.-B. MARFAN,
Agrégé Médecin des Hôpitaux.

Le traitement que M. Marfan met en œuvre dès le début, comprend trois prescriptions : 1° la diète hydrique ; 2° les transfusions sous-cutanées d'eau salée caféinée ; 3° les bains chauds. Il n'administre aucun médicament par la bouche et n'ordonne pas de lavage de l'intestin, ni de lavage de l'estomac.

Dans la gastro-entérite aiguë grave des nourrissons, il faut, dès

(1) Extrait d'une leçon publiée le 23 décembre 1896, dans la *Presse médicale*.

le début, supprimer toute alimentation et ne donner que de l'eau pure. Si l'on continue à faire prendre du lait ou un autre aliment, on voit les vomissements persister, la diarrhée s'aggraver et l'état général s'altérer de plus en plus ; c'est que, dans ce cas, toute substance alimentaire introduite dans le tube digestif, se putréfie, sert à exalter la virulence des microbes qui s'y trouvent, et donne naissance à des poisons. Seule, l'eau pure pourra être ingérée sans inconvénient. La diète hydrique n'a pas pour unique avantage de supprimer les putréfactions gastro-intestinales ; elle laisse reposer l'estomac et l'intestin ; elle calme la soif, souvent très vive ; elle obvie à la déshydratation des tissus, toujours très marquée ; elle maintient la diurèse, si nécessaire pour l'élimination des toxines.

Voici maintenant comment la diète hydrique doit être réglée. Il faut donner de l'eau bouillie froide dans le biberon ou dans la timbale, tant que l'enfant en veut boire ; on peut, suivant les cas, faire prendre 50 grammes toutes les demi-heures, 100 grammes toutes les heures, ou 150 grammes toutes les heures et demie.

Au début de la diète, on n'ajoute à l'eau aucune substance quelconque. Après quelques heures, surtout si l'enfant ne prend pas volontiers l'eau pure, on ajoute un peu de sucre. Toute autre addition est inutile. Surtout, qu'on s'abstienne d'eau albumineuse ; par sa facile putréfaction, elle est susceptible d'aggraver les accidents.

L'eau bouillie doit être donnée à la température ordinaire.

Dans tous les cas de gastro-entérite aiguë grave, la diète hydrique doit avoir une durée d'au moins vingt-quatre heures. Après ce laps de temps, il faut examiner l'enfant pour savoir s'il peut être alimenté légèrement et prudemment. Les vomissements ont-ils disparu, la diarrhée est-elle à peu près éteinte, la physionomie est-elle meilleure, la température est-elle à peu près normale, on peut alors donner toutes les quatre heures 40 grammes de lait stérilisé additionné de 40 grammes d'eau lactosée à 10 pour 100 ; si par hasard l'enfant est au sein, on le fera téter peu de temps, de quatre en quatre heures. Quand l'enfant nourri au sein est mis à la diète, la nourrice se fera téter par un autre nourrisson ou se tétera elle-même avec un tire-lait, de manière à ne pas laisser la sécrétion se tarir. Dans l'intervalle et à égale distance de ces repas, on donnera de l'eau bouillie en suffisante quantité. Mais, si les accidents n'ont pas cédé après vingt-quatre heures, il faut continuer le régime hydrique jusqu'à trente-six ou quarante-huit heures. D'ailleurs, si, après avoir repris l'alimentation, les accidents reparaissent, il ne faut pas hésiter à revenir à la diète hydrique, six heures, huit heures, dix heures. Si l'enfant supporte l'alimentation, on augmente peu à peu la quantité de lait et on diminue la quantité d'eau lactosée ; on rapproche les repas, et peu à peu on arrive à l'alimentation normale.

L'effet le plus remarquable de la diète hydrique, c'est la disparition très rapide des troubles digestifs. Au bout de quelques

heures, les vomissements disparaissent, les évacuations deviennent beaucoup moins fréquentes et la fluidité des garde-robes diminue un peu. De sorte que, si on ne jugeait la situation que d'après les troubles digestifs, on croirait l'enfant hors de danger. Mais, souvent l'altération de l'état général fait des progrès. C'est pourquoi M. Marfan, en même temps qu'il institue la diète hydrique, prescrit des injections hypodermiques d'eau salée, que des recherches récentes nous portent à regarder comme un agent puissant d'élimination des toxines microbiennes.

M. Marfan use depuis plus d'une année de ces injections d'eau salée, et il a remarqué qu'elles étaient beaucoup plus efficaces quand on y ajoute une petite dose de caféine. Voici la formule qu'il emploie :

Eau (non distillée) stérilisée.....	300 gr.
Chlorure de sodium.....	2 gr. 10
Citrate ou benzoate de caféine.....	0 gr. 75

Dans la gastro-entérite aiguë grave des nourrissons, on fait trois injections par jour avec cette solution ; chaque fois on injecte de 5 à 20 grammes suivant l'âge. Les injections doivent se faire sous la peau du ventre ou dans les masses musculaires de la fesse ou dans celles de la région sacro-lombaire. Les seringues de 20 grammes, qui servent pour le sérum antidiphtérique, conviennent très bien pour ces injections. Celles-ci doivent être faites avec une extrême lenteur, de manière à éviter la formation de vastes ecchymoses. Ces injections peuvent être continuées quatre ou cinq jours ; on peut les reprendre après les avoir cessées, si cela est nécessaire.

Les effets des injections d'eau salée caféinée sont très remarquables. Peu de temps après les premières, on remarque que le pouls qui était très faible et difficile à compter devient fort et distinct ; la respiration devient plus régulière et plus ample ; l'œil devient moins terne et l'orbite moins excavé ; les lèvres qui étaient d'un gris violacé deviennent roses : le facies perd peu à peu son caractère toxémique si remarquable ; la température tend à s'élever légèrement ; un peu plus tard, les mictions deviennent abondantes et fréquentes. Ces injections agissent donc très favorablement sur l'état toxi-infectieux en relevant la résistance de l'organisme, c'est-à-dire, en langage moderne, en augmentant la phagocytose et en stimulant les propriétés bactéricides et antitoxiques des humeurs.

M. Marfan à la diète hydrique et aux injections d'eau salée caféinée, joint l'usage des bains chauds à 35° ou 36°, d'une durée de cinq à dix minutes, donnés deux à quatre fois par jour. Ces bains apaisent le système nerveux et sont suivis d'ordinaire d'un sommeil calme ; ils régularisent la température, exercent une action révulsive sur la peau et favorisent la diurèse.

Les bains chauds paraissent convenir à la pluralité des cas de gastro-entérite cholériforme des nourrissons, que celle-ci s'accom-

www.libtool.com.cn

pagne de fièvre (ce qui ne s'observe d'ordinaire qu'au début, pendant un court laps de temps) ou d'apyrexie, ou d'hypothermie.

Toutefois, dans quelques cas exceptionnels, le bain froid pourra rendre des services. Mais, sauf le cas d'hyperthermie extrême au début, où l'on pourra employer le bain froid, le bain chaud remplit toutes les indications et ses effets sont plus faciles à surveiller que ceux du bain froid.

Enfin, dans les cas d'hypothermie, il est indiqué de réchauffer l'enfant en l'enveloppant d'ouate et en plaçant des boules d'eau chaudes dans son berceau. Dans ces mêmes cas, lorsqu'on sort l'enfant du bain chaud, on pratiquera rapidement une friction alcoolique.

Lorsqu'on institue ce traitement, l'enfant entre d'ordinaire en convalescence vers le cinquième ou le sixième jour. Mais il sort de la maladie très affaibli, et son état nécessite une surveillance attentive. Le règlement de l'alimentation est alors la chose essentielle ; il faut savoir, suivant les cas, la modifier jour par jour, heure par heure.

Dans nombre de cas, la convalescence se poursuit sans qu'on ait besoin de prescrire aucun remède. Dans d'autres, le danger passé, il persiste une tendance à la diarrhée. Si cette tendance est assez accusée, surtout si les vomissements réapparaissent, il faut remettre l'enfant à la diète hydrique pendant quelque temps, et, si les accidents du début sont éloignés, on administre, pendant la durée de cette diète, du calomel à doses très faibles et fractionnées :

Calomel.....	1 centigramme.
Sucre.....	50 —

Divisez en cinq paquets, un paquet toutes les demi-heures.

Si la tendance à la diarrhée est faible, on prescrira le sous-nitrate de bismuth associé aux amers, comme l'ont conseillé Liebreich et Trabaud :

Infusion de racine de Colombo.....	1 gr. p. 75 gr.
Passez et ajoutez :	
Sous-nitrate de bismuth.....	3 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.....	15 —

Une cuillerée à café, avant chaque tétée.

Chez quelques nourrissons, après une attaque de choléra infantile à laquelle ils ont échappé, on voit s'établir de la gastro-entérite chronique ; dans ce cas, c'est le traitement de celle-ci qu'il faut instituer.

M. Marfan repousse le lavage de l'estomac et le lavage de l'intestin, moyens excellents dans d'autres formes de troubles digestifs du nourrisson, mais qui peuvent avoir les plus grands inconvénients dans la gastro entérite aiguë grave.

Il a observé, dans un certain nombre de cas, d'abord, à la suite du lavage de l'estomac, plus tard, à la suite du lavage de l'intes-

tin des accidents très sérieux, tantôt des convulsions, tantôt du collapsus. Ces accidents étant survenus quelques instants (1/4 d'heure à 1 h. 1/2) après le lavage, il a été forcé d'attribuer à celui-ci une influence sur leur genèse ; et, bien que de pareils faits soient rares, il a jugé qu'il valait mieux s'abstenir de lavages.

M. Marfan s'abstient aussi de tous les médicaments antidiarrhéiques : benzo-naphtol, bétol, salol, acide lactique, tanin, opium ; aucune de ces substances ne lui a donné un résultat favorable dans la gastro-entérite cholériforme. Il s'abstient aussi de prescrire l'alcool, qui lui a paru souvent plus nuisible qu'utile. S'il donne du sous-nitrate de bismuth et du calomel, ce n'est que pendant la convalescence, lorsque le danger est passé et encore dans certains cas. Dans la période aiguë, mon expérience m'a appris que le sous-nitrate de bismuth est inutile et que le calomel, même à très faibles doses, peut être nuisible ; dans cette phase, il faut se garder d'introduire dans le tube digestif toute substance qui peut irriter, si peu que ce soit, l'épithélium gastro-intestinal.

En résumé, le traitement de la gastro-entérite cholériforme des nourrissons comprend la diète hydrique, les injections d'eau salée caféinée, les bains chauds. Il faut bannir les lavages de l'estomac et de l'intestin ; il faut prescrire l'introduction d'un médicament quelconque dans le tube digestif pendant la phase aiguë.

REVUE DES INSTRUMENTS NOUVEAUX

Nouveau stéthoscope d'Aufrecht (de Magdebourg).

Senator a présenté le 13 janvier à la Société médicale de Berlin (1), et Litten le 4 février à la Société de médecine interne de la même ville (2) un nouveau stéthoscope construit sur le principe du phonendoscope, par Aufrecht, de Magdebourg. Senator ne donne pas son opinion sur l'instrument. Il dit seulement que c'est une modification du stéthoscope de Schauch. Si l'on promène la petite pièce du pavillon sur la région précordiale en même temps qu'on tient à l'oreille l'autre extrémité du stéthoscope, on se rend compte avec exactitude des limites du cœur, surtout à gauche. Senator préfère le nom de *stéthoscope à friction*, à celui de *métroscope*, choisi par Aufrecht.

Litten soumet le même instrument à une critique plus détaillée.

M. Aufrecht, dit-il, affirme que l'on peut à l'aide de cet appareil déterminer de la façon la plus rigoureuse les limites exactes du cœur.

(1) An. in *Méd. mod.*, 6 févr. 1897.
(2) An. in *Méd. mod.*, 10 févr. 1897.

D'aucune façon, M. Litten n'a pu se convaincre de l'exactitude de cette affirmation.

Si l'on explore, à l'aide du stéthoscope, de la façon indiquée par Aufrecht (sur la ligne mamillaire, transversalement en arrière vers la ligne axillaire), sur le côté droit de la ligne axillaire, on perçoit, avec le récepteur du son, à côté du bruit de frottement, les bruits propres jusqu'au bord droit du sternum. Là, les bruits disparaissent presque complètement, pour reparaître, lorsqu'on a dépassé le bord gauche du sternum, de la même façon que du côté droit de la poitrine. Ces bruits ne se modifient pas, soit que l'on ausculte seulement le cœur, soit la respiration dans la partie supérieure, ou dans la partie inférieure, soit que l'on examine la paroi antérieure ou la paroi postérieure du thorax. D'après cela, la différence de son n'est pas produite par le cœur placé derrière la partie gauche du thorax ; il doit donc y avoir ici une autre cause qui agit.

D'après Litten, la différence de son doit être attribuée à la différence de tension de la peau de la personne que l'on ausculte. Avec une forte tension sur des parties osseuses, le bruit disparaît absolument ou est fortement diminué ; avec une peau distendue, on perçoit un son plus fort.

L'exactitude de cette supposition peut se prouver par ce fait qu'avec la tension de la peau, qui autrement est distendue, comme par exemple aux seins ou aux extrémités, le son, qui alors est perceptible, disparaît.

Pour ces motifs, Litten ne peut pas recommander cet appareil pour la détermination exacte des limites du cœur. (*Revue de Polytechn. médicale.*)

Dilatateurs et dilatation de l'utérus.

M. Lucas a présenté à la Société obstétricale et gynécologique de Paris un ballon destiné à éveiller les contractions utérines et provoquer la dilatation.

Construit, comme le ballon de Champetier, en tissu caoutchouté inextensible et d'une grande résistance, il présente la forme de deux troncs de cône de hauteur inégale, qui seraient accolés par leur petite base : il en résulte un étranglement assez marqué au niveau de son tiers inférieur. Sa hauteur est de 10 cent. et ses deux bases d'égale dimension, mesurent 9 cent. de diamètre. Elles sont reliées entre elles et maintenues à distance fixe l'une de l'autre, par un double fil d'argent, solidement fixé vers le centre de chacune d'elles. Ce fil étant plus court que la hauteur du ballon, il en résulte que les deux faces, lorsque le ballon est distendu, au lieu de bomber au dehors, revêtent au contraire une forme légèrement *concave*.

Néanmoins, le ballon mis en place, sa face inférieure, qui est libre du côté de la cavité vaginale, au contraire de la face supé-

rieure qui supporte les efforts de la présentation, tend à se déprimer « en fond d'artichaut », pour loger la tête.

Il peut être introduit plié et ficelé avec un lien élastique. On le remplit au moyen d'un irrigateur qui doit faire pénétrer le liquide très lentement. On arrive à produire par ce moyen une pression de 15 kilogs.

Dans la discussion qui suit cette présentation, M. Labusquière exprime l'opinion que ce ballon échouera sans doute dans certains cas où l'utérus résiste à tous les procédés de dilatation.

M. Maygrier pense que ce ballon est utile non pas pour provoquer l'accouchement, mais pour continuer une dilatation déjà commencée. La pression constante fournie par l'irrigateur est une des causes de son succès dans des cas où les autres procédés auront échoué.

M. Budin pense que l'emploi du ballon est souvent mauvais en repoussant la tête et amenant des présentations vicieuses. De plus ils ne peuvent dilater que le segment inférieur, mais pas l'anneau de contraction de Bandl, ce qui serait le premier point à obtenir. (*Revue de Polytech. médicale.*)

Nouvelle canule vaginale.

Le Dr Haas a présenté à la Société médicale de Nancy une canule vaginale due à Ahlfeld. Pour éviter l'infection post-puerpérale par refoulement des liquides vaginaux vers l'utérus par le jet ascendant, Ahlfeld a fait construire une canule en verre non perforée à son extrémité utérine et présentant 4 orifices latéraux dirigés obliquement de haut en bas. L'irrigation se fait alors par une série de filets descendants et non plus par jet ascendant dirigé vers l'utérus. Comme le fait remarquer M. Th. Weiss, c'est le même principe que celui suivi par Langlebert pour sa seringue uréthrale à jet récurrent, à l'usage des blennorrhagiques. (*Revue de Polytech. médicale.*)

VARIÉTÉS

Table à opérations, à transformations multiples.

Modèle de M. le professeur Tarnier.

Cette table construite sur les données et les indications de M. le Professeur Tarnier, est très pratique et répond à toutes les interventions chirurgicales, conditions assez difficiles à réunir en un seul meuble.

www.libtool.com.cn

Elle est utilisable en effet :

1° Pour les opérations chirurgicales en général (position horizontale).

2° Pour les opérations abdominales (plan incliné).

3° Pour les examens gynécologiques (plan horizontal avec une partie s'élevant pour soutenir les reins).

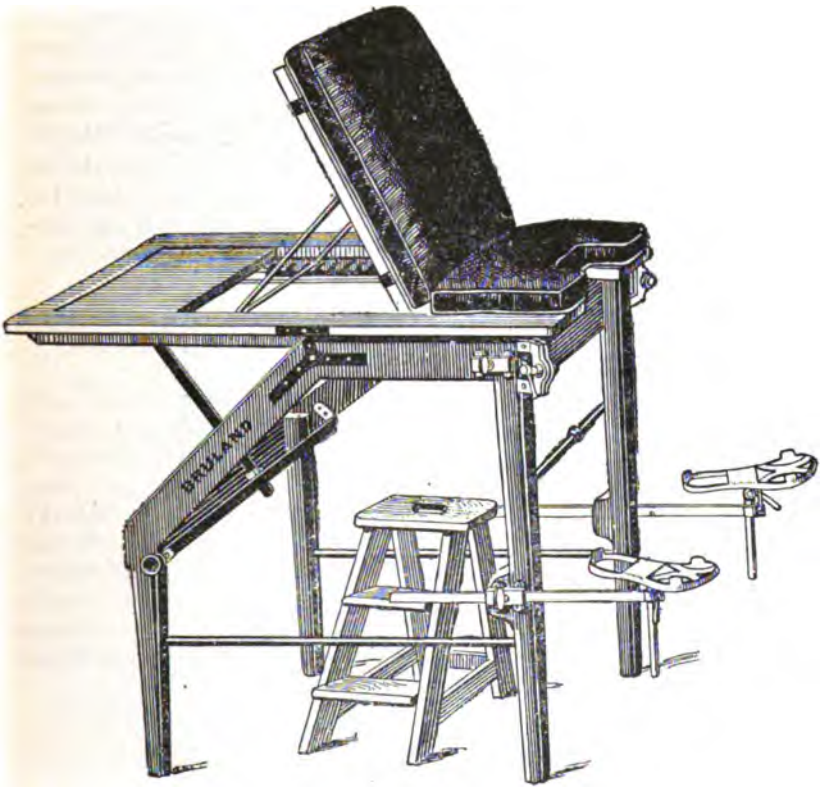


Fig. 1.

4° Pour l'endoscopie (plan horizontal avec ouverture à la hauteur périnéale et patins en contre-bas de ce plan et élévation pour maintenir le sujet dans la position verticale.)

Cette table est construite en bois, laquée au four elle est aseptique et peut se nettoyer à grands lavage, se désinfecter facilement sans crainte de la détériorer ; toutes les garnitures sont en métal nickelée. Un coussin mobile se place sur le dessus pour le spéculum et l'endoscopie.

Disposée comme le représente la figure 1, la table est destinée à l'endoscopie. Les patins placés à mi-hauteur des pieds peuvent s'avancer, s'élever, se tourner à droite et à gauche et s'incliner, d'avant arrière à volonté, l'inclinaison de la partie soutenant les reins est également variable.

www.sibrgol.com.cn

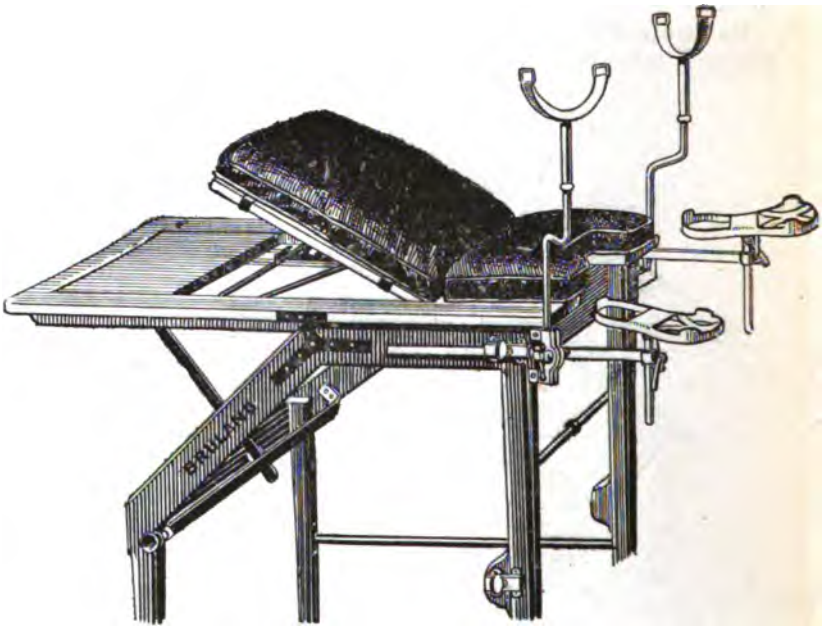


Fig.2.

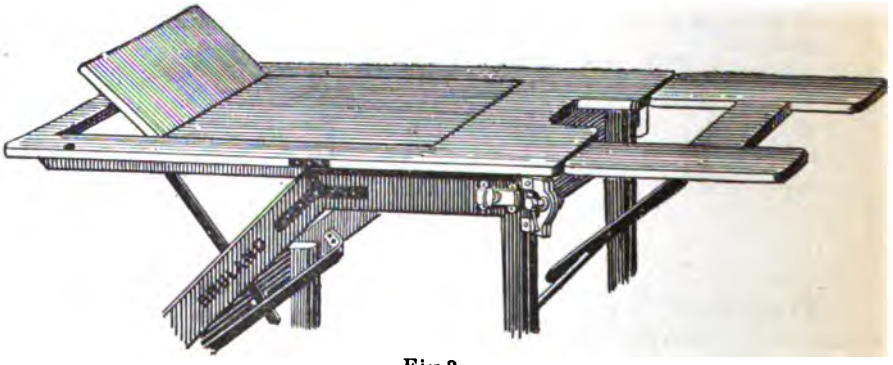


Fig.3.

Pour l'utiliser comme plate-forme pour examens gynécologiques et opérations vaginales, on la munit de croissants porte-jambes et de patins entièrement mobiles qui permettent de supprimer l'assistance d'un aide (fig. 2).

La table peut être dressée horizontalement pour les opérations où le malade doit être étendu (fig. 3). C'est également la position la plus commode pour l'auscultation ; la partie extrême du dessus est à élévation graduelle pour soutenir la tête du sujet. Une ouverture ménagée au niveau du périnée permet de faire des examens et des opérations sur les voies urinaires (dilatation, lavages).

On peut après avoir enlevé le coussin et les garnitures (fig. 4), placer la table en plan incliné (position de Trendelenburg), un

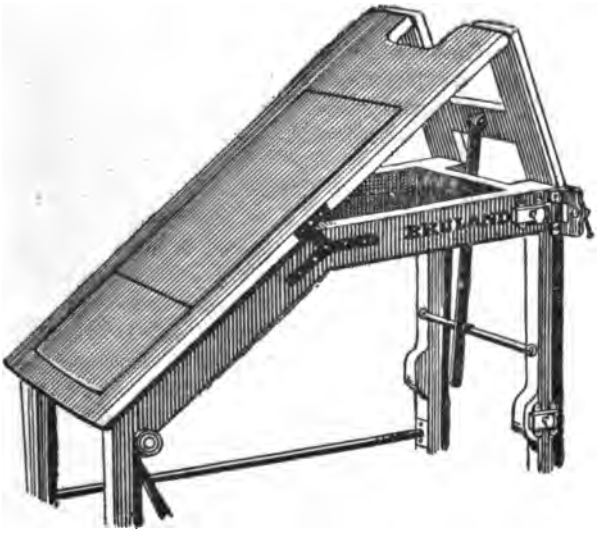


Fig. 4.

mécanisme mû par un bouton placé sur le côté permet de varier la pente au gré du chirurgien et fixe automatiquement dans cette position.

Toutes les dimensions ont été étudiées par M. le Professeur Tarnier. Tout le mécanisme est construit d'une façon simple, afin qu'il ne puisse se produire de dérangement en donnant en même temps une rigidité extrême à cette table. (*Revue de Polytechnique médicale.*)

FORMULAIRE

Traitement hypodermique de l'anémie.

(E. Boisson.)

On emploiera avec succès l'hémoglobine.

Hémoglobine.....	25 gr.
Véhicule stérilisé..	
Q. s. pour.....	100 c. c.

Chaque centimètre cube contient 25 centigrammes d'hémoglobine.

Dose : 1 seringue de 2 centimètres cubes par jour.

D'autres ont cru devoir adjoindre à ces médications le phosphate et le glycérophosphate.

www.libtool.com.cn

Il est certain qu'on retire de bons résultats de ces dernières préparations, à condition de faire en même temps des injections de *fer* et *d'arséniate de strychnine*.

De Renzi recommande les injections d'*arsenic* dans les anémies et les chloroses graves, rebelles aux autres traitements.

Vesteri, Ranieri, Zclenrw, Gogoli, Teumann, Kouried, Roussel, recommande les injections de *mercure*, et, dans ce cas, nous donnons la préférence aux injections de biiodure :

Biiodure de mercure.

(Mousnier.)

Biiodure de mercure 1 gr.
Huile stérilisée.
Q. s. pour..... 100 c. c.

Chaque seringue contient 1 centigramme.

Dose : 1 centimètre cube tous les deux jours.

Kernic, dans les anémies graves, dit s'être bien trouvé des injections d'*arsénite de potasse*.

Les injections d'or associées aux injections de *fer* et de *phosphate* ont aussi triomphé d'anémies graves.

Voici la formule de Roussel :

Chlorure d'or..... 1 gr.
Véhicule stérilisé..
Q. s. pour..... 100 c. c.

Chaque seringue contient 1 centigramme de sel d'or.

Dose : 1 à 2 centimètres cubes par jour.

Menella retire de très bons résultats des injections d'*iode*.

Dans les anémies aiguës, le Dr Frank emploie les injections d'*eau salée*. Dans ce cas, on peut prescrire les injections de *sérum* Hayem :

Chlorure de sodium 5 gr.
Sulfate de soude... 10 —
Véhicule stérilisé..
Q. s. pour..... 1.000 c. c.

Dose : 1 seringue de 3 centimètres cubes, à répéter deux et trois fois dans la journée.

Ou du *sérum* Chéron :

Acide phénique neigeux 1 gr.
Chlorure de sodium.... 2 —
Phosphate de soude... 4 —
Sulfate de soude..... 8 —
Eau distillée..... 100 —

Dose : 1 à 2 seringues de 5 centimètres cubes dans la journée.

Huchard formule :

Eau pure stérilisée.. 100 gr.
Phosphate de soude chimiquement pur. 10 —
Chlorure de sodium chimiquement pur. 5 —
Sulfate de soude chimiquement pur... 2 — 50
Acide phénique neigeux..... 1 — 50

5 à 10 centimètres cubes tous les 2 jours.

—

Formule contre l'aménorrhée.

Apiol injectable (Roussel).

Apiol cristallisé.... 20 gr.
Huile stérilisée.
Q. s. pour..... 100 c. c.

Chaque centimètre cube contient 20 centigrammes.

Une ou deux injections par jour.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.
Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*
Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*
Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*
Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

www.libtool.com.cn

LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET,

Par M. le Dr MAYGRIER,
Accoucheur des hôpitaux.

Dans une intéressante communication (13 mai 1897), M. Doléris a remis en discussion le traitement de l'avortement incomplet, dont il s'était déjà beaucoup occupé antérieurement (1). Son argumentation a porté sur deux points principaux. D'une part, il s'est montré de nouveau partisan de l'intervention d'une façon générale. D'autre part, il a préconisé l'usage des instruments, écouvillons, curettes, pinces, employés judicieusement suivant les cas, de préférence au curage digital.

Il a relaté, à l'appui de ses assertions, une statistique de 59 cas d'avortements, observés par lui dans son service d'accouchements à la Pitié, dont 26 terminés spontanément et 33 artificiellement, avec une mortalité nulle et une morbidité insignifiante.

L'occasion m'a paru propice pour apporter à mon tour à cette question encore si discutée du traitement de la rétention du placenta abortif des documents recueillis à la Maternité de Lariboisière, où j'ai observé un grand nombre d'avortements depuis mon entrée dans ce service, c'est-à-dire à partir du 1er janvier 1895.

J'ai pu réunir 275 observations se rapportant pour la plupart à des avortements ayant eu lieu au troisième et au quatrième mois, c'est-à-dire aux époques où la rétention placentaire est la plus fréquente. Ces observations se répartissent ainsi : 120 pendant l'année 1895 ; 126 en 1896 ; 29 pendant le premier trimestre de 1897.

Sur ces 275 avortements, 176 se sont terminés spontanément, et 99 ont nécessité une intervention opératoire.

Examinons successivement ces deux catégories de faits :

1° **Avortements terminés spontanément.** — Des 176 femmes chez lesquelles l'expulsion du placenta s'est faite spontanément, il y a en a eu 145 qui se sont présentées à l'hôpital dès le début de leur accident, et chez lesquelles on a pu par conséquent suivre toutes les phases de la fausse couche. Les 31 autres sont arrivées à la Maternité de Lariboisière, ayant déjà

(1) DOLÉRIS. *Bullet. et mém. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 11 mars 1868, et *Nouvelles Archives d'obstétrique*, 1836, p. 318.

expulsé l'embryon ou des débris ovulaires en ville, et ayant encore dans l'utérus le délivre entier ou des fragments de placenta.

www.tiptool.com.cn

Parmi ces dernières, une femme nous a été envoyée d'un service voisin, ayant fait complètement sa fausse couche, et en proie à une septicémie grave, à laquelle elle a succombé le soir même de son entrée dans le service d'isolement.

A part cette malade, aucune des autres ne présentait d'accidents véritables, ni hémorragie, ni signes d'infection. La conduite tenue a été l'expectation, sous le couvert, bien entendu, de l'antisepsie la plus rigoureuse (injections vaginales fréquentes et au besoin intra-utérines, pansements vulvaires, etc.). L'expulsion spontanée du délivre a eu lieu dans un laps de temps qui a varié de quelques heures à deux ou trois jours au maximum.

Je dois noter que parmi ces avortements qui se sont terminés, ainsi spontanément sans complications, il y en a eu 4 gémellaires (4 sur 176).

Les suites de couches ont été normales.

Une femme a succombé à une tuberculose déjà avancée.

En résumé, sur ces 176 avortements spontanés, il y a eu 2 morts : l'une par septicémie, la femme nous ayant été amenée mourante, l'autre par tuberculose pulmonaire.

174 femmes ont quitté l'hôpital bien portantes.

2° **Avortements dans lesquels il y a eu intervention.** — 99 femmes ont subi des manœuvres opératoires diverses.

Chez 55 d'entre elles on s'est borné à faire le curage digital et l'écouvillonnage.

Chez les 44 autres, on a pratiqué le curettage de l'utérus.

C'est surtout ici qu'il importe de faire une distinction entre les femmes qui sont entrées dès le début de leur avortement, et celles qui sont arrivées ayant déjà commencé leur fausse couche au dehors.

Les premières ont été seulement au nombre de 26, dont 17 ont subi le curage digital et 9 le curettage.

Les autres ont été en proportion bien plus considérable : 73 dont 38 ont subi le curage digital et 35 le curettage.

Cette différence très notable dans le nombre des interventions s'explique par ce fait que les femmes qui arrivent du dehors incomplètement délivrées présentent des accidents, dus au manque de soins antérieurs convenables, bien plus souvent que celles qui peuvent être suivies à l'hôpital pendant toute la durée de leur avortement.

Je ne veux pas entrer ici dans l'exposé des motifs qui m'ont déterminé à intervenir chez chacune de ces femmes, car j'établirai plus loin les indications qui me guident en pareil cas. Je ferai seulement remarquer que la plupart d'entre elles présentèrent des accidents plus ou moins graves, tels que des pertes de sang et des phénomènes d'infection.

Quoi qu'il en soit, sur ces 99 femmes 6 ont succombé dans les conditions suivantes :

A l'autopsie de deux d'entre elles on a trouvé une perforation siégeant au niveau du fond de l'utérus avec péritonite circonscrite à ce niveau, perforation à laquelle les manœuvres employées, bien que faites avec prudence, n'ont certainement pas été étrangères. L'une de ces femmes n'avait cependant subi qu'un simple nettoyage de la cavité utérine avec un tampon de ouate montée sur une pince. L'autre avait été curettée. Ces deux femmes étaient d'ailleurs arrivées à l'hôpital dans un état extrêmement grave, ayant le facies péritonéal, une température élevée, et profondément infectées. L'observation de l'une d'elles a été présentée par M. Schwab (1), qui était alors mon interne, à la Société obstétricale en 1895, et elle a fait l'objet d'une discussion sur l'origine de la perforation. Ces deux faits ont été rapportés in extenso dans la thèse du Dr Lucas (observations XVI et XVII, p. 53 et suiv.).

La troisième femme qui est morte, avait quitté le service sur sa demande, ayant encore des accidents fébriles; elle rentra peu après dans un service de chirurgie, où elle fut opérée d'une salpingite et succomba.

Les trois autres décès sont dus à l'infection. Deux femmes étaient arrivées à l'hôpital déjà atteintes de septicémie grave, contre laquelle tout traitement est resté impuissant. La troisième, qui avait été en ville l'objet de tentatives d'avortement provoqué, avouées par elle, était également infectée à un haut degré et n'a pu être sauvée.

En résumé, sur 275 femmes entrées à l'hôpital pour avortement, 268 sont parties en bon état, 93 d'entre elles ayant eu à subir une intervention opératoire pour l'extraction de débris placentaires.

8 sont mortes : 1 de tuberculose pulmonaire ; 1 d'une salpingite opérée ultérieurement; 2 de perforations probablement traumatiques de l'utérus ; 4 d'infection. Toutes ces femmes nous

(1) Schwab. Cas de perforation très probablement traumatique de l'utérus. (*Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 12 décembre 1895.)

www.libtool.com.cn

étaient arrivées déjà malades, et dans des conditions qui ne laissaient aucun espoir de les sauver.

Les résultats que je viens d'exposer sommairement démontrent bien que, dans un grand nombre de cas (170 fois sur 275), la rétention du placenta après l'avortement ne s'accompagne pas d'accidents quand on a soin de faire de l'antisepsie, et que l'expulsion du délivre a souvent lieu spontanément au bout de quelques heures. Cependant, si je pense qu'on doit s'en tenir à l'expectation tant que l'utérus continue plus ou moins lentement, mais sans accidents, son travail d'expulsion, et si je me sépare ainsi des interventionnistes à outrance, je ne méconnais nullement la nécessité d'intervenir dans bien des circonstances. J'estime, en effet, qu'une intervention rapide peut seule enrayer les dangers et les accidents de la rétention. Les 93 succès que j'ai obtenus sur 99 cas en sont la preuve.

Indications de l'intervention. — Quelles sont donc les indications qui doivent motiver une intervention ? Sans vouloir discuter les différentes opinions des auteurs à cet égard, je me bornerai à indiquer ici mes idées personnelles ; elles ont d'ailleurs été récemment exposées, d'une façon très détaillée et avec de nombreuses observations à l'appui, dans la thèse de doctorat d'un de mes anciens externes, M. Lucas (1), à laquelle j'ai fait allusion plus haut. Elles peuvent se résumer ainsi : il y a lieu d'intervenir :

1° Toutes les fois que la rétention s'accompagne d'accidents, tels qu'hémorragies, fièvre, odeur des lochies, signes d'infection, même légère.

2° Dans les cas de placenta multiples. J'ai montré, en effet, que dans les avortements gémellaires, la rétention prolongée du délivre peut donner lieu rapidement aux accidents les plus graves, en raison du volume considérable de la masse placentaire qui l'expose davantage à la putréfaction (2).

3° Dans certains cas où l'on a des doutes sur l'origine de l'avortement, et où il y a lieu de supposer qu'il est le résultat de manœuvres abortives. A la suite de ces manœuvres, pratiquées en général sans aucune précaution antiseptique, l'infection est fréquente, et il me semble prudent d'agir vite, même en dehors de

(1) Ch. Lucas. *Etude sur le traitement de la délivrance de l'avortement incomplet*, Thèse de Paris, 1893.

(2) Maygrier et Demelin. *Etude clinique sur l'avortement multiple*. (*Archives de Tocologie*, février 1892, p. 81.)

www.libtool.com.cn

tout accident apparent, et de prévenir l'infection probable par l'évacuation et le nettoyage précoces de la cavité utérine.

4° Toutes les fois enfin, tout au moins dans la pratique hospitalière, que la rétention se prolonge au-delà de trois ou quatre jours, bien que sans accidents, lorsqu'il n'y a plus de tendance à l'expulsion et que le col se referme. Dans ces conditions, en effet, les femmes sont très difficiles à garder à l'hôpital ; elles se sentent bien et exigent leur exeat, échappant ainsi à toute surveillance. Il n'est pas rare alors qu'elles soient prises brusquement, au bout d'un temps variable, d'hémorragies formidables qui accompagnent l'expulsion tardive du délivre, et qui peuvent mettre leur vie en danger. J'ajoute, sans y insister, que ces femmes sont encore exposées aux suites éloignées de la rétention du placenta, sur lesquelles on a récemment appelé l'attention : production de môle hydatiforme, de déciduomes, etc.

Ma conduite se résume donc à intervenir dès que le moindre accident apparaît, ou est à craindre, ou lorsque la rétention se prolonge outre mesure, et que le col a tendance à se refermer.

J'aborde maintenant la question de la nature de l'intervention.

Deux méthodes principales sont en présence. L'une consiste à évacuer le contenu de l'utérus avec les doigts, à faire le *curage digital*, l'autre à pratiquer cette extraction à l'aide d'instruments, et particulièrement de la curette. Examinons-les successivement.

Curage digital. — Je commence par déclarer que je considère le curage digital comme le procédé d'extraction par excellence du placenta abortif ou de ses débris. Mais il est certaines règles dont l'opérateur ne doit jamais se départir. Il faut se garder, avant tout, d'un curage incomplet. On ne devra pas se borner, comme on le fait trop souvent, à explorer la cavité cervicale, et à extraire une portion de délivre engagée dans le col ; c'est là une manœuvre sur les dangers de laquelle MM. Tarnier et Budin ont depuis longtemps attiré l'attention.

Il faut, de toute nécessité, que le doigt puisse pénétrer dans la cavité utérine tout entière, et en atteindre tous les points, afin de la vider complètement. Il est indispensable, pour cela, que le col soit assez ouvert pour permettre facilement l'introduction d'un ou deux doigts dans l'utérus. La première chose à faire est donc de dilater le col s'il ne l'est pas suffisamment ou s'il est refermé. Dans ce dernier cas, on pourrait être obligé de recourir à l'emploi des tiges de laminaire pour commencer ;

www.libtool.com.cn

mais, habituellement, le col est resté perméable, et on peut procéder à sa dilatation par des procédés plus rapides. Bien que MM. Chaleix-Vivie et Audebert (1), dans le remarquable mémoire qu'ils viennent de publier sur le traitement de l'avortement incomplet, se déclarent opposés à l'emploi des ballons, je dois avouer que je me suis servi plusieurs fois avec succès, dans ces circonstances, de ballons de Champetier de Ribes ou de Boissard de petit calibre, et cela surtout lorsque le col paraissait très résistant. Dans la majorité des cas, on peut pratiquer la dilatation extemporanée, à l'aide des bougies de Hegar. Mais je pense qu'il faut proscrire absolument les dilatateurs métalliques à deux ou trois branches. C'est un point sur lequel je reviendrai.

Une autre condition indispensable pour bien pratiquer le curage digital est d'endormir la malade, afin de supprimer à la fois la douleur et la résistance de la paroi abdominale.

L'opération en elle-même est alors des plus simples. Tandis qu'une main comprimant la région hypogastrique abaisse fortement l'utérus, un ou deux doigts de l'autre main pénètrent dans sa cavité, et pratiquent le décollement et l'extraction du placenta ou des cotylédons qui y sont retenus. Dans les cas exceptionnels où on ne réussit pas avec le doigt seul à détacher des fragments trop adhérents, on peut avoir recours dans ce but à la curette, qu'on doit toujours avoir à sa portée ; mais on s'en servira avec la plus grande prudence : c'est ainsi qu'on aura soin de l'introduire en la guidant sur le doigt, dont le contrôle ne devra jamais lui manquer.

Quand le décollement est achevé, il n'est pas toujours facile d'entraîner le délivre au dehors, surtout lorsque les fragments sont un peu volumineux ; ils flottent alors dans la cavité utérine et fuient sous le doigt. Pour en amener la sortie, il est inutile de se servir de pinces dont l'emploi n'est pas toujours inoffensif. Il suffit d'avoir recours à une petite manœuvre manuelle indiquée par M. Budin. Elle consiste à comprimer l'utérus entre deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur du vagin et l'autre main appuyant sur la face antérieure de l'utérus à travers la paroi abdominale; le placenta, ainsi exprimé, vient tomber dans la main de l'opérateur.

Une fois le curage digital opéré, il faut procéder au nettoyage de la cavité utérine, et pour cela l'écouvillonnage, imaginé par M. Doléris, est un moyen précieux. On pourra se servir des écou-

(1) Chaleix-Vivie et Audebert. *Traitement de l'avortement incomplet*, Paris, Masson, 1896.

www.libtool.com.cn

villons en côtes de plumes présentés par M. Budin à la dernière session de la Société obstétricale de France ; ils sont plus résistants que les écouvillons ordinaires. Imbibé de glycérine créosotée au tiers ou à moitié, l'écouvillon, en même temps qu'il cautérise et antiseptise la surface interne de l'utérus, achève de détacher les derniers débris ovulaires et la caduque. Il donne, suivant l'expression pittoresque de M. Doléris, le coup de balai de la fin. Finalement, on irrigue l'utérus avec une solution antiseptique et on le tamponne ainsi que le vagin avec de la gaze iodoformée. Toute cette technique est aujourd'hui bien connue, et je n'insiste pas davantage.

Curage instrumental, curettage. — Le curettage de l'utérus est une opération trop connue pour que je m'arrête à le décrire. On le fait ordinairement suivre, comme le curage digital, d'un écouvillonnage et d'un tamponnement iodoformé. Il est tout particulièrement préconisé dans le traitement de l'avortement incomplet par M. Doléris, et par MM. Chaleix-Vivie et Audebert. Toutefois, ces derniers auteurs insistent à maintes reprises sur les multiples précautions à prendre. « Dangereux entre des mains malhabiles ou malpropres », le curettage est considéré par eux comme « une opération chirurgicale délicate qui peut avoir affaire à des incidents épineux inattendus. »

C'est qu'en effet la méthode instrumentale en général n'est pas sans danger, et j'ai en vue ici non seulement la curette, mais encore l'emploi des dilatateurs divergents et surtout des pinces.

M. Pichevin (1) a publié, en 1895, dans les *Annales de gynécologie*, un intéressant travail sur les accidents causés par le curettage utérin, et il a insisté sur les précautions dont on doit s'entourer pour éviter ces accidents, et en particulier sur la nécessité de dilater préalablement la cavité utérine. Dans ces faits, M. Pichevin a eu en vue le curettage en général, que l'utérus soit ou non gravide. Mais les accidents sont encore plus à craindre quand il s'agit d'un utérus puerpéral, car il ne faut pas oublier que la paroi utérine, surtout quand l'organe est infecté, présente parfois une mollesse et une friabilité extrêmes, et qu'elle se laisse perforer avec la plus grande facilité.

Ayant eu à prendre part à une expertise médico-légale à propos d'un curettage malheureux au cours duquel étaient survenus

(1) Pichevin. Des accidents causés par le curage utérin. (*Annales de Gynécologie*, mai 1895, p. 397.)

www.libtool.com.cn

un avortement, puis une perforation de l'utérus avec issue d'une anse d'intestin dans le vagin, j'ai relevé dans la littérature un certain nombre de faits analogues sur lesquels il m'a paru utile de rappeler l'attention. Ce sont des blessures graves de l'utérus à l'occasion de manœuvres instrumentales faites dans le but d'enlever des débris abortifs. Un certain nombre de ces faits ont été signalés par M. Pichevin. Dans une remarquable leçon clinique professée récemment à la Maternité, M. Budin y a fait allusion également.

Sans entrer dans tous les détails que comporterait un pareil sujet, je ne veux signaler ici que quelques faits dont l'importance et la notoriété sont telles qu'il est impossible de les passer sous silence.

Le 9 mars 1894, Alberti, de Postdam (1), a fait, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, une communication sur un cas de perforation de l'utérus avec passage de l'intestin à travers l'orifice de perforation et son étranglement par cet orifice ; il s'agissait d'un avortement avec rétention de débris ovulaires infectés, et l'accident en question se produisit au cours de l'opération faite par l'auteur : curettage et extraction avec une pince à polypes.

A la suite de cette communication, Veit, Orthmann, Olshausen prirent la parole pour citer des accidents analogues qui leur étaient personnels. Martin a rapporté trois cas de sa pratique, où ayant employé des pinces pour extraire des fragments de délivre, il attira l'intestin dans la cavité utérine. Veit a résumé la discussion en déclarant que l'emploi des pinces pour extraire le placenta de l'utérus était éminemment dangereux, qu'on ne devrait jamais recourir à cet instrument sans le guider sur le doigt et qu'en règle générale le mieux était de renoncer absolument à s'en servir.

Le 26 juin 1894, à la Société obstétricale de Vienne, Fleischmann (2) a communiqué un cas de rétention placentaire postabortive, dans lequel il essaya de faire l'ablation des restes ovulaires avec une pince à polypes. Il s'ensuivit une perforation de l'utérus à travers laquelle l'instrument entraîna l'intestin.

Mann (3) a publié de son côté trois cas de perforation de l'uté-

(1) Alberti. Ein Fall von Perforation des Uterus. (*Centralb. für Gyn.*, 29 septembre 1894, p. 937.

(2) *Centralb. für Gyn.*, 6 octobre 1894, p. 979.

(3) L. Mann. *Amer. Journ. of obstetr.*, mai 1895, p. 603.

rus avec prolapsus de l'intestin, au cours de manœuvres instrumentales faites pour extraire des débris abortifs. L'accident se produisit dans le premier cas à la suite de l'emploi de la curette tranchante, dans le second il fut le résultat de l'application d'un dilatateur métallique. Je donne ici la traduction du troisième cas, en raison de son étrangeté. « Un jeune praticien soignait une dame pour un avortement. Il dilata l'utérus avec un dilatateur à branches d'acier, puis introduisit une pince; mais, au lieu de l'œuf, il attira une portion d'intestin grêle. Au lieu d'attendre et de prendre ses mesures pour la laparotomie, il perdit la tête et continua de tirer jusqu'à ce qu'il eût extrait six pieds d'intestin. Il pensait, a-t-il dit, que cet intestin était celui du fœtus; mais le fœtus n'étant âgé que de trois mois, il est difficile de comprendre qu'il ait pu commettre une pareille faute. Après avoir ainsi attiré l'intestin, voyant qu'il ne pouvait le remettre en place, il en fit la résection, et appela un confrère à son aide. Celui-ci arriva trop tard, et la femme succomba. »

Dans le fait médico-légal dont j'ai parlé plus haut, l'opérateur a déclaré s'être servi d'une curette et de pinces, et c'est avec ces dernières qu'il a amené une anse intestinale dans le vagin.

La conduite à tenir en présence de pareils accidents consiste, lorsque la réduction de l'intestin est impossible, à faire la laparotomie, et à pratiquer, si elle est nécessaire, la résection d'une portion de l'intestin. C'est ainsi qu'ont agi, parfois avec succès, la plupart des opérateurs.

Quoi qu'il en soit, il ressort des faits précédents que, même entre les mains les plus habiles, des accidents d'une extrême gravité peuvent se produire au cours d'une intervention instrumentale entreprise dans le but d'extraire un placenta abortif.

La curette est un instrument aveugle, qui, lorsqu'on se décide à l'employer, ne doit être manié qu'avec la plus extrême prudence. Elle doit être de grandes dimensions et on ne l'introduira dans l'utérus qu'après une large dilatation du col et en la guidant constamment sur le doigt.

Les pinces sont particulièrement dangereuses, car elles peuvent entraîner l'intestin, comme le prouvent les observations que j'ai rapportées. Aussi vaut-il mieux ne pas s'en servir.

Quant aux dilatateurs métalliques divergents, il semble que leur emploi doive être également abandonné.

Pour toutes ces raisons, je crois pouvoir conclure que le véritable traitement de la rétention du placenta après l'avortement,

dans le cas où il est indiqué d'intervenir, réside dans le curage digital, pratiqué, après dilatation large du col et sous le chloroforme. La curette ne doit être employée qu'exceptionnellement, et toujours sous le contrôle du doigt. Les pinces doivent être proscrites, et l'extraction des débris placentaires décollés pourra être beaucoup plus avantageusement faite par le procédé d'expression de M. Budin. Enfin, l'écouvillonnage soigneux de la cavité utérine est le complément obligé du curage digital.

Cette pratique n'est pas celle qui a été suivie rigoureusement à la Maternité de Lariboisière, où la curette, sinon la pince, a été employée un certain nombre de fois. Mais, en raison des accidents possibles, sur lesquels j'ai suffisamment insisté, je suis décidé à restreindre de plus en plus l'usage de cet instrument dans le traitement de l'avortement incomplet.

D'ailleurs je ne puis donner de meilleure preuve de l'excellence du traitement que je viens d'indiquer (curage digital et écouvillonnage) qu'en rappelant que M. Budin a exclusivement recours à cette méthode à la Maternité, et qu'elle lui donne les meilleurs résultats, ainsi que l'atteste la statistique exposée par lui dans la leçon clinique à laquelle j'ai déjà fait allusion.

En terminant, je tiens à dire un mot de l'administration du sulfate de quinine, déjà préconisée par Cordes, de Genève, par Doléris et plus récemment par M. Schwab (1), pour hâter l'expulsion du placenta. Les recherches de M. Schwab, faites en partie dans mon service, ont montré l'efficacité de ce médicament comme ecbolique dans un certain nombre de cas. Il est vrai que, dans quelques cas aussi, j'ai vu son action échouer.

Mais, en somme, quand l'expulsion du placenta tarde à se faire et quand rien ne motive une intervention, il n'y a que des avantages à prescrire le sulfate de quinine, qui doit être donné à la dose minima de un gramme. On réussira ainsi assez souvent à provoquer la sortie rapide du placenta. C'est là un moyen simple et inoffensif, auquel on n'hésitera pas à recourir en présence d'une rétention placentaire qui se prolonge et dont les conséquences sont toujours aléatoires.

(1) Schwab. De l'emploi du sulfate de quinine dans l'avortement incomplet. *L'Obstétrique*, 15 mai 1897, p. 298.

RECHERCHES SUR LA CIRCULATION MATERNELLE DU PLACENTA,

www.nbtoot.com.cn

Par le Dr Delore, correspondant de l'Académie.

Avant de donner le résultat de mes recherches sur la façon dont le sang de la mère parcourt les espaces cloisonnés de la cavité placentaire, je veux rappeler quelques données anatomiques qui me paraissent fort importantes.

L'*utérus* pendant la grossesse présente une *circulation* tout à fait spéciale.

Le sang y pénètre par les artères et ressort par les veines, mais entre ces deux ordres de vaisseaux, il n'y a pas de *capillaires*; ils sont remplacés par des dilatations vasculaires appelées *sinus*, qui sont creusées dans le tissu musculaire, de sorte que les artérioles utérines s'abouchent directement dans les sinus, et que le *choc* du sang maternel ne peut léser le placenta, qui ne reçoit du sang que par l'intermédiaire des sinus utérins.

Le *placenta* à terme pendant la grossesse a la forme d'une lentille bi-convexe.

A l'*extérieur*, il y a donc deux parois et une circonférence.

L'*intérieur* renferme les organes de la circulation fœtale et l'appareil compliqué de la circulation maternelle.

EXTÉRIEUR DU PLACENTA.

1. *La paroi utérine* est constituée par les larges cellules de la caduque qui sont dénuées de solidité et de cohésion, de telle sorte que leur tissu, d'une extrême friabilité, porte habituellement après la délivrance des traces de nombreuses déchirures.

Suivant mes recherches basées sur l'examen de plusieurs milliers de placentas, c'est à peine si 1 fois sur 20 on constate dans toute l'étendue de cette surface des orifices vasculaires manifestement organisés.

En général, cette membrane est partout continue avec elle-même ; toutefois, en l'examinant attentivement, on constate les particularités suivantes : En insufflant de l'air au-dessous d'elle, on voit souvent les cellules mal soudées, céder, se soulever et former des fissures, quoique aucun orifice apparent ne pût être constaté auparavant.

Cependant, au voisinage de la périphérie, surtout dans les placentas où la grande veine circulaire est altérée, on voit souvent à travers une érosion de la membrane *caduque* les sommets des villosités à *nu*, et l'air insufflé s'échappe par ces orifices, qui me paraissent supplémentaires et dont j'ai décrit autrefois des variétés sous le nom *d'orifices grillés* (dict. Dechambre, art. placenta). En outre, l'air insufflé, tout en s'infiltrant dans les aréoles sous-jacentes et dans les sinus intercotylédonaires, permet de constater l'adhésion de la face profonde de la caduque avec un grand nom-

bre de sommets villeux ; c'est ce que Dalton a décrit sous le nom de *crampons*.

www.lbtool.com.cn

Il est excessivement rare de rencontrer des placentas dont la caduque n'ait pas subi une déchirure quelconque pendant la délivrance. Pour mon compte, je n'ai eu d'intacts que ceux que j'ai obtenus moi-même dans la clientèle civile. Un placenta est altéré dès qu'il a été manié, ou étalé, à moins de grandes précautions.

A la périphérie, la paroi externe se continue avec la caduque de la poche amniotique, mais au niveau de l'union existent de nombreux *orifices vasculaires*.

2. La *paroi fœtale* ou *chorio-allantoïdienne* constitue la base et la partie solide du placenta, dont elle forme le squelette par ses prolongements arborescents. Cette paroi provient de l'œuf ; mais elle est doublée par l'endothélium vasculaire venant de la mère. Les vaisseaux fœtaux s'insinuent entre le chorion et l'allantoïde, avant de pénétrer dans la cavité placentaire, où ils sont portés par des piliers fibreux. De la sorte la partie fœtale est attachée au tissu placentaire à l'instar de la paroi utérine ; mais tandis que celle-ci présente des liens très frêles, les piliers de celle-là sont forts et résistants comme la membrane d'où ils émanent. Nous verrons à tirer des conclusions physiologiques de cette organisation anatomique nettement accusée. Je dois noter le trajet en zig-zag des vaisseaux fœtaux constitués par deux trajets horizontaux et deux trajets verticaux ; disposition curieuse qui a pour effet d'atténuer le coup de bélier cardiaque dans la villosité qui était destinée à avoir des parois fort délicates. Cette disposition n'a pas été adoptée dans nos autres tissus, à cause de l'existence d'un réseau capillaire, tandis que les villosités ayant chacune une artériole et une veinule, les conditions de choc sont plus redoutables.

3. La *circonférence* du placenta est très remarquable ; je l'ai décrite autrefois avec grands détails, et je n'ai pas l'intention d'y insister bien longuement. C'est à la circonférence que sont situés, exclusivement, tous les orifices vasculaires qui mettent en communication le placenta avec l'utérus ; c'est là que se trouve la grande veine circulaire, qui laisse à nu, quand on l'incise (fig. 1), une foule d'ouvertures variées, par lesquelles le sang s'insinue dans le placenta ou revient à l'utérus ; car du moment qu'on ne trouve pas ailleurs les traces d'une autre organisation vasculaire, il faut bien admettre que c'est par la circonférence que le sang entre et sort du placenta. Quand on considère cette région si riche en orifices vasculaires bien organisés, on est stupéfié de constater que tous les auteurs admettent encore que le sang maternel entre par la surface de la paroi utérine.

A une époque du développement, toutes les villosités fœtales étaient vasculaires et entourées d'un réseau de capillaires maternels ; mais plus tard tous ces vaisseaux se sont atrophiés sur la

caduque réfléchie et sur la paroi caduque du placenta, car là doit se faire la déhiscence, et la caduque s'y prépare par le développement de ses grandes cellules et par la disparition complète de ses capillaires. C'est à cause de cette évolution physiologique et dans un but statique que la circulation placentaire s'est tout entière réfugiée à la périphérie, où elle trouve des conditions de solidité suffisantes.

Il arrive souvent que par suite d'une thrombose, le sinus coronaire ne soit plus perméable partiellement et qu'une circulation supplémentaire s'impose comme pour les varices avec phlébite.

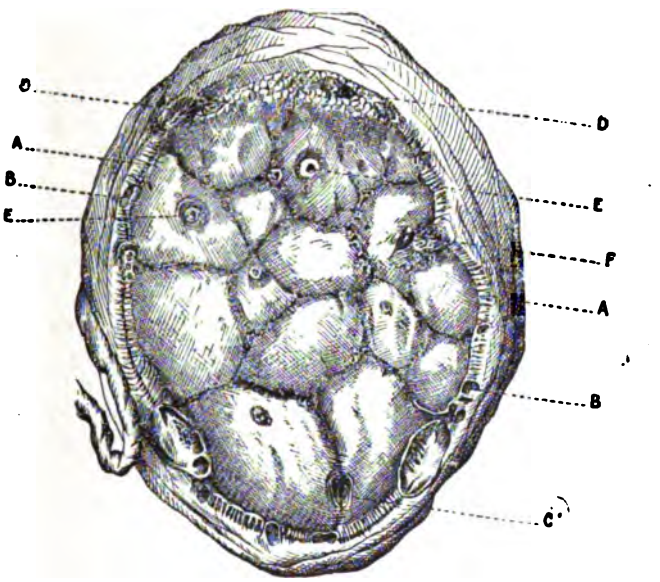


Fig. 1.— Face utérine du placenta : A. sinus coronaire ; B. orifices internes de communication avec les sinus utérins ; C. sinus intercotylédonaire ; D. orifices en grillage avec thrombose miliaire ; E. orifices au centre des cotylédons (1) ; F. sinus lacunaire périphérique.

On voit alors des orifices s'organiser sur le bord des cotylédons périphériques ; quelquefois cette organisation fait défaut et la caduque a une solution de continuité qui laisse à nu les villosités. Ces orifices, situés sur les cotylédons, me paraissent destinés à la circulation de retour.

Intérieur.

Si avec une pompe foulante on insuffle de l'air, soit par les orifices internes de la veine coronaire, soit sous le chorion, ou sous

(1) Des observations plus nombreuses m'ont démontré que ces orifices étaient exceptionnels.

la caduque, ou encore en plongeant grossièrement la canule dans un point quelconque du tissu placentaire, on voit le placenta quelquefois tout entier se soulever ; on dirait un animal qui respire.

Si on injecte une matière colorante, n'importe en quel point, elle se diffuse immédiatement partout.

Dans l'*intérieur du placenta*, nous avons les *villosités fœtales* et le système anatomique de la *circulation maternelle*.

1° Les villosités fœtales sont trop connues pour que je les décrive (fig. 2), les injections fines comme celles du professeur Renau prouvent que le capillaire artériel s'abouche avec le veineux, après une brusque flexion, à l'extrémité en doigt de gant du tube villeux.

FIG. 2. — Coupe transversale du placenta. A. membrane chorio-allantoïdienne ; B. artères et veines formant les piliers ; C. tissu aréolaire sous-chorial ; D. division en éventail des vaisseaux et des troncs villeux.

A cela, il n'y a aucun doute ; pour mon compte, après Turner, j'ai démontré que chacune des villosités plongeait dans le sang maternel. A ceux qui en douteraient, je conseille de prendre délicatement un très petit fragment de tissu d'un placenta frais au voisinage de la surface utérine, à l'écraser entre deux verres ; avec un grossissement de 150 diamètres on voit alors une foule de villosités dont quelques-unes sont intactes et autour desquelles se promènent des hématies. Evidemment, de bonnes coupes, après durcissement, sont une preuve bien plus scientifique de la disposition anatomique, mais elles ne montrent rien de plus.

J'ai utilisé *l'endographie* placentaire pour démontrer la disposition intérieure de cet organe transitoire. Voici trois figures que j'ai obtenues par des procédés différents ; elles sont graduées suivant

le degré de pénétration de l'injection, de la sorte on a une vue d'ensemble d'abord et des détails ensuite (1) :

En résumé, les villosités s'érigent du plancher de la cavité placentaire où leurs racines sont fortement implantées et montent vers la voûte où elles adhèrent à la caduque; c'est donc par elles

FIG. 3.—Segment d'une coupe de placenta dont la veine ombilicale a été injectée avec le liquide de Teichsman au vermillon et dont les villosités ont été englobées dans de la stéarine. On aperçoit le cordon et les troncs principaux qui s'érigent verticalement après un trajet horizontal.

que le plancher et la voûte sont reliés par des liens élastiques, mais néanmoins résistants, grâce au prolongement de la membrane allantoïdo-choriale qui entrent dans leur constitution.

FIG. 4.— Injection au mercure coulant. Les espaces maternels injectés de paraffine sont très visibles.

La *formation* de la cavité placentaire résulte de la coalescence des ramifications des capillaires qui s'est produite à un degré intense. Dans cette cavité unique, les villosités se sont précipitées et ont comblé tout l'espace à la façon d'un *mycélium*.

C'est à cause de cette organisation que j'ai comparé le placenta à un anévrysme représenté par le schéma de la fig. 7.

En résumé, le sang fœtal circule dans des villosités closes et le

(1) Je dois ces épreuves radiographiques à l'obligeance de M. Bert, chef des travaux anatomiques. Elles ont été obtenues dans le laboratoire de M. Testut.

maternel dans des espaces où ces villosités plongent. Ces deux systèmes sont distincts.

www.biblio1.com.co

En étudiant le placenta des lapins, M. Mathias Duval (1) dit à propos de la circulation maternelle : « C'est une hémorrhagie utérine circonscrite et enkystée dans un tissu fœtal. » Chez la femme il y a manifeste analogie ; toutefois, si l'on examine attentivement la cavité placentaire que j'ai comparée à un anévrysme, on voit qu'elle est tapissée d'une façon continue par l'endothélium vasculaire de la mère ; ce n'est donc pas une hémorrhagie, enkystée dans un tissu fœtal ; c'est une coalescence et une poussée villeuse.

Evidemment ces deux phénomènes, *coalescence* et *végétation exubérante*, ont été simultanés ; et si je les indique successivement, c'est uniquement pour exprimer clairement ma pensée.

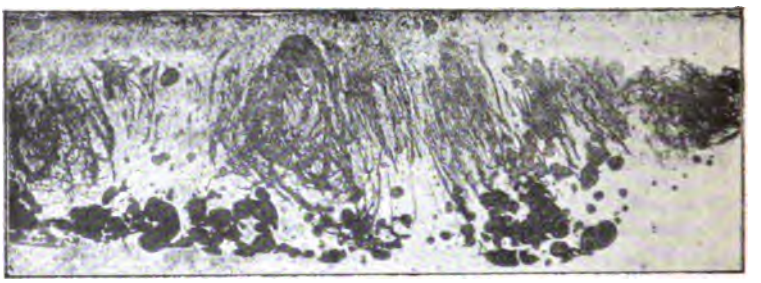


Fig. 5.— Injection de la veine ombilicale au mercure et des espaces maternels à la gélatine. Quoique les capillaires soient très fins, on distingue partout des espaces qui les séparent.

Appareil de la circulation maternelle. — Il comprend des vaisseaux et des espaces.

Les *vaisseaux* sont de deux ordres :

1° La *grande veine circulaire* qui présente à l'intérieur plusieurs orifices qui résultent d'une déchirure et d'une séparation violente d'avec les sinus utérins, où l'on retrouve des traces correspondantes. En général, la veine circulaire met le sang en communication avec de nombreux orifices, situés entre les piliers au ras du plancher chorio-allantoïdien (v. fig. 1).

Quand elle n'existe pas, elle est remplacée par les *orifices grillés*. C'est la thrombose qui est la cause habituelle de ces orifices nouveaux. Le sang ne pouvant plus passer dans certains segments de la veine coronaire, se crée de nouvelles voies. On remarquera que ces orifices en grille sont toujours près de la périphérie.

2° Les *sinus intercotylédonaires* sont le second type de vaisseaux placentaires. Mais tandis que le type précédent offrait une certaine solidité et que du tissu fibreux entrait dans sa constitution, celui-ci est d'une telle friabilité que ces vaisseaux ont été mé-

(1) Soc. Biolog., 1890.

connus. Ils existent cependant entre la plupart des cotylédons. Ils sont entourés d'une fine paroi donnée par la caduque ; dans leur fond, ils sont percillés de trous variés qui leur donnent accès dans la région des villosités ; c'est là qu'ils prennent naissance et ils se dirigent vers la circonférence où ils s'abouchent de plusieurs manières avec les sinus utérins.

La délivrance produit habituellement des éraillures des sinus intercotylédonaires ; de sorte qu'on a été tenté de diminuer leur rôle dans la circulation placentaire. A mon avis, on n'a pas suffisamment réfléchi que la *paroi maternelle* est pendant la grossesse intimement appliquée et même pressée contre l'utérus, ce qui est une cause de résistance à la tension et au choc circulatoires.

En dehors de ces deux ordres de canaux sanguins, il n'y a pas d'autres vaisseaux maternels dans le placenta.

3° Les *espaces inter-villeux* ne méritent pas, en effet, le nom de vaisseaux, car ils ne sont pas cylindriques et n'ont pas de formes régulières. Je les divise en trois catégories, suivant leur siège, auquel j'assigne trois régions : région *aréolaire sous-choriale*, *villeuse* et *aréolaire sous-caduque*.

La région *aréolaire sous-choriale* est caractérisée par des espaces nombreux et de grande surface, situés entre les piliers sur le plancher chorial (fig. 6).

Elle est en communication directe avec les segments importants de la grande veine circulaire (voir fig. 3, 4 et 5). On y trouve des villosités, mais en petit nombre, relativement. De plus, elles ne sont pas adhérentes. Ce qui domine dans cette région, c'est la face lisse du plancher chorial, les gros piliers, les aréoles et les grands lacs. On y rencontre souvent des caillots. Une substance coagulante injectée dans cette région s'épanche librement en nappe, écarte et refoule facilement les villosités et entoure la base des troncs villeux.

La région *intervilleuse* proprement dite n'a rien de spécial à noter. Les tubes villeux sont tassés les uns contre les autres, et peuvent s'écarter sous l'effort de la circulation ou d'une injection quelconque, comme le démontrent toutes mes épreuves endographiques. — C'est l'érection.

La région *aréolaire sous-caduque* est fort remarquable et peu connue à cause de sa friabilité extrême. Dans des conditions moins accentuées, elle représente exactement, du côté de l'utérus, ce que la région aréolaire sous-choriale offre du côté fœtal. Là, sous l'influence de la moindre pression, se produisent des aréoles nombreuses, de telle sorte que le sang circule sur le sommet des villosités sans aucun obstacle. Toute cette région est en communication très facile avec les sinus intercotylédonaires par les trous dont ils sont percillés.

Voilà, suivant moi, toute l'anatomie du placenta. Les villosités sont bien divisées en groupes relativement à la circulation fœtale,

www.fotoqi.com.cn

mais l'appareil circulatoire maternel est constitué par une cavité unique ; en voici les preuves :

J'insinue un insufflateur après avoir ouvert le sinus circulaire dans un orifice important quelconque situé entre deux piliers, et immédiatement je vois le placenta se gonfler dans une certaine étendue. La caduque et les sinus intercotylédonaires sont soulevés. Pareil phénomène se produit en plaçant l'insufflateur sous le chorion, sous la caduque ou même en l'implantant dans le tissu placentaire.

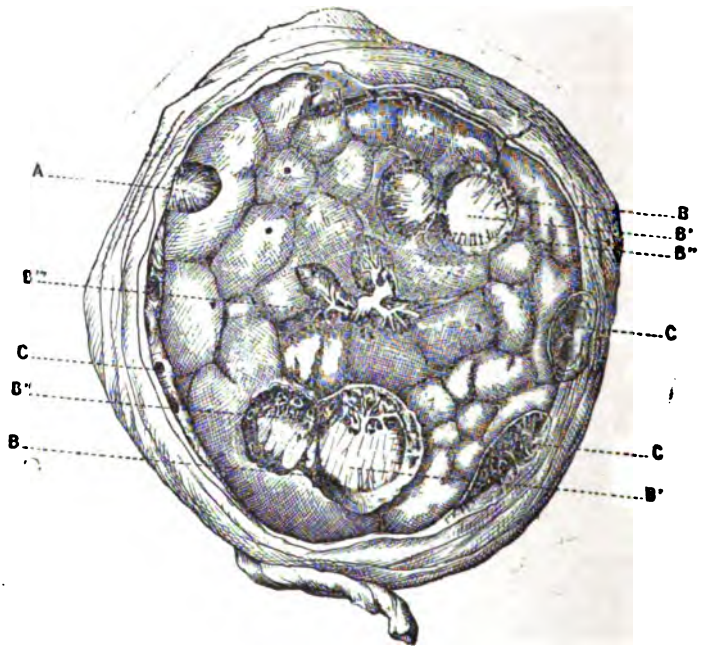


FIG. 6. — Lacunes placentaires : A. lacune périphérique ; B. lacunes centrales ; B. membrane allantoïdo-choriale ; B''. tissu aréolaire ; B'''. piliers des villosités. C. Orifices variés qui conduisent le sang dans le placenta.

Si l'on veut bien se rendre compte où s'échappe l'air insufflé, il faut placer le placenta sous l'eau.

On constate alors que le courant d'air se dirige en majeure partie dans les orifices périphériques. Cette étude rencontre un premier obstacle ; c'est l'adhésion produite par la fibrine du sang ; on s'en débarrasse par un lavage prolongé du placenta. Le second obstacle, c'est la débilité de la paroi caduque qui se fissure de toutes parts, sans qu'on puisse cependant y constater des orifices organisés. J'ai essayé d'y remédier par plusieurs moyens ; aucun n'a réussi complètement.

www.libtool.com.cn

En somme, quel que soit le point où l'on fasse l'insufflation, elle se diffuse dans la cavité placentaire tout entière, et dans tous les espaces intervilleux.

J'ai fait des injections variées de matières colorantes, coagulantes ou non, soit par les orifices entre les piliers, soit sous le chorion ou la caduque, et toujours je suis parvenu au même résultat.

Je considère la grande veine circulaire, les espaces intervilleux, les canaux intercotylédonaires, comme une variété de forme des sinus utérins ; comme eux, ils sont tapissés par l'endothélium veineux ; la seule différence, c'est qu'ils ont été envahis par les villosités fœtales qui sont coiffées de l'allantoïde, du chorion, des cellules de la caduque et de celles de l'endothélium veineux.

Quant à la *forme* des espaces intervilleux, elle se comprend, mais est très difficile à décrire et à représenter graphiquement. Le sang maternel inonde les intervalles et les pénètre de toutes

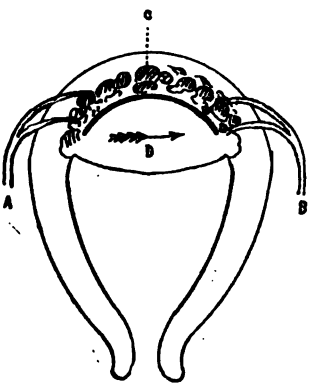


Fig. 7.— A. artères utérines ; B. veines utérines ; D. grand lac placentaire et direction du courant sanguin.

parts ; il épouse les sinuosités des piliers et des villosités, de sorte qu'il est contenu dans un vaisseau de forme assez singulière où il circule néanmoins avec une grande facilité, grâce à la gélatine de Warthon, produite par l'allantoïde, comme le démontrent les observations microscopiques sur des placentas frais, où l'on voit des courants s'établir sans addition d'aucun liquide.

J'ai fait de nombreuses expériences pour apprécier la forme des espaces intra-placentaires ; à cause de la défectuosité de la paroi utérine, aucune ne m'a fourni des résultats complets. Toutefois, les injections de paraffine au vermillon remplissent la cavité placentaire à peu près tout entière, à moins que les vaisseaux fœtaux n'aient été injectés préalablement. La paraffine s'épanche en nappe continue sous la caduque et sous le chorion, dans les deux régions que j'ai appelées *aréolaires*.

Pour représenter la forme des espaces, j'ai essayé la radiographie directe, mais jusqu'ici mes recherches ne méritent pas d'être signalées.

La démonstration la plus probante m'a été fournie par l'*endographie placentaire* après injection de la veine ombilicale au mercure et des espaces à la gélatine. Celle-ci apparaît en clair et (voir fig. 4 et 5) remplit sensiblement tout l'espace qui n'est pas occupé par le mercure ; l'inspection à l'œil nu et à la loupe complète la démonstration. Dans le placenta le sang de la mère me semble donc occuper plus de place que les villosités.

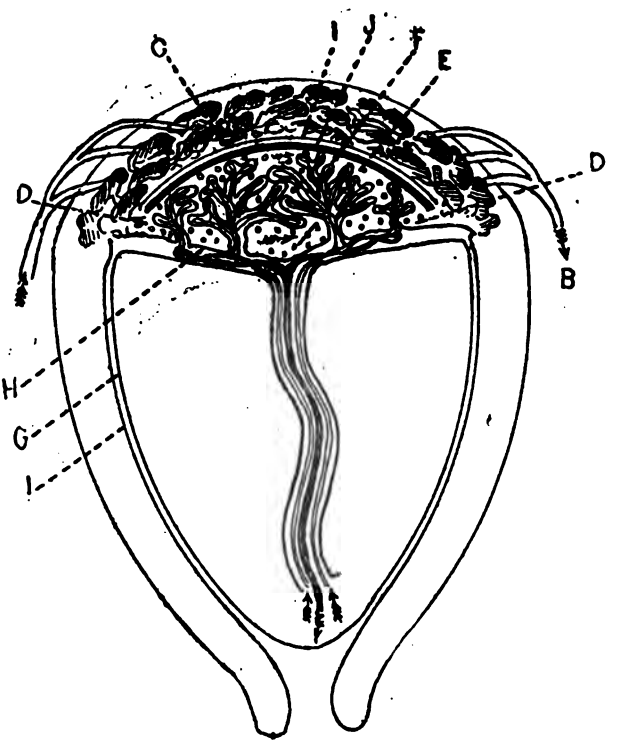


Fig. 8.—Représentant le Schema de la circulation utérine et placentaire. A. artère utérine; B. veine utérine; D. orifices du grand lac placentaire. E. région aréolaire; F. région villeuse; G. chorion; H. membrane allantoïdo-choriale ; I. caduque utérine ; J. caduque placentaire.

Physiologie de la circulation placentaire.

Je ne veux en aucune façon parler de la circulation fœtale ; elle est trop connue et hors de toute contestation. Le sang artériel, poussé par le cœur, va jusqu'à l'extrémité close des villosités et revient par la veine ombilicale. Constamment, dans leur trajet parallèle, les deux vaisseaux sont disposés comme les canons d'un

www.libtool.com.cn

fusil double. Dans les coupes il est très facile de distinguer les capillaires artériels à leur épaisse couche musculaire.

Mais comment se fait la circulation maternelle ?

Voici l'énoncé de l'opinion que je vais soutenir :

Le sang des sinus utérins, poussé par une pression *dérivée* et de *voisinage*, entre dans la grande veine circulaire, qui joue le rôle d'artère et s'engouffre dans les nombreux orifices qu'on aperçoit en soulevant le bord du placenta ; ensuite il traverse les espaces intervilleux ; puis il monte sous la caduque où il s'étale, pour revenir à la périphérie, sous cette membrane ou par les vaisseaux intercotylédonaires, qui jouent le rôle de veines.

Pour mettre cette théorie hors de doute, il faudrait :

1° Faire une injection sur le cadavre d'une femme morte subitement pendant sa grossesse. Or, depuis 30 ans, cela m'a été impossible, et malheureusement les faits qui sont dans la science sont peu probants.

2° Faire une injection dans le sinus circulaire ou d'air sous l'eau, ou d'un liquide coloré, du lait par exemple, ou d'une injection coagulante et démontrer, qu'elle ressort vers la périphérie. Or, c'est ce que j'ai constaté un grand nombre de fois ; malheureusement il n'est pas possible d'établir dans tous les placentas ce fait d'une façon régulière, soit à cause des déchirures et de la friabilité de la caduque, soit à cause des caillots fibrineux qui atténuent la perméabilité ; soit peut-être par suite de variations anatomiques qui ont échappé jusqu'ici à nos investigations.

Je pense néanmoins que la théorie que je propose est la plus probable.

Ce mode de circulation comporte : 1° Des vaisseaux et des orifices d'entrée ; 2° Des espaces ou baignent les villosités ; 3° Des espaces et des vaisseaux de retour.

1° Pour l'entrée une riche organisation vasculaire est disposée tout autour du placenta. Les orifices sont entourés de tissu fibreux et disposés par conséquent pour soutenir le choc de l'ondée sanguine. C'est là du reste que le placenta est plus solidement relié à l'utérus par la réflexion des membranes et la multiplicité des vaisseaux qui vont de l'un à l'autre ; c'est donc dans ce point que les plus grandes précautions ont été prises contre les hémorrhagies, par la bonne disposition statique, et cependant c'est à la périphérie qu'elles sont les plus fréquentes, ainsi qu'il est facile de le démontrer ; au contraire, les hémorrhagies primitives, anciennes ou récentes, entre le centre du placenta et l'utérus sont une rareté, quoique dans toute l'étendue de cette surface, les attaches soient peu solides. La raison c'est qu'il n'y a point de vaisseaux. Ils ont été progressivement atrophiés, puis finalement détruits par le développement intense des cellules de la caduque qui préludent à la déhiscence.

Remarquons, en outre, que les hémorrhagies du centre seraient

particulièrement graves, car elles s'accompagneraient d'un décollement étendu et définitif du placenta ; accident qui entraîne ordinairement l'avortement.

Au contraire, l'hémorrhagie dans un point de la périphérie décolle peu les cotylédons, parce que le sang s'insinue entre la caduque et l'utérus, où il rencontre moins de résistance et cause moins de désordres.

Tels sont les arguments avec lesquels j'étaie ma première proposition, le sang des sinus maternels s'introduit dans le placenta par certains orifices de la grande veine circulaire. Il n'y a pas d'artère allant directement de l'utérus au placenta.

Après son entrée le sang s'étale facilement sur toute la surface du chorion, entre les piliers, dans le tissu aréolaire et dans les grandes lacunes centrales. C'est pour faciliter la progression de la nappe sanguine que les piliers sont implantés à angle droit.

2° Après avoir inondé le plancher, le sang monte le long des troncs et des branches et atteint la *région villeuse* ; grâce à la distension qu'il opère dans les espaces, il passe entre les plus fines divisions, qui sont d'une ténuité extrême ; au point de vue mécanique, je ferai remarquer combien l'entrée sous la caduque serait défectueuse. Les villosités mobiles et flottantes, refoulées de haut en bas, feraient soupape obturatrice, et le moindre coup de bélier amènerait une rupture hémorrhagique entre l'utérus et le placenta, ainsi que le démontre l'inclinaison des villosités dans mes épreuves radiographiques.

3° Le sang arrive alors sous la caduque qu'il soulève autant que le lui permettent les crampons villeux. A ce moment, il arrose le bouquet des sommets villeux, dont la surface grenue ressemble à une fraise.

Ensuite il se dirige vers la périphérie, passant sous la caduque, ou bien en empruntant les sinus intercotylédonaires, dont plusieurs partent du milieu du placenta.

Comme on le voit, je pense que le sang entre et sort par la périphérie.

Cette proposition est très difficile à prouver à cause de la friabilité de l'organe et de la coagulation du sang ; mais les choses ne peuvent se faire autrement. Il y a donc à la périphérie deux ordres de vaisseaux : les uns solides pour l'entrée ; les autres délicats et friables pour la sortie. Dans un grand nombre de placentas, j'ai pu démontrer facilement que ces orifices étaient distincts, mais quelquefois j'ai vu aussi les sinus intercotylédonaires s'aboucher dans la veine circulaire, non loin des piliers solides. Dans un cas j'ai remarqué que les deux ordres de vaisseaux étaient séparés par des membranes minces formant valvules (voir fig. 1), et cela m'a fait supposer que probablement le système circulatoire du placenta n'était pas régulier et que dans certains points il pouvait y avoir mélange de sang, ainsi qu'on l'observe dans

l'oreillette droite du fœtus, qu'on peut considérer comme un être à sang froid et n'ayant pas, comme l'adulte, un besoin urgent de rénovation organique.

Suivant cette manière de voir, la marche du sang dans le placenta décrit un circuit complet de l'orifice d'entrée à l'orifice de sortie.

Mais ce n'est point tout ; nous pouvons assimiler cette circulation, à la circulation des veines en général, et nous savons que des causes multiples interviennent.

Or, ici nous en avons de plusieurs sortes :

Erection du placenta. Cet état de turgescence est double. En faisant une injection d'air ou d'eau, on le produit, soit dans le système fœtal, soit dans les espaces maternels. Une très faible pression suffit pour l'obtenir, et aussi pour le faire cesser; on peut donc penser que la respiration de la femme, les battements de son cœur, ceux du fœtus, suffisent pour modifier la capacité de la cavité placentaire dont les vacuoles sont analogues à celles d'une éponge. Mais ce qui amène le plus certainement une déplétion, ce sont les mouvements et les contractions musculaires abdominales de la femme.

Il y a encore un ordre de contractions au sujet desquelles j'attirerai l'attention des observateurs, ce sont les contractions, *dites insensibles de l'utérus*, qui sont mal étudiées et qui probablement ont pour but de renouveler complètement la masse sanguine des espaces placentaires.

On ne possède que de vagues notions sur l'influence de l'état chimique du sang sur les contractions utérines, mais les remarquables expériences de Brown-Séquard, de Kerher, de Spiegelberg et Röhrig ont déjà démontré que le sang chargé d'acide carbonique, déterminait des contractions utérines.

Si je pose cette question, c'est qu'il y a encore une inconnue à dégager et que la science moderne n'a pu jusqu'ici démontrer par des preuves indiscutables comment se fait la circulation maternelle du placenta.

OBSTÉTRIQUE

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR L'ACTION DE L'APENTA DANS LE TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION CHEZ LA FEMME,

Par le Dr Bogoslowsky,
Directeur de l'Institut pharmacologique de l'Université de Moscou.

Nous extrayons d'une communication faite à la Société d'hygiène publique de Moscou les conclusions de nature à intéresser les gynécologues (1).

(1) Ce travail, communiqué à la Société d'hygiène publique de Moscou, a été publié *in extenso* dans le *Journal de médecine de Paris* (22 août 1897).

www.tiptool.com.cn

Le Professeur Bogoslowsky a institué dans son service à l'Hôpital impérial du district une série d'expériences sur l'eau Apenta dont l'analyse, effectuée de nouveau en Russie par les chimistes Ishewsky et Winogradoff, a démontré la constance absolue.

Les expériences de M. le Professeur Bogoslowsky ont porté sur un grand nombre de femmes souffrant de constipation chronique et d'anatomie intestinale. Après avoir relaté les observations les plus importantes, le professeur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les éléments minéraux constitutifs de l'eau Apenta permettent de la classer parmi les eaux minérales purgatives amères fortes ; mise en bouteilles elle conserve une composition constante.

2° L'emploi systématique de l'Apenta est plus spécialement indiqué dans la constipation résultant de l'atonie intestinale ; elle possède sur les autres eaux purgatives l'avantage de ne pas produire la constipation secondaire.

3° Dans cette forme d'affection (atonie intestinale) l'Apenta n'agit pas subitement, mais seulement après quelques heures, selon l'individualité du malade ; il est certain que l'augmentation de l'activité intestinale persiste même les jours où on ne prend plus d'Apenta.

4° L'usage d'une quantité appropriée de cette eau agit activement et provoque l'évacuation d'une quantité considérable de bile. La dose habituelle pour produire un effet satisfaisant est d'environ un verre ; mais la dose d'un demi-verre, prise régulièrement, suffit le plus souvent pour maintenir la santé et la régularité de la fonction.

5° L'action de l'Apenta est plus douce que celles des autres eaux amères que nous connaissons parce qu'elle contient moins de sulphite de chaux et pas de chlorure de magnésium. C'est probablement à cette cause qu'il faut attribuer, lorsqu'on prend l'eau Apenta, l'absence des crampes et des douleurs qu'on observe généralement après l'ingestion des eaux purgatives.

6° L'emploi modéré et régulier de l'Apenta est sans danger chez les femmes anémiques.

7° L'efficacité de l'Apenta dans le traitement systématique de l'obésité est établie cliniquement. Les recherches dans la clinique du Professeur Gerhardt à Berlin sur l'assimilation des matières grasses observée conjointe ment avec la réduction du

poids chez les personnes qui prennent l'Apenta, ont une grande importance pratique et méritent d'être signalées.

BASSIN TRANSVERSALEMENT RÉTRÉCI CHEZ UNE RACHITIQUE,

Par M. FOURNIER.

A la Société Obstétricale de France, M. Maygrier a fait, le 11 avril 1896, une communication sur un type de bassin rétréci difficile à classer ; il lui donnait le nom de bassin à forme double oblique ovalaire, le comparant au bassin de Robert et faisant remarquer qu'il n'y avait pas d'ankyloses sacro-iliaques. Je préfère donner le nom de bassin transversalement rétréci à celui dont je relate ici l'observation ; il me paraît tout à fait comparable au bassin que M. Maygrier a décrit, car il a la même forme et appartient également à une rachitique. M. Maygrier a pratiqué, dans son cas, une opération césarienne, à terme et avec succès, j'ai tenté, dans mon cas, l'accouchement à 8 mois 1/2, en le provoquant en vue d'une symphyséotomie, mais, l'enfant étant mort par suite de la lenteur du travail, j'ai dû recourir à la basiotripsie. Voici du reste cette observation, que je soumets à la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

Julia H..., primipare, âgée de 21 ans, servante de ferme, est entrée, le 15 mars 1897, dans mon service de Clinique Obstétricale, à l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

Elle n'a marché qu'à 7 ans ; jusqu'à cet âge elle marchait à quatre pattes. Aussi ses membres supérieurs sont-ils tordus sur leur axe ; le radius et le cubitus sont incurvés en avant et tordus l'un sur l'autre, aussi bien à droite qu'à gauche.

L'aspect de cette femme est celui des rachitiques de la campagne. Elle est petite, mal faite, mais nullement maladive.

Elle a 1 m. 42 de taille, pas de traces de rachitisme à la tête, ni sur le thorax, mais les bras sont déviés comme je viens de le dire, les membres inférieurs sont courts, les tibias un peu convexes en avant et en dehors. Ce qui frappe surtout c'est l'incurvation lombaire et le ventre en besace : il y a une lordose très prononcée, le ventre tombe sur le haut des cuisses et cache la vulve ; la vulve est tout à fait horizontale, il y a antéversion très évidente du bassin, le plan du détroit supérieur est presque vertical. Les hanches sont peu saillantes et ne font guère plus de relief que les ailes iliaques. La pelvimétrie donne dans le sens transversal :

Bis-épineux = 23 ; Bis-iliaque = 23 ; bi-trochantérien = 29 Bis-ischiatique = 8.

Dans le sens antéro-postérieur, le sacro-pubien à 16. Le promonto sous-pubien a 11 centim. Le promontoire est atteint par la pulpe de l'index vaginal ; il fait une saillie très accusée. Etant donnée l'inclinaison pelvienne, le promonto-pubien minimum a de 9 à 9 1/2. Le sacrum est très concave.

Le toucher vaginal nous révèle que les parties latérales de l'excavation sont très accessibles. Le médius et l'index introduits dans le vagin arrivent au contact des parois en s'écartant l'un de l'autre de 2 travers de doigt. Les lignes innommées semblent antéro-postérieures et presque rectilignes derrière la symphyse pubienne, elles ne décrivent pas leurs courbes habituelles. Je ne constate pas qu'elles forment un angle aigu derrière la symphyse, mais seulement un angle curviligne en se rencontrant l'une avec l'autre.

Les épines sciatiques sont saillantes ; les ischions assez rapprochés pour admettre très difficilement le passage de 3 doigts placés en travers.

Au moment où cette femme se présente à nous, nous la croyons enceinte de 8 mois environ. Le fœtus est en O. I. D. A., la tête reste au-dessus du promontoire et du détroit supérieur, très mobile, et débordant la symphyse, quand on pratique le palper mensurateur.

Ce bassin rétréci transversalement ne me paraît pas incapable de laisser passer la tête fœtale au moyen d'une symphyséotomie. Mais la gestante n'étant pas tout à fait à terme, je me décide, après 10 jours d'antisepsie, à provoquer l'accouchement. Malheureusement son utérus étant peu excitable le travail a tardé à se produire.

Le 25 mars, à 10 heures du matin, le col étant long de 3 centim. 1/2 et tout à fait fermé, je le dilate avec des bougies de Hégar de manière à y introduire l'index. Je retire mon index et le remplace par un ballon utéro-vaginal que je goufle modérément et qui est expulsé au bout de 3 heures. Du 25 au 29 le ballon a été appliqué 4 fois, 27 heures au total. Pendant les 2 premiers jours les douleurs se montraient pendant son temps d'application, elles cessaient complètement dans les intervalles. Le 28, les douleurs ont persisté et le 29, à 8 heures du matin, l'enfant étant mort quelques heures avant que le col ne fût complètement dilatable, j'applique le basiotribe de Tarnier en faisant fixer au détroit supérieur la tête encore mobile. La basiotripsie s'effectue facilement.

www.ibtool.com.cn

Le fœtus privé de la substance cérébrale pèse 2200, il a 0 m. 45 de longueur et semble presqu'à terme ; il est atteint d'un bec-de-lièvre simple du côté gauche. La délivrance a lieu 10 minutes, après l'accouchement ; le placenta verdâtre pèse 500 gr. Le cordon a 0 m. 54.

La mère a présenté 38°2 le lendemain et des symptômes de fatigue. Les suites de couches ont été ensuite tout à fait normales. (*Soc. Obstét. et Gynécologique de Paris.*)

PÉDIATRIE

HYSTÉRIE INFANTILE ET SUGGESTION HYPNOTIQUE,

Par A. Joffroy, professeur de la Clinique des Maladies mentales.

Leçon recueillie par le Dr H. Dufour, *ancien interne des hôpitaux.*

L'hystérie se montre à nous sous une infinité de formes et dans les circonstances les plus variées ; cette remarque, déjà faite par les premiers observateurs, qui se sont occupés de cette névrose, va trouver aujourd'hui encore sa justification.

Non seulement il est important de bien connaître les diverses modalités de cette affection pour éviter une confusion regrettable dans le diagnostic des maladies, comme je vous en citerai plus loin un exemple, mais encore il y a lieu de ne pas se laisser surprendre par les conditions imprévues, dans lesquelles elle se manifeste.

Pauline, âgée de 15 ans, nous est amenée par sa mère, parce que depuis quelque temps elle est sujette à des crises convulsives, dont je vais vous rendre témoin. Pour cela je n'ai qu'à prier P... de s'asseoir sur cette chaise.

Au bout de quelques secondes, elle ferme les yeux, la bouche se dévie légèrement à gauche, le haut du corps se renverse en arrière en même temps qu'il se raidit. Les muscles de la face sont animés de légers mouvements convulsifs, plutôt lents ; il y a des contractions des orbiculaires, des paupières et des lèvres; les globes oculaires sont fortement attirés en haut; le masque devient grimaçant; il y a un léger grincement des dents.

Les mains, alternativement fermées et ouvertes, exécutent des mouvements, qui rappellent ceux de l'athétose et de la chorée; les membres supérieurs s'élèvent ou s'abaissent en se contournant, le tout avec lenteur. Aux membres inférieurs ces mêmes convulsions cloniques se retrouvent, mais beaucoup moins accentuées.

Pendant cet état, je puis piquer profondément la peau du bras, ce que ne permet pas de faire la malade lorsqu'elle est éveillée, tant à cause de son caractère craintif que de la douleur provo-

quée. Il y a donc pendant l'attaque anesthésie et perte de la conscience.

www.libtool.com.cn

La malade reste assise pendant toute la durée de la crise.

Il m'est du reste facile, d'après des renseignements que m'a fournis la mère, de transformer cet état convulsif. Il me suffit, comme vous pouvez en juger, de gratter doucement le dessus de la tête de P... pour faire cesser les mouvements auxquels elle se livre, et faire prendre immédiatement au visage une expression très aimable. Dès que je cesse, les convulsions réapparaissent.

Pour mettre un terme à la crise, je n'ai qu'à souffler sur les yeux préalablement entr'ouverts. En quelques secondes, P... a repris son aspect normal et est très étonnée de voir des gouttelettes de sang, à l'endroit du bras, où je l'ai piquée il y a un instant. La piqûre ne lui a du reste laissé aucun souvenir, car pendant les cinq minutes qu'a duré la crise, tout s'est passé en dehors du contrôle de la conscience de la malade.

Il s'est agi, en résumé, d'une crise convulsive, provoquée par l'action de s'asseoir sur une chaise, modifiée par une friction légère du sommet de la tête et disparaissant dès qu'on souffle sur les yeux de la malade. Comme je vous le disais en débutant, ce cas, par un détail bizarre, présente l'intérêt de la nouveauté, car chaque fois que la malade s'assied, la crise survient, et de ce fait résulte une gêne considérable pour P..., condamnée à se tenir constamment debout, à genoux, ou couchée.

Cet état dure depuis un mois. Ce n'est d'ailleurs pas la seule fois que pareils phénomènes se produisent; leur première apparition remonte en mai 1896, époque à laquelle ils ont persisté quatre ou cinq semaines, revenant jusqu'à vingt fois dans la même journée, autant de fois du reste que la malade tentait de s'asseoir.

Ces crises sont toujours assez semblables à elles-mêmes, mais elles s'accompagnent quelquefois d'incidents, sur lesquels la mère a pu nous donner des renseignements. Chez elle, on transporte la malade sur son lit, et là il paraît que parfois le visage exprime des sentiments de colère ou de peur. Souvent le réveil a lieu brusquement dans l'ignorance complète de ce qui s'est passé.

Indépendamment des crises qui surviennent lorsque la malade s'asseoit, il en est d'autres qui, survenant lorsqu'elle est debout, sont précédées d'un malaise indéfinissable et lui donnent le temps d'aller se coucher.

Quelquefois, mais rarement, la phase des convulsions cloniques, des secousses électriques, des soubresauts des membres est suivie de véritables hallucinations de la vue, de l'ouïe et de conversations avec des personnes absentes. P... semble parler à une amie qu'elle voit, qui lui répond, et à qui elle dit: « Je suis malheureuse. Ma mère ne veut rien m'acheter. Et toi, qu'est-ce que tu deviens. Veux-tu venir avec moi, etc.». Dans cet état susceptible de se prolonger vingt minutes, une demi-heure, l'enfant n'est pas com-

plètement indifférente à ce qui se fait autour d'elle, puisqu'elle s'impatiente si on l'interrompt.

Elle sort de là comme d'un mauvais rêve, dont on ne se rappelle plus les détails.

Il y a déjà dans cette histoire plusieurs points qui méritent d'être notés ; la malade sent venir ses crises ; elle a le temps de prendre ses dispositions et de s'étendre sur son lit ; c'est une aura prémonitoire bien nette.

Jamais il n'y a eu d'automatisme ambulatoire, ni de somnambulisme, jamais les crises n'ont été accompagnées de l'émission involontaire des urines ou des matières. Enfin, la fatigue qui leur succède n'est pas aussi prononcée qu'après les atteintes du mal comitial.

Avant de discuter la nature de ces phénomènes, je vous ferai remarquer que si l'on fait asseoir la malade les deux jambes étendues sur une chaise longue, ou simplement sur une deuxième chaise placée devant elle, il n'y a pas de crise. Si à ce moment on laisse seulement la jambe gauche étendue, la droite tombant à terre, il n'y a toujours pas de crise et celle-ci n'apparaît qu'au moment où la jambe gauche est mise à terre. C'est là une particularité qui peut avoir un intérêt thérapeutique.

S'agit-il ici d'épilepsie ? Evidemment non, l'aura prémonitoire prolongée, l'absence de cri initial, l'intégrité des sphincters, la bizarrerie même des accidents, la faculté que nous avons de produire, de modifier, et d'arrêter les accidents à volonté, ne peuvent laisser de doute à cet égard.

Restent deux hypothèses ; nous nous trouvons en présence d'une hystérique ou d'une simulatrice.

Il faut toujours, Messieurs, penser à la simulation, surtout chez les enfants ; mais, dans le cas particulier, la mère nous affirme que jamais son enfant n'a eu devant les yeux ni attaque d'épilepsie, ni crise hystérique, ni scènes semblables à celles qu'elle reproduirait ; et la condition vraiment étrange qui préside à leur éclosion (le fait de s'asseoir) doit éloigner de vous l'idée que nous nous trouvons en présence d'une supercherie imaginée par une enfant désireuse de se rendre intéressante.

Certes l'hystérie et la simulation sont bonnes compagnes ; mais je crois qu'ici c'est l'hystérie seule, qui, dans la richesse infinie de ses ressources, a trouvé tous les éléments de cette curieuse manifestation.

Vous savez que pour établir d'une façon certaine le diagnostic d'hystérie, il faut noter chez les malades, où on la soupçonne, les signes habituels à cette névrose et habituellement désignés sous le nom de stigmates de l'hystérie.

(*A suivre.*)

www.libtool.com.cn

FORMULAIRE

Traitement de l'uréthrite antérieure.

(D'HUENENS.)

Si les symptômes sont intenses, pas d'intervention locale ; seul, le traitement interne est indiqué. Dans les formes subaiguës ou moyennes, le traitement doit être très actif d'emblée, car chez elles la chronicité s'établit souvent très facilement. Le traitement est donc variable. Le traitement abortif au nitrate d'argent ou au sublimé n'est pas à conseiller ; ses insuccès sont notoires sans compter les complications fréquentes.

Il est plus rationnel d'employer le salol, 3 à 4 grammes par jour en 3 ou 4 fois avec l'extrait thébaïque et l'extrait de belladone : 1 centigramme de chaque administrés au moment du repas. Les balsamiques sont moins recommandables, car les fortes doses nécessaires amènent de l'intolérance.

Les substances d'injection ou de lavage sont astringentes ou antiseptiques.

Les astringents ont peu de valeur, sauf le permanganate de potasse, qui peut être aussi classé dans cet ordre de médicaments. Il doit être employé au début à faibles doses, 1/4000, qu'il s'agisse de grands lavages ou d'injections faites par le malade. Le traitement par les grands lavages (méthode de Reverdin ou méthode de Janet) n'a pas de supériorité marquée. Le titre de la solution sera peu à peu élevé, suivant la tolérance individuelle.

Les antiseptiques puissants, comme le sublimé, doivent être maniés avec prudence, et mieux vaut même s'en passer. Les sels d'argent récemment lancés dans la circulation, et notamment l'argonine, semblent avoir une efficacité assez grande ; l'avenir nous dira si nous pouvons leur accorder quelque confiance.

La résorcine, quoique beaucoup moins antiseptique que tous les composés précédents, est à recommander en solutions de 2 à 2,5 p. 100 ; elle a l'avantage d'être légèrement anesthésique. L'injection est toujours bien supportée ; en l'employant, le médecin praticien n'a pas à craindre de mécomptes.

Dès que la chronicité s'établit, le traitement par la dilatation est indiqué.

La dilatation doit être faite de préférence avec les instruments d'Oberländer et de Kollman, qui respectent les dimensions du canal, tandis que les bougies métalliques ont l'inconvénient de dilater trop le méat et trop peu les parties plus profondes de l'urèthre.

A ce traitement mécanique pratiqué tous les 8 ou 15 jours suivant l'aspect endoscopique de l'urèthre, seront joints, surtout dans les formes glandulaires, des lavages répétés 1 ou 2 fois par semaine, et pratiqués avec un injecteur ou une grande seringue. Le seul médicament réellement efficace est ici le nitrate d'argent à 1 ou 2 p. 100. Les instillations de nitrate d'ar-d'argent à 1 p. 100 sont aussi recommandables, mais leur effet semble plus lent. (*Bulletin de thérapeutique*, p. 520, 1897.)

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

OBSTÉTRIQUE

www.libtool.com.cn

LA SYMPHYSÉOTOMIE DANS LA CLIENTÈLE CIVILE

L'utilité de l'agrandissement momentané du bassin pour permettre la sortie d'un enfant vivant, qui ne peut être extrait par le forceps ou la version, n'est plus aujourd'hui discutée que par un chiffre très restreint d'accoucheurs rétrogrades.

Dans les maternités, où l'on a tout sous la main, instruments et aides exercés, où l'antisepsie peut être strictement observée, où les soins consécutifs sont faciles à donner, la symphyséotomie procure de beaux résultats lorsque les femmes ne sont pas infectées avant leur admission.

Mais peut-on penser en faire en quelque sorte une *opération courante* dans la clientèle ordinaire, à la campagne et à la ville? Cela est plus discutable et c'est ce que M. Izac s'est spécialement proposé d'examiner dans son travail intitulé : « Que faut-il penser de la symphyséotomie? »

Ce mémoire de 55 pages, qui vient de paraître à la librairie Lagarde, rue Romiguières, 2, à Toulouse, est bien écrit, réfléchi, documenté. Il nous fournit l'occasion de dire notre avis à ce sujet.

Remercions d'abord l'auteur de n'avoir pas oublié les accoucheurs belges, contrairement à la plupart des écrivains français et surtout des écrivains allemands, qui nous considèrent sans doute comme une quantité négligeable... sans pourtant se faire faute bien souvent de s'emparer de nos idées.

Voici ce qu'écrit M. Izac sur la symphyséotomie à la campagne:

« Nous éliminerons d'emblée les cas où le praticien, prévenu par un accouchement antérieur, ou ayant examiné la femme durant sa grossesse, aura pu la suivre de près, tout en la préparant et en se préparant lui-même à l'opération, car alors les conditions se rapprocheront le plus possible de ce qui se passe dans les milieux hospitaliers.

Malheureusement les femmes de notre région redoutent beaucoup un examen médical et ne s'y prêtent qu'à la dernière extrémité.

Nous pouvons citer le fait typique que voici: un médecin, appelé dans la montagne auprès d'une vieille femme chez laquelle il crut devoir pratiquer le toucher vaginal, fut pour cela hué à la sortie du village dans des termes qu'il ne nous est pas possible de reproduire !...

Voici quelles sont les conditions habituelles de la pratique. On

est appelé quelquefois, au milieu de la nuit et de fort loin, auprès d'une femme totalement inconnue. On apprend que la parturiente a commencé à souffrir depuis deux, trois, quatre jours, et que devant la fréquence et l'intensité de ses douleurs, elle a mandé une sage-femme. Celle-ci examine sa cliente, attend un certain temps et voyant les choses traîner en longueur, réclame le secours du médecin.

Il est à peu près sûr que le sujet présente à ce moment-là de la température, sinon de l'infection. Que faire? Le Professeur Guillemet cite bien le cas d'une femme ayant une température de 38° avec tous les signes d'une grippe, sur laquelle il n'hésita pas à pratiquer la section des pubis. Le praticien hésitera, ce nous semble, devant la quasi-certitude de l'infection. A la campagne, en effet, les règles de l'hygiène sont fort peu suivies, les soins de propreté corporelle à l'état rudimentaire et c'est chose curieuse de voir l'étonnement de certaines femmes, venant pour accoucher à la Clinique, lorsqu'on leur donne leur première injection vaginale.

Admettons que l'on arrive à faire l'antisepsie et que l'on se décide à opérer. Trois aides sont indispensables, dont deux destinés à tenir les cuisses. Il est à craindre, si on les choisit dans l'entourage de voir survenir un accident analogue à celui qui se produisit dans le cours de la symphyséotomie pratiquée à la Clinique obstétricale de Toulouse; les aides, étudiants en médecine, écartèrent les pubis d'environ 10 centimètres.

Quant à l'aide chargé de l'anesthésie, il devra forcément appartenir à la profession médicale; un temps assez long sera nécessaire pour le faire appeler. Que deviendra le fœtus durant cette période, surtout si la poche des eaux est rompue? Pourra-t-il résister et sera-t-on certain d'obtenir un enfant vivant, but suprême de la symphyséotomie, à moins qu'avec le professeur Queirel on admette cette opération même dans le cas de mort du fœtus.

Et puis, l'opération elle-même peut réserver quelques surprises désagréables à un opérateur peu familiarisé avec ce genre d'intervention. Sa main, peu habituée aux instruments, ayant perdu la souplesse qu'avaient pu lui donner les exercices de médecine opératoire, pourra le conduire en dehors de l'interligne, d'où perte de temps, hésitations, tâtonnement, au grand détriment de l'enfant et peut-être de l'antisepsie.

L'hémorrhagie, à moins qu'elle ne soit pas forte, sera certainement arrêtée par les moyens habituels, mais il sera moins facile de réparer une large brèche de la paroi vaginale, une fistule

uréthrale, une déchirure de la vessie, parfois même de l'utérus.

La symphyséotomie une fois faite et bien faite, les sutures terminées, le pansement appliqué, il s'agit d'immobiliser le bassin. A la campagne, pas d'appareils ; le hamac de Tarnier, celui de Lefour, la ceinture de Guéniot, l'appareil de Martin ou de Pinard, sont réservés aux centres hospitaliers. On pourrait peut être avoir recours à l'appareil plâtré.

Devons-nous nous contenter d'une serviette ou d'un bandage de corps soigneusement appliqué, en recommandant à la femme l'immobilité absolue ? Pouvons-nous être sûr de l'obtenir ? Nous avons vu citer des cas de femmes qui, voulant voir ce « qu'on leur avait fait », ont porté leurs mains dans la région génitale, se sont, dès les premiers jours, tournées et retournées dans leur lit. Une, entre autres, s'est levée le troisième jour ; son incartade n'a pas eu de suites fâcheuses, il est vrai, mais ce n'est pas moins un exemple dangereux à imiter.

Reste la question des suites de couches. La femme aura, à coup sûr, de l'incontinence d'urine ; il sera impossible au médecin de venir pratiquer lui-même le cathétérisme aseptique. Qui chargera-t-il de ce soin ? La sage-femme ? Elle offre peu de garanties, semble-t-il, puisque l'on voit encore tant d'accidents septiques, dans des accouchements normaux. La famille ? si l'on se rappelle le cas de Drappier, dans lequel un maréchal-ferrant communiqua le tétanos à sa femme, on n'y songera assurément pas.

Ces complications de la symphyséotomie, — nous en avons vu des exemples dans un certain nombre des observations que nous avons parcourues, — dans le milieu qui les a vu naître, avec toutes les garanties de la science et de l'antisepsie les plus parfaites, leur bénignité est grande. A la campagne, elles prennent de suite une gravité exceptionnelle, surtout l'infection, tout le monde étant parfaitement d'accord sur ce point : la symphyséotomie sera aseptique ou elle ne sera pas. »

Parmi les nombreuses symphyséotomies pratiquées en France, M. Izac n'a pu en trouver que six faites en dehors des services hospitaliers et encore les conditions étaient-elles exceptionnellement favorables.

Sur les 30 symphyséotomies pratiquées en Belgique au 31 décembre dernier et dont nous avons donné le tableau dans notre Cours d'Accouchements (3e édition, 1897, t. II, p. 577), il n'y en a que quatre faites en dehors des services hospitaliers ; un 5e cas vient d'être publié par M. le Dr Thexelin (de Reninghelst) dans le numéro de juillet de la *Revue Médicale*.

M. Izac ajoute :

« Autre chose est la pratique obstétricale à la campagne et ce que l'on peut faire dans une Clinique d'accouchements bien installée avec un personnel stylé, instruit et plein de zèle, avec, comme gardes, des sages-femmes attentives et dévouées qui mettent leur amour-propre à parfaire la besogne du chef de service.

En pareille occurrence, il est aisé à un professeur, du haut de sa chaire ou du haut d'une tribune académique, de jeter l'anathème à ceux qui, moins favorisés par le milieu, *sont obligés d'agir comme ils peuvent*...

Nous allons voir bientôt à l'œuvre la jeune génération instruite dans ces idées et, si elle les met en pratique, nous pouvons nous attendre à de beaux résultats.

Lorsque la symphyséotomie aura envahi les campagnes, il arrivera en obstétrique ce qui s'est produit en chirurgie, tout le monde sera « grand opérateur » et les hécatombes se multiplieront. »

Il termine par les conclusions suivantes :

« 1° La symphyséotomie est une bonne opération ; grâce à l'antisepsie, elle prendra place définitivement dans l'obstétrique opératoire, entre la basiotripsie et l'opération césarienne ;

2° Le plus souvent, opération d'urgence, elle sera, dans certaines conditions bien déterminées, une opération de choix ;

3° Bien qu'elle soit facile et sans danger dans la plupart des cas, elle a donné lieu à des complications sérieuses, de sorte qu'elle doit être réservée pour les cas où elle est *indispensable* ;

4° Au point de vue opératoire, elle exige un milieu spécial, des aides expérimentés et un opérateur qui, sans être chirurgien de profession, puisse parer aux diverses complications qui peuvent survenir ;

5° Pour nous, la symphyséotomie doit être uniquement pratiquée dans les Services d'accouchements ou les Maternités. On ne devra la tenter, dans la pratique courante, qui si l'on peut se mettre dans des conditions identiques à celles des milieux hospitaliers. »

Tout cela est parfaitement exact. Mais, pour être complet, il est indispensable d'ajouter quelque chose.

Puisque la symphyséotomie est sans contredit une bonne opération, le praticien doit se mettre autant que possible dans les conditions qu'elle exige pour être pratiquée avec le plus de chance et de succès.

Il ne suffit pas de regretter platoniquement l'absence fréquente

de ces conditions dans la clientèle ordinaire et de s'imaginer qu'on a fait tout son devoir quand on s'est lavé les mains comme Ponce Pilate, en s'écriant : « Je n'y puis rien ! »

Autant pourrait-on dire pour l'antisepsie, pour l'hygiène vulvaire, pour la simple propreté.

Il faut une foi robuste et agissante, il faut lutter contre les difficultés, il faut chercher à modifier les idées inexactes et dangereuses des campagnards, aussi bien que des citadins.

N'avons-nous pas eu à lutter contre nous-mêmes et contre les autres pour établir dans les services hospitaliers les règles d'antisepsie qui y sont actuellement en usage?

Déjà le public instruit est au courant des généralités de l'antisepsie et l'on n'a plus guère de difficulté à lui faire comprendre et suivre les précautions essentielles de la méthode.

Nous avons donc le droit d'espérer qu'avec un peu de travail et de persévérance, les praticiens obtiendront, dans un avenir très prochain, des résultats analogues à ceux que procurent les services hospitaliers.

N. CHARLES.

CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MOLE HYDATIFORME (1),

Par G. DURANTE.

L'auteur a eu l'occasion d'étudier, dans le laboratoire du Dr Porak, un certain nombre de môles qui, au point de vue histologique présentaient des divergences assez notables.

Les vésicules de la môle sont habituellement tapissées par un revêtement formé de deux variétés d'éléments. Les uns, cellules assez volumineuses à gros noyaux, mais distinctes les unes des autres, sont regardées comme dérivant de la couche de Langhans. Les autres forment des masses protoplasmiques volumineuses, souvent vacuolaires, bourrées de noyaux très colorés, arrondis ou allongés. Ces masses, dans lesquelles n'existe aucune différenciation cellulaire, poussent des prolongements plus ou moins volumineux, plus ou moins pédiculés, qui peuvent se séparer de la vésicule et se retrouver dans les coupes à l'état des masses protoplasmiques isolées. De l'avis de tout le monde, ces masses plasmodiales sont d'origine syncytiale. Ce revêtement plasmodial est un des éléments essentiels de la tumeur.

(1) Les figures sont la reproduction de photographies histologiques faites dans le laboratoire du Dr Porak. Les noyaux qui n'étaient pas bien ressortis sur les épreuves ont été un peu renforcés à l'aquarelle.

Dans une môle qui, macroscopiquement, était absolument caractéristique, présentait l'aspect de grains de raisin typique, la structure était un peu différente. Le revêtement des vésicules comportait bien une couche syncytiale, mais celle-ci était très mince (voy. fig. 1) comme atrophiée, et ne poussait que rarement

FIG. 1. — *Môle en transformation scléreuse.* — V. Parenchyme des villosités. — S. Revêtement mince de syncytium.

des prolongements, du reste toujours très grêles. Au centre de plusieurs vésicules, au lieu d'un tissu myxomateux, on constatait

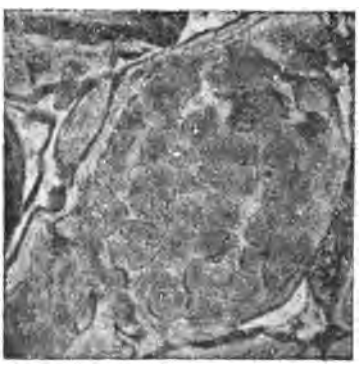


FIG. 2. — *Môle en transformation scléreuse.* — Vésicule intermédiaire entre celle de la figure 1 et celle de la figure 3. — Il n'y a plus de lacunes, mais le parenchyme présente une disposition fasciculée, vestiges des symphyses villeuses que l'on retrouve nettement dans la fig. 3 et qui ont complètement disparu dans la fig. 1.

l'existence de nombreux faisceaux formés de fibres concentriques et accolés les uns contre les autres, de façon à n'être séparés que par une rangée incomplète de petits noyaux disséminés moins bien colorés (voy. fig. 2). Le tout était enveloppé d'une couche

syncytiale peu développée. En suivant les formes de passages entre ces deux états différents on pouvait s'assurer que ces dernières étaient constituées par l'union de plusieurs villosités, (voy. fig. 3) de plusieurs petites vésicules primitives, dont le revêtement plasmodial s'était atrophié aux points de contact et n'était plus représenté que par quelques noyaux, tandis qu'il persistait à la périphérie. Le parenchyme conjonctif, du reste, n'est plus que faiblement myxomateux et présente une grande tendance à la transformation scléreuse.

Il s'agit donc ici d'une môle en voie d'évolution *scléreuse* et de régression épithéliale. Ces modifications sont poussées à un

Fig. 3. — *Môle en transformation scléreuse*. — S. Revêtement syncytial. — E. et B. Lacunes dans l'épaisseur du parenchyme, tapissées par noyaux irréguliers C.

tel point, que, vu la faible tendance proliférative du syncytium et la transformation fibreuse de la trame conjonctive des vésicules, il serait difficile de poser le diagnostic histologique de môle. On croirait bien plutôt avoir à faire à un placenta scléreux retenu, si l'aspect macroscopique de ces pièces ne venait lever tous les doutes, en montrant qu'il s'agit bien, macroscopiquement au moins, d'une môle véritable.

Une autre môle beaucoup plus jeune, car elle avait environ les dimensions d'un œuf de 2 mois, avait une structure toute différente. Par dissociation des villosités on voyait nettement celles-ci transformées en plusieurs points en petits grains brillants, donnant l'aspect de frais de grenouilles.

Sous le microscope ces villosités dissociées présentaient une trame conjonctive normale à part l'absence fréquente des vaisseaux centraux, mais elles étaient entourées d'une couche syncytiale partout très épaisse. De cette couche partaient des prolongements de toutes formes et extraordinairement volumineux

(voy. fig. 4). Ces bourgeons plasmodiaux présentaient les formes les plus variables, s'allongeant sous forme de massue, de raquette, de long ruban, parfois même se divisant en deux et trois bourgeons secondaires, ou plus rarement s'anastomosant. Quelques-uns atteignent jusqu'à près de 1/4 à 1/5 de mm. de long ; parmi ces derniers, les uns ont une large base d'implantation, les autres ne tiennent au revêtement villeux que par un long pédi-

FIG. 4.— *Môle jeune purement syncytiale. Dissociation. Très faible grossissement.* — P. P. P. bourgeons syncytiaux en massue. — M. Bourgeon syncytial avec pédicule très grêle (s). — F. Bourgeon syncytial filiforme. — A. E. Bourgeons syncytiaux enroulés autour de villosités — R. R'. R", Syncytiaux revêtant la villosité. — I. I'. II". Point du revêtement syncytial duquel part un bourgeon.

cule filiforme. Ces masses plasmodiales (voy. fig. 5, 6, 7 et 8), sans membrane d'enveloppe, sans trace de différenciation cellulaire sont bourrées de noyaux et présentent souvent des vacuoles plus ou moins grandes, remplies de mucine. Ce sont elles qui donnaient à ces prolongements l'apparence vésiculaire que nous avions remarquée lors de la dissociation.

Sur les coupes on retrouve ces mêmes éléments, mais les prolongements sectionnés par le rasoir se présentent moins bien pour l'étude que dans la dissociation (voy. fig. 9).

Notons, cependant, qu'il n'y a presque pas de grandes cellules de Langhans dans les coupes de cette môle.

La malade qui avait accouché de cette môle avait rendu, peu avant, de grands fragments de caduque. Ceux-ci, sur des coupes, montraient au milieu du tissu utérin, des vaisseaux envahis par des masses plasmodiales pures, se prolongeant contre la paroi

www.libtool.com.cn

vasculaire et se substituant à l'endothélium vasculaire (voy. fig. 10).

Cette môle diffère essentiellement de la précédente par l'activité considérable de son syncytium qui, ici, y joue le rôle principal. C'est une môle apparue lors des premiers stades de développement du placenta, dont le bourgeonnement syncytial représente physiologiquement le mode d'accroissement. Mais ce bourgeonnement est ici exagéré ; le syncytium, enfin, n'est pas absolument sain, car il est criblé de lacunes muqueuses. Contrairement à ce que l'on observe dans les autres môles, la couche de Langhans ne prend pas part au processus pathologique et la dégénérescence muqueuse du parenchyme conjonctif n'existe pas. C'est une *môle encore purement syncytiale* par opposition à la 1re qui représente une *transformation scléreuse de la môle.*

FIG. 5. — *Môle jeune purement syncytiale.* — Grossissement de 60 diamètres environ. — Bourgeons syncytiaux. V. parenchyme de la villosité. — P'. Couche centrale de la villosité remplie de noyaux. — V. vacuoles.

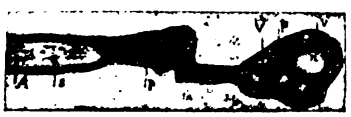


FIG. 6

FIG. 7.

FIG. 8.

Bourgeons syncytiaux à un plus fort grossissement, montrant en P. leur point d'attache à la villosité et en V leurs vacuoles.

Signalons enfin l'envahissement de la caduque dans cette dernière observation. Cette nouvelle preuve de la vitalité du syncytium pouvait faire craindre une évolution maligne. Cependant, 18

www.libtool.com.cn

mois après l'évacuation de sa môle, la malade est encore en bonne santé.

On peut, de ce qui précède, tirer les conclusions suivantes :

Histologiquement la môle peut se présenter sous des aspects assez divers, mais que l'on ne saurait plus interpréter comme un myxome.

La môle peut subir une transformation fibreuse, avec atrophie du syncytium lui enlevant tous les caractères de malignité.

FIG. 9. — *Môle jeune purement syncytiale.* — Coupe. — C. Vaisseaux fœtaux dans les villosités. — S. Revêtement syncytial des villosités qui bourgeonne un peu en S'. — P. Bourgeons syncytiaux. — V. Vacuoles dans le syncytium.

Mais elle peut être une tumeur presque uniquement syncytiale, le syncytium semé de vacuoles pleines de mucine proliférant sans modification, ni de la couche de Langhans, ni du stroma conjonctif. Ces faits semblent prouver que dans la môle le syncytium est l'élément actif, le *primum movens*, et non pas le stroma conjonctif, non plus que la couche de Langhans, ainsi qu'on l'a soutenu.

La môle est donc, avant tout, une tumeur épithéliale (1) encore relativement bénigne que l'on pourrait assimiler à un *adénome*

(1) Nous avons antérieurement exposé les raisons qui nous font regarder, avec M. Duval, le syncytium comme dérivant de l'ectoderme fœtal. Voy. *Rev. med. de la Science Romande*, nov. et déc. 1896, et *Bull. de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, déc. 1896 ou janv. 1897.

placentaire ou *syncytias*, puisqu'il s'agit d'une hypertrophie, d'une hyperplasie de la portion épithéliale d'un organe avec conservation, dans leurs rapports réciproques, de tous les éléments constitutifs, épithéliaux et conjonctifs.

Cette hyperplasie syncytiale peut déterminer des modifications secondaires des autres portions de la villosité qui s'imbibent ultérieurement de mucine et se présentent alors avec l'aspect le plus habituel de la môle. Cette même sécrétion exagérée de mucine ne se retrouve-t-elle pas de même dans certaines tumeurs de l'ovaire à prédominance épithéliale et longtemps bénignes ?

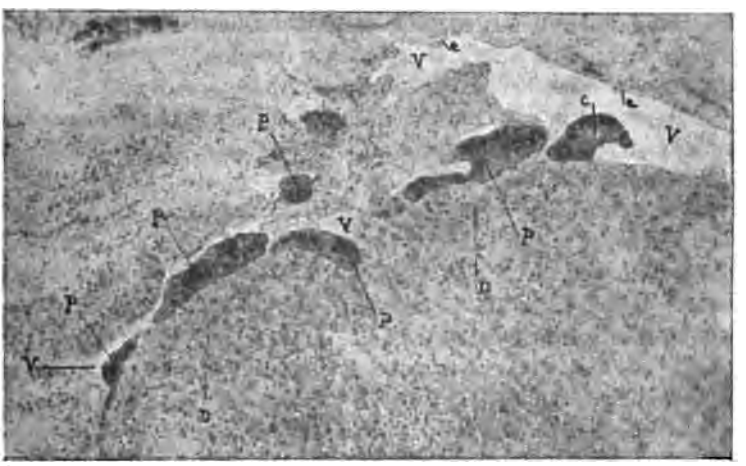


FIG. 10. — *Caduque de la jeune mole syncytiale.* — Envahissement des vaisseaux matériels V par des masses syncytiales P. — C. Vacuole dans une masse syncytiale. — e. endothélium vasculaire. — D. Tissu utérin à cellule fusiforme autour des vaisseaux.

Dans certains cas, de même que les adénomes glandulaires des autres organes peuvent être étouffés par le tissu fibreux, le syncytium peut s'atrophier et la môle subir une *régression scléreuse* dont notre premier cas paraît être un exemple.

Enfin, lorsque, dans les adénomes, le tissu épithélial prenant le dessus, végète pour son propre compte et perd ses rapports physiologiques avec les tissus voisins, le cancer, l'épithélioma, la tumeur épithéliale maligne apparaît. Il en serait de même dans la môle, dont le syncytium, laissant en arrière le stroma villeux, peut proliférer presque seul, envahir les tissus maternels voisins, donner lieu à des métastases et se transformer en cette tumeur éminemment maligne pour laquelle nous avons proposé le terme d'*épithélioma ectoplacentaire*.

www.libtool.com.cn

ÉCLAMPSIE POST-PARTUM,

Par M. MAYGRIER,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

Je viens vous communiquer un cas d'éclampsie post-partum que j'ai récemment observé dans mon service d'accouchements, à l'hôpital Lariboisière. La rareté de cette variété d'éclampsie, la gravité particulière du fait en question et son issue rapidement fatale me semblent dignes d'attirer l'attention de la Société.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, enceinte pour la deuxième fois, la première grossesse s'étant terminée par un avortement de 2 mois et demi. Ses dernières règles dataient du 26 août 1897. Depuis un mois et demi, elle souffrait de céphalalgie et avait de l'œdème des membres inférieurs ; elle n'a consulté ni médecin ni sage-femme. Le 1er juin, à minuit, elle ressent les premières douleurs de l'accouchement, et elle se présente à la Maternité de Lariboisière le 2 juin, à 2 h. 30 du matin.

A son entrée, la dilatation est complète ; l'enfant se présente par le sommet en O. I. D. P. et est vivant. On constate un œdème notable des membres inférieurs, de la vulve et de la paroi abdominale. Il est impossible à ce moment d'avoir de l'urine, même par le cathétérisme, pour en faire l'analyse.

La poche des eaux se rompt à 2 h. 40 ; le liquide amniotique est normal. A 3 h. 40, expulsion spontanée d'une fille vivante de 2980 gr. bien constituée. Délivrance naturelle et complète à 3 h. 45. Le placenta, qui pèse 450 gr., ne présente pas d'infarctus hémorrhagiques.

La femme n'a pas d'hémorrhagie *post-partum* ; elle se trouve très bien, et 2 heures 1/2 environ après sa délivrance, elle est transportée de la salle de travail dans celle des accouchées.

Vers 11 heures du matin, elle se plaint tout à coup de souffrir vivement de la tête et de l'estomac ; elle s'agite. A 11 heures 1/2, elle a une première attaque d'éclampsie, 8 heures donc après l'accouchement. L'urine, examinée seulement alors, contient des flots d'albumine.

Je vois la malade immédiatement après cet accès ; elle a recouvré sa connaissance, et répond, quoique avec difficulté, aux questions qu'on lui pose. J'ordonne de la redescendre à la salle de travail, où une surveillance constante sera plus aisée, et je prescris un lavement purgatif avec une goutte d'huile de croton, et l'administration fréquente de lait, à l'exclusion de tout autre aliment, au besoin à l'aide de la sonde. On ne pratique

pas de saignée, étant donné la perte sanguine physiologique qui a eu lieu au moment de l'accouchement.

Pendant que l'on effectue le transport de la femme, elle est prise sous nos yeux d'une seconde attaque, à la suite de laquelle elle reste dans un état d'assoupissement assez marqué.

Une troisième et une quatrième attaque ont lieu à 1 heure et à 2 h. 10. Pendant tout le temps, on administre du lait soit par la bouche, soit à l'aide d'une sonde introduite par la voie nasale, lorsque la malade se refuse à boire.

Elle prend ainsi, jusqu'au soir, 1800 grammes de lait environ. La température prise dans le rectum, à diverses reprises, ne s'élève pas au delà de 37°8. L'effet du lavement purgatif a été notable, mais l'urine reste rare, et on n'en peut recueillir dans toute la journée plus de 60 grammes.

Après sa quatrième attaque, la femme reprend connaissance, son état général s'améliore, et le pronostic semble devenir favorable. Mais à 6 heures survint une cinquième attaque, et immédiatement la situation devient très grave. La face reste cyanosée, le pouls faiblit, la respiration s'accélère ; le coma persiste. On fait des injections sous-cutanées d'éther et de caféine, on fait respirer de l'oxygène. Une nouvelle attaque est réduite à sa période d'invasion par l'administration d'un peu de chloroforme.

Cependant, la femme se cyanose de plus en plus ; le pouls devient filiforme, il y a 50 respirations par minute ; la température n'augmente pas. Le coma est complet.

Malgré tous les soins qui lui sont prodigués, la malade succombe à 7 h. 10 du soir.

En résumé, la première attaque a eu lieu 8 heures après l'accouchement ; il y a eu en tout six, dont une avortée, entre 11 heures 1/2 du matin et 6 heures du soir, et la mort est survenue dans le coma six heures après la dernière.

L'autopsie a démontré que seuls les reins étaient réellement altérés. Petits, bondés, se décortiquant difficilement, ils avaient tous les caractères de la néphrite interstitielle. Le foie gras, et d'une teinte gris jaunâtre, ne présentait ni à sa surface, ni à la coupe aucune trace d'hémorragies. Les autres organes étaient sains.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : d'abord parce que l'éclampsie post-partum est relativement rare, et aussi parce que cette forme d'éclampsie est considérée par la plupart des accoucheurs, Depaul, Charpentier, Ribemont-Dessaignes, Auvard, entre autres, comme ordinairement bénigne.

www.libtool.com.cn

Tel n'est pas, toutefois, l'avis de Cazeaux et du prof. Tarnier, qui considèrent, au contraire, l'éclampsie qui survient après l'accouchement comme très grave. Le fait que je viens de rapporter confirme cette opinion.

Mais cette observation me semble surtout suggestive à un autre point de vue. Elle est un argument puissant contre la tendance actuelle de certains accoucheurs à recourir à l'accouchement provoqué, voire forcé, et même à l'opération césarienne, comme traitement curatif de l'éclampsie survenant pendant la grossesse.

L'évacuation de l'utérus me semble inutile et dangereuse, et doit être rejetée pour les raisons suivantes :

1° Il y a un certain nombre de cas, rares il est vrai, où l'éclampsie guérit, et où la grossesse continue son cours et se termine normalement.

2° L'éclampsie provoque d'elle-même assez fréquemment le travail.

3° Les excitations prolongées du col aggravent habituellement l'éclampsie. Aussi, s'il est contre-indiqué de provoquer artificiellement le travail, est-il logique, en revanche, de terminer rapidement l'accouchement, quand le travail est commencé.

4° Il est impossible d'affirmer que les attaques d'éclampsie ne continueront pas après l'accouchement. Au contraire, dans un grand nombre d'observations, on a noté la persistance des accès après la délivrance.

5° L'apparition primitive possible de l'éclampsie chez une femme accouchée et délivrée (*éclampsie post-partum*) montre enfin l'inefficacité de l'accouchement provoqué pour faire cesser les attaques.

La conclusion qui s'impose, c'est que ce n'est pas dans l'évacuation de l'utérus qu'il faut rechercher la guérison de l'éclampsie confirmée. L'intoxication du sang domine tout, et c'est du degré de cette intoxication, si difficile à déterminer, que dépend avant tout le pronostic de la maladie.

TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE PAR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA.

Voici comment M. le Dr Charles, l'éminent directeur de la Maternité de Liége, apprécie le traitement appliqué à Baudeloque par M. Pinard.

Ce traitement est ainsi défini :

Large déchirure des membranes, combinée ou non au ballon de Champetier et à l'une ou l'autre opération (version, forceps, extraction, etc.)

M. Pinard a *complètement* banni de sa pratique à Baudelocque le seigle ergoté et le tampon vaginal dans tous les cas, l'accouchement prématuré artificiel et le forceps dans les bassins rétrécis. Nous croyons que notre habile confrère est vraiment trop exclusif : le seigle ergoté rend des services certains, précieux et indiscutables dans les hémorragies post-partum ; l'accouchement prématuré artificiel et le forceps permettent d'obtenir d'excellents résultats dans les angusties pelviennes modérées ; le tampon vaginal bien fait, suffisamment serré et antiseptique, est capable de sauver bien des situations.

Cependant les succès vraiment remarquables obtenus par M. Pinard prouvent, mieux que tous les raisonnements, combien ses procédés méritent d'attirer l'attention de tous les praticiens. C'est pourquoi nous désirons décrire avec suffisamment de détails sa manière de faire dans les hémorragies par placenta prævia.

A son avis, le tampon vaginal est inefficace et dangereux ; il est souvent mal fait, en dehors des Maternités ; il n'empêche pas le sang de couler à l'extérieur ou de s'accumuler dans le fond du vagin ; il est la source d'accidents septiques. Ces reproches sont exacts en ce qui concerne le mauvais tampon, mais ne veulent pas dire que le bon tampon est inutile.

M. Pinard recommande les injections vaginales chaudes, la large ouverture des membranes et l'introduction du ballon Champetier au-dessus du col, dans le segment inférieur de l'utérus ; il termine enfin l'accouchement par le forceps, la version, l'extraction selon les cas.

Contre les hémorragies légères, intermittentes de la grossesse, M. Pinard emploie, outre le repos complet, les injections vaginales *très chaudes*, à 48°, antiseptiques, continuées jusqu'à ce que le liquide en retour ne soit plus teinté de sang ; parfois aussi le laudanum en lavement (jusque 60 et même 100 gouttes dans les 24 heures) ou les piqûres de morphine. Si la présentation est transversale, il fait la version céphalique par manœuvres externes. La transformation de la position, jointe au repos au lit et aux injections vaginales chaudes, suffit ordinairement pour arrêter les pertes légères.

Lorsque l'hémorragie est inquiétante par son abondance, par sa continuité ou par sa répétition, si le pouls est petit et rapide (dépasse 100), M. Pinard provoque l'accouchement sans hésiter, en allant ouvrir *largement* les membranes. La simple ponction est insuffisante parce qu'elle n'empêche pas les tiraillements du chorion et par suite du placenta. Seule la déchirure large des membranes prévient la distension et les tiraillements du chorion ; dès lors le placenta ne peut plus se décoller de ce fait et l'hémorragie s'arrête. Cependant une autre cause peut la ramener, c'est quand la partie fœtale, en s'engageant, vient appuyer *directement* sur le placenta et le décoller. C'est pour arrêter ce décollement direct et en même temps accélérer le travail et permettre la dilatation complète sans engage-

ment de la région fœtale, que M. Pinard introduit le ballon de Champetier *au-dessus dit col* dans le segment inférieur de l'utérus. Deux aides sont souvent nécessaires : l'un pour chloroformer au besoin et l'autre pour injecter le liquide dans le ballon.

Pour la rupture des membranes, la femme est placée dans la position obstétricale ; l'accoucheur introduit dans le vagin, avec toutes les précautions antiseptiques, deux ou quatre doigts, au besoin la main entière ; il explore soigneusement le segment inférieur de l'utérus pour savoir de quel côté il arrivera le plus vite aux membranes ; il pousse alors un ou deux doigts dans le col vers cette direction et dès qu'il les a atteintes il les ouvre avec les ongles ou un perce-membranes (telle qu'une aiguille à tricoter bien désinfectée). Il a soin que la déchirure soit très étendue pour éviter tout tiraillement ultérieur.

Dès lors, la tête descend, comprime le placenta et arrête ainsi mécaniquement l'hémorragie. Si celle-ci ne se reproduit pas, on abandonne l'accouchement à la nature ; si elle se reproduit et que le col soit dilatable, on applique le forceps.

Mais lorsque la partie fœtale reste élevée ou décolle le placenta par son passage à frottement, l'hémorragie reparaît plus ou moins abondante et si le col ne permet pas encore de terminer, il faut se hâter de compléter la dilatation à l'aide du ballon de Champetier.

Ce ballon, parfaitement aseptisé et enduit de vaseline, est replié entre les mors de la pince spéciale destinée à le porter dans l'utérus. Il est guidé sur deux doigts jusqu'au-dessus du col, dans la partie inférieure de l'œuf ouvert ; on désarticule les branches, puis on commence à faire injecter le liquide ; dès qu'on est sûr que le ballon ne redescendra pas, on retire successivement les deux branches de la pince conductrice et on continue à gonfler le ballon, jusqu'à ce que 400 gr. d'eau soient introduits. On ferme alors le robinet et, par surcroît de précaution, on applique une pince à forcipressure sur le tube en caoutchouc.

Le ballon distendu dans le segment inférieur de l'utérus exerce une pression directe sur le placenta, met fin instantanément à l'hémorragie et provoque des contractions violentes qui amènent l'accouchement à bref délai.

On peut accélérer ou ralentir la marche du travail en introduisant et en retirant tour à tour 100 nouveaux grammes de liquide dans le ballon et en exerçant quelques tractions modérées sur la partie supérieure du tube, près du ballon.

Dès que la dilatation est complète, le ballon tombe dans le vagin et arrive à l'extérieur. On introduit alors la main, on va chercher les pieds et on pratique l'extraction.

Pendant tout ce temps (1 à 2 heures), la malade aura été maintenue dans la position obstétricale, les jambes entourées de laine pour éviter les refroidissements. On ne la quitte pas après la délivrance, car l'hémorragie peut se reproduire ; celle-ci est combattue par les

injections utérines à 48°, par les piqûres d'éther, l'enveloppement des jambes dans la flanelle, les boissons alcooliques (champagne frappé), les infusions sous-cutanées de liquide physiologique.

M. Labusquière a fait le relevé des insertions vicieuses observées à la clinique Baudelocque du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1894 : il y a eu 169 cas, dont 60 seulement ont exigé les secours de l'art comme suit : rupture des membranes seules, 36 fois ; rupture avec ballon de Champetier, 4 fois ; rupture, ballon, version, 3 fois ; rupture, version, 2 fois ; rupture, abaissement d'un pied, 3 fois ; rupture, ballon, forceps, 1 fois ; rupture, forceps, 2 fois ; ballon seul, 1 fois ; ballon et version, 2 fois ; ballon et abaissement d'un pied (siège), 1 fois ; version interne, 1 fois ; version par manœuvres mixtes, abaissement d'un pied (siège), 1 fois ; abaissement d'un pied (siège), 1 fois ; forceps seul, 1 fois ; symphyséotomie, 1 fois.

Ces 60 cas opératoires ont donné *en tout* : 4 mères mortes, soit 6 2/3 p. 100, et 34 enfants morts, soit 56 2/3 p. 100.

La statistique de l'année 1895 a donné 25 cas de placenta prævia, dont 15 ayant nécessité une intervention : toutes les mères ont guéri, mais 11 enfants ont succombé.

M. Bourdier a fait une statistique sur les résultats obtenus par le tamponnement dans différents services de Paris (Maternité, Laribolsière, clinique de la rue d'Assas de M. Tarnier) et, après diverses éliminations plus ou moins justifiées, a obtenu une mortalité maternelle de 1,7 p. 100 et fœtale de 64,3 p. 100. C'était vraiment trop beau et M. Abdel-el-Nour ayant passé les faits au crible de la critique et ajouté les cas de plusieurs autres services (Saint-Louis, Charité, Pitié, Hospices de Lyon), arrive aux chiffres suivants bien différents des autres :

Mortalité maternelle de 13.63 à 40, moyenne 26.81 p. 100.
» fœtale 65.90 à 89.47 » 77.68 p. 100.

D'autre part, M. Dührssen ayant abandonné dans ces derniers temps la version combinée, a adopté un *modus faciendi* analogue à celui de M. Pinard : rupture des membranes, introduction d'un ballon en caoutchouc (colpeurynter) avec 500 gr. d'eau, puis *traction continue* sur la tige de ce ballon jusqu'à ce qu'il tombe dans le vagin (cela a varié entre 1/4 d'heure et 3 heures). Alors, si la perte est arrêtée, on laisse l'accouchement suivre son cours naturel ; si la perte persiste, on procède à l'extraction de l'enfant (précédée ou non de la version podalique interne, suivant la position fœtale).

Sur 6 cas traités de cette façon, M. Dührssen a obtenu 6 femmes guéries et 5 enfants vivants.

En ne voyant que ces différents chiffres, le choix serait facile à faire, la méthode de M. Pinard l'emporterait haut la main. Mais ils ne disent pas tout : sont-ils comparables ? plusieurs sont certainement discutables, puisqu'ils ont été discutés ; n'y a-t-il pas eu séries heureuses ou malheureuses, d'un côté ou de l'autre, comme cela

www.libtool.com

se rencontre souvent. Maintes circonstances peuvent aisément faire beaucoup varier une statistique de quelques dizaines de cas ; témoin encore la nôtre, où, sur 16 cas des deux dernières années (1895 et 1896), il y a eu un seul décès par étranglement et l'insertion vicieuse n'a absolument rien à y voir.

Ajoutons qu'une méthode est plus ou moins recommandable selon sa simplicité et sa facilité d'être convenablement appliquée partout et par tous. A ce point de vue, nous pensons que le tampon est plus à la portée générale des praticiens que la bonne déchirure des membranes, avec ou sans ballon de Champetier, du moins dans les insertions centrales et partielles, et notre conclusion sera la suivante : dans les insertions latérales et marginales, c'est-à-dire dans tous les cas où les membranes seront aisément à la portée du doigt, ce dernier procédé nous paraît le meilleur ; mais s'il faut explorer minutieusement le segment inférieur pour savoir où pénétrer, s'il faut décoller plus ou moins au hasard un segment placentaire pour atteindre les membranes, nous estimons que ces manœuvres préliminaires sont très dangereuses pour la plupart des praticiens et doivent être réservées aux spécialistes habitués et habiles ; pour les autres, un bon tampon sera plus facile à appliquer et pourra, en attendant mieux, diminuer ou arrêter en quelques instants une hémorragie qui met la vie de la femme en danger.

GYNÉCOLOGIE

VAGINISME AVEC ORGASMES VÉNÉRIENS LIÉS A LA RÉPLÉTION VÉSICALE,

Par MM. Paul Petit et Vallon.

Très mince, très maigre, Madame B., 33 ans, a la physionomie d'une personne mal portante. Elle appartient à une famille où les maladies nerveuses seraient fréquentes dans la ligne maternelle. Son grand-père était atteint, depuis l'enfance, d'une atrophie de tout un côté du corps ; une cousine, aujourd'hui vieille fille, a depuis longtemps des attaques de nerfs qui l'ont empêchée de se marier ; une autre cousine, âgée de 18 ans, est également sujette à des crises nerveuses ; enfin, une sœur est hystérique.

Toute sa vie, Madame B. a été maladive ; réglée à 14 ans, mariée en 1881 à son cousin germain, elle a eu trois grossesses qui se sont terminées avant terme : le premier enfant n'a pas survécu ; des deux autres, l'un est âgé de 9 ans, l'autre de cinq ans.

L'accouchement est extrêmement rapide, il ne dure pas plus de dix minutes, c'est comme « une crise de nerfs ». Dans les deux jours qui suivent, tranchées très douloureuses.

D'après son mari, Madame B., à l'approche de ses règles, a toujours été maussade, acariâtre même jusqu'à la méchanceté ; mais, depuis sa dernière grossesse, elle est encore bien plus troublée. Pendant les 5 ou 6 jours que dure la période menstruelle, elle souffre de violents maux de tête, est comme anéantie, n'a plus bien conscience de ce qu'elle fait et perd la mémoire. Dans les jours qui précèdent elle est d'une irascibilité telle qu'on ne peut lui faire la moindre observation ; elle a des colères violentes, de véritables rages. Pendant les 2 ou 3 jours qui suivent, elle est toute drôle, comme honteuse.

Dans l'intervalle des périodes menstruelles, la santé de Madame B., pour être moins mauvaise, est cependant loin d'être bonne : céphalalgie presque continuelle, étourdissements fréquents, cauchemars la nuit, gastralgie avec rejet des aliments solides, enfin troubles très particuliers du côté de la sphère génitale.

Depuis son premier accouchement, qui remonte à onze ans, Madame B., quand elle a envie d'uriner, éprouve des sensations voluptueuses très vives. Ces sensations se produisent surtout quand elle marche ; elle ressent alors une crispation qui la force à s'arrêter ou à se cramponner au bras de la personne qui l'accompagne. Les passants s'aperçoivent de son trouble et plusieurs fois il lui est arrivé, étant seule, de recevoir des propositions amoureuses. L'orgasme vénérien est suivi d'un accablement extrême. Une fois qu'elle a uriné, Madame B. peut se remettre en marche, mais quand sa vessie est pleine de nouveau, la sensation voluptueuse réapparaît. Il en est ainsi plusieurs fois dans la journée et même au lit pendant la nuit. Il y a en effet polyurie ; or c'est quand la vessie distendue par l'urine vient faire saillie sous la paroi abdominale que naît la sensation voluptueuse et celle-ci s'exagère par une pression exercée sur le bas-ventre. Elle se manifeste dès que se produit le besoin d'uriner, jamais avant lui ni sans lui (le coït étant plutôt douloureux) et ne finit qu'avec lui. Le besoin durerait une heure que la sensation durerait le même temps. Pendant la grossesse elle devient presque continue.

L'imagination ne paraît jouer aucun rôle dans la production du phénomène. Etant jeune fille, Madame B. éprouvait parfois des sensations « énervantes », mais non voluptueuses. Elle n'a jamais eu d'habitudes d'onanisme, jamais de rêves érotiques.

Les sensations voluptueuses s'accompagnent d'une certaine angoisse et même en hiver, de sueurs abondantes ; par leur répétition elles amènent un état de grand épuisement, d'anémie et de surexcitation maladive. Madame B. évite le plus possible d'al-

www.libtool.com.cn

ler en voiture ou en bateau, les mouvements de ces véhicules lui sont pénibles. Elle n'a de goût à rien, la vie lui est à charge et, souvent, des idées de suicide ont hanté son cerveau.

Fait bien digne de remarque, la période menstruelle qui s'accompagne de troubles variés et intenses met fin, pour toute sa durée, aux sensations voluptueuses du côté des organes génitaux.

Souvent Madame B. est prise d'un besoin de sortir ; elle ne peut rester chez elle. Ce n'est pas le désir de se procurer des sensations voluptueuses, qu'elle est loin de rechercher, mais l'impossibilité de tenir en place.

Pas traces d'érosions, de rougeurs, de lésions quelconques au niveau de la vulve.

Le toucher vaginal détermine immédiatement une contracture spasmodique qui semble porter tout à la fois sur le constricteur vulvaire et le releveur anal. Néanmoins, la douleur concomitante étant peu marquée, l'examen profond est assez facile et permet de constater, à part un léger degré d'antéversion de l'utérus, l'intégrité complète des organes génitaux internes. Rien de particulier non plus du côté du système urinaire.

La malade a été revue le 16 juin dernier par l'un de nous. Elle avait pris régulièrement 5 gr. de KBr. par jour, mais au lieu et place de douches s'était contentée d'ablutions froides. L'état général était meilleur, la malade dormait bien, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps, et elle semblait un peu moins maigre. Le coït était moins douloureux. Mais les sensations en question étaient toujours aussi fréquentes et aussi fortes.

Cette observation nous a paru digne d'intérêt, car nous n'avons trouvé d'analogue ni dans la littérature gynécologique, ni chez les auteurs qui à l'exemple de Krafft-Ebing et Moll se sont occupés de perversions sexuelles.

Le centre d'innervation de la vessie n'est pas loin du centre génital ; on comprend donc que, sous l'influence de l'hyperexcitabilité de la moelle lombaire, une excitation se diffuse de l'une à l'autre. Il est cependant plus probable que, chez notre malade, la confusion des deux réflexes reconnaisse comme intermédiaire la congestion vésicale. On sait, en effet, que la distension de la vessie ne va pas sans la congestion de ses parois et que cette congestion se transmet fatalement au corps caverneux du pénis ou du clitoris, étant donné la solidarité des plexus veineux de ces organes, d'où les érections si communes, du moins chez les enfants et les vieillards du sexe masculin, alors qu'un besoin

d'uriner se fait impérieusement sentir. Que le réflexe, de par le nervosisme du sujet, soit un peu plus prononcé et l'on comprend que l'orgasme puisse aller jusqu'au bout. Cette explication est, du reste, tout à fait d'accord avec l'influence que paraissent avoir eu les grossesses sur la façon d'être ou le développement de la maladie : en effet, comme nous l'avons indiqué, pendant les grossesses, les sensations voluptueuses étaient « presque continues », ce qui va bien avec la pléthore veineuse concomitante, et elles semblent s'être montrées, pour la première fois, à la suite du premier accouchement, ce qui permet l'hypothèse d'un certain degré de varicocèle pelvien.

Contrairement à la grossesse, la menstruation semble détourner vers les centres psychiques toute l'irritabilité nerveuse du sujet.

Cette lamentable névrose locale est à rapprocher de la spermatorrhée neurasthénique chez l'homme, et l'on comprend qu'elle s'allie, étant donnée ses origines, au vaginisme. On comprendrait de même qu'elle s'alliât à l'*irritabilité vésicale*. Chez notre malade le vaginisme est très accentuée, mais on ne constate pas les phénomènes propres à la vessie irritable. Les besoins fréquents d'uriner semblent relever uniquement de la polyurie et il n'y a ni dysurie, ni contracture spasmodique à la fin de la miction. Cette constatation est d'accord avec l'opinion de Zuckerkandl, Dacheux et autres, qui, sans nier l'influence nerveuse à titre adjuvant, sont portés à voir les véritables causes de *l'irritabilité vésicale* dans une hyperhémie du bas-fond dépendant d'une inflammation génitale. Or notre malade paraît indemne de ce côté.

Au point de vue thérapeutique, tout semble se résumer, chez elle, en une hyperexcitabilité de la moelle lombaire en rapport avec un certain degré de déséquilibration mentale, plus une exagération de la congestion physiologique qui accompagne la réplétion vésicale. Nous espérons obtenir davantage du bromure de potassium lié à une hydrothérapie mieux conduite ; en cas d'insuccès, il y aura lieu d'essayer des injections intravésicales d'eau azotée, de l'extrait thyroïdien, de l'électricité galvanique et statique, du massage et particulièrement des mouvements décongestionnants de la gymnastique suédoise.

www.libtool.com.cn

PÉDIATRIE

HYSTÉRIE INFANTILE ET SUGGESTION HYPNOTIQUE,

Par A. JOFFROY, professeur de la Clinique des Maladies mentales.

Leçon recueillie par le Dr H. DUFOUR, *ancien interne des hôpitaux.*

(*Suite et fin, voir le numéro précédent.*)

L'hystérie monosymptomatique est une chose rare, exceptionnelle, et qui trop souvent ne peut être établie que par exclusion et à défaut d'autre hypothèse. En voici un exemple : Il y a quelques années, j'étais alors médecin de la Salpêtrière et je reçus dans mon service une jeune malade à qui l'on avait proposé une arthrotomie pour une arthralgie du genou, très tenace, paroxystique, et attribuée à un corps étranger articulaire probable.

L'étude approfondie de l'évolution de cette arthralgie, le caractère de soudaineté de ses douleurs, certaines particularités psychiques accompagnant ou même précédant les rechutes, et peut-être aussi la coïncidence d'une affection semblable chez une des hystériques alors présentes dans mes salles, me firent penser à la possibilité d'une affection symptomatique et non organique. Bref, en présence de l'histoire, de l'évolution et des signes de cette arthralgie, et malgré l'absence des stigmates hystériques habituels, je posai le diagnostic d'hystérie monosymptomatique, et vous verrez plus loin que l'événement me donna raison.

Donc, il est établi que l'hystérie monosymptomatique peut exister, mais ce sont là des faits très exceptionnels.

Bien souvent, en effet, le diagnostic d'hystérie monosymptomatique ne repose que sur la recherche incomplète ou forcément superficielle des stigmates physiques.

C'est ce qui a failli nous arriver pour P..., et à un examen rapide de nous n'avions constaté ni troubles de sensibilité générale ou spéciale, ni zones hyperesthésiques dans les régions ovarienne ou précordiale, non plus qu'à la région fessière, ce qui, dans l'espèce, eût pu expliquer le début des crises survenant lorsque la malade s'assied. Il n'y a pas non plus de dyschromatopsie, ni de rétrécissement du champ visuel.

A première vue la malade rentre donc dans les exceptions ; mais, en pratiquant la recherche plus fine de sa sensibilité, on s'aperçoit d'un retard général de la sensibilité tactile ; elle accuse la sensation du toucher quelques secondes après le contact, ou, si vous aimez mieux, elle ne perçoit pas de suite un attouchement léger.

En outre, la piqûre, le froid, le chaud sont sentis un peu différemment à gauche et à droite. A vrai dire je ne pourrais trancher la question de savoir s'il y a de l'hyperesthésie du côté gauche ou

de l'hypoesthésie du côté droit, mais le point important à noter, et utile pour nous guider dans la recherche du diagnostic, c'est qu'il y a une différence appréciable entre les sensations éprouvées des deux côtés. Enfin, le réflexe pharyngé est aboli.

Tout cela est suffisant, je pense, pour affirmer le diagnostic et rapporter à l'hystérie les crises que présente cette jeune fille.

D'ailleurs, ce diagnostic se confirme encore, lorsqu'on recherche dans le passé de cette enfant les incidents pathologiques, qui sont les compagnons habituels de la névrose.

A l'âge de 8 ans, P... ressentit à peu près tous les mois des palpitations, dont la violence, la brusquerie de l'apparition et de la disparition constituaient de véritables crises.

A plusieurs reprises, mais surtout dans ces derniers temps, elle a présenté des cauchemars terrifiants, en l'absence de toute intervention alcoolique.

Enfin, il y a trois mois elle a présenté au niveau du dos de la main et de l'avant-bras, un léger œdème bleuté, unilatéral, s'accompagnant d'une parésie des extenseurs des doigts de la main du même côté.

C'est peut-être à une infiltration de même nature, qu'il faudrait attribuer une boule passagère apparaissant et disparaissant, siégeant dans l'aisselle gauche et prise tout d'abord pour un ganglion hypertrophié.

C'est probablement aussi à cette même cause, et j'en profiterai pour vous faire remarquer combien les accidents du même type ont tendance à se reproduire chez le même individu, qu'il faut rapporter une tuméfaction de la langue, survenue à la suite d'une crise convulsive, indépendamment de toute morsure, et s'accompagnant pendant trois heures d'impossibilité de parler.

Voilà tout un groupe de troubles vaso-moteurs cutanés et muqueux, qui rentrent tout naturellement dans le cadre de l'hystérie et appartiennent, ainsi qu'un léger dermographisme, à la diathèse vaso-motrice.

Ce terme, analogue à celui de diathèse de contracture ou de paralysie, indique, comme eux, la préférence que manifeste chaque malade pour telle ou telle série d'accidents et vous voyez qu'ici il se trouve amplement justifié.

Si, maintenant, nous interrogeons la mère sur l'état psychique de son enfant, nous apprenons que son caractère est loin d'être égal et agréable. La malade est irritable, pleure facilement, ne travaille qu'à contre-cœur, est vaniteuse, et malheureusement elle a été entretenue dans cette mauvaise voie par une éducation trop tolérante.

Recherchons maintenant sur quel terrain s'est développée cette maladie ? L'hystérie infantile, étant donné l'âge même auquel elle se montre, a moins de chances de se greffer sur une dégénérescence acquise. De fait nous ne trouvons dans la vie antérieure de cette

enfant rien qui puisse donner la clef des accidents hystériques. Elle est née à terme, a marché et parlé de bonne heure et n'a eu que quelques maladies banales.

Peut-être vaut-il mieux remonter plus haut et rechercher dans l'hérédité l'explication de tous ces désordres.

Sur trois frères plus jeunes, l'un urine encore au lit, à l'âge de six ans ; un autre eut un jour une crise indéterminée, peut-être hystérique ; il est sujet à des peurs, et même à des hallucinations.

Le père, entrepreneur de maçonnerie, est buveur et alcoolique, depuis l'adolescence ou même depuis l'enfance ; il a eu des attaques, qui, d'après les détails que nous connaissons, les habitudes d'intempérance du sujet et l'époque tardive à laquelle elles se sont montrées, doivent être rapportées à l'épilepsie alcoolique.

Le grand-père paternel de notre malade a été interné à l'asile de Bonneval, à l'âge de 65 ans, en état de démence.

Donc l'ascendance paternelle suffit à expliquer la dégénérescence actuelle de notre malade, dont l'hystérie n'est qu'une des manifestations.

En résumé, il s'agit ici d'hystérie infantile héréditaire, comme l'est habituellement l'hystérie infantile, avec, à deux reprises différentes, des crises paroxystiques, apparaissant toutes deux à la même époque de l'année, au printemps, et survenant aux environs de l'âge critique, aux approches de la menstruation non encore installée.

Quelle médication opposer à un tel état ? Je ne ferai que vous signaler l'hydrothérapie, les toniques, les préparations martiales, et une bonne hygiène physique et morale, car, sur ce premier point, je pense, l'accord est unanime.

L'autre traitement, sur lequel on est moins d'accord, est la suggestion hypnotique, et c'est par l'examen de cette question que je terminerai cette leçon.

La suggestion peut s'exercer, vous le savez, de deux façons différentes, à l'état de sommeil hypnotique ou à l'état de veille.

Est-ce à la première de ces formes qu'il convient de recourir ici ? Tel n'est pas mon avis, l'hypnotisme thérapeutique étant passible de graves inconvénients dont je vais vous signaler quelques-uns.

Le premier obstacle auquel on se heurte parfois, c'est la difficulté ou même l'impossibilité qu'on a à endormir les malades. Un certain nombre d'entre eux sont tout à fait réfractaires, et chez d'autres, lorsqu'à force de longues tentatives on arrive à vaincre leur résistance, on s'aperçoit bien vite par la répétition plus fréquente ou par l'aggravation des accidents hystériques, qu'on n'a pas lieu de se féliciter du résultat.

Méfiez-vous donc des malades très difficiles à endormir ; mieux vaut mille fois les laisser tranquilles.

Supposons maintenant que votre malade soit facilement hypno-

www.libtool.com.cn

tisable. Il ne s'ensuit pas fatalement qu'ayant atteint ce résultat, vous soyez assurés du succès, car le malade, sur qui vous aviez fondé les plus belles espérances, pourra parfaitement se montrer indocile à tous vos conseils, à tous vos ordres, et vos efforts les plus persévérants ne donneront aucun résultat. En un mot, tout sujet hypnotisable n'est pas suggestionnable, et, en particulier, au point de vue thérapeutique.

Voici maintenant d'autres causes d'insuccès qui limitent encore le champ de ce mode de traitement.

Un médecin se rend près d'une hystérique, dans le but de la guérir, par l'hypnotisme ; il l'endort assez facilement, cherche à la suggestionner, et ensuite il veut la réveiller, mais n'y parvient pas.

Le temps passe, on s'inquiète, rien n'y fait et les choses durèrent si longtemps que ce ne fut que le lendemain que la malade sortit spontanément de sa léthargie. La tentative ne fut pas recommencée et vraiment le début n'était que peu encourageant.

Je vous citerai encore ce fait non moins intéressant. Une hystérique morphinomane doit être soumise au sommeil hypnotique, suggestionnée et de la sorte débarrassée du besoin maladif de la morphine. La malade est hypnotisable, suggestionnable, son médecin l'endort facilement, lui suggestionne de cesser ses piqûres ; et tout marche à souhait, si bien que cette malade en arrive à se passer de sa piqûre, mais..... à l'habitude de la morphine a succédé l'habitude de la suggestion, et elle ne peut pas plus se passer d'une séance d'hypnotisme qu'auparavant elle ne pouvait se passer de morphine ; il lui faut l'une ou l'autre et vous voyez d'ici le résultat, elle n'est pas guérie de sa morphinomonie comme on pouvait le croire, mais il s'y est surajouté ce que j'appellerai une suggestionomanie. Le médecin s'est mis ici dans une situation difficile sans aucun profit pour la malade.

Il existe même une catégorie de ces pauvres malades, à qui la pratique abusive et absurde de l'hypnotisme a rendu l'existence impossible. Tout le monde les endort, même sans le vouloir, et pour cela il suffit de les regarder fixement un instant.

Toute la série, forcément écourtée, des inconvénients que je viens de vous signaler : échec, modifications malencontreuses, aggravation, doivent vous rendre très circonspect dans l'emploi de l'hypnotisme ; aussi suis-je d'avis :

Qu'en fait d'hypnotisme, il ne faut y avoir recours, que quand le cas est assez grave pour qu'on puisse dire qu'on n'a plus rien à perdre ; dans ces conditions, mais dans ces conditions seulement, je recommande la suggestion qui parfois nous donnera des résultats merveilleux.

Permettez-moi de vous en citer un exemple ; je vous ai tout à l'heure rapporté l'histoire d'une malade de mon service de la Salpêtrière, atteinte d'une arthralgie hystérique.

Elle était depuis longtemps réduite à l'impotence, en proie à de vives douleurs, et dans l'impossibilité absolue de travailler ; on lui proposait l'arthrotomie.

Dans ces conditions, je me crus autorisé, en face de la situation déplorable où elle se trouvait, à tenter l'épreuve thérapeutique du sommeil hypnotique.

Le succès dépassa mes prévisions, car en combinant ensemble la suggestion à l'état de veille et la suggestion à l'état de sommeil, j'obtins une guérison complète et durable en une seule séance, mais ici il n'y avait rien à perdre, je ne pouvais guère aggraver la situation, car la malade qui n'avait que son travail pour vivre était alitée depuis deux ans et sur le point de subir une opération sérieuse.

Dans le cas de P... je me garderai donc bien d'avoir recours à l'hypnotisme ; je m'exposerais, chez cette enfant, à faire éclore toute une série de crises bien plus dramatiques que celles d'aujourd'hui existantes et à me priver de l'aide de sa volonté personnelle dont elle a un si grand besoin pour arriver à une guérison durable.

Je mettrai donc en œuvre ici la suggestion à l'état de veille. Je m'efforcerai de démontrer à cette enfant, comme j'en ai fait, au début de cette leçon, l'expérience devant vous : qu'entre être assise avec un pied étendu et l'autre par terre ou les deux pieds sur terre, il n'y a pas une si grande différence qu'une crise soit la conséquence nécessaire de ce léger changement de position.

C'est par des raisonnements de ce genre auxquels se joindront des encouragements et une moindre attention portée à toute sa personne, à tous ses actes, ainsi qu'un peu plus de fermeté dans l'éducation qu'on pourra parvenir rapidement à la guérison.

Nous ne ferons donc pas ici de suggestion hypnotique, non seulement parce que les accidents actuels sont trop légers pour justifier l'emploi de ce moyen thérapeutique, mais encore et surtout parce que la malade n'a pas jusqu'à ce jour été hypnotisée et qu'il faut toujours redouter les aggravations inattendues qui peuvent survenir à la suite des premières tentatives d'hypnotisation.

J'ai donné autrefois mes soins à une pauvre malade qui était devenue une grande hystérique à la suite des tentatives réitérées faites pour l'endormir, et vous trouverez son histoire très instructive dans la thèse intéressante de G. Guinon. Ce n'est malheureusement pas le seul cas que j'ai pu observer.

En résumé, la suggestion hypnotique est un moyen thérapeutique ayant ses indications et ses contre-indications :

Comme contre-indications je signalerai le fait de n'avoir pas encore été hypnotisé, et cela devra suffire pour vous faire rejeter la suggestion hypnotique si les accidents n'ont pas la plus grande gravité.

Et si la malade a déjà été hypnotisée, et qu'il soit même établi

qu'elle est suggestionnable, je n'aurai encore recours à la suggestion hypnotique que pour des accidents réellement très graves.

Enfin je regarderai comme une contre-indication absolue le fait de se trouver en présence d'accidents non hystériques ; car si la suggestion hypnotique est parfois un moyen merveilleux dans l'hystérie, en dehors de l'hystérie c'est un moyen inefficace, en particulier dans l'épilepsie et dans les différentes formes de l'aliénation mentale.

Les indications se résument donc en un mot : forme très grave et très tenace de l'hystérie, lorsque la situation est tellement déplorable qu'on n'a plus rien à perdre et qu'en revanche on peut parfois tout gagner.

Telle est ma manière de voir sur cette question importante : elle est conforme à l'enseignement de Charcot, à celui de la plupart de ses élèves, et en particulier du professeur Pitres. (*Revue de Psychiatrie*, juillet 1897.)

BIBLIOGRAPHIE

Dr Monteuuis (de Dunkerque.) — **Les déséquilibrés du ventre.** 1 vol. in-16, 1897. Paris. — Sous ce nom l'auteur nous fait connaître l'entéroptose, une maladie qui est encore une nouveauté pour nombre de praticiens, et qui cependant est vraiment fréquente.

C'est dire l'intérêt que présente ce travail et expliquer le succès qui lui vaut déjà une seconde édition.

Le véritable mérite de cet ouvrage est d'avoir appris aux médecins non seulement à comprendre ces malades jusqu'alors incompris qui sont les entéroptosés et que l'on prenait pour des utérines, des nerveuses ou des dyspeptiques impossibles à guérir, ces sujets qui sont d'autant plus intéressants à connaître qu'ils sont nombreux et restent incurables tant que leur maladie reste méconnue. L'auteur ne consacre pas moins du tiers de son travail à développer ce qu'il appelle le trépied thérapeutique de la maladie : la ceinture, le traitement pharmaceutique (laxatifs et alcalins) et le régime.

REVUE DES JOURNAUX

Opothérapie ovarienne. — La médication ovarienne, quoique de date récente, compte déjà d'assez nombreux succès. Elle est, tout comme la médication thyroïdienne, basée sur ce principe que toutes les glandes, pourvues ou non de conduits excréteurs, donnent au sang des principes utiles, dont l'absence se fait sentir après leur extirpation ou leur destruction par la maladie. La Revue pratique des travaux de médecine publie un bon résumé des études parues sur l'organothérapie par l'ovaire.

Le professeur Werth (de Kiel) est le premier (1896) qui ait tenté d'appliquer l'organothérapie ovarienne contre les troubles qui accompagnent la disparition de la sécrétion de l'ovaire, soit à la suite de la ménopause naturelle, soit à la suite d'intervention chi-

rurgicale. Sur 10 cas, dans 2 cas seulement le traitement n'amena aucun résultat. Dans les 8 autres cas, on constata une diminution des douleurs générales, des maux de tête, du manque d'appétit et de sommeil, des palpitations, du sentiment d'angoisse.

Peu de temps après, F. Mainzer (de Berlin) publia le résultat de ses recherches sur le traitement organothérapique des troubles fonctionnels consécutifs à l'ovariotomie double (congestions intenses de la face, céphalalgie, (étourdissements se produisant par accès. Il obtint une atténuation considérable de ces symptômes en faisant ingérer à ses malades de la substance ovarienne crue de vache ou de génisse, administrée en cachets à la dose quotidienne de 5 à 10 grammes. Mais il est aujourd'hui démontré que des doses aussi fortes ne sont pas nécessaires. R. Mond a vu 5 cas analogues également améliorés par le traitement organothérapique, ainsi que 2 autres cas de troubles causés par la cessation de la menstruation à l'âge critique, et 4 cas d'aménorrhée due soit à l'atrophie des organes génitaux, soit à la neurasthénie.

Landau, pour combattre les troubles nerveux qui accompagnent la suppression de la fonction ovarienne, à la suite de l'ablation de l'utérus et des annexes, a fait ingérer à ses malades du tissu ovarien. Toujours il a constaté la disparition au moins momentanée des accidents.

Spillman et G. Etienne ont obtenu de bons effets de l'administration d'ovaires frais de brebis, de substance ovarienne desséchées et de suc ovarien, contre la chlorose. Ce traitement agit, d'après ces auteurs, en facilitant l'élimination des toxines et en provoquant l'augmentation des globules rouges et la réapparition des règles. Mairet (de Monpellier), Jayle, Touvenaint, Jouin, ont aussi publié des observations favorables à cette médication contre l'aménorrhée et la chloro-anémie.

Lissac, dans une thèse de Paris (10 juin 1896) sur le traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme, conclut en disant: « L'opothérapie ovarienne paraît améliorer pour toujours ou temporairement la plupart des troubles, particulièrement les bouffées de chaleur, l'insomnie, les cauchemars et la céphalée.... L'idéal de cette médication serait atteint par une préparation que la malade pourrait ingérer commodément pendant un temps plus ou moins long, jusqu'au moment où l'organisme se serait habitué à la ménopause artificielle. »

Pour satisfaire à ce désir, M. F. Vigier a appliqué à la substance ovarienne, le procédé qu'il a présenté à la Société de Thérapeutique de Paris pour la conservation de la glande thyroïde à l'état frais : la glande, débarrassée de tous les corps étrangers (fibres, graisses, etc.) est pulpée, puis mélangée à du bi-carbonate de soude et à du charbon. Ces deux substances antiputrides n'altèrent pas son action et la conservent indéfiniment à l'état frais.

Il prépare de la sorte des capsules contenant 0 gr. 20 de substance ovarienne, ce qui permet de faire prendre à l'insu de la malade, si on le désire, l'ovaire en nature, c'est-à-dire n'ayant subi aucune modification chimique susceptible de détruire tout ou partie de la substance active. La médication par les capsules ovariques a, sur le liquide glycériné dont quelques auteurs se sont servi, cet autre avantage de ne pas provoquer de douleur comme les piqûres, et d'être beaucoup plus pratique. Elle est effectivement parfaitement tolérée et la dose, qui est de 2 à 6 par jour, peut être augmentée sans inconvénient. Mais cela est en général inutile.

Guerder, notamment, rapporte le cas d'une femme arrivée à la ménopause et qui éprouvait des névralgies, des phénomènes congestifs, des sueurs profuses, des vertiges : deux capsules ovariques

Vigier (20 ctg.) par jour, firent cesser les troubles après 3 jours ; la malade a continué ensuite la médication en prenant 2 capsules tous les 3 jours et les accidents n'ont pas reparu.

En résumé, conclut la Revue, la médication ovarienne paraît appelée, comme la médication thyroïdienne, à rendre de grands services à la médecine.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

LA CHÉLIDOINE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER ET DU SARCOME CHEZ LA FEMME.

Chmighelsky s'est servi de l'extrait de chélidoine (*chélidonium majus*) recommandé par Dénissenko, dans un cas de cancer situé au-dessous de l'oreille droite. Il a eu recours aux badigeonnages, aux injections interstitielles et à l'administration par la bouche. Voici les formules préconisées par lui :

a) Pour badigeonnages :

Extrait de chélidoine.....	2 parties.
Glycérine.....	1 partie.

N. B. — La tumeur est-elle recouverte de peau, on fera bien de l'enlever préalablement, pour agir directement sur le cancer. Ces badigeonnages agissent sur les parties molles de la tumeur ; ils seront répétés deux fois par jour.

b) Pour injections interstitielles :

Extrait de chélidoine.....	2 parties.
Glycérine..... }	aâ 1 partie.
Eau..... }	

N. B. — Ce mélange ne sera employé que fraîchement préparé. Les injections agissent sur les parties indurées de la tumeur ; elles seront répétées tous les deux à sept jours, et à des intervalles plus espacés encore, à la dose de une seringue de Pravaz.

Les injections interstitielles sont souvent accompagnées de faiblesse, d'élévation de la température et de douleurs. L'auteur combat les phénomènes secondaires fâcheux de la chélidoine par l'administration de la migrainine (à 0 gr. 6) et de la teinture de valériane éthérée (XX gouttes).

c) Pour l'usage interne :

Extrait de chélidoine..... ..	1 gr. 5-4 grammes.
Eau distillée.....	100 —

M. S. — A prendre par cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

N. B. — En cas où le malade accuserait des symptômes de faiblesse extrême, la chélidoine à l'intérieur sera supprimée pendant quelques jours, tout en continuant son emploi à l'extérieur.

Dans le cas de l'auteur, il s'agissait d'une tumeur cancéreuse récidivant pour la deuxième fois. Au début du traitement par la

chélidoine la tumeur continua à se développer tout en devenant plus mobile. Mais après trois semaines l'accroissement de la tumeur s'arrêta ; plus tard elle commença à se désagréger, à cicatriser et à disparaître. A l'heure qu'il est, deux mois après l'institution du traitement, la tumeur est très diminuée de volume, les douleurs ont disparu et l'état général de la malade est considérablement amélioré. Le traitement est encore continué.

Kalabine a eu affaire à une récidive d'un carcinome siégeant autour de l'orifice externe de l'urèthre chez une femme. Le traitement fut continué pendant trois mois. L'auteur s'est servi des préparations suivantes :

1° Extrait fluide de chelidonium majus. 100 grammes.

S. — A prendre par cuillerée à café, 3 fois par jour (le matin, vers 3 heures de l'après-midi et le soir en se couchant). Pendant deux mois la malade a absorbé jusqu'à 400 grammes d'extrait fluide.

Pas d'action nocive sur l'appareil digestif ; l'appétit est resté tel quel ; cessation des renvois et du pyrosis ; diminution des douleurs épigastriques ; pas d'écoulement hémorroïdal ; constipation plus accusée : la malade n'allait plus à la selle sans l'aide des lavements.

2° Extrait fluide de chélidoine..... 1 partie.
Glycérine..... 2 parties.

M. S. — A badigeonner les parties ulcérées de la tumeur.

Les badigeonnages sont assez douloureux. Les parties ulcérées saignaient-elles, les badigeonnages arrêtèrent l'écoulement du sang.

3° *a*) Extrait fluide de chélidoine..... 4 parties
Eau distillée..... } ââ 1 partie.
Glycérine..... }

b) Extr. aqueux de chélidoine concentré..... }
Eau distillée..... } ââ

M. D. S. — Pour injections interstitielles. (La première solution fut injectée en 5 fois, en tout 8 seringues de Pravaz, et il fut injecté 2 seringues de la seconde).

Il est bon de savoir que les injections sont très douloureuses et peuvent donner lieu à une notable élévation de la température (40°). Elles ont cependant donné de bons résultats, si ce n'est dans la diminution de la tumeur, du moins en prolongeant la vie et en améliorant l'état général.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

www.libtool.com.cn

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES PAR L'OXYCHLORURE D'ARGENT OBTENU PAR VOIE D'ÉLECTROLYSE,

Par le Dr Boisseau du Rocher.

Je rappellerai, en quelques mots, la méthode de traitement que j'ai préconisée à diverses reprises contre les maladies de l'utérus et des annexes, tumeurs fibreuses (hémorragies) métrites, salpingites. La méthode, d'une application des plus simples, se définit de la manière suivante.

Si l'on implante dans les tissus une aiguille d'argent, ou si l'on met au contact d'une muqueuse une tige d'argent chimiquement pur, reliées au pôle positif d'une batterie à courant continu, le négatif étant placé sur la peau sous forme de plaque humide, il se fait des réactions électro-chimiques, dont la résultante est la formation d'un produit nouveau, l'oxychlorure d'argent, qui naît au contact des tissus, et se trouve représenter l'agent médicamenteux.

Pour l'utérus, l'instrumentation consiste donc en une sonde, un hystéromètre en argent, de calibre suffisant, cette sonde présentant, à son extrémité, une prise de courant pour le pôle positif d'une batterie à courant continu.

Intensité du courant : J'ai toujours conseillé, et je conseille encore de ne jamais employer que des courants de faible intensité, et de se tenir dans les limites de 4 milliamp. à 10 milliampères, sans jamais dépasser 10 milliampères. L'intensité de 7 à 8 milliampères est donc l'intensité que l'on devra employer le plus ordinairement.

Les motifs de ces faibles intensités sont les suivants :

En premier lieu, le motif qui serait suffisant pour justifier cette pratique, est que les résultats que j'ai obtenus avec cette intensité, dans le traitement des affections que j'envisage aujourd'hui, ont toujours été des plus remarquables par leur rapidité et par leur constance.

Le second motif est d'un tout autre ordre d'idées, et demande de plus longs développements, dans lesquels je crois devoir entrer aujourd'hui, parce que je sais que des confrères ont été, et sont peut-être encore tentés d'employer des intensités plus élevées.

Une seule fois, chez une malade atteinte d'hémorragies graves, provoquées par une tumeur fibreuse, je suis monté progressivement jusqu'à 15, 20, etc., milliampères, pendant le temps très court de 3 minutes. Malgré ces précautions, le soir de la dernière séance, elle eut des accidents passagers, il est vrai, et sans aucune gravité, auxquels elle n'attacha pas d'importance, qu'elle mit sur le compte d'une mauvaise digestion, et dont elle ne me parla que

trois jours plus tard : ce furent des nausées, accompagnées de lourdeur de tête. La malade ne m'ayant accusé aucune douleur du côté du ventre, il s'agissait là, probablement, d'un véritable empoisonnement, non pas par l'oxychlorure d'argent, mais bien par des albuminates d'argent, qui sont excessivement toxiques. Ces albuminates peuvent, en effet, se former dans les tissus, dans certaines conditions, et si l'on emploie un courant d'une intensité trop élevée. Il est donc théoriquement probable qu'à l'intensité que j'avais employée, il s'était fait des albuminates d'argent. Or, en se tenant à l'intensité maxima de 10 milliampères que j'ai indiquée, l'on n'a absolument rien à craindre, ni comme réaction locale, ni comme accidents généraux. En effet, ces préceptes, je les applique chez moi depuis plus de quatre ans ; je les applique également à l'hôpital, et jamais je n'ai vu survenir le plus léger accident.

Je donne donc le conseil de ne jamais employer que des intensités de 7 à 8 milliampères.

Voici, d'ailleurs, un certain nombre d'observations prises dans le service de Lariboisière de M. le Pr Reynier et qui justifient les données précédentes.

Observations.

Une première série d'observations est relative à des hémorragies utérines de causes diverses.

Une deuxième série a trait à des utérus infectés.

Hémorrhagies utérines.

Obs. I. — La première observation se rapporte à une femme de 28 ans à laquelle, en mai 1895, M. le Prof. Reynier avait fait l'ablation des annexes pour des ovaires kystiques. Elle rentrait l'année suivante dans le service pour des pertes abondantes.

Après son opération, elle avait eu ses règles régulièrement. M. Reynier fait toujours porter sa ligature assez haut, sur l'extrémité de l'ovaire, cherchant ainsi à ne pas arrêter complètement la menstruation, et à éviter à de jeunes femmes les accidents qu'une ménopause trop précoce peut provoquer. Très souvent cette pratique réussit.

Deux mois avant sa nouvelle rentrée à l'hôpital, la malade avait ressenti dans le ventre des douleurs très vives, accompagnées de pertes blanches abondantes ; puis, les règles, régulières jusque là, avaient été remplacées par des hémorragies abondantes, presque sans interruption.

A l'examen, l'utérus était en antéflexion, un peu gros, et de consistance un peu molle.

10 avril, première séance d'électrolyse à l'argent, 10 milliamp. 8 minutes. Renversement du courant 10 secondes.

13, 17, 21, 24 avril. Même traitement.

La malade sort alors de l'hôpital n'ayant plus trace d'hémorra-

www.libtool.com.cn

gie, et n'ayant plus de douleurs ; quelques pertes blanches seules persistent.

Le 28 avril, les 1er et 5 mai, hystéromètre en charbon, avec des intensités progressives de 20 à 40 milliamp. chaque séance étant suivie du traitement à l'oxychlorure d'argent électrolytique d'une durée de cinq minutes et à l'intensité de 10 milliampères. La malade vient donc à l'hôpital deux fois par semaine, et retourne chez elle après chaque séance.

Le 25 mai, les pertes blanches ont complètement disparu.

Trois séances sont encore faites par précaution, avec l'intensité de : charbon 30 milliampères, et argent 8 milliampères, 5 minutes.

Les règles sont, à cette date, régulières et normales de 4 jours, sans douleurs ; l'utérus a repris son volume et sa consistance normales.

Revue le 18 décembre 1896, la malade est toujours bien réglée, et n'a ni pertes blanches, ni pertes rouges.

II. — La nommée L.., domestique, 20 ans, vierge, entre le 6 mai 1896, salle Gosselin, service de M. le Pr Reynier.

Depuis deux mois, la malade a des pertes continuelles très abondantes, accompagnées de l'expulsion de caillots. Commencée le mois précédent, l'hémorragie, très abondante, dure encore au bout de 32 jours. Elle souffre du ventre, et accuse des maux de tête, des crampes d'estomac, etc.

22 mai Argent 10 milliamp. Renversement 10 secondes 5 minutes.

26 mai. Même traitement.

2 juin. Même traitement.

Trois jours après, la malade a ses règles ; elles sont très peu abondantes, d'une durée de trois jours. Elle part au Vésinet.

A son retour du Vésinet, et au mois de juillet, elle revient à l'hôpital se faire examiner. Les règles sont maintenant normales, elle paraît complètement guérie.

III.— La nommée O..., 29 ans, est couchée lit n° 20, salle Gosselin, service de M. le Pr Reynier.

La malade a des pertes continuelles, on trouve une tumeur fibreuse formée de l'association de plusieurs noyaux fibreux. Le col est lui-même fibreux, et un noyau, faisant saillie à l'intérieur, le ferme presque complètement. Le diagnostic se complète par celui de métrite. Enfin, la malade est atteinte d'insuffisance mitrale, et l'on trouve des accidents cutanés syphilitiques dont la malade ne cherche pas d'ailleurs à cacher la nature.

Une opération radicale est décidée; mais, dès les premières aspirations de chloroforme, la malade est prise de palpitations violentes, et de suffocations telles que l'on est obligé de suspendre immédiatement la chloroformisation.

Le traitement par l'oxychlorure d'argent électrolytique est alors

commencé le 28 janvier 1896. Toutefois, comme il s'agissait de réduire autant que possible le volume des noyaux fibreux pour mettre la malade à l'abri d'une récidive, j'y ai joint le traitement au moyen d'un hystéromètre en charbon avec des intensités moyennes de 25 à 50 milliampères.

28 janvier 1896. Argent 10 milliamp. 5 minutes. Renversement 10 secondes.

31 janvier. Même traitement.

3 février. La malade perd du sang, et ne peut pas dire si ce sont ses règles ; elle ne sait plus à quelle date elles doivent venir. Tout traitement est cessé jusqu'au 8 février.

Le 8 février, les pertes sont toujours aussi abondantes ; le traitement est alors repris.

Argent 10 milliamp. 8 minutes, renversement 10 secondes, intracervical. Il est en effet impossible de pénétrer dans la cavité utérine.

Le 10, toute trace d'hémorragie a disparu.

11 février. Charbon 30 milliamp. Argent 10 milliamp. 8 minutes. Renversement 10 secondes.

14 février. Charbon 35 milliamp. Argent 10 milliamp., 8 minutes, renversement 10 secondes.

17 février ; Les noyaux fibreux sont très diminués de volume, et la malade sort de l'hôpital. Elle vient deux fois par semaine pour continuer le traitement.

21 février. Charbon 40 milliamp. Argent, même traitement.

25 février. Charbon 50 milliamp. Argent, même traitement.

Toute trace de métrite a complètement disparu, et la malade n'a plus aucune perte.

Tout traitement est alors cessé à cause de l'approche des règles. Les règles sont néanmoins en retard, la malade est renvoyée ; elle ne doit revenir qu'après ses règles.

Elle ne revient que le 3 avril ; elle nous dit que ses règles ont été en retard de cinq semaines, et qu'elles sont venues à la suite de fatigues. Elles ont du reste été peu abondantes.

3 avril. Charbon, 30 milliamp. Argent, 10 milliamp., 8 minutes, Rt. 10 secondes.

7 avril. Charbon, 25 milliamp. Argent, même traitement.

10 avril. Même traitement.

14 avril. Le ventre est un peu douloureux ; la malade nous dit qu'elle attend ses règles. De crainte de provoquer un nouveau retard, tout traitement est cessé.

28 avril. Les règles ont duré 6 jours, normales. Argent, 10 milliamp., 8 minutes, Rt. 10 secondes.

1er mai. Même traitement.

5 mai. Hystéromètre en platine, 30 milliamp. Argent, 7 milliamp. 8 minutes. Rt. 10 secondes.

8 mai, et 12 mai. Platine, 30 milliamp. Argent, même traitement.

15 mai. Les règles sont normales, les noyaux fibreux sont notablement diminués. Nous donnons alors congé à la malade qui vient nous revoir de temps à autre. La dernière fois que nous l'avons revue, à la fin du mois d'août, elle était toujours en excellent état et avait beaucoup engraissé.

IV. — La nommée P..., passementière, 29 ans, vient dans le service de M. le Pr Reynier le 18 novembre 1896.

Elle souffre du ventre depuis cinq ans. Il y a cinq ans, elle a consulté M. Siredey, qui l'a traitée pour une hématocèle. A la suite de ce traitement, elle est restée 18 mois sans souffrir.

Souffrant de nouveau, en juillet 1893, elle est allée voir M. Richelot qui lui a fait une incision du cul-de-sac postérieur ; la suppuration ne s'est tarie qu'au bout de cinq mois. A la suite de cette intervention, elle parut guérie. Cependant, au mois de juillet 1896, elle recommença à souffrir, et eut des hémorragies pendant et entre les époques. A l'examen, on ne trouve que de la métrite.

18 novembre. Argent, 7 milliamp. 4 minutes, Rt. 10 secondes ; le lendemain, la malade n'a plus de pertes.

21 et 24 novembre, même traitement.

La malade n'a plus aucune perte, la métrite est guérie.

Observ. V. — La nommée M..., domestique, 27 ans, est entrée salle Gosselin, service de M. le Dr Reynier, le 29 janvier 1896.

Réglée à 15 ans. Ses règles ont toujours été accompagnées de coliques ; leucorrhée abondante et continuelle. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Elle n'a été enceinte qu'une seule fois, et a eu un enfant, né à terme, qui est bien portant. Retour de couches au bout de deux mois.

Depuis quatre mois (septembre), les règles sont venues tous les 18 jours, et chaque fois des pertes abondantes ont eu lieu, accompagnées de caillots. Douleurs de ventre des deux côtés, mais plus aiguës du côté gauche, où l'on trouve la trompe un peu grosse. La malade a beaucoup maigri, bien que l'état général soit assez satisfaisant.

Le 12 février, le curettage est fait sous le chloroforme, et on retire une grande quantité de fongosités. Lavage intra-utérin, glycérine créosotée, mèche de gaze iodoformée, tamponnement et pansement.

Malgré ce curettage, la malade, quoique améliorée, a toujours des pertes, et souffre toujours du côté gauche, la trompe étant toujours dans la même situation. Le repos au lit a cependant été complet pendant un mois.

10 mars. Argent, 10 milliamp. 8 minutes, Rt. 10 secondes.

13 mars. Même traitement.

16 mars. Argent, 10 milliamp. 10 minutes, Rt. 10 secondes.

20 et 24 mars. Même traitement.

La malade quitte l'hôpital le 25 mars, et part au Vésinet complètement guérie.

www.libtool.com.cn

Métrites et Salpingites.

Métrites à gonocoques.

Observ. VI. — La nommée G..., âgée de 27 ans, sans profession, vient dans le service de M. le Dr Reynier, le 15 mai 1896.

Elle se plaint de violentes douleurs de ventre, depuis la fin du mois de février 1896, et a un écoulement verdâtre, caractéristique, très abondant. Au toucher, l'on trouve un utérus en antéflexion et très gros ; le spéculum montre, en outre, des ulcérations sur le col.

Cette malade est traitée exclusivement par l'oxychlorure d'argent électrolytique.

15 mai 1896. Argent, 8 milliamp. 5 minutes.

19 mai 1896. Même traitement.

22 mai 1896. Même traitement.

26 mai 1896. Même traitement.

A cette époque, le traitement est cessé à cause de l'approche des règles.

La malade revient le 16 juin. Elle est complètement guérie ; aucun traitement n'est désormais nécessaire.

Métrite et ulcérations du col.

Observ. VII. — La nommée L...., âgée de 29 ans, vient salle Gosselin, service de M. le Dr Reynier, le 15 avril 1896.

Elle n'a jamais fait de maladie grave. Réglée à 17 ans, elle a toujours été bien réglée, et n'accuse que des fleurs blanches continuelles. Il y a quatre ans, elle a fait une fausse couche de deux mois et demi. A l'âge de 27 ans, elle est accouchée à terme d'un enfant qui est mort à cinq mois et demi.

Le 5 mars, les règles qui sont venues le matin, s'arrêtent dans le courant de la journée à la suite d'une émotion causée par la mort de son mari.

Le 2 avril, les règles sont peu abondantes, et ne durent que quelques heures. La malade se plaint de douleurs de ventre, de crampes d'estomac, de maux de tête, et a des nausées et des vomissements.

L'examen ne montre qu'un écoulement de métrite avec ulcération du col.

Elle est traitée par l'oxychlorure d'argent électrolytique du 17 avril au 12 mai, deux fois par semaine, à l'intensité de 10 milliampères pendant 5 minutes.

Après 7 séances, elle a ses règles d'abondance et de durée normales.

Les 26 et 29 mai, même traitement.

L'écoulement a complètement disparu, et le col ne présente plus qu'une petite ulcération sur laquelle le même traitement est renouvelé trois fois encore.

www.tdtool.com.cn

La malade est revue au mois de juillet ; elle est complètement guérie, et a maintenant ses règles normales comme durée et comme quantité.

Observ. VIII. — B..., journalière, 33 ans, est entrée le 23 mars 1896, salle Gosselin. Réglée à 14 ans, mais irrégulièrement, elle a toujours eu une leucorrhée abondante, presque continuelle. Elle n'a jamais été malade. Elle a eu cinq enfants, et a fait une fausse couche de 3 mois, provoquée par une chute. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 4 ans, elle se plaint de douleurs dans les reins, dans le bas-ventre. Les douleurs augmentent par la marche. 15 jours avant son entrée à l'hôpital, on lui aurait enlevé un polype.

L'examen montre un col ulcéré, avec écoulement abondant par le col.

Le traitement à l'oxychlorure d'argent électrolytique est commencé le 31 mars, et continué à l'intensité de 10 milliampères pendant 8 minutes les 3, 9, 14, 17, 21, 24, 28 avril, et les 1er et 8 mai.

A cette époque, la métrite est complètement guérie.

La malade revient dans le service le 31 décembre 1896.

Elle est enceinte de trois mois.

CONCLUSIONS.

Des conclusions que j'ai prises lorsque j'ai fait connaître ma nouvelle méthode de traitement des affections de l'utérus et des annexes, je n'ai rien à retrancher. Il me suffira donc de les reproduire en leur donnant les développements nécessaires. Or, des observations précédentes, de celles que j'ai déjà publiées jointes aux faits que j'ai eu l'occasion d'observer depuis, nous pouvons conclure que l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse *loco dolenti*, donne des résultats rapides, en général immédiats contre les pertes, aussi bien contre les métrorragies que contre les ménorragies ; que l'action décongestionnante, qui se manifeste par la diminution de la tumeur, persiste longtemps encore après l'intervention ; d'où le précepte que, chez une femme jeune, on doit éviter avec soin d'appliquer cette méthode trop près de l'époque habituelle des règles ; il m'est arrivé, au moins au début, d'observer des retards considérables, qui n'ont jamais amené d'accidents, mais qui m'obligeaient à interrompre le traitement ; que chez les femmes, au contraire, dont la ménopause s'est déjà manifestée par des retards, cette action décongestionnante peut être utilement employée. Quand il s'agit d'une tumeur fibreuse, il est évident qu'une ou deux interventions ne suffisent pas pour empêcher qu'une nouvelle hémorragie ne survienne. L'on devra donc, dans ce cas continuer le traitement, et employer concurremment un traitement propre à réduire le volume de la tumeur autant qu'il sera possible. L'on peut alors, à ce moment-là, abandonner la malade à elle-même, en lui prescrivant de venir se faire examiner de temps

à autre. La pratique journalière démontre, en effet, qu'il est très facile, dans la très grande majorité des cas, d'empêcher, par un traitement très intermittent, bien dirigé, la tumeur de grossir, et, par conséquent, de conduire sans accident la malade, jusqu'à sa ménopause. Cette pratique a un intérêt de premier ordre : elle évite, en effet, à la malade les aléas d'une opération, et de ses suites soit immédiates, soit éloignées.

L'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse constitue, en outre, la méthode de traitement de choix contre les métrites, parce qu'elle est aussi rapide, et même plus rapide que les autres méthodes et n'oblige pas à prescrire aux malades le repos au lit. Les observations précédentes nous montrent, en effet, que toutes les malades qui en font l'objet, venaient deux fois par semaine seulement à l'hôpital, et que la guérison a presque toujours été obtenue entre deux époques ; elles nous montrent, en outre, que les métrites blennorragiques sont celles qui guérissent le plus vite.

Je ne veux pas faire le procès du curettage, ce procès étant gagné d'avance auprès des esprits impartiaux. Je me contenterai de dire que, si le curettage est indiqué dans certains cas spéciaux, il n'est pas moins certain qu'il peut avoir des dangers, et qu'il est intéressant pour les malades, de remplacer dans nombre de cas une opération douloureuse, qui exige, le plus souvent le chloroforme, avec ses dangers, qui exige de plus, le repos prolongé au lit, par un traitement qui donne des résultats plus constants et rapides, sans qu'il soit besoin de toutes ces précautions. Toutes les métrites que j'ai soignées soit à l'hôpital, soit en ville, ont été traitées, les malades venant souvent de très loin, deux fois par semaine, et s'en retournant plus ou moins chez elles. J'ai donc le droit d'affirmer que la méthode que j'ai préconisée ne fait courir aucun risque aux malades.

Salpingite. Le jour où j'ai fait connaître les résultats de ma méthode de traitement des salpingites, j'ai dit que beaucoup de salpingites étaient curables, que des pyo-salpinx même, pouvaient, souvent, être vidés par les voies naturelles, et que l'on n'avait pas le droit d'enlever des trompes, et de rendre stériles des malades, sans avoir fait des tentatives suffisantes. Depuis cette époque, j'ai traité un assez grand nombre de pyo-salpinx pour compléter, sans y rien changer, du reste, mes conclusions premières. Voici donc comment j'estime que la question doit être envisagée :

Lorsque l'on a affaire à un pyo-salpinx volumineux, ou à une trompe déviée, recourbée, toute tentative est inutile, et je conseille l'opération immédiate.

Mais quand la trompe n'est pas trop volumineuse, et a gardé sa position normale, l'on a des chances de lui faire expulser son contenu, même s'il s'agit d'une salpingite ancienne. Si l'on a affaire à une salpingite de date récente, alors l'on est à peu près certain

de vider la collection par les voies naturelles. Donc, quelle que soit l'ancienneté de l'affection, l'on doit toujours faire une ou deux tentatives, qui suffisent en général. Il convient alors de continuer le traitement, tant pour stériliser la cavité utérine, que pour amener le retrait complet des parois de la trompe. En règle générale, une trompe qui a commencé à se vider, doit se guérir complètement entre deux époques, en prenant les malades deux fois par semaine. Toutefois j'ai l'habitude de surveiller les malades pendant quelque temps, et de les traiter encore une ou deux fois, suivant les cas, après les époques qui suivent le traitement dont je viens de parler.

La dernière observation est un exemple des préceptes que je viens de formuler, et c'est à ce titre surtout que je l'ai donnée, outre qu'elle nous montre qu'il est parfois facile de vider un pyosalpinx. La malade, en effet, malgré nos avertissements, n'a pas voulu, par trois fois, se soumettre à un traitement suivi. Trois fois la trompe a été vidée dès la première ou la seconde séance, trois fois elle s'est remplie. Il est absolument certain que quelques interventions auraient suffi pour obtenir une guérison définitive.

Il me suffira donc de rappeler ce que je disais il y a deux ans : que dans les cas que je viens d'indiquer, l'on doit faire au moins une ou deux tentatives qui ne peuvent avoir aucun danger, étant donnée la faible intensité du courant employé. Le reproche, en effet, qui a été fait à l'électricité d'être dangereuse dans les pyosalpinx à cause des intensités élevées qui ont été tentées, ne peut être ici invoquée.

Enfin, je rappellerai, encore, ce que je disais en 1895 : que l'hystéromètre en argent se stérilise aussi complètement que possible, puisqu'il peut être porté à une température élevée sans être endommagé ; de plus, l'oxychlorure d'argent, à l'état atomique, étant un désinfectant de premier ordre, les causes d'infection n'existent pas. A ces avantages, vient s'ajouter cette autre considération que des intensités très faibles sont suffisantes.

La méthode de traitement par l'oxychlorure d'argent électrolytique, des hémorragies utérines, des métrites, et de certaines salpingites, constitue, en résumé, la méthode de choix par son efficacité rapide d'abord, et ensuite par son innocuité.

RAPIDITÉ DE REPRODUCTION DE LA MUQUEUSE UTÉRINE,

Par le Dr L.-M. Rossi.

La clinique a montré que la muqueuse utérine se reproduit, après le curettage, et devient apte au développement du fœtus. Mais le temps qu'il faut pour cela n'a pas été absolument établi pour la femme.

L'auteur conclut d'expériences antérieures, faites par lui sur la chèvre et la chienne :

1° Que la muqueuse du corps utérin, enlevée sur une large surface et dans toute sa profondeur, se reproduit entièrement, même avec de vraies glandes ;

2° Que cette reproduction se fait en somme lentement et subit, pour des circonstances indéterminées, des retards considérables.

Chez la femme, il s'est attaché à déterminer approximativement le temps minimum que la muqueuse utérine met à se reproduire complètement, après le curettage, de façon à devenir apte à la grossesse. Il a employé pour cela l'observation directe (procédé expérimental) et l'examen clinique.

Procédé expérimental. — Il a pu examiner trois utérus, après hystérectomie consécutive, dans un cas, 25 jours, dans l'autre, 27 et dans le troisième, 15, à un abondant et profond curettage.

La première femme était atteinte d'endométrite chronique et de salpingite, la seconde d'extométrite chronique et de salpingite double, la troisième d'épithéliome du col.

Chez toutes les trois, l'utérus était de forme régulière et de volume peu supérieur à la normale. Le parenchyme pariétal ne présentait rien de particulier ni macroscopiquement, ni microscopiquement.

La muqueuse, tant du canal cervical que de la cavité, offrait une surface lisse et régulière. On n'y notait çà et là que quelques taches noirâtres de sang et quelques dépressions en ligne droite représentant la trace de la curette.

Son épaisseur le long de ces traces était inférieure à celle des espaces voisins. Elle n'avait guère que deux millimètres et demi, au lieu de trois et trois et demi.

L'examen histologique, après traitement par le liquide de Hemming et coloration par la safranine, montrait un épithélium cylindrique de revêtement régulier et complet. A des distances assez voisines, de petites ouvertures ou infundibulums représentaient l'embouchure de tubes glandulaires assez nombreux, dont quelques-uns semblaient de formation récente. De l'épithélium interglandulaire partaient des tubes plus courts. Ces tubes se logeaient au milieu d'une couche de tissu connectif, où l'on pouvait noter de nombreux éléments fusiformes et arrondis, à gros nucléus, abondant surtout à la superficie.

Aux endroits correspondant à la place de la curette, les tubes glandulaires étaient plus courts, moins tortueux et présentaient peu d'infundibulums latéraux.

Chez une chienne, 31 jours après un curettage, la muqueuse utérine se trouvait en état de reproduction incomplète. On y voyait des glandes en voie de formation, des cellules en mitose dans l'épithélium de revêtement, des ébauches glandulaires avec des cellules plus profondes en mitose, enfin des cellules en mitose au fond de tubes glandulaires diversement développés.

Chez une autre chienne, 4 mois et 10 jours après l'application de pâte de canquoin, le développement était encore plus incomplet. La

muqueuse, peu épaisse, présentait des tubes glandulaires à un stade relativement récent, mais pas de vraies ébauches de glandes.

Ces différences dans le processus de reproduction de la muqueuse chez la femme et chez la chienne tiennent non seulement à la technique, mais aussi à ce que l'épithélium de revêtement, tapissant primitivement la solution de continuité, dérive de l'épithélium glandulaire des bords de cette solution, et qu'enfin les glandes reproduites proviennent de la prolifération de quelques cellules du nouvel épithélium de revêtement, dès qu'il a pris la forme cylindrique.

Chez la chienne, l'auteur enlevait une grande surface de muqueuse sans laisser d'infundibulums. Il ne restait que les bords d'où prolifère le nouvel épithélium, lesquels, étant éloignés l'un de l'autre, mettent plus de temps à tapisser l'utérus d'une nouvelle formation.

Chez la femme, au contraire, le curettage n'est jamais uniforme et complet. Il laisse toujours des traces de muqueuse et quelques infundibulums glandulaires qui sont l'origine d'un nouvel épithélium de revêtement et de nouveaux tubes glandulaires.

L'action trop étendue et trop profonde de la pâte de canquoin explique la difficulté et même l'impossibilité de reproduction de la muqueuse.

Examen clinique. — La muqueuse utérine est complètement reproduite 25 et 27 jours après le curettage, et presque complètement après 15. Il était intéressant de savoir si, après un si court espace de temps, elle est apte à loger le fœtus et à subir toutes les modifications qui peuvent amener la gestation à terme et de connaître approximativement la rapidité avec laquelle elle se reproduit.

L'auteur donne, dans un tableau, sept cas dans lesquels la fécondation, survenue un court laps de temps après le curettage, a été suivie d'une grossesse normale et à terme.

L'arrivée de période menstruelle indiquant un état normal de la muqueuse, il conclut que, dans cinq cas, sa reproduction a été complète, 20, 19, 18, 21 et 22 jours après le curettage, et dans deux cas, 17 jours après.

OBSTÉTRIQUE

LES TUMEURS FIBREUSES COMPLIQUANT L'ACCOUCHEMENT

Par M. le Dr MAYGRIER.

Placenta prævia ; hémorragies répétées et anémie grave. — Version par manœuvres internes et extraction d'un enfant mort, de 8 mois environ. — Délivrance artificielle très pénible pour adhérences anormales du placenta, inséré sur une tumeur

fibreuse du segment inférieur de l'utérus, ramollie et restée méconnue. — Mort de la femme une heure et demie après l'accouchement.

www.tbtool.com.cn

L'utérus que j'ai l'honneur de présenter à la Société obstétricale provient d'une femme morte dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, après un accouchement qui a nécessité une intervention des plus pénibles.

Cette femme s'est présentée à la salle de réception le 12 janvier 1897, à 3 heures 1/2 de l'après-midi, dans un état alarmant : pâle et anémiée, les lèvres et les conjonctives décolorées, le pouls rapide, ayant des nausées et des vomissements. Elle avait d'ailleurs toute sa connaissance et donnait les renseignements suivants : Elle est enceinte pour la seconde fois. La première grossesse s'est terminée à 8 mois par la naissance d'un enfant qui est né par le siège, et n'a vécu que trois heures.

La grossesse actuelle est d'un peu plus de huit mois, les dernières règles s'étant montrées du 25 au 30 avril 1896. Une première hémorragie, abondante, a eu lieu il y a trois mois. Une sage-femme appelée à ce moment a songé à des menaces d'avortement et a fait une piqûre de morphine. Depuis, la femme a encore eu quelques pertes sanguines, mais légères, et dont elle ne s'est pas inquiétée, quand la veille de son entrée, le 11 janvier, à sept heures du soir, sans cause apparente, elle a été reprise d'une hémorragie considérable, accompagnée de caillots. En même temps, elle a commencé à ressentir quelques douleurs. La sage-femme, appelée, lui a prescrit le repos, les injections chaudes, et lui aurait administré du seigle ergoté ; puis, la situation lui paraissant grave, elle a envoyé chercher un médecin qui a vu la malade le 12 janvier, à 9 heures du matin, et a conseillé son transport dans une Maternité.

En présence de l'état d'anémie prononcé de cette femme, dès son arrivée, avant toute exploration, on lui fait deux piqûres d'éther et deux injections sous-cutanées de 250 grammes de sérum artificiel chacune.

L'examen direct est ensuite pratiqué par la sage-femme de garde et l'interne de service, et donne lieu aux constatations que voici :

Il n'y a pas actuellement de perte de sang.

L'utérus a une forme allongée, est situé sur la ligne médiane, et remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde. Il est dur, rétracté d'une façon permanente, et le palper du fœtus est extrêmement difficile : il semble cependant que la tête occupe le flanc droit, le siège étant au fond de l'utérus. L'auscultation ne permet d'en-

tendre aucun bruit fœtal. Au toucher, le col est effacé, et largement ouvert ; il admet facilement deux doigts et paraît dilatable. On trouve très nettement des cotylédons placentaires engagés dans l'orifice cervical. Le bassin est bien conformé.

L'urine recueillie par la sonde présente un nuage d'albumine.

Immédiatement prévenu, je vois la malade à 5 heures. Mon examen confirme les renseignements précédents.

Le diagnostic se résume ainsi : Femme enceinte de huit mois et une semaine ; insertion vicieuse du placenta, probablement centrale, car on ne trouve de membranes nulle part ; enfant mort, se présentant transversalement ; travail arrêté par la rétraction considérable de l'utérus, due sans doute à l'administration du seigle ergoté.

Toutefois, le col semble suffisamment dilatable pour permettre la terminaison immédiate de l'accouchement, et devant la gravité de l'état de la femme, je me décide à intervenir sans attendre davantage.

On place la parturiente dans la situation obstétricale et on s'abstient de l'anesthésier ; au contraire, pendant toute la durée de l'opération, on lui fait respirer de l'oxygène et on lui fait avaler des cuillerées de potion de Todd.

Après avoir introduit la main droite dans le vagin, je pénètre avec l'extrémité des doigts dans l'orifice cervical, où je rencontre partout du tissu placentaire, très résistant, et je m'efforce de le décoller pour atteindre les membranes et les rompre. Ne pouvant y parvenir, tant le placenta me paraît adhérent, je m'efforce de pénétrer dans la cavité utérine en traversant directement le délivre : cette perforation est très pénible, et ce n'est qu'avec la plus grande peine que je peux arriver enfin aux membranes que je romps. Le liquide amniotique s'écoule jaunâtre. J'éprouve alors une gêne considérable à introduire la main tout entière dans l'utérus, comme si quelque obstacle invisible s'opposait à cette pénétration. J'attribue ces difficultés à la rétraction exagérée de l'organe, et après bien des efforts, je peux saisir un pied et l'attirer au dehors. Je pratique l'extraction du tronc, en procédant avec lenteur pour éviter de vider trop brusquement l'utérus et de déterminer ainsi une syncope. La tête dernière est dégagée sans difficultés. L'enfant, mort, est du sexe masculin ; il pèse 2.400 gr. et a 55 cm. de longueur.

Après la sortie du fœtus, une injection chaude au sublimé est faite immédiatement, et je réintroduis la main dans les organes génitaux pour pratiquer la délivrance artificielle. Je trouve alors, faisant suite au cordon, quelques cotylédons flottants, et j'es-

www.nbbook.com.cn

saye de décoller toute la masse placentaire que je crois sentir insérée sur le segment inférieur, particulièrement à gauche et en arrière. Mais elle présente des adhérences si intimes à la paroi utérine qu'elle semble faire corps avec elle, et qu'il m'est impossible d'effectuer la délivrance autrement que par lambeaux déchiquetés, plus ou moins volumineux. Chaque fois que je remets la main dans l'utérus, je constate qu'il y reste encore une masse volumineuse, de consistance molle, mais extrêmement résistante, que je cherche inutilement à entraîner, la prenant d'abord pour le reste du délivre. Toutefois, la résistance que j'éprouve me laisse bientôt hésitant sur la nature de cette masse, qui pourrait bien être une tumeur ramollie. Très fatigué par ces manœuvres, je renonce à achever moi-même cette délivrance artificielle, une des plus pénibles que j'aie jamais eu à pratiquer, et je prie la sage-femme de garde de me remplacer. Elle trouve, comme moi, un corps volumineux et mou implanté sur le segment inférieur de l'utérus, et ne peut arriver à en extraire que quelques lambeaux. Finalement, on cesse toute tentative d'extraction ; l'utérus est irrigué largement, et on abandonne à la nature l'expulsion des portions de délivre qui peuvent être restées dans l'utérus.

En réunissant tous les débris placentaires qui ont été enlevés, on a un amas du poids de 470 grammes.

Aussitôt après l'intervention, la femme est agitée, son pouls est à 120. La faiblesse paraît extrême. On lui fait de nouvelles injections sous-cutanées d'éther et de sérum. Mais son état s'aggrave rapidement, et elle tombe dans le collapsus. A 7 heures, on fait, dans une des veines du bras, une injection intra-veineuse de 1200 grammes de sérum. Mais il est trop tard ; c'est à peine si le pouls redevient un peu plus fort pendant quelques instants. La torpeur augmente, la respiration s'embarrasse, le pouls devient imperceptible, et la mort survient à 7 heures 1/2.

L'utérus a été enlevé 2 heures après la mort, et examiné avec soin. Sa surface extérieure ne présente rien d'anormal. Toutefois, il est très volumineux et semble renfermer un corps étranger dans son intérieur. On l'ouvre alors par une incision faite dans toute la hauteur de sa face antérieure. On découvre immédiatement une tumeur qui occupe la partie inférieure de l'utérus. Cette tumeur a exactement le siège suivant : elle est implantée sur les faces postérieure, latérale gauche et un peu antérieure du segment inférieur. Elle est distante du bord libre de l'orifice externe du col de 2 cm. 5, et du fond de l'utérus de 12 cm. Elle a 16 cm. de hauteur sur 17 cm. de large ;.son épaisseur est de 5 cm. au centre, qui est le point le plus épais. Sa consistance est

www.libtool.com.cn

molle, mais sa trame est très résistante. Sa surface, qui est d'une coloration rougeâtre, présente par places des portions déchirées, des pertes de substance longitudinales; il est impossible de reconnaître nettement des traces du tissu placentaire normal à son niveau. Le placenta était altéré lui-même, fibreux et adhérent à la tumeur au point de se confondre avec elle, ce qui explique qu'en pratiquant la délivrance artificielle on a pu arracher des lambeaux du néoplasme.

A la coupe, cette tumeur présente un aspect gris rougeâtre, et semble formée de faisceaux longitudinaux; elle ressemble au premier abord à un fibro-myome, ayant subi l'imbibition et le ramollissement qu'on observe habituellement dans les fibromes pendant la grossesse.

Un examen histologique a été pratiqué immédiatement sur une coupe fraîche. Par la dissociation et la coloration au picro-carmin, on a trouvé des faisceaux de tissu conjonctif semés de noyaux colorés en rouge. Mais dans la partie examinée, on n'a pas constaté l'existence de fibres musculaires lisses. Il est donc probable, jusqu'à plus ample informé, et en attendant les résultats que doit fournir un examen ultérieur plus complet, qu'il s'agit d'une masse de tissu fibreux, d'un fibrome pur, sans adjonction de tissu musculaire.

Dans cette observation, je tiens à relever les particularités suivantes, qui présentent un grand intérêt.

1° L'existence d'un placenta prævia ayant donné lieu à des hémorragies assez abondantes pour mettre la vie de la femme en péril.

2° La présence d'une tumeur fibreuse interstitielle et sous-muqueuse, ramollie, implantée sur le segment inférieur, ayant été une cause de dystocie (présentation du tronc, difficulté de la version....), et étant restée malgré son volume relativement considérable, complètement méconnue. M. Charpentier (1) a rapporté un fait analogue, qu'il a observé avec Doléris en 1882. Il s'agissait d'un fibrome énorme situé à l'union du col et du corps, qui mit un obstacle invincible à l'accouchement, échappa à toutes les investigations, et ne fut reconnu qu'à l'autopsie, la femme ayant succombé sans être accouchée.

3° L'insertion du placenta sur la tumeur et dans son voisinage, c'est-à-dire sur le col lui-même avec les adhérences tellement

(1) Charpentier. Traité pratique des accouchements, 1883, t II, p. 291.

intimes que la délivrance artificielle n'a pu être opérée que par une sorte de morcellement du tissu placentaire.

4° La terminaison fatale, malgré l'injection d'une dose massive de sérum dans les veines, injection faite il est vrai tardivement; cette terminaison paraît due à la fois à l'anémie aiguë, causée par les hémorragies répétées et au shock déterminé par les manœuvres longues et pénibles qu'ont nécessitées l'accouchement et la délivrance. (*Soc. Obst. et Gyn. de Paris.*)

Hydrorrhée décidiuale chez une femme atteinte d'insuffisance et de rétrécissement de l'orifice mitral. Deux accouchements prématurés sur trois grossesses,

Par MM. Stephane Bonnet et Grimodie.

Femme B., âgée de 30 ans, demeurant à R., Haute-Vienne. Réglée à 15 ans ; pas de maladie grave dans son enfance.

A l'âge de 20 ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec fièvre vive, ayant obligé la malade à garder le lit pendant plus d'un mois. Mariée à 21 ans ; 1re grossesse peu de temps après, normale et terminée par la naissance, à terme, d'une fille aujourd'hui âgée de 8 ans et bien portante ; quelques palpitations vers le 8e mois. Il y a un an, deuxième grossesse, terminée à 8 mois, sans accident ou autre cause occasionnelle apparente. L'enfant n'a vécu que quelques heures.

La malade signale que, pendant cette grossesse, elle a eu des pertes blanches extrêmement abondantes (accompagnées de maux de reins.)

Dès le 4e mois de cette grossesse, sont survenues des palpitations, des étouffements, de l'œdème des jambes, symptômes qui ont été en augmentant jusqu'à la fin, au point que la malade pouvait à peine rester couchée. Suites de couches longues et pénibles. Dans l'intervalle des grossesses, les règles sont restées normales, durant 4 ou 5 jours, sans leucorrhée ni douleurs lombaires, et sans autre accident que les palpitations et la dyspnée. C'est une femme blonde, saine, bien conformée et dont le mari, bien constitué, ne présente aucune tare pathologique.

La 3e grossesse, qui fait l'objet de cette observation, a commencé en mai 1894. Dès le début, les accidents cardiaques se sont accentués avec dyspnée et œdème, sans plus d'intensité toutefois que pendant la précédente. Elle s'est terminée à six mois, le 23 novembre, par un avortement spontané qui n'a présenté,

au dire de sage-femme, rien de particulier; l'enfant est né vivant et a survécu une heure. Délivrance normale ; placenta et membranes au complet. Le lendemain, dans la soirée, la malade est prise d'un grand frisson qui dure près d'une heure ; les dents claquent et les membres sont secoués violemment. L'écoulement est copieux et commence à être fétide. Fièvre vive la nuit et les jours suivants, *dyspnée*, *cyanose*.

Le 28, deuxième frisson aussi intense que le premier ; la dyspnée a augmenté et la cyanose est de plus en plus marquée. C'est alors qu'on me fait appeler.

Le 29, je vois la malade et la trouve dans l'état suivant : t° 39°5 ; pouls à 120, petit, irrégulier, très faible ; à l'auscultation, rendue très difficile par l'arythmie, un souffle couvre tout le premier temps. Légère congestion à la base des deux poumons. La face est vultueuse, les lèvres violacées, la respiration très difficile, la parole pénible. Le ventre est un peu ballonné et douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. Les lochies continuent d'être très abondantes et sont très fétides. Pas de sommeil ; si la malade s'assoupit un peu, elle se réveille brusquement avec des étouffements et des vertiges. Œdème des jambes ; albuminurie légère.

Traitement. — Injection sous-cutanée de caféine, faite immédiatement ; sulfate de quinine, digitale et éther. Injections vaginales avec une solution de sublimé au 1/4000.

Le lendemain, amélioration notable, surtout du côté du ventre qui est souple et indolore. La respiration est plus facile ; pouls à 100 ; t° 38°5. Les injections ressortent à peu près claires et la fétidité a disparu. Le cœur est plus régulier, ce qui permet de préciser les lésions : souffle présystolique, dédoublement du 2e temps : Insuffisance et rétrécissement mitral.

La macération de digitale et autres moyens appropriés diminuent rapidement les œdèmes et tout rentre dans l'ordre jusqu'en novembre 1896 où je la revois pour de nouveaux accidents cardiaques, œdème, etc.

Recherchant la cause de ce deuxième accident, la grossesse précédente s'étant aussi terminée prématurément, on me raconte que, un mois auparavant, le 20 octobre, au soir, elle a perdu subitement, étant assise et au repos, une quantité d'eau un peu teintée, empesant légèrement le linge, et qu'elle évalue à 1/2 litre ; cet écoulement n'a été précédé ni suivi d'aucun malaise, d'aucune douleur; elle s'est, au contraire, sentie soulagée, moins gênée et respirant mieux. Ces pertes se sont reproduites tous les 5 ou 6 jours avec les mêmes caractères, procédant toujours *par*

www.libtool.com.cn

flot, survenant sans prodromes, soit qu'elles coïncidassent avec quelque effort, soit sans cause appréciable, comme la première fois. Nul suintement, dans l'intervalle de ces écoulements toujours distants de quelques jours. Ces caractères : la brusquerie de l'écoulement par flot, sans cause appréciable, son intermittence, le défaut de tout suintement continu dans l'intervalle, la terminaison de la grossesse 35 jours après la première perte, m'ont autorisé à croire qu'il s'est agi ici d'un cas d'hydrorrhée déciduale.

J'ai pensé qu'il était intéressant de présenter cette observation :

1° Comme nouvel exemple de la fréquence des accouchements prématurés dans les maladies du cœur.

2° Comme contribution à l'étude des rapports des cardopathies avec l'hydrorrhée gravidique, celle-ci pouvant être une localisation éventuelle de l'hydropisie d'origine cardiaque.

La première de ces deux propositions du Dr Grimodie ne soulèvera pas d'objections. On connaît bien aujourd'hui l'influence des cardiopathies sur la durée de la grossesse et les travaux de plusieurs membres de cette Société, notamment de MM. Charpentier, Budin, Porak, n'ont pas peu contribué à établir cette notion. L'observation précédente est caractéristique à cet égard. Première grossesse, deux ans après une attaque de rhumatisme aigu, allant à terme ; 2e, terminée à 8 mois ; 3e, à 6 mois. Il est probable que la lésion cardiaque, latente encore, ou légère, lors de la première grossesse, a été aggravée par celle-ci et par la seconde, d'où répercussion secondaire, sur la seconde et la troisième.

Quant à l'hypothèse d'une localisation et d'une manifestation vers la caduque de l'hydropisie d'origine cardiaque, pour expliquer l'hydrorrhée déciduale chez cette malade, je ne sache pas qu'elle ait été encore formulée et je ne pense pas qu'elle soit admissible.

On admet généralement, depuis les recherches de Hégar, Cohnstein, Schroeder, etc., que cette hydrorrhée est imputable à l'hypersécrétion, causée elle-même par l'hypertrophie et l'inflammation des glandes de la caduque.

La congestion passive produite par une cardiopathie mal compensée peut sans doute exagérer cette sécrétion et compter comme un facteur non négligeable. A ce point de vue, l'observation ci-dessus mérite d'être notée et d'attirer l'attention sur des cas semblables, d'autant plus que la malade ne présente pas de signes évidents d'endométrite. (*Soc. Obstét. et Gynéc. de Paris.*)

Laparotomie ou colpotomie dans la grossesse extra-utérine. — M. Rossier (de Lausanne) a opéré, à la clinique du Dr Roux, 18 cas de grossesse extra-utérine. Un seul concerne une grossesse dans sa seconde moitié, coexistant avec un kyste de l'ovaire gauche : les deux tumeurs furent enlevées par laparotomie et la malade guérit sans complications. Les autres cas se divisent en 9 grossesses tubaires, 3 grossesses ovariennes, 5 hematocèles rétro-utérines. Toutes ces femmes furent opérées et guérirent, sauf 2. Dans l'un de ces cas, la malade a été emportée par une hémorragie survenue la veille du jour où l'opération devait avoir lieu.

Sur ces 17 cas, la colpotomie fut pratiquée cinq fois : deux fois il fallut la faire suivre d'une laparotomie, dans un cas immédiatement pour arrêter l'hémorragie dont on ne pouvait avoir raison par la voie vaginale ; la seconde fois huit jours après la première opération pour insuffisance de drainage. Les trois autres laparotomies concernent des cas où la tumeur siégeait très bas dans la cavité de Douglas.

Deux heures après l'opération, une violente hémorragie nécessita un second tamponnement.

Les malades opérées par laparotomie guérirent plus simplement et plus rapidement : trois purent rentrer chez elles au bout de quinze jours.

La laparotomie semble être l'opération de choix, la toilette du péritoine pouvant se faire avec plus de soin, la séparation des adhérences étant plus facile et moins dangereuse ; après avoir enlevé les caillots, on peut presque toujours refermer le ventre et s'abstenir de drainage ; enfin il est plus aisé par cette voie d'appliquer la méthode conservatrice de Martin, car on a une meilleure vue d'ensemble du champ opératoire. Les désavantages consistent dans l'éventualité d'une laparotomie secondaire et d'une hémorragie post-opératoire.

La colpotomie reste cependant la meilleure méthode lorsqu'il y a déjà des symptômes d'infection.

D'après M. Rossier, on peut formuler les règles suivantes relativement aux indications opératoires :

Quand le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé, lorsqu'il y a rupture ou qu'il survient un avortement abdominal, il faut pratiquer immédiatement la laparotomie, et, dans les cas très favorables seulement, la colpotomie.

En présence d'une hématocèle, il est préférable de pratiquer la laparotomie.

Traitement du placenta prævia. (Hofmeier.) — On ne doit donner le nom de placenta prævia qu'aux cas dans lesquels une partie plus ou moins considérable du placenta recouvre l'orifice utérin alors que le canal cervical est encore fermé. Suivant l'im-

portance de cette partie, le placenta prævia est dit partiel ou total (central).

Le placenta prævia se produit pendant la grossesse par suite du développement de l'œuf et de l'extension de la surface placentaire qui envahit la région de l'orifice interne ; mais il est douteux qu'il puisse se produire par l'implantation directe de l'ovule sur l'orifice interne, car les constatations anatomiques et embryologiques connues semblent contredire la possibilité de cette pathogénie.

Le symptôme capital est l'hémorragie qui se produit lorsque la caduque se sépare ou lorsque ses vaisseaux sont ouverts par le décollement d'un lobe placentaire. L'importance de l'hémorragie ne dépend pas du volume du lobe placentaire détaché.

Le diagnostic est basé sur l'existence de l'hémorragie et la constatation de la présence du tissu placentaire dans le col entr'ouvert. La persistance de l'hémorragie après rupture de la poche des eaux indique le décollement du placenta situé normalement ou tout au moins inséré à la partie supérieure de l'utérus.

Toute la thérapeutique doit tendre à arrêter l'hémorragie. Ce but est tellement primordial que toute considération tirée des chances de survie de l'enfant doit lui être subordonnée.

Le traitement de l'hémorragie par le tamponnement n'est admissible (après désinfection soigneuse du vagin et à l'aide de pièces stériles ou stérilisées) que : 1° pendant la grossesse ; 2° au commencement de l'accouchement, pour gagner du temps, relever les forces de la parturiente et à la condition qu'on puisse la tenir constamment sous la surveillance médicale.

Si le travail de l'accouchement est assez avancé, d'une manière générale, le meilleur traitement consistera à ouvrir largement la poche des eaux ; dans les cas simples, on se bornera à cette manœuvre ; dans les cas plus graves on abaissera un pied après avoir fait la version. Autant que possible on abandonnera ensuite l'accouchement aux forces naturelles, sans se préoccuper du sort ultérieur de l'enfant. A l'occasion on pourra dilater les parties molles de la mère pour faciliter l'extraction.

Pendant toutes les manœuvres de l'accouchement on aura soin de soutenir les forces de la mère par les moyens appropriés (injections salines, injections sous-cutanées d'éther et de camphre, lavements de vin, etc.). La période post-puerpérale devra être particulièrement surveillée.

Traitement des vomissements de la grossesse par l'eau oxygénée. — P. Gallois a obtenu dans le traitement des vomissements de la grossesse de bons effets de l'eau oxygénée. On sait qu'un des meilleurs moyens d'arrêter ces vomissements consiste dans les inhalations d'oxygène. Cette méthode n'étant pas facilement applicable à des malades pauvres venant à la consultation de la Charité, M. Gallois eut l'idée de faire prendre à ces fem-

www.rbook.com.cn

mes de l'eau oxygénée (bioxyde d'hydrogène) à l'intérieur. Il emploie cette substance de la façon très simple que voici :

On met une cuillerée à soupe d'eau oxygénée dans un litre d'eau et les malades prennent cette eau mêlée au vin pendant les repas. D'après les observations qu'il a recueillies à la Charité et qui viennent d'être publiées récemment dans la thèse de Briend, on constate que la guérison a lieu presque immédiatement ; le lendemain ou le surlendemain les malades ne vomissent plus. Lorsqu'il leur arrive d'interrompre l'usage de l'eau oxygénée aux repas, les vomissements recommencent.

Il s'agit, en somme, d'un traitement très simple qui s'est montré jusqu'ici constamment efficace et que l'on peut employer sans danger. La seule recommandation est de se servir de by-oxyde d'hydrogène et non pas d'eau chargée d'oxygène. On la reconnaît au caractère suivant : L'eau oxygénée $H^2 O^2$ doit rouiller presque immédiatement le fer sur lequel on la dépose en dégageant des bulles d'oxygène.

De la rétention prolongée du fœtus dans la cavité uterine, par le Dr Biot, de Mâcon. — L'auteur a observé trois cas, dans lesquels les fœtus de 2, 3 et 7 mois ont été retenus dans la cavité utérine pendant plusieurs mois sans déterminer d'accidents. Ces faits suggèrent à M. Biot les réflexions suivantes :

En face de cas de ce genre, le point essentiel est d'agir avec grande prudence et réserve.

Ne pratiquer aucune manœuvre tendant à l'extraction rapide de l'œuf, afin d'éviter sa rupture.

Accumuler toutes les chances possibles d'expulsion en bloc.

Prévenir l'infection du conduit vulvo-vaginal par les eaux plus ou moins corrompues.

Pratiquer le tamponnement antiseptique avant l'expulsion en cas d'hémorrhagie profuse, tant pour arrêter ou diminuer la perte du sang que pour faciliter l'expulsion de l'œuf.

Recourir, après l'accouchement, à toutes les pratiques les plus rigoureuses de l'antisepsie, pour assurer si possible l'asepsie des organes génitaux internes et externes.

MÉDECINE LÉGALE OBSTÉTRICALE

L'AFFAIRE LAPORTE. — L'OBSTÉTRIQUE EN POLICE CORRECTIONNELLE.

Il faut avoir assisté aux débats de l'affaire Laporte, pour se rendre compte de la partialité et du sans-gêne dont un président de correctionnelle peut faire preuve à l'égard d'un médecin. Laporte eût été un vulgaire cambrioleur, qu'il aurait été

www.libtool.com.cn

traité avec plus de ménagements. Il y a là un signe des temps. Décidément la médecine est brouillée avec la magistrature assise ou debout. Ce n'est pas un médecin qui vient d'être vilipendé en police correctionnelle, c'est le corps médical tout entier. Cette opinion a été exprimée par toute la presse politique ; elle s'est manifestée hautement dans le public, composé en grande partie d'avocats, qui assistait à la séance de mardi. Voici comment s'exprime à ce sujet M. Troimaux, qui a donné un excellent compte-rendu de l'affaire dans l'*Echo de Paris* :

N'eût été la présence du public et l'assistance de son avocat, Laporte, aurait pu se croire encore dans le cabinet de l'instruction. Interrogé par M. le président Richard, il n'a entendu parler que de sa culpabilité, de sa maladresse, de son imprudence, de son ignorance ; on lui a reproché jusqu'à sa pauvreté ; on a cru qu'il était utile d'apprendre au public que, faute de domestique, il était réduit à cirer lui-même ses chaussures ; on lui a fait un crime de n'avoir pas de clientèle et d'être, dans la profession médicale, un besogneux débutant ; on l'a mis aux prises avec des commères de son quartier fortes en gueule, que le président soutenait dans une invraisemblable discussion où, les poings sur les hanches, elles voulaient le convaincre d'ignorer le maniement du forceps... Et, pendant plus de trois heures, cet homme qui a travaillé pendant vingt années pour conquérir un diplôme, cet homme que la misère a rendu timide, cet homme qu'un épouvantable accident, une détention de plusieurs semaines ont chagriné et affaibli, a été, sous nos yeux, torturé par un président que l'endurcissement professionnel aveugle et par des témoins acharnés à sa perte, — les mêmes témoins qui l'eussent porté aux nues et qui eussent fait sa fortune si l'opération qui a mal tourné avait réussi.

Trois heures d'audience sans entendre un mot qui laisse deviner une sympathie cachée, trois heures d'interrogatoire sans sentir chez le président le moindre désir de découvrir un innocent, supplice effroyable ! Et cependant, si jamais l'occasion se présenta pour un magistrat de tenir la balance égale entre l'accusation et la défense, ce fut certes hier. Mais M. Richard n'a pas voulu la saisir et il s'est volontairement privé du plaisir de faciliter la réhabilitation d'un homme que les savants, ses maîtres, proclament, avec tout le monde, malheureux peut-être, innocent certainement.

Le seul reproche de l'accusation, basé sur le rapport des experts, est que Laporte aurait introduit son instrument dans les organes génitaux sans le guider avec le doigt. Mais qu'en savent-ils les experts ?

— Si j'avais agi comme vous le dites, on aurait trouvé des lésions ; or, il n'y en avait pas, objecte le prévenu.

— Les témoins, répond le président, affirment que vous n'avez pas conduit le forceps avec la main. Vous l'avez plongé brutalement.

Les témoins ! Quels témoins ? Les voisines du ménage Fres-

quet : c'est elles que l'accusation institue juges de la dextérité du docteur Laporte !...

Ce sont ces commères qui critiquent la position que le docteur avait fait prendre à l'opérée : ah ! elles le guettaient par la porte entr'ouverte de la cuisine où Laporte les avait consignées : elle avait les jambes pendantes ; elles furent indignées, et se précipitèrent sur le médecin, et lui enjoignirent de s'y prendre mieux.

Que ne les avait-il chassées jusque dans la rue ! Ce sont elles qui ont armé le juge d'instruction contre lui.

Cependant il poursuivait son opération : trois fois il appliquait le forceps ; trois fois son effort était infructueux.

Le président.— C'est alors que vous avez dit : Je suis au bout de mon rouleau !

R.— Un médecin est au bout de son rouleau quand il a terminé son opération.

Le président.— Il y a des médecins qui ont le rouleau plus ou moins long.

Vous avez déclaré que la craniotomie était nécessaire et cependant vous ne l'aviez jamais pratiquée ?

R.— Je vous demande pardon ; à l'hôpital, sur des fœtus morts.

Le président s'indigne ensuite qu'on puisse, en pareille occurence, recourir au premier instrument venu.

— Il fallait s'y résigner, répond Laporte, ou laisser la mère mourir ; c'était au moins une chance de la sauver.

— Elle n'en est pas moins morte ! s'exclame le Président.

— Oui, mais deux jours après ; tandis que si je m'étais abstenu, elle pouvait mourir immédiatement.

— C'est possible, riposte le président, mais pourquoi n'avez-vous pas dirigé votre instrument avec le doigt ?

— Je l'ai dirigé, répond le prévenu.... il n'aurait pas pu atteindre le fœtus sans cela...

— Ce n'est pas une craniotomie que vous avez faite, c'est une boucherie, dit spirituellement le président.

Savez-vous quels témoins on oppose à Laporte ? des commères du quartier qui avaient été priées de quitter la chambre pendant l'opération et ont prétendu avoir vu à travers la porte entrebâillée ; je cite quelques-unes de ces dépositions :

— Non, dit une commère, avec assurance, non, il n'a pas conduit le forceps avec le doigt... Il ne savait même pas tenir un forceps... J'en ai vu, moi, des accouchements, je sais comment il faut s'y prendre... Et son forceps, grands dieux ! il ne fonctionnait même pas !... Et il lui avait laissé les jambes pendantes, à la malheureuse... Il tirait, il tirait !.. Son aiguille, il l'a plongée !...

L'indignation suffoque le docteur Laporte ; il essaie de ré-

pondre, il veut discuter, il prétend savoir son métier, connaître ses instruments.

www.libtool.com.cn

— Laissez parler le témoin, lui ordonne sèchement le président.

Et la bonne femme triomphe; menaçante, penchée sur son banc, la tête et les bras tendus vers le docteur, elle crie et gesticule.

Le docteur Laporte est réduit au silence.

Il faut que Me Henri Robert intervienne, s'interpose et conjure le président de réserver son appréciation pour la fin des débats. Ironiquement, il en appelle à son impartialité, et sa parole coupe court à cette scène scandaleuse.

— J'ai vu plus d'un accouchement, moi, clame la commère, je sais comment on s'y prend, et quand je lui ai vu le ciseau en main, je me suis jetée sur lui et je le lui ai arraché!

— Allez-vous asseoir! ordonne le président.

Et c'est un soulagement pour tous de voir disparaître cet étrange témoin.

Avec la sage-femme, Mlle Maîtrepierre, celle qui fit appeler le docteur Laporte, les choses commencent à être remises au point.

— Mme Fresquet, dit-elle, avait refusé d'aller à l'hôpital, malgré mes conseils.

Et ce mot terrible, inspiré par la misère, non par l'avarice :

— Lorsque je dis qu'il fallait appeler un médecin, M. Fresquet me répondit : « Je n'ai pas d'argent pour en faire venir un pendant la journée ; attendons la nuit, nous aurons celui du service de nuit : il ne coûte rien. »

Le docteur Laporte vint. Comment procéda-t il ? Mlle Maîtrepierre tenait la tête de la malade et administrait le chloroforme, mais elle constata une chose certaine : *le docteur était très émotionné* ! Puis une autre chose de haute importance :

— Je crois bien, sans pouvoir toutefois l'affirmer, qu'il dirigea le forceps avec la main !

Puis viennent d'autres témoins à charge qui sont malheureusement des médecins ; ce sont les experts. Le premier, M. Socquet, avait, dans un premier rapport, déclaré que Laporte avait par sa maladresse, sa négligence et l'inobservation des règles de l'art, occasionné la mort de la femme Fresquet.

Un second expert, un accoucheur distingué, fut adjoint quelques jours plus tard, alors que Laporte était incarcéré à la suite du rapport du premier.

M. Maygrier rétablit les choses au point ; cependant il main-

tint une des conclusions de M. Socquet, à savoir, qu'il y avait eu *faute*, parce que l'opérateur n'avait pas guidé son aiguille avec son doigt.

Mais puisque Laporte dit avoir guidé l'instrument, c'est donc en se basant sur les dépositions des vieilles commères que les experts étayent leur accusation. D'après M. Maygrier, il y a une faute commise.

— Mais faut-il encore ajouter, dit M. Maygrier, que la responsabilité du docteur Laporte est atténuée par plusieurs circonstances: 1° il était placé dans des conditions défectueuses, dans un milieu défavorable, privé de l'aide et de l'assistance nécessaires ; 2° il avait de la craniotomie une notion insuffisante ; la craniotomie est une opération rare mais il se trouvait obligé de la pratiquer sous peine de manquer à son devoir ; 3° il avait des instruments défectueux qui pouvaient « faire des échappées », même entre des mains plus expérimentées que les siennes.

Viennent enfin les témoins à décharge. Nous respirons et l'audience tout entière éprouve un immense soulagement lorsqu'elle entend le professeur Pinard, dans un plaidoyer chaleureux et précis, rétablir les faits.

L'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris déclare que le docteur Laporte avait le droit et le devoir d'appliquer les forceps chez Mme Fresquet ; il les a appliqués avec toutes les règles de l'art ; il n'a pas réussi.

— Beaucoup à sa place seraient partis et auraient laissé cette femme qui ne pouvait accoucher et serait morte aussitôt.

Son devoir était d'intervenir : il le fit et, en le faisant, il s'est conduit comme un accoucheur blanchi sous le harnais.

Il devait donc faire la craniotomie, et il avait un craniotome dans les mains : une branche de son forceps qui se dévisse, s'isole, précisément pour servir de craniotome. Il s'en servit.

Et, aurait pu ajouter M. Pinard, c'est en voyant Laporte dévisser son forceps que Mme Houbert fut prise de peur et crut qu'il se servait d'un instrument en mauvais état.

— Longtemps, poursuit le docteur Pinard, on n'a pas eu d'autre craniotome que cette branche de forceps.

Le docteur Laporte n'a pas obtenu avec cela le résultat qu'il cherchait : c'est qu'il n'a pas réussi à atteindre la tête du fœtus, et il n'y a à cela rien d'étonnant, la tête étant toujours excessivement mobile, et l'enfant de Mme Fresquet ayant les os très durs, car il était volumineux, et c'était un mâle !

Il a pris une aiguille. Comment est-elle, cette aiguille ? Mais ni trop longue, ni trop courte, ni trop gracile ; elle pouvait fort bien remplir son rôle. Songez donc que si le craniotome se casse, nous nous servons, en cas d'urgence, d'un bistouri qui est plus petit que cette aiguille.

Moi, je me suis une fois servi de la branche du forceps. Laporte l'a fait, et il a cru avoir réussi.

Ce n'était pas si facile, ce qu'il a tenté ; il a fait preuve d'une volonté tenace et éclairée, sans défaillance du commencement jusqu'à la fin, d'une énergie étonnante chez un jeune homme qui en est à sa première craniotomie, qui décèlent un tempérament opératoire remarquable.

N'empêche qu'il a perforé la vessie.

— Etes-vous bien sûrs, demande le docteur Pinard en se tournant vers MM. Socquet et Maygrier que cette perforation n'est pas due à des aiguilles du bassin ? Vous savez que cela s'observe fréquemment chez des femmes au bassin rétréci et qui ont eu déjà plusieurs couches.

J'espère d'ailleurs, poursuit-il, souriant malicieusement, qu'on a conservé le bassin et qu'on peut m'affirmer qu'il n'avait pas d'aiguilles osseuses.

Silence au banc des experts.

— Alors, reprend le docteur Pinard, je me demande comment on a pu affirmer que la perforation de la vessie est due à l'aiguille de Laporte.

Autre chose : votre rapport, Messieurs les experts, constate que l'appareil génital ne portait aucune lésion ; après quatre applications de forceps non conduit, après introduction d'une aiguille non conduite ? Eh bien, le docteur Laporte est un praticien de première force. S'il avait opéré comme vous le croyez, ces intruments eussent causé des ravages terribles.

La double perforation ? Je soutiens qu'elle n'a pu être produite qu'en conduisant l'aiguille. Non conduite, l'aiguille n'aurait pas pu pénétrer jusqu'à cet endroit.

Donc, si c'est lui qui a produit la perforation de la vessie c'est qu'il a fait ce que vous lui reprochez de n'avoir pas fait : il a conduit l'aiguille !

Désorienté, le président essaie de discuter :

— Mais, Monsieur, dit en souriant le docteur Pinard, si on me voyait opérer, on me traînerait en cour d'assises.

Et les deux experts luttent timidement pour défendre leurs conclusions : ils tiennent pour une perforation traumatique.

— Le bassin n'avait pas d'aiguilles, dit le docteur Socquet.

— Pouvez-vous nous le montrer ? où est-il ? insiste le docteur Pinard.

— Certainement, commence M. Maygrier.

— Le docteur Maygrier l'a-t-il vu ? interroge malicieusement M. Pinard.

— Non, répond le docteur Maygrier. Mais il ne peut pas y avoir d'aiguilles à l'endroit où fut perforée la vessie.

— Qu'en savez-vous ? retorque M. Pinard. Savez-vous où se trouve la vessie pendant les douleurs d'un accouchement difficile ? Personne n'a jamais pu le dire.

www.medpool.com.cn

Ce qui est certain, c'est que l'autopsie n'a pas été faite avec la rigueur voulue ; c'est qu'une pièce à conviction très importante manque, c'est le bassin.

A la suite de la chaleureuse et entraînante plaidoirie de M. Pinard, l'acquittement paraît certain et nous espérons que le ministère public va abandonner l'accusation.

Point ! Un substitut du nom de Bronchot avait appris par cœur un réquisitoire qu'il a fallu entendre. Pendant deux heures ce magistrat a voulu nous démontrer que M. Pinard n'était pas compétent, parce qu'il n'avait pas fait l'autopsie ; il a voulu surtout, M. le substitut, réquisitionner contre les médecins et établir que ceux-ci doivent être responsables de leurs fautes et de leurs erreurs professionnelles.

Nous admettons dans une certaine mesure que le médecin soit responsable des fautes graves et bien démontrées ; mais il faudrait admettre aussi la responsabilité des magistrats qui se trompent cependant quelquefois. Qu'on nous cite un seul exemple d'un magistrat inquiété pour une faute ou une erreur dans l'exercice de sa profession. N'a-t-il encouru aucune responsabilité le juge Bertulus qui, sur de simples commérages, a emprisonné et ruiné un médecin honorable sous la simple prévention d'une erreur thérapeutique ?

Nous l'avons dit au commencement de ce compte rendu, ce n'est pas à l'insignifiante personnalité de Laporte que ce procès a été intenté ; c'est au corps médical tout entier. On nous a jeté un défi ; nous ne manquerons pas de le relever.

LE JUGEMENT LAPORTE.

Voici, sans commentaires, le jugement rendu par la 9e Chambre dans l'affaire Laporte : nous appelons seulement l'attention de nos lecteurs sur les parties *en italique*.

« Attendu que Laporte a été appelé le 11 septembre 1897 la nuit pour un accouchement difficile auprès d'une femme en travail depuis 36 heures et ayant eu déjà cinq grossesses suivies d'accouchements très laborieux ;

« Attendu que Laporte s'est rendu au domicile de cette femme, muni d'un forceps, *seul instrument en sa possession* ; qu'après l'examen de la malade il a jugé que l'application du forceps était nécessaire ;

« Attendu qu'il a fait cette application de forceps *sans guider l'instrument avec la main* ; qu'il a donné à la parturiente une *position vicieuse* : le bassin sur le lit et les jambes pendantes ; que

le mari a dû intervenir et placer sa femme dans la position normale ;

« Attendu qu'après trois applications de forceps sans résultat, le Dr Laporte a fait preuve d'une grande agitation, d'un grand trouble, et a déclaré à plusieurs reprises qu'il était au bout de son rouleau ;

« **Attendu que lorsqu'on lui** a proposé d'appeler un autre médecin il a **répondu qu'il voulait attendre** encore ;

« Attendu qu'il a jugé l'opération **de la craniotomie** nécessaire et qu'il n'était en possession d'aucun instrument **propre** à pratiquer cette opération. Ayant d'abord essayé la pointe de **son forceps**, il a demandé un instrument pointu quelconque ; rejetant un **porte-**étiquette et un équarissoir, il a pris une aiguille de matelassier sans la tremper dans l'eau bouillante et *sans l'aseptiser en aucune façon* ;

« Attendu qu'il a introduit cette aiguille dans le vagin de la parturiente *sans la guider avec la main*, en écartant seulement les lèvres de la vulve ;

« Attendu qu'après avoir retiré l'aiguille il n'a point vérifié le résultat de cette première opération, qu'il a pris un ciseau à froid, l'a introduit encore sans le guider et a frappé dessus avec un marteau, si bien que les personnes présentes lui ont arraché des mains ce ciseau et ce marteau ;

« Attendu qu'après cela la femme s'est réveillée, a fait quelques mouvements qui ont fait paraître la tête du fœtus à l'orifice du vagin, que Laporte ne l'a pas reconnue tout d'abord et que c'est seulement ensuite, que sur les instances du mari il s'est décidé à l'extraire ;

« Attendu qu'après après avoir eu l'enfant il se disposait à partir sans délivrer la femme, qu'il s'est ensuite retiré et n'a plus reparu ;

« Attendu que quelques heures après l'accouchement des symptômes graves se déclarèrent chez la malade et décidèrent le Dr Ballouhey à la faire conduire à l'hôpital où elle mourut le 14 septembre à huit heures du matin ;

« Attendu que le cadavre de l'enfant portait une plaie au crâne ;

« Attendu qu'à l'autopsie les médecins experts ont reconnu que la mort de la parturiente avait été amenée par une péritonite consécutive à une double perforation de la vessie provoquée *selon toute probabilité*, par l'aiguille dont s'est servi le Dr Laporte ;

« Attendu que M. le Dr Maygrier conclut avec M. le Dr Socquet que la perforation de la vessie est l'œuvre d'un instrument aigu.

« Attendu cependant que M. le Dr Pinard proteste contre cette manière de voir et qu'il explique la rupture de la vessie par des perforations spontanées ou produites par des aiguilles osseuses si fréquentes à l'intérieur du bassin ;

« Attendu qu'une note complémentaire des experts ne permet

pas de conclure à des ruptures spontanées et qu'il n'a pas été trouvé d'aiguilles osseuses dans le bassin de la parturiente ;

« Attendu que le Tribunal, placé entre les argumentations de médecins aussi éminents, les unes basées sur les constatations à l'autopsie et les autres sur des vues théoriques et des hypothèses, conclut que les *perforations de la vessie ont été faites par l'aiguille à matelas* et que la mort est survenue du fait des négligences graves et de l'impéritie du prévenu ;

« Attendu que les tribunaux doivent être d'une extrême prudence, que les opinions, les théories leur échappent et qu'ils ne peuvent pas contrôler un diagnostic ni l'opportunité des interventions médicales, mais que leur compétence s'étend aux fautes de droit commun commises par ignorance, impéritie ou maladresse : les fautes lourdes ;

« Attendu que Laporte se disait médecin et accoucheur, sans avoir rien des connaissances requises, *qu'il n'avait pratiqué que* 2 *accouchements en dehors de ses études gynécologiques*, qu'il n'avait jamais fait de craniotomie, qu'il s'est montré aux yeux de la sage-femme d'une inexpérience accusée, qu'il a fait chloroformer la malade sans exercer une surveillance suffisante ;

« Attendu qu'étant agité, ému et manquant de la possession de ses facultés, il aurait dû envoyer chercher un autre médecin ; qu'en pratiquant la craniotomie, il a fait preuve d'impéritie et d'inexpérience en n'introduisant pas d'abord, comme il est prescrit, la main gauche dans le vagin, la tête de l'enfant étant maintenue, et en ne guidant pas le perforateur sur les deux doigts de cette main : l'index et le médius, manœuvres qui assurent le succès de l'opération et protègent les organes ambiants ;

« Attendu qu'il n'a pas observé ces règles d'après les déclarations nettes et précises des témoins et celles de Mlle Maitrepierre, plus vagues, disant que, peut-être, il a accompagné l'aiguille dans le vagin avec un doigt, *ce qui est insuffisant* ;

« Attendu que les déclarations du prévenu à l'instruction sont pour la plupart des aveux, que le prévenu a dit entre autres choses : « Je crois que j'ai perforé le péritoine avec l'aiguille, mais je n'ai pas vérifié avec le doigt » ;

« Attendu qu'en introduisant l'aiguille dans le vagin, sans la guider et en n'en contrôlant pas les effets, il a contrevenu aux règles les plus élémentaires de l'art et s'est montré d'une incapacité manifeste, qu'il a fait preuve de tout le désarroi de son esprit par l'usage inconsidéré, inutile et dangereux, du marteau et du ciseau ;

« Attendu cependant qu'il y a lieu de tenir compte de la parfaite honorabilité de sa vie, des difficultés si grandes de ses débuts, de son émotion, de son manque de pratique par la rareté des clients, le tribunal admet des circonstances atténuantes et condamne le sieur Laporte à 3 *mois d'emprisonnement avec application de la loi Béranger.* »

www.libtool.com.cn

FORMULAIRE

Traitement de l'entérite muco-membraneuse chez la femme.

(J. CHÉRON.)

1° Traiter l'affection utérine ou péri-utérine par les moyens locaux appropries ;

2° Combattre la neurasthénie (hygiène, sérum artificiel, etc.) ;

3° Instituer le régime alimentaire des dilatés de l'estomac, qui est, en définitive, le régime qui convient le mieux à la grande majorité des neurasthéniques ;

4° Le matin, à jeun, la malade prendra un lavement d'un litre d'eau boriquée (1/2 cuillerée à soupe d'acide borique représente la quantité d'acide borique suffisante pour un litre), qui entraînera les matières ovillées et détachera de la paroi intestinale les concrétions membraneuses adhérentes. Après avoir été à la selle, la malade prendra 1/4 de lavement contenant une cuillerée à café de la solution suivante :

Acide picrique.....	2 gram.
Eau distillée.....	120 —

Ce dernier lavement doit être gardé.

5° S'il y a de la diarrhée, prendre, en deux fois, avant chaque repas, la potion suivante après l'avoir fait tiédir au bain-marie :

Cotoïne.....	0.20 cent.
Bicarbonate de soude	1 gram.
Glycérine.....	15 —
Eau distillée.....	60 —

Rappelons que la cotoïne est le principe actif extrait par Jobst de l'écorce du coto-verum, arbre originaire de la Bolivie et appartenant à la famille des Lauracées. Très utile dans un grand nombre de diarrhées, elle est surtout indiquée, à notre avis, dans les flux muqueux exagérés de l'entérite membraneuse. Quant à l'acide picrique, employé comme nous venons de l'indiquer, il combat directement la lésion en modifiant promptement les épithéliums altérés, ce qui explique son efficacité toute particulière.

—

L'érodium cicutarium comme hémostatique utérin.

(L. KOMOROVITCH.)

Extrait aqueux condensé d'érodium cicutarium.....	2-4 gr.
Solution aqueuse de menthe poivrée...	150 gram.
Sirop de menthe poivrée.....	30 —

Dissolvez et filtrez.

M. D. S. — A prendre, toutes les deux heures, par cuillerée à bouche.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.
Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*
Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*
Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*
Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

www.libtool.com.cn

TRAITEMENT MÉDICAL ABORTIF DE L'ENDOMÉTRITE PAR LES VAPEURS DE BROME,

Par M. E. Nitot.

I

Tous les gynécologues sont actuellement d'accord pour admettre que l'endométrite est la première étape des inflammations qui, primitivement cantonnées dans la cavité utérine, vont bientôt atteindre la matrice dans sa profondeur, ou se propager à travers l'ostium utérinum aux trompes, et de là jusqu'au péritoine pelvien.

Nous savons que ces inflammations, superficielles au début, n'altérant d'abord que l'épithélium, pénètrent bientôt dans la profondeur de la muqueuse dont elles altèrent tous les éléments, puis gagnent le stroma musculaire et le parenchyme de l'organe tout entier.

Nous savons que cette évolution est la même dans la trompe dès que l'inflammation s'y est propagée.

Lorsque la maladie est ainsi arrivée à une période aussi avancée, il est évident que la guérison par les moyens simples est devenue impossible, et qu'elle nécessite l'emploi des moyens chirurgicaux employés en pareil cas.

Aussi de tous temps a-t-on cherché, par les moyens les plus divers, à éteindre cette inflammation sur place, dès son début, avant qu'elle n'ait gagné les trompes ou désorganisé trop profondément la muqueuse ou le parenchyme de l'utérus.

Mais les moyens employés jusqu'à ce jour ont insuffisamment rempli le but que l'on se proposait d'atteindre, à cause des difficultés qu'il fallait surmonter, et pendant que la maladie était insuffisamment combattue, les désordres continuaient à progresser.

En effet, le traitement de l'endométrite doit être local ; mais il doit agir en même temps sur toute l'étendue de la muqueuse utérine, et la modifier jusqu'au niveau de ses replis, de ses enfoncements, et cela jusqu'au fond des cornes utérines où la lésion inflammatoire se cantonne si souvent, et où, même par le curettage, il est si difficile de l'atteindre. Enfin, si cela est possible, l'idéal serait de pouvoir disposer d'un médicament qui serait capable de pénétrer dans tous les diverticules de la muqueuse utérine, et jusque dans la trompe à travers l'ostium, et cela sans danger, afin d'en modifier la muqueuse déjà atteinte superficiellement par le mal.

Judicieusement appliqué aux cas récents d'endométrite, un tel traitement fait à l'aide d'un agent doué d'un pouvoir diffusible aussi grand sur toute l'étendue de la muqueuse utéro-salpingienne deviendrait le véritable traitement abortif de l'endométrite, en

même temps que le traitement prophylactique de la salpingite pour laquelle la chirurgie reste encore trop souvent une ressource ultime et inévitable. En effet, il aurait guéri l'inflammation à son début, sans attendre que cette inflammation primitivement superficielle ait envahi les tissus jusque dans leur profondeur et créé la métrite parenchymateuse fongueuse pour laquelle le curettage devient si nécessaire, ou la salpingite chronique qu'attend le bistouri du chirurgien.

C'est vers ce but idéal qu'ont été dirigés bien des traitements.

N'a-t-on pas cherché à faire le cathétérisme de la trompe, sans y parvenir du reste, même en se servant du spéculum intra-utérin et de l'éclairage de la cavité utérine ?

N'est-ce pas vers ce but que sont dirigés également tous les moyens de traitement employés actuellement contre l'endométrite, depuis la simple injection intra-utérine médicamenteuse jusqu'au curettage, sans parler des instillations, crayons, pommades ou topiques divers portés dans l'intérieur de la cavité, voir même de la dilatation destinée à favoriser les pansements ou le tamponnement médicamenteux intra-utérin ?

Mais l'injection intra-utérine devient dangereuse si la sonde employée ne présente pas un retour suffisamment assuré pour le liquide modificateur, or précisément la facilité de ce retour qui est nécessaire empêche le médicament de pénétrer dans la profondeur des cornes utérines. Le curettage qui est excellent dans les vieilles métrites où l'inflammation s'est localisée sur la muqueuse devenue bourgeonnante et dégénérée, est lui-même impuissant à détruire l'inflammation jusqu'au fond de la corne utérine et à plus forte raison au delà. De plus, dans bien des cas d'endométro-salpingite récente, où l'inflammation virulente est encore trop aiguë, n'a-t-on pas vu le curettage trop souvent aggraver, dans ces conditions, la lésion salpingienne ? Nous en dirons autant des instillations ou des topiques divers qui sont parfaitement insuffisants, ainsi que de la dilatation et des pansements intra-utérins compressifs qui n'ont d'action que dans la métrite chronique où les lésions sont le plus souvent localisées.

Aussi le but que nous nous proposons d'atteindre est-il de trouver un moyen de traitement facilement applicable dans les cas d'endométrite récente ou d'endométrosalpingite, afin de guérir rapidement cette inflammation jusque dans les recoins les plus reculés avant qu'elle n'ait eu le temps de produire des lésions chroniques du parenchyme contre lesquelles il n'aurait plus qu'une efficacité secondaire.

Ce but a également été poursuivi par les électriciens qui ont cherché à produire dans la cavité utérine, au moyen de l'électrolyse, en se servant d'une sonde en platine, un développement d'ozone antiseptique. Afin d'augmenter cette action électrique, en la rendant médicamenteuse, les uns ont remplacé la sonde de pla-

www.libtool.com.cn

tine par une sonde en cuivre autour de laquelle se forme, sous l'influence du courant, de l'oxychlorure de cuivre à l'état naissant ; les autres ont remplacé la sonde de cuivre par une sonde en argent autour de laquelle se développe de l'oxychlorure d'argent.

Ce sont là des moyens ingénieux qui ont l'inconvénient de ne produire leur action modificatrice sur la muqueuse qu'aux points de contact de la sonde sans pouvoir l'étendre suffisamment à toutes les anfractuosités et même à tous les points de la cavité utérine et par conséquent à toute l'étendue de la muqueuse, faute d'un certain degré de diffusibilité nécessaire.

Pour obvier à cet inconvénient, et dans un autre ordre d'idées, pour arriver au même résultat, on a employé dernièrement soit l'injection d'eau bouillante intra-utérine, soit l'injection de vapeurs d'eau chargées de résorcine, soit l'émission intra-utérine de vapeurs sèches avec production de fumées médicamenteuses.

Ces moyens ont été recommandés par leurs auteurs et sembleraient au premier abord devoir réaliser les désidérata que nous poursuivons ; mais ces mêmes auteurs n'accordent pas à la production des vapeurs sèches la même puissance de pénétration qu'aux vapeurs humides médicamenteuses ; ces vapeurs sèches sont peu diffusibles ; et, d'autre part nous craignons que ces vapeurs humides en pénétrant dans l'utérus ne subissent rapidement une certaine condensation qui les transformeraient en une véritable injection liquide ayant les mêmes dangers en cas de retour insuffisant. De plus ces moyens d'action nécessitent des appareils compliqués qui ne sont pas toujours prêts à fonctionner : une véritable chaudière à vapeur sous pression, dont il faut ensuite faire suffisamment refroidir le jet avant de l'amener au contact de la muqueuse utérine.

II

Dans ces conditions, nous nous sommes demandé s'il n'existait pas un corps médicamenteux liquide, légèrement caustique, non toxique, éminemment microbicide, capable d'émettre ses vapeurs à la température ambiante, vapeurs qu'il suffirait de recueillir afin de pouvoir les envoyer avec dosage déterminé dans la cavité utérine.

Or d'après E. Gautrelet, de Paris, les vapeurs de brome :

1° offrent une densité considérable ;

2° jouissent d'une très grande diffusibilité ;

3° sont très fortement antiseptiques (classe II) ;

4° sont douées d'une causticité spéciale susceptible de modifier les épithéliums sans toutefois les désorganiser ;

5° Enfin elles présentent de ce fait une tendance marquée à tarir les sécrétions muqueuses.

Il n'en fallait pas davantage pour que notre choix se fixât de préférence sur le brome dont les vapeurs nous semblaient réunir tou-

tes les conditions désirables d'emploi pour le traitement de l'endométrite. C'est ce médicament que nous avons expérimenté et que nous avons l'honneur de présenter.

La médication que nous proposons consiste donc à envoyer dans la cavité utérine de véritables vapeurs, à l'état gazeux, émanées d'une solution aqueuse saturée de brome, à la température ambiante.

La très grande densité de ces vapeurs, ainsi que leur puissance extraordinaire de diffusibilité sous la seule pression atmosphérique les rend capables de pénétrer dans tous les replis de la muqueuse cervicale, jusque dans ses glandes, dans les diverticules de la muqueuse utérine jusqu'au fond des cornes utérines, en produisant ainsi leur triple effet médicamenteux antiseptique, et anti-catarrhal. Nous pensons que l'extrême puissance de diffusibilité de ces vapeurs que peut augmenter au besoin une certaine pression intra-utérine sont capables de pénétrer jusque dans la trompe; mais nous regrettons pour le moment de ne pouvoir démontrer le fait.

III

L'appareil dont nous nous servons est des plus simples. Il se compose d'un flacon à double tubulure de petite dimension dans le fond duquel on verse une petite quantité de brome pur et qu'on remplit ensuite au quart d'eau distillée.

Une des tubulures du flacon est munie d'un bouchon de caoutchouc qui est traversé par un tube de verre plongeant au fond du vase. A l'autre extrémité de ce tube de verre est ajustée une soufflerie.

La deuxième tubulure est également munie d'un bouchon de caoutchouc qui est traversé par un tube de verre, mais ce dernier ne descend pas plus bas que ce bouchon du côté de la bouteille. C'est par là que s'échapperont les vapeurs médicamenteuses quand elles seront chassées sous l'influence de la pression de l'air venant de la soufflerie et faisant barboter le liquide du flacon.

Ces vapeurs sont dirigées dans la cavité utérine à travers ce tube de verre qui est coudé et monté sur un fin tuyau de caoutchouc de longueur nécessaire, sur lequel on ajuste une sonde intra-utérine à double courant du diamètre n° 16 de la filière Mathieu.

Cette sonde intra-utérine à double courant possède une double courbure pour faciliter son introduction. Son petit diamètre nécessite rarement l'emploi d'une dilatation préalable. Son aspect extérieur est celui d'une sonde vésicale à double courant dont la séparation serait antéro-postérieure et l'une de ses extrémités bifide. Chaque branche est munie d'une olive pour servir d'ajustage et aussi d'un robinet afin de pouvoir régler le retour des va-

peurs. Chaque branche est identique afin de pouvoir servir alternativement de courant d'arrivée des vapeurs qui par ce fait agirait plus directement sur la moitié droite ou gauche de la cavité utérine. L'extrémité utérine de la sonde est unique et arrondie comme la sonde vésicale. Ses parois sont de chaque côté percées de trous latéraux dans une étendue de sept centimètres. C'est par les trous d'un côté que les vapeurs pénètrent dans la cavité ; et leurs excès s'échappe par les trous opposés. Afin de régler son introduction dans l'utérus ou de pouvoir augmenter au besoin la pression intra-utérine, la sonde est munie d'une olive qui est mobile sur elle à la façon d'un curseur et peut-être poussée et fixée jusqu'au niveau de l'orifice externe du col afin de pouvoir oblitérer cet orifice.

Les vapeurs qui reviennent de la cavité utérine par le retour de la sonde peuvent être reçues à travers un petit tuyau de caoutchouc dans une cuvette d'eau où elles formeront des bulles gazeuses, ce qui permettra de vérifier l'exactitude de l'opération et la régularité du retour des vapeurs employées. L'odeur des vapeurs répandues dans l'atmosphère est du reste caractéristique. Ces vapeurs sont légèrement irritantes pour la muqueuse nasale de l'opérateur, et c'est là peut-être le seul inconvénient de la méthode. Mais rien n'empêcherait de recevoir ces vapeurs à leur retour de l'utérus dans une solution alcaline étendue au centième de lessive de soude qui les absorberait en joignant de l'hypobromite de soude.

IV

Nous n'apporterons pas le détail de nos observations encore récentes ; ce détail serait sans grand intérêt. Mais nous dirons que nous avons soigné avec succès plusieurs cas d'endométrite et d'endométro-salpingite récente. Or, sous l'influence du traitement, et en quelques séances nous avons pu arrêter des hémorrhagies, tarir des sécrétions blanches. Nos malades n'ont jamais accusé de coliques ou de douleurs de ventre autres que celles qu'il faut attribuer chez les femmes sensibles à la présence de la sonde intra-utérine pendant les quelques minutes que durent les séances. Par contre, plusieurs malades nous ont dit que le jour du traitement, elles avaient eu dans la bouche un goût métallique analogue à celui de la teinture d'iode, ce qu'expliquerait pour nous un certain degré d'absorption du médicament, sans que nous ayons jamais constaté aucun phénomène d'intoxication.

CONCLUSIONS.

Le véritable traitement prophylactique de la métrite parenchymateuse, et de la salpingite chronique, doit consister dans la gué-

(1) On a ainsi, une solution aqueuse de brome toujours saturée par l'excédent de ce métalloïde restant liquide au fond du flacon.

rison rapide de l'endométrite récente qui est le point de départ des lésions, pendant que l'inflammation est encore superficielle, et avant qu'elle n'ait gagné le parenchyme utérin ou qu'elle se soit propagée aux trompes.

Pour remplir ce but, il faut pouvoir disposer d'un médicament susceptible d'atteindre l'inflammation sur toute l'étendue de la muqueuse utérine jusque dans ses replis, jusqu'au fond des cornes utérines, et même jusque dans la trompe à travers l'ostium uterinum.

Pour arriver à ce résultat, ce médicament doit être gazeux, et ses vapeurs doivent être éminemment antiseptiques, extrêmement diffusibles, et douées de propriétés anti-catarrhales en agissant sur les éphithéliums suffisamment pour les modifier sans les détériorer.

Le brome qui se présente à l'état liquide dans le commerce mais qui a la propriété d'émettre des vapeurs denses à la température ambiante, qui est soluble dans l'eau, est précisément doué de ces propriétés.

Pour dégager les vapeurs de brome et les amener ensuite au moyen d'une sonde spéciale à double courant dans l'intérieur de la cavité utérine, il suffit de se servir d'une solution aqueuse saturée de brome qu'on renferme dans un flacon à double tubulure et dans lequel on projette au moyen d'une soufflerie de l'air qui vient dans le flacon faire barbotter le liquide médicamenteux.

Ce traitement véritablement abortif de l'endométrite et de l'endométrosalpingite récente nous a donné les meilleurs résultats, car il atteint rapidement l'inflammation dans les recoins les plus reculés, grâce à l'extrême diffusibilité du médicament qui agit ainsi à l'état gazeux avec une grande force de pénétration sans avoir aucun des inconvénients des injections de liquide.

FIBROME ŒDÉMATEUX ET PÉDICULE SIMULANT UN KYSTE DE L'OVAIRE,

Par M. PICHEVIN.

X.., âgée de 36 ans, n'a jamais été malade. Ses règles revenaient toujours à date fixe, étaient peu abondantes, mais assez douloureuses. Quelques flueurs blanches apparaissent parfois avant, parfois après la menstruation. Elle s'est mariée à 16 ans et a eu 3 enfants. Les grossesses ont toujours été bonnes et les accouchements excellents. Les suites de couches n'ont présenté rien de particulier. Le dernier accouchement a eu lieu il y a 8 ans.

Depuis son mariage les règles ont gardé les mêmes caractères.

L'écoulement menstruel était très peu marqué. La malade ne salissait que trois petites serviettes à chaque époque menstruelle. Elle n'a jamais eu aucune hémorragie entre ses périodes menstruelles. Leucorrhée discrète.

Le début de la maladie date du 15 mars 1896. La malade a senti une douleur assez vive dans l'aine gauche, en montant deux seaux d'eau. La douleur a duré une journée et a disparu pendant la nuit. En juin la douleur a fait de nouveau son apparition et a duré deux jours.

Il n'y a plus eu de crise aiguë. Mais la malade se plaignait à la fin de la journée, à l'occasion de fatigues prolongées, d'une pesanteur dans le bas-ventre.

Son ventre grossissait beaucoup huit jours avant les règles. Après la perte menstruelle le ventre diminuait sensiblement de volume.

Les douleurs étaient modérées et permettaient encore le travail, mais il lui fallait de l'énergie pour ne pas s'arrêter.

Pas de constipation, digestion bonne, état général excellent.

Il y a une quinzaine de jours la malade a été examinée par le Dr Demay, de Goustine, qui a conclu à l'existence d'un kyste de l'ovaire.

Examen local. — La paroi abdominale est souple et le ventre facile à explorer.

On constate une tumeur qui occupe l'hypogastre, la région ombilicale, qu'elle dépasse de 5 travers de doigt, en même temps qu'elle empiète sur les flancs et les fosses iliaques.

La tumeur est lisse, sans bosselure, flectuante, se laisse déplacer facilement par en haut et sur les côtés.

Le col est gros, mou ; l'orifice externe largement ouvert se laisse atteindre aisément par les doigts. Les culs-de-sac vaginaux sont libres. L'utérus est en anté-latéro-déviation gauche.

Le corps peu volumineux peut être circonscrit quand on fait soulever la tumeur abdominale, ce qui permet aux doigts de passer sous la tumeur et au-dessus du fond de l'utérus.

Les mouvements communiqués à la tumeur ne se transmettent pas au col et réciproquement.

La situation exacte du corps utérin, sa délimitation précise, les rapports de l'utérus avec la tumeur abdominale ont été recherchés d'autant plus soigneusement que l'état du col était de nature à faire penser à la possibilité d'une grossesse. En outre, on faisait sourdre du mamelon, en pressant le sein de la malade, des gouttes d'un liquide lactescent, assez épais.

On ne trouve en aucun point le ballottement fœtal. Il n'y a pas

de bruit du cœur d'un fœtus. On entend simplement, à l'auscultation un bruit de souffle assez fort et isochrone aux battements du cœur.

Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire. Je pratique l'opération le 1er juillet 1897.

La laparotomie fait reconnaître l'existence d'une volumineuse tumeur qui, par son aspect et sa coloration, ressemble plus à un utérus gravide qu'à un kyste de l'ovaire.

On constate que l'utérus normal est en avant et à gauche et qu'il est relié à la grosse tumeur abdominale par un pédicule assez large.

La tumeur semble être libre de toute adhérence dans la cavité abdominale. Après avoir prolongé l'incision au-dessus de l'ombilic, on tente de faire passer la tumeur à travers la large et longue ouverture pratiquée sur la ligne médiane de la paroi intestinale. La tumeur s'engage entre les lèvres de l'incision, semble se réduire pour passer dans l'ouverture ainsi faite et on peut même la saisir entre le pouce, l'index et le médius comme s'il s'agissait d'un kyste à paroi épaisse. La tumeur glisse deux fois de suite et l'on constate qu'elle est reliée intimement à son pôle supérieur par une très large adhérence avec le grand épiploon. De très grosses veines sont étendues de cet épiploon à la tumeur.

Six ou sept ligatures à la soie sont posées près de la tumeur et après avoir mis une pince sur la portion épiploïque adhérente à la masse néoplasique, on sectionne entre l'instrument et la ligature.

La tumeur est extériorisée aisément. On la soulève.

Un pédicule arrondi de 2 à 3 centimètres de diamètre environ, long de 2 centimètres à 3 centimètres, relie la tumeur à la corne gauche de l'utérus.

On traverse le pédicule avec un fort fil de soie. Une solide ligature en chaîne est posée sur chaque moitié du pédicule et un dernier nœud de sûreté est ensuite posé sur toute la circonférence du pédicule. On thermocautérise la surface de section. La malade ne perd certainement pas une cuillerée à soupe de sang.

L'utérus ne contient pas de fibrome et n'est même pas fibromateux. Les trompes et les ovaires sont sains.

Il existe à la partie supérieure de l'incision abdominale, sur le péritoine pariétal, à droite et à gauche de la ligne médiane, sur une étendue assez considérable, une surface rouge, tomenteuse, qui est l'indice d'une inflammation localisée en ce point.

L'opération dura 3/4 d'heure.

Les suites opératoires furent très simples.

www.ifbtool.com.cn

La température maxima a été 37° et le pouls n'a jamais dépassé 64.

La tumeur, étant hors du ventre, semblait contenir du liquide. Elle était nettement fluctuante, et quand on la déplaçait en masse dans le vase où on l'avait placée, elle remuait comme une masse de gélatine.

Cette tumeur ayant 0,14 de diamètre n'était creusée d'aucune cavité kystique. Elle était constituée par du tissu myomateux, mou, œdémateux, très infiltré et pesait 2 kil. 410.

L'examen microscopique n'a pas encore été fait ; mais il s'agit fort probablement — comme vous pouvez en juger au point de vue macroscopique — d'un fibro-myome pédiculé.

L'intérêt de cette observation consiste dans la difficulté du diagnostic.

Je crois qu'il était impossible de ne pas tomber dans l'erreur que j'ai faite.

La marche de l'affection ne permettait pas de penser à un fibro-myome. La tumeur s'est développée insidieusement, et quand la malade s'en est aperçue, elle a grossi rapidement.

Les phénomènes douloureux présentés par la malade ne sont pas en faveur d'un fibro-myome.

La malade n'avait jamais eu aucune métrorragie. Ses règles n'étaient même pas abondantes.

La tumeur était lisse, arrondie, fluctuante, mobile, nettement séparée de l'utérus qui n'était ni gros, ni fibromateux. En aucun point on ne percevait une de ces petites tumeurs fibromateuses qui mettaient parfois sur la voie du diagnostic.

Les mouvements communiqués à la tumeur ne se transmettaient pas à l'utérus et réciproquement, les déplacements de la matrice restaient sans influence sur la tumeur qui ne subissait aucun changement de position.

La possibilité de délimiter l'utérus, l'indépendance de la matrice par rapport à la tumeur, les caractères de la tumeur, qui était absolument lisse, arrondie, fluctuante, mobile, l'absence de ménorragie ou de métrorragie, tout ne devait-il pas contribuer à faire porter le diagnostic de kyste de l'ovaire ? Je ne vois pas sur quel signe on pouvait se baser pour discuter la possibilité d'un fibro-myome de l'utérus. Seul, peut-être, le souffle vasculaire pouvait y faire penser. Mais les souffles de ce genre peuvent exister dans les cas de kyste ovarique. Je crois donc que l'erreur de diagnostic ne pouvait être évitée. Elle était du reste sans importance dans l'espèce. La tumeur a été opérée comme

s'il s'agissait d'un kyste ovarique. Les suites ont été aussi bénignes qu'après une ovariotomie très simple.

Il y a lieu aussi de signaler ces adhérences qui existaient entre le grand épiploon et la tumeur, et en second lieu l'inflammation du péritoine pariétal. Quelle est l'origine de ces lésions ? S'agit-il de simples lésions mécaniques ? S'il y a eu infection, par quelle voie s'est-elle produite ? On a remarqué que les annexes n'étaient pas altérées. S'il y a eu infection — ce que je n'ai pas pu vérifier au point de vue bactériologique — il ne semble pas qu'elle ait suivi la voie muqueuse.

OBSTÉTRIQUE

TRAITEMENT DE L'ÉVENTRATION CONSÉCUTIVE A LA GROSSESSE,

Par M. le docteur Doléris.

Le mot *éventration* sert à qualifier des états pathologiques assez semblables quant à l'apparence de la lésion qui les caractérise, mais très différents à beaucoup de points de vue. Une monographie sur l'éventration serait une œuvre intéressante à faire et on y pourrait, par comparaison, élucider bien des points concernant la pathogénie et la thérapeutique.

Je me bornerai, à l'occasion d'une malade traitée dans notre service de la Pitié, à parler d'une forme d'éventration très spéciale au point de vue de son étiologie, de son aspect clinique et de son traitement. C'est l'éventration consécutive à la grossesse, lésion bien connue des accoucheurs qui de tout temps lui ont attribué un rôle nuisible pour l'accommodation du fœtus, et dans les phénomènes actifs du travail de l'accouchement.

Elle n'a donc rien à voir avec les autres variétés d'éventration, qui, pour le résumer en passant, résultent : tantôt d'une hernie abdominale congénitale, vice de conformation ressortissant à la tératologie ; tantôt d'une hernie ombilicale ou latérale, accidentelle, avec issue épiploïque ou intestinale provenant d'un effort ou d'un traumatisme violent.

Elle se différencie aussi, par bien des côtés autres que l'étiologie, de la hernie post-opératoire qui a fait le sujet d'intéressantes discussions au dernier Congrès de Genève. Elle conserve une phy-

sionomie très particulière, qui doit lui faire réserver un chapitre à part dans l'histoire de ces sortes d'affections.

www.libtool.com.cn

A défaut de définition précise, je m'en tiendrai à cette vue classique qui la représente comme une saillie anormale de l'abdomen, qui ne s'explique ni par l'hyperplasie adipeuse ou musculaire des parois du ventre ; ni par l'existence d'une tumeur intra-abdominale permanente comme un kyste ovarique, un fibrome utérin, ou passagère comme l'ascite, le tympanisme. Cette saillie anormale résulte donc uniquement du relâchement et de l'amincissement des diverses couches pariétales du ventre. Dans ce relâchement, les tissus fibreux sont les plus intéressés : l'écartement des muscles droits, l'élargissement ou mieux l'étalement de la ligne blanche et des autres espaces fibreux constituent la lésion dominante. Mais les gaines des droits, les aponévroses des transverses et des obliques, les espaces fibreux latéraux, le fascia transversalis et les couches du péritoine ont subi eux-mêmes une surdistension qui, de toute évidence, contribue au relâchement général des tissus. Les bandes musculaires elles-mêmes sont tiraillées, aplaties, étalées.

L'éventration *post partum* reflète donc, dans les transformations persistantes des tissus après l'accouchement, les transformations subies au cours du développement de l'œuf pendant la gestation et qui, dans la succession physiologique des phénomènes, devraient disparaître peu à peu après l'accouchement. Le même genre de lésions existe dans l'éventration causée par le développement d'une tumeur volumineuse de l'abdomen, mais avec cette différence cependant que, durant la grossesse, les tissus s'hypertrophient proportionnellement à l'effort subi, ce qui est un élément favorable à la *restitutio ad integrum* pendant les suites de couches. Il faudra donc l'intervention de conditions spéciales pour que l'éventration reste à l'état persistant.

Il existe toujours, après la grossesse et, en tout cas, immédiatement après l'accouchement, un certain degré d'éventration. Il suffit d'introduire l'extrémité des doigts entre les muscles droits, aussitôt après la sortie du fœtus, même avant la délivrance, pour constater l'écartement anormal de ces muscles pendant le relâchement du ventre et la saillie avec propulsion de la masse intestinale à chaque effort volontaire de la parturiente. La palpation de la matrice est d'une extrême facilité grâce à la minceur

des parois sur la région médiane. On arrive à sentir très nettement les ligaments ronds, et parfois des noyaux fibromateux saillant sur le globe utérin.

Pendant la grossesse même, on est frappé de la ténuité extrême de la paroi abdominale qui coïncide certaines fois avec la minceur de la paroi utérine, phénomènes d'origine identique le plus souvent et tenant à la débilité constitutionnelle en quelque sorte des tissus.

Dans les premiers jours qui suivent les couches, les phénomènes signalés tout à l'heure, la propulsion de l'intestin principalement, est très aisée à sentir quand la femme, étant assise sur son lit, on lui fait exécuter des efforts, ou que, spontanément, il lui arrive de tousser.

A côté de ces formes extrêmes il en est d'à peine apparentes. Le plus souvent l'éventration rétrocède et disparaît rapidement ; a paroi abdominale revient à ses dimensions primitives, les tissus fibreux se rétractent, les espaces aponévrotiques amincis se réduisent en se tassant, et les muscles, grâce à leur tonicité accrue par la multiplication des fibres contractiles, contribuent pour beaucoup à ce résultat. On ne sent plus d'écartement anormal entre les bords internes des muscles droits. C'est ce qu'on la appelé *l'involution*, au même titre que le phénomène analogue qui se produit pour l'utérus.

Cette marche est la règle après une ou même deux grossesses. Chez quelques femmes fortement musclées, une succession de plusieurs grossesses ne s'oppose pas à un semblable retour à l'état normal. Mais souvent et chez la plupart des multipares le résultat n'est atteint entièrement qu'au bout d'un temps assez long, plusieurs semaines, plusieurs mois. Encore faut-il user de précautions et ne point négliger certaines des pratiques qui, de tout temps, ont été préconisées en vue de s'opposer à l'éventration.

Lorsque la disparition de la difformité est effectuée ou paraît l'être, on constate néanmoins, dans certains cas, que ce n'est qu'une apparence. J'ai fait un grand nombre de recherches à cet égard et mes investigations m'ont conduit aux conclusions suivantes : Le ventre est resté gros et la paroi abdominale relâchée. Mais le tégument et le tissu cellulaire sous-cutané, au lieu de glis-

www.libtool.com.cn

ser et de se plisser sur les couches musculo-aponévrotiques se sont épaissis, renforcés et font corps avec ces couches.

Il s'est produit une hyperplasie adipeuse qui vient masquer en partie l'éventration, et c'est grâce à cet artifice, véritable capitonnage graisseux de la paroi abdominale, que celle-ci étant plus épaissie et plus dense résiste suffisamment à la pression des viscères. De telles malades, je le répète, conservent néanmoins un gros ventre, et si on a l'occasion d'examiner *post mortem* ou *in vivo*, comme dans le cas ci-après relaté, l'état des parois abdominales, on trouve les espaces fibreux anormalement agrandis.

C'est cependant une légère difformité dont les conséquences sont habituellement sans influence sur la santé générale et sur le fonctionnement physiologique des organes. Il y a en cela d'ailleurs une question de degré assez difficile à établir par avance.

A côté de ces variétés qui constituent la règle générale, viennent se placer les éventrations excessives et permanentes, infirmités véritables, pouvant influer de différente façon sur la santé des femmes qui en sont atteintes.

Pour expliquer la différence du degré de la lésion chez les différents sujets il faut tenir compte tout d'abord de la résistance individuelle, du tonus général, et pour ainsi dire de l'étoffe des tissus mis en cause.

Il n'est pas jusqu'aux conditions sociales qui n'interviennent d'une façon certaine. La femme de la classe aisée qui peut rester longtemps alitée après ses couches, est, toutes choses égales d'ailleurs, moins sujette à l'éventration que l'ouvrière, la ménagère obligée parfois de reprendre de durs travaux prématurément et en pleine période de réparation des organes.

Ce ne sont là toutefois que des considérations d'ordre très général. Il faut savoir qu'en réalité il suffit parfois d'une seule grossesse pour produire une difformité irrémédiable. C'est le fond même de la question qui m'occupe spécialement ici ; ce qui m'amène à envisager avec quelques détails *l'étiologie* de l'éventration.

On peut la diviser en deux grandes catégories de causes : les causes dépendant directement de la grossesse ; celles qui lui sont consécutives.

Les grossesses répétées se succédant à courts intervalles prédisposent singulièrement à l'éventration, en entretenant une tension presque continuelle des parois qui amène rapidement

www.libtool.com.cn

leur usure ; en favorisant la subinvolution des tissus musculaires et fibreux, des premiers surtout, d'où résulte la persistance prolongée d'éléments anatomiques dégénérés, graisseux, lents à se résorber, et de ce fait, l'atonie du muscle qui le rend incapable de résister à la pression viscérale et l'oblige à se laisser distendre. C'est un véritable surmenage des tissus ; — enfin, en produisant un phénomène inverse, d'une nature singulière qui porte le nom de *superinvolution* et grâce auquel les tissus se résorbent avec rapidité et avec excès : les couches musculaires appauvries sont dans une condition qui produit les mêmes effets que la subinvolution.

Viennent ensuite toutes les causes bien connues qui entraînent un développement excessif de l'abdomen : enfant volumineux, grossesses gémellaires, hydramnios, tumeurs compliquant la grossesse, vices de conformation du bassin, de la colonne vertébrale, etc.

Déjà pendant la grossesse, on peut prévoir la possibilité de l'éventration post-partum, par la forme même du ventre définie par les dénominations significatives de ventre en obusier, en besace, abdomen pendulum..., suivant l'apparence même de la déformation dont la femme gardera, après la délivrance, des traces plus ou moins persistantes.

Enfin, il est une cause qui, pour être rare, n'en est pas moins réelle et dont le mécanisme est aisé à saisir ; je veux parler de la striction excessive exercée au moyen du corset, en vue de dissimuler la grossesse. Les femmes qui volontairement se soumettent à une semblable torture, pour obéir à des nécessités sociales, arrivent ainsi à se déformer l'abdomen d'une façon irrémédiable dans les six ou sept premiers mois de la grossesse. L'action constrictive du corset agit directement en repoussant en bas la masse abdominale et indirectement en gênant sensiblement la circulation sanguine dans les tissus, et par suite en amenant la dénutrition lente des muscles et des aponévroses. Certains auteurs attribuent encore à cette gêne circulatoire l'adipose excessive qui se produit dans le tégument.

Nous avons déjà parlé de la qualité des tissus. C'est à cette cause unique qu'il faut souvent rapporter les phénomènes de subinvolution utérine parfois inexplicable autrement. Nous avons signalé l'importance de l'hygiène post-puerpérale, l'action défavorable de

la vie active trop tôt reprise, l'influence néfaste de durs travaux journaliers à une période où le repos absolu s'imposerait encore.

Nous avons fait entrevoir la prédominance d'action de la résistance individuelle. Nous devons entrer à ce sujet dans des détails un peu plus complets. Il est avéré que certaines femmes présentent une résistance extrême à ces causes de débilitation. Mais pour une qui échappe, combien sont frappées et présentent comme conséquence une difformité entraînant après elle des lésions multiples, sources de profondes souffrances. Ce sont les débiles, celles dont le système musculaire est peu développé, dont l'organisme tout entier est frappé d'insuffisance, qui sont plus particulièrement atteintes. L'obésité agit dans le même sens, par vice de nutrition des tissus et des organes atteints de dégénérescence graisseuse et impuissants à reprendre leur vigueur après une altération même légère. Cependant il est rare que, même dans ces conditions défavorables, l'éventration soit le fait de cette cause unique.

L'éventration n'est pas la seule complication et il est rare qu'elle se présente isolée de lésions du côté des organes pelviens. Comme conséquence, non seulement de cette difformité elle-même, mais encore et avant tout de la constitution défectueuse du sujet et de la subinvolution des tissus, on voit survenir un certain nombre de lésions intéressant non seulement l'appareil génital, mais encore tous les organes de l'abdomen. Du côté du bassin on note du prolapsus utérin : la laxité des ligaments musculaires qui relient la matrice aux parois du petit bassin accompagnant souvent le relâchement musculaire pariétal. Comme conséquence plus immédiate je signale la cystocèle et la rectocèle qui s'associent souvent au premier degré du prolapsus.

Du côté de l'hypogastre, l'intestin qui n'est plus contenu par des parois tendues et résistantes, fait hernie au moindre effort et peut être senti sous la peau. Inutile de rappeler qu'une hernie véritable peut se produire et se compliquer de façon à nécessiter une intervention d'urgence. Enfin, ainsi que Glénard l'a signalé, la ptose générale des viscères n'est pas rare en pareil cas et l'on trouve mentionnées dans les observations de ce genre des ptoses gastriques avec ou sans dilatation, hépatiques, rénales, intestinales, avec les complications qu'elles entraînent, douleurs, malaises, vomissements, état nerveux spécial, vertige, etc.

www.libtool.com.cn

On pourrait rappeler ici les complications spéciales à la grossesse et à l'accouchement, bien étudiées par les auteurs qui se sont plus particulièrement occupés des phénomènes de l'accommodation : la fréquence des présentations vicieuses, des transversales en particulier ; la difficulté de réduire manuellement ces présentations ou plutôt de les maintenir réduites à la fin de la grossesse, à cause de la laxité extrême des parois abdominales. Je me contente de renvoyer aux travaux de Mattéi, Hubert, Pinard, etc., tout en insistant sur ces conséquences pronostiques de l'éventration au point de vue de la gestation. L'inertie au moment de l'accouchement en comporte d'analogues.

D'où la nécessité, avant tout, d'user du traitement prophylactique dans la période immédiate des suites de couches.

En présence d'une éventration assez grave pour entretenir un véritable état de maladie et pour rendre tout effort prolongé et pénible, impossible, quelle conduite faut-il tenir ?

Les divers procédés thérapeutiques que l'on doit mettre en œuvre varient suivant le degré de la lésion et aussi suivant l'état du système musculaire. On conçoit qu'une éventration moyenne chez une femme vigoureuse soit susceptible de guérison complète sans que l'on ait recours aux méthodes sanglantes. Celles-ci, du reste, ne doivent être tentées qu'en dernier ressort et alors seulement que les pratiques médicales mises en œuvre auront été reconnues absolument inefficaces. Il convient de passer en revue les méthodes thérapeutiques auxquelles on doit s'adresser avant de songer à intervenir d'une façon chirurgicale.

En premier lieu et dès que, à une époque assez rapprochée de l'accouchement où l'éventration irréductible et considérable est constatée, il est absolument nécessaire de faire reprendre le *repos absolu* à la malade. Le décubitus horizontal me paraît présenter plusieurs avantages. Il agit localement en empêchant une éventration moyenne de devenir plus considérable ; il peut avoir une heureuse influence sur l'état général. Si le sujet est une chlorotique, par exemple, elle bénéficiera de ce repos absolu qui permettra à son sang de se refaire de lui-même. Mais surtout il préviendra les conséquences que je signalais tout à l'heure : en permettant au système musculaire de réparer les lésions contractées pendant la grossesse, il évitera les prolapsus, les ptoses rénales et gastriques. Dans tous les cas il est absolument indi-

www.libtool.com.cn

qué d'éviter les stations debout prolongées et les efforts un peu violents.

Les *toniques* viendront heureusement en aide au repos. Ils agiront surtout sur l'état général : le fer sous la forme de protoxalate, de teinture de mars tartarisée, le vin de quinquina, seront les toniques que vous ordonnerez de préférence.

Au même titre on doit prescrire l'hydrothérapie. La douche froide est ici tout indiquée. Nous nous trouvons en présence, en effet, d'une affection de nature essentiellement atonique dans laquelle le système musculaire a besoin d'une excitation forte et prolongée. La douche agira encore sur les états nerveux ou névropathiques (neurasthénie, hystérie, irritation spinale) qui causent ou aggravent toute une série de troubles génitaux chez la femme (hémorrhagies utérines, spasmodiques, douleurs exagérées). Ici encore c'est à la douche en jet que l'on aura recours, et sa durée ne devra pas dépasser une moyenne d'une demi-minute.

En outre, il faudra y adjoindre des moyens mécaniques. Une contention modérée du ventre par une ceinture large. Exagérée elle réagirait sur les organes pelviens pour aggraver la ptose génitale. Interdire absolument le corset. — Une gymnastique appropriée permettra aux muscles droits et obliques de se refaire et de récupérer assez de puissance pour amener une guérison à peu près parfaite. J'ai indiqué déjà dans le cours de cette note de quelle façon il fallait procéder pour obtenir ce résultat. La flexion du corps sur les cuisses étendues de façon à obtenir un angle à peu près droit, les muscles supérieurs étant en extension redonneront en un nombre limité de séances aux muscles de l'abdomen comme à la musculature pelvienne un surcroît de vigueur susceptible de réparer les lésions de l'éventration. C'est, encore dans ce but que l'on aura recours au traitement électrique : faradisation et galvanisation alternatives, dont les effets excitants et trophiques viennent puissamment en aide aux différents procédés dont je viens de parler.

Le massage employé depuis deux ans sur une vingtaine de malades du service et fait tantôt par des professionnels, tantôt par des élèves, sur mes indications, ne nous a guère donné de résultat. Il faudrait l'employer dès les premiers jours des suites de couches, et alors il est généralement un peu douloureux.

Il peut arriver cependant que les heureux effets que l'on est en

www.libtool.com.cn

droit d'attendre de ces diverses méthodes ne se produisent pas, soit qu'elles aient été mises trop tardivement en pratique, soit que la lésion ait acquis un degré trop exagéré. C'est ce qui nous est arrivé chez notre malade. En pareil cas, il ne reste plus qu'une ressource : l'intervention chirurgicale. Je ne m'étendrai pas longuement sur le procédé opératoire à employer. Je l'ai exposé en entier en relatant l'observation. L'incision doit être faite sur la ligne médiane et mesurer toute l'étendue de la résection de la ligne blanche que l'on veut pratiquer. Le tissu cellulaire sera disséqué jusqu'aux bords des muscles droits. La ligne blanche se présentant sous l'aspect d'une aponévrose nacrée de largeur variable est facile à reconnaître. De chaque côté, les muscles grands droits font une saillie plus ou moins élevée au-dessus de la dépression centrale. La résection de la ligne blanche étant pratiquée, il faut ouvrir les gaines des droits et affronter largement les surfaces musculaires. Une triple ligne de sutures au catgut, très exactement faite et modérément serrée pour assurer un contact étendu des tissus, assurera la fermeture de la paroi et sa solidité définitive. L'affrontement musculaire direct et la suture constituent le point capital de l'opération.

La première suture comprendra le péritoine avec le feuillet aponévrotique postérieur des droits, la seconde les muscles, la troisième l'aponévrose antérieure des droits. Enfin une résection plus ou moins étendue des téguments en forme d'ellipse permettra de rendre au ventre son aspect normal. La paroi sera suturée avec des crins qui, pénétrant profondément, réuniront la ligne de suture cutanée à la suture aponévrotique. Tel est le procédé opératoire qui présente le double avantage de fermer solidement l'éventration et d'être éminemment plastique.

Les figures dessinées par M. Dewy sur une représentation photographique de l'observation relatée plus haut montrent bien l'état antérieur et le résultat obtenu.

Ce résultat est durable. L'opérée travaille depuis longtemps, se porte bien et son abdomen est d'un aspect tout à fait normal. La cicatrice, photographiée au moment de la sortie de la malade, est aujourd'hui à peine perceptible à l'œil. Elle est épaisse et solide. L'opérée jouit d'une aisance parfaite de ses mouvements, est capable d'un travail régulier, même assez pénible.

Du côté des organes génitaux, état parfait. La gymnastique spéciale et le repos adjoint aux autres méthodes de traitement avaient eu de bonne heure raison du léger prolapsus observé au début. De ce côté, la guérison a donc été obtenue sans opération. C'est un point essentiel à noter. (*Soc. Obst. et Gynéc. de Paris.*)

www.libtool.com.cn

THÉRAPEUTIQUE

La sérothérapie dans la fièvre puerpérale. — John Willams, de Londres, qui a employé le traitement de Marmoreck, est loin d'en être enthousiaste.

Le sérum injecté à partir du 5e jour *post partum* aurait abaissé la température et établi une abondante transpiration. Dose injectée : 10 c. c. par jour. Ces phénomènes s'observent après l'emploi de n'importe quel sérum, même le sérum artificiel ou simplement l'eau salée.

Malheureusement le sérum Marmoreck a donné lieu à de sérieux accidents dans quelques cas. C'est ainsi qu'on a observé des vomissements incoercibles suivis d'état comateux, des douleurs des membres insupportables, des rash érythémateux, enfin *des pneumonies qui peut-être ne sont pas sans relation avec le sérum injecté.*

De plus, l'auteur a constaté que les divers sérums antistreptococciques vendus dans le commerce ne sont pas identiques, même lorsqu'ils sortent de l'Institut Pasteur. L'auteur conclut à l'abstention en attendant que de nouvelles recherches aient établi la valeur et même l'innocuité du sérum de Marmoreck. (*British medical Journal,* 31 octobre 1897.)

Traitement de l'endométrite, de la vaginite et de la stérilité par l'acide lactique. (Snéguiref.) — La réaction normale des produits de sécrétion du vagin étant acide par suite de leur teneur en acide lactique, certains auteurs admettent que ce produit chimique joue le rôle d'un antiseptique naturel en empêchant le développement des saprophytes et des microbes pathogènes variés qui pullulent dans la cavité vaginale. Partant de cette hypothèse, Snéguiref, de Moscou, s'est demandé si l'acide lactique, employé sous forme d'injections vaginales et de badigeonnages du col et de la cavité de l'utérus, ne pourrait pas exercer une action thérapeutique dans les cas de vaginite et d'endométrite. Pour vérifier le fait, il a institué des expériences cliniques qui ont donné un résultat positif.

L'auteur affirme que les lavages avec une solution d'acide lactique à 3 % dans la leucorrhée vaginale ont pour effet de supprimer la mauvaise odeur de l'écoulement et sa coloration verte ou jaune, puis de tarir la leucorrhée. D'autre part, les badigeonnages

du col de l'utérus et de la muqueuse intra-utérine avec de l'acide lactique étendu de moitié d'eau ou employé pur, provoquent une desquamation abondante de l'épithélium de l'utérus et amènent la guérison de l'endométrite et de la métrite cervicale avec ectropion.

Un point bien établi par les essais de Snéguiref et qu'il y a lieu de mettre en relief à cause de son importance pratique, c'est que les applications d'acide lactique peuvent être faites sans inconvénient, non seulement à l'hôpital ou au domicile des malades, mais aussi dans le cabinet du médecin, et cela même dans les cas compliqués de salpingo-ovarite.

J'appelle l'attention à un autre point de vue spécial sur l'importance du traitement de Snéguiref. On sait que la sécrétion acide du col et du vagin a une action spermaticide et engendre la stérilité. Ce traitement est donc indiqué chez les femmes stériles qui ne présentent aucune malformation congénitale s'opposant à la conception. A. L.

PÉDIATRIE

I. — **Rappel à la vie des nouveau-nés en mort apparente.** — Brown recommande dans ce but d'injecter sous la peau de l'enfant né en mort apparente le mélange de :

Whisky..... V gouttes.
Teinture de belladone..... I goutte.

Ce liquide sera injecté aux deux bras. Les enfants ouvriraient les yeux immédiatement après l'injection et se mettraient à crier.

En cas d'insuccès de ce procédé, l'auteur injecte sous la peau 4-8 grammes d'eau chaude et introduit en outre dans l'estomac 4-8 gr. d'eau chaude additionnée de 1 goutte d'alcool aromatisé.

II. — **Le calomel dans la conjonctivite blennorrhagique des nouveau-nés.** — Dans 57 cas de conjonctivite blennorrhagique chez les nouveau-nés dont les sécrétions contenaient toujours le gonocoque de Neisser, l'auteur s'est servi avec succès du calomel. Après avoir lavé la conjonctive avec une solution d'acide borique à 2 % et l'avoir essuyée soigneusement avec un tampon d'ouate hydrophile, il la saupoudrait de calomel.

Les sécrétions et la tuméfaction de la conjonctive diminuèrent considérablement, même dans les cas graves, dès le lendemain après l'institution du traitement. Parfois les saupoudrements étaient répétés 2 à 3 fois par jour. Le traitement demanda en général une semaine, avec deux semaines au maximum pour les cas graves invétérés. Les résultats obtenus sont très satisfaisants.

III. — **Les médicaments qu'il ne faut pas donner aux nourrices.** — L'idée qu'il fallait s'abstenir de toute intervention thérapeutique chez les femmes en état de lactation a été, pendant longtemps, acceptée et transmise de générations en générations, comme un article de foi. Aujourd'hui, cette opinion, reconnue fausse, ou du moins en partie exagérée, n'a plus cours dans son entière acception.

Avec M. Boissard, qui a récemment repris cette question, on peut dire que, chez les nourrices, il faut proscrire les médicaments qui troublent la fonction galactogène en modifiant la quantité ou la qualité du lait sécrété, et les médicaments qui peuvent faire reparaître la fonction menstruelle supprimée.

Pour ce qui est de ce dernier point, on s'abstiendra donc de l'usage de tous les drastiques, de l'aloès, de différents emménagogues qui congestionnent le système circulatoire utéro-ovarien. Chez les nourrices réglées, on devra s'abstenir de toute médication active, pouvant amener une perturbation dans la fonction menstruelle qui, en général, permet de continuer l'allaitement. Si les règles étaient trop fréquentes ou trop abondantes, mieux vaudrait recourir au repos au lit, aux préparations de chanvre indien d'hydrastis (extrait fluide, 50 gouttes en trois fois dans les vingt-quatre heures), ou aux injections vaginales chaudes, qu'aux différentes préparations contenant du seigle ergoté ou de la digitale.

Les préparations qui favorisent la diurèse ou la diaphorèse, au détriment de la sécrétion lactée, seront évitées. A ce titre, la digitale et la pilocarpine seront proscrites ; il en sera de même des asperges, qui sont diurétiques, et dont le principe odorant et volatil passe dans le lait.

Il est de notion vulgaire qu'il faut s'abstenir de l'emploi des purgatifs salins chez les nourrices. En cas de constipation on donnera, en dehors d'un régime diététique approprié, de l'huile de ricin, à la dose de 15 à 20 grammes, ou du cascara sagrada, par cachets de 40 à 50 centigrammes. Par contre, on s'abstiendra des préparations de podophyle, qui déterminent souvent des coliques intestinales intenses, ou de rhubarbe, dont on retrouve le principe actif dans le lait, qui présente alors une amertume spéciale, donnant des coliques et de la diarrhée à l'enfant.

L'usage ou l'habitude des boissons alcooliques sera absolument défendu. Il ne faut donc pas gorger les nourrices de vin de quinquina ou autres fortifiants contenant de l'alcool. L'alcool passe dans le lait, les essences des boissons spiritueuses (anisette, chartreuse, kummel, kirsch) passent dans le lait et provoquent chez le nourrisson de l'agitation et de l'insomnie.

Le sulfate de quinine passe en quantité si minime dans le lait, qu'en cas d'indication formelle (impaludisme, fièvre asthénique), on peut le donner à la nourrice sans danger pour l'enfant. Mais il n'en est pas de même de différentes préparations arsénicales et

opiacées, qui passent également dans le lait, et auxquelles le nourrisson est extrêmement sensible.

Le camphre (d'après les recherches de Hergott) et l'antipyrine semblent agir directement sur la fonction galactogène qu'ils suppriment. Leur emploi doit donc être proscrit chez les nourrices.

FORMULAIRE

—

Traitement de la dentition douloureuse.

(Dauchez.)

1° Irrigations fréquentes de la bouche avec de l'eau chloralée chaude.

Hydrate de chloral.....	1 gr.
Alcoolat de menthe....	10 gr.
Ajoutez : Eau chaude...	250 gr.

2° Frictions douces sur les gencives avec le collutoire suivant :

Chloroforme.....	0.25 cent.
Créosote pure.....	0.15 cent.
Laudanum de Sydenham.....	0.10 cent.
Teinture de benjoin	10 gr.

—

Méningite aiguë tuberculeuse chez l'enfant.

(Veillard.)

Contre le vomissement, boissons glacées, eau de Seltz, potion de Rivière, opium à doses fractionnées s'il n'y a pas de constipation.

Contre la céphalalgie, bromures de potassium, de sodium, d'ammonium, hydrate de chloral, sirop diacode, sirop de codéine, compresses d'eau froide ou sédative glacée sur la tête.

Contre la constipation, résine de jalap, de scammonée, calomel, purgatifs divers, lavements.

Calomel à doses fractionnées.

Calomel.....	0.05 centigr.
Sucre en poudre..	5 grammes.

Divisez en 10 paquets. 1 paquet à prendre toutes les heures. — Ne doit jamais être prescrit en même temps que les iodures et les chlorures.

—

Potion à l'iodure de potassium.

(*Asthme infantile.*)

Iodure de potassium.....	0.25 à 2 gr. suivant l'âge.
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 grammes
Eau dist. de menthe.....	60 grammes.
Eau dist. de laitue.....	60 —

Une cuillerée à dessert d'heure en heure.

—

Formulaire de l'élixir parégorique.

(Dr C. Paul.)

Teinture d'extrait d'opium.....	60 gram.
Acide benzoïque....	2 —
Teinture de cannelle	5 —
Vin de Madère.....	40 —
Essence d'anis.....	XXV gout.

Potion à l'iodure et au bromure de potassium.

Iodure de potassium.....	1 gramme.
Bromure de potassium.....	2 —
Teinture de digitale.....	XII gouttes
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 grammes.
Eau distillée de tilleul.....	120 —

Par cuillerée à soupe d'heure en heure. — Enfant de 4 ans.

www.libtool.com.cn

VARIÉTÉS

PSYCHOLOGIE DES RAPPORTS SEXUELS : PARALYSIES POST-PAROXYSTIQUES.

M. le Dr Féré rapporte, dans la *Revue de Médecine*, quelques observations fort curieuses relatives à des paralysies survenant après l'acte sexuel, et qui intéressent à la fois la médecine légale et la psychologie.

Dans le premier cas, le malade, épileptique, était sujet à une hémiplégie transitoire après ses attaques. Or, il lui est arrivé, à plusieurs reprises, de présenter des phénomènes paralytiques tout à fait analogues après un rapport sexuel.

Le second sujet, qui était un neurasthénique, avait dans les mêmes conditions une paraplégie transitoire qui le forçait à garder le lit pendant plusieurs heures.

La suractivité physique et psychique qui accompagne l'éréthisme génésique s'accompagne, chez un certain nombre d'animaux, d'actes de violence, qu'il faut distinguer des actes de cruauté qui se manifestent dans certaines perversions sexuelles, dans le sadisme, chez les vampires, les sanguinaires de Ball. Ces actes de violence, qui précèdent ou accompagnent l'acte caractérisent souvent une phase d'un état spécial qui mérite le nom d'ivresse érotique. Chez quelques individus, la dépression consécutive s'accompagne d'une véritable antipathie sexuelle qui peut être assez intense pour se manifester par des violences.

L'excitation générale qui accompagne l'acte génital peut provoquer un grand nombre de troubles nerveux.

Le coït peut provoquer l'épilepsie : Sauvage cite une personne chez laquelle il était constamment suivi d'un accès ; Zimmermann a connu un jeune homme qui avait un accès chaque fois qu'il s'était livré à l'onanisme ; Maurice cite un chien qui était atteint d'épilepsie chaque fois qu'il s'accouplait. Du reste, chez quelques individus, certains phénomènes sensoriels, érythropsie, vision colorée, sensations subjectives de l'odorat, se manifestent à la fois dans l'attaque épileptique et dans l'acte vénérien, et certains phénomènes moteurs sont communs aux deux formes d'orages. Quelquefois les manifestations épileptiques et les excès vénériens marchent de pair, les premières commencent et disparaissent avec les seconds.

D'autres névroses peuvent encore être provoquées par les rapports sexuels : la migraine, l'angine de poitrine, l'asthme (Salter), l'hystérie (Rosenthal, Grasset).

La folie peut être la conséquence des premiers rapprochements sexuels (*post-connubial insanity* des Anglais), surtout chez les jeunes femmes prédisposées.

L'éréthisme général qui accompagne les excitations génitales peut déterminer un certain nombre d'accidents liés aux conditions physiques du complexus. Pendant la phase tonique, il peut se produire des troubles moteurs liés à l'exagération de la tension musculaire et qui peuvent se manifester non seulement dans le domaine des muscles de la vie de relation, mais aussi dans celui des muscles de la vie organique : tremblement local ou général, crampes, grincements de dents, toux, éternuements, borborygmes, éructation, constriction pharyngée, etc. Mac Gillicuddy cite une femme qui vidait sa vessie chaque fois que son mari l'approchait.

L'éréthisme sensoriel se traduit quelquefois par des sensations subjectives qui peuvent se manifester sur les différents sens : sur la vue, par la photopsie, par l'érythropsie ; sur l'ouïe par des bourdonnements, par des tintements d'oreilles ; sur l'odorat par des sensations d'odeurs variées ; sur la sensibilité générale, par des sensations de prurit qui ne sont probablement pas étrangères à la production de certains spasmes laryngés et de l'éternuement. Desprès signale la fréquence d'une douleur réflexe à la gorge.

L'augmentation de la tension artérielle peut expliquer l'hémorrhagie cérébrale qui se produit quelquefois chez les vieillards et chez les artérioscléreux. L'hémorrhagie cérébrale sous l'influence du coït n'est pas spéciale à l'homme ; Larcher en signale la fréquence relative chez les oiseaux domestiques. Les épistaxis sont fréquentes à la suite des excès de coït comme à la suite des excès de masturbation : chez quelques individus on les voit se produire après chaque acte vénérien. Quelquefois l'excitation générale s'accompagne d'hypercrinies : chez quelques individus une sueur profuse se produit sous forme de crises brusques qui interrompent instantanément l'éréthisme vénérien.

La suractivité ne survit guère aux paroxysmes : si quelques individus sont capables de l'utiliser, ils sont exceptionnels, et, en général, les hommes adonnés aux travaux de l'esprit plus encore que ceux qui doivent utiliser leurs bras, peuvent s'en rapporter à l'opinion du pythagoricien Clinia, dont parle Plutarque dans les *Symposiaques*, qui, lorsqu'on lui demandait quel était le temps le plus favorable pour se rapprocher de sa femme, répondit : « Lorsqu'on veut se nuire. » En général, lorsque l'excitation génitale a dépassé son acmée, on voit se produire une dépression physique et morale *Post coïtum animale triste, nisi gallus qui tantat.*

Cette dépression, ce collapsus, comme dit Robin, passagère dans les conditions physiologiques devient continue à la suite d'excès répétés.

Les anciens auteurs signalaient le danger du coït pendant le travail de la digestion ; chez certains individus le coït après le repas provoque un épuisement des activités gastriques et tous les phénomènes de l'indigestion. Chez divers mammifères on observe une inappétence qui dure des jours et même des semaines. Double attribuait encore à la pratique exagérée ou intempestive de cet acte les accidents pernicieux des plaies et les complications des fièvres.

L'orgasme génital est suivi d'une diminution brusque de la tension artérielle qui peut amener la syncope et la mort subite. Le refroidissement périphérique qui se manifeste souvent à la langue et aux lèvres peut aller jusqu'à la production du doigt-mort. On peut observer encore d'autres troubles de la circulation qui se traduisent par la polyurie, par la diarrhée, par la congestion pulmonaire avec ou sans hémoptysie.

Hutchinson cite un malade qui, à la suite du coït, éprouvait une sensation effroyablement douloureuse derrière la tête, se sentait menacé de mort, et restait quelques minutes inconscient. Un autre éprouvait une sensation analogue dans les reins. Ces phénomènes douloureux, qui diffèrent par l'intensité, sont signalés par plusieurs neurasthéniques qui se plaignent aussi de l'apparition du casque de la rachialgie. Chez les hystériques, qui sont aussi plus sujets à l'exagération de la dépression consécutive à la décharge, on peut relever l'amblyopie capable d'aller jusqu'à la cécité complète, l'obtusion ou l'abolition passagère de l'ouïe, l'anesthésie cutanée. C'est surtout chez ces deux catégories de sujets aussi qu'on observe le sommeil invincible, stuporeux, narcoleptique. Une hystérique, qui ne peut que rarement arriver à l'orgasme, parce que l'éréthisme provoque presque toujours des hallucinations visuelles ordinairement terrifiantes, tombe constamment alors dans un sommeil comateux, dont elle ne sort qu'au bout de plusieurs heures avec amnésie rétroactive temporaire comprenant plusieurs heures avant l'acte. Le même sommeil comateux peut s'observer encore chez les paralytiques généraux dans la période de préparation, chez les diabétiques.

La sensibilité peut être affectée d'ailleurs en dehors de l'hystérie. Plusieurs neurasthéniques signalent une obtusion générale des sens, principalement de l'ouïe et de la vue ; mais on peut observer une véritable amaurose qui se fait remarquer par la brusquerie de son début et de sa courte durée.

Ces effets du coït chez les individus dont le système nerveux est déprimé méritent d'être rapprochés de ceux qu'on observe chez un certain nombre d'insectes. On pensait autrefois que si l'abeille mâle meurt pendant la copulation, c'était que la reine la tuait par ses coups. En réalité, elle meurt d'épuisement provoqué par l'éréthisme : et elle meurt aussi bien lorsqu'on provoque l'érection artificiellement par un contact approprié sur les ailes ou sur le dos. La mort subite ou rapide qui se produit chez plusieurs insectes après

l'oviparturition paraît aussi due au choc, à l'épuisement. Le hanneton mâle est aussi dans une torpeur profonde après la copulation, et cette torpeur en fait une victime facile pour d'autres mâles.

Aux phénomènes d'épuisement physique correspondent des phénomènes d'obnubilation intellectuelle qui peuvent présenter une systématisation remarquable ; un neurasthénique perd pour un temps la mémoire des formes des organes génitaux de l'autre sexe, et le toucher est incapable de la réveiller.

Parmi les éléments les plus intéressants de cet épuisement, il en est un qui mérite une place particulièrement distinguée et que nous avons laissé de côté pour lui consacrer une attention plus spéciale.

J'ai déjà relevé que chez des hystériques on a pu noter à la suite de la copulation un relâchement des muscles qui peut aller jusqu'à la paralysie et atteindre les muscles de la vie de relation sous forme d'hémiplégies et de paraplégies, ou les muscles de la vie organique sous forme de météorisme plus ou moins persistant, de relâchement des sphincters.

Un certain nombre de neurasthéniques, après les rapprochements sexuels, éprouvent des modifications du timbre et une diminution d'amplitude de la voix, du nasonnement, indiquant une modification de la tonicité musculaire du voile du palais, du pharynx et du larynx. A la suite d'excès, ces manifestations peuvent se produire chez les individus parfaitement normaux d'ailleurs. Mais on peut voir survenir dans les mêmes circonstances des troubles paralytiques plus graves, sans parler de ceux qui sont liés à des maladies chroniques du système nerveux, de l'ataxie locomotrice, des myélites dans l'étiologie desquelles on voit souvent combinées à l'influence du coït, celles de l'alcoolisme, de la syphilis, des traumatismes, etc.

Chez les hystériques, ces phénomènes post-paroxystiques ne font que mettre en évidence une impotence habituelle qu'elles exagèrent. Ce que font les rapports sexuels, la fatigue, une émotion morale vive, une intoxication peuvent le reproduire. Les sujets qui se plaignent d'engourdissement, de parésie, à la suite des rapports sexuels, avaient éprouvé en général ces mêmes symptômes dans d'autres circonstances, avec la même localisation des troubles ; c'est-à-dire que l'acte sexuel ne faisait que mettre en évidence une prédisposition bien établie. C'est du reste ce qu'on observe aussi dans les paralysies émotionnelles.

Cette prédisposition générale et locale se retrouve chez d'autres sujets capables de présenter les mêmes troubles dans les mêmes circonstances.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

www.libtool.com.cn

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

A

Accouchements sans douleurs..... 142
— (le diagnostic de l'—).. 166
— (complications de l'—). 315
Albrou..... 59
Albuminuriques (allaitement chez les —)..... 212
Allaitement chez les albuminuriques..... 212
Alopécie (traitement de l'— dans la fièvre typhoïde).. 154
Aménorrhée (traitement de l'—).....211, 244
Amputation du col..... 187
Anémie (traitement de l'—) 243
Angio-sclérose et métrorrhagies rebelles..... 52
Annexes (traitement des affections des —)..... 305
— (extirpation des — par la voie vaginale)..... 162
Annexite et appendicite... 136
Anus vulvaire congénital (traitement de l'—)..... 125
Appendicite et annexite (diagnostic différentiel de l'—)..... 136
— chez la femme (diagnostic de l'—)..... 155
Areilza..... 31
Atropine (l'— contre la diphtérie.....64, 93
Avortements criminels..... 5
— incomplet (traitement de l'—).....189, 245
— (questions médico-légales relatives à l' -)..... 87

B

Basedow (hystothérapie appliquée à la maladie de—) 43
Blennorrhagie et grossesse 117
— (la— chez la femme).. 185
Bogoloswky..... 267
Boisleux (affaire —)..... 5
Boisseau-du-Rocher..... 305
Bonnet (Stéphane).. 320
Brome (emploi du —) dans le traitement de l'endométrite..... 335
Bromoforme contre la coqueluche..... 94

C

Cancer utérin (traitement médical du —)..... 123
Canule vaginale (nouvelle —)..... 240
Catarrhes intestinaux de l'enfance (action du tannigène sur les —)..... 63
Charles (N.)..... 279
Charpentier..... 142
Chélidoine (la — dans le traitement des tumeurs malignes)..... 303
Circulation placentaire (physiologie de la —)..... 264
Circulation maternelle du placenta..... 255
Congestion pulmonaire chez l'enfant (traitement de la —)..... 64
Col (dilatation rapide du —) 35
— (amputation du —)... 187
Complications de l'accouchement..... 315
Constipation chez la femme (traitement de la —)..... 267
Coqueluche (traitement de la —).....61, 64, 92, 211
— (bromoforme contre la —)..... 94
— (potion contre la —)64, 93
Cordon (insertion vélamenteuse du —)..... 172
Crayons mentholés..... 184
Crayons intra-utérins..... 184
Crevasses (traitement des —)..... 183
Criminels (avortements —) 5

Curettage de l'utérus.... 203
— (instruments pour le —)..... 251
Cystite chez les nourrissons 213

D

Delore.....
Dentition douloureuse.... 356
Déséquilibrés du ventre (les —)..... 255
Desfosses..... 301
Diagnostic de la grossesse (nouveau —)..... 176
Dilatateurs de l'utérus..... 58
Dilatation de l'utérus..... 239
— rapide du col..... 239
Diphtérie (atropine contre la —).....64, 35
Doléris.....95, 93
Douleurs névralgiques (traitement des —)..... 189
Dufour (H.).....271, 94
Durante (G.).....96, 296
Dyspepsie des enfants (traitement de la —)..... 279
214

E

Ecarteurs hémostatiques... 31
Eclampsie post-partum.... 286
— (traitement de l'—).... 182
— (à propos de l'—)..... 30
Endocervicite (traitement de l'—)..... 95
Endométrite (traitement de l'—)..... 335
Enfants (hystérie chez les —).....271, 296
— (lavements médicamenteux chez les —)..... 121
Entérite muco-membraneuse (traitement de l'—) 334
Epaule (présentation de l'—) 176
Epistaxis à répétition (traitement des —)..... 93
Epithéliome ectoplacentaire (cas d'—)..... 97
Erodium cicutarium comme hémostatique utérin (l'—) 334
Erosions du col (traitement non-opératoire des —)... 25
Eventration (traitement de l'—)..... 344

F

Femme (traitement de la constipation chez la —).. 267
Fibrome (atrophie spontanée d'un —)..... 181
Fièvre puerpérale (traitement de la —)..... 353
Fournier..... 269
Fœtus (rétention prolongée du —)..... 325

G

Gale (pommade contre la —)..... 64
Gastro-entérite des nourissons (traitement de la —) 234
Gerçures (traitement des —)..... 183
Grimodie..... 320
Grossesse et blennorrhagie 117
— extra-utérine..... 323
— gémellaire univitelline 208
— — (cas de —)..... 215
— (nouveau diagnostic de la —)..... 58
— (traitement des vomissements de la —)..... 324

H

Hémorrhagie placentaire.. 288
— post-partum (traitement des —)..... 76
Hémostatiques (écarteurs —)..... 31
— utérin (nouvel —)..... 334
Hydrorrhée décidiuale..... 320
Hyperchlorhydrie gastrique (poudre contre l'—)..... 184
Hystérie infantile et suggestion hypnotique.....271, 296
Hystéropexie abdominale contre les rétrodéviations utérines..... 28
Hystothérapie appliquée à la maladie de Basedow.. 43

I

Ichthyol en gynécologie... 107
— dans la blennorrhagie 16
Infantile (posologie —)..... 152
Iode (teinture d'— contre les contractions tétaniques 62, 124
Iodothyrine contre l'obésité (l'—)..... 72

J

Joffroy (A.).....271, 296

www.libtool.com.cn

Jouin..... 43
Jugement Laporte..... 331

K

Kyste hydatique du foie... 205

L

Lacérations du col (traitement non opératoire des —)..... 25
Laporte (affaire —)..... 325
— (jugement —)..... 331
Lavements médicamenteux chez les enfants..... 121
Lebedeff..... 185
Lentigo (traitement du —). 94
Lorain..... 107
Lucas (Ch.)..... 35
Lutaud (A.).....12 *et passim*

M

Marfan..... 234
Marmonier..... 16
Maygrier.....208, 245, 287, 315
Méningite chez l'enfant... 356
Métrorrhagies essentielles (traitement des —)..... 124
— rebelles et angiosclérose..... 52
Môle hydatiforme (anatomie pathologique de la —)... 279
Monteuuis..... 301
Muqueuse utérine (reproduction de la —)..... 313
Myocardite chez les enfants (traitement de la —)..... 152

N

Nourrices (médicaments des —)..... 355
Nourrissons (cystite chez les —)..... 213
Nouveau-nés (rappel à la vie des —)..... 354
— (conjonctivite des —) 354
— (traitement de la gastro-entérite des —)..... 234
Nitot..... 335

O

Obésité (traitement de l'—) 72
Obstétrique en police correctionnelle (l'—)..... 325
Opothérapie ovarienne..... 301
Ovaire (kyste de l'—)..... 340
Ovarienne (opothérapie)... 301
Oxychlorure d'argent (l'— dans le traitement des annexes)..... 305
Ozenne..... 117
Ozone dans le traitement de la coqueluche (l'—)... 61

P

Périmétrite (traitement de la —)..... 34
Petit (Paul).....52, 65, 125, 292
Pichevin (R.).....19, 162, 187
Placenta de grossesse gémellaire univitelline..... 208
— (insertion vicieuse du —)..... 288
— prœvia (traitement du —)..... 323
Placentaire (Hémorrhagie —)..... 288
— (Physiologie de la circulation —)..... 264
Porak 172, 215
Posologie infantile..... 152
Présentation de l'épaule... 176
Prolapsus génital (traitement du —).....65, 146
— utérin (traitement du —) 65, 146, 178
Prurit anal (traitement du —)..... 34

Q

Queirel..... 30

R

Rachitique (cas de bassin —)..... 269
Rapports sexuels..... 357
Réplétion vésicale et vaginisme..... 292
Résorcine (traitement de la coqueluche par la —).... 211
Rétention fœtale 325
— post-partum (emploi des curettes dans la —).. 113
Rétrodéviations utérines (traitement chirurgical des —).....13, 28
Reynier (Paul)..... 13
Richelot (B.)..... 155
Rossi (L. M.)..... 313

www.libtool.com.cn

S

Schwartz (Ed.)..... 28
Sécrétions cervicales de l'utérus (traitement des —).. 95
Sein hystérique..... 229
Sérum artificiel contre les hémorrhagies post-partum..... 76
Spermatorrhée (traitement de la —)..... 92
Stéthoscope (nouveau —)... 238
Symphyséotomie..... 275

T

Table à opérations (nouvelle —)..... 240
Tannigène (action du — sur les catarrhes intestinaux de l'enfance..... 63
Tétaniques (traitement des contractions —).....62, 124
Thrombus..... 176
Tiges intra-utérines (indications de —)..... 19
Tissier..... 176
Tœnifuge (potion —)..... 34
Traitement chirurgical des rétrodéviations utérines.. 13
— de l'anus vulvaire congénital..... 125
Traitement mécanique intra-utérin..... 111
Tube anastomotique pour la transplantation des uretères..... 56
Tumeurs fibreuses..... 315
— malignes (traitement des —)..... 303

U

Ulcérations du col (traitement non opératoire des —)..... 25
Uréthrite antérieure (traitement de l'—)..... 274
Utérin (traitement du prolapsus —).....65, 146
Utérine (reproduction de la muqueuse utérine)..... 313
— (traitement chirurgical des rétrodéviations —)13, 28
Utérus (curettage de l'—).. 203
— (dilatateurs de l'—)... 239
— (inertie de l'— pendant l'accouchement)..... 35
— (rupture de l'—)..... 176
— (traitement des sécrétions cervicales de l'—).. 95

V

Vaginisme et réplétion vésicale..... 292
Vallon..... 292
Vidal (Louis)..... 172
Vomissements de la grossesse (traitement des —).. 324
Vulvaire (traitement de l'anus — congénital)..... 12

Clermont Oise). — Imprimerie Daix Frères, 3, place Saint-André.

Vol. 13. - N° 1. — Janvier 1897. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an

... E PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

www.libtool.com.cn

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES, Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève, Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI, Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 19 1903

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE. MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE. — **Obstétrique:** Quelques considérations sur les avortements criminels. (A. LUTAUD.) — **Gynécologie** : Le traitement chirurgical des rétrodéviations utérines, par M. le Dr Paul REYNIER, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Des tiges d'ichtyol dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme, par le Dr MARMONIER. — Des indications des tiges intra-utérines, par le Dr R. PICHEVIN. — **Revue de thérapeutique appliquée** : Traitement non opératoire des ulcérations, érosions et lacérations du col. (A. LUTAUD.) — **Revue des journaux** : Résultats de 46 opérations d'Hystéropexie abdominale contre les rétrodéviations utérines, par le Dr E. SCHWARTZ. — A propos de l'éclampsie, par M. le Prof. QUEIREL. — Sur l'influence de l'appareil génital féminin dans l'échange des matériaux de l'organisme, par le Dr Bossi. — **Revue des instruments nouveaux** : Ecarteurs hémostatiques, par le Dr AREILZA. — **Formulaire** : Traitement de la périmétrite. (LUTAUD.) — Traitement du prurit anal compliqué de varices anales. (ADLER.) — Potion tænifuge. (VAN AUBEL.)

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE. 2° GRANULÉ. 3° SOLUTION INJECTABLE. 4° SIROP.

Indique dans : NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE au *Bromure de Potassium* (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phien MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phien de 1re classe, gendre et successeur

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PÉRICOLS

à la GLYCÉRINE BELLADO-IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3 fr. 75. — DE 12, 6 fr. — DE 25, 7 fr 50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris

ET TOUTES PHARMACIES.

www.libtool.com.cn

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.

Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le CRÉSYL-JEYES n'est ni Toxique ni Caustique

Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.

VENTE EN GROS :

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

et chez tous Droguistes et Pharmaciens.

Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRESYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP

D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.

Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.

PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Chlorose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dus en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'**Ichthyol**, dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit SIROP, VIN ou SEL Galactogènes JOLIVET à base de *Galéga* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.

Dépôt à PARIS : Phe. JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.

Envoi FRANCO Poste d'une Boîte de SEL contre 3 fr.

Crayons intra-utérins

BOUGIES urethrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

Pharm. VIGIER, 12, Boul. [illegible]-Nouvelle, Pa

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDTS

ST LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

Gros : FUMOUZE-ALBESPEYRES 78, Faub. St-Denis, PARIS

Détail : Pharmacie CHAUMEL, 82, Rue Lafayette, PARIS

OVULES CHAUMEL

PANSEMENTS VAGINAUX

OVULES CHAUMEL

GLYCERINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

F E L L O W S

S I R O P

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme** : la **potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la Phthisie, la Neurasthénie, l'Anémie, les Affections pulmonaires, le Rachitisme.

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

www.chinal.com.cn

S I R O P

F E L L O W S

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs

et le **FORTIFIANT** par **EXCELLENCE**

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à Paris, chez MARIANI, 41, Boulᵈ Haussmann.

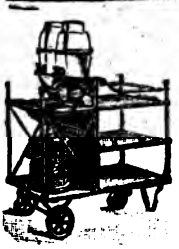
LITS, FAUTEUILS, VOITURES et APPAREILS MÉCANIQUES pour MALADES et BLESSÉS

DUPONT,

Fabricant breveté, s. g. d. g.
Fournisseur des Hôpitaux.

PARIS, 10, rue Hautefeuille, au coin de la rue Serpente (près l'Ecole de Médecine).

Les plus hautes récompenses aux Expositions Françaises et Etrangères



CHARIOT roulant métallique. Tonneaux Serre-tête à coulisses verre. Lavabo, étagère.

TABLE MÉTALLIQUE pour ophtalmologie. Positions variables. se graduant à volonté.

Panneaux en verre. Tablette pour recevoir les instruments.

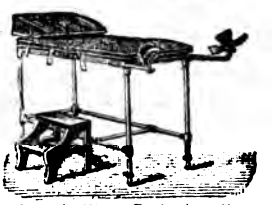
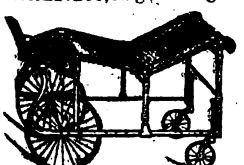
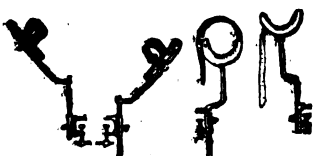


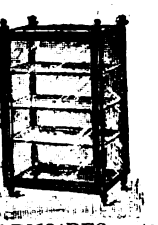
Table métallique, Patins à coulisses. Coussins mobiles, hauteur réglable.



BRANCARD ROULANT tout métal, roues caoutchoutées pour hôpital, ayatème Pozal.



Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.



ARMOIRES metal nickelé toutes dimensions. Etagères en cristal. Porte à un vantail ou deux vantaux.

Sur demande, l'envoi franco du Grand Catalogue Illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

L'Exploitation, organisée par l'Institut Royal de Chimie du Gouvernement Hongrois (Ministère de l'Agriculture, **BUDA-PEST) a lieu sous un contrôle direct indépendant, scientifique et hygiénique.**

www.libtool.com.cn

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

« L'eau d'Apenta est toujours constante dans sa composition.

« La prédominance de sulfate de magnésie, la présence du fer, du bicarbonate de soude et du lithium, *sont des avantages qui recommandent cette eau purgative aux thérapeutes et aux médecins.* »

(G. POUCHET, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris.)

« Nulle autre eau laxative n'est plus forte et plus favorablement constitutée ».

(Prof. LIÉBERMANN, de Budapest.)

« La présence de la lithine dans l'eau d'*Apenta* explique son action préventive et curative contre la goutte ».

(Dr ALTHAUS, de Londres.)

« La constance de sa composition la rend précieuse pour un traitement systématique ».

(Prof. OSCAR LIEBRECH, de Berlin.)

Approuvée par l'Académie de Médecine de Paris
Autorisée par l'État

DOSE ORDINAIRE :

Un verre à bordeaux le matin à jeun

Envoi d'échant. sur demande adressée à M. PERRET, 42, Bd du Temple, PARIS

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

Le Gérant : MALOINE.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3.

Vol. 13. - N° 2. — Février 1897. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

www.libook.com.cn

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES — Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève — Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI — Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE. — **Obstétrique** : De la résistance anormale de l'utérus à la provocation de l'accouchement. Nouveau procédé de dilatation rapide du col utérin, par M. le Dr Charles LUCAS. — **Gynécologie** : De l'hystotérapie appliquée à la maladie de Basedow et aux troubles fonctionnels du système génital féminin et particulièrement de la médication par le tissu ovarien, par M. le Dr JOUIN. — Angiosclérose et métrorrhagies rebelles, par M. le Dr Paul PETIT. — **Revue des instruments nouveaux** : Tube anastomotique de M. le professeur CHALOT (de Toulouse), pour la transplantation des uretères. — **Variétés** : La médecine dans les romans. Un nouveau diagnostic de la grossesse. (Dr ALBROU.) — **Revue de thérapeutique appliquée** : Traitement de la coqueluche par l'ozone. (LABBÉ et OUDIN.) — Emploi de la teinture d'iode contre les contractions tétaniques pendant le travail. (MÜLLER.) — Action du tannigène sur les catarrhes intestinaux de l'enfance. (J. HARTEKER.) — **Formulaire** : Poudre à poudrer les enfants. — L'atropine contre la diphtérie. (ELSAESSER.) — Potion contre la coqueluche. (l'ÉRIER.) — Nouvelle médication de la coqueluche. — Potion contre la congestion pulmonaire chez l'enfant. (PÉRIER.) — Nouvelle pommade contre la gale.

VIN DE BUGEAUD

TONIQUE NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE au Bromure de Potassium (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phien MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phien de 1re classe, gendre et successeur

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PÉRICOLS

à la GLYCÉRINE BELLADO-IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3'75; POUR LES MÉDECINS, LES 25, 7'50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris

ET TOUTES PHARMACIES.

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.

Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le **CRÉSYL-JEYES** n'est ni Toxique ni Caustique

Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.

VENTE EN GROS :

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

et chez tous Droguistes et Pharmaciens.

Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRESYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP

D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.

Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.

PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Gynécose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dus en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'**Ichthyol**, dont on se sert journellement dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Crayons intra-utérins

BOUGIES uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

Pharm. **VIGIER**, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit **SIROP, VIN ou SEL Galactogènes JOLIVET** à base de *Galéga* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.

Dépôt à PARIS : Phe. JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.

Envoi FRANCO Poste d'une Boîte de SEL contre 3 fr.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDts

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

OVULES CHAUMEL

Dépôt : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, Paris

Succ. : FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faub. St-Denis, PARIS

PANSEMENTS VAGINAUX

OVULES CHAUMEL

GLYCÉRINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

F E L L O W S

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme** : la **potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

S I R O P

F E L L O W S

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs et le **FORTIFIANT** par **EXCELLENCE**

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à Paris, chez MARIANI, 41, Boul^d Haussmann.

…S, FAUTEUILS, VOITURES et APPAREILS MÉCANIQUES pour MALADES et BLESSÉS

DUPONT,

Fabricant breveté, s. g. d. g.
Fournisseur des Hôpitaux.

PARIS, 10, rue Hautefeuille, au coin de la rue Serpente (près l'Ecole de Médecine).

Les plus hautes récompenses aux Expositions Françaises et Etrangères

…CHARIOT roulant …métallique. Tonneaux …ère. Lavabo, étagère, se graduant à volonté.

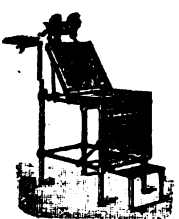
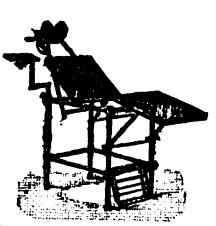


TABLE MÉTALLIQUE pour ophtalmologie. Positions variables. Panneaux en verre. Serre-tête à coulisses. Tablette pour recevoir les instruments.



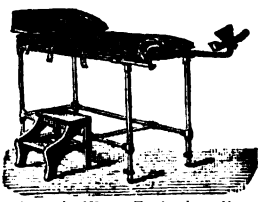
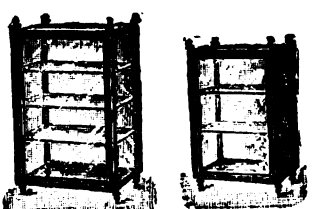


Table métallique, Patins à coulisses, Coussins mobiles, hauteur réglable.

…BRANCARD ROULANT …out métal, roues caoutchoutées …pour hôpital, système Pozzi.

Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.



ARMOIRES métal nickelé toutes dimensions. Etagères en cristal. Porte à un vantail ou deux vantaux.

…r demande, l'envoi franco du Grand Catalogue illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

EXPLOITÉE SOUS UN CONTROLE SCIENTIFIQUE

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

www.libtool.com.cn

« L'eau Apenta est toujours constante dans sa composition.

« La prédominance de sulfate de magnésie, la présence du fer, du bicarbonate de soude et du lithium, *sont des avantages qui recommandent cette eau purgative aux thérapeutes et aux médecins.* »

(G. POUCHET, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris.)

« Nulle autre eau laxative n'est plus forte et plus favorablement composée ».

(Prof. LIÉBERMANN, de Budapest.)

« La présence de la lithine dans l'*Apenta* explique son action préventive et curative contre la goutte ».

(Dr ALTHAUS, de Londres.)

« La constance de sa composition la rend précieuse pour un traitement suivi ».

(Prof. OSCAR LIEBRECH, de Berlin.)

Approuvée par l'Académie de Médecine de Paris
Autorisée par l'État

DOSE ORDINAIRE :

Un verre à bordeaux le matin à jeun

Envoi d'échant. sur demande adressée à M. PERRET, 42, Bd du Temple, PARIS

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

Le Gérant: MALOINE.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3.

Vol. 13. - N° 3. — Mai 1897. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an

REVUE PRATIQUE

www.libtool.com.cn

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES — Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève — Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI — Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE. — **Gynécologie :** Traitement du prolapsus génital chez la femme, par M. le Dr P. PETIT. — L'iodothyrine dans le traitement de l'obésité et des corps fibreux. (LUTAUD.) — **Obstétrique :** De l'emploi des injections de sérum artificiel au cours et à la suite des hémorrhagies post-partum, par M. le Dr OLIVIER. — **Médecine légale :** Quelques questions médico-légales relatives à l'avortement. (A. LUTAUD.) — **Formulaire :** Traitement de la coqueluche. (DITTE.) — Oxyde de cuivre comme vermifuge. (SCHMIDT.) — Citrate de cornutine pour activer les contractions utérines et contre la spermatorrhée. (LEWITZKI.) — Nouvelle médication de la coqueluche. — Potion contre la coqueluche. (J. SIMON.) — Solutions pour injections intra-utérines après la délivrance. (TARNIER.) — Injection contre la leucorrhée. (LUTAUD.) — L'atrophine contre la diphtérie. (ELSAESSER.) — Potion contre la coqueluche. (PÉRIER.) — Traitement des épistaxis à répétition. (LERMOYEZ.) — Traitement local des douleurs névralgiques. (SABATTINI.) — Le bromoforme contre la coqueluche. (GAY.) — Contre le lentigo. (MALBEC.)

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE *au Bromure de Potassium* (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phien MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phien de 1re classe, gendre et successeur

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PÉRICOLS

à la GLYCÉRINE
BELLADO-IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3'75; POUR LES MÉDECINS, LES 25, 7'50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris
ET TOUTES PHARMACIES.

www.libool.com.cn

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.
Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le **CRÉSYL-JEYES** n'est ni Toxique ni Caustique
Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.
VENTE EN GROS :
Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.
et chez tous Droguistes et Pharmaciens.
Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRESYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP
D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.
Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.
PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Chlorose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dus en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'**Ichthyol**, dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Crayons intra-utérins

BOUGIES uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

Pham. **VIGIER**, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS.

● Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit **SIROP, VIN** ou **SEL**
Galactogènes JOLIVET à base de *Galéga* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.
Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.
Dépôt à PARIS : Phe. JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.
Envoi FRANCO Poste d'une Boîte de SEL contre 3 fr.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDts

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

Gros : FUMOUZE-ALBESPEYRES 78, Faub. St-Denis, PARIS

Détail : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, PARIS

OVULES CHAUMEL

PANSEMENTS VAGINAUX
OVULES CHAUMEL
GLYCÉRINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

F E L L O W S

S I R O P

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme** : la **potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

F E L L O W S

S I R O P

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs et le **FORTIFIANT** par **EXCELLENCE**

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à ***Paris****, chez* ***MARIANI, 41, Boul[d] Haussmann.***

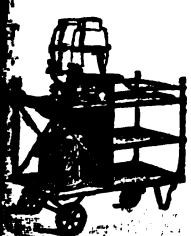
LITS, FAUTEUILS, VOITURES et APPAREILS MÉCANIQUES pour MALADES et BLESSÉS

DUPONT,

Fabricant breveté, s. g. d. g.
Fournisseur des Hôpitaux.

PARIS, 10, rue Hautefeuille, au coin de la rue Serpente (près l'Ecole de Médecine).

Les plus hautes récompenses aux Expositions Françaises et Etrangères



CHARIOT roulant métallique. Tonneaux verre. Lavabo, étagère.

TABLE MÉTALLIQUE pour opt logie. Positions variables. Panneaux et Serre-tête à coulisses se graduant à volonté.

Tablette pour voir les instru

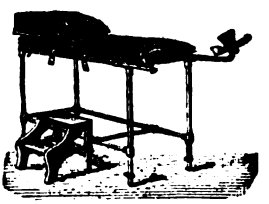
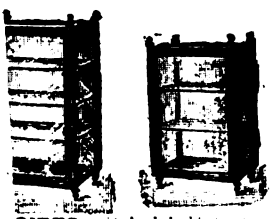


Table métallique, Patins à coulisses. Coussins mobiles, hauteur réglable.

BRANCARD ROULANT tout métal, roues caoutchoutées pour hôpital, système Pozzi.

Patins et Croissants s'adapta toutes tables au moyen d'étau



OIRES metal nickelé toutes sions. Etagères en cristal. à un vantail ou deux vantaux.

ur demande, l'envoi franco du Grand Catalogue illustré avec Pri

330 figures. — TÉLÉPHONE

EXPLOITÉE SOUS UN CONTROLE SCIENTIFIQU

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

www.ihotool.com.cn

« L'eau Apenta est toujours constante dans sa composition.

« La prédominance de sulfate de magnésie, la présence du fer, d bicarbonate de soude et du lithium, *sont des avantages qui recommande cette eau purgative aux thérapeutes et aux médecins.* »

(G. POUCHET, professeur de pharmacologie à Faculté de médecine de Paris.)

« Nulle autre eau laxative n'est plus forte et plus favorablement co posée ».

(Prof. LIÉBERMANN, de Budapest.)

« La présence de la lithine dans l'*Apenta* explique son action préve tive et curative contre la goutte ».

(Dr ALTHAUS, de Londres.)

« La constance de sa composition la rend précieuse pour un traiteme suivi ».

(Prof. OSCAR LIEBRECH, de Berlin.)

Approuvée par l'Académie de Médecine de Paris
Autorisée par l'État

DOSE ORDINAIRE :

Un verre à bordeaux le matin à jeun

Envoi d'échant. sur demande adressée à M. PERRET, 42, Bd du Temple, PARI

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

Le Gérant : EUGÈNE DAIX.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3.

Vol. 13. - N° 4. — Avril 1897. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. [illegible] par an

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

www.libtool.com.cn

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES — Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève — Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI — Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE. — **Gynécologie** : Action de l'éther iodoformé sur le mucus utérin, son emploi dans l'endocervite. (DOLÉRIS.) — Du Déciduome malin ou épithéliome ectoplacentaire. (DURANTE.) — De l'ichthyol en gynécologie. (LORAIN.) — Traitement mécanique intra-utérin. — **Obstétrique** : *Société Obstétricale et Gynécologique de Paris* : Sur l'emploi des curettes dans le traitement de la rétention post-partum, par MM. NITOT, BUDIN, CHARPENTIER, BONNET, LOVIOT, PICHEVIN. — Trois grossesses chez une femme atteinte d'endométrite blennorragique chronique, par le Dr OZENNE. — **Pédiatrie** : Les petits lavements médicamenteux chez les enfants, par le Dr MONTEUUIS. — **Formulaire** : Traitement médical du cancer utérin. (J. CHÉRON.) — Traitement médical des métrorrhagies essentielles. (LUTAUD.) — Teinture d'iode pour combattre les contractions tétaniques de l'utérus pendant l'accouchement. (P. MUELLER.)

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE au *Bromure de Potassium* (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phien MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phien de 1re classe, gendre et successeur

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PERICOLS

à la GLYCÉRINE BENZOÏNÉE IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3'75; POUR LES MÉDECINS, LES 25, 7'50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris

ET TOUTES PHARMACIES.

www.libtool.com.cn

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.

Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le CRÉSYL-JEYES n'est ni Toxique ni Caustique

Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.

VENTE EN GROS :

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

et chez tous Droguistes et Pharmaciens.

Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRESYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP

D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.

Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.

PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Chlorose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dus en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent tortement l'emploi de l'**Ichthyol**, dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Crayons intra-utérins

BOUGIES uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

Phan. VIGIER, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

● Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit SIROP, VIN ou SEL

Galactogènes JOLIVET à base de *Galéga* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

ALLAITEMENT MATERNEL

NOURRICES

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.

Dépôt à PARIS : Phe. JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.

Envoi FRANCO Poste d'une Boite de SEL contre 3 fr.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDTS

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

Gros : FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faub. St-Denis, PARIS

Détail : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, PARIS

OVULES CHAUMEL

PANSEMENTS VAGINAUX

OVULES CHAUMEL

GLYCERINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

F E L L O W S

S I R O P

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme : la potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

www.libtool.com.cn

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs

et le **FORTIFIANT** par **EXCELLENCE**

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à ***Paris****, chez* ***MARIANI, 41, Boul[d] Haussmann.***

LITS, FAUTEUILS, VOITURES et APPAREILS MÉCANIQUES pour MALADES et BLESSÉS

DUPONT,

Fabricant breveté, s. g. d. g.
Fournisseur des Hôpitaux.

PARIS, 10, rue Hautefeuille, au coin de la rue Serpente (près l'Ecole de Médecine).

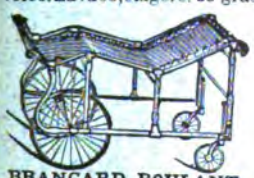
Les plus hautes récompenses aux Expositions Françaises et Etrangères

CHARIOT roulant métallique. Tonneaux verre. Lavabo, étagère.

TABLE MÉTALLIQUE pour ophtalmologie. Positions variables. Panneaux en verre. Serre-tête à coulisses se graduant à volonté.

Tablette pour recevoir les instruments.

Table métallique, Patins à coulisses. Coussins mobiles, hauteur réglable.



BRANCARD ROULANT tout métal, roues caoutchoutées pour hôpital, système Pozzi.

Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.

ARMOIRES metal nickelé toutes dimensions. Etagères en cristal. Porte à un vantail ou deux vantaux.

Sur demande, l'envoi franco du Grand Catalogue illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TELEPHONE

SOUS UN CONTROLE SCIENTIFIQUE

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

www.libtool.com.cn

« L'eau Apenta est toujours constante dans sa composition.

« La prédominance de sulfate de magnésie, la présence du fer, du bicarbonate de soude et du lithium, *sont des avantages qui recommandent cette eau purgative aux thérapeutes et aux médecins.* »

(G. POUCHET, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris.)

« Nulle autre eau purgative n'est plus active ni plus favorablement composée ».

(Prof. LIEBERMANN, de Budapest.)

« La présence de la lithine dans l'*Apenta* explique son action préventive et curative contre la goutte ».

(Dr ALTHAUS, de Londres.)

« La constance de sa composition la rend précieuse pour un traitement suivi ».

(Prof. OSCAR LIEBREICH, de Berlin.)

Approuvée par l'Académie de Médecine de Paris
Autorisée par l'État

DOSE ORDINAIRE :

Un verre à bordeaux le matin à jeun

Envoi d'échant. sur demande adressée à M. PERRET, 42, Bd du Temple, PARIS

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

Le Gérant : EUGÈNE DAIX.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3.

Vol. 13. — N° 5. — Mai 1897. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an

REVUE PRATIQUE

www.libtool.com.cn

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES — Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève — Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI — Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE. — **Gynécologie** : Traitement de l'anus vulvaire congénital par la transplantation périnéale, par le Dr PETIT. — Appendicite et annexite. — Diagnostic différentiel, par le Dr LUTAUD. — **Obstétrique** : Observation d'une femme qui accouche sans douleur, par M. le Dr CHARPENTIER. — **Revue des sociétés médicales** : *Société Obstétricale et Gynécologique de Paris* : Traitement du prolapsus utérin, par M. le Dr PICHEVIN, (*Suite*). — **Formulaire** : Posologie infantile. — Potion contre la myocardite des enfants. (SEVESTRE.) — Traitement de l'alopécie de la fièvre typhoïde. (DAUCHEZ.)

VIN DE BUGEAUD

TONI-NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE au Bromure de Potassium (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

Phien MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, phien de 1re classe, gendre et successeur

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PÉRICOLS

à la GLYCÉRINE
BETOL-IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3'75; POUR LES MÉDECINS, LES 25, 7'50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris
ET TOUTES PHARMACIES.

www.DOLOPUS.fr

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.
Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le **CRÉSYL-JEYES** n'est **ni Toxique ni Caustique**
Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.

VENTE EN GROS :
Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.
et chez tous Droguistes et Pharmaciens.

Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRESYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP
D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.

Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.
PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Chlorose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dûs en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'**Ichthyol**, dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit **SIROP, VIN** ou **SEL**

Galactogènes JOLIVET à base de *Galéga* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.

Dépôt à PARIS : Phe. JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.
Envoi FRANCO Poste d'une Boîte de SEL contre 3 fr.

Crayons intra-utérins

BOUGIES uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

Pharm. **VIGIER**, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDts

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

Gros : FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faub. St-Denis, PARIS

Détail : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, PARIS

OVULES CHAUMEL

PANSEMENTS VAGINAUX
OVULES CHAUMEL
GLYCERINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

FELLOWS

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme** : la **potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

FELLOWS

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs et le **FORTIFIANT** par **EXCELLENCE**

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à ***Paris****, chez* ***MARIANI, 41, Boulv Haussmann.***

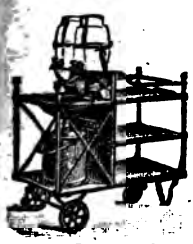
LITS, FAUTEUILS, VOITURES et APPAREILS MÉCANIQUES pour MALADES et BLESSÉS

DUPONT,

Fabricant breveté, s. g. d. g.
Fournisseur des Hôpitaux.

PARIS, 10, rue Hautefeuille, au coin de la rue Serpente (près l'Ecole de Médecine).

Les plus hautes récompenses aux Expositions Françaises et Etrangères



CHARIOT roulant métallique. Tonneaux verre. Lavabo, étagère.

TABLE MÉTALLIQUE pour ophtalmologie. Positions variables. Panneaux en verre. Serre-tête à coulisses se graduant à volonté. Tablette pour recevoir les instruments.

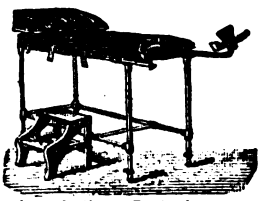
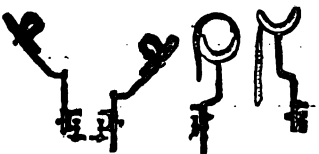
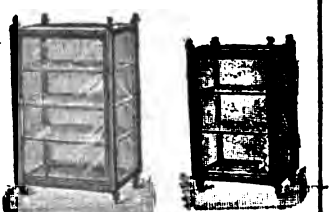


Table métallique, Patins à coulisses. Coussins mobiles, hauteur réglable.

BRANCARD ROULANT tout métal, roues caoutchoutées pour hôpital, système Pozzi.



Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.



ARMOIRES métal nickelé toutes dimensions. Etagères en cristal. Porte à un vantail ou deux vantaux.

Sur demande, l'envoi franco du Grand Catalogue illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

SOUS UN CONTROLE SCIENTIFIQUE

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

www.libtool.com.cn

« L'eau Apenta est toujours constante dans sa composition.

« La prédominance de sulfate de magnésie, la présence du fer, du bicarbonate de soude et du lithium, *sont des avantages qui recommandent cette eau purgative aux thérapeutes et aux médecins.* »

(G. POUCHET, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris.)

« Nulle autre eau purgative n'est plus active ni plus favorablement composée ».

(Prof. LIEBERMANN, de Budapest.)

« La présence de la lithine dans l'*Apenta* explique son action préventive et curative contre la goutte ».

(Dr ALTHAUS, de Londres.)

« La constance de sa composition la rend précieuse pour un traitement suivi ».

(Prof. OSCAR LIEBREICH, de Berlin.)

Approuvée par l'Académie de Médecine de Paris
Autorisée par l'État

DOSE ORDINAIRE :

Un verre à bordeaux le matin à jeun

Envoi d'échant. sur demande adressée à M. PERRET, 42, Bd du Temple, PARIS

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

Le Gérant : EUGÈNE DAIX.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, 3, place Saint-André.

Vol. 13. - N° 6. — Juin 1897. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an

REVUE PRATIQUE

www.libtool.com.cn

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES
Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève
Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI
Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE :

Gynécologie :

Sur le diagnostic de l'appendicite chez la femme, par M. G. RICHELOT. — Extirpation des ovaro-salpingites par la voie vaginale, par M. R. PICHEVIN.

Obstétrique :

Le diagnostic de l'accouchement. A propos du jugement du tribunal de Saint-Nazaire. (Dr Louis VIDAL.) — Insertion vélamenteuse du cordon vers le pôle inférieur de l'œuf, par M. le Dr PORAK. — Rupture sous-péritonéale dans un cas de présentation de l'épaule négligée. Vaste thrombus remontant jusqu'au diaphragme, par MM. TISSIER et DESFOSSES. — *Société obstétricale et Gynécologique de Paris* : Traitement du prolapsus utérin. (*Suite*), par M. St. BONNET. — Atrophie spontanée d'un fibrome après l'accouchement, par M. BATUAUD.

Formulaire :

Formules diverses de sérum artificiel : Traitement de l'éclampsie. (MAURANGE.) — Traitement des crevasses et gerçures. (MOREL-LAVALLÉE.) — Crayons mentholés. — Crayons intra-utérins. (LUTAUD.) — Poudre contre l'hyperchlorhydrie gastrique avec constipation. (EINHORN.)

VIN DE BUGEAUD
TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO
Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PÉRICOLS

à la GLYCÉRINE BELLADO-IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3f75; POUR LES MÉDECINS, LES 25, 7f50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris

ET TOUTES PHARMACIES.

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.

Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le **CRÉSYL-JEYES** n'est **ni Toxique ni Caustique**

Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.

VENTE EN GROS :

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

et chez tous Droguistes et Pharmaciens.

Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRESYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP

D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.

Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.

PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Chlorose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dus en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'**Ichthyol**, dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Crayons intra-utérins

BOUGIES uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

Pharm. **VIGIER**, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit **SIROP, VIN ou SEL**

Galactogènes **JOLIVET** à base de *Galéga* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.

Dépôt à PARIS : Phie JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.

Envoi FRANCO Poste d'une Boîte de SEL contre 3 fr.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDts

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

OVULES CHAUMEL

Dépôt : FUMOUZE-ALBESPEYRES, 7bis, Faub. St-Denis, PARIS

Détail : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, PARIS

PANSEMENTS VAGINAUX

OVULES CHAUMEL

GLYCÉRINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

F E L L O W S

S I R O P

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme : la potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

www.lptool.com.cn

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs et le **FORTIFIANT** par **EXCELLENCE**

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à ***Paris****, chez* ***MARIANI, 41, Boul[d] Haussmann.***

LITS, FAUTEUILS, VOITURES et APPAREILS MÉCANIQUES pour MALADES et BLESSÉS

DUPONT,

Fabricant breveté. s. g. d. g.
Fournisseur des Hôpitaux.

PARIS, 10, rue Hautefeuille, au coin de la rue Serpente (près l'Ecole de Médecine).

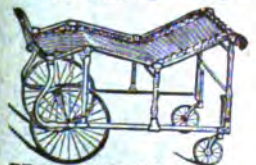
Les plus hautes récompenses aux Expositions Françaises et Etrangères

CHARIOT roulant métallique. Tonneaux Serre-tête à coulisses verre. Lavabo, étagère, se graduant à volonté.

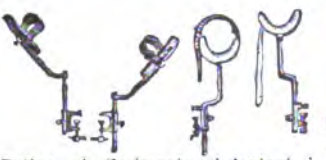
TABLE MÉTALLIQUE pour ophtalmologie. Positions variables. Panneaux en verre.

Tablette pour recevoir les instruments.

Table métallique, Patins à coulisses. Coussins mobiles, hauteur réglable.



BRANCARD ROULANT tout métal, roues caoutchoutées pour hôpital, système Pozzi.



Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.

ARMOIRES metal nickelé toutes dimensions. Etagères en cristal. Porte à un vantail ou deux vantaux.

Sur demande, l'envoi franco du Grand Catalogue illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TELEPHONE

EXPLOITÉE SOUS UN CONTRÔLE SCIENTIFIQUE

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

www.libtool.com.cn

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

CONSTIPATION

C'est une eau purgative forte, constante dans sa composition.
(Prof. POUCHET).

Nulle autre eau purgative n'est plus active ni plus favorablement composée.
(Prof. LIEBERMANN.)

OBÉSITÉ. . . . .

Les observations faites à la clinique de M. le Prof. GERHARDT, à la Charité de Berlin, ont démontré que l'Apenta produit la diminution de la graisse sans diminuer l'albumine.

GOUTTE . . . . .

La présence de la lithine dans l'Apenta explique son action préventive et curative contre la goutte.
(Dr ALTHAUS, de Londres.

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

DOSE : Un verre à bordeaux le matin à jeun.

*Envoi d'échant*s. *sur demande adressée à* **M. PERRET**, 42, Bd du Temple, PARIS

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

Le Gérant : EUGÈNE DAIX.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3.

Vol. 13. - N° 7.— Juillet 1897. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an

REVUE PRATIQUE

www.libtool.com.cn

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES — Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève — Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI — Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE :

Gynécologie :

La blennorrhagie des organes génitaux de la femme ; son influence sur la fonction de ces organes et sur l'état des malades, par le professeur LEBEDEFF. — Amputation du col utérin exécutée suivant un procédé mixte et complétée par le raccourcissement et le redressement de la paroi antérieure de l'utérus par le Dr PICHEVIN.

Obstétrique :

Traitement de l'avortement incomplet; Curettage de l'utérus après accouchement à terme, par M. le Dr DOLÉRIS. — *Observations obstétricales* : I. Fœtus abortif avec hernie traumatique de l'intestin. MM. TISSIER et DESFOSSES. — II. Kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen depuis 18 ans. Généralisation sur toute la surface péritonéale de l'intestin, du mésentère, des ligaments larges et de l'utérus. Grossesse évoluant jusqu'au terme. Rupture au cours du travail. Mort, par MM. TISSIER et DESFOSSES. — M. MAYGRIER : Présentation d'un placenta de grossesse gémellaire univitelline.

Revue de la presse :

Maladies infantiles : Traitement de la coqueluche par la résorcine. (ROSKAM.) — Traitement de l'aménorrhée chez une jeune fille chloro-anémiques. (DAUCHEZ.) — L'allaitement chez les albuminuriques. (M. le Dr GAMOULIN.) — La cystique chez les nourrissons. (FINKELSTEIN.)

Formulaire :

Traitement de la dyspepsie des enfants. (VEILLARD.)

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PÉRICOLS

à la GLYCERINE
BELLADO-IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3'75; POUR LES MÉDECINS, LES 25, 7'50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris
ET TOUTES PHARMACIES.

www.libtool.com.cn

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.
Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le **CRÉSYL-JEYES** n'est **ni Toxique ni Caustique**
Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.

VENTE EN GROS :
Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.
et chez tous Droguistes et Pharmaciens.

Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRÉSYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP
D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.

Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.
PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Chlorose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dûs en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'**Ichthyol**, dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Crayons intra-utérins

BOUGIES
uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES
contre la constipation

Pharm. **VIGIER**, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit
SIROP, VIN ou SEL
Galactogènes JOLIVET à base de *Galéga* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.

Dépôt à PARIS : Phe. JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.
Envoi FRANCO Poste d'une Boîte de SEL contre 3 fr.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDts

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

OVULES CHAUMEL

Dépôt : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, PARIS

Dépôt : FURDUZE-ALBESPEYRES, 78, Faub. St-Denis, PARIS

PANSEMENTS VAGINAUX
OVULES CHAUMEL
GLYCERINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

F E L L O W S

S I R O P

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSE

www.libtool.com.cn

Contient les **éléments essentiels de l'organisme : la potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

S I R O P

F E L L O W S

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs

et le **FORTIFIANT** par **EXCELLENCE**

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à ***Paris****, chez* ***MARIANI, 41, Boul^d Haussmann.***

LITS, FAUTEUILS, VOITURES et APPAREILS MÉCANIQUES pour MALADES et BLESSÉS

DUPONT,

Fabricant breveté. s. g. d. g.
Fournisseur des Hôpitaux.

PARIS, 10, rue Hautefeuille, au coin de la rue Serpente (près l'École de Médecine).

Les plus hautes récompenses aux Expositions Françaises et Etrangères

CHARIOT roulant métallique. Tonneaux verre. Lavabo, étagère, se graduant à volonté. Serre-tête à coulisses.

TABLE MÉTALLIQUE pour ophtalmologie. Positions variables. Panneaux en verre. Tablette pour recevoir les instruments.

Table métallique, Patins à coulisses. Coussins mobiles, hauteur réglable.

BRANCARD ROULANT tout métal, roues caoutchoutées pour hôpital, système Pozzi.

Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.

ARMOIRES métal nickelé toutes dimensions. Etagères en cristal. Porte à un vantail ou deux vantaux.

Sur demande, l'envoi franco du Grand Catalogue illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

EXPLOITÉE SOUS UN CONTROLE SCIENTIFIQUE

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

www.libtool.com.cn

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

CONSTIPATION — C'est une eau purgative forte, constante dans sa composition.
(Prof. POUCHET).

Nulle autre eau purgative n'est plus active ni plus favorablement composée.
(Prof. LIEBERMANN.)

OBÉSITÉ..... — Les observations faites à la clinique de M. le Prof. GERHARDT, à la Charité de Berlin, ont démontré que l'Apenta produit la diminution de la graisse sans diminuer l'albumine.

GOUTTE..... — La présence de la lithine dans l'Apenta explique son action préventive et curative contre la goutte.
(Dr ALTHAUS, de Londres.

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

DOSE : Un verre à bordeaux le matin à jeun.

Envoi d'échants. sur demande adressée à **M. PERRET**, 42, Bd du Temple, PARIS

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

Le Gérant : EUGÈNE DAIX.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3.

Vol. 13. - N° 8. — Août 1897. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an

REVUE PRATIQUE

www.libtool.com.cn

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES, Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève, Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI, Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE :

Obstétrique :

Grossesse gémellaire à circulation dépendante, par M. le Docteur PORAK.

Gynécologie :

Le sein hystérique. (GILLES DE LA TOURETTE.)

Pédiatrie :

Traitement de la gastro-entérite cholériforme des nourrissons, par M. A.-B. MARFAN, agrégé médecin des hôpitaux.

Revue des instruments nouveaux :

Nouveau stéthoscope d'AUFRECHT, de Magdebourg. — Dilatateurs et dilatation de l'utérus. (LUCAS.) — Nouvelle canule vaginale. (HAAS.)

Variétés :

Table à opérations, à transformations multiples, modèle de M. le professeur TARNIER.

Formulaire :

Traitement hypodermique de l'anémie. (E. BOISSON.) — Formule contre l'aménorrhée. (ROUSSEL.)

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PÉRICOLS

à la GLYCÉRINE BELLADO-IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3f75; POUR LES MÉDECINS, LES 25, 7f50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris

ET TOUTES PHARMACIES.

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.

Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le CRÉSYL-JEYES n'est ni Toxique ni Caustique

Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.

VENTE EN GROS :

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

et chez tous Droguistes et Pharmaciens.

Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRESYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP

D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.

Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.

PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Chlorose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dus en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'**Ichthyol**, dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Crayons intra-utérins

BOUGIES uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

Pharm. VIGIER, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

● Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit SIROP, VIN ou SEL Galactogènes JOLIVET à base de *Galéga* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

ALLAITEMENT MATERNEL

NOURRICES

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.

Dépôt à PARIS : Phe. JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.

Envoi FRANCO Porte d'une Boîte de SEL contre 3 fr.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDts

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

OVULES CHAUMEL

Dépôt : FUMOUZE-ALBESPEYRES, 7bis, Faub. St-Denis, PARIS

Dépôt : Pharmacie CHAUMEL, 97, Rue Lafayette, Paris

PANSEMENTS VAGINAUX

OVULES CHAUMEL

GLYCÉRINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

F E L L O W S

S I R O P

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme : la potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

S I R O P

F E L L O W S

www.ihtool.com.cn

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs et le **FORTIFIANT** par **EXCELLENCE**

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à ***Paris***, chez ***MARIANI, 41, Boul^d Haussmann.***

LITS, FAUTEUILS, VOITURES et APPAREILS MÉCANIQUES pour MALADES et BLESSÉS

DUPONT,

Fabricant breveté, s. g. d. g.
Fournisseur des Hôpitaux.

PARIS, 10, rue Hautefeuille, au coin de la rue Serpente (près l'Ecole de Médecine).

Les plus hautes récompenses aux Expositions Françaises et Etrangères

CHARIOT roulant métallique. Tonneaux verre. Lavabo, étagère.

TABLE MÉTALLIQUE pour ophtalmologie. Positions variables. Panneaux en verre. Serre-tête à coulisses se graduant à volonté. Tablette pour recevoir les instruments.

Table métallique, Patins à coulisses. Coussins mobiles, hauteur réglable.

BRANCARD ROULANT tout métal, roues caoutchoutées pour hôpital, système Pozzi.

Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.

ARMOIRES métal nickelé toutes dimensions. Etagères en cristal. Porte à un vantail ou deux vantaux.

Sur demande, l'envoi franco du Grand Catalogue illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

EXPLOITÉE SOUS UN CONTROLE SCIENTIFIQUE

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

www.libtool.com.cn

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

CONSTIPATION — C'est une eau purgative forte, constante dans sa composition.
(Prof. POUCHET).

Nulle autre eau purgative n'est plus active ni plus favorablement composée.
(Prof. LIEBERMANN.)

OBÉSITÉ. . . . . — Les observations faites à la clinique de M. le Prof. GERHARDT, à la Charité de Berlin, ont démontré que l'Apenta produit la diminution de la graisse sans diminuer l'albumine.

GOUTTE . . . . . — La présence de la lithine dans l'Apenta explique son action préventive et curative contre la goutte.
(ALTHAUS, de Londres.)

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

DOSE : Un verre à bordeaux le matin à jeun.

Envoi d'échant. *sur demande adressée à M. PERRET*, 42, B^d du Temple, PARIS

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

Le Gérant : EUGÈNE DAIX

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3.

Vol. 13. - N° 9. — Septembre 1897. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an

REVUE PRATIQUE

www.libtool.com.cn

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES — Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève — Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI — Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE :

Gynécologie :

Le traitement de l'avortement incomplet, par M. le Dr MAYGRIER, accoucheur des hôpitaux.

Recherches sur la circulation maternelle du placenta, par le Dr DELORE, correspondant de l'Académie.

Obstétrique :

Observations cliniques sur l'action de l'Apenta dans le traitement de la constipation opiniâtre, par le professeur BOGOSLOWSKI, directeur de l'Institut pharmaceutique de l'Université de Moscou.

Bassin transversalement rétréci chez une rachitique, par M. FOURNIER.

Pédiatrie :

Hystérie infantile et suggestion hypnotique, par A. JOFFROY, professeur de la Clinique des maladies mentales. Leçon recueillie par le Dr H. DUFOUR, ancien interne des hôpitaux.

Formulaire :

Traitement de l'uréthrite antérieure. (D'HUENENS.)

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PÉRICOLS

à la GLYCÉRINE BELLADO-IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3'75 ; POUR LES MÉDECINS, LES 25, 7'50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris

ET TOUTES PHARMACIES.

www.dasgol.com.cn

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.

Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le **CRÉSYL-JEYES** n'est ni Toxique ni Caustique

Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.

VENTE EN GROS :

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

et chez tous Droguistes et Pharmaciens.

Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRÉSYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP

D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.

Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.

PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Chlorose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires et rhumatismales* de tous genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dus en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'**Ichthyol** dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Crayons intra-utérins

BOUGIES urethrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

Pharm. **VIGIER**, 12, Boulev. Bonne-Nouvelle, PA

Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit **SIROP, VIN ou SEL** Galactogènes **JOLIVET** à base de *Galéga* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante sécrétion de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.

Dépôt à PARIS : Phe. JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.

Envoi FRANCO Poste d'une Boîte de SEL contre 3 fr.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDI

ST LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

OVULES CHAUMEL

Dépôt : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, PARIS

Succ : FUMOUZE-ALBESPEYRES, 70, Faub. St-Denis, PARIS

PANSEMENTS VAGINAUX

OVULES CHAUMEL

GLYCERINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

F E L L O W S

S I R O P

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme : la potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

F E L L O W S

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs et le FORTIFIANT par EXCELLENCE

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à Paris, chez MARIANI, 41, Boulᵈ Haussmann.

LITS, FAUTEUILS, VOITURES et APPAREILS MÉCANIQUES pour MALADES et BLESSÉS

DUPONT,

Fabricant breveté, s. g. d. g.
Fournisseur des Hôpitaux.

PARIS, 10, rue Hautefeuille, au coin de la rue Serpente (près l'Ecole de Médecine).

Les plus hautes récompenses aux Expositions Françaises et Etrangères

CHARIOT roulant métallique. Tonneaux verre. Lavabo, étagère.

TABLE MÉTALLIQUE pour ophtalmologie. Positions variables. Panneaux en verre. Serre-tête à coulisses se graduant à volonté. Tablette pour recevoir les instruments.

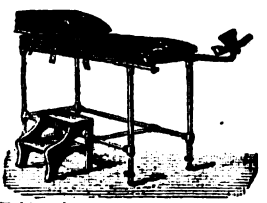


Table métallique, Patins à coulisses. Coussins mobiles, hauteur réglable.

BRANCARD ROULANT tout métal, roues caoutchoutées pour hôpital, système Pozzi.

Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.

ARMOIRES métal nickelé toutes dimensions. Etagères en cristal. Porte à un vantail ou deux vantaux.

Sur demande, l'envoi franco du Grand Catalogue illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

www.libtool.com.cn

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

CONSTIPATION — C'est une eau purgative forte, constante dans sa composition. (Prof. POUCHET).

Nulle autre eau purgative n'est plus active ni plus favorablement composée. (Prof. LIEBERMANN.)

OBÉSITÉ..... — Les observations faites à la clinique de M. le Prof. GERHARDT, à la Charité de Berlin, ont démontré que l'Apenta produit la diminution de la graisse sans diminuer l'albumine.

GOUTTE ..... — La présence de la lithine dans l'Apenta explique son action préventive et curative contre la goutte. (ALTHAUS, de Londres.)

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

DOSE : Un verre à bordeaux le matin à jeun.

Envoi d'échant. sur demande adressée à M. PERRET, 42, Bd du Temple, PARIS*

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

Le Gérant : EUGÈNE DAIX.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3.

Vol. 13. - N° 10. — Octobre 1897. — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an

REVUE PRATIQUE

www.libtool.com.cn

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES
Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève
Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI
Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE :

Obstétrique :

La symphyséotomie dans la clientèle civile. (N. CHARLES.) — Contribution à l'anatomie pathologique de la mole hydatiforme, par G. DURANTE. — Eclampsie post-partum, par M. MAYGRIER, accoucheur des hôpitaux de Paris. — Traitement de l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta. (CHARLES.)

Gynécologie :

Vaginisme avec orgasmes vénériens liés à la réplétion vésicale, par MM. Paul PETIT et VALLON.

Pédiatrie :

Hystérie infantile et suggestion hypnotique, par A. JOFFROY, professeur de la clinique des maladies mentales. (*Suite et fin.*)

Bibliographie :

Les déséquilibrés du ventre. (Dr MONTEUUIS.)

Revue des Journaux :

Opothérapie ovarienne. (WERTH.)

Revue de thérapeutique :

La chélidoine dans le traitement du cancer et du sarcome chez la femme. (CHMIGHELSKY.)

VIN DE BUGEAUD
TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO
Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PÉRICOLS

à la GLYCÉRINE
BELLADO-IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3'75; POUR LES MÉDECINS, LES 25, 7'50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 1 et 3, Place de la République, Paris
ET TOUTES PHARMACIES.

www.librairie.com.cn

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.
Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le **CRÉSYL-JEYES** n'est ni Toxique ni Caustique
Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.

VENTE EN GROS :
Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.
et chez tous Droguistes et Pharmaciens.

Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRESYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP
D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.

Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.
PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Chlorose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dûs en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'**Ichthyol**, dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques
35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Crayons intra-utérins

BOUGIES uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

Pharm. **VIGIER**, 12, Boulev. Bonne-Nouvelle, PARIS

Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit
SIROP, VIN ou SEL
Galactogènes
JOLIVET à base de *Galéga* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.

Dépôt à PARIS : Phe. JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.
Envoi FRANCO Poste d'une Boîte de SEL contre 3 fr.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDTS

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

Gros : FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faub. St-Denis, PARIS

Détail : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue La Fayette, PARIS

OVULES CHAUMEL

PANSEMENTS VAGINAUX
OVULES CHAUMEL
GLYCERINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

F E L L O W S

S I R O P

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme : la potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

www.bhtcol.com.cn

F E L L O W S

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs

et le FORTIFIANT par EXCELLENCE

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à Paris, chez MARIANI, 41, Boul^d Haussmann.

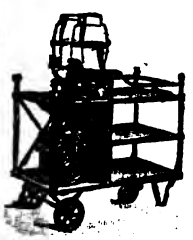
LITS, FAUTEUILS, VOITURES et APPAREILS MÉCANIQUES pour MALADES et BLESSÉS

DUPONT,

Fabricant breveté, s. g. d. g.
Fournisseur des Hôpitaux.

PARIS, 10, rue Hautefeuille, au coin de la rue Serpente (près l'Ecole de Médecine).

Les plus hautes récompenses aux Expositions Françaises et Etrangères



CHARIOT roulant métallique. Tonneaux verre. Lavabo, étagère.

TABLE MÉTALLIQUE pour ophtalmologie. Positions variables. Panneaux en verre. Serre-tête à coulisses se graduant à volonté. Tablette pour recevoir les instruments.

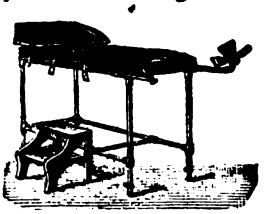
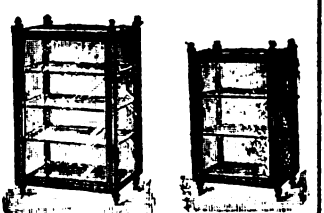


Table métallique, Patins à coulisses, Coussins mobiles, hauteur réglable.

BRANCARD ROULANT tout métal, roues caoutchoutées pour hôpital, système Pozzi.

Patins et Croisants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.



ARMOIRES métal nickelé toutes dimensions. Etagères en cristal. Porte à un vantail ou deux vantaux.

Sur demande, l'envoi franco du Grand Catalogue illustré avec Prix, contenant 330 figures. — TÉLÉPHONE

EXPLOITÉE SOUS UN CONTROLE SCIENTIFIQUE

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

www.libtool.com.cn

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

CONSTIPATION

C'est une eau purgative forte, constante dans sa composition.
(Prof. POUCHET).

Nulle autre eau purgative n'est plus active ni plus favorablement composée.
(Prof. LIEBERMANN.)

OBÉSITÉ. . . . .

Les observations faites à la clinique de M. le Prof. GERHARDT, à la Charité de Berlin, ont démontré que l'Apenta produit la diminution de la graisse sans diminuer l'albumine.

GOUTTE . . . . .

La présence de la lithine dans l'Apenta explique son action préventive et curative contre la goutte.
(ALTHAUS, de Londres.)

"APENTA"

LA MEILLEURE EAU PURGATIVE NATURELLE

DOSE : Un verre à bordeaux le matin à jeun.

Envoi d'échant^n. sur demande adressée à **M. PERRET,** 42, B^d du Temple, PARIS

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le Gérant : EUGÈNE DAIX.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3.

Vol. 13. - N° 11. — Novembre 1897 — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an.

REVUE PRATIQUE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

www.libtool.com.cn

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES — Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève — Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI — Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE :

Gynécologie :

Traitement des affections de l'utérus et des annexes par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse, par le Dr BOISSEAU DU ROCHER.

Rapidité de reproduction de la muqueuse utérine, par le Dr L.-M. ROSSI.

Obstétrique :

Les tumeurs fibreuses compliquant l'accouchement, par M. le Dr MAYGRIER. — Hydrorrhée déciduale chez une femme atteinte d'insuffisance et de rétrécissement de l'orifice mitral. Deux accouchements prématurés sur trois grossesses, par MM. Stephane BONNET et GRIMODIE. — Laparotomie ou colpotomie dans la grossesse extra-utérine. (ROSSIER, de Lausanne.) — Traitement du placenta prævia. (HOFMEIER.) — Traitement des vomissements de la grossesse par l'eau oxygénée. (P. GALLOIS.) — De la rétention prolongée du fœtus dans la cavité utérine. (BIOT, de Mâcon.)

Médecine légale obstétricale :

L'affaire Laporte. — L'obstétrique en police correctionnelle.

Formulaire :

Traitement de l'entérite muco-membraneuse chez la femme. (J. CHÉRON.) — L'érodium cicutarium comme hémostatique utérin. (L. KOMOROVITCH.)

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'École-de-Médecine, Paris.

PILULES
DE
CASCARA
MIDY

Recommandées par les Sommités médicales contre la
CONSTIPATION HABITUELLE
Elles ne donnent ni coliques ni nausées ni diarrhée, car
elles sont préparées avec un extrait de CASCARA privé
PAR UN PROCÉDÉ SPÉCIAL
de l'Huile essentielle (Principe âcre), *et des Résines* (Principe drastique).

2'50 le Flacon, Pharmacie MIDY, 113, Faubg Saint-Honoré, Paris
ET TOUTES PHARMACIES

PROPRIÉTÉ DE L'ETAT FRANÇAIS
VICHY
Administr., 24, Bd. des Capucines, PARIS

SOURCES DE L'ÉTAT
VICHY-CÉLESTINS
Goutte—Gravelle—Diabète— Reins —Vessie
VICHY-HOPITAL
Maladies de l'estomac et des intestins
VICHY GRANDE-GRILLE
Maladies du foie et de l'appareil biliaire
AVOIR TOUJOURS SOIN DE DÉSIGNER LA SOURCE

Propriété de la Société Française des Eaux Minérales
VALS
CARMEN
LE TYPE DES EAUX ALCALINES DE TABLE
PRIX AU DÉPART DE VALS :
40 cent. pour le public ; 30 cent. pour les Pharmaciens
C'EST LA MEILLEURE ET LA PLUS ÉCONOMIQUE

EAU PURGATIVE NATURELLE
"APENTA"
PAR EXCELLENCE
Mise en bouteilles aux Sources. Buda Pest. Hongrie.

CHEMIN DE FER DU NORD

Par Boulogne et Folkestone.

Le départ de Paris a lieu à 9 h. 40 du matin (1re et 2e classe), et l'arrivée à Londres à 5 h. 40 du soir.

Le départ de Londres et fixé à 6 h. 40 du matin (1re et 2e classe), et l'arrivée à Paris à 5 h. 57 du soir.

Le SACCHAROLÉ de QUINQUINA CHARLARD-VIGIER
Renferme les principes toniques et tous les alcaloïdes de l'écorce et remplace avantageusement les autres préparations de ce médicament. — VIGIER, Pharmacien, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS.

MYXŒDEME, OBÉSITÉ, GOITRE, CRÉTINISME, ETC.
Capsules de Corps thyroïde Vigier
à 0 gr. 10 centigr. par capsule. — *Dose ordinaire :* 2 à 6 capsules par jour.
Ces capsules ne se prennent que sur l'ordonnance du médecin.
PHARMACIE VIGIER, 12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, PARIS

F E L L O W S

S I R O P

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme** : la **potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

S I R O P

F E L L O W S

www.histool.com.cn

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs

et le FORTIFIANT par EXCELLENCE

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à ***Paris****, chez* ***MARIANI, 41, Boul[d] Haussmann.***

LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES

pour Malades et Blessés

DUPONT

FABRICANT BREVETÉ (S. G. D. G.)

Fournisseur des Hôpitaux

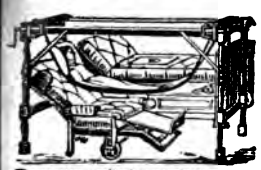
à PARIS, 10, Rue Hautefeuille

(PRÈS L'ÉCOLE DE MÉDECINE)

Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.

FAUTEUIL ROULANT pour Jardins.

PORTOIRS ARTICULÉS de tous Systèmes



Transport du lit au fauteuil.

FAUTEUIL avec grandes roues caoutchoutées mû par 2 manivelles.

VOLTAIRE ARTICULÉ avec tablette-appui pour malade oppressé

AUTOMOTEUR avec Garde-Robe *Bouchon se retirant sous le siège.*

Cannes et Béquilles avec sabots caoutchoutés.

CHAISE à roues et porte-pieds

BRANCARD ARTICULÉ avec élévation pour la tête et rideaux.

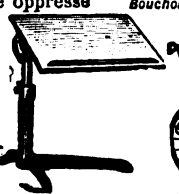


Table à panneau, s'obliquant.

VOITURE DE PROMENADE roues caoutchoutées

Sur demande, envoi franco du Catalogue illustré avec prix, contenant 330 figures. — *TÉLÉPHONE*

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PERICOLS

à la GLYCÉRINE BELLADO-IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3'75; POUR LES MÉDECINS, LES 25, 7'50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 113, Fbg St-Honoré, Paris

ET TOUTES PHARMACIES.

CRÉSYL-JEYES

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.

Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le CRÉSYL-JEYES n'est ni Toxique ni Caustique

Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.

VENTE EN GROS :

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

et chez tous Droguistes et Pharmaciens.

Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRESYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP

D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.

Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.

PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Chlorose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dus en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'**Ichthyol**, dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Crayons intra-utérins

BOUGIES uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

OVULES MÉDICAMENTEUX PASSEMARD-VIGIER

Pharm. VIGIER, 12, Boulev. Bonne-Nouvelle, PARIS

Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit SIROP, VIN ou SEL Galactogènes JOLIVET à base de *Galéga* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

ALLAITEMENT MATERNEL

NOURRICES

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.

Dépôt à PARIS : Phe. JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.

Envoi FRANCO Poste d'une Boite de SEL contre 3 fr.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDts

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

OVULES CHAUMEL

Gros FUMOUZE ALBESPEYRES 78, Faub. St-Denis, PARIS

Détail : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, PARIS

PANSEMENTS VAGINAUX

OVULES CHAUMEL

GLYCÉRINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

Le Gérant : EUGÈNE DAIX.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place Saint-André, 3.

Vol. 13. - N° 12. — Décembre 1897 — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

www.libtool.com.cn

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES — Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDÈS, de Genève — Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI — Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF :

A. LUTAUD

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE :

Gynécologie :

Traitement médical abortif de l'endométrite par les vapeurs de brome, par M. E. NITOT. — Fibrome œdémateux et pédicule simulant un kyste de l'ovaire, par M. PICHEVIN.

Obstétrique :

Traitement de l'éventration consécutive à la grossesse, par M. le Dr DOLÉRIS.

Thérapeutique :

La sérothérapie dans la fièvre puerpérale, par JOHN WILLAMS. — Traitement de l'endométrite, de la vaginite et de la stérilité par l'acide lactique, par SNÉGUIREF.

Pédiatrie :

Rappel à la vie des nouveau-nés en mort apparente. (BROWN.) — Le calomel dans la conjonctivite blennorrhagique des nouveau-nés. — Les médicaments qu'il ne faut pas donner aux nourrices.

Formulaire :

Traitement de la dentition douloureuse. (DAUCHEZ.) — Méningite aiguë tuberculeuse chez l'enfant. (VEILLARD.) — Calomel à doses fractionnées. — Potion à l'iodure de potassium. — Potion à l'iodure et au bromure de potassium. — Formulaire de l'élixir parégorique. (Dr C. PAUL.)

Variétés :

Psychologie des rapports sexuels : paralysies post-paroxystiques.

Tables des matières.

VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

On s'abonne à la librairie MALOINE, 21, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

PILULES DE CASCARA MIDY

Recommandées par les Sommités médicales contre la

CONSTIPATION HABITUELLE

Elles ne donnent ni coliques ni nausées ni diarrhée, car

elles sont préparées avec un extrait de CASCARA privé

PAR UN PROCEDE SPÉCIAL

de l'Huile essentielle (Principe âcre), *et des Résines* (Principe drastique).

2f50 le Flacon. Pharmacie MIDY, 113, Faubg Saint-Honoré, Paris
ET TOUTES PHARMACIES

www.libtool.com.cn

PROPRIÉTÉ DE L'ETAT FRANÇAIS

VICHY

Administr., 24, Bd. des Capucines, PARIS

SOURCES DE L'ÉTAT

VICHY-CÉLESTINS

Goutte—Gravelle—Diabète—Reins—Vessie

VICHY-HOPITAL

Maladies de l'estomac et des intestins

VICHY GRANDE-GRILLE

Maladies du foie et de l'appareil biliaire

AVOIR TOUJOURS SOIN DE DESIGNER LA SOURCE

EAU PURGATIVE NATURELLE

"APENTA"

PAR EXCELLENCE

MISE EN BOUTEILLES AUX SOURCES, BUDA PEST, HONGRIE.

DOCTEURS, INTERNES, ÉTUDTS

St LÉGER

GRATIS UNE CAISSE FRANCO

MYXŒDEME, OBÉSITÉ, GOITRE, CRÉTINISME, ETC.

Capsules de Corps thyroïde Vigier

à 0 gr. 10 centigr. par capsule. — Dose ordinaire : 2 à 6 capsules par jour.
Ces capsules ne se prennent que sur l'ordonnance du médecin
PHARMACIE VIGIER, 12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, PARIS

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, dont la base est le bon lait, *est le meilleur pour les enfants en bas âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les adultes convalescents *ou* valétudinaires, *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.
MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ sur leurs ordonnances.

FELLOWS

SIROP DE FELLOWS

D'HYPOPHOSPHITES COMPOSÉ

Contient les **éléments essentiels de l'organisme : la potasse** et la **chaux.**

Les **toniques** : la **quinine** et la **strychnine** et le **reconstituant vital** par excellence : le **phosphore.**

Son action curative est prompte et énergique dans

la **Phthisie**, la **Neurasthénie**, l'**Anémie**, les **Affections pulmonaires**, le **Rachitisme.**

C'EST LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Chez tous les Pharmaciens.

DÉPOT GÉNÉRAL : 5, Rue de la Paix, PARIS

FELLOWS

VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Le **VIN MARIANI** expérimenté dans les Hôpitaux de Paris, est journellement prescrit avec succès pour combattre l'**Anémie**, la **Chlorose**, les **Mauvaises digestions**, les **Maladies des Voies respiratoires** et l'**Affaiblissement** de l'organe vocal.

Les Médecins le recommandent aux Personnes faibles et délicates, épuisées par la maladie, aux Vieillards, aux Enfants.

C'est le Réparateur des Troubles digestifs

et le **FORTIFIANT** par **EXCELLENCE**

LE VIN MARIANI SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Et à ***Paris****, chez* ***MARIANI, 41, Boul^d Haussmann.***

LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES

pour Malades et Blessés

DUPONT

FABRICANT BREVETÉ (S. G. D. G.)

Fournisseur des Hôpitaux

à PARIS, 10, Rue Hautefeuille

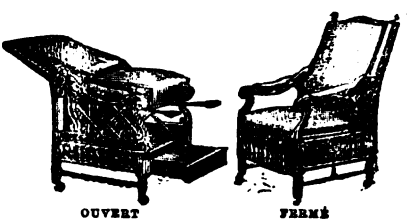
(PRÈS L'ÉCOLE DE MÉDECINE)

Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.

Table à spéculum et à opérations, à transf^ons diverses, système du professeur BOUILLY, de Paris.

Table Aseptique.
Plan incliné facultatif, système du D^r H. DELAGENIÈRE, du Mans.

Table métallique, Patins à coulisses, Coussins mobiles, hauteur réglable.



OUVERT FERMÉ

FAUTEUIL à SPÉCULUM

TABLE à SPÉCULUM et opérations. Système du Prof. Pozzi. Cuvette émaillée pour lavages.

CANAPÉ à SPÉCULUM et à OPÉRATIONS

Patins et Croissants s'adaptant à toutes tables au moyen d'étaux.

Fermé et dissimulé. Ouvert p^r ausculter. Développé p^r spéculum.

Sur demande, envoi franco du Grand Catalogue Illustré avec Prix, contenant 330 figures. — ***TÉLÉPHONE***

TRAITEMENT RATIONNEL des MÉTRITES

PANSEMENTS PÉRI-UTÉRINS

Envoi franco d'échantillons. facilités par les Envoi franco d'échantillons.

PÉRICOLS

à la GLYCÉRINE

BELLADO-IODURÉE

LA BOITE DE 6, 3'75; POUR LES MÉDECINS, LES 25, 7'50.

PHARMACIE FRANÇAISE, 4 et 3, Place de la République, Paris

ET TOUTES PHARMACIES.

CRÉSYL-JEYE

DÉSINFECTANT ANTISEPTIQUE

Efficacité scientifiquement démontrée.

Envoi de Rapports et Références sur demande.

Le CRÉSYL-JEYES n'est ni Toxique ni Caustique

Il est adopté par toutes les Administrations publiques de Paris et des départements.

VENTE EN GROS :

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

et chez tous Droguistes et Pharmaciens.

Pour éviter les Contrefaçons exiger les Marques et Cachets de la Société, ainsi que le nom CRESYL-JEYES.

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP

D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

POUR FEMMES ENCEINTES OU NOURRICES & ENFANTS EN BAS-AGE

Ce médicament fournit les deux éléments indispensables pour la formation des os. — Le **phosphore** et la **chaux**. — Une grande cuillerée dans de l'eau après chaque repas.

Prix : 4 fr. le flacon.

SWANN, Pharmacien de 1re Classe.

PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des Femmes* et la *Chlorose*, dans la *Gonorrhée*, dans les *Maladies de la Peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dus en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les cliniciens et les médecins qui l'ont essayé recommandent fortement l'emploi de l'**Ichthyol**, dont on se sert constamment dans nombre de cliniques et d'hôpitaux.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la

Société Française de Produits Sanitaires et Antiseptiques

35, Rue des Francs-Bourgeois, PARIS.

Le meilleur moyen de donner du lait aux Nourrices est de leur faire prendre soit SIROP, VIN ou SEL

Galactogènes JOLIVET à base de *Galega* & de *Phosphate de Chaux assimilable* qui augmentent la quantité et améliorent la qualité du lait.

ALLAITEMENT MATERNEL

NOURRICES

Ces produits administrés à une Nourrice produisent une abondante poussée de lait en moins de 2 heures.

Le Sirop ..... 3 fr.
Le Vin ..... 4 fr.
Le Sel ..... 3 fr.

Dépôt à PARIS : Phe. JOLIVET, 114, Faubourg Saint-Honoré.

Envoi FRANCO Poste d'une Boîte de SEL contre 3 fr.

Crayons intra-utérins

BOUGIES uréthrales

Suppositoires

BALLES RECTALES contre la constipation

OVULES MÉDICAMENTEUX

PASSEMARD-VIGIER

Pharm. VIGIER, 12, Boulev. Bonne-Nouvelle, P

OVULES CHAUMEL

Dépôt : FUMOUZE-ALBESPEYRES, 7bis, Faub. St-Denis, PARIS

Détail : Pharmacie CHAUMEL, 87, Rue Lafayette, PARIS

PANSEMENTS VAGINAUX

OVULES CHAUMEL

GLYCÉRINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS

ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL

CRAYONS CHAUMEL (intra utérins)

SUPPOSITOIRES CHAUMEL

Le Gérant : EUGÈNE DAIX.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, 3, place Saint-André.

www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

H1C
572

www.libtool.com.cn