



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

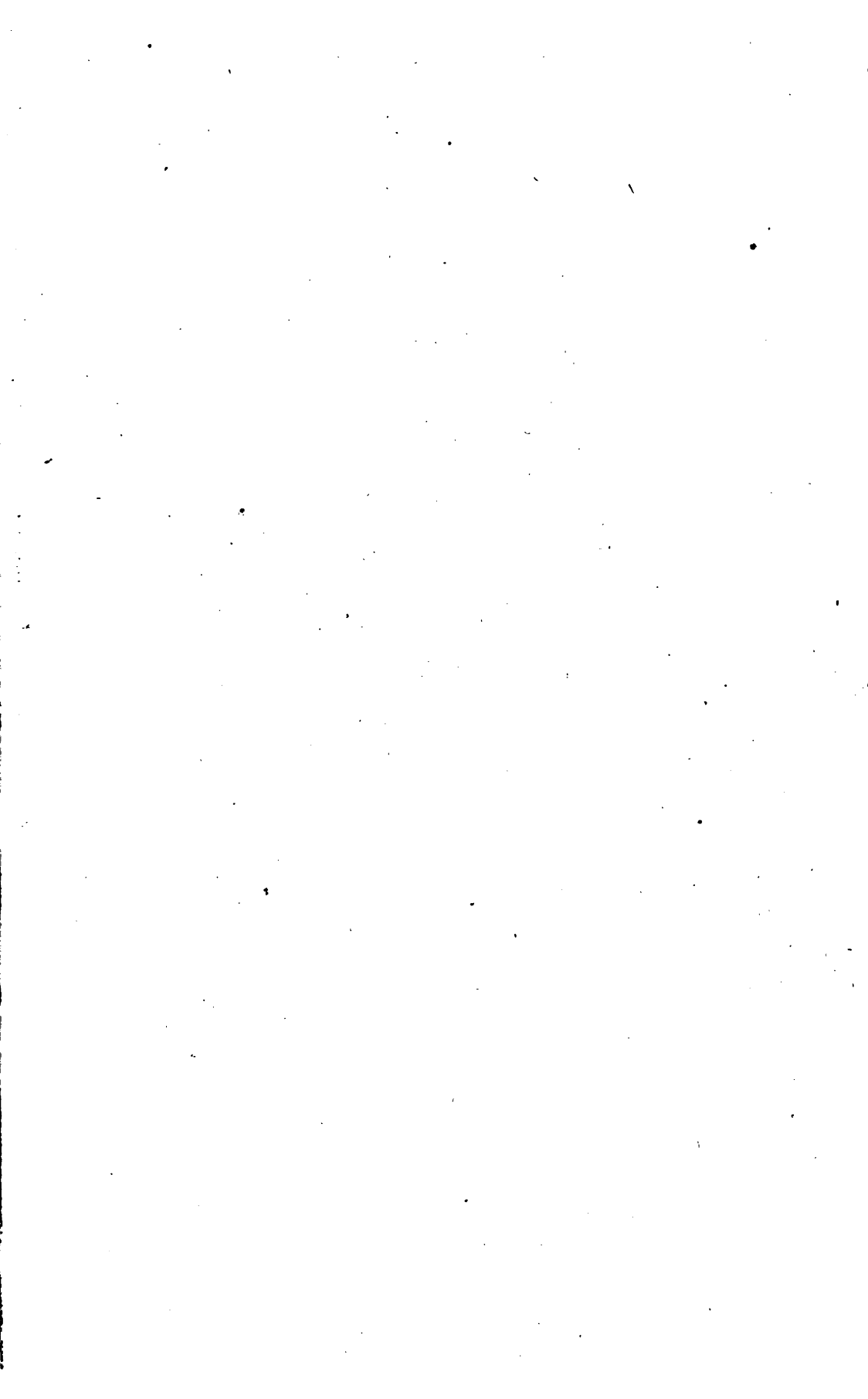
Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY







TRAVAUX PRATIQUES

D'OBSTÉTRIQUE

ET DE

GYNÉCOLOGIE

RECUEILLIS PENDANT L'ANNÉE 1903 PAR LE

D^r LUTAUD

Médecin-Adjoint de Saint-Lazare.

Membre fondateur de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

FANOURT BARNÈS (de Londres), CORDÈS (de Genève)
BOSSI (de Gênes).

PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1904

ON MEDICAL

DEC 24 1911

LIBRARY

DEC 24 1911

ME

SOMMAIRE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

CONTENUS DANS CE VOLUME

VOIR LA TABLE ALPHABÉTIQUE A LA FIN DU VOLUME

Obstétrique.

La compression pubic-manuelle comme traitement des hémorragies après la délivrance, par le D ^r Jean Reure.....	6
Traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale.....	6
Etude sur l'avortement, par le D ^r Blondel.....	13
De la rupture spontanée de l'utérus au cours du travail, par le D ^r Paquy, chef de clinique à la Maternité.....	7
Influence de l'accouchement sur les troubles cérébraux chez l'enfant, par le D ^r Paul Tissier, accoucheur des hôpitaux.....	81
De l'accouchement post mortem, par le D ^r Hirigoyen, de Bordeaux..	121
De la Dilatation immédiate et rapide du col utérin, par le professeur Bossi.....	...
De l'accouchement rapide avec désinsertion du cordon, par le D ^r Bogdan, de Jassy.....	302
L'obstétrique nouvelle, par le D ^r Marius Rey.....	198
Ce qu'il faut prescrire au moment d'un accouchement.....	199
Les présentations de la face, par le professeur Charles.....	229
Traitement de l'éclampie, par le professeur Oui, de Lille.....	232
Doit-on assurer les femmes enceintes ? par le D ^r L. Tissier.....	261
Accidents et complications graves de l'accouchement par le D ^r Magniaux.....	293
Grossesse et érysipèle, par le D ^r Olivier.....	364
Traitement des vomissements incoercibles par l'avortement, par le D ^r Lambion.....	367

Gynécologie

La périnéorrhaphie par interposition, par le D ^r Pierre Delbet, chirurgien des Hôpitaux.....	9
Traitement des métrites, par le D ^r Doléris, accoucheur des hôpitaux.....	10
Le curetage appliqué au traitement de la stérilité, par le D ^r Lutaud.....	134
Sur les lois de la formation des sexes, par les D ^r Guiard, Boissard, Pierre Robin.....	37
Traitement du vaginisme, par le professeur Pozzi.....	70
Symptômes et diagnostic des salpingo-ovarites, par le D ^r Fournier, d'Amiens.....	101
Les ptoses génitales par le D ^r Doléris.....	263
Traitement de la métrite chronique, par le D ^r Lutaud.....	63
Traitement de la dysménorrhée des jeunes filles, par le professeur Bouilly.....	136
Traitement du prurit vulvaire, par le D ^r Verchère, chirurgien de Saint-Lazare.....	...

Traitement de la stérilité par les eaux sulfureuses, par le D ^r Le Juge de Segrais.....	167
Appendicites et ovaro-salpingites, par le D ^r Pichevin.....	201
Les ptoses génitales, par le D ^r Paul Reynier, chirurgien de Lari-boisière.....	237
Métrorrhagie d'origine syphilitique, par le D ^r Ozenne.....	355
Dysménorrhée et appendicite, par le D ^r Mérigot de Treigny.....	387
Traitement du vaginisme par le massage, par le D ^r Sacquet.....	390

Pédiatrie.

La mortalité des enfants mis en nourrice, par le D ^r Berthod.....	31
Traitement des ténias, par le D ^r Drevon.....	66
Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par le D ^r Bar, accoucheur des hôpitaux.....	70
Règlement sur la vaccination et la revaccination.....	90
Traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant.....	153
Traitement des pleurésies de l'enfance, par le professeur Tschigaiëff.....	155
De la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse des enfants.....	213
Les ulcérations consécutives au tubage, par le D ^r Albert Delcourt..	218
Traitement de la mort apparente du nouveau-né.....	313
La cure de la hernie ombilicale chez les enfants.....	393
L'infection typhique chez le nourrisson, par le D ^r Forzet.....	394
Traitement des scolioses, par le D ^r Dauchez... ..	397
Traitement de l'eczéma, par le D ^r Brodier	399

Médecine légale.

De l'annulation religieuse du mariage au point de vue médico-légal et gynécologique, par le D ^r Lutaud.....	15
Le secret professionnel et les déclarations de naissances.....	25
Histoire d'un prétendu noyement d'Esguillette, chez une femme mariée, par Couturier, docteur régent (1679).....	33
La déclaration des fœtus et embryons, par le D ^r Plateau.....	...
Etat sanitaire des filles sounisées dans les maisons de tolérance, par le D ^r Butte.....	170
Rapport sur un cas d'infanticide par omission, par le professeur Brouardel.....	178
Les mariages d'épileptiques au XVII ^e siècle, par Paul d'Estrées....	189
L'avortement médico-légal, par le D ^r Ranwez, de Namur.....	298

CATALOGUÉ
JUN 1 1905

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉE TOUS LES MOIS SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES

Médecin en chef de la Maternité
de Londres.

CORDÉS, 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-LAZAIRE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE
ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

AVIS Selon l'usage nous ferons présenter dans le courant du premier trimestre, une quittance de 6 francs pour le recouvrement de l'abonnement.

A NOS ABONNÉS NOUVEAUX

Un grand nombre de nos abonnés nouveaux ayant exprimé le désir de posséder la collection de la Revue, nous avons fait brocher à leur intention les volumes parus jusqu'en 1902 inclusivement.

Cette collection qui se compose de **14 volumes** brochés sera expédiée *franco* à nos abonnés nouveaux pour le prix de **soixante francs**. Elle contient tous les travaux importants publiés en obstétrique et en gynécologie depuis 1886.

SOMMAIRE :

Obstétrique : Traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale. — La compression pubo-gynécologique comme traitement des hémorragies après la délivrance.

Gynécologie : Périaéorrhaphie par interposition, par M. Pierre DELBET. — Traitement des métrites. (DOLÉANS.)

Revue critique : L'avortement. — De l'annulation religieuse du mariage au point de vue médico-légal et gynécologique, par le D^r LUTAUD, membre de la Société de médecine légale de France.

Revue des Sociétés médicales : Le secret professionnel et les déclarations de naissance (fœtus et embryons), par le D^r LUTAUD.

Hygiène infantile : La mortalité des enfants mis en nourrice prétendus protégés par la loi Roussel dépassé de plus de moitié la mortalité générale des enfants du même âge. (PAUL BERRHOD.)

Variétés : Histoire d'un prétendu nouement d'esguillette, chez une femme mariée, par M. COUTURIER.

Formulaire : Pommade contre les crevasses du sein. (LUTAUD.) — Contre la couperose faciale. (LEROY.) — Traitement des crovasses et gerçures. (MOREL-LAVALLÉE.) — Badigeonnages phéniques dans la coqueluche. — Cachets laxatifs pour enfants. — Le veratrum viride contre l'éclampsie. (COTRET.) — Traitement du prolapsus du rectum chez les enfants par les injections de paraffine. (KARZWSKI.) — Le sublimé corrosif dans le traitement de la coqueluche. (C. CALABRO.)

Administration, 47, boulevard Haussmann, PARIS

HYPERCHOLESTÉROLÉMIÉ, OBÉSITÉ, GOÛTRE, CRÉTINISME, ETC.

Capsules de Corps thyroïde Vigier

à 0 gr. 10 centigr. par capsule. — Dose ordinaire : 3 à 6 capsules par jour.

Ces capsules se se prennent que sur l'ordonnance du médecin.
PHARMACIE VIGIER, 22, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, PARIS

OP. RIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

VICHY

ADMINISTRATION, 24, BOULV. DES CAPUCINES, PARIS

SOURCES DE L'ÉTAT VICHY-CÉLESTINS

Goûte. — 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

Grand Prix Exp. Univ. Paris 1900.

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.

L. NICOLAS (O*), 22, Rue Paradis, Paris.

BREVETÉ S.G.D.G. — MARQUE DÉPOSÉE

ENVOI NOTICE SUR DEMANDE

EXPÉDITIONS EN PROVINCE

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 valétudinaux, 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.

NOUVEAU SUCRE DIABETINE

Le seul permis

AUX

DIABÉTIQUES

L'AMÉNORRÉE, la DYSMÉNORRÉE, la MÉNORRHAGIE
cèdent rapidement si l'on emploie, à la dose de 2 à 4 Capsules par jour

L'APIOL DOCT^{rs} JORET & HOMOLLE

RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

Hémorragies,
Hémorroïdes,
Varicocèle,
Varices,
Phlébite,
Métrite,
Troubles de la
Ménopause.

Sont rapidement soulagés par
l'**HAMAMELIS LOGEAIS** dont
le principe actif Hamamelidine
est un TONIQUE vasculaire
très puissant, véritable
spécifique de ces
affections.

HAMAMELIS LOGEAIS
HAMAMELIDINE

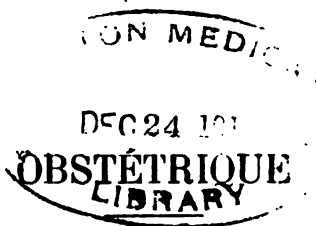
DOSE
ET

MODE D'EMPLOI :

Prendre de 20 à 30 gouttes
3 fois par jour dans un peu
d'eau, une 1/2 heure avant les repas.

DÉPÔT GÉNÉRAL :

E. LOGEAIS, 37, Avenue Marceau, PARIS.



TRAITEMENT DE LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS
PUERPÉRALE.

Il faudra, chez toute femme ayant présenté des élévations thermiques dans les premiers jours de couches, exiger le *séjour au lit pendant quatre semaines au moins*.

Traitement immédiat. — Dès les premiers symptômes de phlegmatia, exigez que la malade reste dans le *décubitus dorsal*. Elle sera soulevée pour tous les soins de toilette nécessaires, pour le passage du bassin, pour l'arrangement des oreillers, etc.

Si vous voulez que vos prescriptions à ce sujet soient rigoureusement suivies, ne manquez pas de prévenir la famille de leur importance et des terribles dangers de l'embolie pulmonaire que peut provoquer un mouvement. Pour l'accouchée, soyez plus réservé; qu'elle sache qu'un mouvement intempestif peut lui faire courir des dangers graves; mais mieux vaut lui laisser ignorer les accidents mortels auxquels elle est exposée.

De plus, *immobilisez le membre en extension*. Rappelez-vous que l'extension est indispensable. L'hydarthrose du genou accompagne souvent la phlegmatia, d'où tendance à la flexion légère du membre et parfois rétraction musculaire consécutive; en fixant le membre en extension on met à l'abri de cette complication. Vous pourrez, en outre, aider à la résolution de l'inflammation, diminuer la douleur et favoriser la circulation veineuse, par l'application locale d'une solution saturée de *chlorhydrate d'ammoniaque* (Pinard) et par l'*élévation du membre*.

Technique de l'immobilisation. — a) *Vous disposez d'une gouttière.*
— Prenez une gouttière en fil de fer, de longueur suffisante pour la jambe et la cuisse. Garnissez-la d'une bonne couche d'ouate dont vous augmenterez l'épaisseur au niveau du talon. Au-dessus de la ouate, étendez un large taffetas ciré dépassant, de chaque côté et largement, les bords de la gouttière. Sur l'imperméable, disposez un certain nombre de compresses fines, s'imbriquant comme celles de l'appareil de Scultet et assez longues pour envelopper le membre.

Le membre est alors soulevé doucement et la gouttière glissée au-dessous, jusqu'à ce que son bord supérieur arrive à la racine de la cuisse. Le membre est alors déposé doucement dans la gouttière.

Imbibez alors les compresses avec la solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque et enveloppez-en le membre en commençant par le pied, puis rabattez les bords du large imperméable, afin de recouvrir le tout. Ayez soin, ensuite, d'imbibier les compresses deux ou trois fois par jour.

Au bout de quatre à cinq jours, la solution de chlorhydrate d'ammoniaque détermine une éruption vésiculeuse miliaire. Il faut alors en cesser l'application, garnir la gouttière d'un linge sec et fin et y replacer le membre après l'avoir abondamment poudré avec de l'amidon ou, de préférence, avec du talc.

5) *Vous n'avez pas à votre disposition de gouttière métallique.* — Si, chose fréquente dans les milieux pauvres, vous manquez d'une gouttière, vous pouvez la remplacer par un sac de balle d'avoine ayant la longueur du membre. On peut disposer sur lui un imperméable et des compresses languettes comme on le fait avec une gouttière et y fixer le membre avec quelques bouts de bande passés au-dessous du sac et dont les chefs sont fixés en avant du membre, au niveau du cou-de-pied, de la jambe et de la cuisse.

7) Que vous ayez employé la gouttière ou que vous ayez eu recours au sac de balle d'avoine, mettez, *sous le pied, un fort coussin*, de façon à mettre le membre en position inclinée, le pied haut.

Sommeil. — Si les douleurs sont trop vives, usez, pendant les premiers jours, du *chloral* ou des préparations opiacées pour procurer du sommeil à la malade.

Traitement éloigné. — Un mois après la dernière élévation de température, jamais plus tôt, la malade sera autorisée à s'asseoir dans son lit et à faire quelques mouvements. L'œdème qui persiste souvent sera combattu par le port d'un bas élastique. (*Echo Médical du Nord*).

LA COMPRESSION PUBIO-MANUELLE COMME TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES APRÈS LA DÉLIVRANCE.

M. Jean Reure consacre sa thèse à l'étude d'un procédé hémostatique couramment employé dans les hôpitaux de Lyon pour combattre les hémorragies de la délivrance, procédé décrit par M. le professeur Fochier et qui a sur les autres modes de traitement habituellement utilisés un certain nombre d'avantages. Il est applicable en particulier aux cas d'inertie de l'utérus, soit totale, soit partielle : dans ce dernier cas, les zones de ramollissement sont localisées le plus ordinairement à la face postérieure de l'organe.

Voici quel en est le manuel opératoire : La délivrance est faite, placenta et membranes ont été expulsés dans leur totalité ; l'utérus est vide et cependant une hémorragie utérine se produit : on palpe l'organe, il présente bien une dureté ligneuse, il n'y a donc pas d'inertie totale ; on peut alors, en attendant qu'une injection chaude, vers 48 degrés, soit prête ou même avec l'intention de s'en passer, employer le procédé suivant : l'accoucheur se tient sur le côté gauche de la malade de préférence ; il plonge l'extrémité des

quatre doigts réunis de la main droite en arrière de l'utérus, entre cet organe et la colonne vertébrale, déprimant ainsi la paroi abdominale abordée au niveau de la région ombilicale; la main droite doit être dirigée parallèlement à l'axe du détroit supérieur; elle peut aussi se laisser guider par la paroi postérieure de l'utérus si sa consistance la rend perceptible, et en suivant cette paroi, descendre assez bas pour dépasser les limites de la « portion contractile » du muscle utérin : après l'accouchement, en effet, la main peut atteindre facilement jusqu'à cette limite, et même dépasser l'anneau du Bandi.

Une fois arrivée à cette profondeur, la main est reportée en masse en avant, de façon à comprimer l'utérus contractile dans toute sa hauteur, soit contre les pubis, soit contre la main gauche, qui est étendue à plat sur la paroi abdominale au-devant de l'utérus et dans la position suivante : elle appuie par son bord cubital sur le sommet des pubis, prolonge le plan rétro-pubien au-dessus du détroit supérieur et offre ainsi une surface d'appui solide qui peut s'adapter à la forme de l'utérus, très favorable en direction et en étendue à la compression exercée par la main droite, qui reporte l'organe en avant.

Ce n'est pas, comme on le voit, un mouvement de flexion de l'utérus en avant, mais bien plutôt un mouvement de glissement en avant de la portion contractile, et sans déplacement de la direction de l'axe de l'organe. C'est, en quelque sorte, une translation en masse du muscle dans sa totalité et sa paroi antérieure vient se comprimer et buter contre un plan résistant, mais malléable, qui remplace la large échancrure que laisse, à sa partie antérieure, le détroit supérieur. Et, même en supposant que l'utérus soit à peu près complètement dur et contracté, sauf en quelques points de sa face postérieure, on s'explique aisément la possibilité d'un tel déplacement : le défaut de contraction de toute la portion de l'organe sous-jacente à l'utérus contractile, la souplesse du segment inférieur permettent bien, en effet, d'exécuter la manœuvre sans aucune difficulté.

Cette méthode agit doublement : par compression des sinus placentaires d'une part, et, d'autre part, par l'excitation de la fibre utérine. On peut continuer la compression assez longtemps sans fatigue (de 10 à 25 minutes d'après les observations) et on obtient souvent par elle seule l'arrêt de l'hémorragie.

En tous cas, c'est un moyen qui ne nécessite aucun préparatif : pas de perte de temps, pas d'instrument, pas d'aide; il est à la portée de tout praticien; une sage-femme même peut pratiquer la manœuvre et la continuer un certain temps, car elle ne demande ni grand déploiement de force musculaire, ni effort soutenu; il permet d'attendre la préparation ou les effets d'autres modes de traitement (ergot — injection chaude — injection de sérum artificiel); c'est de plus une méthode rationnelle, car l'utérus, ne prenant pas de suite

après l'accouchement sa forme globuleuse, est comprimé suivant sa moindre largeur, d'avant en arrière; la main se rend compte à chaque instant de l'état de l'utérus, et surtout de cette face postérieure qu'on ne doit jamais négliger d'explorer; la compression pubio-manuelle comprime encore l'utérus sur toute sa hauteur, évitant ainsi les inconvénients des pressions limitées en quelques points seulement, pressions qui sont insuffisantes et inefficaces; elle ne peut produire de lésion, ne peut occasionner aucun accident; enfin — et surtout — tout danger d'infection est ainsi écarté.

C'est un moyen non seulement d'arrêter l'hémorragie après la délivrance, mais aussi d'en apprécier la cause, de voir les progrès dans le sens de la rétraction, de constater parfois l'insuffisance des moyens employés. C'est un élément de diagnostic en même temps qu'un procédé de traitement. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 septembre 1902.)

GYNÉCOLOGIE

PÉRINÉORRAPHIE PAR INTERPOSITION

par M. Pierre DELBET (1).

Je vous demande la permission de vous exposer très brièvement un procédé de périnéorrhaphie que j'emploie depuis plusieurs années. J'ai failli le communiquer au Congrès de chirurgie de 1886. J'étais inscrit. Quelques instants avant de prendre la parole, j'exécutais sur le tableau noir les dessins destinés à rendre plus facile la compréhension de ce que j'allais dire, quand un de nos collègues, mon ami Ricard, si j'ai bonne mémoire, vint à passer et me pria de lui indiquer le but de ma communication. Je le fis en quelques mots. Tout de suite, il m'arrêta, me disant que ce procédé avait été décrit. J'effaçai mes dessins, je ne fis pas ma communication et restai convaincu jusqu'à ces derniers temps que j'employais, sans le savoir, le procédé d'un autre.

Les explications que j'avais données à Ricard étaient trop brèves, trop incomplètes pour qu'il ait bien pu saisir ma manière de faire. En réalité le procédé n'avait jamais été employé par personne, et j'ai appris ces jours-ci qu'il venait d'être imaginé à nouveau, tout récemment, par un de nos jeunes collègues; c'est ce qui m'a décidé à vous en entretenir et à vous montrer ses résultats. J'ai réuni à la hâte 4 de mes opérées.

Ce procédé consiste essentiellement à interposer entre le rectum

(1) Communication à la Société de Chirurgie. (Séance du 19 novembre 1902.)

et le vagin, séparés par la dissection, les releveurs de l'anus et les débris des muscles périnéaux.

Je serai très bref. Il serait inconvenant d'insister devant vous sur des détails qui seraient nécessaires à un débutant.

Je fais, avec des ciseaux courbes et pointus, une incision demi-circulaire qui suit le limbe cutanéomuqueux et remonte de chaque côté à un centimètre et demi ou deux centimètres du méat urinaire.

L'incision faite, il s'agit de pénétrer dans la cloison recto-vaginale pour séparer le rectum du vagin. Pour cela, il faut disséquer dans la partie moyenne de la plaie. On a d'abord à traverser un noyau cicatriciel plus ou moins épais, qui remonte plus ou moins haut. Quand on arrive à sa partie supérieure, on rencontre souvent des fibres musculaires longitudinales qui appartiennent au rectum (1), mais qui adhèrent au vagin. Il faut soigneusement les détacher de la paroi vaginale. Cela fait, on tombe dans un espace tumultueux, d'apparence séreuse parfois, où le doigt pénètre aisément pour séparer le rectum du vagin. En un instant, on remonte jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

Ce cul-de-sac je l'ai quelquefois ouvert, et je crois qu'il y a intérêt à le faire lorsqu'il descend très bas, ce qui est fréquent dans le vieux prolapsus. En créant des adhérences artificielles entre ses deux feuillets on diminue les chances de glissement. Si l'on ne veut pas l'ouvrir, il faut, lorsqu'il descend très bas, le refouler en haut pour faire une bonne opération. Le décollement doit aller jusqu'au niveau du col utérin.

Ce temps accompli, je dirige la dissection sur les parties latérales vers l'aponévrose de l'obturateur interne. C'est là qu'on trouve les fibres du releveur de l'anus, toujours très facilement visibles et aisément reconnaissables à leur direction. Il faut les disséquer aussi haut, aussi loin qu'on peut.

Reste à faire la suture. Je la fais toujours à fils perdus, sauf pour la peau. J'emploie habituellement le catgut. Mais j'ai vu un cas où certainement le catgut s'est résorbé trop vite. Alors que le résultat immédiat était excellent, le résultat éloigné a été médiocre. Aussi j'emploie maintenant des catguts forts (et quelquefois, ainsi que je l'ai dit à propos d'une communication de M. Gérard Marchand, des fils d'argent. On obtient avec ces derniers un périnée d'une résistance bien supérieure à celle du meilleur périnée normal, mais ils blindent le vagin. Aussi pour les employer, faut-il être bien sûr qu'ils ne gêneront ni ne blesseront personne, et cela n'est point toujours aisé, car les passions se flétrissent parfois moins vite que la peau.

Le premier fil, le plus élevé, le plus profond, qu'il soit de catgut ou d'argent, je le place aussi haut que je le puis sur les releveurs. Je le place avec une aiguille coudée et courbe et je le passe en deux

(1) Je ne crois pas avoir besoin de dire que je ne mets jamais le doigt dans le rectum.

fois. Dans ces vieilles déchirures, les bords internes des deux releveurs sont trop éloignés l'un de l'autre pour qu'on puisse les prendre d'un seul coup dans la courbe d'une aiguille.

Lorsqu'on serre ce fil, les deux releveurs, sans qu'il se fasse de solution de continuité du côté de l'aponévrose obturatrice, se tendent comme un rideau qui s'interpose entre le rectum et le vagin.

Tous ceux qui m'ont vu opérer ont été frappés du résultat de ce temps de l'opération. L'interposition de ce rideau tendu est très saisissante. On sent, on voit qu'on a reconstitué une sangle efficace.

Je place ensuite un ou deux autres fils sur les releveurs en me rapprochant du pubis, puis deux ou trois fils, qui prennent, en rasant l'aponévrose obturatrice, tout ce qui reste de débris musculaires entre les releveurs et la peau. La règle est d'affronter tout sans laisser aucun espace mort. Aussi les fils de suture suffisent-ils à faire l'hémostase ; il n'y a pas besoin de ligatures.

Je termine par la suture cutanée que je fais toujours au fil d'argent. Pour éviter les espaces morts, ce qui est important, car je ne fais jamais aucune espèce de drainage, il est bon qu'un fil sur deux prenne les parties sous-jacentes déjà affrontées.

À la fin, on éprouve une certaine difficulté pour affronter la muqueuse du vagin à la peau au niveau de la nouvelle fourchette ; la paroi vaginale est exubérante. Souvent j'en résèque un lambeau transversal. Même après résection, elle reste trop large, elle se plisse, se godronne et l'affrontement n'est pas parfait.

Si l'on voulait qu'il le fût, il faudrait rétrécir le vagin en réséquant un lambeau dont le grand axe serait dirigé du col utérin à la vulve. Mais on obtiendrait ici une suture située dans le plan antéro-postérieur au travers de laquelle les sécrétions utérines toujours suspectes pourraient s'infiltrer dans l'épaisseur du périnée. Je crois que ce serait déplorable. Jamais je ne fais de résection dans ce sens. J'aime mieux avoir au niveau de la fourchette quelques plis irréguliers qui s'effacent et conserver cette paroi vaginale qui recouvre et protège efficacement le périnée reconstitué. Je crois que c'est à cela que je dois de n'avoir jamais eu d'échec.

Je n'ai eu en vue jusqu'ici que les ruptures incomplètes. Mais la technique que je viens de décrire s'applique tout aussi bien aux ruptures complètes. Il suffit de modifier l'incision pour lui faire suivre dans la partie moyenne la ligne cicatricielle de la jonction de la muqueuse vaginale à la muqueuse rectale, et de faire un plan de sutures perdues sur la paroi du rectum. Je ne veux point insister sur ces détails. Je n'ai eu qu'une fois l'occasion d'opérer une rupture complète. Cette rupture intéressait non seulement la totalité du sphincter, mais elle remontait sur le rectum à trois centimètres au-dessus. Le résultat a été parfait. Mon opérée a eu depuis un enfant à terme sans que son périnée refait ait cédé le moins du monde.

Le même procédé pourrait s'appliquer aux fistules recto-vaginales mais je n'ai pas eu occasion de l'employer dans des cas de ce genre.

Vous pourrez voir le résultat du procédé sur quatre malades que j'ai fait venir. Chez toutes, j'ai fait en même temps une colporraphie antérieure par un procédé qui m'est personnel ; chez deux j'ai fait l'amputation du col hypertrophié, mais je n'insiste pas sur ces points, car c'est sur la périnéorrhaphie proprement dite que je veux attirer votre attention.

Chez deux de ces malades, âgées de 62 ans, j'ai fait la suture profonde, la suture perdue au fil d'argent. L'une a été opérée le 15 avril, l'autre le 24 mai 1902, il y a donc sept mois pour l'une, six mois pour l'autre. Vous savez combien il est difficile d'obtenir une bonne contention du prolapsus chez les femmes de cet âge, dont les tissus ont perdu toute résistance. Vous pourrez constater ici que le résultat est parfait. Par le toucher on sent très bien les fils d'argent au travers de la paroi vaginale. Entre eux les tissus n'ont pas grande résistance. On a l'impression très nette que, si l'on avait employé des fils résorbables, le résultat aurait été médiocre.

Je crois que dans certains cas, où les débris du périnée disjoints sont très atrophiés, il y aurait intérêt à faire une sorte de treillis de fil d'argent s'appuyant de chaque côté sur l'aponévrose obturatrice.

Les deux autres malades ont été suturées au catgut. L'une, âgée de 52 ans, a été opérée le 5 août de cette année, l'autre, âgée de 44 ans, l'a été le 26 août 1901. Chez cette dernière l'opération date donc de près de quinze mois ; on peut juger du résultat éloigné.

TRAITEMENT DES MÉTRITES

(DOLÉRIS.)

En présence de l'ectropion inflammatoire rebelle (vulgairement *ulcération*), la tentation est grande d'user des caustiques à titre d'essai au début, à titre définitif quand il s'agit du fer rouge.

La chirurgie conservatrice doit s'armer du couteau et détruire les tissus malades par une section nette.

L'opération plastique qui enlève est le moyen conservateur par excellence. Par un singulier contraste, ici la prudence est dans l'action chirurgicale, et la conservation fonctionnelle totale est dans le sacrifice d'une partie, non dans les méthodes prétendues palliatives.

Je suis hautement partisan du traitement plastique des lésions du col, dès que le processus tend à la chronicité. Même dans les cas qui paraissent assez simples, l'expérience démontre que les moindres de ces lésions sont souvent incurables par tout autre traitement.

Le traitement doit avoir un triple objectif, correspondant aux trois termes de la pathologie du col utérin : *inflammation, traumatisme, déformation*.

1. *Traitement de l'inflammation*. — Au début, le traitement est simple; il doit être *extra et intra-cervical*.

1° *Traitement extra-cervical*. — Il consiste à assurer l'antisepsie du vagin par des injections chaudes de sublimé (1 p. 1,000 à 1 p. 4,000) et des applications de tampons iodoformés qui soulèvent le col et facilitent la circulation en retour.

En cas de sécrétions épaisses ou de gonflement extrême de la muqueuse, on recourt à la glycérine qui produit une action dialytique utile. Certains vagins s'excorient par la glycérine; il faut alors employer la vaseline iodoformée :

Vaseline	30 grammes.
Iodoforme	10 —
Camphre	2 —

ou, s'il y a des phénomènes douloureux, la préparation suivante :

Vaseline	30 grammes.
Salol	5 —
Chloral	5 —

2° *Traitement intra-cervical*. — Concurremment, recourir à un traitement *intra-cervical*, consistant surtout dans la dilatation antiseptique de la cavité et dans des écouvillonnages légers.

Dans les cas de moyenne intensité, la dilatation répétée, suivie du tamponnement antiseptique, peut être utilisée.

Elle est le plus souvent insuffisante et il faut recourir au *hersage*, fait avec une sorte de scarificateur à lames parallèles multiples et tranchantes de 2 à 4 millimètres, au *curage tranchant* ou à l'application de certains topiques, tels que la créosote, le naphthol camphré, la glycérine iodée :

Iode	1 gramme.
Glycérine	2 grammes.

Lors de lésions plus profondes, il faut faire l'ablation de la muqueuse au bistouri, suivie de la thermo-cautérisation légère de la surface cruentée, ou la *stomatoplastie*, qui n'est, en quelque sorte, qu'une réduction de l'amputation à lambeaux.

La forme interstitielle scléro-kystique est justiciable de l'amputation.

La *ponction et la cautérisation des kystes*, qui amènent une détente passagère dans les symptômes, ne sont que des palliatifs de courte durée.

II. *Traitement des lésions traumatiques*. — Le procédé d'Emmet conviendra au cas où la cervicite, étant à son début, est susceptible de céder à de petits moyens.

Mais dès que l'endométrite est profonde, accompagnée de kystes, il faut recourir à l'amputation de Schræder, en combinant avec l'opération le large avivement et les sutures latérales d'Emmet.

III. *Traitement des déformations.* — 1° Contre la *flexion*, pratiquer des séries répétées de dilatation;

2° Contre la *conicité*, recourir à la stomatoplastie ou à la section bilatérale;

3° Contre l'*allongement hypertrophique*, pratiquer l'amputation.

Une cause d'échec du *curage* est l'existence d'une déviation de la matrice : ici l'élément métrite passe au second plan.

L'emploi de la dilatation et de la curette, en matière de déviation, n'est pas négligeable, mais il n'est point curatif. Les insuccès de cet ordre ne doivent pas figurer au passif du curage.

Il en est de même pour les lésions des *annexes*; salpingites, ovariites, pelvi-péritonites, caractérisées par des processus nettement hyperplastiques. Le curage n'a d'effet immédiat certain que sur la nuqueuse.

L'avenir de la gynécologie est dans l'objectif physiologique. Or, le cautère actuel, les caustiques violents à demeure sont destructeurs de la vie physiologique de l'utérus. Il faut donc rejeter la cautérisation intra-utérine.

Métrite du corps de l'utérus. — La dilatation est parfois négligeable.

Métrite puerpérale. — Curettage, écouvillonnage avec un tampon de ouate hydrophile, trempé dans

Créosote.....	30 grammes.
Glycérine.....	30 —

REVUE CRITIQUE

L'AVORTEMENT

M. le D^r BLONDEL a récemment publié dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris* une statistique de 100 cas d'avortement (1890 — 1902), avortements à tout âge, avortements spontanés et avortements criminels.

Un seul élément les relie : Tous se sont terminés sans un seul décès. Dans 52 observations il y a eu des manœuvres abortives. L'adresse de notre confrère était connue entre autres d'une accoucheuse de la rue Mont-Thabor qui recommandait à son insu de s'adresser à lui « *si cela ne se passait pas bien* ».

Blondel trouve comme personnes incriminées par dires des malades : 22 fois des sages-femmes, 2 fois des étudiants en médecine.

6 fois une amie, 1 fois le mari, 1 fois un pharmacien; 1 fois la malade attribuait l'avortement à un médecin (!); 19 fois les malades prétendaient s'être fait avorter elles-mêmes, 5 fois avec des breuvages, 14 fois par des manœuvres (injections de savon 9 fois, exercices violents, équitation et bicyclette 3 fois, aiguille à tricoter 1 fois, crochet en os 1 fois).

Il donne ces indications pour ce qu'elles valent et déclare tout le premier qu'il n'y a pas la moindre créance à ajouter à ce que racontent les femmes en pareille matière. Il est très porté à croire que celle qui accusait un médecin se vantait, et que celles qui s'accusaient elles-mêmes venaient très probablement de chez la sage-femme.

A noter que 3 malades déclaraient avoir connu la sage-femme à laquelle elles s'étaient adressées *par des annonces de journaux* (1). Une Russe, descendue dans un hôtel rue Cambon, et une Américaine descendue à l'hôtel Continental continuaient à recevoir à son insu — il l'a appris depuis — la visite de la sage-femme entre les siennes.

Parmi les cas où l'intervention de la sage-femme était avouée, il note d'après les dires des malades : 15 fois l'emploi d'une tige de fer (hystéromètre ou aiguille à tricoter ?). 10 fois l'emploi d'une sonde en gomme avec injection de liquide, toujours extrêmement douloureuse, paraît-il, et 2 fois suivie d'évanouissement ou d'une syncope; les autres fois, les malades ont dit n'avoir pas su ce qu'on leur faisait et n'avoir pas vu d'instruments, sauf l'introduction d'un spéculum.

Chose singulière, pas une seule fois il n'a constaté la preuve matérielle de ces manœuvres, sous forme d'érosions du col ou de piqûres; au point de vue médico-légal, s'il lui eût fallu donner un avis pour fixer l'opinion de la justice, dans aucun cas il n'aurait osé affirmer, contre les dénégations de la femme, une conclusion qui l'eût fait envoyer devant les tribunaux sans lui laisser aucun doute dans l'esprit. Dans les autres cas où les manœuvres furent niées énergiquement et où il les soupçonnait néanmoins, il basa son opinion sur la marche des accidents et sur l'élévation inexplicable de la température et les signes locaux d'infection. *Thérapeutique.* — Sauf dans 6 cas où aucun débris ne restait dans l'utérus, l'auteur se contenta d'irrigations intra-utérines au sublimé ou avec K M^a O^a; sauf dans ces 6 cas, sa conduite fut systématiquement la même : dilatation du col, si elle était nécessaire, exploration de la cavité utérine, curetage, écouvillonnage à la glycérine créosotée au 1/3. injection de teinture d'iode, drainage à la gaze imbibée de glycérine chargée d'un antiseptique. Depuis 1892 il emploie comme tel l'ichthyol au 10^e dont il n'a qu'à se louer, car il n'est nullement toxique et paraît jouir d'un pouvoir d'imbibition, signalé par Fritsch, qui lui permet

(1) Sage-femme de 1^{re} classe, *stérilité*, discrétion assurée.

d'agir à une certaine distance dans la profondeur des tissus. La glycérine, par son action dialytique paraît jouer un rôle essentiel dans le drainage de la cavité utérine, et il y reste très fidèle.

Quant au curetage, il avoue qu'il persiste à le pratiquer, quoi qu'on ait pu dire contre lui.

Depuis quelques années, il emploie le curage digital indiqué par M. Budin, comme il emploie son excellente manœuvre abdomino-vaginale pour l'expression du placenta. Il est même convaincu que, tant qu'il s'est contenté du curetage seul, sa pratique risquait d'être incomplète, car le doigt permet souvent de détacher des débris flottants qui très probablement eussent échappé à la curette, et qui, rattachés par un mince pédicule, étaient juste assez retenus pour rester en place dans l'utérus et pas assez pour échapper au sphacèle et à l'injection.

Mais il persiste à croire qu'après le curage le plus soigné l'emploi de la curette demeure encore utile; elle dépouille plus sûrement la surface utérine que l'ongle, qui finit par se fatiguer et se ramollir; la petite curette, en particulier, nettoie mieux les cornes utérines, quand elles sont prononcées, et met mieux à l'abri des infections salpingiennes qui suivent cette voie. Peut-être le traumatisme spécial qu'elle exerce sur la paroi utérine n'est-il pas inutile pour réveiller la contractilité de la fibre musculaire, qui est peut-être le meilleur moyen de défense de l'organe contre la lenteur de l'involution ultérieure.

Quoi qu'il en soit, il lui reste fidèle et les résultats qu'il a obtenus par cette pratique sont plutôt faits pour l'y encourager.

DE L'ANNULATION RELIGIEUSE DU MARIAGE AU POINT DE VUE MEDICO-LÉGAL ET GYNÉCOLOGIQUE,

Par le Dr LUTAUD,

Membre de la Société de médecine légale de France.

On sait que l'Eglise n'a pas accepté les lois civiles relatives à la naissance, au mariage et au décès. Ayant eu pendant plusieurs siècles le monopole de l'enregistrement des actes civils, elle n'a pas consenti facilement à se laisser dépouiller. Dans un grand nombre d'Etats, notamment en Angleterre et aux Etats-Unis, elle partage encore avec le pouvoir civil, le droit légal du mariage. Mais, dans les pays où la multiplicité des cultes apporte une certaine tolérance, l'annulation du mariage religieux ne présente pas de difficultés lorsque les tribunaux civils ont prononcé la rupture du contrat matrimonial.

La loi Naquet, établie en France, depuis près de vingt ans, a été accueillie avec une grande faveur par toutes les classes de la popula-

tion. Le nombre des divorces prononcés par les tribunaux, atteint chaque année plusieurs milliers. C'est une véritable révolution des mœurs françaises.

On sait que la grande majorité des femmes délivrées de l'enfer conjugal par un jugement civil, ne demandent qu'à être consolées; la plupart d'entre elles avaient déjà fait choix, secrètement ou ouvertement, du futur consolateur

Aussi, la loi Naquet a-t-elle contribué dans une large mesure à augmenter, sinon la natalité, du moins le nombre des mariages.

Malheureusement l'Eglise est intervenue. Fidèle à ses principes, elle considère comme nul l'acte civil inscrit à la mairie; mais elle considère comme indissoluble l'acte inscrit sur les registres de la Sacristie. Pour elle, les individus mariés seulement d'après les lois civiles ne sont que de simples concubins.

Cela n'a pas empêché le menu peuple de passer outre et la statistique, chère à M. Bertillon, enregistre chaque semaine un nombre considérable de mariages effectués entre conjoints divorcés chez lesquels le besoin matrimonial fait braver les rigueurs ecclésiastiques (1).

Il n'en est pas de même dans la bourgeoisie qui, autrefois voltairienne, est devenue aujourd'hui le meilleur pilier du catholicisme en France.

Beaucoup de femmes d'un certain monde préfèrent, en effet, le célibat et même le concubinage à un mariage accompli sans les pompes de l'Eglise.

C'est pour obvier à la pénible situation dans laquelle se trouvaient ses enfants que l'Eglise, toujours bonne mère, a trouvé un terrain de transaction. Elle a cherché dans l'arsenal un peu démodé de la jurisprudence ecclésiastique; elle a remanié et mis en vigueur des lois qui n'étaient appliquées autrefois que très rarement aux chefs d'Etat pour sauvegarder des intérêts dynastiques; elle a enfin organisé sur des bases pratiques une procédure qui permet, en *annulant* le premier mariage, d'en contracter religieusement un second.

Cette procédure avait déjà été codifiée en 1750 dans une Bulle du Pape Benoît XIV. Nous reproduisons ce document, essentiellement médical, qui indique aux experts la marche à suivre pour faire les procès en nullité de mariage.

Comme on le verra, l'Eglise peut annuler le mariage dans les cas où l'impuissance du mari est démontrée, dans le cas où l'acte sexuel n'a pu être consommé pour une cause quelconque. Enfin on peut encore demander l'annulation dans les cas plus rares où la consommation matérielle a eu lieu sans le consentement de la femme ou à son insu. Dans cette dernière catégorie le médecin doit également

(1) Il y a eu 1668 mariages de divorcés en 1900 dans le département de la Seine (statistique officielle); un très petit nombre seulement ont été effectués religieusement.

donner son avis, car il peut s'agir de viol, d'hypnotisme, de folie, etc. Ce sont là en effet, des cas d'une extrême délicatesse sur lesquels les tribunaux ecclésiastiques ne peuvent se prononcer que sur le rapport d'experts autorisés et possédant toute leur confiance.

Le médecin expert a donc à intervenir dans les demandes en nullité de mariage instruites devant le *Tribunal de l'Officialité* ; il peut fournir des Rapports ou être appelé comme témoin.

Je crois donc intéresser ceux de mes confrères qui s'occupent de médecine légale en leur faisant connaître les cas assez nombreux sur lesquels ils peuvent être consultés et intervenir utilement. Le nombre des demandes en nullité de mariage est considérable ; en aidant de ses conseils et en favorisant le mariage des femmes divorcées, le médecin reste dans son rôle social ; n'est-ce pas en effet une noble tâche que de soulager les douleurs morales et de favoriser la reproduction ?

Voici le texte de l'Instruction du Saint-Office sur l'application de la Bulle de Benoît XIV ; elle date de 1758 et a été publiée en 1793 dans la *Collectanea Sanctæ Congregationis de propaganda fide*, à Rome.

Nous publions d'abord le texte latin que nous faisons suivre d'une traduction française pour ceux de nos lecteurs qui ont cessé d'être familiarisés avec les langues mortes. On verra qu'il y est traité de questions exclusivement médicales.

Instructio sequenda in conficiendo Processu super viri impotentia, et non secuta Matrimonii consummatione, accedente Pontificis dispensatione ab accurata observantia præscriptionum Bullæ Benedicti XIV: Dei miseratione.

Judex ad hoc deputatus præ oculis habeat quod examina, quæcumque illa erunt, fieri debent sub juramento fide, et Cancellarius Curiaë Episcopalis, vel altera persona delegunda, interrogationes, responsa, et quælibet acta scripto tradet, facta prius annotatione mensis, diei, anni, loci et personæ judicis coram quo conficiuntur acta, necnon cujuslibet testis examinandi.

Testes singillatim audiantur, et in fine examinis se subscribant proprio nomine, vel cum signo crucis quatenus sint illiterati.

Primus ille conjux audiatur qui Acto est in causa.

Interrogationes Judicis arbitrio, prudentiæ, et sagacitati relinquuntur ; attamen, pro ejus commoditate, sequentes traduntur, quibus alteræ addentur, prout melius in Domino judicaverit, ad actorum veritatem, magis magisque eruendam, nimirum.

A quanto tempore sese cognoverint sponsi ante Matrimonium ; an parentum consensu, sponte, et mutua voluntate illud inierint.

An in sequenti nocte, in eadem domo, eodemque cubiculo et toro

cubaverint, officiisque conjugalibus ultro, libenterque operam dederint; an matrimonium consummaverint.

An ipse examinatus cognoscat, vel suspicatur causas propter quas consummare nequiverint, licet iteratis vicibus, etiam n sequentibus noctibus, an si fuerint; an id contigerit ob niniam augustiam cunni mulieris, vel ob immodicam sui penis crassitudinem, aut propter debilitatem, ita ut nulla, vel parvi momenti, fuerit erectio.

An quæ, et quanto tempore adhibita fuerint medicamenta, et quinam fuerint affectus.

Quamdiu simul vixerint, et condormierint? Quis primus alterum conjugem deseruit, et an etiam aliæ causæ accesserint.

An et quibus parentibus, amicis, vel vicinis secreto manifestaverint, quod matrimonium non fuerit consummatum, eosque singillatim nominet.

Hæc vel similia etiam ab altero conjugè requirantur, ut an inter se apprime convenient dignoscatur.

Deinde testes, qui ab ibsi conjugibus fuerint recensiti, seorsim examini subjiciantur. Prius vero, eorumdem parentes audiantur, uti præsumptivi magis informati; postea vero famuli, et viciniores.

Si quis illorum obierit, vel longinquas regiones petierit, in actis immendum erit.

Interrogationes autem sequentes proponuntur, sed immutandæ pro rerum adjunctis:

An cognoscat conjuges de quibus sermo; an sciat utrum libenter mutuoque affectu sese copulaverint, condormierint et matrimonium consummaverint; an sit instructus quibus de causis consummare nequiverint, et an, et quid, ad illas amovendas, experti fuerint; utrum, et quæ conquestio inter ipsos extiretit; quænam sit fama tam apud se, quam apud alios de hac prætensa non consummatione.

Singulorum Testium absoluto examine, duo saltem ex celebrioribus civitatis physici, medicinam, et chirurgiam callentes, seligan-
tur, corpus viri inspecturi super ejus potentia ad cœundum cum muliere, maxime virgine.

Nec ille physicus prætereundus qui fors an tea fuerit adhibitus ad viri incommoda medenda.

Animadvertendum autem ut mediis utatur licitis, et honestis, et perscrutandum præcipue utrum illius virilia sint juxta naturæ leges accurate conformata; nimirum an penis naturalem habeat dimensionem, promptamque erectionem ad cœundum necessario duraturiam; an aliquo morbo fuerit affectus, a quanto tempore, et cujusdam characteris; an fibræ compactæ et consistentes, seu potius flaccidæ, lassæque sint; an testes sani, naturalisque magnitudinis, et utrum aliquo vitio laboraverint, vel adhuc laborent; quo in casu morbi characterem, et causas investigabunt; an verus, vel recens, naturalis, vel acquisitus, et an curabilis, nec ne alioque salutis periculo.

Quibus omnibus diligenter inspectis, singula sub juramento scripto tradent, et quid ipsi sentiant de viri impotentia; an acquisita, vel ingenita, absoluta vel relativa tantum, ingenue, nulla que relicta ambigendi ratione.

Corpus insuper mulieris, sed maxime illius genitalia membra a duabus saltem obstetricibus, in arte et praxi peritioribus ac bonis moribus imbrotis, inspiciantur, adhibito prius mulieris balneo, si necessario præmittendum physici et ipsæ judicaverint. Accurate observabunt signa integritatem mulieris constituentia, nimirum conformationem partium, juncturam, duritiem, rugositatem, et colorem; an hymen sit integrum, vel concontractum in totum, vel in parte; hoc in casu, an, et qua naturali causa, seu potius et congressu extranei corporis contigerit; an myrtiformes carunculæ inveniantur, earumque magnitudinem numerum, et conformationem, aliaque signa ab arte tradita, integritatem, aut corruptionem mulieris constituentia, sedulo inspiciant. Deinde una quæque seorsim singula quæ reperint, sub sacramento, judici, et a cancellario scripto fideliter tradenda, distincte exponat, et quid ipsa sentiat de illius integritate declaret.

Earundem depositiones prædictis Physicis examinandæ tradantur, ut decernant num mulier adhuc integra habenda sit atque matrimonium non consummatum judicandum.

Verum si aliquod dubium adhuc explicandum supersit, opportunis ab ipsis Physicis concinnatis interrogationibus, iterum obstetricis examinentur, et si nihilominus anceps Peritorum judicium permanscrit, corpus mulieris ab ipsis inspiciatur, adstante vero matrona antiquæ virtutis, nullique exceptioni obnoxia, et ab Ordinario designanda.

Expleta inspectione, judicium dabunt Physici singulasque proferent rationes quibus ipsorum sententia innititur.

Prætereunda tandem non erit investigatio super qualitate Testium, audito eorundem Parocho, vel alia proba, et apprime instructa persona, utrum ipsi sint bonis moribus imbuti, ac plenam mercantur fidem illorum depositiones.

Omnibus superius recensitis diligentes ab Ordinario collectis, illa ad S. Congregationem mittere festinabit, decretorio ejus judicio subjicienda.

Voici la traduction de cet intéressant document :

Traduction française de l'Instruction du Saint-Office concernant la procédure à suivre pour les demandes en nullité de mariage basées sur l'impuissance du mari et la non-consommation du mariage.

(D'après l'observance de la Bulle du pape Benoît XIV.)

Le juge délégué devra avoir présent à l'esprit que ses examens, quels qu'ils soient, doivent se faire sous la foi du serment; le

Chancelier de la Curie Episcopale ou une autre personne doit être déléguée pour transmettre par écrit les questions, les réponses et tous les actes, en faisant mention du mois, du jour, de l'année, du lieu et de la personne du juge devant lequel sont accomplis les dits actes et aussi les témoins à examiner.

Les témoins seront entendus séparément ; ils signeront au bas de l'interrogatoire leur propre nom ou feront une croix dans le cas où ils ne sauraient écrire.

Le conjoint qui est demandeur dans la cause doit être entendu le premier.

Les questions sont laissées au choix, à la prudence et à la sagacité des juges ; cependant, pour plus de commodité, les questions suivantes sont indiquées ; d'autres pourront y être ajoutées selon que, au nom du Seigneur, elles seront jugées utiles pour mettre en lumière la vérité des faits :

Depuis combien de temps les époux se sont-ils connus avant le mariage ?

Est-ce du consentement des parents, spontanément et par leur mutuelle volonté qu'ils ont contracté le mariage ?

Dans la nuit qui a suivi, ont-ils couché dans la même maison, dans la même chambre et dans le même lit ?

Ont-ils accompli le devoir conjugal spontanément et volontiers ?

Ont-ils consommé le mariage ?

Le conjoint interrogé connaît-il ou soupçonne-t-il les causes pour lesquelles ils n'ont pu consommer l'acte sexuel ?

Les tentatives ont-elles été plusieurs fois répétées, même dans les nuits suivantes ?

L'impossibilité est-elle due à l'étroitesse excessive des organes de la femme, ou à la grosseur excessive du membre de l'homme ?

Est-elle due à la faiblesse du mari ?

L'érection a-t-elle été impossible même un seul instant ?

Quels médicaments ont été employés pour remédier à cet état, pendant combien de temps et quels en ont été les effets ?

Combien de temps les conjoints ont-ils habité et couché ensemble ?

Lequel le premier a abandonné l'autre et quelles sont les causes qui s'y sont ajoutées ?

A quels parents, amis ou voisins le conjoint a-t-il déclaré en secret que le mariage n'a pas été consommé ? Nommer individuellement chacune de ces personnes.

Ces questions ou d'autres semblables seront aussi posées à l'autre conjoint, pour reconnaître si, dès le début, il y a eu accord entre eux.

Les témoins qui ont été réclamés par les conjoints eux-mêmes seront ensuite soumis à un examen séparé. Mais avant tout on entendra les parents comme devant être mieux informés, puis les serviteurs et les voisins les plus proches. Si quelqu'un de ces

témoins est mort, ou habite un pays trop éloigné pour être entendu, il faudra l'indiquer au procès-verbal.

Quant aux questions suivantes on les propose, mais elles pourront être modifiées suivant les circonstances :

Connait-il les conjoints dont il est question ; sait-il s'ils se sont unis volontiers et par une affection mutuelle ; s'ils ont cohabité ensemble ; s'ils ont consommé le mariage ?

Connait-il les causes qui ont empêché de le consommer ; sait-il si des tentatives ont été faites et quelles sont ces tentatives ?

Y a-t-il des plaintes formulées entre eux et lesquelles ?

Quelle est l'opinion générale du conjoint et celle des autres témoins sur la non-consommation ?

Après l'examen individuel et séparé des témoins, deux médecins, au moins, parmi les plus célèbres de la ville, connaissant la médecine et la chirurgie, seront choisis pour examiner le corps du mari, pour connaître s'il est capable de pratiquer le coït avec une femme, particulièrement avec une vierge.

Il ne faudra pas négliger de consulter le médecin qui aura pu être été antérieurement employé pour soigner les indispositions du mari.

Il faudra veiller à ce que ces praticiens n'emploient que des moyens licites et honnêtes ; il faudra rechercher avant tout si les organes de génération sont conformés exactement suivant les lois de la nature ; si la verge, par exemple, a une dimension normale, une érection rapide capable de durer le temps nécessaire pour accomplir le coït, si l'organe a été atteint de quelque affection, depuis combien de temps, et quels sont les caractères de ces maladies ; si les fibres en sont compactes, résistantes, ou plutôt flasques et relâchées, si les testicules sont sains, de grosseur normale, s'ils n'ont pas été atteints ou ne sont point encore atteints de quelque maladie ; dans ces cas, les médecins rechercheront les caractères et les causes de maladie ; est-ce un mal réel, récent, naturel ou acquis ; s'il est guérissable et s'il ne met pas la vie en danger.

Tous ces points sont soigneusement examinés ; les médecins les consigneront en détail, et par écrit, sous la foi du serment, ainsi que leur opinion sur l'impuissance du mari, si cette impuissance est acquise, naturelle, absolue ou seulement relative ; ils le déclareront nettement sans laisser percer aucune ambigüité.

Ensuite, le corps de la femme, mais surtout les parties génitales, sera inspecté par deux accoucheuses instruites, habiles dans la pratique et de bonnes mœurs, en faisant prendre d'abord un bain à la femme si les médecins ont jugé cette précaution nécessaire. Elles constateront avec soin les signes qui constituent la conformation normale de la femme, savoir : la conformation des parties, leur jonction, leur dureté, leur rugosité, leurs plis et leur couleur ; si l'hymen est intact ou détruit en totalité ou en partie ; dans ce cas,

si la rupture a été produite par quelque cause naturelle ou par l'introduction d'un corps étranger, si les caroncules ont bien l'apparence myrtiliforme, quelle est leur grandeur, leur nombre, leur conformation; elles examineront avec leur grandeur, leur nombre, connus comme constituant l'intégrité ou la défectuosité des organes de la femme. Chacune d'elles transmettra ensuite séparément au juge, sous le sceau du serment, ce qu'elle a constaté pour être transmis au chancelier; elle l'exposera clairement et déclarera ce qu'elle pense de l'état d'intégrité des organes génitaux de la femme.

Les dépositions des sages-femmes seront soumises à l'examen des médecins dont il a été question plus haut; ceux-ci décideront si la femme doit être considérée comme encore vierge et s'il faut déclarer que le mariage n'a pas été consommé.

Mais s'il reste encore quelque par suite des dépositions concordantes des médecins eux-mêmes, les sages-femmes seront de nouveau interrogées, et si le jugement des médecins reste douteux, ils devront examiner eux-mêmes le corps de la femme; cet examen aura lieu en présence d'une femme d'une vertu éprouvée qui ne soit susceptible d'aucune suspicion; elle sera désignée par l'Ordinaire.

L'inspection terminée les médecins feront connaître leur jugement et exposeront en détail les raisons sur lesquelles ce jugement s'appuie.

Enfin il ne faudra pas négliger l'enquête sur la qualité des témoins; il faudra consulter le curé de leur paroisse ou toute autre personne honnête et instruite, pour savoir si ces témoins sont eux-mêmes de mœurs parfaites et si leurs dépositions méritent d'être accueillies avec toute confiance.

Tous les renseignements énumérés ci-dessus ayant été soigneusement réunis par l'Ordinaire, le tribunal les transmettra au plus tôt à la Sacrée Congrégation pour les soumettre à son appréciation et à son décret. »

Les principales questions médico-légales soulevées dans cette instruction officielle sont les suivantes :

Est-ce par une volonté mutuelle qu'ils ont contracté ce mariage ?

Ont-ils accompli le devoir conjugal spontanément et de leur plein gré ?

La consommation du mariage a-t-elle été empêchée par l'étroitesse excessive de la vulve de la femme ?

L'impedimentum provient-il de la grosseur excessive du membre de l'homme ?

Provient-il de la faiblesse de l'homme et de l'absence d'érection ?

Des médicaments ont-ils été employés pour combattre ces divers états ?

Telles sont les principales questions posées par les tribunaux

ecclésiastiques; on voit qu'elles embrassent une grande partie de l'anatomie et de la physiologie des organes génitaux.

Mais l'*Instruction sur la bulle de Benoît XIV* pose non seulement des questions: elle fixe aussi la procédure en ce qui concerne le rôle des médecins et des sages-femmes :

Deux praticiens connaissant la médecine et la chirurgie, seront désignés pour examiner le corps du mari et indiquer s'il est capable de pratiquer l'acte sexuel et plus particulièrement d'accomplir cet acte avec une vierge.

L'Instruction spécifie que cet examen devra porter sur des points précis :

- La verge a-t-elle une dimension naturelle?
- Est-elle susceptible d'une érection rapide capable de durer le temps nécessaire pour le coït?
- Les fibres en sont-elles compactes, résistantes ou plutôt flasques et relâchées?
- Les testicules sont-ils sains et de grosseur normale?

Une fois ces points examinés, les médecins commis par le tribunal devront prêter serment, rédiger un rapport et exprimer une opinion sur l'aptitude du coït; s'il y a impuissance, dire si elle est congénitale ou acquise, complète ou relative.

Pour la femme le tribunal fixe également la procédure.

L'examen sera d'abord fait par deux sages-femmes et ce n'est que dans les cas douteux qu'il sera ensuite justifié par des médecins qui se prononceront en dernier ressort.

Les sages-femmes commises pour l'examen doivent observer les règles suivantes :

La femme devra d'abord prendre un bain (cette précaution est encore exigée aujourd'hui).

Les accoucheuses feront une description minutieuse des organes génitaux; leur examen devra porter :

Sur la conformation de l'ensemble des parties génitales, leur jonction, leur dureté, leur rugosité et leur couleur (*juncturam, duritiem, rugositatem et colorem*).

Sur l'état de l'hymen (dire s'il est intact ou rompu partiellement ou complètement).

S'il y a rupture de l'hymen, spécifier si cette rupture est due à l'introduction d'un corps étranger ou à une cause morbide étrangère au coït.

Décrire minutieusement les caroncules myrtiliformes; leur grandeur, leur nombre et leur conformation. Donner en un mot, tous les détails anatomiques permettant de se prononcer sur l'intégrité des organes génitaux de la femme.

Le rapport des sages-femmes après avoir été déposé au Chancelier sous la foi du serment, sera ensuite soumis aux médecins désignés par le tribunal pour l'examen des organes génitaux de l'homme.

Ceux-ci doivent rédiger un rapport d'ensemble; mais s'ils ont le

moindre doute, ils peuvent avant de conclure demander à procéder eux-mêmes à l'examen de la femme.

Dans l'état actuel de la procédure ecclésiastique pour la nullité de mariage c'est ce qui a lieu le plus souvent.

Cet examen définitif devra avoir lieu en présence d'une femme d'une vertu éprouvée qui sera désignée par l'Ordinaire.

En général il a lieu dans un couvent et en présence d'une religieuse.

Telle est la marche que devront suivre les médecins commis par les tribunaux ecclésiastiques pour l'examen des époux qui demandent la nullité du mariage religieux en se basant sur le non-accomplissement de l'acte sexuel.

Mais en dehors des experts commis par le tribunal de l'Officialité les médecins sont souvent appelés par leurs clients des deux sexes à fournir des certificats et des consultations médico-légales. Ces documents ont d'autant plus d'importance que les experts désignés officiellement, ne peuvent par un examen, même répété, juger de la puissance sexuelle d'un homme ; même lorsqu'il s'agit de la constatation de l'intégrité des organes sexuels de la femme, il peut être utile pour l'intéressée de fournir des détails sur certains états pathologiques antérieurs qui ont pu produire une défloration partielle. J'ai été appelé notamment à fournir une consultation sur une dame qui était vierge moralement, quoique ne possédant plus sa membrane hymen qui avait été détruite par une opération chirurgicale.

Il y a souvent lieu d'expliquer par quelles raisons pathologiques la membrane hymen peut ne pas être absolument *intacte* alors même que le coït n'a jamais été pratiqué.

J'ajouterai que, pour Paris, les médecins experts officiels habituellement désignés par le tribunal tiennent le plus grand compte des documents et certificats qui leurs sont fournis et appuient le plus souvent leur décision sur l'appréciation de leurs confrères de la ville. Dans les cas assez nombreux où il m'a été donné d'assister des femmes en instance de nullité, j'ai toujours eu la satisfaction de voir mon opinion confirmée par les experts désignés par le tribunal qui sont du reste choisis parmi les praticiens les plus instruits de la capitale.

Tous les médecins peuvent donc être appelés à faire les consultations médico-légales relatives aux instances devant les tribunaux ecclésiastiques ; ils peuvent être appelés comme témoins soit pour défendre le mari, soit pour soutenir l'intérêt de la demanderesse ; leur déposition aura toujours un certain poids et sera recueillie par les juges pour être transmise à la *Sacrée congrégation de Rome* qui prononce en dernier ressort.

C'est pour ces diverses raisons qu'il nous a paru utile d'examiner à ce point de vue spécial, les principales causes qui peuvent servir de bases aux instances en nullité de mariage, ainsi que la conduite des expertises. Ces questions seront abordées dans un prochain travail.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

LE SECRET PROFESSIONNEL ET LES DÉCLARATIONS DE NAISSANCE (FOËTUS ET EMBRYONS),

Par le Dr LUTAUD.

Je {désire appeler de nouveau l'attention de mes confrères sur une question qui présente une grande importance pratique ; il s'agit de l'obligation dans laquelle se trouve le médecin de déclarer lui-même la naissance des enfants dont il a assisté la mère dans les cas où, pour une cause quelconque, la famille ne peut se charger de ce soin.

Il n'est pas de médecin qui n'ait rencontré dans sa pratique un ou plusieurs cas de ce genre. Il a dû alors se conformer aux prescriptions des articles 55 et 56 du Code civil ainsi conçus en ce qui concerne les enfants viables :

Code civil. Art. 55. — Les déclarations de naissance seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu : l'enfant lui sera présenté.

Art. 56. — La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou à défaut du père, *par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé, ou autres personnes* qui auront assisté à l'accouchement ; et, lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée. L'acte de naissance sera rédigé de suite, en présence de deux témoins.

On sait qu'à Paris et dans la plupart des grandes villes, la présentation de l'enfant n'est plus obligatoire, le médecin de l'état civil étant chargé de la vérification à domicile.

L'omission de cette déclaration expose le médecin à une peine relativement sévère formulée par l'article 341 du Code pénal qui est ainsi conçu :

Art. 341. — Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aurait pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code civil, et dans les délais fixés par l'article 55 du même Code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois, et d'une amende de 16 à 300 francs.

Telle est la loi pour la déclaration des enfants viables.

Mais, à côté des articles inscrits dans le Code civil, figurent des arrêtés qui concernent les fœtus et embryons *non viables*.

Une circulaire du Préfet de la Seine adressée aux maires de Paris le 26 janvier 1882, et qui a été l'objet de nombreux commentaires, a la prétention d'imposer aux médecins la déclaration des produits embryonnaires au-dessous de cinq mois.

La circulaire fixe les conditions dans lesquelles aura lieu l'inhumation de ces produits, elle ordonne la déclaration dans un registre spécial des naissances embryonnaires et établit une visite domiciliaire du médecin vérificateur de l'état civil. Elle se termine ainsi : « *Je vous prie, Monsieur le Maire, de prendre des mesures pour que ces faits soient portés à la connaissance des médecins et des sages-femmes de votre arrondissement, afin que personne ne puisse désormais se soustraire à l'obligation de déclarer les cas d'accouchements prématurés nécessitant l'inhumation de produits embryonnaires.* »

Je ne discuterai pas l'utilité de cette circulaire qui a pour but d'imposer l'inhumation de produits embryonnaires qui étant jetés le plus souvent dans les fosses d'aisances, pouvaient provoquer des recherches judiciaires.

Mais, outre l'obligation qu'elle impose aux médecins, elle présente le grave inconvénient d'être incompatible avec l'obligation du secret professionnel. Les quelques faits que je vous apporte en feront la meilleure démonstration.

Qu'on envisage les articles du Code civil relatifs aux déclarations de naissance ou les arrêtés concernant les déclarations d'embryons, les employés de l'Etat civil demandent au médecin déclarant le *nom* et le *domicile* de la mère :

Si le médecin peut taire le nom en déclarant l'enfant, de père et de mère inconnus, et en le présentant lui-même à la mairie, il n'en est pas moins sollicité de faire connaître le domicile.

Or, il est bien évident que le fait de connaître le domicile équivaut à peu près à celui de connaître le nom. Les employés de la mairie, à qui la déclaration est faite, pourraient très facilement, s'ils le désiraient, découvrir le nom de la mère, s'ils connaissaient son domicile. Malgré les précautions qui peuvent être prises, la mère peut difficilement éviter que sa grossesse ne soit connue dans la maison qu'elle habite. Les circonstances particulières qui accompagnent la délivrance, les visites fréquentes du médecin ou de la sage-femme sont autant de circonstances qui rendent la connaissance de l'accouchement ou de la fausse couche à peu près inévitable en admettant même qu'elle soit habitée par de nombreux locataires.

Il faut donc, de toute nécessité, que le médecin qui juge à propos de ne pas faire connaître le nom de la mère, observe la

même discrétion en ce qui concerne le domicile, qu'il s'agisse d'un accouchement ou d'une fausse couche.

On sait, en effet, que le silence professionnel est non seulement recommandé au médecin par les inspirations de sa conscience, mais rigoureusement ordonné par la loi.

Si le fait de la non-déclaration d'un enfant de la part du médecin peut l'exposer à une peine de six jours de prison, la révélation du secret à lui confié, dans l'exercice de sa profession, l'expose à un emprisonnement d'un mois. Il y a donc encore avantage, en admettant qu'il faille goûter de la prison, à ne pas déclarer le domicile.

L'article 378 du Code pénal dit en effet :

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, et qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un an à six mois, et d'une amende de 100 à 500 francs.

Il résulte de cet article que le médecin est condamné au secret professionnel, *hors le cas où la loi l'oblige à se porter dénonciateur*. Hâtons-nous de dire que ces cas sont fort rares et se rattachent aux « complots contre le chef du gouvernement ».

J'arrive maintenant aux faits qui me sont personnels. Les uns se rattachent aux déclarations de naissance d'enfants vivants ou viables, les autres aux déclarations d'embryons. Je commence par les premiers que j'expose rapidement, quelques-uns ayant déjà été publiés.

Le 22 mars 1881, je présente à la mairie du IX^e arrondissement, accompagné de deux témoins, un enfant que je déclare comme étant né de père et de mère inconnus ; on me demande le domicile de la mère ; sur mon refus, l'officier ne veut pas recevoir ma déclaration en me donnant à entendre que je ne tarderai pas à siéger sur les bancs de la police correctionnelle pour infraction à la loi.

Sur les conseils d'un avocat, je me présentai auprès du Procureur de la République. Après de nombreux pourparlers et en présence de mon obstination, celui-ci transiga et me remit une lettre ainsi conçue pour le maire du IX^e arrondissement :

Monsieur le maire, j'estime que vous devez recevoir la déclaration qui vous a été faite par M. Lutaud, docteur-médecin, de la naissance d'un enfant à vous présenté, bien que le déclarant se borne à faire

connaître que l'enfant est né dans le IX^e arrondissement sans autre désignation plus précise.

Pour le Procureur de la République, Roulier, substitut.

J'ai ainsi triomphé pacifiquement des difficultés légales et obtenu l'inscription de l'enfant sans avoir déclaré le nom de la mère.

Depuis cette époque j'ai déclaré plusieurs enfants dans les mêmes conditions à diverses mairies de Paris, sans rencontrer de difficultés et j'ai pensé que, à la suite du cas que je viens de rapporter, des instructions avaient été transmises par le Parquet à tous les officiers de l'état civil.

Mais d'autres faits, plus récents, semblent démontrer qu'il n'en est rien et c'est ce qui me décide à vous entretenir de nouveau de cette question.

Au mois d'avril dernier (1902) je présentai un fœtus né viable à la mairie du 1^{er} arrondissement ; on refuse ma déclaration parce que je suis dans l'impossibilité de faire connaître le nom de la mère ; au mois de juillet de la même année, je rencontre les mêmes difficultés dans une importante commune du département de la Seine. Assez inquiet, je consulte un magistrat attaché au Parquet qui me dit que, dans son opinion, il est nécessaire de faire connaître le domicile de la mère lorsqu'on déclare un enfant de père et de mère inconnus.

La question est donc, en 1903, aussi indécise que lorsque je l'avais abordée pour la première fois en 1881 ; le médecin qui sera tenu, de par la loi, de déclarer une naissance à laquelle il aura assisté et qui sera tenu, de par la loi, au secret professionnel, peut se trouver fort embarrassé.

J'arrive maintenant aux faits relatifs aux déclarations d'embryons *non viables*, c'est-à-dire au-dessous de cinq mois, on verra qu'ils présentent également, au point de vue du secret professionnel, une importance considérable.

En effet, la circulaire préfectorale, dont je comprends parfaitement l'utilité, vise les déclarations de produits *morts* dont l'inhumation est nécessaire ; il s'agit donc plutôt d'un décès que d'une naissance. Dans les cas de ce genre, il faut que le fœtus soit visité par le médecin de l'état civil et que l'administration fasse prendre le petit cadavre au domicile de la mère.

Quelle sera la conduite du médecin traitant dans les cas, assez nombreux, où la femme tient à tenir secret son avortement ou son accouchement ?

Voici quelques exemples qui montrent les difficultés que nous pourrions rencontrer.

Il y a sept ans, je délivre une jeune fille d'un fœtus mort-né d'environ cinq mois et demi, dans une famille très honorable du VIII^e arrondissement; on me prie de me charger des déclarations légales en me suppliant de garder le secret. Je me rends à la mairie avec mon fœtus. L'employé refuse d'inscrire ma déclaration et se montre même très scandalisé de me voir apporter un petit « cadavre » dans son bureau. J'insiste et demande à parler au maire, homme fort intelligent, qui voulut bien consentir à l'arrangement suivant : on convoquerait le médecin de l'état civil ; après l'examen du fœtus, celui-ci serait enlevé par les pompes funèbres qui viendraient le prendre à la mairie au lieu de se rendre au domicile de la mère. Ce fut notre collègue Plateau qui fit l'examen et les choses s'arrangèrent ainsi. Mais ce n'était pas une solution.

Un autre fait, plus récent, vint le prouver. Au mois d'avril dernier (1902), je porte à la mairie du I^{er} arrondissement un fœtus d'environ cinq mois, né dans des circonstances qui ne permettaient pas de faire connaître le nom et le domicile de la mère. Refus de l'employé. Je m'adresse au chef des bureaux qui crie au scandale, me menace de la loi et m'emmène avec mon fœtus chez le commissaire de police. Celui-ci me blâme énergiquement pour avoir enfreint le règlement qui donne aux pompes funèbres le monopole du transport des cadavres. Je reviens l'après-midi à la mairie où le maire après avoir pris l'avis du Procureur de la République, refuse à nouveau de recevoir ma déclaration.

J'ai dû me retirer avec mon fœtus. Pour me mettre à l'abri, j'ai fait adresser par huissier une sommation au maire.

Ainsi la situation est en 1903 ce qu'elle était en 1881 lorsque j'ai pour la première fois abordé cette délicate question. Le médecin ne peut, sans s'exposer à des poursuites, taire le domicile de la mère qui tient à ce que son accouchement reste inconnu; d'autre part, s'il fait connaître le nom de la mère il s'expose à être inquiété pour rupture du secret professionnel.

J'ai porté le dernier fait à la connaissance de la Société de médecine légale. Dans sa séance du mois dernier, elle a été unanime à approuver ma conduite et a chargé son président, M^e Danet, bâtonnier de l'ordre des avocats, de faire une démarche auprès du procureur de la République à l'effet d'attirer l'attention du pouvoir administratif et judiciaire sur

cette importante question. La Société a émis l'opinion que les déclarations des fœtus ou enfants mort-nés ou vivants doivent être acceptées par les officiers de l'état civil sans que le médecin soit tenu de faire connaître le nom et le domicile de la mère.

J'ai tenu à soumettre cette question à notre Société qui compte surtout des praticiens et dont l'opinion peut avoir quelque poids auprès de l'autorité administrative.

M. LE PILEUR. — On peut, il me semble, diviser la communication de M. Lutaud en deux points :

1° *La déclaration des enfants vivants.* — Pour celui-ci nous avons gain de cause depuis 1881. Je n'en veux pour preuve que ce qui se passe à la prison de Saint-Lazare où nous avons souvent des naissances d'enfants naturels et même d'enfants légitimes.

Jusqu'en 1885, l'acte de naissance portait, tare indélébile pour l'enfant, qu'il était né 107, faubourg Saint-Denis, c'est-à-dire d'une mère en prison.

Sur mon initiative et dès son entrée en fonctions, M. le Préfet de Police Gragnon s'entendit avec le maire du X^e arrondissement pour que tout enfant né à Saint-Lazare d'une détenue, fût inscrit sur les registres de l'état civil sous la rubrique *né dans le X^e arrondissement*, sans indication de rue ;

2° *La déclaration des enfants morts, ou des fœtus depuis six semaines de conception.* — Déclarer le domicile, c'est dénoncer la mère. En pareil cas, Baudelocque disait que l'enfant était né chez lui pendant que la mère venait le consulter, et que celle-ci était partie sans laisser son adresse. Nous ne pouvons avoir continuellement recours à ce subterfuge, et d'autre part il faut absolument que la déclaration des fœtus ou mort-nés illégitimes ou autres soit faite, sous peine de voir se dissimuler trop facilement les avortements criminels. D'ailleurs la loi est formelle et exige cette déclaration. Les mairies ne pourraient-elles avoir un local où seraient déposés ces produits de la conception ?

M. LUTAUD — Il serait bon que la Société émit un vœu à ce sujet. J'en ferai part à la Société de Médecine légale qui est saisie de la question.

Après une discussion dans laquelle intervient M. PLATEAU qui défend avec beaucoup de bonnes raisons l'administration et met en garde contre des facilités trop grandes pouvant couvrir des actes criminels trop nombreux, la question de garantie

fournie par deux témoins est repoussée, et M. LE PILEUR propose le vœu suivant :

La Société médicale de l'Elysée : *Considérant qu'il est de l'intérêt social que la déclaration des fœtus soit faite avec la même exactitude que celle des enfants vivants et que bien loin de lui créer des obstacles, tous moyens doivent être employés pour faciliter cette déclaration, émet le vœu que :*

1° *La déclaration des enfants nés de père et mère inconnus ne soit jamais obligatoirement suivie de l'adresse de la mère. L'affirmation de la naissance de l'enfant dans l'arrondissement, doit seule suffire à l'Officier de l'Etat civil ;*

2° *Le même procédé soit employé pour la déclaration des fœtus, et que dans chaque mairie un local soit réservé pour le dépôt qui pourrait en être fait.*

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

M. P. Guillon est chargé de le transmettre au Conseil général des Sociétés d'arrondissement.

HYGIÈNE INFANTILE

LA MORTALITÉ DES ENFANTS MIS EN NOURRICE PRÉTENDUS PROTÉGÉS PAR LA LOI ROUSSEL DÉPASSE DE PLUS DE MOITIÉ LA MORTALITÉ GÉNÉRALE DES ENFANTS DU MÊME AGE.

Il est toujours curieux de constater combien nos lois et institutions sont en réalité bluff et leurre pour ce qui concerne l'hygiène.

Nous aimons à croire qu'il n'en est pas de même par ailleurs.

Toujours est-il qu'il convient d'en avertir obstinément l'opinion, afin que chacun apprenne à compter uniquement sur soi pour se protéger et se défendre, et ensuite afin que les pouvoirs publics, s'ils en ont le temps et l'argent, s'étudient à perfectionner les insuffisances et les irrégularités dévoilées.

Au congrès international d'assistance familiale, le Dr Raimondi avait déjà jeté un cri d'alarme à propos de la mortalité des enfants mis en nourrice et prétendus surveillés par l'Administration. A son tour le Dr Bertillon, chef des travaux statistiques de la ville de Paris, vient de démontrer à la Société de médecine publique (1)

(1) Voir *Revue d'Hygiène* 1902, p. 690 et suivantes et p. pages 1113 et suivantes.

chiffres en main, que, en 1897, la mortalité des enfants de 10 à 365 jours mis en nourrice et protégés par la loi Roussel a été de 203,4 pour 1,000, tandis que celle des enfants français (protégés ou non) était de 128,4 pour 1,000. La mortalité des enfants protégés l'emporte donc de plus de moitié sur celle des enfants français :

$$\frac{203,4}{128,4} \text{ soit } \frac{100}{158,5} \quad (1)$$

•
•

Cette singulière protection qui s'affirme par un excès de mortalité de plus de 50 0/0, tellement qu'elle semble à première vue s'exercer à rebours, mérite qu'on y réfléchisse.

Bien des gens, en effet, pouvaient croire que la surveillance de l'administration qui en a la charge était moins illusoire. Des sages-femmes, des médecins même, ont pu, en toute bonne foi, et parce qu'ils comptaient sur cette surveillance officielle, laisser ou faire placer des enfants en nourrice.

Il convient qu'ils changent de conduite et déconseillent formellement la mise ou mieux la perte en nourrice, à moins que le système des primes d'assurances touchées par les parents au cas du décès de leurs enfants, récemment dénoncé à la Société Royale de Médecine publique de Belgique, ne commence à faire des adeptes en France — ce qui n'est pas encore, que je sache au moins.

•
•

Il n'est pas question de supprimer la loi Roussel — car quelles que soient l'initiative et la responsabilité privées, il subsistera bien longtemps encore toute une catégorie de nourrissons de nécessité pour qui il sera besoin d'une surveillance en dehors des parents.

Mais cette loi Roussel doit être réformée et modernisée. D'autre part il convient que son application soit confiée à des hygiénistes, supérieurs à la Politique et à Police, indépendants des Préfets, convenablement rémunérés, instruisant par émulation et philanthropie; tandis que l'action actuelle se manifeste surtout par des circulaires, des presque sinécures ou des réflexes qui rappellent l'alcoololo-neurasthénie avec les sursauts d'un brusque réveil.

Paul BERTHOD.

(1) Voir *Bulletin de la Société Royale de Médecine publique de Belgique*, vol. XIX, p. 294.

VARIÉTÉS

HISTOIRE D'UN PRÉTENDU NOUEMENT D'ESGUILLETTE, CHEZ UNE FEMME MARIÉE.

Rapport médico-légal par M. COUTURIER, docteur-régent de la Faculté de Médecine en l'Université de Bourges (1679).

Un jeune homme de trente-deux ans, nommé Jean Auroux, du territoire d'Issoudun en Berry, à qui la nature n'avait dénié ni la juste température, ni la bonne conformation de toutes les parties qui pouvaient lui donner une santé assez ferme, et le rendre capable de la génération, se présenta, au mois de février dernier, à M. de la Chapelle, Docteur en Théologie de notre Université, et à cause du Siège vacant, Official de notre Diocèse, afin d'obtenir de lui la dissolution du mariage qu'il avait contracté, depuis quatre ans, avec Gratiennne Gaillard, âgée de vingt-cinq ans, qui, de son côté avec ses parents, demandait la même chose que Jean Auroux, disant tous que depuis le premier moment de la cérémonie de leur mariage, la nouvelle mariée n'avait jamais voulu souffrir les moindres caresses de son mari, quoi qu'elle eût paru avoir consenti à cette société et qu'elle n'eût point eu auparavant d'autres amourettes; car c'était une simple paysanne des plus novices en amour; assurant même que depuis ce temps-là les seuls mots de mari, de mariage, ou les autres termes qui semblaient exprimer les mêmes choses, aussi bien que la présence ou la voix de son mari la jetaient dans des accidents horribles, ayant alors les yeux tournés et renversés, se frappant les cuisses avec les bras et les mains par des mouvements involontaires, souffrant toutes les secousses d'une convulsion universelle, n'ayant pour toute voix que des soupirs et des sanglots et étant privée de l'usage des sens tant intérieurs qu'extérieurs.

Sur cette plainte réciproque, M. l'Official pour rendre la Justice avec sa prudence ordinaire, ordonna que j'examinerai le fait avec deux docteurs de notre Faculté. On prit lieu et jour pour y procéder. L'assemblée fut nombreuse et composée de plusieurs personnes de considération, entre autres de Madame l'Intendante qui a toute la délicatesse d'esprit dont une personne de son sexe est capable. M. l'Official fit d'abord plusieurs demandes à Gratiennne Gaillard, qui ne comprenaient rien de mari ni de mariage; mais il ne lui eut pas sitôt dit : Vous êtes donc mariée? qu'elle tomba dans tous les symptômes que je viens de dire et qui ne cessèrent qu'un bon espace de temps après que son époux fut sorti de la chambre, en sorte même que doutant si elle ne se servait point de ruses, et l'ayant fait approcher pendant qu'elle dormait, elle en sentit si distinctement les approches, qu'elle retomba dans les tourments qu'elle

avait déjà soufferts; sur quoi ayant interrogé les parents pour savoir ce qui se passait ordinairement à cet égard, nous apprîmes que ces sortes de maux s'augmentaient considérablement lorsqu'il n'était éloigné d'elle que d'une certaine distance d'où elle le pût apercevoir, quoiqu'elle semblât véritablement ne voir ni entendre aucune autre personne.

Ayant ensuite conféré avec mes Confrères sur cette merveille et m'étant chargé du soin d'en faire le rapport, ma pensée fut que la cause était physique et qu'elle ne dépendait nullement du sortilège, parce qu'il y avait lieu de croire que Gratiennne Gaillard était tombée dans une folie particulière immédiatement après son mariage, pour s'en être fait alors une idée horrible, en regardant les suites de la perte de son pucelage, comme autant de supplices, étant assez ordinaire aux hypocondriaques de concevoir les choses tout autrement qu'elles ne sont, et je conclus que si durant tout le temps de cette folie elle avait paru sage en toutes autres choses, ce n'était que parce qu'elle ne s'était point représenté à l'imagination d'affaires qu'elle crût être aussi importantes pour elle que le mariage, de façon que rien n'avait pu, d'ailleurs, imprimer de mouvement extraordinaire aux esprits animaux, tel que celui qu'ils avaient reçu par l'idée effroyable qu'elle s'était faite du mariage, au lieu qu'étant accoutumée dès son bas âge aux diverses perceptions des objets ordinaires de la campagne, qui ne l'obligeaient pas à de profondes réflexions, elle raisonnait et agissait à peu près comme les autres en tout ce que cela lui pouvait inspirer de peines ou de plaisirs; ce qu'elle ne pouvait faire lorsqu'elle se représentait qu'elle était engagée dans un sacrement où elle devait être bientôt dépouillée de ses volontés et de son pucelage, et d'ailleurs sujette à toutes les infirmités des femmes; car ces sortes de pensées causant de la confusion dans l'arrangement et dans l'agitation des esprits animaux, les contraignaient à traverser les pores de la substance du cerveau d'une manière inaccoutumée et à ébranler ainsi extraordinairement les fibres nerveuses, pour causer des mouvements involontaires, tellement que ces pores s'étant agrandis à mesure que ces mouvements s'étaient réitérés, la dépravation du sens commun devint au point que le nom, la présence ou la parole de son mari pouvaient causer chez elle un désordre d'autant plus grand que dans les fous mélancoliques les esprits animaux sont plus gros, plus roides et plus inégaux que dans les personnes bien sensées; ce qui fait que par un certain transport d'habitude, ils peuvent faire un délire particulier à l'égard de certaines choses et non en ce qui concerne toutes les autres...

Au reste, il n'est que trop probable qu'il y avait lieu de mettre Gratiennne Gaillard au nombre des hypocondriaques; car nous apprîmes d'elle-même qu'en se promenant dans un verger, peu de temps après être fiancée, elle s'imagina voir cent cinquante corbeaux qui la voulaient manger, ce qu'elle prit pour un méchant augure de

son mariage... ce qui fit le commencement de cette folie particulière, c'est-à-dire de l'horreur qu'elle eut ensuite pour le mariage.

Quelle que soit la bizarrerie de cet événement, on peut, à mon avis, en tirer deux conséquences assez probables : la première, est que l'humeur mélancolique est capable de causer les plus étranges dérèglements de l'esprit, et par conséquent des actions corporelles qui en dépendent ; la seconde, qui n'est qu'une conséquence de la première, est qu'il ne faut pas penser, avec le peuple, que tous les phénomènes extraordinaires soient au-dessus de la nature et que les philosophes se doivent dégager de ces sortes de préjugés, afin de se mettre en état de désabuser, par des raisons physiques, ceux qui croient trop légèrement aux sortilèges.

(Extrait du tome 1, p. 439 des *Nouvelles découvertes sur toutes les parties de la Médecine, recueillies en l'année 1679*; par N. D. B. (Nicolas de Blégn), chirurgien du roi, maître et juré à Paris. Paris 1679 chez Laurent d'Hourry, sur le quai des Augustins, à l'image Saint-Jean.

Cette publication qui porte pour faux titre : *Le Temple d'Esculape ouvert pour la révélation des secrets de médecine*, peut être considérée comme le premier journal de médecine édité en France ; elle se continua pendant quelques années, sous la direction du charlatan N. de Blégn, mais en changeant plusieurs fois de titre.)

FORMULAIRE

Pommade contre les oreillons du sein.

(LUTAUD.)

Menthol.....	} aa	1 gr.
Salol.....		
Huile d'olives....		10 —
Lanoline.....		60 —

Pour onctions après chaque été.

Contre la couperose faciale.

(LEROY).)

Soufre précipité.....	} aa	8 gram.
Glycérine purifiée...		
Craie précipitée.....		
Eau de laurier-cerise.		
Alcool rectifié.....		

M. S. A.

Pour appliquer tous les soirs sur la face.

Traitement des oreillons et gerçures.

(MOREL-LAVALLÉE.)

Onction glycinée sur les mains qu'on recouvre ensuite de gants de peau avec la pommade :

Lanoline.....	100 gr.
Paraffine liquide...	25 —
Vanilline.....	0 gr. 10

Lorsque les gerçures sont récentes, après savonnage des mains à l'eau tiède, application de la lotion suivante sur la face dorsale des doigts et de la main :

Alcool à 90°.....	80 gram.
Glycérine neutre .	35 —
Eau de roses.....	30 —
Salol.....	2 —
Teinture de musc.	Ilgouttes.

Ou la pâte suivante :

Oxyde de zinc....	10 gr.
Triturez avec :	
Glycérine.....	45 gr.
Ajoutez :	
Lanoline.....	40 gr.
Essence de néroli.	Q. S.

Badigeonnages phéniqués dans la coqueluche.

Guida utilise :

Acide phénique cristallisé..	1 gr.
Glycérine.....	15 —
Solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100.....	5 —

Les badigeonnages doivent se

faire sur la muqueuse pharyngienne aussitôt après les quintes.

Cachets laxatifs pour enfants.

Rhubarbe..... 0,25
Sel de Seignette..... 0,50

Pour un cachet. Un avant chaque repas.

Le veratrum viride contre l'éclampsie. — D'après le D^r Cotret, le veratrum diminue la fréquence des battements du cœur par une action directe sur le muscle cardiaque, et il produit une paralysie générale des vaso-moteurs. Sous son influence, les pulsations, qui étaient par exemple à 120, tombent à 60 ou 40.

Voici la pratique de M. Cotret, pour l'administration du veratrum : Si le pouls de l'éclamptique bat à 120 ou au delà, on donne d'emblée 20 ou 22 gouttes d'extrait fluide de veratrum viride en injections hypodermiques. Avec un pouls au dessous de 120, l'injection hypodermique variera de 10 à 20 gouttes suivant la rapidité du pouls.

On pourrait, faute de cette forme du médicament — extrait fluide — employer la teinture aux mêmes doses.

L'injection sous-cutanée demande à peu près trente minutes pour arriver au maximum de l'effet voulu. Si, dans ces trente minutes, l'effet désiré n'était pas obtenu, on devra répéter l'injection à la même dose ou à la dose plus petite, suivant la nécessité, ou, autrement dit, suivant la rapidité du pouls.

Il faut maintenir l'effet obtenu pendant à peu près vingt-quatre heures, et pour cela il faut répéter, à intervalles plus ou moins éloignés, le médicament à dose de 5 gouttes.

La malade soumise à l'influence de fortes doses de veratrum devra conserver une position horizontale; la station debout pouvant être dangereuse.

Traitement du prolapsus du rectum chez les enfants par les injections de paraffine. — KAREWSKI (de Berlin) a traité avec succès des cas de prolapsus invétéré du rectum, chez des enfants qui n'avaient pu être guéris par d'autres méthodes.

Il s'est servi dans ce but de paraffine dure dont le point de fusion variait entre 56 et 58 degrés. Le procédé était le suivant : après avoir donné pendant deux jours de suite aux enfants des purgatifs capables de nettoyer leur intestin, on leur faisait prendre l'après-midi qui précédait l'injection 1 ou 2 grammes de bismuth. Le prolapsus était réduit, après désinfection du champ opératoire ; puis, guidé par le doigt introduit dans le rectum, on injectait entre peau et muqueuse un anneau de paraffine dure. Au moyen de sous-nitrate de bismuth et d'une diète appropriée, on évitait toute défécation dans les vingt-quatre heures consécutives.

Sur huit enfants ainsi traités, âgés de deux à huit ans, un seul, dont les soins antérieurs ou consécutifs à l'opération furent défectueux, ne fut pas guéri ; les autres le sont depuis deux à six mois. Dans trois cas seulement, plus d'une injection fut nécessaire (deux dans deux cas, trois dans l'autre.)

Le sublimé corrosif dans le traitement de la coqueluche. — (C. CALABRO). — L'auteur a traité 56 cas de coqueluche en employant le sublimé. La méthode consiste à baigner la gorge des patients sous un mélange de la composition suivante :

Sublimé corrosif..... 0,50
Chlorure de sodium
(chim.pur) 0,10
Eau distillée..... 1.000 "

Mélangez et prenez.

Toutes les parties accessibles du pharynx, l'épiglotte, les amygdales, etc., doivent être badigeonnées avec une brosse douce à long manche, que l'on imbibe de la solution. Ces badigeonnages sont répétés de une à trois fois par jour suivant la gravité du cas. L'auteur obtint des succès dans les 56 cas par lui traités, 39 malades furent guéris après un seul badigeonnage quotidien, 17 malades plus sérieusement atteints reçurent deux ou trois badigeonnages par jour, mais furent simultanément traités avec les remèdes utilisés ordinairement en pareille circonstance. Chez tous la guérison survint au bout de périodes variant de 10 jours à un mois. Comme mesure prophylactique, ce procédé semble excellent à employer.

EMBRYOGÉNIE

SUR LES LOIS DE LA FORMATION DES SEXES

par le Dr **F. P. GUIARD**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

EXPOSÉ DE LA QUESTION

Le problème de la procréation des sexes à volonté a toujours excité le plus vif intérêt. Sa solution est encore à trouver; difficultés spéciales qu'elle comporte. Principal objectif de ce mémoire. — L'étude des lois qui président à la formation des sexes et dont la connaissance exacte permettrait à chacun de procréer à volonté garçon ou fille a, sans aucun doute, sa place marquée au premier rang de celles qui intéressent l'humanité tout entière. Pour les princes régnants, ambitieux, cela se comprend de perpétuer leur dynastie, c'est évidemment une question d'une extrême importance; mais on aurait grand tort de croire qu'elle soit indifférente pour les bourgeois ou même les prolétaires. Aussi, depuis les temps les plus reculés, physiologistes, médecins et naturalistes en ont-ils fait l'objet de recherches, de discussions et d'hypothèses de toute sorte. Mais, il faut bien l'avouer, aucune des nombreuses théories que l'on a imaginées pour expliquer le mécanisme du phénomène et en préciser les règles n'a jusqu'à ce jour obtenu la consécration définitive de l'expérience.

Il m'a semblé cependant que l'une d'elles était extrêmement logique et séduisante et, depuis plus de quinze ans, je me suis efforcé de la soumettre au contrôle de l'observation clinique la plus rigoureuse. Malheureusement, le nombre des faits que je suis parvenu à recueillir avec la réunion de toutes les circonstances voulues pour leur donner un caractère nettement démonstratif est resté fort insuffisant. Je n'en compte que trente-cinq et ce n'est pas assez, tant s'en faut, pour servir de base à une loi générale indiscutable.

Je n'ai donc pas la prétention de vous apporter aujourd'hui la solution du problème. Si néanmoins je me permets de vous communiquer dès maintenant mes idées, mes réflexions et mes tentatives, c'est que, je vous le déclare en toute franchise, je n'ai formé rien moins que le projet de solliciter votre collaboration et de vous inviter à réunir pendant quelques années tous les cas dont le témoignage vous paraîtra significatif. Les difficultés contre lesquelles je me suis heurté m'ont, en effet, donné la conviction qu'un seul médecin, dans sa sphère d'action inévitablement trop restreinte, n'aurait jamais grande chance de mener à bonne fin une pareille entreprise. Au contraire, en utilisant le concours d'un certain nombre de confrères qui auraient le courage de poursuivre le

même but avec une infatigable persévérance, il deviendrait possible, je crois, de multiplier bientôt les observations probantes dans un sens ou dans l'autre et la conclusion n'en aurait que plus de force puisqu'elle serait la résultante d'investigations plus ou moins nombreuses, mais conduites séparément et sans idée systématique ou préconçue.

II

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES THÉORIES

Avant d'aller plus loin et de vous parler de mes opinions personnelles, peut-être ne sera-t-il pas inutile de vous rappeler brièvement les principales théories que l'on a formulées et qui ont plus ou moins conquis, à diverses époques, la faveur du public.

Influence attribuée à tort au testicule, puis à l'ovaire droit ou gauche, à la position prise par la femme pendant les rapports. — Depuis Hippocrate jusqu'à Michel Procope Couteau (première moitié du XVIII^e siècle), de nombreux savants ont pensé que *le testicule droit fournissait l'élément créateur du sexe masculin et le testicule gauche celui du sexe féminin*. Cette hypothèse, outre qu'elle est fort peu satisfaisante pour un esprit scientifique, a été formellement infirmée par des faits, puisqu'on a vu des hommes ne possédant plus qu'un seul testicule engendrer des enfants des deux sexes.

D'autres, parmi lesquels Jacques-André Millot (1) et plus tard Guillon père (2), ont attribué les *mêmes propriétés respectives aux ovaires droit ou gauche*, le droit produisant des ovules mâles et le gauche des ovules femelles. Ils étaient également dans l'erreur; une femme à laquelle Péan avait enlevé l'ovaire gauche n'en a pas moins accouché par la suite, non pas d'un garçon, mais d'une fille, et ce n'est pas la seule observation de ce genre que l'on ait publiée.

Parlerai-je, après cela, de ceux qui, prenant pour base cette dernière théorie, ont soutenu que la *position prise par la femme pendant les rapports* jouait un rôle décisif? En s'inclinant du côté droit elle procréerait un garçon, parce que le sperme pénétrerait plus facilement jusqu'à l'ovaire du même côté; en s'inclinant à gauche, ce serait une fille pour le motif inverse (Jacques-André Millot). Il serait vraiment puéril de n'attarder à discuter cette opinion, sa fausseté ressortant manifestement des faits indiqués plus haut.

Ovules alternativement de l'un et de l'autre sexe aux époques menstruelles successives. — On a encore prétendu que les *ovules correspondant aux périodes menstruelles successives étaient alternativement de l'un et de l'autre sexe*; qu'il suffisait par conséquent de

(1) J. A. MILLOT. — L'art de procréer les sexes à volonté. Paris, germinal an IX (1801).

(2) GUILLON. — Bull. de l'Acad. des Sciences, 20 août 1877.

calculer le nombre des époques survenues depuis la dernière grossesse et de faire en sorte que la fécondation coïncidât avec une ovulation du sexe désiré. Les premières conceptions échapperaient ainsi à toute loi connue d'avance et utilisable; le sexe de leur produit serait toujours exclusivement régi par le hasard; les suivantes seules pourraient être déterminées suivant certaines conditions dépendantes de notre volonté. Au point de vue théorique, l'idée ne semble avoir rien de particulièrement ingénieux. En tout cas, elle n'a pas été sanctionnée par l'observation clinique.

Rôle de l'état de santé physique de la mère et de suralimentation du fœtus. — Dans une voie différente, on a cherché à démontrer (Orchanski, Paolo Lombroso, A. Cleisz, etc.) une influence directe appartenant à l'état de santé et de bien-être physique de la mère, dont la suralimentation favoriserait le déterminisme du sexe féminin. On a même affirmé, d'une façon générale (Girou de Buzareingues), que la vigueur relative de l'un des parents exerçait une action prépondérante; d'un homme plein de force et d'une femme débile naîtrait un garçon; ce serait une fille, lorsque l'homme est délicat et la femme d'une robuste constitution.

Mais, aussi bien dans les classes les plus riches de la société que dans les plus pauvres, les femmes continuent la plupart du temps d'observer à très peu de chose près, avant, pendant et après leurs grossesses successives, les mêmes conditions de régime et d'hygiène, ce qui ne les empêche pas d'avoir, sans aucun ordre, des garçons et des filles. D'autre part, il suffit à chacun de nous de passer en revue les familles dont il connaît les divers membres pour constater que le sexe des enfants n'est en rien subordonné à la vigueur comparée du père et de la mère.

Cependant, Siebold (1) avait montré, depuis longtemps déjà (1856), que la guêpe *Nematus ventricosus*, dont les œufs fécondés ou non engendrent indifféremment des mâles ou des femelles, produit plus de femelles quand son alimentation est extrêmement copieuse.

Dans le même ordre d'idées, Frédéric Houssay (2) affirme que les plus nombreux phénomènes que l'on puisse retenir pour y discerner un déterminisme de la sexualité semblent indiquer que le sexe féminin a pour condition une plus abondante nourriture, tandis que le sexe mâle coexiste avec des circonstances plus difficiles de la vie embryonnaire. Cette conclusion se présente naturellement à l'esprit par le rapprochement des expériences suivantes qui sont assez concluantes. En 1873, Mme Tréat (3) observait, en élevant des chenilles de papillons, que les mieux nourries évoluaient toujours en

(1) Frédéric HOUSSAY, professeur de zoologie et maître de conférences à l'École normale : « La forme et la vie, 1900, p. 840. »

(2) Loc. cit. et Félix LE DANTEC. La sexualité (scientia). G. Carré et C. Naud, édit., p. 61 et 62.

(3) Frédéric HOUSSAY et Félix LE DANTEC. ouvrages cités plus haut.

femelles et les autres en mâles. Giard (1) également rapporte avoir été à plusieurs reprises témoin du même phénomène : conservant des chenilles, afin d'obtenir leur forme d'*Imago*, il avait soin, au début, de renouveler souvent leurs provisions, puis, dès que les premières larves avaient commencé leur métamorphose, il négligeait quelque peu l'élevage. Dans ces conditions, les premières larves, les mieux alimentées par conséquent, devenaient toujours des femelles et les dernières toujours des mâles.

Born (1881) et Yung (1882) (2) ont expérimenté sur des têtards de grenouilles, animaux d'une tout autre nature. Yung notamment, ayant donné à des têtards une nourriture plus substantielle que celle dont ils disposent dans les mares, obtint une proportion de femelles variant de 78 à 95 0/0, tandis que la proportion normale est de 54 à 61 0/0.

D'autre part, Cuénot (3) étudiant la génération chez les mammifères, cite le cas de rats albinos divisés en deux lots dont le premier, depuis le plus jeune âge, a été surabondamment nourri et le second insuffisamment. On a rangé en un tableau les portées comprenant dix petits ou plus, animaux qu'on peut supposer avoir été en meilleur état de nutrition, et dans un autre les portées de neuf petits ou moins. Or, il y a eu un léger excès de femelles dans le premier tableau, de mâles dans le second, mais la différence est trop faible pour avoir la moindre signification.

Aussi, Cuénot conclut-il que, de tous les documents accumulés et critiqués, il ressort que, chez les mammifères, le déterminisme du sexe est sous la puissance de facteurs internes dont nous n'avons pas la moindre idée et que les circonstances extérieures agissant sur les parents (âge, conditions sociales, nutrition, primiparité, âge relatif des spermatozoïdes et des œufs), ne peuvent exercer qu'une influence indirecte et excessivement lointaine. Non seulement l'homme ne pourra jamais déterminer volontairement le sexe de ses enfants, mais il est encore tout à fait incapable, en se basant sur des faits précis et facilement appréciables, de prédire à coup sûr, avant la naissance, le sexe de ceux qui vont être mis au monde.

Je ne puis, toutefois, m'empêcher de faire observer que les espèces animales dont il s'agissait dans ces diverses expériences s'éloignent considérablement de l'espèce humaine, ce qui ne permet pas d'appliquer sans réserve des unes à l'autre les données précédemment exposées.

Théorie du docteur Schenck. — Il y a quelques années, le docteur

(1) Frédéric HOUSSAY, *loc. cit.*

(2) *Id.*, *loc. cit.*

(3) CUÉNOT. — Sur la détermination du sexe chez les animaux (*Bull. de la Soc. Fr. Belge* XXX, 462, 525), 1899. Travail analysé dans l'ANNÉE BIOLOGIQUE, 1901, p. 212. (Comptes rendus de biologie générale publiés sous la direction de YVES DELAGE, professeur à la Sorbonne et membre de l'Institut.)

Schenck, directeur de l'Institut embryologique de Vienne, a émis une autre hypothèse dont la presse politique et médicale du monde entier a bruyamment rendu compte et qui se rapproche un peu de celle dont il vient d'être question. Pour lui, en effet, c'était encore la suralimentation de la mère qui jouait le rôle prépondérant, mais elle aurait pour résultat la formation du sexe masculin, ce qui est justement le contraire du système d'Orchanski, etc., etc. La prétendue découverte du docteur Schenck sera jugée à sa valeur si je note que le professeur Virchow, de Berlin, ne lui a jamais accordé grande confiance et si j'ajoute surtout qu'en janvier 1900 (1) la Faculté de médecine de Vienne a déclaré que cette opinion ne reposait sur aucune base scientifique, mais que l'excessive publicité dont elle avait été l'objet était indigne d'un membre de l'Université. Bref, après une enquête disciplinaire, le Ministre a invité le docteur Schenck à demander sa mise à la retraite.

Le sexe du produit dans la grossesse extra-utérine. — A. Rauber (2) fait observer que, dans la grossesse extra-utérine, les conditions de nutrition du fœtus sont beaucoup plus défavorables que dans la grossesse normale. Il a voulu rechercher si ces considérations avaient une influence quelconque sur la détermination du sexe. Or, sur les vingt cas étudiés par lui, il a observé dix fois le sexe mâle et dix fois le sexe femelle. Ces chiffres sont très approximativement identiques à ceux que l'on note dans les grossesses normales. Aussi l'auteur tend-il à conclure que le sexe est déjà formé dans l'œuf.

Cuénot (3) pense également que le sexe est déterminé d'une façon irrévocable dans l'œuf lui-même *et au plus tard au moment où cet œuf est fécondé*. En aucun cas, on n'a pu mettre en pleine évidence un facteur agissant après la fécondation, les deux exemples classiques des insectes et des batraciens ayant été réfutés par Cuénot lui-même et divers auteurs. Il croit, en particulier contrairement aux idées d'Orchanski, de Paolo Lombroso, de Cleisz, de Mme Tréat, de Giard, de Born et de Yung, que l'influence déterminante d'une nourriture maigre ou abondante pendant le jeune âge doit être absolument éliminée.

Rôle de l'écart plus ou moins prononcé entre l'âge des deux parents. — Il n'y a pas lieu d'attribuer plus de consistance au rôle qui incomberait (Boudin) à une différence très marquée entre l'âge des deux parents, l'ainé devant transmettre son sexe au produit de la conception : il n'est pas mieux établi par l'expérience.

Les recherches de Girou (4), bien que favorables à cette hypo-

(1) BASSET. — De la procréation des sexes à volonté. Exposé de la question jusqu'à nos jours. Toulouse, 1900, p. 26.

(2) L'ANNÉE BIOLOGIQUE 1901, p. 214.

(3) Id., p. 212.

(4) F. LE DANTEC. — La sexualité (scientiæ), p. 64.

thèse sont loin d'être décisives. Il avait divisé en parties égales un troupeau de 300 brebis. L'un des lots fut abondamment nourri et sailli par deux jeunes béliers, l'autre fut faiblement nourri et sailli par deux vieux béliers. Il y eut dans le premier lot 60 0/0 de femelles et dans le second 40 0/0. La différence des résultats n'est certainement pas assez grande pour être tout à fait probante et, d'ailleurs, il y aurait lieu de tenir compte dans ces deux séries de cas, non seulement de la différence de l'âge des béliers, mais de la nourriture spéciale de chaque lot de brebis.

Inégalité persistante de la puissance sexuelle entre les deux conjoints. — On a encore pensé que certains individus étaient doués d'une puissance sexuelle tellement accentuée ou tellement amoindrie qu'ils engendrent constamment des produits du même sexe (1). Darwin rapporte qu'une jument arabe couverte sept fois par des étalons différents ne donna que des femelles. Il n'est pas rare non plus de voir des femmes qui n'ont que des filles, d'autres que des garçons, même quand elles se marient plusieurs fois. Mais j'estime que ces faits, sans aucune indication du moment où s'est effectuée la fécondation par rapport au rut ou aux règles, peuvent relever de circonstances purement fortuites et ne comportent pas de signification spéciale.

Autres opinions diverses. — Telles sont les diverses théories que l'on a invoquées pour expliquer la formation des sexes, celles qui ont groupé les défenseurs les plus convaincus ; mais ce ne sont pas, tant s'en faut, les seules que l'on ait proposées : on en relèverait facilement beaucoup d'autres, pour peu que l'on prit la peine de parcourir un certain nombre de travaux anciens ou récents publiés sur la matière. La plupart, il est vrai, ne méritent même pas d'être mentionnées, tant elles sont fantaisistes les autres se rattachent plus ou moins directement à celles que je viens de rappeler.

Quelques auteurs toutefois, Cleisz par exemple (2), sont d'un tel éclectisme et font intervenir tant d'influences variées : prospérité publique ou privée, séjour à la ville ou à la campagne, climats, saisons, consanguinité des parents, légitimité ou illégitimité de l'enfant, intervalles plus ou moins longs entre les grossesses successives, hérédité, degré de maturité de l'ovule au moment de la fécondation, etc., qu'il est vraiment impossible d'en déduire aucune règle pratique.

D'autres pensent, avec Liégeois, que *le sexe dépend de la pénétration d'une quantité plus ou moins considérable de spermatozoïdes dans l'ovule*, mais que cela ne peut être volontairement réglé.

(1) LE DANTEC. — La sexualité (scientiae), p. 64.

(2) A. CLEISZ. — Recherche des lois qui président à la formation des deux sexes, 1889.

Et A. CLEISZ. — Lois de la création des sexes. Des moyens de s'assurer une progéniture mâle, 1895.

D'autres admettent (Schirak, Huber, Réaumur, Coste (1), que, dès le moment de leur formation dans l'ovaire, les ovules sont déjà d'un sexe déterminé, que rien ne saurait modifier ensuite. La production des garçons et des filles serait ainsi uniquement l'effet du hasard et ne pourrait en quoi que ce soit relever des combinaisons plus ou moins ingénieuses que la science est capable d'inspirer.

Nous avons déjà vu qu'à l'heure actuelle, d'après Cuénot, le sexe est irrévocablement déterminé dans l'œuf; mais cet auteur ajoute aussitôt qu'il en est ainsi *au plus tard au moment de la fécondation*. Cette remarque est loin d'être sans importance; elle implique la possibilité qu'un même œuf produise l'un ou l'autre sexe suivant les conditions spéciales où il se trouve lorsqu'il vient à être fécondé.

La procréation des sexes est-elle un phénomène fortuit ou subordonné à certaines conditions dont nous soyons les maîtres ? — Les opinions de Liégeois et de Coste méritent de retenir un instant notre attention. Si, pour tel ou tel motif, il était bien certain que la sexualité du produit de la conception ne dépendît que de circonstances totalement soustraites à notre volonté, la question serait d'emblée résolue par la négative et il n'y aurait plus ni à discuter ni à poursuivre des recherches toujours longues, délicates et difficiles. Mais, il a été jusqu'à présent impossible, même en procédant aux études microscopiques les plus attentives, d'établir sur des preuves positives si les ovules humains sont ou non d'un sexe prédestiné. Toutes les investigations dont ils ont été directement l'objet n'ont fourni aucun indice utilisable. Bien au contraire : « Quelque idée que nous nous fassions du sexe, dit le Dantec (2), nous sommes obligés de constater, dès le début, que les deux sexes existent dans l'œuf fécondé, par suite de sa formation même. Que l'un des sexes y prédomine, dans certains cas, au point de déterminer *fatalement*, dans le sens mâle ou femelle, l'évolution de l'individu qui en sortira, cela peut être, mais question de quantité à part, les deux sexes y existent, ... l'œuf fécondé est, par nature, hermaphrodite.

D'autre part, les examens les plus méticuleux du sperme, dont les conditions les plus variées n'ont pas permis davantage de surprendre la moindre différence que l'on pût faire entrer sérieusement en ligne de compte.

Quoi qu'il en soit, rien n'autorise à soutenir que le hasard seul préside à la détermination du sexe; cette hypothèse me paraît, quant à moi, d'autant plus invraisemblable que nous voyons, dans tout notre organisme, les fonctions physiologiques les moins importantes obéir à des lois merveilleusement précises. « Rien n'est livré au hasard, dans les règles de la vie, dit Le Dantec (3), tout résulte

(1) COSTE. — Développement des corps organisés, in-4°. Paris, 1847. p. 34.

(2) F. LE DANTEC. — La sexualité (scientiæ), p. 60.

(3) LE DANTEC. — La sexualité (scientiæ), p. 35.

d'une manière précise de conditions précises ». Aussi l'impression presque unanime des auteurs a-t-elle été que cet intéressant problème devait comporter une solution, que la procréation de l'un ou de l'autre sexe était certainement régie par une loi générale dont à force d'études théoriques et d'observations très méthodiquement recueillies on arriverait tôt ou tard à élucider le mystère et qu'alors, en se plaçant dans les conditions requises, on obtiendrait presque sûrement à volonté garçon ou fille.

Hypothèse du professeur Thury, de Genève (1863). — Peut-être l'hypothèse du docteur Thury (1), professeur à la Faculté de Genève, plus ou moins modifiée, nous conduira-t-elle au résultat si longtemps poursuivi. Elle est de beaucoup la plus satisfaisante. C'est la seule qui soit vraiment scientifique, à mon avis, qui fournisse une explication plausible de particularités singulières très fréquemment constatées dans l'espèce humaine (ressemblance des filles avec le père, des garçons avec la mère), et surtout qui ait reçu du contrôle expérimental sur les animaux un commencement sérieux de confirmation. D'après elle, *c'est de la maturité plus ou moins parfaite à laquelle est parvenu l'ovule, au moment de la fécondation, que dépendrait le sexe de l'être procréé : il serait féminin lorsque cette maturité n'est pas encore arrivée à un certain degré, masculin quand elle l'a dépassé.* Le même ovule pourrait ainsi développer à volonté les deux sexes ; il suffirait de régler le moment de l'accouplement de manière à ce que les spermatozoïdes s'unissent à lui pendant la phase correspondante au sexe que l'on désire.

III

RAPPORTS RÉCIPROQUES DE L'OVULATION, DE LA MENSTRUATION ET DE LA FÉCONDATION

Au point où nous en sommes, pour être en mesure de discuter sérieusement les opinions du professeur genevois, nous avons besoin de préciser aussi rigoureusement que possible quels sont les rapports réciproques de l'ovulation, de la menstruation et de la fécondation.

Congestion très accusée pendant les règles de tout l'appareil génital féminin : turgescence énorme d'une vésicule de de Graaf, mais d'une seule, à chaque menstruation ; sa rupture ; corps jaune consécutif. — Lorsqu'on examine avec attention les ovaires, en dehors des règles, on aperçoit à leur surface 15 à 20 petites saillies de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un pois. Ce sont les vésicules de de Graaf ou ovisacs, dont chacune renferme un ovule. Tous les 28 jours environ, une de ces vésicules devient le siège de phénomènes singu-

(1) THURY. — Mémoire sur la production des sexes. in-8, Paris et Genève, 1863.

liers : elle se vascularise, se remplit de liquide, se gonfle et prend peu à peu les dimensions d'une cerise ; les deux ovaires, ainsi que les trompes, l'utérus et tout l'appareil génital, participent à cette congestion, augmentent de volume et pendant ce temps on observe, à l'orifice vulvaire, l'apparition d'un écoulement sanguin dont l'abondance est variable et la durée moyenne de 4 à 6 jours. C'est à cet écoulement, indice extérieur le plus facilement appréciable et le plus habituellement fidèle du travail ovarien qui s'accomplit profondément, qu'on a donné le nom de menstruation, de règles, d'époque menstruelle ou cataméniale, etc. Ces diverses particularités sont à peine connues depuis une soixantaine d'années et il n'est que juste de rapporter à Négrier (d'Angers) et à Gendrin (1839-1840) l'honneur de les avoir les premiers constatées et formellement affirmées en montrant qu'elles étaient la vraie cause incitatrice de l'hémorragie utérine.

En général, à chaque menstruation, il n'y a qu'une seule vésicule de Graaf qui soit le siège de cette suractivité nutritive spéciale. L'ovaire qui la supporte devient sensiblement plus turgescent et plus volumineux que son congénère, et cela dans la proportion du quart ou même du tiers, d'après les mensurations de Raciborski et d'Albert Puech (1).

Peu à peu la tuméfaction de la vésicule et sa distension arrivent à un tel degré que sa paroi se déchire et que son contenu s'échappe vers le pavillon de la trompe, entraînant l'ovule toujours situé au voisinage du point le plus saillant de la paroi vésiculaire.

Aussitôt après cette rupture, un corps particulier connu sous le nom de *corps jaune* ou d'*ovariule*, sorte de cicatrice, se forme sur les débris de l'ovisac et en occupe la place. Le nombre des corps jaunes est en rapport avec celui des époques menstruelles.

Tout l'ensemble de ces phénomènes se produit aussi bien en l'absence de fécondation et même d'excitation vénérienne (*ovulation spontanée*) que dans les cas accompagnés de conception, à cela près que les *corps jaunes de la grossesse* augmentent progressivement de volume pendant les quatre premiers mois et atteignent presque les dimensions de l'ovaire, pour s'atrophier ensuite assez lentement, tandis qu'à défaut de fécondation, ils n'acquièrent jamais un développement aussi prononcé, se réduisent en un mois à un petit tubercule dur et fibreux et ensuite à une simple cicatrice.

Qu'est-ce que l'ovulation? — Une fois sorti de l'ovisac, l'ovule commence à pouvoir être fécondé ; mais il est d'abord incomplètement développé, puis il arrive peu à peu à l'état de pleine maturité et enfin, quand il est parvenu au niveau du tiers supérieur de la trompe, il cesse d'être fécondable, soit qu'il se désagrège, soit qu'il

(1) DEPAUL et GUÉNIOT. — Dictionnaire encyclopédique de Dechambre. Article : Menstruation, 1877, p. 680.

s'entoure d'une couche albumineuse isolante de plus en plus épaisse.

Sous le nom d'ovulation sont compris, à vrai dire, tous les phénomènes qui précèdent, accompagnent ou suivent la chute de l'ovule jusqu'au moment où il ne peut plus être utilisé. D'après les auteurs classiques, la conception serait encore impossible pendant la phase initiale ou préparatoire de la migration ovulaire, c'est-à-dire avant la déchirure de l'ovisac. Mais, ainsi que nous le verrons bientôt, cette opinion est des plus contestables, de sorte que je crois pouvoir, sans hérésie, me permettre de désigner, dans ce travail, sous le nom d'ovulation, toute la période pendant laquelle un ovule en migration est susceptible d'être fécondé. On conçoit sans peine combien elle est importante à considérer puisque, en l'absence de fécondation, elle représente la vie tout entière de l'ovule.

Moment de la menstruation où se produit la rupture de la vésicule ; limites extrêmes de la période pendant laquelle est fécondable l'ovule correspondant. — Il s'agit maintenant de rechercher, d'une part, à quel moment de la période menstruelle se rompt la vésicule en voie de maturation, pour livrer passage à l'ovule et, d'autre part, à quel moment cet ovule commence et cesse de pouvoir être fécondé.

Depuis les travaux de Coste (1) et de Gerbe, on admet que chez les femelles des animaux vertébrés, la rupture de l'ovisac est le signal de la cessation du rut. Chez la femme aussi, d'après Ch. Robin (2), cette rupture amènerait promptement la fin des règles et c'est alors seulement que la fécondation commencerait à pouvoir s'effectuer « parce que c'est l'instant où l'œuf sort de la vésicule dont « la non-rupture empêchait auparavant les spermatozoïdes de se « joindre à lui ».

De tout temps, en effet, on a empiriquement reconnu que le moment le plus favorable pour la conception coïncidait avec les époques menstruelles. Déjà, Hippocrate conseillait aux époux stériles de cohabiter de préférence pendant leur durée. Beaucoup plus près de nous, Boerhaave disait : « *Feminae semper concipiunt post « ultima menstrua et vix ullo alio tempore* », et Haller : « *A primo « congressu post menses feminae sanae possumus tempora gaviditatis demetiri.* »

A peine échappé de l'ovisac, l'œuf est reçu dans le pavillon de la trompe d'où il ne tarde pas à s'engager dans son conduit, pour descendre vers l'utérus ; il met trois ou quatre jours à parcourir le premier tiers de la trompe. Dès lors, s'il n'est pas fécondé, il se recouvre de la couche albumineuse dont j'ai parlé plus haut, couche qui augmente peu à peu d'épaisseur au point d'être bientôt absolument impénétrable pour les spermatozoïdes et de s'opposer à la

1) COSTE. — Développement des corps organisés, in-8, Paris, 1847.

2) CH. ROBIN. — Dict. encyclopédique de Dechambre. Article: Fécondation, p. 351.

fécondation de l'ovule qu'elle englobe pendant sa descente dans les deux tiers inférieurs de la trompe et dans l'utérus.

Telles sont, au sujet des rapports réciproques de la menstruation, de l'ovulation et de la fécondation, les notions à peu près universellement admises à l'heure actuelle.

L'ovulation, c'est-à-dire la période pendant laquelle un ovule est fécondable, n'aurait ainsi qu'une très courte durée, puisqu'elle ne dépasserait pas au maximum quatre ou cinq jours, et elle devrait être comptée à partir de la fin des règles.

Critique des opinions précédentes : 1° La fécondation est possible non seulement pendant toute leur durée ou cinq jours avant leur apparition; 2° Elle peut avoir lieu jusqu'au 10 et 12^e jour après leur cessation. Longueur totale de la période pendant laquelle un ovule est fécondable. — Nous avons maintenant à discuter les opinions de nos maîtres que je viens de résumer.

Est-il vrai tout d'abord que la rupture de l'ovisac soit le signal de la cessation des règles et que ce soit alors seulement que l'ovule commence à pouvoir être fécondé? C'est évidemment là, en ce qui concerne la procréation des sexes à volonté, un point d'une importance capitale; il constitue la base même et des idées théoriques et des applications que l'on peut en faire à la pratique.

Or, j'affirme, et je ne crains à cet égard aucun démenti, que l'ovule est susceptible d'être fécondé pendant tout le cours de la menstruation et même avant qu'elle ait commencé. Dans le premier cas, le molimen hémorragique s'arrête promptement; dans le second, il ne paraît pas. C'est ce que j'ai pu constater plusieurs fois chez des femmes qui ne s'étaient pas exposées à concevoir depuis la précédente période menstruelle et n'avaient eu de rapports qu'une seule fois deux ou trois jours avant la date présumée de la suivante. Déjà, du reste, bien longtemps avant moi, ce fait avait frappé l'attention de certains observateurs: Raciborski (1), entre autres, sur quinze femmes qui pouvaient assigner une date précise au début de leur grossesse, en avait trouvé cinq, c'est-à-dire le tiers, dont la fécondation s'était effectuée deux ou trois jours avant l'époque habituelle des règles. Chez une, la conception avait eu lieu le premier jour de l'écoulement cataménial; chez huit, la grossesse avait débuté à la suite d'un rapprochement sexuel un ou deux jours après la fin des règles. Enfin, chez la quinzième, la fécondation ne s'était produite que dix jours après la cessation du flux menstruel. Je ne doute pas que vous n'ayez aussi, les uns ou les autres, rencontré des exemples analogues. Au reste, je pourrais encore invoquer les cas assez fréquents de jeunes accouchées n'allaitant pas ou de nourrices qui redeviennent enceintes avant le retour de couches ou la réappari-

(1) DEPAUL et CLÉNOT. — Dict. encyclop. de Dechambre. Article: Menstruation, p. 719.

tion des règles. Il est donc avéré que la conception est possible, non pas seulement à la fin de la menstruation, mais pendant toute sa durée et même avant son début. Les assertions contraires, malgré la grande autorité des savants qui les ont formulées, perdent toute espèce de valeur en présence des faits si probants que je viens de signaler.

Nous ne possédons toutefois aucune donnée nous permettant de dire si l'ovule n'est fécondable qu'immédiatement avant l'apparition du sang ou s'il l'est déjà un ou plusieurs jours plus tôt. Alors même que la conception ne pourrait être imputée qu'à un seul coït précédant les règles d'une semaine entière, nous ne serions en droit d'en tirer, sur ce point, aucune déduction. Tout ce que nous savons, c'est que, d'après Ch. Robin (1), les spermatozoïdes ne mettent pas plus de 10 à 20 heures pour franchir l'espace qui sépare le vagin de l'ovaire : nous savons encore que le sang menstruel ne les tue pas et ne les empêche nullement de progresser; nous savons enfin, comme l'a très bien démontré Van Bénédén, qu'ils peuvent attendre sur l'ovaire la rupture de l'ovisac et la sortie de l'ovule en conservant toute leur vitalité, non seulement plusieurs jours, mais au delà d'une semaine entière. La fécondation pourrait donc résulter d'un rapport de beaucoup antérieur à l'époque menstruelle. Malheureusement, nous ignorons à quel moment précis de cette période pré-cataméniale elle commence à devenir possible. Je serais assez porté à croire que la conception peut déjà s'accomplir une huitaine de jours avant l'apparition des règles, en me basant sur ce fait que nombre de femmes commencent alors à ressentir certains indices prémonitoires, entre autres la turgescence des seins.

Je m'inquiète médiocrement, d'ailleurs, de savoir si la rupture de la vésicule ovarienne coïncide rigoureusement avec la cessation du flux menstruel ou la devance d'un certain nombre de jours. Mais, puisque très certainement la fécondation peut avoir lieu avant son début et l'empêcher totalement de se produire, il faut bien admettre, bon gré malgré : ou que la rupture précède la menstruation, ou que les spermatozoïdes sont capables d'arriver jusqu'à l'ovule en traversant la paroi encore intacte de la vésicule. Dans l'une et l'autre alternative, l'enseignement classique se trouve catégoriquement infirmé sur un point de la plus haute importance.

En second lieu, est-il vrai que la fécondation cesse d'être possible, comme l'enseignait Ch. Robin, au delà du 4^e ou 5^e jour au plus tard après la cessation des règles? Là encore, je suis d'une opinion très différente. J'ai déjà cité le cas de Raciborski dans lequel la conception n'avait eu lieu que le dixième jour. Bischoff (2) admettait également que l'ovule est susceptible d'être fécondé 8 à 12 jours après l'ouverture de l'ovisac, rupture qu'il croyait, il est vrai,

1) CH. ROBIN. — Dictionnaire encyclop. de Dechambre. Article: Fécondation, p. 354.

2) BISCHOFF, Annales des sciences naturelles. 1814, page 114.

contemporaine de la terminaison du flux menstruel. J'ai recueilli moi-même deux faits dans lesquels le coït fécondant s'était effectué le 10^e et le 11^e jour. Enfin, s'il fallait encore d'autres preuves, je n'aurais qu'à invoquer ce que l'on observe dans la plupart des familles juives : tout le monde sait que la religion des israélites impose, à la suite des règles, une continence absolue d'au moins une semaine. Je ne crois certes pas que tous les juifs se soumettent scrupuleusement à la lettre de ce précepte, mais il en est sans aucun doute, ne fût-ce que parmi les rabbins, dont la conduite est strictement conforme à leurs croyances religieuses et je ne sache pas qu'ils soient pour cela moins prolifiques; ils ont même d'autant plus d'enfants qu'ils sont plus fidèles pratiquants. N'est-il pas légitime d'en conclure que la fécondation reste possible bien après les délais si restreints que lui ont assignés les auteurs ?

Bref, si nous ajoutons à la période classique post-menstruelle de 4 à 5 jours : 1^o les 7 à 8 jours de plus que lui reconnaissent Bischoff et Raciborski; 2^o toute la durée des règles soit 4 à 6 jours; 3^o un temps de la période pré-menstruelle indéterminé sans doute, mais dont l'existence, sinon la durée, ne saurait être contestée, nous arrivons au chiffre de 15 à 20 jours et peut-être davantage pour la longueur totale de la période pendant laquelle un ovule est fécondable.

Cela ne signifie nullement que, dans l'intervalle de ces phases plus particulièrement favorables, les rapports sexuels ne puissent pas être suivis de conception. D'après ce que j'ai dit de la longue vitalité des spermatozoïdes dans l'appareil génital féminin, vous comprenez qu'ils puissent attendre un assez grand nombre de jours, dans la trompe ou sur l'ovaire lui-même, la sortie de l'ovule qui accompagnera la menstruation suivante. D'où il résulte qu'il n'existe pas, à proprement parler, pour la femme, d'époque entièrement agénésique.

Application de ces diverses données à la loi de Thury : sexe féminin quand la fécondation précède la menstruation, masculin quand elle lui succède. — Le point essentiel de l'hypothèse de Thury consistait, on ne l'a pas oublié, à rapporter la procréation du sexe féminin à la fécondation prématurée de l'ovule et celle du sexe masculin à sa fécondation tardive. Aussi est-il aisé de comprendre combien l'espace de temps plus ou moins long pendant lequel cet ovule reste fécondable et la détermination rigoureuse, par rapport aux règles, de son degré plus ou moins avancé de développement offrent d'importance pour permettre l'application facile et méthodique de la théorie à la pratique. Si la durée totale dont il s'agit se limitait aux quatre à cinq jours qui suivent l'époque menstruelle, c'est à peine si elle en comporterait deux pour la phase d'organisation incomplète (phase du sexe féminin) et deux pour celle de pleine maturité (phase du sexe masculin). Mais ces délais seraient tellement réduits

DEC 24 1911

LIBRARY

qu'il deviendrait presque impossible de se placer à coup sûr dans les conditions voulues pour avoir fille ou garçon, d'autant plus qu'il faudrait évidemment tenir compte des dix à vingt heures qu'exige l'ascension des spermatozoïdes.

Si l'on admet, au contraire, que cette durée se prolonge 15 à 20 jours, les choses se présentent sous un tout autre aspect. L'ovule a devant lui une marge suffisamment étendue pour parcourir des étapes d'organisation très différentes, depuis un état rudimentaire jusqu'à la maturité parfaite. De plus, son évolution, au lieu d'être postérieure à la période menstruelle, se déroule à peu près parallèlement à elle. Sa première moitié ou phase féminine commence au plus tard avec le début des règles, mais les devance probablement d'un ou plusieurs jours, sans que nous puissions, à cet égard, je le répète, formuler des affirmations absolues. De là quelque incertitude sur le moment précis où s'opère la transformation de la phase féminine en phase masculine. Chacune d'elles mesurant en moyenne de 8 à 10 jours, la première pourrait : ou bien commencer exactement avec la menstruation et alors se continuer pendant toute sa durée et persister encore 2 ou 3 jours après elle, de sorte que la fécondation, aussitôt que les règles sont terminées, donnerait encore le sexe féminin; ou bien la devancer de plusieurs jours, 4 à 8 peut-être, et se terminer alors vers le milieu même de l'époque menstruelle. Quant à la phase masculine, elle ne commencerait dans le premier cas, que deux, trois ou quatre jours après les règles, tandis que, dans le second, ce serait vers leur partie moyenne. Afin de tenir compte de ces diverses éventualités, au sujet desquelles encore une fois nous ne sommes pas complètement fixés, il convient, si l'on veut éviter le plus possible toute cause d'erreur, de faire en sorte qu'aussi bien dans l'une des hypothèses que dans les autres, celle de Ch. Robin ou celle qui ferait commencer l'ovulation huit jours avant les règles, la fécondation ne puisse avoir lieu que pendant la phase initiale ou terminale de l'évolution ovulaire que l'on vise. Elle devrait donc, pour donner le sexe féminin, précéder de 3 ou 4 jours l'époque menstruelle et pour donner le sexe masculin se effectuer qu'au bout du même laps de temps après la fin de l'écoulement sanguin.

Sans doute, la procréation de l'un et de l'autre sexe peut encore avoir lieu à des dates plus ou moins éloignées que celles que j'indique, mais ne sachant pas au juste à quel moment précis, avant, pendant ou après la menstruation l'ovule dont la migration est régulière commence à pouvoir être fécondé, atteint le degré de maturité qui détermine la transformation du sexe et cesse enfin d'être fécondable, ne sachant pas non plus exactement combien de temps les spermatozoïdes peuvent conserver dans les organes génitaux de la femme leurs propriétés fécondantes, nous devons, par prudence, conseiller l'accomplissement de l'acte génésique à des distances telles, avant ou après les règles, que les chances con-

traies soient réduites au minimum, quelle que soit l'époque où se puisse placer le point de séparation des deux phases ovulaires.

Telle est, dans ses lignes essentielles, la grande loi qui se dégage de toutes les notions que nous venons de rapprocher et de discuter.

Mais quelques services que puissent nous rendre les théories les plus ingénieuses, en nous indiquant en quel sens nous devons diriger l'étude circonstanciée des faits, il est incontestable qu'elles n'acquiescent une réelle valeur qu'après avoir reçu de ces faits eux-mêmes la preuve éclatante et réitérée de leur exactitude. L'heure est venue maintenant d'exposer ceux qui ont été recueillis et d'interroger leur témoignage.

IV

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES ANIMAUX

Expériences extrêmement favorables à l'hypothèse de Thury, de Cornaz, sur l'espèce bovine, de Barral, sur l'espèce ovine. — Un grand agriculteur du canton de Vaud, président de la Société d'agriculture de la Suisse Romande, M. Georges Cornaz, de Montel, dans le but de vérifier les opinions du professeur genevois Thury, a entrepris, sur l'espèce bovine, des expériences qu'il a tenu à diriger lui-même, afin d'être bien certain qu'elles seraient effectuées avec une rigueur impeccable. Pour obtenir un mâle, il attendait que la vache fût en chaleur depuis deux ou trois jours avant de la conduire au taureau; pour avoir une femelle, il la faisait saillir dès le premier jour du rut: dans une série de 29 cas, il eut 29 succès.

Peu de temps après, M. Georges Barral appliqua le même procédé sur les troupeaux de la bergerie, alors impériale, de Gévolles (Côte-d'Or), et il n'eut pas non plus un seul échec à enregistrer.

Observations de Tarnier relatives aux lapines et aux poules. — Le professeur Tarnier (1), après avoir mentionné les observations de Cornaz, reconnaît que « la loi de Thury lui paraît établie pour l'espèce bovine », mais il ajoute qu'elle ne se vérifie pas chez les lapines qui engendrent, sans ordre constant, des mâles et des femelles, quelle que soit l'époque du coït, ni chez les poules qui, après un seul accouplement, peuvent, suivant Coste, pondre en 15 à 18 jours, de 5 à 7 œufs fécondés donnant aussi bien les deux sexes, qu'ils aient été pondus les premiers ou les derniers. J'ignore si le nombre et la valeur de ces expériences auxquelles Tarnier fait allusion et si tous les détails qui s'y rapportent ont vraiment assez de valeur pour ne laisser place à aucune objection.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, depuis Aristote, on a observé sur les pigeons qu'après une seule copulation, c'est toujours le premier œuf pondu qui produit un mâle et le deuxième une femelle (2).

(1) TARNIER. — Traité de l'art des accouchements, 1882, p. 174.

(2) FLOURENS. — Compte rendu des séances de l'Académie des sciences, Paris, 1863, t. LVIII, p. 740.

Cependant, je dois ajouter que, d'après Cuénot (1), l'examen de 65 pontes de pigeons voyageurs a donné 17 fois deux mâles, 14 fois deux femelles et 31 fois les deux sexes, chiffre qu'il représente comme parfaitement conformes aux probabilités montrant qu'il n'y a aucune loi de distribution des sexes, pas plus dans les familles humaines que dans les portées d'animaux domestiques. Pour ce qui est de la tradition suivant laquelle le premier œuf pondu, quand la ponte est bisexuée, produirait toujours un mâle (Aristote, Flourens), Cuénot nous apprend que l'examen de trente pontes bisexuées a eu pour résultat la naissance de quinze mâles du premier œuf et de quinze aussi du deuxième.

Quoi qu'il en soit, il existe entre ces divers animaux et nous, au point de vue de l'anatomie et de la physiologie en général, du mode de reproduction en particulier, de telles différences qu'il me semble peu intéressant et peu utile d'en entreprendre une étude comparative approfondie. L'espèce bovine, au contraire, se rapproche de la nôtre sous tant de rapports que s'il était incontestable, comme l'admettait le professeur Tarnier, qu'elle se reproduisit conformément à la règle de Thury, ce serait une donnée d'une importance capitale pour la solution du problème du déterminisme des sexes dans l'espèce humaine.

Expériences contradictoires plus récentes.— Malheureusement, je suis bien obligé de le reconnaître, les expériences de Cornaz et de Barral ont été répétées depuis et elles n'ont pas fourni, à beaucoup près, des résultats aussi démonstratifs. A l'Institut agronomique de Proskau et d'Eldena (2), on fit saillir de jeunes vaches aussitôt qu'elles montrèrent de l'ardeur : à Proskau, on eut cinq génisses et cinq taureaux. D'autres vaches, fécondées 24 heures après le commencement du rut, mirent bas une génisse et cinq taureaux. Dans le haras royal de Frédéric Guillaume, vingt juments furent saillies au début du rut ; elles donnèrent onze naissances, cinq femelles et six mâles.

Il y a certes bien loin de ces faits à ceux de Cornaz et de Barral qui, dans tous les cas sans exception, avaient confirmé la loi de Thury. A quoi tiennent ces résultats contradictoires ? Faut-il se demander si les seconds expérimentateurs ont procédé avec une rigueur moins scrupuleuse, ou admettre que la fécondation pendant la période du rut se rapproche trop et ainsi que j'en ai fait la remarque plus haut, du point limite qui sépare les deux grandes phases de l'évolution ovulaire, d'où résulteraient des causes d'erreur faciles à comprendre, ou bien enfin conclure que l'hypothèse de Thury ne

(1) CUÉNOT. — Sur la détermination du sexe chez les animaux (*Bul. de la Soc. fr. belge*, XXXII, 462, 525, 1899). Travail analysé dans l'ANNÉE BIOLOGIQUE, 1901, p. 212. (Comptes rendus annuels de biologie générale publiés sous la direction de Yves Delage, professeur à la Sorbonne et membre de l'Institut.)

(2) A. CLEISZ. — Lois de la création des sexes, 1895, p. 138.

repose en réalité sur aucune base sérieuse et n'a dû qu'à des coïncidences fortuites et singulièrement heureuses les premières confirmations qu'elle avait reçues du contrôle expérimental? C'est de recherches nouvelles patiemment poursuivies et conduites avec la méthode la plus sévère qu'il convient d'attendre une réponse documentée à ces diverses questions.

V

OBSERVATIONS RECUEILLIES CHEZ LA FEMME.

Argument de Tarnier contre la loi de Thury; son peu de valeur. Nouveaux faits nécessaires : conditions indispensables qui en rendent l'exécution difficile et nous empêchent fréquemment d'être bien renseignés. — Au reste, sans prétendre que les résultats de l'expérimentation sur les animaux soient négligeables, il n'est pas douteux que ce qui nous importe essentiellement, c'est ce qui se passe dans l'espèce humaine. C'est elle avant tout qui doit être notre vrai terrain d'expériences et d'études. Recherchons donc ce qu'elle a pu jusqu'à présent nous offrir à constater.

Nous lisons dans Tarnier (1) que, chez la femme, la loi de Thury ne s'est pas vérifiée; il en donne comme preuve « que la plupart des grossesses commencent après les règles, alors que l'ovule est arrivé à maturité complète et que néanmoins la proportion des enfants du sexe masculin est à peine plus considérable que celle des enfants du sexe féminin : 106 garçons pour 100 filles ». C'est là sans aucun doute un argument de très faible valeur : j'ai déjà eu l'occasion d'établir que nombre de conceptions s'effectuent avant et pendant le flux menstruel.

Il nous faut donc interroger d'autres faits moins discutables; encore est-il nécessaire qu'ils aient été recueillis dans certaines conditions rigoureusement déterminées, à défaut desquelles ils n'auraient aucune signification précise. Or, les *Annales scientifiques* n'en ont jamais publié par séries de quelque importance; c'eût été, j'en conviens, une entreprise des plus ardues; en tout cas, jusqu'à présent, elle ne semble jamais avoir tenté personne.

Les observations, en effet, ne méritent d'entrer en ligne de compte que si elles portent l'indication exacte, non seulement des dates du début et de la fin des règles, mais encore et surtout du coït fécondant, et il est, de plus, indispensable qu'entre deux époques successives, ce coït n'ait eu lieu qu'une seule fois. C'est là précisément que réside l'une des plus sérieuses difficultés à prévoir. Peu de gens sont assez maîtres d'eux-mêmes pour s'imposer une continence ou du moins pour n'avoir d'autres rapports qu'en usant des précautions propres à supprimer toute possibilité de fécondation.

D'un autre côté, ceux qui pourraient nous fournir des documents

1) TARNIER. — Traité de l'art des accouchements, 1882, p. 174.

précis manifestent la plupart du temps une répugnance incroyable à confier à qui que ce soit, même au médecin qui les a renseignés, tous les détails des mesures qu'ils ont dû prendre; cela fait en quelque sorte partie de l'alcôve et les moins pudiques s'efforcent de n'en laisser pénétrer le mystère à personne. Peut-être, livré à lui-même, l'homme consentirait-il sans trop de peine à nous dire franchement la vérité. Mais en général il est retenu par sa femme qu'il a dû mettre au courant et que domine toujours un sentiment de réserve et de discrétion, respectable certes, mais excessif.

Enfin, comme la gestation dure neuf mois et que nos conseils ne sont pas toujours immédiatement appliqués, le temps qui s'écoule entre le moment où nous les donnons et celui où l'événement pourrait apporter en leur faveur ou contre eux un témoignage décisif est assez long pour faire oublier les engagements les plus formels que l'on aurait pris de nous renseigner un jour ou l'autre.

Trente-cinq observations méthodiquement recueillies par l'auteur, dont quatre en opposition avec la loi de Thury, mais une seule d'une manière incontestable. — Parmi tous ces motifs qui sont de nature à nous priver des documents promis, je ne sais quel est celui qui vient en première ligne, mais, ce dont je ne puis malheureusement douter, c'est que, sur plusieurs centaines de jeunes gens arrivés à la veille de leur mariage et auxquels je me suis donné la peine d'exposer longuement toutes les notions qu'ils pourraient mettre à profit, trente-cinq fois seulement j'ai fini par recevoir des informations plus ou moins circonstanciées. Dans trente et un de ces cas, la règle de Thury se trouvait confirmée; dans les autres, elle était ou semblait être en défaut.

Ces quelques faits méritent que je leur consacre quelques détails: Deux étaient relatifs à des conceptions paraissant avoir eu lieu dès les premiers rapports matrimoniaux, les règles étant à peine terminées. L'accouchement était, en effet, survenu presque jour pour jour neuf mois après le mariage et tout permettait de penser que la grossesse était bien arrivée à terme, que par conséquent c'était sans nul doute l'ovule correspondant à la dernière période menstruelle antérieure au mariage et parvenu à parfaite maturité qui avait été fécondé et non pas celui de la période suivante, encore dans la phase initiale de son développement. Or, contrairement à la loi de Thury, ce ne fut pas un garçon, mais une fille qui vint au monde. Il convient pourtant de noter que, dans ces deux ménages, les rapprochements conjugaux n'avaient été à aucun moment suspendus ou accompagnés de précautions quelconques, de sorte que rien, sauf la date de l'accouchement supposé à terme, ne pouvait indiquer si la conception s'était faite aux dépens de l'ovule en migration à l'époque du mariage ou du suivant. Dans l'un et l'autre cas, nous le savons, les règles ne devaient pas reparaitre; mais, dans le premier, la grossesse devait normalement se terminer au bout de neuf mois, tandis que, dans le second, elle aurait dû se

prolonger deux ou trois semaines de plus. Il est permis toutefois de se demander si l'on est bien en droit d'assigner toujours une durée fixe à la gestation et s'il est possible de distinguer à coup sûr un enfant né à terme de celui qui viendrait au monde une quinzaine de jours plus tôt. Ces deux faits pourraient donc, à la rigueur, ne constituer que des infractions à la règle, plus apparentes que réelles.

Le troisième est également contestable : Le mari désirait vivement un fils ; il prit les dispositions nécessaires pour que la fécondation eût lieu deux ou trois jours après la fin des règles. Au bout d'une dizaine de jours, certains indices de grossesse commençante ayant paru se manifester, il crut pouvoir s'affranchir de tout artifice dans ses relations conjugales. Bientôt, les symptômes gravidiques devinrent de plus en plus évidents. Mais, l'accouchement, au lieu de se faire à l'époque prévue, c'est-à-dire neuf mois et quelques jours après la dernière menstruation, ne survint que deux ou trois semaines plus tard et se termina par la naissance d'une fille et non pas du garçon désiré.

J'ai compté ce cas au nombre de ceux qui témoignent contre la règle de Thury, pour cet unique motif que l'attente du mari ne s'était pas réalisée et qu'il n'en dissimulait pas son désappointement. On m'accordera pourtant qu'il n'avait pas observé à la lettre toutes les conditions requises : il avait eu le grave tort de se permettre de nouveaux rapports capables d'être fécondants, sans attendre l'expiration des délais nécessaires, en particulier à l'approche de la menstruation suivante. D'où il résulte, à mon avis, que très probablement la conception avait porté, non sur l'ovule en pleine maturité de la période cataméniale choisie comme objectif, mais sur celui de la période consécutive encore dans la première phase de son développement. Dès lors, il était absolument conforme à la loi de Thury qu'une fille en fût le produit.

Au reste, il me paraît intéressant d'ajouter qu'une seconde grossesse, celle-là, je dois le dire, involontaire, devait bientôt commencer dans ce même intérieur et fournir, à l'appui de la règle que nous discutons, un témoignage des plus positifs. Un mois après le premier accouchement, le mari reprit les rapports sans user de précautions spéciales, s'imaginant qu'il n'y avait encore à ce moment aucun risque de conception ; mais le retour de couches n'eut pas lieu et divers signes de grossesse ne tardèrent pas à s'ajouter les uns aux autres. Bref, une seconde fille venait au monde exactement dix mois après la première. Dans ce cas, l'ovule avait été fécondé avant l'apparition des règles, donc prématurément, c'est-à-dire dans la phase féminine de son évolution.

Le quatrième fait est le seul qui soit vraiment en opposition flagrante avec la loi de Thury. Ici, comme dans les deux premiers, il s'agissait encore d'une jeune femme dont les règles n'étaient pas revenues après le mariage et qui, au neuvième mois révolu, accou-

cha d'une fille. Mais, il y avait eu ceci de particulier que, les premiers rapports ayant provoqué des phénomènes de vulvo-vaginite excessivement douloureux, bien qu'ils ne fussent pas de nature gonococcique, la continence la plus absolue fut ensuite observée pendant plusieurs semaines. La grossesse avait donc commencé aussitôt après le mariage et la fin des dernières règles virginales, c'est-à-dire dans les conditions voulues pour engendrer un garçon. Il était impossible que l'ovule de la menstruation suivante fût en cause et que sa fécondation précoce eût empêché l'écoulement sanguin de paraître, ce qui aurait expliqué la naissance d'une fille, car les circonstances ne permirent la reprise des relations sexuelles que bien après la date où la nouvelle période cataméniale aurait dû survenir.

Quant aux trente et un cas dont les résultats ont confirmé l'hypothèse de Thury, je crois inutile de les rapporter *in-extenso*. Il me suffira d'insister sur ce point que je ne les ai considérés comme probants qu'à une condition expresse, c'est que la fécondation ne pût résulter que d'un seul coït dont la date : trois ou quatre jours avant les règles pour une fille, trois ou quatre jours après pour un garçon, fût indiquée de la façon la plus précise. En dehors de ce coït, aussi longtemps que la grossesse n'était pas absolument évidente, les rapports devaient être ou totalement interrompus ou pratiqués de telle sorte qu'ils ne pussent être suivis de conception. J'estime que la moindre négligence à cet égard entraîne d'emblée la nullité radicale de l'observation. Il en est ainsi toutes les fois que des rapports multiples peuvent être relevés dans l'intervalle de deux époques. J'accorde qu'il soit parfois possible en pareil cas d'avoir des présomptions, mais ce ne sont que de simples présomptions et cela ne suffit pas lorsque la solution d'un problème aussi difficile exige toute la rigueur de l'expérimentation physiologique la plus sévère.

Voilà pourquoi, dans l'espace de quinze à seize ans, je n'ai recueilli que ces trente-cinq faits ; trente et un sont confirmatifs et quatre plus ou moins contraires, mais un seul sans contestation possible. Dans leur ensemble, je crois qu'ils apportent un sérieux témoignage en faveur de la loi de Thury. Je n'en suis pas moins le premier à reconnaître que leur nombre est loin de suffire pour trancher définitivement la question. Ce ne serait même pas assez de plusieurs centaines de cas ; c'est par milliers qu'il faudrait pouvoir les compter, mais leur réunion est une œuvre considérable qui demandera, pour être menée à bonne fin, beaucoup de patience et de longues années.

Ressemblance ordinairement plus accusée des filles avec le père, des garçons avec la mère ; elle vient à l'appui de l'hypothèse de Thury. — En attendant, peut-être ne serait-il pas sans intérêt de mettre en relief une particularité que l'on a de tout temps observée dans un

grand nombre de familles ; c'est qu'en général les filles ont plus de ressemblance avec le père et les fils avec la mère. Il y a des exceptions sans doute, mais elles ne sont pas très fréquentes. « On a souvent remarqué, dit Le Dantec (1), que l'enfant ressemble à celui de ses parents qui a le sexe opposé au sien ». Or, les conditions qui, d'après la loi de Thury, présideraient à la formation des sexes, fournissent, il me semble, l'explication très simple de ce phénomène.

L'ovule correspondant à chaque menstruation est fécondable, nous l'avons vu, pendant une vingtaine de jours. Si nous supposons deux femmes dont les règles, d'égale durée, commencent et finissent le même jour et si nous admettons que, chez l'une, la fécondation ait lieu le premier jour, non de la menstruation, mais de l'évolution ovulaire, alors que, chez la seconde, elle ne s'effectue que le vingtième, nous voyons que le facteur paternel intervient 19 jours sur 20, dans le premier cas, et un jour sur 20 seulement, dans le second, pendant que le facteur maternel demeure invariable.

N'est-il pas dans l'ordre logique des choses que des conditions primordiales aussi différentes exercent un notable retentissement sur le produit de la conception ? Evidemment, le premier enfant subit beaucoup plus que le second l'influence du père et cette influence doit être proportionnelle au rapport qui existe entre le temps de l'ovulation pendant lequel agit le facteur paternel et la durée totale de cette ovulation, le reste appartenant exclusivement au facteur maternel. Entre les deux phases féminine ou initiale et masculine ou terminale que nous avons distinguées dans le développement ovulaire, il existe un point limite intermédiaire auquel on peut approximativement donner comme formule 10 sur 20. Plus la proportion qui représente le facteur paternel s'en rapproche et plus elle tend à s'égaliser la part d'influence des deux parents ; plus elle s'en éloigne et plus la part de l'un augmente ou diminue par rapport à celle de l'autre. L'être procréé tout à fait au début de l'ovulation doit donc tenir beaucoup plus du père, et c'est une fille ; au contraire, celui qui est engendré à la fin doit tenir davantage de la mère, et c'est un garçon. Ainsi, dans les deux exemples supposés plus haut, le facteur paternel pourrait s'exprimer par les chiffres 19 sur 20 pour le premier et 1 sur 20 pour le second, très éloignés tous deux du point intermédiaire qui est 10 sur 20. On voit en même temps que la ressemblance est croisée du père à la fille et de la mère au fils. Si elle est plus ou moins accusée suivant les cas, cela dépend du moment plus ou moins rapproché des confins extrêmes de l'ovulation où s'effectue la fécondation. Vers sa phase moyenne, les divergences s'atténuent, ce qui permet de comprendre que certains garçons puissent offrir une très grande similitude avec le père et certaines filles avec la mère.

(1) F. LE DANTEC. *La sexualité* (Scientiæ), p. 51.
DEPAUL et CRÉNIOT. — *Dict. encyclopédique de Dechambre*: Art. : Menstruation, p. 698.

Je laisse aux philosophes le soin de disserter sur les conséquences naturelles de ces données physiologiques au point de vue de l'hérédité des diverses qualités physiques et morales ou du génie des grands hommes : c'est moins à leurs fils qu'à leurs filles qu'ils ont chance de les transmettre. En tous cas, il m'a semblé que ce n'était pas sortir de la question de la procréation des sexes que d'exposer ces intéressantes remarques.

VI

LES ANOMALIES DE L'OVULATION.

Explication possible par ces anomalies de certaines exceptions à la loi de Thury : Ovulation sans menstruation. — Dans toutes les considérations précédentes, j'ai pris comme point de départ et comme base du raisonnement le parallélisme qui existe en général entre l'ovulation et la période menstruelle. Dans la grande majorité des cas, en effet, cette corrélation n'est pas douteuse, ainsi que l'ont bien mis en évidence les recherches de Chéreau, de Percival Pott, de Bird, de Roberts, etc. Cependant, d'autres auteurs, Carus, Aran, Raciborski, Liégeois, Slavianski, de Sinéty, Ritchie ont montré que, chez de toutes petites filles, un grand nombre de follicules de Graaf pouvaient arriver à maturité complète et se rompre sans s'accompagner d'aucun flux menstruel. Quelques-uns même, Giraudet (de Tours), Beigel, Paul Mundé, sont allés jusqu'à nier la corrélation de l'ovulation et des règles. Le fait est qu'à l'autopsie de jeunes femmes bien conformées, dont le flux menstruel ne s'était pas établi, on a pu constater des traces indéniables d'ovulation caractérisées par l'existence de corps jaunes sur les ovaires. L'un des cas de ce genre les plus remarquables a été recueilli par le professeur Gubler sur une femme morte à l'âge de 23 ans qui n'avait jamais eu ses règles et dont les ovaires ne présentaient pas moins de 17 corps jaunes. Des observations du même ordre ont été enregistrées après la disparition de l'écoulement cataménial sous l'influence de l'anémie, de la chlorose ou de toute autre maladie (de Sinéty). Je rappelle enfin les cas assez rares, il est vrai, de personnes, ayant eu plusieurs enfants sans jamais avoir été réglées, ainsi que de conceptions survenues après la ménopause.

Menstruation sans ovulation. — Inversement, Kollikor, Girwood, Coste, Giraudet, Godard, Aschwell, Paget, Gubler (1) ont pratiqué un assez grand nombre d'autopsies dans lesquelles, chez des femmes mortes pendant la menstruation, il avait été impossible de trouver la moindre trace de la rupture d'un follicule ovarien. D'autre part, des chirurgiens tels que Spencer Wells, Baker-Brown, Kœberlé, Léon Le Fort, Terrier, etc., ont relaté, après l'extirpation des deux ovaires, la persistance régulière d'un écoulement sanguin périodique dont l'abondance et la durée conservaient leurs caractères normaux. Si donc il existe ordinairement une corrélation intime

entre l'évolution ovulaire et le flux menstruel, corrélation qu'il faut admettre comme la règle très générale, on doit bien savoir aussi qu'il y a des exceptions et nous en avons des preuves irrécusables.

N'eût-il pas été, d'ailleurs, bien singulier que les fonctions génitales chez la femme fussent invariablement exemptes d'anomalies quand nous en observons dans toutes les autres grandes fonctions de l'organisme et dans les dispositions anatomiques les plus essentielles ? Toujours est-il qu'au point de vue de la procréation des sexes à volonté, nous devons faire entrer en ligne de compte l'éventualité d'ovulations avancées, retardées ou surnuméraires que nul indice ne révèle et qui sont propres à déjouer tous nos calculs.

La fécondation d'un ovule surnuméraire a pour effet de mettre en apparence la loi de Thury en défaut, sans l'infirmier en réalité. — C'est ainsi, par exemple, que peuvent s'expliquer les grossesses gémeillaires aboutissant à la naissance d'un garçon et d'une fille. Il est alors possible que l'un des ovules étant normal dans sa migration ait donné l'un ou l'autre sexe suivant qu'il a été fécondé pendant la phase initiale ou terminale de son développement, tandis que l'autre ovule étant surnuméraire a été fécondé en même temps que le premier, mais dans des conditions inverses de maturité, soit qu'il l'ait précédé, soit qu'il l'ait suivi. Même s'il était prouvé que, dans un cas donné, les deux jumeaux de sexe différent fussent issus d'un seul ovule à double vitellus, ce ne serait pas encore un argument décisif contre la loi de Thury. Déjà le fait de l'inclusion d'un double vitellus dans un ovule unique ne serait-il pas une évidente anomalie et dès lors comment serait-il vraisemblable que l'un de ces vitellus fût à un degré de maturité moins avancé que l'autre ?

Mais le point sur lequel je tiens surtout à insister, c'est que la migration d'un ovule surnuméraire ne rend pas seulement compte des grossesses gémeillaires produisant les deux sexes, elle permet aussi bien d'expliquer certains faits de conception simple dans lesquels le résultat paraît infirmer la règle, quoique toutes les conditions nécessaires aient été rigoureusement observées. Il est possible, en effet, que les spermatozoïdes manquent l'ovule normal qu'ils étaient destinés à féconder à tel ou tel degré de son développement et ne rencontrent que l'ovule surnuméraire à [une phase précisément opposée. Alors, au lieu d'une fille on voit naître un garçon et vice versa. En apparence, ce résultat est contraire à la loi; en réalité celle-ci n'est pas en défaut : il s'est produit seulement une de ces exceptions qui, loin d'infirmier la règle, n'en sont qu'une application particulière.

Il n'en est pas moins à présumer que de telles exceptions constitueront, pour la plupart des observateurs et surtout pour ceux dont elles auront déçu les espérances, des preuves qu'ils jugeront irréfutables contre l'exactitude de la théorie : on peut être certain qu'ils

en useront dès lors pour la combattre en adversaires irréductibles, oubliant qu'à chaque instant la physiologie, la pathologie, l'anatomie elle-même nous offrent l'occasion d'observer des cas plus ou moins bizarres qui s'écartent des lois générales, mais dont le nombre est intime eu égard à ceux qui leur obéissent. Ce qui importe en réalité, dans toutes les questions que peuvent soulever les sciences médicales et notamment dans celle qui nous occupe, ce n'est pas que l'on puisse rencontrer des exceptions à la règle, c'est de savoir si vraiment il existe une règle et quels en sont les termes essentiels.

VII

NOUVELLES RECHERCHES NÉCESSAIRES POUR ÉTABLIR SUR DES FAITS ASSEZ NOMBREUX ET POSITIFS UNE LOI INCONTESTABLE.

Conviction de l'auteur. — Je suis, pour ma part, ai-je besoin de le dire après tout ce qui précède, absolument convaincu de l'existence de cette règle dont le principe a été pour la première fois affirmé par le professeur Thury. Je crois qu'un rapport fécondant pratiqué trois ou quatre jours avant les époques produit normalement une fille et trois ou quatre jours après un garçon. Quels que soient les points secondaires au sujet desquels nous restions dans l'ignorance je n'en considérerais pas moins le problème comme résolu dans sa partie fondamentale si des faits assez nombreux nous donnaient l'entière certitude que, dans l'immense majorité des cas, on obtient à volonté garçon ou fille quand on observe les conditions ci-dessus énoncées.

Nécessité du concours de plusieurs médecins pour établir sur un assez grand nombre de faits la solution définitive de cette importante question. — Je serais extrêmement heureux que ce sujet parût à quelques-uns d'entre vous digne de tenter leur curiosité et de provoquer leurs recherches. S'ils voulaient joindre leurs efforts aux miens, je suis persuadé qu'en un temps relativement court nous parviendrions à réunir un nombre assez imposant d'observations ayant une signification très positive. Nous les soumettrions alors à vos critiques et peut-être dans leur ensemble, permettraient-elles de porter, en le basant sur des éléments d'une indiscutable valeur, un jugement favorable ou contraire aux opinions que je viens d'exposer.

A ceux qui ne reculeraient pas devant une entreprise aussi ingrate et laborieuse, je rappellerai encore une fois que seuls devront entrer en ligne de compte les cas dans lesquels la conception ne pourra être rapportée qu'à un seul coït fécondant à partir des précédentes règles jusqu'au jour où elle ne prêterait plus au moindre doute. Il faudrait, en outre, que la durée habituelle des époques, ainsi que la date exacte par rapport à celles du coït fécondant fussent l'objet d'une mention très précise. Il serait utile, enfin, mais non indispensable, de noter la durée approximative de la gestation et le poids de l'enfant à sa naissance.

J'ajouterai qu'il y aurait lieu d'apporter un soin tout spécial à recueillir les observations de grossesses survenues, avant le retour de la menstruation, chez les femmes récemment accouchées qui n'allaitent pas ou chez les nourrices. D'après la règle, c'est une fille qui devrait en résulter. Il importerait pourtant de bien indiquer les dates des divers rapports sexuels auxquels pourrait être imputée la conception. Un coït unique n'aurait qu'une signification relative ; il pourrait, à la rigueur, avoir eu lieu au moment où un ovule effectuant silencieusement sa migration serait déjà parvenu à sa phase de pleine maturité et procréer ainsi un garçon. Au contraire, si les rapports se sont répétés à intervalles réguliers et assez fréquents, il est permis de supposer que l'ovule a dû être fécondé prématurément, c'est-à-dire dans les conditions voulues pour que l'enfant soit du sexe féminin.

VIII

CONCLUSIONS

En terminant, je résume sous forme de conclusions les principales idées que j'ai développées ou discutées dans ce mémoire :

1° La procréation de l'un ou de l'autre sexe n'est pas un phénomène fortuit ; elle obéit à des lois qu'il importe de déterminer ;

2° Parmi les innombrables théories que l'on a imaginées, la plus rationnelle, la plus satisfaisante, la plus scientifique est celle de Thury qui attribue à la fécondation d'un ovule encore incomplètement développé, c'est-à-dire dans la première phase de sa migration, la genèse du sexe féminin ; et au contraire, celle du sexe masculin à la fécondation d'un ovule en pleine maturité, c'est-à-dire dans la deuxième phase de son évolution ;

3° Or, la migration de l'ovule correspond normalement au flux menstruel qui en est la manifestation extérieure. Si donc la fécondation a lieu avant les règles, elle engendre une fille, et après, un garçon, et, pour plus de sécurité, mieux vaut que ce soit trois ou quatre jours avant, dans le premier cas, et trois ou quatre jours après, dans le second.

4° D'autre part, il est évident que l'ovule prématurément fécondé subit plus longtemps que celui qui l'est tardivement l'influence du père, celle de la mère n'étant pas sujette à varier. Ainsi s'explique la ressemblance ordinairement plus prononcée des filles avec le père et des garçons avec la mère.

5° Mais l'ovulation n'est pas exempte d'anomalies : elle s'effectue parfois en dehors des périodes menstruelles ; il s'agit d'un ovule indépendant et surnuméraire dont l'évolution peut justement commencer lorsque s'achève celle de l'ovule normal. Leur fécon-

dation simultanée rend compte des grossesses gémellaires de sexe différent. Mais, si la fécondation manque l'ovule normal et ne porte que sur l'ovule supplémentaire, il est tout naturel que le produit soit une fille, bien qu'elle ait eu lieu à un moment où, d'après la règle, il aurait dû être un garçon. Une anomalie du même ordre, précédant au lieu de suivre la menstruation, donnerait un résultat inverse.

6° Ces sortes d'exceptions, sans infirmer la loi, fourniront toujours contre elle un argument très sérieux. Il ne faut cependant pas leur attacher plus d'importance qu'elles n'en méritent; mais il est bon de ne pas perdre de vue leur possibilité. Elles ne sauraient empêcher la loi de s'imposer le jour où l'on aura pu réunir en nombre suffisant des faits très précis avec indication certaine de la date, par rapport à l'époque menstruelle, du coït fécondant, et comparer la proportion numérique de ceux qui seront favorables ou contraires. Alors, il sera très facile de reconnaître si, oui ou non, les observations dissidentes ne constituent que des anomalies assez rares et conformes en définitive à l'état actuel de nos connaissances en physiologie, mais incapables d'infirmer la règle générale.

GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE

(LUTAUD.)

Il faut d'abord bien s'entendre sur la définition de la maladie. J'entends par métrite chronique une affection caractérisée anatomiquement par l'augmentation de volume de l'organe, la dilatation et l'hypertrophie des glandes, et le plus souvent par la lacération ou l'érosion du col.

Comme symptômes principaux: pesanteur abdominale, douleur pendant la marche, leucorrhée graisseuse, blennorrhagie.

Deux indications principales:

- 1° Modifier le col utérin et traiter les ulcérations;
- 2° Modifier la muqueuse utérine et les glandes, seul moyen de combattre efficacement le symptôme le plus pénible et le plus persistant: la leucorrhée graisseuse.

1° Traitement limité du col.

La métrite, étant le plus souvent la conséquence de l'accouchement, est presque toujours accompagnée d'une ulcération résultant de la lacération du col pendant le travail. Je formule dans un article spécial le traitement local des ulcérations, érosions et lacérations du col.

2° Traitement de la métrite proprement dite.

Les modes de traitement sont nombreux. Je ne fais que signaler les cautérisations intra-utérines au chlorure de zinc et le curetage. J'ai abandonné depuis longtemps les cautérisations au chlorure de zinc, parce qu'elles exposent à l'atrésie du col. Quant au curetage, c'est une véritable opération chirurgicale qui ne rentre pas, à mon avis, dans les moyens que le praticien doit employer couramment dans le traitement de la métrite chronique. Son application doit être réservée pour les cas graves dans lesquels on suspecte dans l'utérus la rétention de débris placentaires. On en a, du reste, un peu abusé dans ces dernières années, comme on l'avait fait au commencement du siècle, à l'époque de Récamier.

Le traitement que je propose et qui me paraît très simplifié est le suivant :

- 1° Dilatation graduelle avec la laminaire ;
- 2° Lavage de la cavité utérine avec la sonde à double courant ;
- 3° Introduction dans l'utérus d'éponges aseptiques et médicamenteuses, et application d'agents substitutifs sur la muqueuse malade.

Ce traitement, qui semble compliqué, n'est, en réalité, que l'application rationnelle des divers procédés destinés à ouvrir l'utérus, à en modifier la muqueuse et à le débarrasser des produits morbides qu'il peut contenir.

Je reviens sur chacun des temps qu'il comporte.

1er temps. — Dilatation. — Je pratique la dilatation préalable avec des tiges de laminaire que je laisse séjourner seulement douze heures dans l'utérus. Pour être aseptiques, les tiges doivent baigner pendant cinq minutes dans une solution de sublimé à 1/1000.

Je n'ai pas besoin de décrire ici le *modus operandi*, qui est trop connu. Je rappelle seulement à mes confrères qui n'ont pas encore l'habitude des opérations gynécologiques qu'il est important, pour introduire la tige, d'employer le spéculum et de saisir la lèvre antérieure du col avec une pince à griffe. Cette préhension du col n'est jamais douloureuse. Une fois le col saisi de la main gauche, on exerce une traction plus ou moins forte, qui a pour but non seulement d'empêcher le refoulement de l'organe dans la cavité utérine, mais encore de faciliter l'introduction, en redressant l'utérus et en transformant en un canal rectiligne le canal utérin, qui est toujours plus ou moins coudé au point de jonction du col et du corps.

En procédant ainsi, *l'introduction de la laminaire est facile et non douloureuse* ; en omettant cette précaution, elle est *toujours difficile et douloureuse*.

Il faut souvent introduire deux ou trois laminaires, dont on augmente progressivement le volume, avant d'obtenir le degré de dilatation et l'accoutumance nécessaires pour le traitement.

2^e temps. — *Lavage et irritation de la cavité utérine.* — J'attache une importance considérable à cette partie du traitement.

On introduira dans l'utérus dilaté soit la sonde à double courant de Budin ou d'Olivier, soit, mieux encore, la sonde à deux branches de Reverdin, qui a l'avantage de maintenir les parois utérines écartées, et l'on fera une véritable irrigation avec 1 ou 2 litres de liquide très chaud (environ 38°).

J'emploie, de préférence, une solution de carbonate de soude à 3/100, qui se recommande par ses propriétés muco-dissolvantes.

Lorsque l'utérus est infecté, je préfère la mixture suivante :

Naphtol.....	} à 5 grammes.
Salol.....	
Chloral.....	
Alcool.....	

Une cuillerée à café par litre d'eau préalablement bouillie.

Le vagin et le col auront été, au préalable, bien désinfectés par des injections vaginales avec cette même mixture.

Pour bien comprendre l'action de ces irrigations vaginales et utérines chaudes, il suffit de bien découvrir le col avec un spéculum et de diriger sur l'utérus un jet vigoureux et prolongé avec la solution chaude au carbonate de soude (3/100). On verra aussitôt les tissus pâlir, ce qui est dû à une sorte d'ischémie produite par la chaleur et par la contraction du muscle utérin; puis, en introduisant le jet dans la cavité du col, il se produira, sous l'influence de ces mêmes contractions, une élimination considérable des sécrétions muco-purulentes, qui constituent le symptôme caractéristique de la maladie qui nous occupe.

Ainsi, par la dilatation et l'irrigation utérine, j'obtiens l'élimination des sécrétions morbides contenues dans l'utérus. C'est déjà une amélioration considérable, qui suffirait à contenter bien des malades. Mais, si l'on veut des résultats durables, il faut faire davantage et modifier la muqueuse utérine elle-même. J'emploie pour cela l'éponge comprimée. Je sais qu'elle a été condamnée au nom de l'antiseptie, mais je voudrais la réhabiliter.

3^e temps. — *Modification de la muqueuse utérine.* — Tous les gynécologues ont remarqué que l'éponge préparée contenait dans ses interstices, lorsqu'elle avait séjourné dans la cavité utérine, des fragments de sang, de mucosité et parfois de muqueuse. L'éponge ne se comporte pas comme la laminaire; sa dilatation est plus rapide, moins douloureuse et elle pénètre jusque dans les plus petits interstices de la muqueuse utérine malade. C'est un inconvénient lorsqu'elle n'est pas aseptique, mais c'est un avantage au point de vue thérapeutique. J'ai donc voulu utiliser cette propriété dans un but thérapeutique.

Pour cela, j'emploie des éponges ordinaires que j'ai soin de faire baigner dans une solution de naphtol ou de sublimé au 1/1000,

jusqu'à dilatation complète. Ces éponges sont ensuite comprimées et taillées en cône par les procédés ordinaires, et conservées dans un flacon bien bouché et rempli d'iodoforme ou de salol (je préfère l'iodoforme).

L'introduction seule de cette éponge, introduction rendue facile par la dilatation faite au préalable à la laminaire et par l'irrigation utérine, constitue à elle seule une médication très utile et très active. Après avoir été maintenue en place six ou huit heures, elle sera retirée, puis une nouvelle irrigation intra-utérine sera faite.

J'affirme que ce traitement suffira, le plus souvent, à guérir la métrite chronique *de moyenne intensité*.

Mais il est certains cas où la muqueuse utérine a subi de telles altérations que le traitement par la dilatation et l'irrigation devient insuffisant. Telles sont les métrites fongueuses hémorragiques dont j'ai parlé plus haut.

Dans ce cas, j'utilise encore les propriétés de l'éponge, non seulement comme agent dilateur et modificateur, mais encore pour porter dans les replis de la muqueuse malade les médicaments caustiques et substitutifs.

Le traitement est exactement comme je l'ai déjà décrit : dilatation à la laminaire, irrigation, puis introduction d'une éponge comprimée et aseptique, que j'imbibe pendant deux minutes de la solution suivante :

Acide salicylique.....	1 gramme
Alcool.....	10 grammes.
Eau.....	240 —

L'éponge ne doit être baignée dans la solution que pendant deux minutes, de façon à ce que sa surface seulement soit imbibée. En prolongeant l'immersion pendant un temps plus long, l'éponge perdrait du reste la consistance nécessaire pour son introduction facile dans l'utérus dilaté.

Une fois introduite, l'éponge est laissée en place pendant six à huit heures environ. Elle sera toujours bien supportée. Lorsqu'elle est retirée, on pratique l'irrigation telle que je l'ai décrite dans le 2^e temps du traitement.

Playfair et plusieurs gynécologues avaient proposé d'appliquer les médicaments substitutifs sur l'ouate enroulée autour d'un portetopique. Je préfère l'éponge *aseptique*, pour les raisons suivantes :

- 1^o Elle peut être laissée en place sans déterminer aucune douleur ;
- 2^o Elle emplit totalement la cavité utérine en se dilatant et porte le topique jusque dans les plus petits replis de la muqueuse.

En général, une seule application suffit pour la guérison ; mais, dans les cas rebelles, où le tissu utérin est dégénéré, je conseille d'appliquer deux ou trois éponges à deux jours ou trois jours d'intervalle, toujours suivies de l'irrigation utérine.

Tel est le traitement bien simple et *toujours pratique* que je

conseille à mes confrères qui se trouvent en présence de malades hésitant à se soumettre au curetage. Il m'a réussi chez bien des femmes qui avaient déjà été curetées par des gynécologues consciencieux. Cela tient à ce que le curetage, que je suis loin du reste de condamner, ne porte pas toujours sur la totalité de la muqueuse malade. L'opérateur opère, en somme, à tâtons, et bien des points de la muqueuse peuvent échapper au raclage. Par le moyen que je propose, qui ne présente peut-être pas le côté brillant d'une opération, la muqueuse est soumise dans sa totalité à l'action caustique, sans être exposée aux rétractions qu'on a souvent observées après l'emploi des crayons de chlorure de zinc.

Mais je suis loin d'abandonner le curetage qui convient surtout aux métrites post-abortives et qui constitue une opération à la portée de tous les praticiens.

PÉDIATRIE

TRAITEMENT DES TÉNIAS

(DREVON.)

Voici les formules les plus utiles :

1^o Tanret :

Sulfate de pelletièreine.....	0 gr. 30 centigr.
Tannin.....	0 gr. 30 centigr.
Sirop.....	25 à 30 grammes.

Le remède est donné en une seule fois, et on lave la bouteille avec de l'eau sucrée que le malade absorbe également. Puis, il doit se promener jusqu'à ce qu'il commence à éprouver des vertiges : il se couche alors les yeux fermés, évitant le moindre mouvement qui pourrait provoquer des vomissements. Trois quarts d'heure après : purgation, huile de ricin ou eau-de-vie allemande. Il est indifférent d'employer l'un ou l'autre de ces purgatifs.

Quel que soit le ténifuge employé, le malade devra aller du ventre dans un vase rempli au 3/4 d'eau tiède. Une autre bonne précaution est d'attendre que le besoin devienne absolument impérieux.

2^o Duhourcau :

Extrait étheré de fougère mâle..	1 gr. 50 centigr.
Chloroforme.....	3 gr. 60 centigr.
Huile de ricin.....	4 à 5 grammes.
Huile de croton.....	1/2 goutte.

Faire 12 capsules à enveloppe de gélatine.

Les 12 capsules sont prises en 10 minutes ou 1/2 heure dans une cuillerée d'eau. Duhourcau conseille de boire le moins possible.

3° Créqui :

Extrait éthéré de rhizomes frais
 de fougère mâle..... 8 grammes.
 Calomel à la vapeur..... 0 gr. 80.

Faites 16 capsules à enveloppe de gélatine. Les prendre le matin à jeun, de 5 en 5 minutes avec un peu d'eau.

Si au bout de 2 heures, on n'a pas obtenu de résultats, prendre 80 gr. de sirop d'éther, et, s'il y a lieu, 30 gr. d'huile de ricin.

Mais, généralement, la purgation supplémentaire est inutile, les formules Duhourcau et Créqui contiennent déjà un purgatif suffisant.

Chez les enfants on peut employer la formule de Baumel.

Huile éthérée de fougère mâle..	2 grammes.
Essence de térébenthine.....	} à 2 grammes
Eau distillée.....	
Gomme arabique pulv.....	2 grammes

A prendre en une seule fois.

VARIÉTÉS

LA FEMME MÉDECIN

Cet aimable fantaisiste qui fut Albert Millaud, s'était occupé des doctresses dans une odelette aujourd'hui oubliée et que nous avons été heureux de retrouver dans le *Centre médical* pour la communiquer à nos lecteurs. Elle était adressée à Mlle Schultze.

Donc te voilà doctresse,
 Sainte ivresse !
 Qu'il a palpité, ton sein
 Quand, dans le vieil idiome,
 Un diplôme
 Te proclama médecin !

Donc, vous le voulez, mesdames !
 Vous, ô femmes,
 Vous le parfum, la beauté,
 Vous l'amour, vous les caprices,
 Les délices,
 Le charme et la volupté.

Vous que tous, tant que nous
 sommes,
 Faibles hommes,
 Nous adorions à genoux,
 Vous dont la vie était faite
 Pour la fête
 Et les joyeux rendez-vous

Vous dont la lèvre se pose
 Fraîche et rose
 Sur notre front soucieux,
 Vous chez qui l'on allait rire
 Et s'instruire
 De riens très délicieux.

Vous vous mettez la cravate
 D'Hippocrate
 Et de Purgon le camail.
 Adieu, délice et mystère,
 Le clystère
 A remplacé l'éventail.

Vous parlez anatomie,
 O ma mie :
 Effroyable assassinat !
 Si l'on vous dit : Je t'adore,
 Dis encore,
 Vous répondez : Rubinat !

Sur le carnet aux quadrilles

Où les filles

Inscrivaient le danseur brun,

Vous écrivez des formules

De pilules

De kermès et de nerprun.

Vos yeux faits pour les extases

Dans les vases

Plongeront en attestant

Que la matière « ineffable »

Est louable.

Ce sera bien dégoûtant.

Et quand l'époux que tu leurres,

Vers onze heures,

Voudra t'embrasser sans bruit,

Tu lui diras, infidèle :

On m'appelle

A la sonnette de nuit...

NOTES PRATIQUES

Étiologie de la maladie de Barlow. — M. TIERCELIN, à la Société médicale des hôpitaux, rapporte cinq cas de *maladie de Barlow*, observés chez les enfants de huit mois, dix-sept mois, vingt-sept mois, trois ans et demi et sept ans.

Dans l'un de ces cas il n'existait que de la douleur au niveau des membres inférieurs ; dans trois autres on constatait des phénomènes douloureux d'empâtement de l'extrémité supérieure des fémurs et des fongosités gingivales, enfin le cinquième cas présentait la forme hémorragique, avec purpura, melena et hémorragies gingivales. Ces cinq malades étaient nourris au moyen de lait stérilisé et de farines dites de conserve.

L'auteur se rallie à l'opinion généralement admise qui attribue le développement du scorbut infantile à l'alimentation trop exclusive au moyen de ces aliments de conserve. Enfin, dans aucun de ces cinq cas il n'y avait trace de rachitisme. La maladie de Barlow est donc bien du scorbut, et non du rachitisme, comme l'ont soutenu certains auteurs.

Lait stérilisé et cas de maladie de Barlow. — M. Guinon fut appelé récemment en consultation par M. Coffin, pour un enfant de quelques mois qui présentait de la tuméfaction des membres, des douleurs très vives sous l'influence des mouvements qu'on lui imprimait, et chez lequel on avait tout d'abord soupçonné du rhumatisme. Mais il y avait en outre un état fongueux des gencives, qui n'avait pas d'ail-

leurs échappé à l'examen de M. Coffin, et l'avait mis en défiance à l'égard de la maladie de Barlow, diagnostic que M. Guinon n'hésita pas à attribuer au lait stérilisé. Or cet enfant était nourri exclusivement avec un nouveau lait stérilisé, dit lait Nectar dont la stérilisation est faite à une température peu élevée, sous pression d'oxygène. On mit l'enfant au régime du lait cru, on lui administra du jus de raisin et du jus de citron, et dès le 4^e jour de ce traitement, on constata dans l'état de l'enfant une amélioration manifeste, qui continua à s'accroître de jour en jour depuis lors. C'était évidemment le mode d'alimentation antérieure qu'il fallait incriminer là, comme facteur principal dans la genèse de la maladie, et M. Guinon tira de ce fait cette conclusion que le lait stérilisé industriellement peut quelquefois donner lieu à quelques accidents, lorsqu'il est employé trop longtemps et exclusivement.

L'hydrogène sulfuré dans le traitement des affections cardiaques. — Bensen pense que l'usage de ce médicament se répandra de plus en plus dans le traitement des affections cardiaques d'origine rhumatismale. L'action de la vapeur ralentit le pouls. L'auteur ne donne pas d'observations cliniques, il se contente de constater les bons effets obtenus par l'inhalation de l'hydrogène sulfuré. Il pense d'ailleurs que l'action bactéricide de la vapeur est insignifiante en ce qui regarde son action sur l'économie.

GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DU VAGINISME

(Pozzi).

I. TRAITEMENT MÉDICAL — Antispasmodiques : bain de son, tous les jours.

Traitement hydrothérapique.

Bromure de potassium.

Matin et soir, appliquer un suppositoire avec :

N° 1. Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 25
Beurre de cacao.....	4 —
N° 2. Extrait de ratanhia.....	2 gr.
Beurre de cacao.....	2 —

Prescrire comme pommade :

Iodoforme.....	2 gr.
Beurre de cacao.....	2 —
Vaseline.....	15 —

Introduire dans le vagin une mèche enduite de cette pommade.

II. TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Si le vaginisme est dû à l'hyperesthésie et à l'étroitesse de la vulve, pratiquer une opération ayant pour but à la fois et d'agrandir la vulve et de déplacer la surface hyperesthésique, sur laquelle devait s'exercer le premier effort du membre viril.

Voici comment il faut procéder sous l'anesthésie :

Inciser d'abord l'hymen avec des ciseaux, puis faire la dilatation forcée de la vulve avec le spéculum de Trélat ; pratiquer ensuite de droite à gauche une incision latérale, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire. Cette incision, longue de 3 à 4 centimètres, dépasse un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et forme avec elle une croix. Elle met à nu les fibres du constricteur et divise leur couche superficielle, dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres.

Enfin, faire la dissection des lèvres de la plaie, de manière à produire leur écartement ; donner ainsi peu à peu à l'incision primitive la forme d'un losange allongé, à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire.

Réunir alors la plaie opératoire de manière à obtenir une ligne de suture qui croise perpendiculairement à la direction de l'incision primitive de la vulve. La suture attire la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision faite au commencement de l'opération.

On obtient de la sorte un agrandissement de la vulve, que l'on peut graduer à son gré, et on produit un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice, de manière à soustraire au frottement du coït la zone d'où partent les actions réflexes.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE L'OPHTALMIE
PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS.

(Bar).

Ces mesures préventives, simples et faciles à observer et presque toujours efficaces se résument dans les quelques prescriptions suivantes. (Thèse de M. le Dr Sevray.)

1° Désinfecter les organes génitaux de la mère avant l'accouchement, dans les cas de blennorrhagie, de leucorrhée, ou de vaginite granuleuse, au moyen d'une injection abondante, faite avec un liquide antiseptique, tel que le permanganate ou le sublimé ;

2° Dès les premières douleurs faire prendre à la parturiente un grand bain savonneux ;

3° Pendant le travail, protéger l'entrée du vagin au moyen d'une compresse de gaze antiseptique placée à l'orifice vulvaire, et recouverte elle-même d'une couche d'ouate (cette précaution devra surtout être prise avec grand soin lorsque les membranes seront rompues) ;

4° Ne faire le toucher qu'après une désinfection soignée des mains et ne le répéter que le moins souvent possible ;

5° Eviter avec grand soin d'ouvrir les yeux de l'enfant dans les explorations et manœuvres obstétricales qui peuvent être tentées ;

6° Aussitôt après la naissance, avant la section du cordon, alors que l'enfant n'a pas encore ouvert les yeux, les lui nettoyer minutieusement sur toute leur surface extérieure avec un tampon d'ouate employé à sec ; puis laisser tomber entre les paupières entr'ouvertes une ou deux gouttes de nitrate d'argent à 1 pour 150 ;

7° Après la section du cordon, nettoyer l'enfant avec un mélange à parties égales d'alcool à 90°, de glycérine et d'eau, supprimant tout bain, sauf ceux qui auraient un but thérapeutique ;

8° Veiller tout spécialement, pendant les premières semaines, à la propreté la plus rigoureuse des objets de toilette. Ne jamais se servir, pour la face, des linges et éponges utilisés pour le reste du corps. La propreté la plus rigoureuse sera également exigée de tous ceux qui donnent des soins à l'enfant.

— Si, malgré toutes ces précautions, l'ophtalmie vient à se déclarer, il faut agir au plus tôt et recourir au traitement suivant :

1° Faire plusieurs fois par jour dans l'œil malade d'abondantes irrigations, au moyen de l'entonnoir laveur de Kalt, avec du permanganate de potasse à 1 pour 2,000, suivant la virulence du pus et la tolérance des tissus malades ; dans certains cas, on devra associer à ce traitement quelques cautérisations légères au nitrate d'argent ;

2° Si l'affection est unilatérale, protéger l'œil sain au moyen d'un léger pansement occlusif placé sur l'œil malade ;

3° Isoler tout enfant atteint et prévenir son entourage de la contagiosité de la maladie ;

4° Désinfecter ou détruire tous les linges ou autres objets qui ont pu se trouver souillés.

EMBRYOGÉNIE

DES CAUSES QUI FAVORISENT LA FORMATION DES SEXES.

RECHERCHES CLINIQUES

Par AL. BOISSARD, accoucheur à la maternité de l'hôpital Tenon.

Je vous prie de m'accorder quelques instants d'attention et vous demande de répondre à la communication si intéressante et si documentée que vient de faire mon ami le docteur Guiard parue dans le n° précédent ; cette question de la sexualité m'intéresse, en effet, depuis longtemps, et je puis d'autant plus facilement prendre la parole à cette occasion que le docteur Guiard a bien voulu me communiquer son travail ; je vais donc apporter ici les résultats de mes recherches personnelles.

Je féliciterai tout d'abord le docteur Guiard sur le titre même de sa communication qu'il n'a pas intitulée : De la procréation des sexes à volonté, comme on le fait trop souvent quand on aborde ce sujet ; cette expression « Procréation des sexes à volonté » doit être absolument rejetée, non seulement parce qu'elle n'est pas scientifique, mais encore parce qu'elle a un côté charlatanesque ; j'intitulerai donc ma communication : *Recherches des causes qui favorisent la formation des sexes.*

Tout d'abord, je crois pouvoir affirmer que nous ne connaissons jamais les lois qui régissent ou déterminent la sexualité, et je crois pouvoir appuyer mon dire, en formulant les objections suivantes :

1° *Objections tirées de l'ordre métaphysique et social.*

Si les causes qui président à la détermination du sexe nous étaient connues, il s'ensuivrait un bouleversement général des conditions de l'existence civilisée ; très rapidement l'humanité se trouverait aux prises avec des difficultés extraordinaires, qui mettraient en jeu son existence même ; on assisterait non seulement à la naissance de problèmes sociaux nouveaux, mais encore à l'écllosion de luttes fratricides.

Il semble donc qu'il y ait un rapport préétabli entre la sexualité masculine et féminine, une *auto-régulation* ; ce rapport est nécessaire pour l'harmonie des lois de l'existence ; il est la base de l'humanité

et de la civilisation ; je crois donc pouvoir affirmer que cette autorégulation reste au-dessus de nos connaissances et qu'elle ne saurait être changée par la volonté de l'homme.

2° *Objections tirées des lois de l'hérédité.*

Nous savons tous, sans pouvoir en donner une explication, que la puissance génératrice de garçons ou de filles se transmet héréditairement ; il y a longtemps qu'on a remarqué qu'il y avait des familles à garçons et des familles à filles ; je puis, entre autres faits, vous rapporter l'exemple suivant :

La famille A... se compose de trois enfants, une fille aînée, une fille cadette et un garçon ; la fille aînée se marie et a 5 garçons et une fille ; la cadette mariée donne le jour à 5 garçons, le fils n'a qu'un enfant, un garçon.

Des 5 garçons de la fille aînée, trois se marient qui ont 7 enfants, 5 garçons et 2 filles ; quant à sa fille, elle donne le jour à deux garçons.

Ainsi donc, dans cette famille, il y a eu 11 enfants du sexe masculin et 7 petits-enfants du sexe masculin, soit 18 mâles sur 21 enfants.

Est-ce que cette même loi ne se constate pas pour certains pays et pour certaines races ?

3° *Objections tirées des lois de fonctionnement social.*

Les statistiques démontrent qu'après une grande disparition d'hommes succède une grande natalité masculine : les vides, en un mot, sont remplis par la sexualité qui se trouve momentanément en déficit.

Ces différentes objections générales démontrent, il me semble, que les lois qui déterminent la sexualité sont au-dessus de nos connaissances et doivent échapper au pouvoir de l'homme.

Si ces lois nous échappent, il n'est pourtant peut-être pas impossible de chercher si certaines conditions ne favorisent pas plutôt une sexualité de préférence à l'autre ; la loi de Thury, que vous connaissez bien, semble en effet présenter une parcelle de vérité, ou plutôt démontrer que l'état dans lequel se trouve l'ovule au moment de l'imprégnation intervienne comme facteur dans la détermination du sexe : cet état particulier est le degré de maturité de l'ovule au moment de l'imprégnation ; si l'imprégnation se produit sur un ovule jeune, le produit de conception est du sexe féminin ; se produisant sur un ovule vieux, c'est-à-dire avec son complet développement, le produit de conception est du sexe masculin : comment expliquer autrement la différenciation sexuelle chez les petits d'une même portée après une seule imprégnation ?

Il ne faut pourtant pas trop exagérer la valeur de la loi de Thury, ni en généraliser les conditions : nous savons en effet que cette loi ne s'applique pas à toutes les espèces, et que même elle n'est pas

à absolument constante pour la même espèce, ce qu'on pourrait probablement expliquer en avouant que nous ne connaissons ni la durée de la maturité de l'ovule, ni celle de sa fécondabilité.

En somme, le problème qui nous occupe consiste à rechercher quelle sera la sexualité, selon que la fécondation portera sur un ovule jeune ou sur un ovule sinon vieux, du moins ayant atteint son complet et parfait développement.

Nous savons que les ovules ne sont pas d'un sexe prédestiné : les ovules fécondés sont hermaphrodites ; l'embryon présente au début de sa formation une phase d'indifférence sexuelle ou plutôt de *bi-sexualité* ; quelles sont donc les causes qui produisent l'atrophie et la disparition des éléments anatomiques qui sont chargés du développement du type féminin tandis qu'il y aura prolifération des cellules qui président à la formation ou à la production définitive du type mâle ?

Partant de cette idée que la fécondation d'un ovule jeune donne naissance à un produit du sexe féminin, il nous reste à assigner le moment où s'est opérée la fécondation : une fois que nous aurons déterminé les cas de fécondation portant sur l'ovule jeune ou sur l'ovule vieux, il ne nous restera plus qu'à constater quelle sera la nature du sexe dans l'un ou l'autre cas.

Il est reconnu que le produit de conception peut provenir soit d'une fécondation qui suit les règles (ovule vieux), soit d'une fécondation qui précède la menstruation (ovule jeune) ; en un mot, si l'ovule fécondé appartient à la *dernière apparition des règles*, il y aura *fécondation post-menstruelle*, s'il appartient à la *première suppression* des règles, il y aura *fécondation pré-menstruelle*.

J'ai donc cherché à déterminer les cas où il y avait fécondation post-menstruelle et les cas où il y avait fécondation pré-menstruelle, et dans chaque cas j'ai noté la nature des sexes ; on comprend facilement qu'il soit plus facile de déterminer les cas de fécondation pré-menstruelle que les cas de fécondation post-menstruelle.

Comment établir que la fécondation a été pré-menstruelle, c'est-à-dire qu'elle a eu lieu dans les jours qui précèdent la première disparition des règles ?

J'ai réuni sous quatre chefs les preuves cliniques de fécondation pré-menstruelle, et dans tous ces cas, j'ai noté le sexe du produit de conception.

A. *Du sexe dans les grossesses pseudo-prolongées ou de 10 mois ;*

J'ai rencontré à la maternité de l'hôpital Tenon quantité de femmes enceintes se présentant pour accoucher, parce que d'après l'époque de leurs dernières règles elles se croyaient à terme ; or, en fait, ces femmes à ce moment n'étaient enceintes que de huit mois ; le volume de l'utérus, le volume du fœtus permettaient d'affirmer que la conception remontait non à la dernière apparition des règles, mais bien à la première disparition, et j'en avais la preuve par ce fait que

la grossesse continuait encore trois semaines; l'accouchement d'un enfant à terme se produisait à la dixième époque correspondante des dernières règles; il y avait donc eu conception pré-menstruelle; je vais prendre un exemple pour bien faire comprendre ma pensée : Une femme ayant eu ses dernières règles le 13 février se présente le 13 novembre pour accoucher se croyant tout près du terme; en fait à ce moment par le développement du fœtus on reconnaît qu'elle n'est enceinte que de huit mois; la fécondation n'a donc pas suivi les dernières règles, mais a précédé la première disparition qui est du 13 mars; et de fait, cette femme n'accouche que le 10 décembre d'un enfant à terme; il y a eu fécondation pré-menstruelle, la femme n'accouchant qu'aux environs de la dixième époque manquante des règles; je ferai observer que dans ces cas, je note, *pendant la grossesse*, la nature du produit de conception, donnant une fiche spéciale à la femme; après l'accouchement je vois si l'observation au point de vue du sexe annoncé se vérifie ou non.

Comme corollaire de ces cas, il faut y joindre les observations où les femmes paraissent accoucher à terme d'après l'époque correspondante des dernières règles, mais qui, en réalité, accouchent à huit mois, comme le démontre le poids de l'enfant qui est de 400 à 500 grammes au-dessous de la moyenne; dans ces deux ordres de faits, il semble donc permis d'affirmer que la fécondation n'a pas suivi la dernière apparition des règles, mais a précédé la première suppression; sur 37 cas se rapportant à cet ordre de preuves, et où j'ai noté, pendant la grossesse, le sexe probable du produit de conception, il y a eu 21 filles et 16 garçons.

B. Du sexe dans les grossesses géminaires bi-vitellines avec sexes croisés :

Il est une variété de grossesse gémellaire assez rare où la conception, au lieu d'être simultanée, est successive, quoique dans la même période intermenstruelle; la fécondation, au lieu d'être le résultat de la polyspermie ou de porter sur un ovule à deux germes, la fécondation, dis-je, porte successivement sur deux ovules qui présentent un degré différent de maturité; or dans les cas où les sexes sont croisés, on observe, au moment de l'accouchement, la naissance d'un garçon dont le poids dépasse de 500 à 600 grammes celui du deuxième produit qui est une fille, preuve que l'émission de l'ovule dont elle provient a été postérieure à la fécondation du premier ovule qui a donné naissance à un garçon; il est donc encore permis de conclure que l'ovule pondu et fécondé le second, c'est-à-dire pré-menstruel, évolue suivant le type féminin; les faits de ce genre sont rares et difficiles à observer, j'en possède pourtant quelques-uns, entre autres la fiche 945, où le garçon pesait 600 grammes de plus que la fille; le garçon était à terme, la fille ne l'était pas; la fécondation pour celle-ci avait été pré-menstruelle.

C. Du sexe dans la conception pendant l'aménorrhée, — Je ne me

suis occupé que des conceptions pendant l'aménorrhée qui accompagne l'allaitement, laissant de côté l'aménorrhée de cause pathologique.

Il m'a paru très intéressant de noter dans ces cas quelle était la nature du produit de conception, mais pour que ces observations aient une valeur absolue, il faudrait que les nourrices non réglées s'exposassent à devenir enceintes tous les jours, c'est-à-dire dès le début de la maturité, de la fécondabilité de l'ovule; de cette façon l'imprégnation ne pourrait porter que sur un ovule jeune; quoiqu'il en soit de cette restriction nécessaire, j'ai observé 16 cas de conception pendant l'aménorrhée. Or, sur 16 cas, il y a eu 11 filles et 5 garçons.

D. Du sexe lors de la conception chez les nouvelles mariées. — Dans les cas semblables qui ne peuvent avoir de valeur que dans la clientèle de la ville, on peut parfois avoir des données positives sur l'époque où s'est produite la fécondation; or il est intéressant de noter quel est le sexe, suivant que la fécondation a eu lieu après la dernière apparition ou avant la première disparition des règles; ces cas ne peuvent s'appliquer que chez les nouvelles mariées qui deviennent enceintes sans avoir revu leurs règles depuis leur mariage; dans ces faits la nature du produit de conception m'a paru également dépendre de l'époque du mariage par rapport à l'époque des dernières règles.

Fixons le fait par exemple : une jeune fille a ses dernières règles le 5 mars, elle se marie le 25 du même mois, et devient enceinte de suite comme le prouve l'absence des règles qui auraient dû venir le 5 avril; c'est bien là un cas de fécondation pré-menstruelle; or ces cas favorisent la sexualité féminine; on peut donc dire que si le mariage a lieu 15 ou 20 jours après les dernières règles, et s'il y a eu fécondation de suite, c'est-à-dire dans les 8 jours qui précèdent la prochaine époque des règles, la sexualité est en général du type féminin.

Ce fait avait frappé depuis longtemps l'esprit des masses, et vous connaissez le dicton populaire qui dit que les garçons font souvent injure à leurs mères nouvelles mariées, tandis que les filles retardent, parce que déjà coquettes elles font leur toilette; si les filles retardent, comme on dit, n'est-ce pas une preuve que la fécondation n'a pas porté sur l'ovule des dernières règles, mais sur l'ovule de la première disparition des règles, ce qui revient à dire qu'il y a conception pré-menstruelle?

En résumé, j'ai cherché à reconnaître les cas où l'imprégnation avait eu lieu dans les jours qui précèdent *la première disparition des règles*, et non qui suivent *la dernière apparition*, c'est-à-dire, les cas de fécondation pré-menstruelle, et j'ai noté dans ces cas quelle est, au point de vue du sexe, la nature du produit de conception.

J'ai pu ainsi obtenir 53 cas qui m'ont fourni 32 filles et 21 garçons;

je poursuivrai certainement ces recherches, mais je crois pouvoir conclure que si la fécondation porte sur un ovule jeune, le produit est plus souvent du sexe féminin; en un mot, l'âge de l'ovule fécondé, c'est-à-dire son degré de maturité paraît être un facteur qui préside à la formation du sexe et détermine la sexualité suivant le type féminin.

Qu'il me soit permis, en terminant, d'élever le débat, et de porter la question sur un terrain plus général en faisant une excursion dans le domaine philosophique; l'ovule jeune, au début de sa maturité est une cellule incomplète, imparfaite puisqu'elle n'a pas encore acquis tout son développement, qu'elle n'a pas parcouru son cycle. C'est pourquoi cet ovule, cette cellule encore imparfaite, lorsqu'il y aura fécondation donnera naissance à un être faible, inférieur, c'est-à-dire à un produit du sexe féminin, à petit squelette, petits muscles, petit cerveau; c'est là, croyons-nous, une démonstration anatomophysiologique de la débilité de la femme qui, provenant d'une cellule à développement inachevé, doit se présenter comme un être qui n'est pas fini.

OBSTÉTRIQUE

A PROPOS D'UN CAS DE RUPTURE SPONTANÉE DE L'UTÉRUS, AU COURS DU TRAVAIL,

Par E. PAQUY.

Chef de clinique à la Maternité.

La femme P. J..., âgée de 31 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 15 novembre 1900 à 5 h. 15 du soir.

C'est une secondipare, elle est accouchée spontanément une première fois à la Clinique Tarnier le 4 juillet 1898: enfant vivant présenté par le sommet, à terme.

Elle a eu ses dernières règles du 26 au 28 février 1900. Apparition des premières douleurs le 15 novembre à 9 heures du matin. Une sage-femme prévenue se présente chez la parturiente à midi, constate que la dilatation est complète et rompt les membranes. Il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique de coloration normale. La sage-femme engage sa cliente à faire des efforts d'expulsion. Mais à 2 h. 1/2, voyant que la tête n'a aucune tendance à s'engager, elle fait appeler un médecin qui conseille le transfert à l'hôpital.

À 5 h. 15 du soir, la femme arrive à la Clinique. Son état général est bon. Pouls 108, température 37°. L'utérus remonte à 36 centimètres au-dessus de la symphyse. Au palper, on constate que la tête fœtale se trouve au niveau du détroit supérieur, le dos à gauche. Les bruits du cœur fœtal sont normaux. Au toucher, on trouve une

dilatation complète, les membranes rompues. Le liquide amniotique est coloré en vert. Sur la tête foetale on sent une bosse sero-sanguine volumineuse qui occupe l'aire du détroit supérieur. Le doigt arrive très facilement sur le promontoire. Le diamètre P. S. P. mesure 9 cent. 5.

Immédiatement au-dessus du pubis, on sent une tuméfaction paraissant siéger au-dessous de la paroi musculaire, remontant un peu au-dessus de la symphyse et débordant latéralement la ligne médiane de 5 centim. à droite et à gauche. Le cathétérisme ayant démontré qu'il ne s'agissait pas de la vessie pleine, on pense qu'on se trouve en présence de cet œdème du segment inférieur de l'utérus qu'on rencontre si souvent à ce niveau chez les femmes en travail ayant un rétrécissement du bassin.

Cette femme ayant accouché une première fois spontanément à terme, son état général ainsi que celui de son enfant étant satisfaisants, on décide d'attendre encore quelques heures avant de pratiquer une intervention.

A 8 heures du soir, je vis cette femme pour la première fois. Les contractions utérines étaient régulières, mais il n'y avait aucune tendance à l'engagement de la partie foetale. Les membranes étaient rompues depuis plus de cinq heures, la tête inclinée sur son pariétal postérieur, la suture sagittale était à un centimètre environ de la face postérieure de la symphyse, paraissait fixée et n'avait aucune tendance à descendre dans l'excavation. Je pensais qu'on aurait tout à perdre en attendant plus longtemps et je me disposai à pratiquer la symphyséotomie.

Les préparatifs nécessaires à cette opération demandèrent une heure environ. La femme avait été rasée et transportée dans la salle où on devait l'opérer sans que rien d'anormal ait été constaté dans son état. Tout à coup, au moment où on allait commencer l'anesthésie, nous vîmes la tuméfaction signalée quelques heures auparavant au niveau de la région hypogastrique, augmenter de volume, atteindre l'ombilic, gagner la partie latérale gauche de l'abdomen pendant que l'utérus était refoulé à droite. Le pouls de la femme monte à 120, elle pâlit et se plaint d'une douleur violente au niveau de la partie inférieure de l'abdomen. On applique immédiatement le sthétoscope au niveau du dos du fœtus et on ne perçoit plus les bruits du cœur. Sous nos yeux, une rupture utérine venait de se produire.

L'enfant était mort, et la tête foetale était toujours au niveau du détroit supérieur, il fallait l'entraîner avec rapidité par les voies naturelles. La femme est anesthésiée et on pratique une basiotsipsie qui permet d'extraire facilement un fœtus du sexe masculin pesant 3,000 grammes sans matière cérébrale.

Aussitôt après l'extraction du fœtus, une main introduite dans la cavité utérine reconnaît l'existence d'une déchirure sous-péritonéale de la paroi antérieure, s'étendant à gauche et située immédiatement

au-dessous du bord inférieur du placenta inséré sur la face antérieure de l'utérus. A l'aide de la délivrance artificielle, on extrait un placenta pesant 330 grammes.

L'intervention que nous venions de pratiquer nous avait permis de contrôler notre diagnostic. Il s'agissait bien d'une rupture utérine qui ne pouvait être traitée que par une laparotomie.

Elle fut pratiquée séance tenante. A l'ouverture du ventre, nous trouvâmes l'utérus à droite, et à gauche un énorme hématome du ligament large, du volume d'une tête d'enfant de 3 à 4 ans. Il n'y a pas de sang dans le ventre, la déchirure est sous-péritonéale. On place à droite et à gauche une ligature sur les utéro-ovariennes, on sectionne le ligament large au-dessus et on rejoint les deux brèches par une incision transversale grâce à laquelle on décolle la vessie de la face antérieure de l'utérus. On prolonge l'incision sur la partie antérieure de l'hématome de façon à ouvrir le péritoine et à le vider des caillots qu'il contient. Il est impossible de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, il semble plus prudent d'amputer l'utérus au-dessous de la déchirure, de faire des ligatures sur les vaisseaux béants et d'extérioriser le moignon probablement infecté. On fait un surjet au catgut sur le ligament large gauche. On place un drain et une mèche de gaze stérilisée dans le cul-de-sac de Douglas, qui sortent par la plaie abdominale en arrière du pédicule. Suture de la paroi. Durée de l'opération 35 minutes.

A minuit, injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum salé.

Le 20, état général bon.

Le 21, lavement.

Le 23, purgatif. Le soir la malade s'alimente.

Le 24, premier pansement, on enlève la mèche de gaze.

Le 27, on supprime le drain.

Le 29, on enlève les fils.

Le 11 décembre, la femme va bien. Elle part en bon état le 19.

En résumé nous nous sommes trouvés en présence d'une rupture spontanée, sous-péritonéale du segment inférieur de l'utérus survenue chez une femme secundipare en travail depuis 12 heures environ.

Quelle a été la cause de cette rupture? Le bassin de cette femme est rétréci suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, le diamètre promonto-sous-pubien ne mesurant que 9 c. 5. La tête fœtale orientée suivant le diamètre transverse n'a pu franchir le rétrécissement malgré des contractions utérines énergiques. Elle s'est arrêtée au niveau du détroit supérieur, inclinée sur son pariétal postérieur, puisque la suture sagittale se trouvait à 1 centimètre environ de la face postérieure de la symphyse, le pariétal antérieur butant et comme accroché au-dessus du pubis. Il en est résulté une compression de la paroi antérieure de l'utérus, serrée entre la tête fœtale et l'arc antérieur du bassin, d'où gêne de la circulation et infiltration œdémateuse du segment inférieur de l'utérus. Nous rappellerons en effet, que lors de l'arrivée de cette femme à Baude-

loque on avait constaté la présence au-dessus du pubis d'une tumeur mollassse, pâteuse, paraissant siéger au-dessous de la paroi musculaire de l'abdomen. C'est là, comme l'enseigne Pinard, un des facteurs pathogéniques de la rupture spontanée de l'utérus.

En effet, chaque fois qu'au cours du travail de l'accouchement un point quelconque de la filière pelvi-génitale : segment inférieur, col, périnée, s'infiltré et s'œdématisé, il faut s'attendre à une déchirure au niveau du point où siège l'œdème : tout tissu infiltré est un tissu qui a perdu son élasticité et qui se déchirera, comme du papier mouillé, sous l'influence du moindre effort. Par conséquent ici, nous croyons qu'il faut attribuer la rupture qui s'est produite spontanément au cours du travail, à l'infiltration œdémateuse de la paroi utérine.

Cette rupture pouvait-on l'éviter ? Oui, sans doute si on avait pratiqué la symphyséotomie, dès que cette femme est arrivée à Baudelocque. On aurait certainement pratiqué cette opération sans attendre, si cette femme avait été primipare. Mais nous savions qu'elle était accouchée une première fois d'un enfant vivant, à terme, né spontanément, et étant donné qu'elle n'était en travail que depuis quelques heures nous crûmes qu'il fallait l'observer encore avant de pratiquer l'agrandissement momentané du bassin, espérant que sous l'influence des contractions utérines la tête fœtale arriverait à franchir spontanément le détroit supérieur rétréci.

Après la rupture et la mort du fœtus il n'y avait plus qu'une seule chose à faire : vider l'utérus le plus rapidement possible, c'est ce qui a été fait. Mais après, devons-nous, après avoir constaté qu'il s'agissait d'une rupture sous-péritonéale, nous contenter de drainer et de tamponner la cavité utérine ? Nous ne le croyons pas. Nous pensons que chaque fois qu'après l'extraction du fœtus l'accoucheur a la preuve qu'il existe une rupture de l'utérus, son devoir est d'ouvrir le ventre. En effet, si les non-interventionnistes ont publié un certain nombre d'observations de rupture utérine qui ont guéri sans opération, nous croyons que cette conduite fait courir à la femme les plus grands dangers et les quelques cas où on a pu s'applaudir de s'être croisé les bras ne sont rien en comparaison de ceux où on a laissé mourir des femmes sans essayer de leur porter secours. Le ventre ouvert, on aurait pu songer à faire une opération conservatrice et à suturer les bords de la plaie utérine. Nous ne nous sommes pas arrêtés à ce dernier manuel opératoire : il existait un énorme hématome du ligament large qui avait décollé le péritoine sur une grande étendue, le sang infiltré nous aurait gêné pour faire les sutures et on aurait pu craindre que dans ces tissus contus, infiltrés, il se produisit une hémorragie secondaire. On pouvait encore redouter la suppuration du caillot sanguin par infection secondaire. Pour toutes ces raisons, nous avons cru qu'une seule opération était indiquée : l'amputa-

tion utéro-ovarienne avec extériorisation du moignon et drainage par la voie abdominale de la cavité de l'hématome.

Un heureux concours de circonstances nous a permis d'aider notre accouchée à se tirer d'affaire. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Sans parler des cas où l'abondance de l'hémorragie est telle que la femme meurt presque subitement sans qu'on puisse lui porter secours, il y a une variété de rupture utérine, encore assez mal connue qui comporte presque toujours un pronostic fatal et dont nous voudrions dire quelques mots. Deux autres cas observés par nous, nous permettront d'essayer de mettre en relief les faits auxquels nous faisons allusion.

La première de ces deux observations a trait à une femme de 42 ans, qui était accouchée déjà neuf fois à terme. Six autres grossesses s'étaient terminées par des avortements. Cette femme albuminurique eut au cours de sa dernière grossesse, pendant le huitième mois, un décollement prématuré du placenta par hémorragie rétro-placentaire. Cette hémorragie se produisit le 8 mai 1900 vers 8 heures du matin et elle n'arriva à Baudelocque qu'à 2 h. 1/2 de l'après-midi, inondée de sang, la face très pâle, le pouls incomptable. Par le toucher on arrivait sur un col dilaté comme deux francs, au niveau duquel on sentait des cotylédons placentaires. Nous rompîmes les membranes espérant que l'hémorragie cesserait ; il n'en fut rien et l'état de cette femme devenant de plus en plus mauvais, nous dilatâmes à l'aide des doigts et avec la plus grande facilité, le col ce qui nous permit d'extraire à l'aide du forceps un fœtus mort de 1,800 grammes. Le placenta décollé fut expulsé derrière le fœtus. Injection chaude intra-utérine. L'hémorragie parait arrêtée, il s'écoule à peine quelques gouttes de sang noir. Il est à ce moment trois heures : l'état général ne me parait pas trop inquiétant et je quitte la clinique. Un quart d'heure après mon départ, la femme pâlit, il s'écoule par le vagin quelques cuillerées de sang noir. Elle meurt à trois heures et demie.

A l'autopsie, nous constatons aussi, au niveau du segment inférieur, une déchirure partant de l'insertion vaginale et se prolongeant en pointe sur toute la hauteur du segment inférieur et intéressant une veine utérine droite, l'artère est intacte. Cette déchirure n'intéressait que la paroi utérine, le péritoine était intact, à son niveau il y avait une ecchymose, mais pas d'épanchement sous-péritonéal.

La seconde observation est celle d'une femme de 34 ans, qui accouchait pour la quatrième fois. A la dilatation complète, il se produisit, lors de la rupture des membranes, une procidence du cordon qui ne put être réduite. La sage-femme de garde fit immédiatement une version podalique et put extraire facilement une fille vivante de 3,200 grammes. Délivrance artificielle, au cours de laquelle on ne constate rien d'anormal. Tout va bien pendant quelques instants, puis tout à coup la femme pâlit, vomit, le pouls

devient imperceptible, le visage s'altère, se cyanose, et cependant il ne s'écoule pas de sang par la vulve. La situation s'aggrave de plus en plus, et la femme meurt avant qu'on ait eu le temps d'intervenir.

A l'autopsie, on trouva encore, comme dans le premier cas, une fissure de la partie postérieure du segment inférieur, commençant au niveau de l'insertion vaginale du col et s'étendant à gauche jusqu'à 8 centimètres du bord inférieur du segment inférieur. La paroi utérine n'était même pas intéressée dans toute son épaisseur. Aucun vaisseau n'avait été déchiré.

Laissant de côté la cause de la rupture qui, dans ces deux cas, a été nettement traumatique, on peut se demander pourquoi ces deux femmes sont mortes aussi rapidement. Dans les deux cas, il est impossible d'incriminer une hémorragie, puisque dans la première observation, il n'y a eu de déchiré qu'une veine dont la rupture a occasionné un léger suintement sanguin et que, dans la seconde, il n'y a pas eu d'hémorragie du tout. Nous pensons qu'ici il faut très largement tenir compte des déchirures nerveuses. Rein a démontré (1) que sur tous les filets nerveux, afférents et efférents des plexus utérins, il y avait de très nombreuses cellules ganglionnaires. De plus, Gawronsky (2) en a signalé à la face profonde de la muqueuse utérine et sur le plexus qui entoure les fibres musculaires. Nous croyons donc que les lésions de ces cellules ganglionnaires et de ces filets nerveux jouent un grand rôle dans les cas où on constate une mort rapide, précédée de phénomènes de *shock*, d'inhibition, sans qu'on puisse établir une relation de cause à effet entre la gravité du traumatisme et l'intensité des phénomènes observés.

INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT ANORMAL SUR LE DÉVELOPPEMENT DES TROUBLES CÉRÉBRAUX CHEZ L'ENFANT.

M. le Dr Paul Tissier a cherché à résoudre, par des documents statistiques, la question de savoir dans quelle mesure un accouchement anormal, c'est-à-dire prématuré ou déterminé par une opération obstétricale, etc., pouvait être la cause de troubles cérébraux ultérieurs chez l'enfant. Si l'on prend en bloc un groupe de sujets atteints de lésions cérébrales remontant à l'enfance, tels que des idiots, des épileptiques, des hémiplégiques, des paraplégiques et des hydrocéphales et qu'on considère les conditions dans lesquelles s'est fait l'accouchement qui leur a donné naissance, la réponse ne paraît guère douteuse. En effet, sur 900 malades examinés dans ce but dans le service de M. Bourneville, M. Tissier a vu que, dans

(1) Ann. de la Société de Biologie. Paris 1882.

(2) Centralbl. f. gynæk. 1894.

une proportion de 22 0/0, une anomalie dans l'accouchement s'était produite, tandis que dans la statistique générale de la maternité Baudelocque, par exemple, on ne rencontrait une anomalie obstétricale que dans 11,65 0/0 des cas. Les accouchements anormaux semblent donc être deux fois et demie plus nombreux chez les idiots que chez les enfants sains.

Si on prend en particulier chacun des désordres cérébraux étudiés, on voit que l'idiotie simple, les paralysies spasmodiques, l'hydrocéphalie peuvent indifféremment être la conséquence de ces lésions obstétricales, sans qu'aucune anomalie spéciale puisse être rendue responsable d'accidents spéciaux.

D'autre part, en étudiant en particulier les anomalies de l'accouchement prématuré, on voit que c'est l'accouchement prématuré qui est responsable, dans la plus forte proportion, des accidents constatés ; et ce n'est pas pour la simple raison que le développement intra-utérin a été interrompu avant terme ; c'est plutôt parce que l'encéphale, ses vaisseaux et ses enveloppes, encore trop friables et insuffisamment protégés par le crâne mal ossifié, sont davantage exposés aux traumatismes inévitables de l'accouchement le plus normal.

Mais il est un point en particulier qui ressort bien des recherches de M. Tissier : c'est qu'il est une cause ayant une influence importante, complexe et particulièrement liée aux anomalies de l'accouchement : ce sont les dystrophies héréditaires imposées aux fœtus par les infections ou les intoxications des ascendants (alcool, plomb, tuberculose, syphilis, etc.). Il n'est pas douteux que dans la grande majorité des cas, l'intoxication des parents ait dû combiner son action à celle du traumatisme obstétrical. Elle peut agir à trois moments et de trois façons différentes :

1° *Avant la naissance.* — L'intoxication héréditaire peut provoquer ou tout au moins favoriser l'accouchement prématuré. On sait que l'accouchement prématuré est d'ordinaire causé par l'insertion vicieuse du placenta, ou l'albuminurie maternelle. Mais, de plus, l'action de la syphilis sur la naissance avant terme n'est plus à prouver depuis les travaux du professeur Fournier, et les preuves s'accumulent chaque jour pour établir l'influence nocive de l'alcoolisme sur ce point.

2° *Pendant l'accouchement.* — L'intoxication héréditaire peut déterminer une fragilité spéciale des vaisseaux qui cèdent plus facilement à l'excès de pression du sang au cours du travail naturel ou anormal. Cette dystrophie héréditaire causée par l'intoxication des parents ne soulève plus d'objection : Morel, Sanson, Magnan et Legrain, Lancereaux, Sollier, Féré, pour ne citer que les principaux auteurs, sont unanimes à lui reconnaître cette influence.

3° *Après l'accouchement.* — Quand l'hémorragie est constituée et le traumatisme effectué, le tissu cérébral d'un enfant frappé par

l'intoxication héréditaire réagira d'une tout autre façon que les éléments nerveux d'un enfant sain.

Un enfant né en état d'asphyxie et même présentant des convulsions ne fera pas forcément de la sclérose cérébrale ; il pourra résorber ses hémorragies et réparer les dégâts, comme nous le voyons chez l'adulte. Mais il ne le pourra que si une prédisposition morbide héréditaire ne termine pas autour des points lésés une réaction inflammatoire qui aboutira, quelquefois à longue échéance, à l'atrophie des cellules cérébrales.

En résumé, les troubles cérébraux de l'enfant consécutifs à l'accouchement anormal, sont imputables au traumatisme cérébral direct et aux hémorragies intracrâniennes par congestion ; ces lésions sont préparées, favorisées et complétées par l'action des dystrophies héréditaires.

VARIÉTÉS

DÉCLARATION DE NAISSANCE ET SECRET PROFESSIONNEL

Une proposition, par M. le D^r BLECHMANN.

Communication faite à la Société médicale du IX^e arrondissement de Paris. Voyez le numéro précédent.

Je vais vous exposer un cas de déclaration de naissance qui a mis le docteur X... dans un grand embarras. Ce confrère m'a raconté ce qui suit :

Un jeudi, à trois heures de l'après-midi, il a accouché une demoiselle d'un enfant de sept mois, né vivant. La mère et la sœur assistaient à cet acte : les deux femmes étaient affolées, car elles ignoraient la grossesse. Le docteur X... a été prié de tenir l'accouchement secret et de se charger de placer l'enfant.

A six heures du soir, le docteur X... est retourné chez l'accouchée ; il fut convenu que l'enfant serait placé, à onze heures, dans une cuve du boulevard Poissonnière ; en attendant, l'enfant était nourri au lait et à l'eau sucrée. A neuf heures, le confrère fut rappelé auprès de la jeune mère et il constata que l'enfant était mort.

Le docteur X... se trouvait dans une situation embarrassante ; il ne savait que faire du fœtus sans violer le secret professionnel. Il est, en effet, impossible de déclarer un fœtus suivant la loi sans divulguer le secret professionnel : le médecin de l'état civil doit

constater le décès au domicile de la mère et un employé des pompes funèbres doit y passer pour enlever le cadavre.

C'est dans cet état d'esprit que le Dr. X... s'est adressé à plusieurs confrères, notamment à MM. Lutaud et Berthod. M. Lutaud, très renseigné sur cette question — puisqu'il s'en est déjà occupé en 1881 — a conseillé au Dr. X... de déposer le fœtus à la mairie, au bureau des déclarations de naissance. — M. Berthod, homme modéré, fut d'avis d'aller trouver le médecin de l'état civil pour s'entendre avec lui.

Le docteur X..., connaissant les tribulations du docteur Lutaud et ses difficultés à placer des fœtus — puisqu'il fut obligé d'envoyer à un maire du papier timbré prour refus de recevoir une déclaration — se décida à suivre le conseil du docteur Berthod. Le lendemain, vendredi, il se rendit chez le médecin de l'état civil qui voulut bien lui prêter son concours. Il fut convenu que le corps serait porté chez le docteur X... qui ferait la déclaration en son nom et à son domicile. — Ainsi fut fait.

Le samedi, un employé des pompes funèbres venait enlever le fœtus; il apportait un cercueil en bois blanc de 50 centimètres de longueur. L'employé fut maladroit car il dit à la concierge et à la bonne qu'il venait chercher un enfant mort. Pour un peu notre confrère aurait reçu des compliments de condoléances de la part de ses voisins... Ainsi, pour sauvegarder l'honneur et les intérêts d'une famille, le docteur X... a pris à sa charge les ennuis de cet enterrement.

Sur ces entrefaites, j'eus l'honneur de parler à M. le professeur Brouardel, à la réunion de l'association des médecins de la Seine, et je lui racontai le cas du docteur X... M. Brouardel approuva complètement sa manière d'agir; il avait fait de même dans un cas pareil, avec le docteur Charpentier. — M. Brouardel m'a autorisé à mentionner le fait.

Je vous ai exposé les tribulations de notre confrère; je pense que vous approuverez son « modus faciendi », mais je crois aussi qu'il n'est pas possible de l'adopter comme règle de conduite. En effet, pour qu'un médecin puisse agir de la sorte, il faut qu'il soit marié et ne craigne aucune indiscretion. Les uns, ayant des filles à marier ne voudront pas se charger de l'enlèvement d'un fœtus de leur domicile; d'autres ne voudront pas se mettre en désaccord avec le code pénal. Il est donc désirable que l'on s'occupe de cette question avec beaucoup d'activité et de persistance.

A cet effet, j'ai l'honneur de vous proposer, soit de nommer une commission qui étudierait la question dans le but d'établir une règle de conduite pour les nombreux cas où le secret professionnel ne permet pas de faire connaître le nom et le domicile de la mère; soit de déléguer quelques membres de notre Société auprès du procureur de la République et du préfet de la Seine pour obtenir d'eux, chacun en ce qui le concerne, l'autorisation de déposer un

fœtus, ou dans un local spécial à la Mairie, ou à la Morgue, ou au Dépôt mortuaire.

La constatation du décès pourrait avoir lieu par le médecin de l'état civil, à l'endroit désigné.

C'est à M. Lutaud que revient l'honneur d'avoir porté cette question à l'ordre du jour en 1881. Tout récemment, en avril dernier, il a repris cette question à la Société de médecine légale de France. L'intervention de M. Lutaud a donné lieu à une intéressante discussion à laquelle ont pris part des jurisconsultes éminents et des médecins très distingués.

Cette discussion s'est terminée par un ordre du jour de M. Constant, ainsi formulé :

« La Société de médecine légale de France charge M. Danet, son président, de présenter de nouveau à M. le Procureur de la République et à M. le Préfet de la Seine les conclusions du rapport de M. Rocher sur lesquelles elle a émis un vote unanime en 1897. »

Cet ordre du jour est resté stérile.

Comme je vous l'ai déjà dit, la Société de l'Elysée a, il y a un mois, émis un vœu pour faciliter la déclaration de naissance. Chacun de nous peut se trouver dans la situation très embarrassante que je vous ai décrite : aussi, importe-t-il, dans notre intérêt général, que nous sachions à quoi nous en tenir. Je vous prie donc de vouloir bien prendre ma proposition en considération. J'ai le ferme espoir que nous arriverons à un bon résultat et que notre Société aura le mérite d'avoir fait aboutir cette question.

Au point de vue moral, on trouvera moins de fœtus dans les ruisseaux. Au point de vue pratique, les médecins ne seront plus obligés de se livrer à des démarches compliquées et peu en rapport avec la dignité professionnelle.

M. LUTAUD. — J'ai entendu avec le plus vif intérêt la communication de M. le Dr Blechnann et je remercie mon confrère d'avoir bien voulu faire connaître mes travaux antérieurs sur cette question dont je m'occupe depuis plus de vingt ans.

Je n'hésite pas à féliciter le Dr X... qui s'est astreint à de pénibles démarches pour sauvegarder le secret professionnel qui lui avait été demandé par sa cliente ; mais je considère cependant que les moyens qu'il a employés ne sont pas dignes de notre profession. Au lieu de *tourner* la difficulté en faisant une déclaration inexacte, j'estime qu'il aurait dû simplement user du droit que possède tout médecin de déclarer des naissances sans faire connaître le nom et le domicile de la mère.

Ce droit qui existe pour les enfants vivants qui doivent être présentés à l'officier de l'état civil, existe *a fortiori* pour les embryons et fœtus nés *viabiles*. Dans ce dernier cas (qui est celui du Dr X...), l'obligation du secret est encore plus stricte, puisque le produit doit être inhumé pour satisfaire aux exigences des arrêtés préfectoraux qui veulent empêcher les produits embryonnaires d'être jetés dans les latrines, comme cela a lieu le plus souvent.

Or l'inhumation ne peut avoir lieu par les voies ordinaires. Lorsque le domicile de la mère doit rester inconnu. C'est pour cette raison que j'ai porté aux mairies les fœtus que j'étais astreint de

déclarer dans les cas où j'étais tenu au secret professionnel ; j'ai presque partout rencontré la plus vive résistance.

Un de nos confrères les plus honorables, accoucheur des hôpitaux, a été l'objet d'un rapport de police et mandé auprès du Préfet pour avoir simplement fait son devoir.

Il est temps que cette situation cesse. Si la loi nous oblige à faire les déclarations de l'état civil lorsque la famille ne peut se charger de ce soin, il est de toute justice que nous puissions avoir les bénéfices de cette situation et conserver les secrets des familles.

La Société de médecine légale à laquelle j'ai soumis cette question à plusieurs reprises a été unanime à approuver ma conduite.

Aussi vous proposerai-je, au lieu de nommer une commission dont les travaux prendraient trop de temps, d'exprimer un vœu que je transmettrai aux pouvoirs compétents.

M. EUDLITZ demande si les mêmes facilités seraient accordées aux sages-femmes.

M. LUTAUD répond que, en ce qui concerne les déclarations de naissance les sages-femmes sont mentionnées à côté des médecins dans l'article 56 du Code civil.

M. OLIVIER estime qu'il y a lieu d'aboutir en votant la proposition de M. Lutaud qui serait chargé de la transmettre aux pouvoirs publics.

M. LE PRÉSIDENT. — Voici la proposition de M. Lutaud :

La Société médicale du IX^e arrondissement émet le vœu que les médecins puissent déclarer aux officiers de l'état civil les naissances des enfants, fœtus et embryons sans être astreints à faire connaître le nom et le domicile de la mère dans le cas où ils sont liés par le secret professionnel.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

M. BOISSARD. — Je n'assistais pas au commencement de la discussion, mais je dois dire que je n'ai jamais rencontré de difficultés dans les mairies lorsque j'ai déclaré des fœtus sans faire connaître le nom et le domicile de la mère.

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHE EXPÉRIMENTALES SUR L'INFLUENCE DE CERTAINES LÉSIONS NERVEUSES DE LA MÈRE (MYÉLITES, NÉVRITES) SUR LA VITALITÉ DU FOETUS.

par le Dr L. BUTTE.

L'étude des rapports de la mère et du fœtus soulève des questions de la plus haute importance tant au point de vue de la physiologie qu'au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique.

Ces questions, non encore élucidées pour la plupart, méritent au premier chef d'attirer l'attention des expérimentateurs ; et, en effet, il est probable que c'est l'expérience presque seule qui nous permettra un jour d'expliquer un grand nombre des problèmes que la clinique n'a fait que poser jusqu'ici.

Une première question se pose tout d'abord et domine toutes les autres ; c'est celle de savoir si le fœtus est un être vivant de la

même vie que la mère, une sorte d'organe supplémentaire, ou bien s'il n'est pas plutôt un être complètement indépendant, une sorte de parasite vivant aux dépens de l'organisme dans l'intérieur duquel il se développe.

Cette question, fort controversée autrefois, paraît maintenant résolue et de nombreuses expériences viennent plaider en faveur de la vie propre du fœtus.

Il y a déjà nombre d'années, j'ai étudié avec mon regretté maître et ami le D^r Charpentier, l'action que pouvaient exercer sur la vitalité des fœtus certaines modifications du milieu intérieur de la mère. C'est ainsi que, dans les cas d'asphyxie lente de la mère par diminution de l'apport d'oxygène ou par soustraction d'oxygène à l'hémoglobine à l'aide d'ingestion d'acide pyrogallique, dans des cas d'hémorragies graves et rapides de la mère, dans l'intoxication expérimentale de la mère par l'urée, nous avons pu constater que les fœtus succombaient avant la mère.

Dans des expériences plus récentes, j'ai montré de mon côté que si la mère résistait plus longtemps que le fœtus, dans certains cas, cela paraissait tenir surtout à ce qu'elle s'emparait de l'oxygène accumulé dans les tissus du fœtus qu'elle utilisait à son profit, aux dépens de ce dernier.

À la suite de ces recherches purement physiologiques, j'ai pensé qu'il y aurait intérêt à pénétrer dans le domaine de la pathologie expérimentale et j'ai voulu étudier l'influence que pouvaient exercer certaines maladies de la mère sur la vitalité du fœtus. Dans cette première communication je me suis borné à constater les effets que pouvaient produire sur la vitalité du fœtus certaines lésions nerveuses expérimentales (névrite du sciatique, méningomyélite).

Pour cela, soit par piqûre, soit par compression, soit par injection de quelques gouttes de substances irritantes introduites dans l'épaisseur des nerfs ou de la moelle épinière, j'ai provoqué chez des lapines voisines du terme des lésions nerveuses dont j'ai noté les conséquences. Puis tantôt j'ai laissé les animaux vivre jusqu'au moment de la mise bas, ou bien, craignant de les voir manger leurs petits en mon absence, je les ai sacrifiés deux ou trois jours avant l'époque probable du terme pour pouvoir constater l'état de vitalité des fœtus.

Mes expériences sont au nombre de quatre : une névrite du sciatique, trois méningomyélites. En voici la relation :

EXPÉRIENCE I. — *Lapine. — Névrite du sciatique. — Myélite par propagation. — Persistance de la vie des fœtus.*

Le 26 avril à 4 h. 30, on découvre le sciatique gauche de la lapine et on injecte dans l'épaisseur du nerf quelques gouttes d'une solution alcoolique d'huile de croton au 1/100. TR. avant l'injection 39° 4.

Après l'injection on observe une paralysie avec raideur du membre inférieur gauche. La patte reste étendue.

27 avril. — La paralysie du membre inférieur gauche est très accentuée. Il y a en même temps incontinence d'urine et des matières fécales.

28 avril. — TR. 39° 2. Le membre inférieur droit est aujourd'hui parésié. Paralysie des sphincter anal et vésical.

29 avril. — TR. 37°. Paraplégie complète; la lapine traîne en marchant son train postérieur qui est inerte.

30 avril. — TR. 36° 2. L'animal est plus malade qu'hier; les trois quarts postérieurs du corps sont flasques et paralysés.

On sacrifie la lapine et on trouve dans l'utérus des petits encore vivants de trois semaines environ.

L'autopsie montre que la moelle épinière est en bouillie dans ses deux tiers postérieurs; il en est de même du sciatique lésé.

Une névrite intense du sciatique avec myélite siégeant dans les deux tiers postérieurs de la moelle a donc été sans influence sur les fœtus qui vivaient encore très bien quatre jours après le début de la maladie.

Les lésions de la moelle seule sans névrite vont nous donner des résultats analogues ainsi qu'on va le voir par les trois expériences suivantes.

EXPÉRIENCE II. — *Lapine pleine. — Méningo-myélite expérimentale. Paraplégie complète. — Les fœtus vivent encore 30 heures après la production de la lésion.*

Le 31 mai, on prend une lapine pleine presque à terme dont la température rectale est de 40° 2 et à 10 heures du matin on lui injecte dans la moelle deux ou trois gouttes de notre solution éthéro-alcoolique d'huile de croton à 1/100 à l'aide d'une aiguille introduite dans le canal médullaire, au niveau des dernières vertèbres dorsales.

Cette opération se fait avec la plus grande facilité, sans qu'on soit obligé d'inciser la peau, pourvu que l'on ait soin de conduire l'aiguille le long du bord inférieur de l'apophyse épineuse d'une vertèbre.

L'animal pousse des cris violents au moment de l'injection, après laquelle on note presque immédiatement une paraplégie complète.

Le 1^{er} juin à 9 heures du matin. — T. R. 39°. Paraplégie complète. Malgré cela l'animal paraît avoir un état général assez bon, il est vigoureux et marche même assez vite rien qu'à l'aide de ses pattes de devant.

A 4 heures du soir, TR. 38° 6. — Craignant que la lapine ne succombe pendant la nuit, nous ouvrons l'abdomen et nous trouvons dans les cornes utérines cinq petits presque à terme, et un mort, depuis longtemps déjà, car il est macéré.

L'autopsie montre que la moelle épinière, au niveau de la région

dorso-lombaire, est complètement en bouillie dans une étendue de 4 à 5 centimètres.

Il résulte donc de cette expérience que l'existence d'une myélite intense avec paraplégie complète et ramollissement de la moelle dans une assez grande étendue n'avait pas pu déterminer la mort des fœtus trente heures après la production de la maladie. L'expérience suivante du même genre va nous donner le même résultat.

EXPÉRIENCE III. — *Lapinepleine.* — *Méningo-myélite expérimentale.* — *Paraplégie complète.* — *Abaissement thermique considérable.* — *Les fœtus continuent à vivre quarante-deux heures après la lésion.*

Le 2 juin, à 4 heures du soir, la température rectale de la lapine étant à 39° 6, on injecte, à l'aide d'une aiguille creuse introduite dans le canal médullaire au niveau des dernières vertèbres dorsales, quelques gouttes de la solution éthéro-alcoolique d'huile de croton à 1 : 100.

Presque immédiatement paraplégie complète.

Le 3 juin, à 10 heures du matin, TR. 38° 9. — Paralyse complète de la vessie et du rectum. — Paralyse absolue de tout le train postérieur. — Les muscles abdominaux sont paralysés et laissent bien sentir les fœtus qui sont au nombre de trois.

Le 4 juin, à 10 heures du matin, TR. 30° 7. — Même état.

Craignant que la mère ne succombe en notre absence, nous ouvrons l'abdomen. Après avoir sectionné l'utérus, nous y trouvons trois fœtus bien vivants, remuant dans la poche amniotique, les vaisseaux ombilicaux présentent une différence de coloration très nette, la veine plus rosée que les artères qui sont bleues.

L'autopsie montre que la moelle est en bouillie au niveau de la piqûre.

Cette expérience vient confirmer les résultats obtenus dans la précédente, et nous permet de conclure que le ramollissement de la moelle épinière avec paraplégie complète et hypothermie considérable, ne détermine pas la mort des fœtus presque à terme. Près de deux jours après l'injection du liquide irritant dans la moelle, les fœtus étaient parfaitement vivants dans l'utérus.

Dans l'expérience suivante nous n'avons pas ouvert l'abdomen et avons attendu l'expulsion des fœtus par le vagin.

EXPÉRIENCE IV. — *Lapine pleine.* — *Méningo-myélite provoquée quinze jours après la fécondation.* — *Les petits sont mis au monde vivants 9 jours après la lésion expérimentale.*

Le 28 mai à 5 heures du soir, injection à l'aide d'une aiguille introduite dans la cavité médullaire au niveau des dernières vertèbres dorsales de deux gouttes de solution éthéro-alcoolique d'huile de croton à 1 p. 100.

TR. avant l'injection, 39° 9.

Immédiatement après l'injection, paraplégie absolue, abdomen

étalé. L'animal traîne son train postérieur à l'aide de ses membres antérieurs.

Le 29 mai. — TR. 39° 4. Même état.

Le 30 mai. — TR. 39° 2. Paralyse de la vessie. Rétention d'urine. L'urine recueillie en comprimant la vessie est analysée et ne contient pas de sucre, peut-être des traces d'albumine.

Le 1^{er} juin. — TR. 39° 2. Même état.

Le 3 juin. — TR. 39° 2. La vessie est remplie d'une grande quantité d'urine non albumineuse, mais contenant de petites masses transparentes analogues à des grains de tapioca cuits.

Un peu de pus dans l'œil droit.

Le 5 juin. — TR. 39° 7. Paraplégie, paralysie de la vessie.

Le 6 juin. — TR. 38° 2. On trouve dans la cabane six petits bien vivants que la mère a mis au monde dans la nuit précédente.

Dans cette expérience, pendant laquelle la lésion nerveuse expérimentale a pu exercer pendant neuf jours son influence sur la vitalité des fœtus, ceux-ci sont néanmoins nés à terme et ont résisté comme dans les expériences antérieures aux modifications éprouvées par la maladie expérimentale de la mère.

Il résulte de ces expériences que les lésions expérimentales du système nerveux de la mère, dans les conditions où elles ont été produites, n'ont pas provoqué des troubles suffisants pour amener la mort des fœtus. Qu'il s'agisse de névrite du sciatique ou de méningo-myélites produites chez des lapines pleines un certain temps avant le terme, jamais je n'ai observé la mort du fœtus avant celle de la mère, contrairement à ce que j'avais constaté dans d'autres conditions expérimentales indiquées au début de ce travail.

Ces études qui portent seulement sur le système nerveux méritent je crois d'être continuées et étendues. Il appartient aux laboratoires annexés aux maternités de poursuivre leurs recherches dans cette voie.

HYGIÈNE

RÈGLEMENTATION SUR LA VACCINATION ET LA REVACCINATION OBLIGATOIRES

L'article 6 de la loi relative à la protection de la santé publique est ainsi conçu :

« La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

« Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de la dite mesure.

« Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique

de France, fixera les mesures nécessitées par l'application du présent article. »

L'article 27 ajoute :

« Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévues aux articles... 6. »

Conformément à ces dispositions, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a été invité à préparer les éléments d'un projet de réglementation applicable à la vaccination et à la revaccination obligatoires, et nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs le rapport présenté au nom d'une commission composée de MM. Bourges, Netter et Proust.

Il ne s'agit pas dans l'espèce de créer de toutes pièces une organisation nouvelle; il ressort d'ailleurs des discussions devant les Chambres que telle n'est pas l'intention des pouvoirs publics. Il paraît d'abord indispensable, étant donné le danger de la syphilis vaccinale, d'autoriser exclusivement l'usage du vaccin animal. Or les sources de vaccin animal sont nombreuses en France. En dehors de l'Académie de médecine à Paris, il existe déjà des instituts vaccinaux régionaux à Bordeaux, Lyon, Marseille, Lille, Saint-Etienne; des instituts militaires à Alger, Bordeaux, Châlons, Lyon, Marseille et au Val-de-Grâce; enfin des établissements privés à Montpellier à Paris et à Tours fournissent de vaccin nombre de départements, l'assistance publique de la Seine et plusieurs grandes administrations.

Déjà plusieurs départements ont organisé avec beaucoup de succès la vaccination gratuite et distribuent le vaccin d'une manière très satisfaisante aux médecins et aux sages-femmes.

Il existe donc à l'heure actuelle des ressources multiples qu'il n'y a guère qu'à utiliser, des organisations presque suffisantes qu'il suffit de généraliser.

Les instituts vaccinaux tels qu'ils fonctionnent aujourd'hui peuvent se mettre en mesure de satisfaire au surcroît de demandes qui sera la conséquence de l'application de la nouvelle loi, sans que l'Etat soit obligé d'instituer d'autres établissements vaccinaux. Il n'est pas nécessaire non plus de créer des fonctions nouvelles et de recourir à des vaccinateurs d'Etat: l'administration départementale trouvera aisément dans chaque circonscription, comme cela se pratique déjà sur un grand nombre de points, un médecin disposé à se charger des vaccinations gratuites.

Par contre, il est nécessaire d'instituer un établissement d'Etat, chargé de contrôler les vaccins délivrés par les différents instituts, d'entretenir la virulence des semences vaccinales et de perfectionner la vaccine.

Ainsi, sans grands frais nouveaux, en utilisant les ressources dont on dispose déjà, il sera possible de satisfaire aux exigences de la nouvelle loi.

I. MESURES CONCERNANT LA VACCINE. — Article premier. — La vaccination et la revaccination sont exclusivement pratiquées au moyen du vaccin animal.

Celui-ci est prélevé directement sur la génisse inoculée ou utilisé à l'état de pulpe glycerinée. Dans le cas où l'application d'un nouveau procédé serait proposée, elle ne pourrait avoir lieu qu'après l'approbation de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Art. 2. — Le vaccin est fourni soit par des établissements publics, soit par des établissements privés, placés les uns et les autres sous le contrôle de l'Institut supérieur de vaccine mentionné à l'article 4 ci-après.

Art. 3 — L'organisation du service de la vaccine dans chaque département est effectuée par le Conseil général conformément à l'article 20 de la loi. Cette organisation comporte notamment la fourniture du vaccin, les séances de vaccination, le mode de désignation et de rétribution des médecins qui en seront chargés.

Art. 4. — Un Institut supérieur de vaccine, situé à Paris et placé sous le haut patronage scientifique de l'Académie de médecine, est chargé de l'entretien et de la recherche des bonnes semences vaccinales, des moyens de perfectionnement de la vaccine et de la vaccination, et du contrôle des instituts vaccinaux publics ou privés, particulièrement en s'assurant de la valeur du vaccin qu'ils fournissent.

Le directeur de cet Institut est nommé par le ministre de l'Intérieur.

L'organisation et le fonctionnement de l'Institut supérieur de vaccine sont déterminés par arrêté ministériel, sur l'avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique.

L'Institut adresse chaque année à l'Académie un rapport sur le fonctionnement et les résultats des opérations vaccinales, accompagné d'une statistique du nombre des vaccinations et revaccinations pratiquées dans les départements et spécialement dans les villes de plus de 20,000 habitants. Le cadre de cette statistique sera arrêté par le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

II. — MESURES CONCERNANT LA VACCINATION. Art. 5. — Dans chaque commune ont lieu annuellement une ou plusieurs séances de vaccination gratuite annoncée par voie d'affiche rappelant les obligations légales et les pénalités encourues. Dans les quinze jours qui suivent l'apposition des affiches les parents sont tenus de déclarer à la mairie leurs enfants en âge d'être vaccinés ou revaccinés. La même obligation incombe aux tuteurs pour les enfants dont ils ont la garde.

Art. 6. — Dans les localités où sévit à l'état épidémique une maladie contagieuse autre que la variole, les séances de vaccination sont remises à une date ultérieure.

Les personnes habitant une maison où s'est montré un cas de

variole ou de maladie contagieuse au moment de la vaccination ne se rendent pas à la séance et sont vaccinées à part.

Art. 7. — Les listes des personnes dont la vaccination ou la revaccination est obligatoire sont établies, comme il est spécifié plus loin, par les soins des municipalités.

Art. 8. — Les médecins vaccinateurs indiquent en regard de chaque nom la date de la vaccination et ses résultats, soit que le sujet ait été vacciné au cours d'une des séances visées à l'article 5, soit qu'il produise un certificat délivré par le médecin ou la sage-femme ayant pratiqué cette opération.

Art. 9. — Si le médecin vaccinateur ou le médecin traitant estime qu'à cause de son état de santé le sujet ne peut être vacciné au moment de la séance de vaccination, il délivre un certificat constatant cette impossibilité. Ce certificat est produit à la séance et mention en est faite sur la liste, en regard du nom de l'intéressé. En pareil cas la vaccination est pratiquée ultérieurement dès qu'elle est jugée possible.

Art. 10. — A la suite de chacune des séances de vaccination des certificats individuels sont délivrés aux intéressés par le médecin vaccinateur conformément aux modèles ci-joints. Le certificat de première vaccination n'est délivré qu'au bout d'un espace de temps suffisant pour constater que l'inoculation a été faite avec succès. Dans le cas d'insuccès, la vaccination doit être renouvelée le plus tôt possible et au plus tard à la prochaine séance de vaccination.

Art. 11. — Les listes des personnes soumises à la vaccination ou à la revaccination obligatoires sont établies de la façon suivante :

1° Pour la 1^{re} vaccination, la liste comprend :

a) Tous les enfants ayant plus de 3 mois et moins d'un an le jour de la séance de vaccination, nés dans la commune et relevés sur le registre de l'état civil ;

b) Les enfants de même âge nés dans une autre localité et résidant dans la commune ;

c) Les enfants plus âgés qui n'auraient pu être vaccinés antérieurement pour une raison quelconque ;

d) Ceux qui, antérieurement vaccinés, doivent subir une nouvelle vaccination, la première n'ayant pas été suivie de succès ;

2° Pour la 1^{re} revaccination, la liste comprend, d'après les renseignements fournis par les directeurs des établissements d'instruction publics ou privés, tous les enfants inscrits dans les écoles qui ont atteint leur onzième année au moment de la séance de vaccination et ceux, quel que soit leur âge, qui n'auraient pas subi la vaccination ou la première revaccination.

Les enfants qui reçoivent l'instruction à domicile doivent être signalés dans les mêmes conditions et portés sur la liste.

3° Pour la 2^e revaccination, la liste comprend toutes les personnes qui ont atteint leur vingtième année et résident dans la commune.

Les intéressés doivent fournir un certificat de revaccination dans le premier mois de leur vingt-deuxième année.

Art. 12. — Les parents et tuteurs pour les enfants soumis à la vaccination primitive et à la première revaccination, et toute personne à partir de sa vingt-deuxième année pour la deuxième revaccination doivent, sous les peines portées par la loi, justifier à toute réquisition des autorités publiques qu'il a été satisfait par eux aux obligations de la loi.

Art. 13. — A l'issue des opérations vaccinales, une copie des listes est envoyée dans chaque arrondissement au préfet ou au sous-préfet, qui signale les contrevenants à l'autorité judiciaire.

Il est adressé au ministre à la fin de chaque année une statistique des opérations pratiquées par département.

Art. 14. — Au moment où un étranger fait à l'autorité française la déclaration prescrite soit par le décret du 2 octobre 1888, soit par la loi du 8 août 1893, il devra justifier qu'il a été vacciné (s'il est majeur qu'il a été vacciné au plus tard au cours de sa vingt et unième année). L'étranger résidant en France qui a fait la déclaration légale est soumis, pour lui-même et pour ses enfants, aux prescriptions du présent règlement.

Au rapport que nous venons de reproduire sont annexés, en outre, les modèles de certificat de vaccination et les modèles de liste de sujets à vacciner et à revacciner.

Il a été approuvé par le Comité consultatif d'hygiène, en assemblée générale, le 13 octobre 1902.

FORMULAIRE

Le condurango contre le cancer.

Médicament employé (parfois avec succès?) dans les cancers inopérables.

C'est la racine du *Gonolobus Condurango* (Amérique du Sud), employée comme contre-poison du venin des serpents.

Voici diverses formules :

1° Extrait mou 0 gr. 25 à 1 gr. p. j.
Vin..... 30 gr. par jour.

2° Ecorce de condurango
blanc..... 15 gr.
Eau..... 300 —

Faire macérer pendant 12 heures et réduire par ébullition à 150 gr. Deux cuillerées à bouche par jour.

3° Ecorce de condurango pulvérisé..... 15 gr.
Acide chlorhydrique... XV g^{tes}
Sirop d'écorses d'orangés amères..... 150 gr.

Deux cuillerées à bouche par jour.

Le Condurango est encore un des meilleurs médicaments contre le cancer inopérable; il semble calmer les douleurs et favoriser la digestion.

Traitement de l'acné juvénile.

(L. Brocq).

1° S'abstenir totalement de café, café au lait, thé, liqueurs, alcools, vin, charcuterie, poissons, coquilles de mer, crustacés, gibier, truffes, pâtés, fromages, aliments épicés, oseille, tomates, crudités. Ne pas trop manger de beurre et de graisse :

2° Prendre au commencement de chaque repas un des cachets suivants :

Bicarbonate de soude.... 0 gr. 30
Magnésie calcinée..... 0 — 20

Poudre de cascara sagrada..... 0 — 15
Benzonaphtol..... 0 — 15

Pour un cachet. F. s. a. 20 cachets semblables;

3° Nettoyer la figure avec des tampons d'ouate hydrophile et de l'eau aussi chaude que possible qui aura bouilli avec 10 grammes de son et une cuillerée à soupe de biborate de soude par litre;

4° Le soir faire un savonnage des points malades avec du savon au naphthol; y passer ensuite de l'eau-de-vie camphrée;

5° Puis mettre sur les boutons pour la nuit un peu de la pommade suivante dans laquelle on augmentera ou diminuera la dose de vaseline suivant l'effet produit :

Naphtol β camphré..... 0 gr. 30
Résorcine..... 0 — 20
Savon noir..... 0 — 20
Craie préparée..... 0 — 50
Soufre précipité..... 1 — 50
Vaseline pure..... 0 — 20

6° Le matin, après la toilette, passer sur la figure du mélange suivant :

Borate de soude..... 10 gr.
Ether sulfurique camphré..... 40 —
Eau distillée de rose 100 —
— distillée..... 150 —

Contre la fièvre ganglionnaire des enfants. (COMBY).

Onctions sur les ganglions avec le liniment :

Baume tranquille..... 20 gr.
Chloroforme..... 2 —
Laudanum..... 2 —

Ou avec la pommade iodurée :

Iodure de potassium.. 2 gr.
Vaseline..... 20 —

Contre la stomatite aphteuse des enfants.

(HUTINEL).

Le chlorate de potasse doit être donné *intus et extra*.

a) Solution pour lavage de la cavité buccale :

Chlorate de potasse.... 4 gr.
Eau distillée..... 200 —
Teinture de myrrhe.... 3 —

Mélez. Usage externe.

b) Potion :

Chlorate de potasse.... 1 gr.
Eau distillée..... 90 —
Sirop de groseilles.... 10 —

F. s. a. Donner à l'enfant, toutes les deux heures, une cuillerée à café de cette potion.

Contre l'asthme des enfants.

LANCEREAUX.

Poudre de scille..... }
— de scammonée. } à 1 gr.
— de feuilles de }
digitale..... }

Pour vingt pilules. Prendre quatre pilules pendant trois ou quatre jours en augmentant la dose jusqu'à six à huit. Cesser plusieurs jours, reprendre si la diurèse et la régularité du cœur sont insuffisantes.

Contre la Galactorrhée.

(LUTAUD).

On a des chances de diminuer la sécrétion lactée en employant la mixture suivante :

Sulfate d'atropine. 0 gr. 001 millig.
— de magnésie 90 grammes.

Infus. de gentiane. 240 —

F. s. a. A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Traitement médical de la métrite aiguë.

Le régime alimentaire consistera à prendre, dans la journée, environ 2 litres de lait, absorbés par petites tasses. On pourra permettre également les bouillons, l'eau de Vichy, etc.

L'indication principale est de calmer, avant tout, les douleurs. La phénacétine permet d'obtenir ce résultat, en même temps qu'elle combat efficacement la fièvre.

On l'administrera de la façon suivante :

Phénacétine..... 0 gr. 25

En un cachet.

Prendre un de ces cachets, toutes les six heures exactement.

Les douleurs sont également très diminuées par les fomentations antiseptiques laudanisées, faites sur la paroi abdominale, de la façon suivante :

Une feuille de ouate hydrophile de largeur appropriée est ployée dans l'eau chaude, exprimée avec une serviette et arrosée, sur l'une de ses faces, avec XL à L gouttes de laudanum de Sydenham; on place cette feuille de ouate sur l'abdomen et on la recouvre d'une bande de taffetas gommé. Cette sorte de cataplasme antiseptique est renouvelée suivant les besoins, nuit et jour.

Il est utile de faire, en outre, deux ou trois fois dans la journée, des onctions douces sur la région lom-

bo-sacrée, avec la pommade suivante :

Acide salicylique.....	6 gr.
Lanoline.....	6 —
Essence de menthe...	0 — 20
Axonge.....	50 —

Aussitôt que l'état des malades le permet, on leur fait prendre, deux fois par jour, un bain de siège amidonné.

On leur fait, deux fois par jour également, une injection vaginale, à 40° ou 45°, avec de l'eau boriquée à 3 pour 100. Ces injections doivent être faites doucement, sous une faible pression, pour ne pas réveiller les douleurs.

Après quelques jours de ce traitement, il devient possible d'introduire le spéculum sans occasionner de douleurs, et, dès ce moment, il y a un grand intérêt à compléter le traitement qui précède à l'aide des pansements vaginaux calmants et décongestionnants.

On place successivement sur le col utérin, deux petits tampons de ouate hydrophile, imbibés l'un de chlorhydrate de cocaïne à 1/20, l'autre de glycérine boriquée à 5 pour cent.

L'existence d'un gros ectropion ou d'une ulcération du col contre-indique l'emploi local de la cocaïne dont l'absorption trop rapide ne serait peut-être pas sans danger.

La potion de Rivière trouvera son indication dans l'état nauséux.

On maintiendra la liberté du ventre par de petites doses de magnésie calcinée prises avec le lait.

Le repos absolu au lit est indiqué tant que persiste l'élément douleur.

Traitement des vaginites.

(LUTAUD.)

Introduire dans le vagin un tampon de ouate imbibé du mélange suivant :

Eau de chaux.....	100 gr.
Baume de Gurjun.....	5 —
Glycérine.....	15 —

et le laisser vingt-quatre heures en place.

Faire des injections avec les solutions suivantes :

Chloral.....	20 gr.
Eau.....	200 —
pour la vaginite inflammatoire.	
Permanganate de potasse.	0g.15
Eau distillée.....	500 gr.
ou :	
Sulfate de cuivre.....	25 —

Eau.....	1 lit.
pour la vaginite blennorrhagique.	
Acide salicylique.....	1 gr.
Alcool à 90°.....	10 —
Eau distillée.....	100 —
ou :	
Sulfate de fer.....	10 gr.
Eau.....	500 —

pour la vaginite chronique.
Une cuillerée à bouche dans deux litres d'eau chaude pour deux litres de liquide.

Bains de siège prolongés avec le spéculum grillagé.

Tisane contre l'eczéma.

Bardane.....	} aa 3gr.
Gentiane.....	
Pensée sauvage.....	
Saponaire.....	
Séné épuisé par l'alcool.	} 2 gr.
Bicarbonate de soude....	

A faire bouillir pendant un quart d'heure dans un litre d'eau.

En prendre une tasse le matin.

Cette tisane est également utile pour combattre la constipation chez les femmes enceintes (Lutaud).

Dyspepsie des nourrissons

(MALBEC).

1° Si l'enfant est au sein, régulariser les tétées, surveiller l'alimentation de la nourrice. Changer de nourrice.

Si l'enfant est au biberon, couper le lait avec quelques cuillerées d'eau de Vals ou de Vichy. S'il y a diarrhée, avec de l'eau de chaux. Lait stérilisé.

Après chaque tétée, donner une cuillerée de la potion suivante :

Pepsine.....	1 gr.
Acide lactique.....	2 —
Sirop de limon.....	20 —
Eau distillée.....	90 —

Traitement des coliques salpingiennes.

(VAUCAIRE).

Lavements, cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre (10 à 15 gouttes de laudanum de Sydenham).

Onctions sur le ventre avec la pommade :

Extrait d'opium.....	} aa 1 gr.
— de belladone.....	
Vaseline.....	25 —
Onguent napolitain...	5 —

Application d'une ou de deux mouches de Milan sur le point douloureux.

Application de glace sur le ventre (interposer une flanelle).

Pointes de feu.
Purgatifs salins ou lavements
frais additionnés d'une cuillerée de
glycérine.

Dilatation du col au moyen de
tiges de laminaire ou de dilateur
métallique.

Pansement sur le col avec un
tampon d'ouate imbibé de :

Laudanum de Sydenham... 2 gr.
Salol..... 10 —
Glycérine neutre..... 200 —

Suppositoire :

Chlorhydrate de
morphine..... 0 gr. 01 centigr.
Beurre de cacao. 4 grammes.

Pour un suppositoire.

Injectons très chaudes anti-
septiques.

Pommade contre les brûlures.

(WENDT.)

Lanoline..... } à 17 gr.
Eau distillée.... }
Blanc de baleine..... 4 gr.
Chlorhydrate de co-
caïne..... 2 gr.
M.

**La solution de Kollischer contre
les ulcérations tuberculeuses.**

Voici la formule de cette solution :
Phosphate de chaux... 50 gr.
Eau distillée..... 500 —
Ajouter acide phosphorique dilué
q. s. jusqu'à solution parfaite et
filtrer. Finalement, on additionne à
la colature avec :

Acide phosphorique dilué 60 gr.
F. S. A.

Le pansement des ulcérations
tuberculeuses avec ce topique est
le suivant :

1° Irrigations des plaies et des
fistules avec ce liquide ;

2° Dans l'intervalle, recouvrir les
plaies avec de la gaze imbibée de
ce liquide, continuer le traitement
jusqu'à cicatrisation des ulcéra-
tions.

**Traitement de l'hémoptysie chez
l'enfant.**

Potions :

Alun en poudre..... 0 gr. 50 c.
Eau de Rabel..... XX gouttes.
Extrait de ratanhia. 2 grammes.

Sirop de roses.. } à 30 —
— de cachou. }

Infusion de roses
rouges..... 160 —

Par cuillerées à dessert, de demi-
heure en demi-heure.

Ou :

Perchlorure de fer 0 gr. 40 à 1 gr.
Sirop de cannelle 30 grammes.
Eau distillée..... 100 —

Par cuillerées à bouche toutes
les demi-heures.

Ou :

Ergotine..... 1 gramme.
Sirop de ratanhia... 10 —
Eau distillée..... 100 —

Par cuillerée à dessert toutes
les heures.

**Dosage du chloral dans la coque-
luche chez les enfants.**

(JOFFROY)

Le médicament par excellence de
la coqueluche est l'hydrate de chlo-
ral. Sous quelle forme, à quelle
dose et à quel moment doit-on
l'employer ?

Il faut donner une préparation
qui soit bien acceptée par l'enfant.
C'est là une condition essentielle.
M. Joffroy conseille la poudre dans
la gelée de groseille.

Aux petits enfants de 15 mois à
2 ans il donne de 0,75 à 1,80 centi-
grammes dans un jour. A ceux de
3 ans il donne 1 gramme et aux
plus âgés de 1 gr. 50 à 2 gram-
mes.

Quant au moment de l'adminis-
tration, cela a une grande impor-
tance. Il faut donner le médicament
le soir et le matin. De la sorte on
ménage le sommeil et on procure,
le matin, lorsque les quintes seront
passées, encore quelque temps de
repos.

La terpine contre la coqueluche.

(TALAMON).

L'auteur associe la terpine à l'an-
tipyrine ou à la belladone quand
les quintes sont intenses et répé-
tées, par exemple sous la formule
suivante :

Terpine..... 1 gr. à 1 gr. 50
Antipyrine..... 1 »
Sirop de fleurs d'oran-
ger..... 30 »
Eau de tilleul..... 60 »

Liniment contre les brûlures.

Huile d'olives... } à 6 parties.
Eau de chaux... }
Salol..... } à 1 partie.
Laudanum Syd. }
M.

Pour badigeonnage et recouvrir
d'ouate.

NOTES DE PRATIQUE

Le soufre dans le traitement de la dysenterie. — D'après les expériences de Richmond, dans plusieurs cas de dysenterie on s'est fort bien trouvé de l'emploi combiné de l'ipéca et de l'opium. Quelquefois cependant, ces deux médicaments ont été complètement inactifs, tandis que le soufre agissait dans tous les cas : effet rapide, amendement des symptômes, pas de rechutes ni de tendance à la chronicité par les alternatives de diarrhée et de constipation, tels sont les avantages que l'on a retirés de ce traitement. De plus ce médicament, n'occasionnant pas de vomissements comme l'ipéca était mieux supporté par les malades. Le malade est mis à la diète et celle-ci est continuée huit jours après la dernière selle diarrhéique. On administre 0gr. 30 de poudre de Dover. Dans les cas de dysenterie chronique on abandonne le traitement à l'ipéca et à l'opium.

L'auteur termine en disant qu'il recherche soigneusement les amibes dans les selles, mais que jamais il ne put les découvrir.

Régime d'un enfant rachitique de deux à six ans. — *Premier repas.* 7 heures du matin. Pain et lait, ou bouillie de gruau, potage au lait, pain et beurre ou œuf à la coque, un peu de gras de porc (fat bacon).

Deuxième repas. 11h. Tasse de lait avec biscottes ou pain et beurre.

Troisième repas. 1 h. 30. Tortines, purée de pomme de terre, poisson frais ou viande finement divisée, pudding au lait, pruneaux, marmelade de pommes.

Quatrième repas, à 5 heures. Lait pur ou lait et cacao.

Cinquième repas, une demi-heure avant le coucher. Pain et lait.

L'enfant sera dehors tant que le temps le permettra, mais il ne devra se tenir sur ses pieds ou marcher qu'avec l'autorisation du médecin.

Il devra avoir le jus d'une orange ou des légumes verts frais au moins trois fois par semaine.

Si des appareils ont été prescrits, ils doivent être entevés le soir et réappliqués le matin. On prendra toutes les précautions pour éviter les plaies.

Aucun enfant ne prendra de thé ou de café. Aucun aliment ne sera pris en dehors des repas.

Nouveau procédé pour arrêter une épistaxis. — Le Dr Matthews propose le moyen suivant. A l'aide d'une sonde demi-flexible, un cordon bien huilé est introduit dans la narine aussi loin qu'on le juge nécessaire. La sonde est alors en partie retirée et, par le bout libre, on souffle de manière à gonfler le cordon, qui est lié ensuite en arrière du cathéter, et transformé ainsi en un ballon-tampon dont la pression s'exerce également sur toutes les parties de la cavité nasale.

Quand on veut le retirer, il suffit de le dégonfler; il s'extrait alors facilement sans entraîner les caillots nouvellement formés et sans provoquer une nouvelle hémorragie, ce qui manque rarement de se produire quand on se sert de gaze ordinaire.

Plus original et plus élégant que la vieille sonde de Belloc! (*Méd. moderne*).

Les sérums anti-scarlatineux. — Les sérums anti-scarlatineux se multiplient depuis quelque temps. Il nous en vient d'Autriche, il nous en vient d'Allemagne, il nous en vient du Canada. Nous avons le sérum de Moser, le sérum d'Aranson, le sérum de Charlton. Ce qu'il y d'admirable, c'est que nous ne connaissons pas le microbe de la scarlatine, mais ce détail n'arrête pas les inventeurs de sérums. Les résultats obtenus devraient cependant modérer leur ardeur sérothérapique.

Avec le sérum d'Aranson, Baginsky obtient à Berlin une mortalité de 11 pour 100. Le sérum de Charlton, sur 15 cas traités à Montréal, donne 2 décès, soit 13 p. 100. Le sérum de Moser, employé dans le service d'Escherich, a donné une mortalité de 14 p. 100, quand il est utilisé le troisième jour; de 23 p. 100 quand il est injecté le quatrième jour; et de 40 p. 100, pour les cas traités le cinquième jour.

C'est beaucoup pour une maladie dont la mortalité est sans doute très variable suivant les épidémies, mais ne doit guère dépasser 10 p. 100 dans les conditions moyennes. A Paris, les statistiques des enfants traités dans les pavillons de scarlatineux accusent seulement une mortalité de 8 à 9 p. 100.

Cette note émane de la *Médecine*

Moderne, journal pastorien; cette critique provient sans doute de ce que les sérums nouveaux feraient concurrence à la rue Dutot.

Les injections sous-cutanées de scopolamine et de morphine en obstétrique (LAMBINON). — Steinbückel a proposé pour l'usage obstétrical un mélange de scopolamine en injections sous-cutanées. Voici la formule employée :

Rp. Scopolamine hydrobro-	
mic.....	0,003
Morphin. muriat.....	0,01
Aq. stillat.....	1,00

Injecter le contenu d'une seringue de Pravaz sous la peau de la parturiente, pour obtenir un effet sédatif.

Lors des premiers essais de l'auteur, il a fait des injections du contenu d'une demi-seringue. Deux heures plus tard, il renouvelait cette dernière dose.

Chez les primipares âgées, à bassin normal dont le travail est irrégulier, on constate, grâce à l'usage de cette méthode, de l'euphorie, des douleurs régulières et souvent un accouchement normal sans intervention opératoire.

Voici les opérations pratiquées par Steinbückel, une demi-heure après l'inoculation des produits précités, sans causer de douleur à la patiente : sutures périméales, dilatation du col, curage utérin après l'avortement. Au surplus, dans les grandes interventions opératoires, il est utile de pratiquer une injection sous-cutanée d'un mélange de morphine et de scopolamine avant de produire une narcose profonde, soit par les inhalations de chloroforme, soit par celles d'éther.

Le sublimé corrosif contre la coqueluche. — C. Calabro a traité 56 cas de coqueluche en employant le sublimé. La méthode consiste à badigeonner la gorge des malades avec un mélange de la composition suivante :

Sublimé corrosif.....	0,50
Chlorure de sodium chim.	
pur.....	0,10
Eau distillée.....	1.000 »

Toutes les parties accessibles du pharynx, l'épiglotte, les amygdales, doivent être badigeonnées avec une boue douce à long manche, que l'on imbibe de la solution. Ces badigeonnages sont répétés de une à trois fois par jour suivant la gravité du cas. L'auteur obtint des succès dans les 56 cas par lui traités : 39 malades furent guéris après un

Traitement des hémorragies par le chlorure de calcium (BERTIGNON). — La valeur hémostatique puissante du chlorure de calcium administré par la voie gastrique ne lui a pas encore conquis le suffrage des praticiens : on ne peut que le regretter car il est rarement infidèle.

Il réussit là où le perchlorure de fer, l'antipyrine, l'ergotine, les injections chaudes n'ont rien pu ; il est donc à souhaiter de le voir entrer dans la médication courante : son prix très peu élevé, son extrême solubilité, en font un médicament à la portée de tous.

Le CaCl_2 trouve son indication dans les hémorragies de toute sorte et dans toutes les maladies présentant le symptôme ou la complication hémorragique. Il n'est pas jusqu'aux métrites hémorragiques qui n'en aient retiré de bénéfice très appréciable, ainsi que M. Paul Carnot a pu l'observer dans un cas (avec guérison), ainsi que M. Bertignon l'a expérimenté dans trois cas deux guérisons et une amélioration ; dans ce dernier cas, l'hémorragie, très abondante, était due à un cancer du col à forme fongueuse. Le curetage n'ayant rien fait, le CaCl_2 réussit.

Les cas qui comptent le plus de succès sont certainement ceux qui relèvent de l'hémophilie. Contre les hémoptysies tuberculeuses le CaCl_2 a donné de bons résultats.

Les hématoméses, les hématuries, les entérorrhagies sont arrêtées rapidement par le CaCl_2 . M. Bertignon cite le cas d'un malade atteint de purpura aigu généralisé (peau et muqueuse), où l'ergotine, le perchlorure de fer, la limonade citrique avaient échoué, guéri par le CaCl_2 .

« Les hémorragies de l'estomac et du tube digestif supérieur, dit M. P. Carnot, ne sont pas justiciables du traitement par le sérum gélatiné : car la gélatine est ainsi transformée par le suc gastrique. Dans ce cas alors, nous nous servons du CaCl_2 qui réussit fort bien. »

M. Albert Mathieu a traité des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde par les grands lavements chauds et le CaCl_2 (en potion et en lavements).

L'ergotine médicament prophylactique et spécifique de la fièvre puerpérale. — Soit estime que pour le praticien qui opère à la

campagne, l'ergotine représente un médicament précieux dans le traitement de la fièvre puerpérale : sous son influence, les espaces lymphatiques de l'utérus se resserrent, et les tissus plus compacts, moins infiltrés, forment une barrière que l'infection franchira plus difficilement. Après épuisement de l'effet médicamenteux, l'utérus ne revient toutefois pas au volume qu'il présentait avant l'administration de l'ergotine. Quand la malade présente déjà de l'hyperthermie, l'ergotine combat cette dernière.

Pour s'opposer à la résorption de produits purulents, l'auteur administre l'ergotine dans toutes les affections où il craint cette résorption (abcès, phlegmons pyémiques, etc.). Le médicament présentant en même temps des propriétés toxiques, il serait préférable, d'après l'auteur, d'injecter au lieu de sérum physiologique, de l'ergotine aux individus cachectiques devant subir une intervention opératoire.

L'auteur dispose d'une trentaine de cas de fièvre puerpérale traités par l'ergotine : parmi eux, il en est plusieurs graves, où l'intervention fut tardive. Tous ont guéri.

Après les accouchements normaux, l'auteur prescrit l'ergotine comme moyen prophylactique associé à l'antiseptique.

Elle favorise également l'involution utérine et constitue un auxiliaire précieux des injections vaginales chaudes.

Leformol contre la coqueluche. (DE LAMALLERÉE). — L'auteur n'a eu qu'à se louer de cette médication, qu'il institue de la façon suivante :

Faire évaporer, sur une lampe à alcool, une pastille paraformique toutes les heures, et garder rigoureusement la chambre; pas autre chose. Le traitement est simple, précieux pour la catégorie de malades auxquels il s'applique, et donne des résultats très satisfaisants.

Il ressort, en effet, d'une vingtaine d'observations publiées par M. de Lamallerée dans le *Centre médical*, que, dans les 24 à 72 heures, les vomissements cessent, de même que les quintes de toux; ces dernières étant au début du traitement de 18 à 37 par 24 heures, tombent à 2 ou 3 après 48 heures au plus. Quatre fois seulement elles ont persisté, variant entre 5 et 6 après ce laps de

temps, et deux fois le traitement n'a rien donné. Les vomissements suivent une marche semblable, mais plus rapide encore.

Sur les 22 cas, M. de Lamallerée a eu 2 succès complets, 4 résultats tardifs, et 18 guérisons complètes en 8 jours, convalescence comprise, et sans traitement régulier après les 72 premières heures bien entendu, c'est-à-dire que les enfants avaient repris leur vie ordinaire.

Mais, pour obtenir ces résultats, il faut rigoureusement se mettre dans les deux conditions suivantes: 1° prendre le malade dans les 8 à 10 premiers jours de la coqueluche déclarée; 2° astreindre le malade à la réclusion rigoureuse à la chambre bien fermée. On laisse l'enfant libre de jouer tout à son aise dans la pièce choisie, et elle doit être à une température constante de 18 à 20°.

Le chanvre indien contre la chorée et la coqueluche. — Nous

avons indiqué récemment les résultats favorables qu'un médecin anglais, M. T. Burton, dit avoir obtenus dans la chorée de Sydenham et dans la coqueluche, par l'usage interne de l'extrait fluide de cannabis indica. Notre confrère relate maintenant trois nouveaux succès remarquables dus à cette médication.

L'un de ces faits concerne une fillette de onze ans, atteinte de chorée de Sydenham, rebelle à l'arsenic, ainsi qu'aux préparations opiacées, et tellement grave que la mort par épuisement paraissait imminente. Chez elle, VII gouttes d'extrait fluide de chanvre indien administrées en une fois, ont suffi pour supprimer les convulsions choréiques.

Dans les deux autres observations, il s'agissait de coqueluche chez un garçon de vingt-deux mois et chez une petite fille de cinq ans, qui, sous l'influence de l'extrait fluide de chanvre indien, ont guéri en quelques jours. Le premier recevait II gouttes de cet extrait toutes les trois heures, la seconde en prenait V gouttes toutes les quatre heures.

Les trois petits malades ont parfaitement bien toléré le chanvre indien, qui n'a jamais provoqué chez eux le moindre trouble céphalique ni entravé l'appétit et la digestion. (*Bulletin médical*.)

GYNÉCOLOGIE

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES SALPINGO-OVARITES.

(FOURNIER, d'Amiens).

Le salpingo-ovarite débute de deux manières : *brusquement*, par des douleurs dans le bas-ventre, un peu de ballonnement, des nausées ou des vomissements, comme une pelvi-péritonite, et à ce moment, la fluxion péri-utérine est souvent telle qu'on ne trouve qu'un empatement très douloureux à droite ou à gauche, à la suite d'un accouchement ou d'une blennorrhagie rapidement envahissante. Un repos au lit de quelques jours et, au bout de dix jours ou trois semaines, tout semble rentrer dans l'ordre. *Insidieusement*, le début est bien plus fréquent de la sorte, car il s'agit d'une maladie dont la marche est chronique. Les antécédents de métrite peuvent manquer, la malade n'ayant pas accordé d'attention aux signes peu accusés d'une métrite légère.

Signes fonctionnels. — Une fois constituée, l'affection dure longtemps et se révèle, comme la métrite, par le syndrome utérin. Les douleurs siègent surtout dans le côté et plus souvent à gauche, s'irradient aux reins, au sacrum, au coccyx, à la hanche, reviennent de temps à autre sous la forme de coliques tubaires, et parfois il se fait une débâcle, une vomique du pus dans la cavité utérine : j'en ai observé un cas il y a quelques mois. C'est, en somme, dans le côté, un peu au-dessus du milieu de l'arcade de Fallope, que les malades accusent leur douleur, dès qu'elles fatiguent, dès qu'elles marchent ou descendent un escalier. La menstruation est modifiée d'une manière assez inconstante : dysménorrhée, puis métorrhagies, puis aménorrhée ; ce n'est pas là une succession toujours bien observée. La leucorrhée n'est pas beaucoup plus caractéristique, parce qu'elle tient davantage à la métrite concomitante et s'il y a parfois un flot de pus, il est difficile de dire s'il vient de la trompe ou de l'utérus. Les troubles à distance, dyspepsie, névralgies, constipation, dysurie, diarrhée glaireuse, neurasthénie même, n'ont pas encore une signification énorme, car nous savons que la rétro-déviatiion les détermine souvent et qu'une simple métrite peut y suffire. Si bien que, de tous ces signes, c'est encore la douleur, quand elle est précisée par la malade, qui est le meilleur, et encore combien infidèle !

Signes physiques. — N'accordez aux signes fonctionnels qu'une importance pronostique, n'y croyez pas trop au point de vue du diagnostic. Il faut vous mettre à la recherche de l'organe malade, et je crois pouvoir affirmer que ce diagnostic n'est pas très facile, si on n'a une très grande habitude des examens gynécologiques. Le spéculum, l'hystéromètre ne servent à rien ici, c'est une question de mains. Le gynécologue doit être familiarisé avec les organes génitaux pour parvenir à préciser son diagnostic.

La *palpation* peut parfaitement vous révéler une douleur qui siège juste au milieu d'une ligne allant, au-dessus du ligament de Poupart, du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure; c'est là qu'est l'ovaire. Parfois même, vous percevez à ce niveau une tuméfaction évidente. Il m'est arrivé d'y sentir un gonflement dû à la défense musculaire comme dans la salpingite; mais combien souvent la douleur provoquée sur ce point est douteuse, nulle parce que les annexes sont prolabés!

Le *toucher vaginal* au moyen de l'index peut vous révéler un empatement de l'un des culs-de-sac, vous faire percevoir un cordon tendu qui est la trompe abaissée, un ovoïde qui est l'ovaire.

Soit, tout cela est précieux à constater, mais il ne faut pas trop compter sur cette constatation. Et le vrai, le seul, l'unique moyen, pourrait-on dire, c'est le palper bimanuel.

Le *palper bimanuel*, c'est la palpation et le toucher combinés. Premier point, délimitez bien l'utérus; votre index vaginal sent le col, le relève, le pousse en tous sens; votre main abdominale doit reconnaître ces oscillations que vous imprimez à l'utérus par l'intermédiaire de son col. Après avoir bien nettement constaté sa situation, sa forme, son état inflammatoire, son volume, passez au second point, recherchez les annexes, d'abord d'un côté, puis de l'autre: l'index gauche renseignera parfois mieux sur les annexes gauches.

Il est bon aussi que vous les délimitiez entre ces deux mains. La *salpingite catarrhale* mobile est une trompe douloureuse, trop grosse à son extrémité externe, souvent recourbée, moniliforme, déplacée; l'ovaire adjacent est très sensible, augmenté de volume et irrégulier. Un ovaire normal n'étant pas beaucoup plus gros qu'une grosse amande, voyez si celui-ci est du volume normal; reconnaissez la trompe à ce que, par l'une de ses extrémités, elle fait suite à une corne utérine. La *salpingite kystique* est nettement une petite tumeur, comme un œuf plus ou moins gros, séparée de l'utérus par un sillon, en apparence indépendant de cet utérus. Qu'elle contienne du sang, de l'eau ou du pus, ne comptez pas sur la sensation de fluctuation, parce que vos mains sont séparées de ces organes par trop d'autres tissus pour que vous puissiez affirmer ce flot; ne comptez pas davantage sur la douleur, parce que les kystes tubaires sont rarement douloureux, mais cherchez bien si cette tumeur se rattache à l'utérus par un prolongement. Les *adhérences* voisines de périmérite et de péricatarrhe sont utiles à reconnaître parce que vous saurez ainsi s'il y a de l'inflammation concomitante du péritoine. L'ovaire malade est moins facile à délimiter que la trompe: d'abord parce que souvent la trompe gonflée ou kystique se présente avant lui, puis parce que, si son volume est normal et si même il est prolabé, il est difficile de dire s'il est ou non sclérokystique; il faut, néanmoins, tâcher de le reconnaître et, avec une certaine habitude, on le trouvera bientôt.

DIAGNOSTIC. — 1° Avec d'autres lésions génitales. — Une métrite

est un utérus douloureux au palper bimanuel ; les trompes n'y sont pas intéressées dès le principe. Un *prolapsus* des ovaires et des trompes n'entraîne pas toujours la salpingite et, dans ce cas, les annexes ne sont ni volumineuses, ni douloureuses. Une *réflexion* est plus difficile à reconnaître, parce qu'on peut prendre le fond de l'utérus pour des annexes prolabées et enflammées : bien suivre sur les côtés le bord utérin qui se coude au niveau de l'isthme, délimiter le col, constater l'absence de corps, en avant, à la place habituelle ; percevoir la continuité sur la face postérieure entre corps et col ou, au contraire, en cas de salpingite prolabée, percevoir le sillon de séparation : mobiliser, si c'est possible, les annexes sur l'utérus : voilà ce qu'il faut faire. Les *fibromes* du col siégeant en arrière sont mobiles, reliés au col. Les *kystes* de l'ovaire, qui sont petits, sont facilement confondus avec la salpingite, mais ils sont fluctuants et indolores. L'*hématocèle rétro-utérine* ne devient dure que tardivement.

2° *Avec des lésions d'organes voisins.* — L'*entéroécèle adhésive* (Doléris) est une anse intestinale descendant derrière le cul-de-sac postérieur du vagin et qu'on peut confondre avec la trompe et l'ovaire tombés en cet endroit. La *psyllis* est très douloureuse et d'un siège plus élevé. L'*appendicite*, qui d'ailleurs peut coïncider, a un siège d'ordinaire plus élevé sur la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque ; le point de Marc Burney existe souvent ; les antécédents sont surtout intestinaux ; mais on peut bien s'y tromper, témoin le cas que j'ai opéré ces jours-ci et dans lequel j'ai trouvé l'appendicite à gauche de l'utérus. Les *zones hystérogènes*, dont le siège est dans la région ovarienne, sont hyperesthésiées au frottement superficiel de la peau de cette région, calmées au contraire par la pression profonde. Le frottement détermine la boule et la crise.

3° *De la forme et de la cause.* — Un kyste tubaire, que ce soit hydro, hémato ou pyosalpinx, n'est pas douloureux comme une salpingite catarrhale récente et sera plutôt encore confondu avec un kyste de l'ovaire. Il importe, en conséquence, de bien délimiter trompe et ovaire aussi souvent qu'on le peut, et c'est ainsi qu'on arrive parfois à reconnaître même les ovaires micro-kystiques. Comme conseil en passant, je vous recommande de ne pas vous décourager trop tôt dans ces recherches ; le palper bimanuel est très difficile, mais avec du temps et de la patience on finit par savoir l'utiliser.

L'*accouchement*, la *blennorrhagie* pourront, en quelques cas, être reconnus à l'origine de ces lésions annexielles ; les antécédents intestinaux feront penser à l'infection du *colibacille* ; de même, les adhérences intestinales. La *tuberculose* sera soupçonnée quelquefois quand les lésions très accusées évolueront sans grandes secousses ; les lentes suppurations pelviennes y font penser et la recherche du bacille dans la leucorrhée est parfois concluante.

Avant de passer au traitement, il est nécessaire que nous insistions sur les rapports de la salpingite et de l'appendicite.

Appendicites et salpingites. — Cette question n'est mise au point que depuis quelques années. Pozzi avait déjà pensé à cette relation entre les appendicites et les salpingo-ovarites droites et nous avons vu qu'on a incriminé le transport microbien de la part des lymphatiques du ligament infundibulo-pelvien. Bouilly a parlé, en 1897, de la difficulté du diagnostic entre ces deux maladies, mais ni lui, ni Richelot, ni Hirst, Armstrong, Cleveland n'y voulaient voir autre chose que des coïncidences. Par contre, dès 1894, Wiggin y voyait une relation de cause à effet ; Delagénère publiait, en 1900, 26 cas d'appendicites chroniques coïncidant avec des affections utéro-annexielles ; Faure, en 1901, en relate des cas aigus ; Quenu citait un cas où l'extrémité de l'appendice était enchâssée dans le pavillon de la trompe.

En ce qui me concerne, j'ai opéré un certain nombre de ces cas dès 1900 et j'en ai signalé quelques-uns que vous avez pu voir et dans lesquels il y avait adhérences intimes entre l'appendice et la trompe, l'extrémité de l'appendice étant le plus souvent la seule partie adhérente. Il est difficile de dire si l'infection passe de l'appendice à la trompe ou inversement, mais on peut affirmer qu'il ne s'agit pas, comme on l'a dit, de pelvipéritonite localisée à ces organes et déterminant une simple coïncidence. S'il en était ainsi il n'y aurait pas simplement des lésions appendiculaires (portant surtout sur l'extrémité de l'appendice) et salpingiennes, il y aurait d'autres lésions de voisinage : or, il y a des cas où ces lésions de voisinage manquent complètement.

Le diagnostic entre appendice et salpingite est déjà difficile : dans le premier cas, la douleur siège à mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic, dans le second cas elle est décelée plus bas, au-dessus de l'arcade de Fallope. — Quand il y a coïncidence des deux lésions, la douleur provoquée occupe tout le côté droit, la fosse iliaque droite depuis le point de Mac Burney jusqu'au pli de l'aîne. Je ferai remarquer que deux cas se présentent : 1° Si la salpingite est plus intense et domine la situation, le diagnostic de l'appendicite concomitante est fort difficile, parce qu'on peut toujours penser qu'il s'agit de l'inflammation salpingienne propagée alentour ; 2° si au contraire l'appendicite domine la situation, le diagnostic est plus facile parce qu'au palper la douleur maxima est haut située et que cette douleur va en diminuant de haut en bas ; pendant ce temps le doigt vaginal décèle à son tour une très vive douleur salpingienne et on a reconnu les lésions salpingiennes par l'exploration bimanuelle. On en arrive ainsi à conclure qu'il y a deux maxima de lésions, avec un intervalle où la douleur est moins accusée. Enfin, il ne faut pas omettre que l'appendicite détermine des troubles digestifs importants : nausées, vomissements, anorexie, qui mettent, eux aussi, sur la voie.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Il faut, dans les salpingo-ovarites, savoir être médecin et chirurgien à l'occasion. Et d'ailleurs les occasions sont aujourd'hui fréquentes où il est difficile de saisir nettement les indications véritables des affections abdominales ; nous rencontrons constamment des médecins trop timides et des chirurgiens trop hardis. Or, ce qui devrait être affaire de raisonnement scientifique est encore trop souvent affaire de tempérament individuel.

A) *Traitement médical.* — Le traitement des salpingo-ovarites aigües, c'est celui de la métrosalpingite, celui de l'inflammation pelvienne à son début, dès l'apparition des signes très douloureux, du gonflement, de la fièvre.

Le *repos* dans le lit, voilà la première condition à remplir, indispensable, le repos absolu comme dans une appendicite ; en second lieu l'*antisepsie* ; en troisième lieu la *glace* sur le ventre. L'antisepsie consiste en injections vaginales chaudes, abondantes, mais sans force, l'injecteur étant maintenu très bas, ou même, si on peut le faire, les injections intra-utérines, à la manière de Fritsch, qui accorde à juste titre, je crois, une certaine importance curative à ce genre de désinfection : puissantes dans l'infection puerpérale, pourquoi ces injections ne seraient-elles pas utiles dans l'infection blennorrhagique ? Traiter ces infections à l'état aigu avec une suffisante minutie, c'est les juguler et rien ne vaut d'arriver à temps.

Malheureusement, on arrive bien plus souvent en retard, soit que les lésions aient été méconnues en leur commencement, soit qu'elles aient d'emblée revêtu la *forme chronique*. Vis-à-vis de ces salpingites catarrhales ou parenchymateuses, vous n'êtes pas désarmés : essayez la *dilatation* de l'utérus, faites avec la laminaire ou les bougies de Hégar une dilatation et un *pansement*, une injection intra-utérine, un attouchement de la muqueuse, de temps à autre, à la teinture d'iode ; lavez la cavité utérine, drainez-la, mais en prenant deux précautions : la première est de savoir ne pas trop tourmenter l'utérus, d'agir avec prudence, sinon il se révolte et les abcès salpingiens apparaissent, grossissent ou se rompent ; la deuxième est d'être très antiseptique, très prudent, très minutieux. Chaque fois, on applique un tampon à la glycérine sur le col. En somme, on traite l'utérus comme s'il s'agissait d'une vieille métrite, dans le but d'atteindre, par propagation de guérison, les trompes enflammées. On y arrive parfois, au début de la salpingite, quand elle n'est pas enkystée, et on peut obtenir, par cette *antisepsie* intra-utérine, la régression des trompes par un mécanisme d'ailleurs ignoré dans son essence. Il faut savoir ne pas appliquer ce traitement quand il s'agit de kystes tubaires, hydro-hémato-pyosalpinx, car ce traitement utérin ne servirait de rien ; il faut savoir encore s'arrêter à temps, quand on ne constate aucune modification favorable. Je crois, pour ma part, qu'une cause importante des échecs auxquels on aboutit souvent est qu'on manque de patience et qu'on

veut trop faire d'un seul coup, de sorte que les organes se révoltent et que des poussées aiguës apparaissent.

Le massage est dangereux ici; le cathétérisme des trompes n'est qu'à l'étude.

Le Traitement chirurgical ressort de la grande chirurgie abdominale.

EMBRYOGÉNIE

SUR LES LOIS DE LA FORMATION DES SEXES

par le D^r Pierre ROBIN.

M. Guiard, dans son intéressante communication, ainsi que M. Boissard dans sa réponse, admettent tous les deux la loi de Thury sur la procréation des sexes, en faisant chacun cependant dans une mesure plus ou moins forte, des restrictions, au point de vue de la généralité de cette loi.

D'après cette dernière loi, c'est de la maturité plus ou moins parfaite à laquelle est parvenu l'ovule, au moment de la fécondation, que dépendrait le sexe de l'être procréé; il serait féminin lorsque cette maturité n'est pas encore arrivée à un certain degré, masculin quand elle l'a dépassé. Telle nous la formule M. Guiard dans sa communication. N'ayant pu me procurer le travail de Thury, je m'en tiens à ces termes, qui expriment un rapport entre la maturité de l'ovule, l'époque de la fécondation, et le sexe de l'être procréé. Le dernier de ces termes est la solution du problème dont les deux premiers sont l'équation; aussi je suis très étonné de voir, qu'il n'est question nulle part, ni chez M. Guiard, ni chez M. Boissard, du rapport qui peut exister entre la *maturation de l'ovule* et sa fécondation. M. Guiard nous donne des résultats très intéressants et éminemment importants sur les rapports qui existent entre l'ovulation, la menstruation et la fécondation. Nous apprenons que la fécondation est possible *avant, pendant et après* les règles. Ces dernières cessant aussitôt que la vésicule de Graff est rompue, rendant l'ovule libre.

De ses observations cliniques, M. Guiard conclut en attribuant à la fécondation d'un ovule *incomplètement développé*, c'est-à-dire dans (la première *phase de migration*) la genèse du sexe féminin; au contraire, celle du sexe masculin à la fécondation d'un ovule en *pleine maturité*, c'est-à-dire dans la deuxième *phase de son évolution*.

M. Boissard estime que l'*imprégnation* d'un œuf *jeune* détermine l'œuf dans le sexe féminin, le sexe masculin étant dû à l'*imprégnation* d'un ovule *vieux*. Dans toutes ces conclusions, résumant leurs observations cliniques, fort complètes et très bien documentées, MM. Guiard et Boissard ont établi un rapport entre la fécondation

d'un ovule, la menstruation et le sexe de l'être qui va naître, sans nous parler de la maturité de l'ovule.

Je tâcherai de vous montrer tout à l'heure le danger que présente dans cette théorie l'emploi des expressions : ovule incomplètement développé, ovule en pleine maturité, ovule jeune, ovule vieux, la *maturation d'un ovule ne dépendant nullement de son âge*.

Maintenant si nous voulons ramener le problème aux termes même de la loi de Thury, il nous faut étudier les rapports qui existent entre la maturation et la fécondation de l'ovule, puis nous chercherons si ce rapport peut s'introduire dans les conclusions de MM. Guiard et Boissard.

Chemin faisant, nous verrons si d'autres facteurs n'entrent pas en jeu, qui, modifiant les conditions précitées, conduisent à une nouvelle théorie.

Enfin, comme les plus belles théories doivent être sanctionnées par la clinique, nous verrons si cette théorie peut nous conduire à l'explication des conclusions positives et négatives tirées des observations fournies par la clinique.

Vous connaissez certainement mieux que moi, la maturation et la fécondation d'un ovule, je m'en tiendrai aux seuls faits nécessaires pour la compréhension du sujet qui nous occupe.

Comme tous les phénomènes que nous étudions sont d'ordre physico-chimique, se passant entre corps d'une composition chimique très complexe, nous admettons, sans pouvoir l'affirmer dans l'état actuel de la science, qu'il y a concordance entre les manifestations objectives constatées microscopiquement ou macroscopiquement et les réactions chimiques qui les produisent.

Par son volume, la structure de son contenu et la nature de ses membranes, l'œuf humain est extrêmement semblable à celui des autres mammifères. Toutefois, d'après les recherches minutieuses de Nagel, l'œuf de l'homme conserve sa transparence à tous les moments de son développement, son vitellus ne contenant pas de gouttelettes brillantes.

Pour que la *cellule œuf* de l'homme puisse être fécondée, elle doit, au préalable, subir toute une série de transformations réunies sous le nom de *phénomène de la maturation*.

Sans entrer dans le détail de ces phénomènes, on peut considérer comme une loi générale que les œufs, encore pourvus de leur vésicule germinative, ne sont jamais aptes à être fécondés; que, pour qu'ils aient cette aptitude, leur vésicule germinative doit toujours avoir disparu et avoir été remplacée par un noyau ovulaire, ou pronucleus femelle, très petit, formé aux dépens de ses parties constitutives. Enfin, pendant que ces phénomènes s'accomplissent, il se forme toujours des cellules polaires.

Chez l'homme la *fécondation est interne*, aussi est-il très difficile d'étudier le phénomène complètement. Voyons cependant s'il n'y a pas un moyen d'arriver quand même à établir une loi de la fécon-

dition, qui nous renseigne sur le rapport qui existe entre la copulation externe des deux cellules sexuelles mâles et femelles et la fécondation caractérisée en dernière analyse par la fusion du pronucleus femelle avec le pronucleus mâle.

Fécondation chez les Echinodermes (1). — Chez ces représentants du règne animal, lorsque les œufs très petits et transparents sont pondus dans la mer, ils sont à *maturation complète* ; les cellules polaires sont déjà formées, et l'œuf contient un petit noyau ovulaire.

Une fois la copulation externe des deux cellules effectuée, c'est-à-dire une fois que le spermatozoïde a pénétré (sauf la queue) dans l'œuf, il s'accomplit dans le vitellus un ensemble de phénomènes réunis sous le nom d'*actes internes de la fécondation* ; et la fécondation ne peut être considérée comme achevée que lorsque les phénomènes ultérieurs qui ressortissent de la division nucléaire commencent à se produire, et cela dans tous les cas.

Fécondation de l'œuf des nematodes (2). — Chez l'*Ascaris megalocephala*, nematode parasite du cheval, les sexes sont séparés, la copulation et la fécondation de l'œuf s'accomplissent à l'intérieur de l'appareil génital femelle.

Au moment où s'opère l'union des deux produits sexuels l'œuf lui-même *n'est pas encore arrivé à maturité* ; il possède encore sa vésicule germinative, mais il ne tarde pas à entrer dans la période de maturation.

Après avoir formé ses noyaux polaires, les deux pronucleus mâles et femelles s'accolent sans se fusionner, et l'œuf entre dans une période de repos. Ce n'est que plus tard, au moment de la segmentation de l'œuf que l'union des deux noyaux sexuels, qui est le terme extrême de la fécondation, a lieu ; c'est-à-dire lorsque s'est formé le premier fuseau de segmentation à la constitution duquel ils coopèrent dans la même mesure.

Fécondation chez les vertébrés. — L'exemple nous est fourni par le plus inférieur l'amphioxus lanceolatus. Lorsque l'œuf se détache de l'ovaire, il n'en est qu'aux premiers stades de la maturation, comme c'est le cas chez la plupart des vertébrés. Après la disparition de la tache germinative, il a formé le premier fuseau de direction et même la première cellule polaire, qu'il expulse à la surface de son vitellus.

Mais il ne peut expulser la seconde cellule polaire que lorsque la fécondation s'effectue, ce qui semble être aussi le cas chez tous les vertébrés sans exception, et chez une foule d'invertébrés.

Ces phénomènes semblent s'accomplir aussi d'une façon générale de la même manière dans le règne végétal.

Aussi est-on actuellement en mesure d'établir une théorie de la fécondation (*page 57 Hertwig*).

« Lors de la fécondation, il s'accomplit des processus morpho-

logiques nettement visibles. Le plus important et le plus essentiel d'entre eux, est l'union de deux noyaux procédant de cellules sexuelles différentes : le noyau ovulaire et le noyau spermatique. Il se produit de la sorte un fusionnement de quantités équivalentes de substance nucléaire chromatique mâle et femelle. Par contre, d'après Boveri, les centrosomes de la première figure de segmentation dérivent exclusivement du centrosome du noyau spermatique, c'est-à-dire, en dernière analyse, de la pièce intermédiaire du spermatozoïde.

Les phénomènes qui se passent au cours de la fécondation, jettent aussi une pleine lumière sur la signification des phénomènes de la maturation des produits sexuels et particulièrement sur la division de réduction qui s'accomplit alors (voir p. 43). La formation des deux cellules polaires aux dépens de l'œuf non mûr et les deux divisions successives, sans phase de repos intermédiaire des spermatomères empêchent, de la façon la plus simple que, lors du fusionnement des deux noyaux qui s'accomplit au moment de l'acte de la fécondation, il se produise une masse de chromatine et un nombre de segments nucléaires doubles de la masse et du nombre normaux nécessaires pour l'espèce animale en question.

Grâce au processus de la maturation, la masse de substance chromatique nucléaire mâle, comme la masse de substance chromatique nucléaire femelle, ainsi que le nombre des segments nucléaires dont chacune d'elles provient, se trouvent réduits à la moitié de ce qu'ils sont dans un noyau normal. C'est seulement par la fécondation, qui consiste en le fusionnement des deux noyaux, que la masse totale de substance chromatique nucléaire et le nombre total des segments d'un noyau normal se trouvent reconstitués.

La maturation des produits sexuels a donc, à tout point de vue, le caractère d'un processus préparatoire à l'acte de la fécondation.

En résumé : La fécondation consiste dans l'union de deux noyaux de cellule : l'un provient de la cellule mâle et l'autre, de la cellule femelle.

Comme vous le voyez, Messieurs, dans le rapport entre la maturation et la fécondation, il n'y a rien de livré au hasard. L'ovule a une période plus ou moins longue de *fécondabilité*, mais le phénomène se passe toujours dans les mêmes conditions pour un même individu.

Si donc, chez la femme, l'ovule est fécondable avant, pendant ou après les règles, c'est-à-dire alors qu'il est encore dans la vésicule de Graaf, dans le pavillon ou dans le premier tiers supérieur de la trompe, nous sommes en droit d'affirmer que la copulation de l'ovule et du spermatozoïde se fait après l'expulsion du premier noyau polaire et avant celle du deuxième, et la fécondation complètement terminée au moment de la segmentation de l'œuf seulement.

Il est donc complètement inexact de parler de la fécondation d'un ovule incomplètement développé ou en pleine maturité, jeune ou vieux, puisque le phénomène est constant dans ses rapports pour tous les individus.

Si nous voulons envisager la période de fécondabilité qui paraît assez longue chez la femme, il faut remarquer que l'ovule reste pendant toute cette période dans les mêmes conditions de constitution, parce que nous avons à faire à une cellule incapable, n'assimilant pas, par conséquent ne pouvant subir de variations organiques qualitatives.

Cependant, si nous admettons pour un instant que cet ovule subisse l'influence du temps pendant sa période de fécondabilité, conséquemment nous sommes obligés d'en faire autant pour la cellule mâle, et nous devons nous occuper aussi de la jeunesse ou de la vieillesse du spermatozoïde, plastide également incapable, conservant dans un milieu approprié toutes ses qualités pendant un temps plus ou moins long.

Comme vous le voyez, l'introduction du développement plus ou moins complet de l'ovule dans l'étude de la procréation des sexes, est une erreur, qui se cachait derrière le rapport existant entre la durée de la fécondabilité de l'ovule et l'époque des règles.

Tant que l'œuf n'est pas une cellule capable d'assimilation, et alors seulement devenue susceptible de division nucléaire, ce qui ne se produit qu'à la fin de l'acte de la fécondation, le problème de la détermination du sexe n'existe pas chez l'homme.

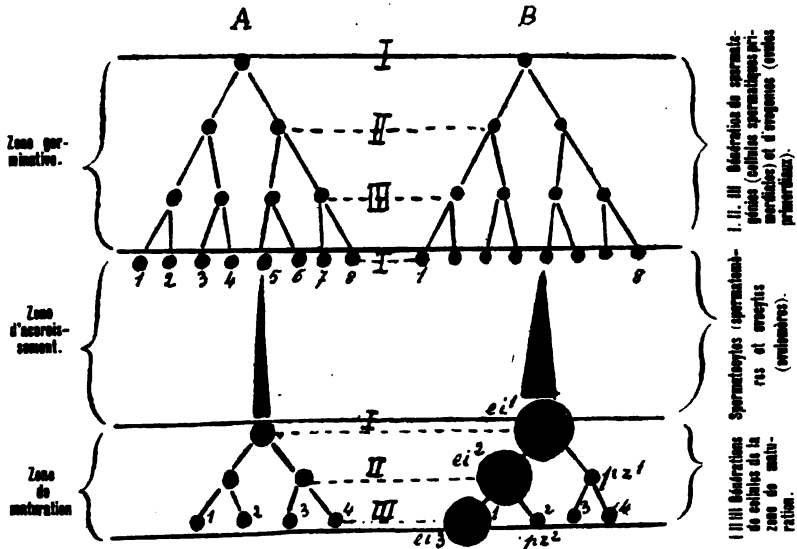
Il est évident que souvent chez d'autres représentants du règne animal, le sexe paraît déterminé dans l'œuf, puisque comme dans les expériences de Yung sur les Têtards il reste toujours des mâles irréductibles; mais, dans ce cas-là, nous avons à faire des êtres dont l'espèce n'est pas aussi bien fixée que la nôtre par leur évolution phylogénique ou généalogie ancestrale.

Ou bien si l'influence de la *nutrition* chez les Têtards, de *milieu* comme chez la muxque qui, libre est mâle, et devient femelle lorsqu'elle vit en parasite, ont une importance telle que l'œuf de l'homme subisse également ces différentes influences, nous sommes fatalement amenés à envisager quelles sont les conditions de milieu et de nutrition dans lesquelles se produit l'évolution de l'œuf au moment où se forment les blastomères.

Avant d'aller plus loin, maintenant que nous connaissons la cellule femelle et les différentes modifications qui se passent en elle jusqu'au moment de la fécondation, je crois nécessaire d'étudier rapidement les relations qui existent entre l'ovule mûr et le spermatozoïde.

Afin de rendre plus tangibles les intéressantes et importantes relations qui existent entre l'ovogenèse et la spermatogenèse dans le règne animal, je ne crois pouvoir mieux faire que de vous donner

la représentation graphique imaginée par Boveri dans son compte rendu sur la fécondation.



I. II. III Générations de spermatozoaires (cellules spermatozoaires primordiales) et d'ovogones (ovules primordiaux).
 I. II. III Générations de cellules de la zone de maturation.
 Spermatozoaires (représentés par des points) et ovules (ovulomères) (représentés par des points).

Arbre généalogique des diverses générations successives de cellules qui s'accomplissent lors de la spermatogénèse (A) et de l'ovogénèse (B).

*ei*¹ œuf non mûr (ovulomère) qui se divise en une cellule ovulaire fille *ei*², et la première cellule polaire *p*¹. La première de ces deux cellules se divise à son tour en une cellule ovulaire petite fille, qui est l'œuf mûr *ei*³ et en la seconde cellule polaire *p*²; la première cellule polaire peut aussi se diviser en deux (3 et 4).

« La figure ci-contre représente, sous forme de deux arbres généalogiques, les diverses générations de cellules qui s'accomplissent successivement, d'une part lors de la spermatogénèse (A), et d'autre part lors de l'ovogénèse (B). Dans la zone germinative, la cellule spermatique primordiale A, et l'ovule primordial B, désignés par le chiffre I, engendrent, par divisions successives rapides, une deuxième (II), puis une troisième (III) génération de cellules. A la suite de cette multiplication réitérée, les huit cellules formées ont perdu leur pouvoir de multiplication, et entrent dans un stade de repos (zone d'accroissement), les ovulomères surtout s'accroissent beaucoup en incorporant une quantité de vitellus; c'est ce qu'on indique dans le schéma A et B, pour l'une des huit cellules seulement, en représentant une verticale qui va en s'épaississant progressivement du haut en bas. Les spermatozoaires et les ovulomères ainsi modifiés (I), passent ensuite au stade de maturation, pendant lequel elles récupèrent leur pouvoir de division et fournissent deux nouvelles générations de cellules (II et III). Les cellules de la

dernière génération constituent d'un côté, quatre spermatozoïdes, qui se transforment directement dans la suite, en autant de spermatozoïdes et, d'autre part, elles constituent les trois cellules polaires ou corps de direction (2, 3 et 4) et un œuf mûr (*ei*³). »

« Les cellules polaires sont des œufs abortifs qui, à la suite d'une dernière division, se forment aux dépens de l'ovulomère, de la même façon que les cellules spermatiques (spermatozoïdes) se forment aux dépens de la spermatomère. Mais tandis que *tous* les produits de la division de la spermatomère deviennent des spermatozoïdes, capables de féconder, *un seul* des quatre produits de la division de l'ovulomère devient un œuf, dans lequel se trouve accumulée toute la masse vitelline au détriment des trois autres produits qui restent rudimentaires et constituent des cellules polaires. (*Traité d'embryologie*. Oscar Hertwig.)

L'ensemble de toutes ces considérations permet d'affirmer l'équivalence des deux produits sexuels, l'ovule et le spermatozoïde, qui, par leur fusion, donnent une cellule capable d'assimilation, peuvent se segmenter pour donner lieu à la formation d'un nouvel individu. Quel sera le sexe de cet individu ? Rien, avant le phénomène de la fécondation ni pendant l'accomplissement de ce phénomène nous permet de nous prononcer. Aussi tous les auteurs sont-ils d'accord pour considérer l'œuf comme hermaphrodite. Il semble bien ressortir de nombreuses observations, que les gros œufs donnent des femelles et les petits œufs des mâles. Mais, comme le dit M. F. Le Dantec, d'autres facteurs d'ordre physique ou chimique doivent intervenir, sans qu'il soit possible encore d'en préciser la nature exacte — je reviendrai plus loin sur cette question.

Macroscopiquement, dans l'embryon humain, le sexe ne se reconnaît guère avant la huitième semaine, beaucoup plus tôt histologiquement.

Quelles sont donc les conditions qui permettent au tissu sexuel primordial de se développer dans le sens mâle ou dans le sens femelle ? Si nous pouvions donner une solution à ce point délicat, il ne serait plus difficile de comprendre l'évolution mâle ou femelle du soma.

Au début de son évolution, le soma possède évidemment un hermaphroditisme qui lui permet de se développer suivant le type mâle ou femelle. Cherchons donc quelles sont les influences qui peuvent modifier cet *hermaphroditisme somatique*.

Les organes sexuels sont considérés actuellement comme des parasites du soma, créant par leurs sécrétions internes (virulence sexuelle) le dimorphisme sexuel, ce qui permet de distinguer morphologiquement un homme d'une femme ; les cas de castration sont suffisamment probants pour la démonstration de cette influence.

Ainsi nous sommes bien obligés d'admettre avec M. Le Dantec qu'en même temps que le soma subit l'influence de la sécrétion

interne de l'organe sexuel, le soma offre lui-même des conditions favorables au développement des glandes sexuelles. Pour M. Le Dantec, l'ensemble de ces conditions favorables présentées par le soma pour favoriser le développement, soit d'un organe femelle, soit d'un organe mâle, constitue ce qu'il appelle la *sexualité somatique* qu'il faut bien se garder de confondre avec celle des organes génitaux.

Ces sexualités sont chacune réciproquement sous la dépendance l'une de l'autre, mais ne peuvent ni ne doivent être considérées comme équivalentes.

Cette propriété sexuelle du soma serait justement les conditions favorables permettant aux tissus sexuels de se développer dans l'embryon.

Je m'explique : alors que l'œuf est hermaphrodite, et qu'aucun élément sexuel n'est encore apparu (supposons pour fixer les idées que nous avons à faire à un futur individu du sexe mâle), le soma aurait déjà acquis des propriétés sexuelles somatiques mâles, qui favoriseront ici le développement des organes sexuels mâles, les organes sexuels femelles n'étant pas aptes à vivre dans les conditions de ce milieu.

Les blastomères d'abord, les premières ébauches du fœtus ensuite ne sont pas sexuées, elles constituent un soma qui jouit simplement d'une *sexualité somatique* qui déterminera l'évolution des tissus sexuels, soit vers le type mâle, soit vers le type femelle, suivant que cette *sexualité somatique* sera mâle ou femelle.

Il nous reste donc à rechercher quelles sont les conditions qui peuvent influencer ce soma et créer en lui les conditions favorables au développement du tissu mâle ou femelle, en un mot lui donner l'une ou l'autre *sexualité somatique*.

Pour cette recherche, admettons que la copulation des organes externes sexuels se passe alors que l'ovule est encore dans la vésicule de Graaf, les observations cliniques permettent cette hypothèse.

La maturation de l'œuf va se terminer et le second noyau polaire (œuf rudimentaire) sera expulsé; en même temps la segmentation de l'œuf commence. A ce moment, les globes polaires, constitués exclusivement par de la matière femelle, sont encore appliqués contre l'œuf et vont se trouver emprisonnés dans la coque albuminaire qui isole l'œuf du milieu extérieur. La segmentation de l'œuf va donc se faire en présence des globes polaires, ou œufs rudimentaires.

Il n'est donc pas illogique d'admettre que cette substance femelle, constituée en grande partie par de la matière chromatique influe les blastomères et leur donne des qualités de sexualité somatique.

Ces globes polaires agissent-ils simplement par leur présence, ou bien leur diffusion s'effectue-t-elle dans l'œuf, mystère! Mais comme ce sont des cellules incapables, il est certain qu'elles ne se

segmentent pas et qu'elles disparaissent très vraisemblablement par résorption.

L'influence démontrée du tissu sexuel sur le dimorphisme sexuel, nous autorise à admettre que cette influence des globes polaires, substance femelle, crée dans le soma du jeune embryon les conditions favorables au développement du tissu femelle, c'est-à-dire lui donne une *sexualité somatique femelle*.

Au contraire, si l'ovule est expulsé de la vésicule de Graff avant sa copulation avec le spermatozoïde, aucune couche albumineuse ne le protège, et ses noyaux polaires disparaissent.

L'ovule va être sollicité dans ce cas-là par un grand nombre de spermatozoïdes. Un seul pénétrera l'ovule, les autres, restant accolés à sa surface vont jouer le même rôle vis-à-vis du soma, résultat de la segmentation de l'œuf; ils vont être résorbés et la diffusion de leur matière mâle influencera le soma embryonnaire en lui donnant une *sexualité somatique mâle*.

Le dernier globe polaire est bien expulsé alors que la fécondation s'effectue, et l'on peut admettre qu'il reste accolé à l'œuf retenu en même temps que les spermatozoïdes par la coque albumineuse; que devient alors son influence de cellule femelle?

Dans le cas où il y a plusieurs spermatozoïdes, elle est probablement neutralisée par la plus grande quantité de substance mâle.

Cependant, si l'on admet, chose possible, qu'un seul spermatozoïde soit en présence de l'œuf, et que la fécondation s'effectue, le globe polaire restera seul en contact avec l'œuf et déterminera encore dans le soma la *sexualité somatique femelle*.

Dans le cas de fécondation dans la vésicule de Graff, il pourrait se faire qu'un grand nombre de spermatozoïdes y pénètrent et neutralisent l'influence des globes polaires; mais ce fait doit être l'exception, d'abord parce que la paroi de la vésicule est sans doute perméable! D'autre part le chemin à parcourir par les spermatozoïdes est très long pour arriver à l'ovaire et la solution de continuité qui existe entre cet organe et le pavillon constitue une région où beaucoup de spermatozoïdes s'égareront.

D'après cette nouvelle théorie, si nous tenons compte des rapports cliniques existant entre la déhiscence de la vésicule de Graff et les règles, nous pourrions dire que les fécondations pré-menstruelles donneront des filles et les fécondations post-menstruelles des garçons. Cependant si un grand nombre de spermatozoïdes pénètre dans la vésicule, ce sera un garçon au lieu d'une fille; ou bien si un seul spermatozoïde féconde un ovule ayant conservé ses globes polaires, après son expulsion de la vésicule, ce sera une fille au lieu d'un garçon.

Si dans cette théorie nous envisageons le cas où des spermatozoïdes se trouvent fournir une quantité de matière mâle exactement équivalente à la matière femelle, du ou des globules polaires, suivant le siège de la fécondation, nous assisterons à l'évolution d'un

soma hermaphrodite, les deux tissus sexuels pourront donc se développer simultanément dans ce soma, nous assisterons à la naissance d'un hermaphrodite.

Cette théorie ne tient aucun compte du milieu dans lequel s'effectue le développement de l'embryon, qui conserve tout le temps son autonomie, sans vouloir nier cependant le retentissement de la nutrition ou des accidents pathologiques de la mère sur l'évolution intra-utérine du jeune individu.

Aussi serait-il intéressant d'étudier l'application de cette théorie sur des individus qui ont un développement extra-utérin.

Les objections faites à la théorie que j'ai l'honneur de vous exposer seront sans doute nombreuses, j'en retiendrai surtout une qui m'a été faite par M. F. Le Dantec, au cours d'une conversation que j'ai eue avec lui, au sujet de ce qui se passe dans le cas bien connu des abeilles.

« La reine ayant été couverte par le faux bourdon au moment du vol nuptial, a une réserve de spermatozoïdes dans un réceptacle devant lequel passe l'ovule, avant d'être pondue. Chose merveilleuse ce réceptacle s'ouvre de manière à féconder les ovules que l'abeille pond dans les cellules destinées à élever des reines ou des ouvrières, mais reste fermé quand l'abeille pond dans les cellules destinées aux mâles, de telle manière que c'est un ovule non fécondé qui devient un faux bourdon » (F. Le Dantec, la *Sexualité*.)

Comment expliquez-vous ce cas ? me disait mon savant interlocuteur. Que justement un œuf parthénogénétique qui doit donner un mâle, donne au contraire une pondeuse d'œufs parthénogénétiques, la reine, ou bien une ouvrière quand vous ajoutez de la substance mâle, le spermatozoïde du faux bourdon, à cet œuf parthénogénétique mâle ; puisque vous attribuez, me disait-il, à la substance mâle le pouvoir de déterminer la sexualité somatique mâle, et à la substance femelle le pouvoir de déterminer la sexualité somatique femelle ? Pour répondre à cette puissante objection, suivie d'ailleurs de nombreuses autres, il me faut envisager la parthénogénie dans son ensemble.

On dit qu'il y a parthénogénèse chez certains êtres lorsque dans certaines conditions, des éléments cellulaires, qui ressemblent par leur mode de formation à des éléments sexuels, sont capables d'assimilation et donnent naissance à des individus d'apparence normale, sans qu'ils aient besoin d'être complétés par l'acte de la fécondation. (F. Le Dantec, *La Sexualité*.)

Eh bien, je crois qu'il y a une erreur d'interprétation dans le phénomène appelé parthénogénèse ; en réalité, la parthénogénèse n'existerait pas, elle cacherait simplement des phénomènes d'auto-fécondation chez des êtres hermaphrodites vrais, les différenciations sexuelles qui se produisent au bout d'un nombre plus ou moins grand de générations, étant le résultat de l'influence de la *sexualité somatique* sur un des deux organes génitaux existant ensemble dans le soma.

La sexualité somatique pouvant être déterminée chez ces individus inférieurs par les conditions des milieux extérieurs.

La parthénogénèse ne serait qu'un cas particulier de l'hermaphrodisme chez des individus dont la sexualité somatique pourrait subir l'influence du milieu extérieur.

Pour m'expliquer je prendrai les exemples cités par M. F. Le Dantec dans son livre si remarquable, *La Sexualité*.

Voici, par exemple, des puces d'eau de l'espèce *Daphnia psittacea*. L'œuf fécondé donne un individu parthénogénétique P^o qui pond des plastides capables L^o; chaque plastide L^o donne naissance à un individu parthénogénétique P, qui donne des plastides capables L/l et ainsi de suite, pendant fort longtemps, tant que les conditions alimentaires sont favorables. Mais si les conditions deviennent défavorables, la production des plastides capables L cesse presque complètement et, au lieu d'individus parthénogénétiques P, on a des individus mâles M donnant des spermatozoïdes et des individus femelles F (femelles éphippiales) donnant des ovules femelles appelés œufs durables.

A mon avis, voici comment il faut interpréter ces phénomènes successifs. L'individu P^o considéré comme parthénogénétique est un individu hermaphrodite vrai, qui pond un plastide capable L^o parce que ses deux organes génitaux mâles et femelles, à évolution synchronique ont donné un ovule femelle mûr, et un spermatozoïde en même temps, la fécondation s'est faite dans l'intérieur de l'individu, et ce plastide capable L^o est tout simplement un ovule fécondé.

Cet ovule fécondé évoluant dans un milieu convenable, donne un individu P, hermaphrodite qui pondra encore des ovules fécondés ou plastides capables L, et ainsi de suite.

Mais si les conditions deviennent défavorables au développement d'un soma à sexualité neutre ou soma hermaphrodite, qui permet le développement simultané des deux organes génitaux, au lieu d'individus hermaphrodites (parthénogénétiques disait-on) on a des individus mâles M et des individus femelles F, parce que les conditions de milieu ont provoqué l'apparition de la sexualité somatique mâle chez les uns et la sexualité somatique femelle chez les autres, permettant à l'organe mâle de se développer chez les mâles M, et à l'organe femelle de se développer chez les femelles F.

Prenons maintenant l'exemple de *l'Hydatina senta* (F. Le Dantec, *La Sexualité*), petit rotifère doué d'un dimorphisme sexuel très accentué. Partons de l'œuf fécondé O. Il donne naissance à un individu qui dans *tous les cas* produit des œufs parthénogénétiques, des plastides capables L. Chez l'hydatina le plastide L n'est jamais fécondé et se développe parthénogénétiquement, mais dans certains cas, il donne un mâle vrai, dans d'autres une femelle vraie, *quelles que soient les conditions de milieu*. Il y a donc deux types d'œufs parthénogénétiques L^m et L^f dont l'un, plus petit, donne naissance à un mâle vrai, l'autre, plus gros, à une femelle vraie. Chose

remarquable, les deux types L/m et L/f ne se rencontrent jamais chez le même individu ; il y a des individus pondueurs de plastides L/m exclusivement et des individus pondueurs de plastides L/f exclusivement. L'individu provenant de l'œuf fécondé O peut donc appartenir à deux catégories, celle des pondueurs de mâles P/m , ou celle des pondueurs de femelles P/f , absolument comme l'individu provenant de l'œuf fécondé de l'homme peut appartenir à deux catégories, celle des mâles et celle des femelles.

J'envisagerai le phénomène ainsi. L'individu provenant de l'œuf fécondé O est un individu hermaphrodite, dans lequel l'auto-fécondation peut se produire à cause du synchronisme existant entre l'évolution des organes génitaux.

L'œuf fécondé *in situ* L sera mâle Lm ou femelle Lf parce que consécutivement à la fécondation ou simultanément à cette dernière ce sont les globes polaires, matière femelle, ou des spermatozoïdes, matière mâle, qui ont provoqué la sexualité somatique, mâle ou femelle.

Ne voyons-nous pas en effet les œufs mâles plus petits que les œufs femelles ? Ces derniers ayant déjà subi une évolution différente, à l'intérieur de l'individu pondueur, évolution qui a fixé définitivement la sexualité somatique.

Le plastide capable L est donc, non pas un œuf parthénogénétique, mais bien un plastide capable, résultat de l'auto-fécondation d'un pronucleus femelle, par un pronucleus mâle, ayant subi, dans son évolution intra-individuelle, l'influence de certaines conditions provoquant la sexualité somatique mâle, caractérisée et fixée par le volume plus petit de l'œuf, dans un cas, et la sexualité somatique femelle, caractérisée et fixée par le volume plus gros de l'œuf dans le second.

L'auto-fécondation se faisant toujours dans les mêmes conditions, chez le même individu, les œufs pondus par cet individu sont toujours doués de la même sexualité somatique, donnant des individus du même sexe.

Je prendrai enfin comme dernier exemple, celui de l'abeille. Partant comme pour l'*Hydatina senta* de l'œuf fécondé O, il donne dans la première individualité, des plastides L déséquilibrés, mais *capables*, qui sont les œufs parthénogénétiques. A ce moment, de deux choses l'une. Ou bien, un élément mâle *incapable* β , vient s'ajouter au plastide capable L, et redonne un plastide $(L+\beta)$ identique à O, et alors le cycle est fermé : le nouvel œuf sera le point de départ d'une série de bipartitions identiques à la première ; ou bien le plastide capable L, se développe seul, et alors, indépendamment du soma qu'il produit il donne naissance à des éléments incapables β .

Je ferai remarquer tout de suite que le plastide $(L+\beta)$ deviendra, suivant la nourriture qui lui sera fournie, soit une ouvrière habituellement stérile, soit une reine pondueuse d'éléments capables L.

Considérant toujours la parthénogénèse comme un cas particulier de l'hermaphrodisme, voici comment les choses se passent :

L'œuf fécondé O, donne un individu hermaphrodite, la reine, nous nous occuperons tout à l'heure du cas des ouvrières.

La reine hermaphrodite produit des ovules et des spermatozoïdes ; mais ici, le synchronisme n'existe pas d'une façon parfaite entre l'apparition des ovules et des spermatozoïdes, de sorte que certains ovules sont fécondés, d'autres ne le sont pas.

Les premiers, qui sont fécondés par les spermatozoïdes de l'organe mâle développé chez la reine (en même temps que son organe femelle), au moment de la ponte, alors qu'ils passent devant le réceptacle contenant les plastides incapables β n'exercent aucune action chimiotactique sur ces plastides incapables mâles, aussi sortent-ils sans être fécondés, c'est pourquoi ils sont appelés œufs parthénogénétiques, ou *plastides capables* L. Nous venons de voir pourquoi ils sont capables, reste à savoir comment il se fait qu'ils donnent toujours, quel que soit le milieu où ils évoluent, des individus du type mâle. Cela tient évidemment à ce fait, que l'auto-fécondation à l'intérieur de la reine hermaphrodite se fait dans des conditions telles, que la sexualité somatique du jeune individu est suffisamment fixée dans le sens mâle, au moment de la ponte, pour que son soma continue à se développer dans le même sens, et favorise l'apparition de l'organe mâle, producteur de plastides incapables β .

Au contraire, l'ovule dont le développement ne s'est pas trouvé synchrone de celui d'un spermatozoïde, reste non fécondé, constituant un plastide incapable femelle, qui exercera une action chimiotactique à l'égard des spermatozoïdes contenus dans le réceptacle, et favorisera la sortie d'un de ces éléments incapables, qui, s'unissant à lui, donnera un ovule fécondé capable.

Tous ces ovules fécondés capables n'auront pas le même sort. Les uns, abondamment nourris, verront leurs organes génitaux mâles et femelles se développer produisant une reine hermaphrodite. Dans ce cas-là, les deux sexualités somatiques mâle et femelle se sont développées simultanément, soma hermaphrodite.

Les autres, au contraire, mal nourris, ou moins abondamment nourris, ne verront aucun de leurs organes génitaux se développer, leur sexualité somatique est restée neutre, dans ce cas-là les individus adultes sont des ouvrières, habituellement stériles.

Quelquefois cependant l'on voit des ouvrières pondre des œufs, et dans ce cas-là, comme il est matériellement impossible qu'elles reçoivent des spermatozoïdes du faux bourdon, puisqu'elles n'ont pas de vol nuptial. Tous les œufs donnent des mâles ce qui est conforme à notre façon d'envisager les phénomènes : la nourriture, dans ce cas-là, donnée à la jeune larve, ou toute autre cause que j'ignore, ont laissé se produire la double sexualité somatique, de sorte que l'ouvrière au lieu d'être stérile est devenue hermaphrodite,

comme la reine (quant à ses organes sexuels seulement puisqu'elle s'en distingue toujours morphologiquement). L'auto-fécondation intra-individuelle s'est produite avec le même défaut de synchronisme que chez la reine, il y a donc eu des ovules fécondés et des ovules non fécondés, autant de véritables ovules femelles.

Les ovules fécondés dans des conditions semblables à celles qui ont présidé tout à l'heure à l'auto-fécondation chez la reine, ont fait encore ici évoluer la sexualité somatique du côté mâle. Les ovules non fécondés ne sont peut-être pas expulsés ou tout au moins se détruisent parce que ce sont des plastides incapables.

L'instinct de l'abeille n'a donc plus rien à faire au point de vue de l'ouverture de son réceptacle, c'est l'action de l'ovule femelle qui provoque la sortie du spermatozoïde. Le défaut de synchronisme entre la production des ovules et des spermatozoides expliquerait l'alternance des pontes d'œufs fécondés mâles et d'ovules femelles se fécondant en passant devant le réceptacle à spermatozoides. Cette alternance fixée dans l'instinct des abeilles, correspondrait naturellement à l'alternance des loges à mâles et des loges à reine ou à ouvrière dans la ruche, comme l'on pensé Geddes et Thomson.

L'expérience de Dzierzon qui coupant les ailes d'une reine avant le vol nuptial, vit que cette reine n'était pas fécondée et ne pondit que des faux bourdons; n'est-elle pas une conséquence de ma théorie sur la parthénogénèse ?

Hansen fit féconder des reines d'une variété allemande par de faux bourdons, d'une autre variété italienne, et obtint ainsi des femelles hybrides à caractères empruntés aux deux variétés parentes, *mais des faux bourdons de variété allemande pure*. N'est-ce pas là une démonstration expérimentale de mon hypothèse, la reine allemande hermaphrodite pond des œufs résultat de l'auto-fécondation, ce sont des faux bourdons de variété allemande pure. Tandis que les ovules allemands femelles fécondés par les spermatozoides contenus dans le réceptacle et venant de la variété italienne donnent tout naturellement une femelle hybride.

Les différentes parthénogénèses, *partielle, saisonnière, juvénile*, s'expliquent toutes également très bien et d'une façon lumineuse, lorsque l'on considère la parthénogénèse comme un cas particulier de l'hermaphrodisme, en tenant compte de l'action indéniable du milieu sur la sexualité somatique. L'hermaphrodisme serait la règle chez tous les individus, le défaut de synchronisme dans l'évolution des organes sexuels créant la sexualité.

Aujourd'hui je m'en tiendrai là de cette incursion dans le règne animal en suivant toujours le même raisonnement vous arriverez à éclaircir des faits dont l'explication était difficile. D'après cette nouvelle théorie, vous comprenez, Messieurs, combien est difficile la procréation du sexe à volonté, chez les individus à développement intra-utérin, l'impossibilité d'agir en faveur d'un sexe ou d'un

autre est évidente dans l'état actuel de nos connaissances. Cependant il ne faut pas désespérer ; chaque jour les biologistes apportent des faits nouveaux, les chimistes nous apprennent à connaître mieux la constitution de la matière, en même temps que les physiiciens nous éclairent sur les réactions physico-chimiques des éléments mis en présence.

Aussi, de même que beaucoup de mystères d'hier devenus des vérités éclatantes aujourd'hui, espérons que bientôt nous aurons pénétré les arcanes de la fécondation.

Cette opinion, tout opposée au pessimisme de M. Boissard, réconfortera peut-être les chercheurs et leur redonnera, j'espère, du courage.

A ce propos, je demanderai la permission à M. Boissard de lui répondre deux mots au sujet des objections qu'il fait à la possibilité de connaître les lois qui régissent ou déterminent la sexualité.

A l'objection tirée de l'ordre métaphysique et social, je répondrai que la métaphysique ne s'appuyant que sur des principes subjectifs, les objections qu'elle peut fournir sont toutes *a priori*, et basées sur aucune observation précise.

La science de l'être pour l'être est un cercle vicieux, une impasse où nous ne devons nous pas laisser entraîner, ce serait la négation de la méthode expérimentale si bien étudiée par Bacon. Les phénomènes que nous étudions se passent entre éléments inorganiques qui, mis en présence, réunis, arrangés, combinés ensemble, restent immuablement soumis aux lois physico-chimiques, conservant partout et toujours chacune de leurs propriétés, bien que constituant des corps organiques vivants ou morts, d'aspect et de propriétés bien différents aux leurs. L'homme peut, dans une certaine mesure, modifier les circonstances ambiantes, ajouter ou supprimer certains éléments, certaines forces pour réaliser des phénomènes nouveaux, ou répéter ceux déjà connus, mais il ne peut influencer les propriétés des corps ni les réactions physico-chimiques qui régissent leurs combinaisons.

Quant à la volonté de l'homme, en admettant qu'il ait un libre arbitre et qu'il puisse toujours conserver la même décision, il faudrait pour assister au cataclysme que redoute M. Boissard que tous les individus (hommes et femmes), à compter d'aujourd'hui ne désirent et ne fassent que des mâles par exemple ; mais il est habituel qu'après un garçon, on désire une fille dans un ménage, et si certains couples n'aiment que les garçons, d'autres n'aiment que les filles. Il nous faudrait compter aussi avec la passion sexuelle, s'exerçant en dehors de toute idée de procréation, qui donnerait tantôt une fille, tantôt un garçon les coïts étant faits sans observation d'aucune règle, puisque les participants les espèrent stériles.

Les familles à garçons ou à filles sont au contraire des cas favorables à l'étude de cette intéressante question, là plus qu'ailleurs,

les observations peuvent être prises plus documentées et partant plus exactes.

Quant à l'objection tirée des lois du fonctionnement social, en écartant d'emblée la question des causes finales, il est plus rationnel de penser qu'à cause du manque de mâles, les femelles ont des désirs plus grands, plus fréquents, qui occasionnent et favorisent l'expulsion de l'ovule de la vésicule de Graff, ce qui favorise la fécondation dans les conditions qui donnent le plus souvent des mâles.

Que M. Boissard me pardonne de ne pas être encore de son opinion au sujet de la prétendue infériorité de la femme, vis-à-vis de l'homme, la démonstration anatomo-pathologique qu'il nous donne de l'infériorité féminine est causée par l'expression dangereuse d'ovule jeune et d'ovule vieux.

L'ovule cellule incapable à partir du moment où il est fécondable jusqu'au moment où il ne l'est plus, étant dans l'impossibilité d'assimiler, est une cellule senescente qui ne peut que perdre en valeur quantitative et qualitative, par conséquent l'ovule jeune est plus parfait que l'ovule vieux, c'est donc l'homme, résultat de la fécondation d'un ovule vieux, qui devrait être inférieur anatomo-pathologiquement parlant.

OBSTÉTRIQUE

DE L'ACCOUCHEMENT « POST MORTEM ».

Quand un fait d'expulsion d'un enfant hors des parties génitales d'une femme morte vient à se produire, les assistants en sont ordinairement troublés; mais l'émotion est encore plus grande quand la naissance a eu lieu, comme on dit, *in sepulchro*, après l'inhumation, et que cette naissance est constatée au bout d'un certain temps à l'occasion d'une expertise médicale ou de l'ouverture du cercueil pour une raison quelconque.

Dans ce cas, l'opinion publique s'émeut rapidement, les imaginations se donnent libre carrière : on admet d'emblée que la femme a été enterrée vivante, qu'elle s'est délivrée dans le cercueil et que bientôt ont succombé à une mort atroce, la mère et son enfant nouveau-né. Sur cette présomption, acceptée sans la moindre hésitation, on base des accusations graves et quelquefois des poursuites judiciaires dangereuses comme dans l'affaire qui vient d'être appelée récemment devant un des tribunaux de notre département. Nous ne voulons ni décrire ni discuter les faits de la cause à laquelle nous faisons allusion; mais à son occasion nous croyons intéressant de rechercher, au point de vue scientifique seul, ce que l'on sait et ce qui est démontré relativement à l'accouchement *post mortem*.

La littérature médicale offre un certain nombre d'observations

de ce genre, qui ne se produisent pas toujours dans les mêmes circonstances.

D'abord, il peut arriver que la femme soit simplement à la fin de la période agonique ou en état de mort apparente quand l'accouchement se termine. Les accoucheurs savent, en effet, que dans les accès éclamptiques par exemple, le travail peut marcher rapidement et qu'au moment de la mort, quelquefois un peu avant ou un peu après, on voit l'enfant être expulsé mort ou vivant. Voilà un premier point indiscutable admis par tous. « Si, par quelque circonstance inopinée et subite, il arrive qu'une femme périsse très près de la fin d'un travail naturel à tous égards, elle accouche ordinairement après la mort. » (Levret, *Art. des Accouchements*, 1766, p. 92.) (1)

« L'expérience a démontré que l'enfant a été expulsé vivant hors du corps mort de sa mère, mais ce cas est rare et on ne doit pas trop compter sur ces sortes d'exemples. » (Jacobs, de Gand, *Ecole pratique des Accouchements*, 1785, p. 240.)

On admet donc que des enfants aient pu être expulsés vivants du corps de la mère mourante ou en état de mort apparente, précédant de peu d'instant la mort véritable. Dans ce cas, la circulation fœto-maternelle a pu persister plus ou moins longtemps, la vie n'ayant pas complètement cessé. C'est ainsi que les phénomènes ont dû se passer dans les observations suivantes :

« Un inquisiteur espagnol avait fait pendre, le 14 juin 1551, une femme, quoique enceinte. Quatre heures après la mort de cette malheureuse mère, encore attachée au gibet, deux enfants vivants tombèrent de son sein. »

« Thomas Bartholin (1673) raconte qu'un enfant vint au monde deux jours après la mort de sa mère. »

« La femme de François Arevallos (de Sueffo) tomba malade au terme de sa grossesse et fut enterrée. Le mari, arrivé quelques heures après, voulu revoir sa femme : à peine a-t-on ouvert le cercueil qu'on entend les cris d'un enfant qui fut retiré vivant et sain. » (Sue, *Essais historiques sur l'art des accouchements*, p. 239.)

Pour expliquer les faits qui précèdent, il faut admettre que les femmes sont restées plus ou moins longtemps en état de mort apparente.

Dans un second groupe de faits, l'expulsion du fœtus a lieu dans les heures qui ont suivi la mort de la femme, du premier au troisième jour. Dans ces cas, les fœtus ont toujours été trouvés morts, la persistance de l'hématose fœtale ne dépassant pas une durée de quinze à trente minutes et même moins quand la mort de la femme est précédée chez elle d'une période d'asphyxie, le sang maternel emprunte l'oxygène au sang fœtal, et que le fœtus succombe avant la mère, ce qui explique la rareté de la naissance d'enfants vivants

(1) Barthe, *Journal des Curieux de la nature*, 1685-1686. Helianthus. Recherches : observations 185 et suivantes. *Journal d'Allemagne*. 2 décembre. Observations 141 et suivantes. Jean Mathéus.

même à la suite d'une opération césarienne faite immédiatement après la mort de la femme asphyxiée.

Au contraire, si la femme a succombé à un traumatisme, si elle est empoisonnée par une substance, comme l'oxyde de carbone par exemple, qui empêche l'absorption de l'oxygène du sang foetal par les globules du sang maternel, qui ne fonctionnent plus, l'enfant pourra survivre quelques instants à sa mère et être expulsé ou extrait vivant. L'enfant ne peut survivre donc que quelques minutes après la mort de la femme et cela seulement dans certains cas exceptionnels ; mais, quoique mort, il est quelquefois chassé hors de l'utérus par les contractions de cet organe qui persistent plus ou moins longtemps. Les observations que je vais citer en sont des exemples.

Hoyer parle d'une femme, morte en travail, mise dans le cercueil et prête à être enterrée, qui rendit, avec bruit, un fœtus et une grande quantité d'humeurs.

Hartmann a vu un cas semblable. Harvey cite une dame anglaise, morte en état de grossesse, et dont l'enfant fut expulsé le jour suivant.

Richter a publié un cas d'accouchement *post mortem* au huitième mois de la grossesse, 1863.

Hunter, deux autres cas, dans les mêmes conditions.

Bartholin, Fodéré, Bemfer, Tourdes en ont aussi relaté.

Schenk (*Journal d'Hufeland*, 1821), a vu un accouchement se faire du deuxième au troisième jour après la mort de la mère.

Le troisième jour après la mort d'une jeune femme, la garde entendit un grand bruit qui se produisit dans le cadavre. Un médecin appelé tout de suite trouva que la morte venait d'accoucher de deux jumeaux encore enfermés dans les membranes, qui étaient intacts. Les fœtus n'offraient aucune trace de putréfaction : le placenta seul offrait un commencement d'altération. (Hermann, *The Edimb. med. Journal*, n° 6, nouvelle série.)

Les naissances survenant ainsi quelques heures ou même un ou deux jours après la mort de la femme s'expliqueraient de la façon suivante : Bichat a démontré que tous les organes ne meurent pas en même temps, et que l'utérus peut expulser le produit par sa force de rétraction quelques instants après le dernier battement du cœur. Leroux a senti cet organe se contracter un quart d'heure après le dernier soupir. Osriander, ayant pratiqué l'opération césarienne sur un cadavre, vit la matrice se rétracter comme sur le vivant (Chailly-Honoré).

Suivant Tayler Smith, la puissance de l'action réflexe s'exerce encore quelque temps après la cessation complète des mouvements respiratoires, et Brown-Séguard, suivant sa théorie connue, explique la contractilité posthume par le contact du sang non oxygéné sur la fibre musculaire. Cette théorie est très discutée à l'heure actuelle, mais le fait de la persistance de la contractilité est démontré, alors même qu'elle ne serait pas due au contact du sang non oxygéné sur le tissu musculaire utérin.

La contractilité et la rétractilité peuvent donc amener l'accouchement *post mortem* d'enfants morts déjà depuis quelques heures ou même davantage. Mais il est à remarquer que ces naissances *post mortem* ont toutes été observées au sujet de femmes ayant atteint le huitième ou le neuvième mois de la grossesse, et cela se comprend, ainsi que Leuret l'avait déjà fait remarquer : il faut, en effet, que le col de la matrice, le segment inférieur, le vagin, les parties molles de l'excavation et du périnée aient déjà subi une préparation suffisante pour que la contractilité utérine ne soit pas réduite à l'impuissance du fait de leur résistance.

Enfin, la naissance *post mortem, in sepulchro*, se produit encore plus tard, quand non seulement la femme est morte, mais encore quand la contractilité utérine a elle-même disparu et alors de nouvelles conditions rentrent en jeu pour produire le phénomène qui nous occupe. C'est sous l'influence de la putréfaction cadavérique que l'expulsion du fœtus s'opère dans ces cas, à une date plus ou moins éloignée du moment de la mort. L'accord est unanime à ce sujet. « Si l'accouchement se fait tardivement après la mort de la femme, il suffit pour l'expliquer de faire intervenir le relâchement des fibres de l'orifice utérin et la putréfaction, car celle-ci engendre des gaz qui distendent l'intestin, refoulent les parois abdominales, compriment l'utérus, la vessie et le rectum, et forcent ces réservoirs à se vider. » (Tarnier et Chantreuil, t. I, p. 576.)

« Dans quelques cas d'accouchement *post mortem*, il n'est pas démontré que l'utérus ait même agi le moins du monde, et on suppose à tort que la difficulté de l'accouchement après la mort est aussi considérable qu'auparavant. » (Duncan, *Mécanisme de l'accouchement*, 1876.)

(*Journal de médecine de Bordeaux*, 22 février 1903.) D^r L. HIRIGOYEN.

VATER. — *De partu hominis post mortem matris*. Witteb., 1724. — TORALLI. — *Dissertation sur l'accouchement après la mort*, 1804. — KERGADEEC. — Questions d'embryologie médicale et théologique (*Annales d'hygiène*, t. XLIII). — MELI. — *Della proprietà vitali dell' Utero gravido dei parti che avvengono dopo la morte*. Milan, 1822. — DENEUX. — *Recherches sur la cause de l'accouchement après la mort*. Paris, 1822. — NIELHE. — *Dissert. de partu post mortem*. Berlin, 1827. — MAIZIER. — *De partu post matris mortem spontaneo*. Berlin, 1834. — MOST. — *Partus post mortem matris*. Leipzig, 1840.

LA DÉCLARATION DES FOETUS ET EMBRYONS.

Par M. PLATEAU.

Il arrive assez fréquemment aux médecins de l'état civil de rencontrer dans les familles, à l'occasion de l'accomplissement de leur mandat, des difficultés, des ennuis, des désagréments plus ou moins sérieux, à propos de la constatation des naissances et des décès.

Je ne veux parler évidemment ici que des difficultés qui sont le

fait des médecins traitants, non pas à cause de l'ignorance où il est tout naturel qu'ils soient des règlements administratifs, mais bien à cause de la non-ignorance où ils croient être, et par suite des renseignements erronés qu'ils donnent avec assurance aux familles et dont celles-ci pâtissent.

Quel que soit le soin jaloux avec lequel le médecin de l'état civil arrange les choses, quelle que soit sa bonne volonté de « sauver la face » de son confrère, il n'en est pas moins vrai que ces ennuis retombent forcément sur le mauvais conseiller, dans l'espèce le médecin traitant.

Ce sont ces raisons qui m'ont fait vous demander la permission de vous rappeler en quelques mots les notions utiles aux praticiens touchant les naissances et les décès. De ces notions les unes sont indispensables à bien connaître, la loi sur la déclaration des naissances, par exemple; d'autres, à propos des décès, peuvent être très utiles et touchent à des points délicats de déontologie.

Naissances. — Code civil. Art. 55. — Les déclarations de naissance seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu : l'enfant lui sera présenté.

Art. 56. — La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou à défaut du père, *par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé*, ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement; et, lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée. L'acte de naissance sera rédigé de suite, en présence de deux témoins.

L'omission de cette déclaration expose le médecin à une peine relativement sévère formulée par l'article 346. Code pénal qui est ainsi conçu :

Art. 346. — Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aurait pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du code civil, et dans les délais fixés par l'article 55 du même Code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois, et d'une amende de 16 à 300 francs.

La pénalité émise par l'article 346 du Code pénal est également applicable à la non-déclaration d'un enfant mort dans les trois jours de l'accouchement et pour lequel il n'a pas été dressé d'acte de naissance. (Cour de cassation, 2 août 1844.)

On sait qu'à Paris et dans la plupart des grandes villes, la présentation de l'enfant n'est plus obligatoire, le médecin de l'état civil étant chargé de la vérification à domicile.

L'Arrêté préfectoral du 28 décembre 1868 institue ce nouveau service pour le 1^{er} janvier 1869. En voici les extraits intéressants les praticiens.

Article premier. — A partir du 1^{er} janvier 1869, les parents qui désireront faire constater à domicile la naissance d'un enfant, devront en faire la demande par écrit dans les vingt-quatre heures de la naissance à la mairie de leur arrondissement, avec indication des noms, prénoms et domicile des parents, la date et l'heure de la naissance et le sexe de l'enfant.

Art. 2. — La constatation à domicile sera faite sans frais d'aucune espèce pour les parents par un médecin de l'état civil... Les demandes adressées par la poste aux mairies pour obtenir la constatation à domicile seront considérées comme non avenues et aucune suite n'y sera donnée.

... Après le délai de vingt-quatre heures à partir du moment de la naissance, les parents ne pourront plus demander la visite du médecin. L'enfant devra être présenté à la mairie comme par le passé (1).

Les parents qui ne désireraient pas profiter de la faculté qui leur est offerte de faire constater à domicile la naissance qu'ils ont à déclarer, ne sont aucunement tenus d'en user; ils restent libres de présenter l'enfant à la mairie, comme par le passé, au moment de la déclaration.

La circulaire suivante explique bien ces diverses formalités :

« 26 janvier 1886.

« Monsieur le Maire, quand une personne se présente à la Mairie de son arrondissement ou de sa commune pour déclarer la naissance d'un enfant, il est d'abord, et seulement, pris note de cette déclaration : le lendemain ou le jour même, suivant l'heure, le médecin de l'état civil se transporte au domicile de la mère du nouveau-né pour y constater le sexe de l'enfant et ce n'est qu'après cette visite, — laquelle remplace dans la pratique la présentation de l'enfant à l'officier de l'état civil, — que l'acte de naissance peut être dressé. A cet effet, le déclarant doit se présenter de nouveau à la Mairie, accompagné de deux témoins. »

Décès. — La loi n'oblige à aucune formalité le médecin à l'occasion d'un décès survenu dans sa clientèle. Par conséquent, si la famille ne vous demande rien, ne dites rien. Elle se renseignera près des personnes compétentes, bureau de décès à la mairie, employés des agences de funérailles, etc. Mais quelquefois, le médecin traitant croit pouvoir donner des conseils qui, s'ils sont erronés, mettent le médecin de l'état civil, par suite la famille, et enfin le médecin traitant dans une position plus ou moins désagréable. Je veux faire allusion à l'ensevelissement, et même à l'habillement du décédé. Dernièrement encore, nous avons eu à constater le décès d'un consul étranger lequel, *sur l'avis formel du médecin traitant*, avait été avant notre arrivée, sitôt le décès, revêtu de son costume officiel, tunique boutonnée, épée au côté, toutes ses croix, etc. Or, les règlements sont formels. On ne doit pas toucher à une personne décédée. Voyez l'ennui de cette formalité pénible, qui a consisté à déshabiller, très discrètement cependant, et dans une très légère mesure, le cadavre ainsi habillé. Nous avons passé un temps considérable à calmer la famille, à lui expliquer les formalités, et à la convaincre que notre confrère pouvait être un excellent médecin et ignorer cependant les règlements. Des faits analogues se représentent assez fréquemment.

(1) Cet article, un peu draconien, n'est pas ordinairement appliqué.

Voici quelques extraits des arrêtés préfectoraux sur la matière.

Arrêté du Préfet de la Seine (25 janvier 1841). — Art. 3. — L'ensevelissement des corps des décédés, leur mise en bière, leur inhumation, et en général toute disposition dont ces corps pourraient être l'objet, ne devront avoir lieu qu'après l'expiration complète d'un délai de vingt-quatre heures, à partir de la déclaration du décès, à moins qu'il n'y ait dissolution commencée et constatée par le médecin vérificateur qui sera tenu, en ce cas, d'insérer au procès-verbal de visite les motifs sur lesquels se fonde la déclaration que l'inhumation est urgente.

« Les raisons qui ont déterminé cet arrêté sont que, dans le cas où le décès ne serait qu'apparent, un ensevelissement trop précipité aurait pour effet de mettre obstacle à l'influence des causes qui pourraient rappeler à la vie, et que, sous ce point de vue, l'ensevelissement ainsi que la mise en bière doivent être assimilés, dans leurs conséquences, à l'inhumation elle-même... »

Cette crainte des ensevelissements précipités a inspiré à plusieurs reprises, des circulaires préfectorales dont je vous citerai les extraits qui intéressent le corps médical.

Circulaire du 13 août 1842. — « ... Des exemples d'ensevelissement précipités se sont présentés assez fréquemment, et ils doivent être principalement attribués à l'ignorance des lois et règlements. Il est indispensable que MM. les Médecins vérificateurs fassent toujours à ce sujet les recommandations les plus expresses aux familles, et même dans le cas où ils trouvent l'ensevelissement déjà pratiqué, qu'ils invitent les assistants à ouvrir le linceul et à mettre le corps dans les conditions favorables au retour de la vie, tant que le délai de vingt-quatre heures n'est pas expiré.

« ... Un assez grand nombre de médecins vérificateurs négligent encore de faire démailloter les jeunes enfants; sans ce soin, il ne saurait y avoir une vérification sérieuse... »

Circulaire du Préfet de la Seine, 25 juillet 1844 (Rappel des prescriptions ci-dessus). ... J'appellerai particulièrement votre attention sur la manière dont la visite des corps doit toujours être faite. J'ai su que des médecins vérificateurs se contentaient quelquefois de découvrir la face du décédé, et de déclarer sur les seuls indices qu'ils y découvriraient que la mort était réelle. Mais ce n'est pas ainsi que la loi a entendu que les visites devaient être faites...

Il est facile, Monsieur le Maire, de déduire de cette disposition de la loi que le simple examen de la face ne suffit point pour indiquer avec certitude la cause vraie de la mort, et qu'il est nécessaire que le médecin fasse l'examen du corps entier; l'expérience, d'ailleurs, a démontré la sagesse de cette prescription.

Le corps d'un décédé doit donc être toujours examiné d'une manière attentive et complète...

J'arrive maintenant à un point qui vous intéressera plus que ces formalités et prescriptions administratives. Je veux parler des rapports entre les médecins traitants et les médecins de l'état civil, et des conflits qui peuvent surgir entre eux. Il peut arriver qu'un médecin croie avoir à soupçonner le médecin de l'état civil d'une appréciation critique touchant le traitement de la personne décédée. Quoique évidemment très rare, ce fait a dû se produire, car plusieurs circulaires préfectorales ont rappelé « MM. les Médecins vérifica-

avec certitude la cause vraie de la mort, et qu'il est nécessaire que le médecin fasse l'examen du corps entier; l'expérience, d'ailleurs, a démontré la sagesse de cette prescription.

Le corps d'un décédé doit donc être toujours examiné d'une manière attentive et complète...

J'arrive maintenant à un point qui vous intéressera plus que ces formalités et prescriptions administratives. Je veux parler des rapports entre les médecins traitants et les médecins de l'état civil, et des conflits qui peuvent surgir entre eux. Il peut arriver qu'un médecin croie avoir à soupçonner le médecin de l'état civil d'une appréciation critique touchant le traitement de la personne décédée. Quoique évidemment très rare, ce fait a dû se produire, car plusieurs circulaires préfectorales ont rappelé « MM. les Médecins vérificateurs des décès qu'ils doivent s'abstenir de tout jugement sur la direction des soins donnés par le médecin qui a traité la maladie. Une critique même modérée de leur part aurait le double inconvénient de porter préjudice à celui qui en est l'objet et d'augmenter les regrets de la famille. Les égards réciproques que se doivent les collègues sont un motif suffisant pour leur imposer la plus grande réserve ».

Il m'est difficile d'admettre qu'un médecin soit assez oublieux des lois les plus élémentaires de la déontologie, et je dirai même de la plus simple probité, pour profiter de son passage momentané et forcé dans le sein d'une famille, pour tenter de nuire à son confrère, le médecin traitant, en critiquant plus ou moins ouvertement ses prescriptions médicales. Mais le seul soupçon qu'un fait pareil puisse se produire doit nous faire tous chercher à en éviter l'occasion possible. Le médecin de l'état civil, pour formuler la cause de la mort, s'entoure des renseignements qui lui sont fournis, soit par la famille, soit par les ordonnances. C'est alors qu'un geste, un mot malheureux peuvent attirer l'attention de la famille, laquelle d'ailleurs pose souvent des questions insidieuses au médecin de l'état civil. Or, cette crainte d'appréciation ou de critique serait non seulement dissipée, mais même n'aurait pas l'occasion de naître, si le médecin traitant voulait bien, quand il y penserait, ou quand cela lui serait possible, écrire lui-même le diagnostic qui serait transmis au médecin de l'état civil. Alors plus de demandes de renseignements, plus de recherches dans les ordonnances, plus de réflexions possibles. D'ailleurs, cette question a déjà été soulevée dans des sociétés médicales et voici, entre autres, le vœu de la Société du 5^e Arrondissement :

« Le médecin traitant, pour faciliter la tâche du médecin de l'état civil, fera bien de donner par écrit et sous enveloppe fermée, les renseignements indispensables (maladie en cours et cause probable de la mort). »

Beaucoup de nos confrères ont déjà pris cette habitude et adopté cette manière de faire.

M. TISSIER. — J'entends me tenir strictement à ce qui concerne les fœtus et embryons non viables. Sans méconnaître l'intérêt qu'on donnerait à la discussion en y incorporant la question des enfants mort-nés ou mourant dans les heures qui suivent la naissance, je craindrais, en élargissant le débat, de me buter à des embarras d'ordre légal qui n'existent pas quand le sujet est nettement circonscrit ainsi que je l'indique et qui retarderaient peut-être une solution définitive quant au premier point litigieux : déclaration et dépôt des fœtus ou embryons venus au monde avant six mois.

La limite est, il est vrai, difficile à déterminer. Des fœtus, supposés de 5 mois 1/2, 5 mois 3/4 peuvent être considérés comme viables et même vivre grâce aux couveuses ; car l'âge précis d'une grossesse est toujours incertain et le poids fœtal ne le peut fixer sans restriction. Ces petits êtres de 900, 1,000 et 1,100 grammes qui — par grande exception — ont survécu plus ou moins, avaient peut-être, malgré leur exiguité, plus de six mois et par suite plus de résistance et d'aptitudes vitales que ne comportait leur apparence.

D'ailleurs, sans tant d'ambages, nous nous comprenons tous quand nous parlons des produits d'avortement, c'est-à-dire des avortons sans vie, qu'ils aient six semaines ou près de six mois, indépendamment des minutieuses distinctions d'âge qu'on a voulu spécifier.

Or, aucune loi ne nous contraint à faire déclaration des fausses couches. Si l'on veut disputer et dénaturer le sens des mots, il sera toujours facile aux fervents des subtilités d'appliquer aux avortements par interprétation les articles 56, 57 et 58, les paragraphes de la loi du 23 prairial an XII, du 4 thermidor an XIII, le décret de 1806, etc., etc., qui visent la naissance, l'enfant, les cadavres de corps humains.

Toutes ces arguties juridiques échappent à nos connaissances de profanes ; mais nos maîtres en médecine légale et les juristes nos conseils n'ont pas écrit inconsidérément et sont catégoriques : rien dans le Code ne concerne fœtus ni embryons.

Seules des ordonnances préfectorales, dans un but fort compréhensible de salubrité et de prophylaxie criminelle nous invitent à déclarer les avortements pour que les débris soient examinés et recueillis administrativement. Nous n'avons pas de sérieux motif à ne pas nous prêter à l'exécution de cette mesure d'hygiène et de police non plus qu'à contester leur bien fondé. Toutefois, dans les circonstances où la divulgation du domicile porterait préjudice, pour nous conformer à l'esprit des arrêtés, nous ferons la déclaration en soumettant nous-mêmes les pièces au contrôle du médecin-expert. Celui-ci donnera l'ordre d'inhumer.

Où devons-nous donc apporter ces pièces ? A la mairie. A cet égard le consensus est général : tous les médecins ont, en de telles occurrences, agi semblablement. L'ancien président de la Société du IX^e, le docteur Boissard, disait à la dernière séance de février qu'il

avait, en toute candeur et sans hésiter, dans ces situations délicates, porté directement les fœtus à la mairie. Le préfet Floquet l'indiquait déjà dans sa circulaire de 1882 (responsabilité médicale, Brouardel, p. 200) ; M. Pasquier dans son rapport de 1885 fait également allusion à ce transport et à ce dépôt ; dans les circulaires de 1886 et 1888, que nous rappelait le docteur Plateau, nous lisons même chose ; le docteur Morache, professeur de médecine légale à la faculté de Bordeaux, écrit : « La divulgation lésant sérieusement le secret des familles, les médecins et sages-femmes sont autorisés à déposer les embryons directement aux mairies ». (Grossesse et accouchement, p. 231).

Cette démarche est si naturelle qu'il n'en vient à l'idée de personne de ne pas la faire. Nous allons en effet là où nous devons faire la déclaration pour que les bureaux préviennent ensuite le médecin inspecteur puis les pompes funèbres. Nous épargnons des déplacements et la municipalité s'acquitte des formalités complémentaires.

Malheureusement, il faut compter avec nos hôtes (car, ici, nous sommes installés dans leurs locaux) et ces messieurs, « ignorants et heureux de se donner de l'importance » (Morache, p. 229), se sont mis en tête de nous contrecarrer sans qu'on sache et sans qu'ils sachent peut-être pourquoi. Plusieurs maires se sont rangés à leur suite. Aussi les propositions de MM. Pasquier et Brouardel, des préfets, Floquet et Poubelle n'ont pu aboutir.

C'est cette opposition, irréductible, qui constitue l'unique pierre d'achoppement où nous nous heurtons.

Dans ces derniers temps un de nos excellents et plus sympathiques collègues s'est constitué l'avocat de la mauvaise cause et la soutient par une série d'arguments invoqués précédemment dans les réponses des maires au préfet Poubelle, qui me paraissent loin d'être péremptoires.

Notre ami Plateau, heureusement, n'a pas réédité la facétieuse affirmation que le passage à domicile du médecin vérificateur puis de l'employé des pompes funèbres, même sans uniforme, s'opérait toujours inaperçue, sans que personne pût même la remarquer. Mais lui et ceux qu'il représente ont recours tout d'abord à des considérations d'ordre divers, un tant soit peu dilatoires.

1° Ils nous reprochent, si nous transportons des débris fœtaux, l'infraction au monopole des pompes funèbres dont nous nous rendrions coupable et le délit justiciable des rigueurs judiciaires que nous commettrions. Eussent-ils raison, ces méfaits n'ont trait qu'indirectement à la question principale qui nous occupe. Mais je crois bien qu'ils ont tort, d'après les renseignements que je tiens de la direction des inhumations et du commissariat de police. Les pompes funèbres, en effet, ne souffrent pas d'intermédiaires entre elles et le four crématoire ou la fosse commune, mais restent indifférentes aux quatre premières étapes et prennent à domicile, à la morgue, à la mairie, au poste ou sur la voie publique les débris qu'elles

revendiquent seulement pour les conduire à la dernière demeure ;

2° En second lieu viennent la préoccupation de savoir quel est le médecin qui fait la déclaration et l'apport, puis l'appréhension excessive des difficultés que comporterait l'établissement d'identité dudit médecin. Je ne comprends guère de telles craintes. Nous possédons tous des cartes avec ou sans photographies, paraphées de notre signature ; en outre, nous exerçons la plupart du temps dans la circonscription de notre arrondissement et nous avons, précisément dans les cartons de notre mairie, une fiche signée pour faciliter la légalisation de nos certificats. Rien n'empêche au surplus, s'il faut dissiper des méfiances, que le médecin ne soit requis de justifier de ses qualités ;

3° Y a-t-il vraiment lieu de s'effrayer des dangers qu'entraînerait l'extension aux sages-femmes et à tous venants de nos privilèges ? Je ne sais ce qui arriverait si le droit que nous réclamons était concédé à d'autres. Pour l'instant, nous avons à nous occuper de nous, médecins, qui sommes en cause. Je ne verrais cependant pas d'inconvénient majeur à ce que les sages-femmes établies, excipant de leurs titres et diplômes, pussent jouir de prérogatives analogues aux nôtres. La situation des accoucheuses n'est pas sensiblement différente de celle des médecins et les sages-femmes honnêtes, s'acquittant avec probité de leurs fonctions, sont loin d'être l'exception.

Quant aux déclarants quelconques, j'admets qu'on se montre vis-à-vis d'eux moins bien disposé. Ils n'ont pas en effet nos strictes obligations professionnelles et ne donnent pas *a priori* les garanties que nous offrons. Enfin l'idée dirigeante du législateur, en nous privilégiant (art. 378), fut de pousser, dans un intérêt général et dans leur propre intérêt, les femmes enceintes vers les médecins ou sages-femmes pour la sauvegarde de la santé.

Mais encore une fois ce sont toutes considérations d'à-côté qui ne se rapportent qu'indirectement au but que nous poursuivons ;

4° Notre collègue a soulevé une objection plus importante. Il est frappé, comme nous tous, du nombre infiniment considérable des avortements provoqués impunis et se demande si les facilités qu'on nous accorderait de cacher le domicile des avortées, ne couvrirait pas des pratiques suspectes et ne multiplierait pas les tentatives criminelles déjà nombreuses. J'estime qu'il se trompe. Les fausses couches frauduleuses ne seront pas plus déclarées qu'elles ne le sont. Si, par malheur, quelque praticien se trouvait strictement engagé dans une affaire interlope, soyez sûrs qu'il se garderait d'appeler sur lui l'attention. C'est, au contraire, en donnant toutes facilités pour la déclaration et la réception des foetus qu'on réduira le nombre des avortements totalement clandestins et qu'on pourra circonscrire et rendre plus efficaces les investigations judiciaires.

En quoi est-il si nécessaire d'autre part que le médecin de l'état civil aille vérifier dans un appartement privé ? Ne se rendra-t-il pas compte tout aussi bien des particularités à noter hors du domicile ?

Nous n'imaginons pas, en effet, qu'il songe jamais à étayer des conclusions sur l'aspect, les hésitations, le trouble de l'entourage : c'est le pur et simple examen des pièces qui le guide ; autrement quel singulier rôle il assumerait !

A ce point de vue d'ailleurs il ne faut pas se faire trop d'illusions sur la valeur des vérifications. Seules la macération et la momification des fœtus ont signification pour dissiper un doute. Hormis ces cas, jamais ou presque jamais, en dépit des allégations généralement admises, l'expertise ne pourra fournir de base sérieuse pour fonder la moindre accusation ni formuler de réelles suspicions. Chaque fois le doute s'impose attendu que rien ne différencie de l'avorton expulsé par manœuvres du produit d'une fausse couche naturelle. Les érosions tégumentaires, les lésions des membres, les perforations peuvent être le résultat des pressions ou tiraillements de tissus embryonnaires fragiles pendant leur passage à travers le détroit cervical.

Si vous n'en étiez pas convaincus, lisez le chapitre consacré à ce sujet dans l'Avortement de P. Biquardel (p. 210) et relisez, entre autres, une communication de mars dernier à la Société de médecine légale. Le Dr Bonnaire, en effet, avait été surpris des traumas apparents observés sur un fœtus expulsé devant lui et ses élèves, à l'hôpital, tout spontanément, sans violence extérieure ni intervention d'aucune sorte, dans un cas d'avortement des plus naturels. Pour achever de s'édifier, le Dr Bonnaire fit des expériences avec des fœtus récoltés dans son service (il n'en manque pas à Lariboisière !) et constata que des petits produits fœtaux de 3 à 4 mois, simplement chassés par la paume de la main à travers l'orifice circulaire formé par les doigts, en présentations latérales, subissaient parfois un éclatement soit de l'abdomen avec issue de l'intestin, soit de la cage thoracique d'où s'échappaient les viscères ou bien avaient les membres partiellement détachés du tronc. Ces lésions, simulant à s'y méprendre des blessures par instruments perforants ou crochets, ne tenaient qu'à la gracilité de la texture fœtale et se produisaient sans un effort à peu de chose près égal à celui de la contraction utérine.

N'était la crainte du paradoxe, on irait jusqu'à soutenir que ces lésions fœtales, tenues jadis pour révélatrices d'agissements criminels, doivent au contraire éloigner les soupçons. L'acte condamnable consiste, surtout maintenant, dans la simple provocation des contractions, sans la mise en train de l'avortement. Ensuite le complice se dérobe et se garde de reparaitre, laissant l'expulsion s'effectuer seule, sans sa participation, au dommage peut-être, de la principale intéressée.

Inversement, au cours d'une fausse couche exempte de toute pratique coupable, on ne recule pas, à recourir à l'homme de l'art qui, selon les règles, intervient avec promptitude et pourrait pendant l'extraction léser le produit de conception.

N'ignorant rien de ces détails, je suis bien sûr que les médecins de l'état civil, prudents comme nous les connaissons, même dans les cas les plus troublants, ne se sentent guère en état de conclure, d'après l'examen anatomique (leur seul et unique recours) à une présomption de manœuvres abortives. Ils ne sortiraient pas d'embarras par un refus du permis d'inhumer, lequel refus n'est, à vrai dire, qu'une accusation déguisée qu'on doit prendre garde de formaliser à la légère. Ou bien alors, pour être francs, que ces experts refusent toujours le permis, attendu que jamais l'examen des pièces ne leur donne certitude d'une fausse couche naturelle. Convenons-en : leur inspection, de pure forme, n'est pas plus probante que la signature qu'on appose dans les bureaux à des milliers de papiers qu'on ne peut connaître.

Ce n'est pas non plus l'examen simultané du placenta, dont on a parlé, qui les pourrait éclairer. Laissant de côté les idées abandonnées de Gallard et Leblond, le placenta abortif est assez généralement chassé 3, 4 et 5 jours (selon le stade de grossesse) après l'expulsion fœtale ; il est fréquemment en lambeaux, sorti seul ou bien extrait à l'aide des doigts ou d'instruments.

D'ailleurs, n'est-ce pas la conduite obligatoire, une fois le premier temps de la fausse couche accompli, d'aller par tous les moyens chercher un délivre qui stagne dans l'utérus ? La constatation de manœuvres dans ce deuxième temps n'implique donc pas en quoi que ce soit le soupçon d'agissements blâmables ?

Des objections opposées au transport et dépôt dans les mairies des débris oculaires par le médecin traitant, que reste-t-il ?

Un argument : la résistance inflexible du personnel des mairies et de certains représentants de l'autorité publique qui ne veulent pas chez eux de morgue. C'est leur grand mot !

Alors on cherche ; on pense que, la déclaration faite, nous pourrions porter le fœtus soit au dépôt mortuaire (cimetière Montmartre ou la Villette) soit dans l'un ou l'autre des cimetières parisiens, soit à l'hôpital où le médecin vérificateur irait à son tour les inspecter avant que les pompes funèbres s'en saisissent.

Notre confrère Plateau de son côté propose que, toujours après déclaration, nous puissions garder les fœtus, que les mairies repoussent, à notre propre domicile où viendraient successivement et le médecin de l'état civil et les employés des pompes funèbres.

Avant tout, il nous faut une solution quelle qu'elle soit. Toutes ces combinaisons nous donneraient satisfaction en cela qu'elles permettraient de ne pas révéler le secret qu'avant tout nous voulons ne pas trahir. Mais à quoi bon tant de complications, tant d'allées et venues inutiles ? Il serait si simple, quoi qu'on dise, de déposer aux mairies ces fœtus qui, somme toute, tiennent fort peu de place ; qui ne sont pas des foyers de peste, comme on le prétend, et qu'il faudrait mieux, s'il en était ainsi, ne pas laisser dans une

maison privée, au voisinage de puerpérales, ce qu'on ne craint pas pourtant de nous recommander.

Il ne me paraît pas admissible qu'avec un minimum de bonne volonté, on n'arrive à découvrir dans les communs de la mairie, sous une remise quelque recoin où serait placé, dans la sciure de bois phéniquée si l'on veut, le carton ou l'enveloppe scellée dans laquelle le médecin aurait enfermé son dépôt.

M. LUTAUD : Je suis fort à l'aise pour répondre aux critiques un peu acerbes, mais amicales et courtoises, faites par notre collègue Plateau aux arguments que je vous avais apportés dans votre séance de janvier en faveur d'une proposition que vous avez bien voulu adopter.

En effet, depuis ma communication, de nouveaux faits auxquels j'étais absolument étranger, sont venus démontrer l'importance de la question que j'avais soulevée et l'embarras dans lequel peuvent se trouver les médecins qui, tout en désirant se conformer à la loi et aux arrêtés préfectoraux, veulent en même temps sauvegarder le secret professionnel auxquels ils sont tenus.

Vous venez d'entendre M. Tissier qui s'est vu l'objet des plus étranges suspicions et a été astreint à de pénibles tribulations, parce qu'il avait apporté et déclaré un fœtus dont il ne pouvait faire connaître le nom et le domicile de la mère.

A la Société médicale du IX^e arrondissement (séance du 12 février) M. le docteur Blechmann a rapporté un fait non moins instructif relatif à la déclaration d'un fœtus viable ; notre confrère a dû transporter le fœtus à son domicile pour qu'il puisse être examiné par le médecin de l'Etat civil et inhumé. A l'unanimité cette société a émis un vœu semblable à celui que vous aviez voté dans votre séance de janvier.

J'estime donc que le vote de janvier dernier fait le plus grand honneur à votre société et qu'il a trouvé un écho favorable dans tous les milieux médicaux. Je serais donc fort surpris si, suivant le conseil de M. Plateau, vous veniez à vous déjuger.

J'aborde maintenant le fond de la question que je vais examiner à nouveau très brièvement.

Je remercie d'abord notre confrère de nous avoir apporté dans la dernière séance tous les arrêtés, circulaires et règlements concernant la matière. Je le fais avec d'autant plus de plaisir que ces arrêtés me paraissent indispensables et que c'est pour nous y être conformés que nous avons eu les désagréments que vous connaissez. Ils ont pour but, en imposant la déclaration aux médecins dans les cas où la famille ne peut se charger de ce soin, d'empêcher qu'on jette à la voirie les fœtus viables ou non viables ; il s'agit non seulement d'une question de salubrité, mais aussi d'une question de police judiciaire. Les magistrats ont voulu que les fœtus déclarés puissent être examinés par les médecins de l'Etat civil qui peuvent

refuser le permis d'inhumer dans les cas où ils soupçonnent un crime.

Aussi acceptons-nous avec plaisir le devoir qui nous est imposé, mais nous ne pouvons accomplir ce devoir qu'en nous conformant à la stricte observance du secret professionnel.

Ai-je besoin de vous rappeler que la discrétion professionnelle est pour nous tous une loi morale bien plus qu'une loi civile. Quel est celui d'entre vous qui refuserait son assistance à une fille, à une veuve qui veut tenir son accouchement secret ?

Le législateur l'a tellement compris qu'il a permis la déclaration d'enfants de *père et de mère inconnus* et qu'il nous a confié la charge de la déclaration à *défaut du père* (article 56 du code civil).

Cet article de la loi est essentiellement utile et humanitaire. Il a pour but de garantir l'assistance et le dévouement médical à des femmes que la crainte du déshonneur eût pu conduire au suicide ou à l'infanticide. C'est une loi de pitié qui a élevé le rôle du médecin en lui confiant l'honneur des familles, qui protège les malheureuses contre l'abandon et la solitude ; qui leur assure des soins et des consolations que le médecin est trop heureux de donner, alors même qu'il risque sa réputation.

J'estime donc que la loi qui m'autorise à apporter à une mairie un enfant *vivant* sans faire connaître sa mère, doit également m'autoriser à faire la même déclaration lorsqu'il s'agit d'un fœtus viable ou non viable.

Aucun arrêté préfectoral, aucune circulaire ne saurait m'obliger à faire connaître le nom d'une femme qui m'a confié son secret, aucune loi humaine ne pourra m'empêcher de donner mes soins à une femme et à sauver son honneur. C'est un privilège que nous devons revendiquer hautement.

Comme la simple déclaration d'une naissance fœtale par le médecin est sans valeur si les pièces ne sont pas présentées, il faut donc de toute nécessité présenter à l'état civil le fœtus.

Quels que puissent être les inconvénients d'ordre administratif, cette présentation est indispensable ; si elle est nécessaire pour l'enfant vivant, elle l'est plus encore pour le fœtus puisque celui-ci doit être inhumé et que cette inhumation ne pourrait avoir lieu chez la mère dont il faudrait faire connaître le domicile.

Je ne vois du reste aucune impossibilité pour l'état civil à recevoir un fœtus dans les cas exceptionnels où le médecin doit faire une déclaration de ce genre ; on sait qu'un bureau des pompes funèbres existe dans chaque mairie. Mais c'est une question secondaire dont je laisse la solution aux soins de l'administration.

Ce qui est essentiel, c'est que la déclaration imposée par les lois et règlements puisse être faite en taisant le nom et le domicile de la mère.

J'arrive maintenant à l'objection plus délicate présentée par M. Plateau. Notre confrère semble croire que la présentation du

fruit de la conception à la mairie par un médecin ou par une sage-femme serait de nature à augmenter le nombre déjà si considérable des avortements provoqués.

Je pense au contraire que si la déclaration était possible dans les conditions que j'ai indiquées, nul ne pourrait s'y soustraire et que l'examen légal des fœtus par les médecins de l'état civil permettrait plus souvent de déceler les cas suspects.

J'estime en outre que, lorsqu'un médecin apporte dans une mairie sous sa garantie personnelle, un fœtus ou des pièces anatomiques qui doivent être soumises à la vérification d'un de ses confrères, il y a fort peu de chances qu'il y ait des manœuvres criminelles derrière cette présentation. J'ajouterai que la visite quotidienne que font les médecins de l'état civil dans les mairies de Paris et des grandes villes permettrait à ceux-ci de faire à leur aise, et plus facilement que lorsqu'ils se rendent en ville, les constatations légales.

C'est du reste ainsi que j'ai procédé sans rencontrer aucune résistance dans cette même mairie, du VIII^e arrondissement où mon confrère Plateau a bien voulu faire les constatations légales et où les pompes funèbres sont venu chercher le fœtus. La seule objection que me fit alors M. Plateau se rapportait à l'absence du *placenta* dont l'examen seul pouvait révéler des traces d'avortement provoqué. Quoique l'objection neme paraisse pas fondée au point de vue médico-légal, il serait très facile d'ajouter à la circulaire préfectorale la recommandation expresse d'apporter tous les débris fœtaux, y compris le placenta, dans les cas où cela est possible.

Je me résume. Je reconnais l'impérieuse nécessité de la déclaration des fœtus et embryons, que celle-ci soit faite par la famille ou par les médecins ou sages-femmes ; je demande simplement que dans les cas, fort rares, où le médecin doit faire cette déclaration, il puisse concilier les devoirs que lui impose l'administration avec les exigences du secret professionnel. Or la présentation du produit de la conception aux officiers de l'état civil nous paraît le seul moyen d'arriver à ce résultat.

Je termine en faisant remarquer à M. Plateau et à tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène publique que, telle qu'elle est, la circulaire préfectorale n'est pas appliquée. Il existe dans chaque mairie un registre spécial pour recevoir les déclarations de fœtus et embryons. J'ai consulté ce registre dans un arrondissement qui compte plus de 150,000 habitants ; savez-vous combien il y avait eu de fœtus déclarés par mois ? 6 en moyenne, alors, que le chiffre des fausses-couches se chiffre par centaines ! J'estime donc que la proposition que j'ai apportée ne peut que renforcer la valeur de la circulaire en rendant l'application possible dans tous les cas.

J'espère donc que vous ne reviendrez pas sur le vœu que vous avez émis dans votre séance de janvier ; vous maintiendrez ainsi un des plus nobles privilèges de notre profession qui, s'il met parfois en cause notre responsabilité, nous permet de secourir des souffrances morales et de sauver l'honneur des familles.

M. PLATEAU. — Une solution qui a été déjà proposée et mise en pratique, et à laquelle on pourrait ajouter une modification que je crois utile, consisterait en ceci :

L'accoucheur au lieu de le porter à la mairie, emportera le fœtus chez lui, et c'est là que le médecin de l'état civil procédera à la constatation. Les pompes funèbres l'enlèveront ensuite et sans que personne puisse seulement soupçonner quoi que ce soit, en prenant quelques précautions. Vous savez que l'employé des P. F. ne porte aucun signe de ses fonctions, ni costume, uniforme, etc. La voiture n'a, non plus, aucune marque distinctive. L'administration n'a plus à s'inquiéter de la provenance *réelle* du fœtus. Il vient de chez M. X..., il peut y être né. Baudelocque, MM. Brouardel et Charpentier ont agi ainsi dans des circonstances analogues. L'accoucheur est assuré de voir le secret absolu garanti à sa cliente et lui rend ainsi le service signalé que, actuellement, les règlements administratifs proscrivent, comme M. Lutaud et d'autres depuis en ont fait la désagréable expérience.

L'accoucheur pourrait aussi, après la visite du médecin de l'état civil, porter le fœtus, *muni du certificat légal*, à la mairie, au bureau des P. F. d'où il serait enlevé. Et on pourrait, à ce sujet, *réveiller* un vœu endormi depuis une quinzaine d'années dans les cartons de l'administration, vœu émis par la commission d'assainissement, que j'ai cité dans ma communication à la dernière séance.

P. S. — 1° *Circulaire du préfet de la Seine, 10 février 1886.*

... Pour donner satisfaction au vœu émis par la commission d'assainissement il suffirait donc, quand la famille désirerait ne pas se faire connaître, que les embryons fussent portés par un médecin ou une sage-femme à la mairie de l'arrondissement où des boîtes seraient déposées à l'avance par les pompes funèbres pour les recevoir. Le préposé des P. F. assurerait leur enlèvement par les voitures qui font ce service à domicile.

J'ai l'honneur de vous prier, Monsieur le Maire, de me faire savoir si l'amélioration proposée par la commission d'assainissement peut être facilement réalisée.

Veillez, etc.

Paris, le 27 mars 1888.

Monsieur le Maire,

Par une circulaire en date du 12 janvier 1886, je vous ai demandé si vous consentiriez à ce que des boîtes fussent déposées dans votre mairie pour y recevoir les embryons qui pourraient être apportés par des médecins ou des sages-femmes.

Vous m'avez fait connaître les motifs qui à vos yeux *s'opposaient à l'application de cette mesure* dont le but était de permettre à des praticiens de venir à la mairie déclarer un produit embryonnaire de moins de quatre mois de gestation, sans être obligé d'enfreindre les règles du secret professionnel...

J'ajoutais que ce vœu avait été rejeté, puisque depuis quinze ans il n'y avait pas été donné de suite.

J'étais dans l'erreur : *administrativement* il n'y a pas eu *rejet* ; le vœu n'est pas *repoussé*, pas *enterré* ; il sommeille simplement.

On peut donc penser que l'administration accepterait sans trop de répugnance ni de difficultés qu'il fût déposé au bureau des P. F. dans les mairies un petit paquet soigneusement enveloppé, contenant un embryon *dûment muni de son certificat légal*, c'est-à-dire du permis d'inhumation du médecin de l'état civil.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE ET DES AFFECTIONS PARASITAIRES.

(VERCHÈRE.)

Avant tout, il convient de traiter la cause, qui peut être très variable, c'est-à-dire, suivant les cas, combattre la métrite, la vaginite, enlever les polypes urétraux, faire disparaître les parasites (oxyures), traiter le diabète, etc. On ne considérera le prurit comme idiopathique, c'est-à-dire d'origine nerveuse, que si l'on ne peut incriminer une cause locale ou une affection diabétique.

Comme traitement local, on emploiera d'abord des lotions émollientes suivies d'application d'une poudre inerte, sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, isolés ou mêlés à parties égales avec du talc pulvérisé.

L'eau très chaude en douche vulvaire, les grands bains tièdes prolongés donnent souvent de très bons résultats.

Brocq recommande, si le grattage a déterminé un état d'irritation des parties, d'employer des lotions additionnées d'un peu de bromure de potassium (1/500 ou 1/200) ou de chloral (1 à 2 0/0) ou encore de borate de soude, d'hydrolat de laurier-cerise ou de quelques gouttes d'essence de menthe.

Le sublimé est certainement l'agent le plus efficace contre le prurit vulvaire.

Bichlorure de mercure.....	2	grammes.
Alcool.....	10	—
Hydrolat de roses.....	40	—
Eau distillée.....	450	—

Les lotions sont répétées matin et soir. Les premières, causant une cuisson vive, seront suivies d'un lavage à l'eau fraîche.

L'acide phénique rend aussi de grands services.

Les solutions de cocaïne en lotions ou en applications permanentes n'amènent qu'une sédation momentanée.

On a encore employé des pommades contenant du bromure de potassium, de l'extrait de belladone, etc.

Dans les cas rebelles, l'électricité soit galvanique, soit faradique,

ont donné l'une et l'autre des résultats satisfaisants. Il en est de même des scarifications linéaires quadrillées.

Comme moyens généraux de traitement, on emploiera contre le prurit idiopathique le bromure de potassium, les valériانات, parfois l'antipyrine, l'hydrothérapie, les douches froides.

Parmi les parasites que l'on peut rencontrer à la vulve, citons l'*oïdium albicans*, qui a été constaté chez les très jeunes enfants athrepsiques, malpropres, chez les vieillards cachectiques et parfois chez les jeunes femmes sous l'influence de la grossesse.

On le combattra au moyen de solutions de sublimé tièdes à 1/1000 (sans alcool), de lavages avec des solutions alcalines concentrées.

L'acné varioliforme de Bazin (*molluscum contagiosum*) est très fréquente à la face externe des grandes lèvres, dans les plis génito-cruraux, etc.

On a proposé des applications de savon mou de potasse, de teinture d'iode, de pommades mercurielles, naphtolées, tous moyens, qui déterminent une inflammation superficielle exfoliante du derme et de l'épiderme.

Dans les cas d'éruptions très confluentes, aux éléments volumineux, Brocq conseille d'essayer des lotions astringentes, telles que les solutions d'alun, de sulfate de fer, etc.

Le traitement chirurgical est le plus simple et le plus efficace. On vide la tumeur par la compression avec une pince à disséquer et l'on en cautérise la base avec la pointe d'un crayon de nitrate; on peut encore exciser la tumeur au niveau de sa base avec des ciseaux courbes. On supprime la douleur en anesthésiant chaque élément avec un jet de chlorure d'éthyle. Le thermocautère (pointe fine) permet aussi de détruire complètement la tumeur; mais il faut lui préférer le galvanocautère à peine douloureux.

Les oxyures qui ont émigré vers la vulve sont facilement détruits par les lavages à l'eau salée, à la glycérine pure. Les *pediculi* sont détruits par des lotions de vinaigre additionné de sublimé (1/300). On calmera l'irritation consécutive par l'application de *cold-cream* ou de vaseline boriquée. Il ne faut pas employer les pommades mercurielles, en raison des dangers d'absorption du mercure par les régions couvertes de poils.

On peut aussi employer le naphtol en suspension dans l'huile d'olive:

Naphtol B...	5 grammes.
Huile	50 —

Deux applications par jour.

DES ANTIPYRÉTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES ENFANTS

Jusqu'à 1884, dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants, la médication avait consisté en bains froids et en l'administration de quinine et de salicylate de soude. La mortalité était de

0,4 %. Avec le cours des années, le rôle de l'hydrothérapie fut de plus en plus restreint.

Depuis cette époque, c'est à l'antipyrine, à l'antifébrine et à la phénacétine qu'Hagenbach a eu recours chez petits typhoïdiques. Les bains furent donnés plus rarement et à température moins froide. Sur 94 malades, il n'y a eu que deux décès, soit une mortalité de 2,13 %, qui est la plus basse qui ait été citée dans l'enfance (ménin-gite basilaire et perforation intestinale).

Antipyrine. — Hagenbach recommande les doses suivantes : administrées en une ou deux heures : de 50 centigrammes à un gramme, de 2 à 5 ans ; à 1 gr. 50 de 6 à 8 ans ; de 1 à 3 gr. de 9 à 15 ans. Il a à peu près renoncé à l'antipyrine qui occasionne souvent des vomissements et très fréquemment abolit l'appétit.

Antifébrine. — Au-dessous de 2 ans, de 5 centigrammes à 10 centigrammes ; de 2 à 8 ans, de 10 à 20 centigr. ; de 9 à 15 ans, jusqu'à 30 centigr. La rémission fébrile, généralement très marquée à ces doses, persistait jusqu'à neuf heures de temps. Frissons, cyanose et vomissements fort rares. Chez les pneumoniques et les scarlatineux, l'emploi de l'antifébrine doit être beaucoup plus réservé.

Phénacétine. — De 2 à 5 ans, 10 à 20 centigr. ; de 6 à 8 ans, 20 à 40 ; de 9 à 11, 20 à 50 ; de 12 à 15 ans, 30 à 50 centigrammes. Sueurs et cyanose assez fréquentes après l'emploi de ce médicament : trois cas d'exanthème.

En somme, chez les enfants, la phénacétine est préférable à l'antipyrine, mais est très inférieure à l'antifébrine.

L'action fébrifuge de ces trois médicaments dépend essentiellement de la période de la maladie et de l'époque de la journée où ils sont administrés ; le soir et à une période avancée de la fièvre typhoïde, il faut de moindres doses pour obtenir le même résultat qu'au début de la maladie et à la période quotidienne d'augmentation de la fièvre. Tous trois sont inoffensifs et sans phénomènes accessoires fâcheux, si l'on s'en tient aux doses ci-dessus. L'antipyrine convient le moins chez les enfants, à la fois à cause de son mauvais goût, des nausées, des vomissements et des éruptions qu'elle détermine ; dans beaucoup de cas, elle sera administrée avantageusement en lavements. C'est l'antifébrine qui a donné les rémissions les plus durables sans causer d'exanthème.

Quoiqu'il arrive, l'emploi des antipyrétiques demande à être surveillé chez les enfants.

TRAITEMENT DES PLEURESIES PAR DES INJECTIONS DE LIQUIDE PLEURETIQUE.

Par TSCHIGAJEFF.

Cette méthode thérapeutique d'auto-serothérapie avait déjà été proposée il y a quelques années par le professeur Gilbert. Voici comment le médecin russe en formule l'application.

On ne pratique les premières injections qu'après s'être assuré que les recherches macro et microscopiques avaient montré l'absence de pus dans le liquide pleurétique. Ce liquide est injecté entre les omoplates ; dans les injections suivantes, il l'a injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané de la ligne axillaire. La quantité injectée a varié de 1 à 4 c.c., suivant la période de la maladie. A l'encontre de M. Gilbert, l'auteur a été obligé dans tous les cas de répéter l'injection de deux à quatre fois.

Après la première injection sous-cutanée, l'auteur n'a pas observé de réaction générale de température ; au contraire, dans le cas de pleurésie rhumatismale, il se produisait le lendemain un abaissement de température suivi d'une nouvelle élévation le troisième jour. Après une nouvelle injection, la température s'abaissait de nouveau, sans plus se relever pendant l'évolution ultérieure de la maladie. Parfois, il y a eu cependant de légères élévations ; l'abaissement ne se produisait qu'après la quatrième injection et ne retombait qu'après douze jours. L'exsudat commençait à se résorber tantôt immédiatement, tantôt le surlendemain de l'injection. Mais en tous cas, l'augmentation progressive de l'exsudat, observée avant les injections, s'arrêtait ; les injections répétées rendaient la résorption plus rapide.

L'état général des malades s'améliorait considérablement ; la quantité des urines augmentait notablement (de 700-800 gr. par exemple elle montait à 1800-2000 gr.). Aucune complication n'a été observée du côté du cœur et des autres organes. La guérison survenait au bout d'un laps de temps plus ou moins long en rapport avec le moment où le traitement a été commencé : si le traitement a été institué pendant la première semaine de formation de l'exsudat la chute de la température et la résorption de l'exsudat se produisaient au bout d'un laps de temps variant de dix à douze jours. Quand les injections n'ont été faites que trois à quatre semaines après le début de la maladie, la guérison n'est survenue qu'après deux à trois semaines.

Voici les conclusions de l'auteur :

- 1° La méthode préconisée par Gilbert est absolument inoffensive ;
- 2° Dans les pleurésies séro-fibrineuses d'origine rhumatismale, on n'observe aucune réaction de température ; dans les pleurésies séro-fibrineuses ou tuberculeuses, il se produit une légère élévation, disparaissant rapidement ;
- 3° L'augmentation progressive de l'exsudat s'arrête immédiatement après les injections, et dans la majorité des cas des pleurésies séro-fibrineuses la résorption commence immédiatement ;
- 4° La durée du traitement est de deux semaines dans les pleurésies séro-fibrineuses ; la pleurésie est d'autant plus rapide que les injections ont été commencées plus tôt.

L'auto-serothérapie nous semble aussi rationnelle si ce n'est plus que les méthodes qui consistent à emprunter du sérum aux animaux. Elle est inoffensive et mérite d'être essayée.

FORMULAIRE

Potion antihystérique.

(GRASSET.)

Hydrate de chloral.....	4 gr.
Bromure de sodium.....	4 —
Extrait de jusquiame...	0 gr. 04
Extrait de chanvre indien	0 gr. 04
Julep gommeux.....	64 gr.

F. s. a. une potion, dont on fait prendre à titre d'hypnotique de deux à quatre cuillerées. On les administre d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure, le soir, à partir de dix heures, aux hystériques agités.

Le lactate de strontiane dans l'antiseptie intestinale.

(LICHARD.)

Voici les formules que l'on peut employer :

1° Lactate de strontiane..	100 gr.
Eau distillée.....	500 —

Une cuillerée à bouche (contenant 3 grammes de lactate) matin et soir.

2° Lactate de strontiane..	75 gr.
Sirop d'écorce d'orange amère	500 —

Une cuillerée à soupe (20 grammes de sirop renfermant 3 grammes de lactate) cinq à six fois par jour.

3° Bromure de strontium..	20 gr.
Eau distillée.....	300 —

Une cuillerée à bouche, deux à quatre fois par jour.

Enfin, le nitrate de strontiane, soluble également, peut être porté sans inconvénient à la dose de 15 à 20 grammes par jour.

Traitement de l'eczéma de la vulve ou du scrotum

Faire des lotions tièdes, deux fois par jour, avec le liquide suivant :

Infusion de feuilles de mauve	900 gr.
Bromure de potas. } Aa 5 —	
Borate de soude... }	
Hydrolat de menthe	100 —
Appliquer ensuite la pommade suivante :	
Huile d'olives.....	} Aa 30 gr.
Lanoline.....	
Menthol.....	3 —
Oxyde de zinc.....	6 —

Saupoudrer la partie malade: avec

Sous-nitrate de bismuth.	} Aa 10 gr.
Poudre de lycopode.....	
Talc pulvérisé.....	

Contre la Coqueluche.

VILLEJEAN.

Racine de polygala....	50 gr.
Opium brut.....	1 —
Eau bouillante.....	400 —

Faites infuser pendant six heures et ajoutez :

Analgésine	12 gr.
Sucre blanc.....	800 —

Le sirop étant refroidi, ajoutez :
Teinture de scille..... 0 gr. 25
Ether sulfurique..... 0 gr. 10
Eau de fleur d'orange. 50 gr.
Sirop de sucre... Q. S. pour 1 litre.

Doses : 2 cuillerées à café pour les enfants entre 2 et 3 ans; augmenter d'une cuillerée par année d'âge en plus.

Traitement de la dysménorrhée

(L. MATHIET.)

I. Rechercher si les souffrances ne résultent pas d'un obstacle mécanique. — La thérapeutique est celle de la cause.

II. Il s'agit d'une dysménorrhée fonctionnelle.

Au moment des règles, lavement évacuateur suivi d'un lavement calmant.

Contre la douleur :

Antipyrine.....	1 gr.
Pour un cachet n° 9, 3 par jour.	

ou :

Campfire monobromé....	0 gr. 25
Extr. d'opium.....	1 gr.

Pour une pilule n° 12, 4 par jour. Les bromures, le valériane d'ammoniaque, les teintures de viburnum et de piscidia, les pommades gâiccolées donnent souvent de bons résultats.

On retire aussi un grand bénéfice d'une saison à Plombières, à Luxeuil et à Vichy où l'installation des douches ascendantes est des mieux comprises : on y peut concurremment traiter sa diathèse.

Mais les douleurs survenant au moment des règles ne se manifestent pas uniquement dans la région

ovarienne. Il faut craindre les névralgies, les migraines, les douleurs d'estomac. Un traitement qui nous réussit très bien, est le suivant :

La veille du jour où les règles doivent apparaître (sensation de pesanteur lombaire, vagues douleurs), laxatif léger, le soir injection très chaude.

Crayons à l'alumol, contre la gonorrhée urétrale ou vaginale.

Alumol.....	25 cent.
Fécule de riz	2 gr.
Sucre	3 gr.
Ong. de glycérine.	50 cent.
Mucilage	III gouttes.
Eau distillée.	VIII —
Pour dix crayons.	

MÉDICATIONS NOUVELLES

La teinture de «Rudbeckia Serotina» dans le traitement médical des adénites cervicales. —

Le mélange de teinture de *Thuya* et de *Echinacea* a été indiqué par les Américains comme un remède puissant, héroïque, contre les suppurations de tout ordre. « Le mot *Echinacea* paraît avoir été employé, dit le Dr Artault, de Vevey, pour égayer les recherches. Aucun horticulteur ou botaniste ne serait capable aujourd'hui de renseigner sur ce genre de plante : le nom même n'existe plus depuis longtemps et est tombé dans l'oubli. Je me suis donc, à propos, souvenu d'avoir été jadis préparateur de Baillon, et j'ai retrouvé que le fameux genre *Echinacea* avait été créé par un botaniste allemand pour un groupe de plantes de la Louisiane, qu'aucun botaniste n'admit jamais et qu'on a fondu dans le genre *Rudbeckia* de Linné. Or si les *Rudbeckia* sont des plantes de la partie méridionale des Etats-Unis, ils poussent tout de même fort bien chez nous ; l'espèce *angustifolia* que les Américains préconisent et gardent avec un soin jaloux, au point d'en refuser des échantillons ou même des graines, peut elle-même résister à nos hivers en pleine terre, mais il n'y en a que très peu. En revanche, une espèce très voisine, qui n'en diffère que par la taille, fleurit couramment en France : c'est le *Rudbeckia Serotina*, dont la variété *purpurea* est recherchée pour ses fleurs. En général, les plantes d'une même famille jouissent de propriétés analogues, à plus forte raison des plantes appartenant au même genre et aussi voisines que ces deux *Rudbeckia*. Aussi ne fus-je point surpris de constater que la teinture de *Rudbeckia Serotina* donne des résultats analogues à ceux du produit américain en question, associée ou non à la teinture de *Thuya*. »

L'acide oxalique comme emménagogue. — Marsh considère l'acide oxalique comme un des meilleurs emménagogues. Il l'a employé dans un nombre considérable de cas, et toujours avec succès, quelle que soit la cause de l'aménorrhée. Ce qui constitue sa supériorité sur tous les autres emménagogues, c'est l'absence de toute saveur et de toute action irritante sur l'estomac, la certitude de son action. Il le recommande aussi comme calmant dans la cystite aiguë. Il prescrit dans ces cas la solution suivante :

Acide oxalique	1 gr.
Sirop d'écorces d'oranges..	30 —
Eau de pluie ou eau distillée q. s. p. l.....	120 —

M. D. S. — A prendre, par cuillerée à café, toutes les quatre heures.

N. B. — Il ne faut se servir que de l'eau de pluie ou de l'eau distillée : l'eau de fontaine ou de rivière donnerait avec l'acide oxalique un précipité d'oxalate de chaux.

Le salol contre le rhumatisme et la blennorrhagie. — Ce médicament antipyrétique est surtout utile contre le rhumatisme articulaire aigu, il est mieux toléré et plus facilement observé que le salicylate de soude; il produit rarement des bourdonnements d'oreille.

Par lui-même, il ne détruit pas les microorganismes, mais son action antiseptique résulte de son dédoublement. Il est fort usité en chirurgie pour le pansement des plaies et la plupart des praticiens ont substitué son emploi à celui de l'iodoforme.

Dreyfous l'a recommandé contre la blennorrhagie, guidé par cette idée que les produits du dédoublement de ce médicament devaient rendre l'urine aseptique et agir sur les *gonococcus*; il a même prétendu que le salol peut guérir un écoule-

ment en trois jours, surtout si l'on administre en même temps du copahu ou du cubèbe.

Ce même praticien a émis l'opinion que le salol était appelé à rendre de réels services en réalisant, par une médication interne, l'antisepticité et l'asepsie des organes urinaires, ce qui est préférable à l'antisepticité chirurgicale ou externe.

Pharmacologie et posologie : On administre le salol en cachets de 50 centigrammes à 1 gramme; la dose est de 2 à 4 grammes par jour, qu'on l'emploie, soit comme antipyrétique, soit comme antirhumatismal, soit comme antiseptique (dans la fièvre typhoïde, le catarrhe de la vessie, etc.); mais la dose peut, sans inconvénient, être portée à 6 ou 8 grammes par jour.

Contre la blennorrhagie, la dose est de 3 à 6 grammes.

On peut encore l'administrer en potions; mais, dans ce cas, il faut commencer par le dissoudre à chaud dans une petite quantité d'huile d'amande douce, avec laquelle on prépare une potion huileuse.

Contre la blennorrhagie, on peut employer des capsules de baume de copahu salolé ou d'essence de santal salolé.

La santoninoxime comme vermifuge. — Ce médicament est obtenu en chauffant 5 parties de santonine avec 4 parties de chlorhydrate d'hydroxylamine et 3 à 4 parties de chaux, en présence de l'alcool. Le rendement est de 80 pour 100 du poids de la santonine employée.

Il se présente sous la forme d'aiguilles soyeuses, blanches, insolubles dans l'eau froide, peu solubles dans l'eau bouillante, solubles dans l'alcool et l'acide acétique, fondant à 216 degrés; lévogyres.

Préconisée comme vermifuge et pouvant remplacer la santonine; peut être administrée à dose deux ou trois fois plus fortes que celle dernière sans causer d'accidents.

Le guarana contre la migraine (PEMBERTON PEAKE). — L'auteur recommande le traitement suivant des accès de migraine : dès l'apparition des phénomènes prodromiques (rétrécissement du champ visuel, bourdonnement des oreilles, etc.) le malade doit s'interdire tout travail, il prend 1-2 grammes de pâte de guarana et un peu de bouillon, se met au lit et tâche de dormir. Si le sommeil ne survient pas, il reste tranquille au lit jusqu'à ce que se déclare le mal de tête : c'est alors qu'il boira un grand

verre de thé. Il est préférable de se distraire un peu (par la conversation ou la lecture) plutôt que de rester absorbé dans les idées noires provoquées par la douleur. Ce traitement abrègerait de beaucoup la durée de l'accès.

Salicylate de mercure dans la syphilis (A. Lezius). — L'auteur s'est trouvé bien de l'emploi du salicylate de mercure en injections sous-cutanées. Il se sert de la préparation suivante :

Salicylate de mercure.... 1 gr.
Vaseline liquide..... 10 —

S. — A injecter toutes les semaines une seringue de Pravaz, égale à 0 gr. 1 de salicylate de mercure. Il a traité en tout 25 sujets, dont quelques-uns n'ont subi antérieurement aucun autre traitement, tandis que le reste avait déjà reçu d'autres préparations hydrargyriques. Les résultats furent assez satisfaisants; la roséole disparaît ordinairement après 2, dans 2 cas après 3 injections. Les exanthèmes papuleux, de même que les plaques muqueuses de la gorge, cèdent ordinairement à 3 injections. Les condylomes de la région anale et pubienne demandent pour leur guérison 4 ou 5 injections. En moyenne, les sujets vierges de tout traitement sortirent guéris après 6 injections; les récidives disparaissent ordinairement après 3 injections. Les réactions locales, au lieu d'injections, ne laissent pas d'être faiblement accusées. Pas ou très peu de phénomènes d'intoxication. L'auteur préfère le salicylate de mercure à tous les autres sels insolubles de mercure. En effet, le salicylate de mercure est doué de propriétés curatives très prononcées, tout en provoquant une réaction locale minime et ne présentant que des dangers d'intoxication de peu d'importance.

Traitement des condylomes (WALDO). — Beaucoup de condylomes est conservée sèche par l'application de poudres : celles qui m'ont le mieux réussi sont le calomel ou l'acide borique pulvérisé. Dans quelques cas, un astringent, comme l'acide tannique, peut amener la guérison; mais un grand nombre de cas requiert des moyens plus radicaux.

Dans les cas plus graves, tous les traitements doivent avoir en vue la destruction de la base de la tumeur. J'enlève le condylome avec des ciseaux et je cautérise la base

avec de l'acide phénique pur ou de l'acide nitrique. On peut aussi se servir d'autres escharrotiques. Lorsque les masses sont très larges, il faut employer le thermocautère de Paquelin. Parfois l'hémorragie a été extrêmement difficile à arrêter, et alors il subsistait invariablement une plaie douloureuse qui confinait le patient au lit pendant plusieurs jours ou même plusieurs semaines.

L'électrolyse peut être employée dans les cas récents et ne présente guère d'inconvénients. Dans les cas vraiment sérieux, je crois que le galvano-cautère est, parmi tous les moyens spéciaux, la meilleure méthode, car elle ne donne pas d'hémorragie et son emploi est suivi de peu de douleur. Pendant qu'on opère, le patient doit nécessairement être soumis à l'influence d'un anesthésique. Après avoir enlevé les condylomes, il faut soigner la cause qui les a engendrés, si on ne veut pas les voir se développer de nouveau.

Traitement médical de la fistule anale. — D'après le D^r ARTAULT on peut parfaitement guérir les fistules anales inopérables pour une raison quelconque par un traitement purement médical, général et local.

On fera des injections au moins trois fois par semaine, sinon chaque jour, avec la solution suivante :

Acétate neutre de cuivre cristallisé..... 1 ou 2 gr.
Eau distillée..... 100 —

et on en irriguera largement toutes les anfractuosités du trajet fistuleux; puis on en fera appliquer constamment et renouveler des compresses, maintenues si c'est nécessaire par une garniture.

En outre, on combattra le terrain tuberculeux soit en faisant au malade des injections d'huile gaulcolée, soit en le mettant au régime, soit en lui donnant les pilules suivantes qui vont bien avec le régime local:

Acétate neutre de cuivre cristallisé..... 1/4, 1/2 ou 0,01 centigr.
Extrait de feuilles de noyer Q. S. pour une pilule.

A prendre le matin à jeun.

L'auteur insiste sur ce détail, *acétate neutre de cuivre cristallisé*, car il est alors chimiquement pur, et qu'il en a observé d'ordinaire, fourni malgré la prescription explicite, qui provoqua des accidents. Comme l'acétate de cuivre commercial est parfois arsenical, il y a donc intérêt à être prévenu. Aussi faut-il toujours être prudent, et c'est pourquoi on recommande toujours au malade de prendre d'abord un quart de centigramme d'acétate neutre de cuivre cristallisé, pour augmenter progressivement si ses susceptibilités organiques ne sont pas mises en éveil.

NOTES DE PRATIQUE

Traitement de la pelade.

M. le Hardy conseille au début une médication parasiticide : il prescrit de laver pendant quelques jours, matin et soir, le cuir chevelu avec une solution de sublimé au 500^e, puis de frictionner les points malades avec la pommade suivante :

Camphre 1 gr.
Turbit minéral 2 —
Axonge 30 —

M. s. a.

Plus tard il n'emploie cette pommade que le soir : le matin il ordonne de frictionner avec un des liniments excitants que nous venons de mentionner.

Cette méthode est fort rationnelle et mérite d'être utilisée lorsque l'on a à traiter des pelades manifestement contagieuses : on don-

nera dans ces cas un soin tout spécial à la circonscription des plaques par l'épilation. L'emplâtre de Vigo mérite d'être recommandé dans les mêmes circonstances.

Tels sont les moyens que nous conseillons d'employer.

Nous devons cependant mentionner quelques autres procédés qui semblent assez rationnels et qui ont été préconisés, soit en France, soit à l'Étranger; ce sont :

Les courants continus, les sinapismes, les lotions éthérées, les teintures d'aconit, de piment, de véraltrine, l'huile de macis, de goudron, l'huile de croton (dont on doit interdire l'usage parce qu'elle peut tuer du follicule pileux), le savon alcoolique de potasse, l'acide salicylique, l'acide phénique, topique excellent quand il est bien manié et qui peut rendre de réels services.

Duhring prescrit des frictions avec une brosse dure imbibée de :

Acide phénique liquide .	1 gr. 75
Alcool	50 —
Huile de ricin	7 —
Essence d'amande amère	X gouttes

M. s. a.

Robinson et R. Crocker recommandent surtout la chrysarobine incorporée à de l'axonge ou à un mélange d'huile et de lanoline dans la proportion de un dixième ou de un quinzième; on en frictionne matin et soir les parties malades. Mais il faut ne s'en servir que sur le cuir chevelu et encore dans ce cas est-elle parfois mal tolérée et donne-t-elle lieu à l'apparition d'érythèmes et d'inflammations vives. Cette substance serait, d'après lui, un des topiques les plus efficaces : elle aurait l'avantage d'être à la fois un parasiticide et un stimulant.

Enfin on a beaucoup employé la pilocarpine à l'intérieur et à l'extérieur. À l'intérieur on a administré la teinture de Jaborandi, et fait des injections sous-cutanées de pilocarpine. À l'extérieur on a vanté la préparation suivante avec laquelle on frictionne matin et soir les par-déterminer de l'alopecie irrémédiable par suppuration et destructions malades :

Extrait fluide de Jaborandi réduit à moitié par l'ébullition	1 partie
Axonge	4 —

Quelle que soit la méthode de traitement que l'on choisisse, il faut se souvenir des deux règles suivantes qui dominent la médication de la pelade : il faut irriter le cuir chevelu autant qu'il est possible de le faire, étant donné la susceptibilité du malade et les obligations de la vie; mais l'action irritante ne doit jamais dépasser la vésication superficielle; il ne faut jamais produire ni une suppuration diffuse, ni une pustulation folliculaire et périfolliculaire, de peur d'amener la destruction du bulbe pileux, ce qui serait suivi d'une alopecie définitive.

Un procédé pour recueillir et examiner l'expectoration des jeunes enfants (G. VARIOT). Au-dessous de cinq ans, les enfants ne crachent pas d'habitude, sauf dans la coqueluche, et l'on a proposé des moyens divers pour recueillir leur expectoration, lorsque l'examen microscopique ou bactériologique pourrait éclairer le diagnostic, par exemple, dans le cas de pneumonie

centrale, de broncho-pneumonie suspecte, etc.

On est allé chercher l'expectoration jusque dans l'estomac par le cathétérisme de l'œsophage, et récemment on a recommandé l'examen des fèces pour y retrouver les bacilles de Koch. Dans la plupart des cas, même chez les nourrissons, on peut recueillir l'expectoration venant directement de l'arbre aérien par une méthode bien plus simple que les internes de mon service, sur mes conseils, emploient avec succès.

Pour provoquer l'expulsion des crachats, il suffit, avec l'abaisse-langue, de toucher l'épiglotte ou la muqueuse pharyngée; il se produit des secousses de toux et l'on voit apparaître au fond du pharynx des crachats plus ou moins abondants qui sont recueillis aisément avec un tampon de coton hydrophile, car la bouche restant ouverte forcément, l'enfant ne peut pas déglutir. Dans la broncho-pneumonie l'expectoration obtenue par ce procédé est le plus souvent très abondante. Dans la pneumonie franche on recueille des crachats de consistance gommeuse riches en pneumocoques. C'est là une véritable ressource pour le diagnostic de la pneumonie centrale si souvent obscure chez l'enfant.

Il est rare qu'on ne réunisse pas du premier coup par cette manœuvre à faire cracher un enfant dans son pharynx; mais il n'y a vraiment pas d'inconvénients sérieux à réitérer cette manœuvre qui est bien plus simple que le cathétérisme œsophagien. (*Annales de médecine*, 1^{er} mars 1903.)

Traitement de la goutte militaire par le massage (CARLE). — On exécute ce massage à l'aide du doigt introduit dans le rectum; sa durée doit être de 3 minutes; et il y a avantage à masser de la périphérie au centre en commençant par des frictions douces que l'on rend peu à peu plus énergiques. On a créé divers instruments pour remplacer le doigt du chirurgien; le plus connu est celui de Felecki, qui se compose d'une pince métallique allongée. On combine fréquemment l'électrisation et le massage; l'appareil de Hodge que l'on utilise pour ce faire est simplement un doigt en caoutchouc à l'extrémité duquel se trouve une mince feuille de platine dans laquelle vient s'épanouir un faisceau de fils conducteurs. Le massage ne doit pas être employé immédiatement au cas de prostatite

subaiguë. Dans l'énorme majorité des cas, il sera préférable d'attendre tout en établissant un traitement local et général approprié à l'intensité des symptômes. Il n'en est plus de même quand il s'agit d'une prostatite chronique et latente que peuvent seuls révéler le toucher rectal pratiqué par un doigt connaisseur et la recherche des microbes après massage prostatique. Dans ce cas, il faut appliquer le traitement par massage, vider la prostate, évacuer les exsudats et cautériser. On commence par faire uriner le malade et de suite après, si le malade le supporte bien, on pratique un grand lavage vésical avec du permanganate de potasse à 1/2000, du protargol à 1/2000 ou du biiodure de mercure à 1/1000. On laisse dans la vessie 200 à 250 grammes du liquide injecté. Si l'urètre est rétréci, il est bon de procéder à sa dilatation, car la sténose laisse derrière elle une poche où s'accumulent les exsudats et qui empêche leur évacuation en dehors de la miction. On passe ensuite au massage proprement dit. Puis les exsudats étant alors accumulés dans le cul-de-sac prostatique, il est utile de procéder à un nouveau lavage de la vessie si celle-ci ne contient plus de liquide. Enfin, le dernier temps de la méthode consiste dans la cautérisation par instillation d'une solution appropriée au niveau de l'urètre prostatique : l'auteur donne la préférence au nitrate d'argent que l'on emploiera à doses faibles dont on augmentera progressivement le titre.

Emploi des lavements alimentaires. — Dans un cas d'hypersthénie aiguë paroxystique ou périodique, et l'indication étant un *repos stomacal absolu*, l'eau en boisson étant même proscrite, puisqu'elle excite la sécrétion chlorhydrique, A. Robin a prescrit toutes les six heures un lavement désaltérant de 250 grammes d'eau bouillie à 36°, donné chaud, le lavement froid excitant la sécrétion gastrique, à garder. Une heure après, le lavement alimentaire : œufs battus n° 2, peptones liquides deux cuillerées à soupe, solution de glucose à 20 : 100) 100 grammes, chlorure de sodium 2, pepsine à titre 100 l, laudanum de Sydenham II à IV gouttes. Mal supporté, il faut ou augmenter le laudanum ou supprimer les peptones ou le chlorure de sodium. Si la soif est intense soit un peu plus d'eau dans le lavement désaltérant, soit répéter celui-ci, soit faire rincer la

bouche avec l'eau de Vichy, soit quelques petits morceaux de glace dans la bouche.

Traitement des abcès froids par les injections d'eau oxygénée. — M. le Dr Papon, médecin-major, propose d'utiliser l'eau oxygénée dans le traitement des abcès froids par les ponctions avec injections modificatrices.

L'auteur estime qu'il est préférable d'évacuer le pus avant de pratiquer l'injection modificatrice. Sa pratique ne diffère en rien de celle qui est suivie pour le traitement des abcès froids par la méthode de Verneuil (éther iodoformé) : ponction au trocart au point le plus déclive de la tumeur — en évitant avec soin les points où la peau serait fortement amincie, — écoulement du pus, puis injection d'une certaine quantité d'eau oxygénée neutralisée par le biborate ou le bicarbonate de soude. L'injection est faite lentement, avec prudence, car aussitôt en contact avec le pus, l'eau oxygénée se décompose et donne lieu à un dégagement d'oxygène qui dilate la poche de l'abcès. Si l'on voit que la poche est trop tendue, on laisse échapper par le trocart un peu de la mousse qui s'est formée; d'ailleurs il est bon, au bout d'un instant, de laisser écouler le liquide de cette première injection; il entraîne avec lui une certaine quantité de pus et fait un véritable lavage de la poche. On injecte une nouvelle quantité d'eau oxygénée et, après avoir pris soin de constater que la peau n'est pas trop distendue, on retire le trocart et l'on fait un léger pansement compressif.

Une ou deux injections renouvelées à une semaine d'intervalle suffisent pour la guérison des petits abcès; un abcès de la grosseur d'un œuf ou même du poing, exige de trois à quatre injections.

L'emploi de l'eau oxygénée a sur celui de l'éther iodoformé des avantages sérieux : injection indolore, pouvoir antiseptique supérieur à celui de l'iodoforme, toxicité nulle; enfin, absence de deux inconvénients justement reprochés à l'éther iodoformé : son odeur désagréable et le danger résultant de l'inflammabilité très grande des vapeurs d'éther.

Il semble donc que l'eau oxygénée puisse être utilement substituée à l'éther iodoformé comme agent modificateur dans le traitement des abcès froids et pour amener la cicatrisation des trajets fistuleux.

L'allaitement maternel à l'Académie. — Très intéressante joute oratoire (24 mars) entre les accoucheurs à propos de l'allaitement au sein.

Il s'agit des modifications à la loi Roussel. Après M. Porak, M. Budin a brillamment réfuté les arguments de M. Pinard.

« L'argumentation de M. Pinard, dit-il, pourrait se résumer dans cette formule : « Le lait de la mère appartient à l'enfant. »

Partant de cette idée, il demande que la durée d'allaitement imposée à la femme qui veut se placer sur lieu soit portée à un an.

Or, cette proposition est peu pratique et éminemment dangereuse en ce sens que l'obligation imposée aux filles-mères de garder leur enfant sept mois avant de se placer comme nourrice a déjà pour conséquence d'amener trop souvent ces femmes à abandonner leur enfant. Cette loi, au reste, est violée partout, à la clinique Baudelocque que dirige M. Pinard comme dans toutes les maternités de Paris.

En se piquant de logique, il faudrait étendre son application aux nourrices sur lieu.

Au reste, l'expérience ne montre-t-elle pas qu'une nourrice peut donner le sein à deux enfants ? En outre, depuis l'usage du lait stérilisé, l'allaitement mixte ne rend-il pas journellement des services.

La commission a fait œuvre utile et prévoyante en assurant à l'enfant l'allaitement maternel pendant trois mois.

C'est là un résultat appréciable et louable à tous les points de vue. Une trop grande exigence dans cet ordre d'idées, risquerait de nous conduire à un échec certain et plein de dangers.

M. Pinard se défend énergiquement de violer la loi Roussel à la clinique Baudelocque parce que les nourrices qu'il y utilise gardent leur enfant.

L'Académie émet par 17 voix contre 16 le vœu suivant :

1° Que toute personne qui voudra se placer comme nourrice devra se munir d'un certificat constatant que son enfant est vivant ou décédé, et, s'il est vivant, marquant qu'il est âgé de *sept mois révolus*.

2° Qu'une indemnité d'allaitement sera allouée aux femmes pauvres pour leur permettre d'élever leur enfant.

Remarque curieuse, le public des tribunes où l'on entend si mal mais d'où, en revanche, on voit à merveille, a pu constater que *la moitié* des membres de l'Académie se sont abstenus de prendre part à ces scrutins qui visent cependant des questions si importantes pour la santé publique.

VARIÉTÉS

LA DEPOPULATION

Donc va tinter une fois de plus la cloche d'alarme : aux oreilles penaudes — ou dures — des ménages stériles et des célibataires sans entrailles ; aux oreilles fièrement redressées, encore, des bons citoyens qui alignent un crescendo de rejets !

Que l'Esprit-Saint, spécialement indiqué pour intervenir en pareille matière, descende et féconde — tout d'abord — ces cerveaux extra-parlementaires, et que nous apprenions d'eux comment conjurer le mal et bien nous y prendre !

Dépopulation ! mot d'épouvante et d'angoisse qui fait songer à quelques steppes sans âmes, à des sables sans êtres qui vivent, à des mondes déserts ou ensevelis !... Dépopulation n'est heureusement pas encore le mot qui convienne à l'état de notre belle France. Tant s'en faut, car, si l'on use de ce terme faute d'un autre aussi frappant et aisé, mais plus exact et adéquat à la situation, il n'en est pas moins vrai que le nombre de nos citoyens — à la mamelle ou électeurs — s'accroît encore ; en moindre proportion seulement qu'aux temps passés, moins aussi qu'il ne se fait chez les peuples

voisins et surtout les peuples lointains et barbares: en quoi est le mal et d'où vient l'inquiétude politique et patriotique?

Aux autres nations, les Français, et les Parisiens à leur tête, donnent l'exemple et la mode: si cela peut nous être une consolation, sachons qu'en dépopulation encore nous serons imités. Nous le sommes déjà. La perfide — et toute intellectuelle — semence, nous l'avons à peine semée qu'elle germe, — chez les Germains mêmes, race prolifique: leurs statistiques aussi accusent une décroissance de la natalité.

L'égoïste calcul, la théorie, la mode feront le tour du monde: et, disons-le tout de suite, eux seuls sont en cause. Si le coq gaulois et les autres volatiles symboles des nations ne chantent plus que d'une voix blanche, — s'ils laissent le prestige des innombrables neveux aux simples et simiesques Jaunes et aux Nègres candides — si j'ose dire, l'habit ne faisant pas le moine, — c'est que tel est leur bon plaisir!

Il est donc bien moins besoin d'injections de Brown-Sequard ou autres à notre sang toujours vigouret, que des principes moraux à notre égoïsme. Extra-parlementaires, frappez là! Brandissez les foudres de l'impôt sur le célibataire, dégrevez progressivement le papa prolifique et promettez-lui, même, non plus celles du martyr mais les académiques palmes!

De bonne besogne vous aurez fait, certes, en adoucissant les charges des familles nombreuses. Quant au reste, essayez toujours, soyez éloquents et, sénateurs! donnez-nous un miraculeux exemple.

Si vous clamez dans le désert, pourtant, je n'en serais pas très surpris. Parce que le... j'menfoutiste se... j'menf... de votre morale patriotique comme de toute autre; parce que le triste misanthrope vous répondra sans conteste que la vie est mauvaise et qu'il n'est point si bien prouvé que l'existence soit un charmant cadeau à faire à un enfant: parce que l'économiste avisé vous demandera d'abord de faire un peu de place à ces nouveaux petits Français sur notre France où gagner son pain devient de plus en plus un problème, où l'on parle de toute part d'encombrement, dans ce siècle où une machine remplace cent bras, où l'on vous offre comme salut et comme avenir: l'expatriation!...

Extra-parlementaires, soyez extra-persuasifs! Mais si votre commission restait stérile, je m'en consolerais de par l'œuvre de collègues à vous, dont peut-être vous ne soupçonnez pas l'aide, travaillant avec vous contre la dépopulation, et de bonne manière. Ces auxillaires, ne vous déplaît, ce sont les médecins!

Ceux-là sans doute ne font pas des enfants à peupler des continents nouveaux! Mais s'ils donnent, je pense, la vie avec parcimonie, ils empêchent ceux qui vivent de retourner trop vite dans l'autre monde. Et, pour le dire sans ambages, messieurs du Sénat, ils vous font, ils font à tous l'existence plus longue!

Vous avez bien lu! Cet éloge de la médecine si dénigrée, si moquée, n'est pas un lapsus, une coquille. La vérité est que, parallèlement aux progrès de l'art de guérir et, plus encore, de prévenir le

mal, à quoi s'efforce l'hygiène, parallèlement augmente la durée de l'existence humaine: pour ne pas remonter au déluge, sachez qu'au commencement du siècle dernier la vie moyenne était de 29 ans. En 1850, elle fut de 36 1/2; en 1900, de 40 passés!

Et ce n'est pas, j'imagine, que la lutte pour la vie soit devenue plus facile, que vos aliments soient moins sophistiqués, ni que la manie des apéritifs tende à disparaître!

La vérité est que des lois de protection entourent la première enfance et diminuent de façon notoire ce triste chapitre de la mortalité humaine.

C'est que s'organise la lutte effective contre les contagions, contre le fléau qui décime: la tuberculose... C'est la prévention des épidémies. C'est la leçon journalière du médecin moderne qui, dans son ordonnance, inscrit quelque courte formule pharmaceutique et trois pages de *régime!*

Ce qui est fait n'est rien, certes, à côté de ce qui reste à faire. Mais des ligues sans nombre — officielles ou non — se dressent contre l'ignorance et pour la santé publique. Des révolutions — la vie du collégien, du pensionnaire! — s'imposent. Elles sont à l'ordre du jour.

Cette façon de lutter contre la dépopulation, outre qu'elle me paraît plus efficace, a toutes mes sympathies. Je souhaite d'ailleurs la meilleure réussite à la commission extra-parlementaire et notamment qu'elle convainque les jeunes époux qui limitent à l'avance le nombre de leurs rejetons à 4, 3, 2, 1 ou zéro!

Je souhaite aux moralistes et prédicants d'être écoutés: je me permets seulement de leur rappeler qu'ils n'aient point trop à invoquer la corruption populaire; Malthus a ses disciples surtout dans le meilleur monde!

Ainsi le démontrent les statistiques. Plus un héritage est fort, moins il y a de progéniture à le partager. Plus la contribution personnelle-mobilière est élevée, moins il y a d'enfants dans un ménage.

L'almanach de Gotha nous indique pour une famille de la vraie noblesse française, 2 enfants 3/10!

La comparaison des quartiers de Paris enseigne tout net que si l'on trouve 41 naissances pour 1,000 habitants dans certains faubourgs où l'on ne fréquente guère la messe ni le prêche, c'est *seulement* 19 pour 1,000 que nous donne, dans le VI^e, le VII^e, le VIII^e, le milieu riche et pratiquant...

Adonc, esprits moraux de la société et des classes dirigeantes, journaux religieux et bien pensants qui vitupérez les pratiques scélérates et l'immoralité du Siècle, regardez-vous et ne vous oubliez pas dans vos prières!

Et si vous ne préférez le silence de Conrard, attendez-vous à vous entendre répondre, tout comme à Fontenoy, messieurs de l'aristocratie: «Tirez les premiers!»

D^r CLERC, de Nice.

OBSTÉTRIQUE

DILATATION IMMÉDIATE ET RAPIDE DU COL UTERIN

La dilatation digitale et cono-digitale du col utérin lorsqu'il s'agit d'obtenir une rapide évacuation du contenu utérin est insuffisante.

Notre éminent collaborateur, le professeur Bossi, de Gênes, vient d'inventer un nouvel instrument pour obtenir en un laps de temps minimum une dilatation suffisante du col, lorsqu'il existe une indication médicale d'interrompre la grossesse.

Ceux des cliniciens qui ont employé le dilatateur de Bossi s'accordant à déclarer qu'avec lui on obtient une dilatation rapide, sans déchirure du col ni du vagin.

L'appareil de Bossi se compose de quatre fortes branches s'écartant sous l'influence d'une vis munie d'un volant; cette vis occupe l'axe de l'instrument. L'appareil présente une courbure pelvienne comme le forceps. L'instrument très robuste pèse environ 600 grammes; il porte un cadran inscrivant la marche de la dilatation. La structure de l'instrument est assez compliquée car il fallait arriver à ce résultat que l'ouverture de l'instrument ne provoquât pas de dilacérations dans le vagin.

Pour employer le dilatateur de Bossi, l'opérateur place la femme dans la position obstétricale, fait une toilette soignée des organes, aseptise l'instrument et l'introduisant en le guidant sur deux doigts placés dans le vagin. La femme doit être anesthésiée surtout quand il existe des crises éclamptiques.

L'opérateur peut garnir les branches à introduire dans le col de petits capuchons en caoutchouc coupés dans un tube à drainage.

Dans l'introduction il doit respecter l'intégrité des membranes quand celles-ci existent et agir toujours avec douceur.

Dès que l'instrument est introduit, on donne un tour de volant pour bien le fixer et on attend ensuite l'intervalle de petites contractions pour donner de nouveaux tours de vis. Au reste, l'opérateur doit agir plus ou moins vite suivant les indications du cas, suivant la résistance du col et suivant l'énergie des contractions utérines.

Dans l'accouchement prématuré on peut agir lentement et même laisser l'instrument en place pendant quelque temps en le soutenant par un bandage.

Dans les accouchements à terminer rapidement, l'accoucheur maintient la femme dans la position obstétricale avec toujours les doigts maintenus contre le col. Bossi a pu obtenir des dilatations complètes en 15 minutes, voire même en 7 minutes.

Pour retirer l'instrument, les doigts doivent maintenir la muqueuse vaginale écartée des branches pendant qu'on détourne la vis.

Si on doit alors appliquer le forceps il faut le faire immédiatement.

Voici, d'après un récent travail du docteur Audion, les indications de cette dilatation rapide :

Ces avantages reconnus à la dilatation mécanique immédiate amène son auteur à la considérer comme la méthode de choix, non seulement pour la terminaison rapide de l'accouchement chez une femme malade en travail et déjà très fatiguée, mais aussi pour l'interruption de la grossesse dans les cas de complication médicale grave : sécurité, courte durée de l'acte opératoire, économie des forces de la malade, telles sont les qualités de ce procédé, qui se trouve indiqué quand la vie de la mère ne peut être conservée qu'au prix d'une évacuation rapide de l'utérus (pneumonie grave, septicémie et fœtus mort, éclampsie puerpérale intense), ou bien quand une cardiopathie, la tuberculose pulmonaire, affaiblissent assez une femme enceinte pour faire prévoir que, si on laisse arriver la grossesse à son terme, la malade succombera épuisée pendant le travail ou dans les suites de couches.

Il est à peu près impossible de soumettre ces indications à des règles fixes et détaillées; le sens clinique de chaque praticien devra le guider plutôt qu'un exposé didactique au lit de la malade : ces indications, en effet, varieront dans divers cas différents d'une même complication médicale de la grossesse, suivant :

- 1° L'intensité et l'extension de la lésion anatomique;
- 2° La résistance de l'organisme maternel dans chaque cas particulier;
- 3° L'imminence du péril qui menace cet organisme;
- 4° Le pronostic envisagé au point de vue du produit de conception;
- 5° Le milieu clinique où se trouve la malade : une intervention même difficile étant toujours abordable dans un hôpital où toutes les aises sont ménagées au chirurgien, tandis que l'opération la plus simple sera toujours à redouter dans un logis pauvre où la propreté comme les aides manqueront totalement ou seront suspects;
- 6° Les conditions sociales, psychologiques et familiales de la parturiente : notre conduite, en effet, vis-à-vis de la femme d'un ouvrier, mère déjà de plusieurs enfants, pourra être toute différente de celle que nous tiendrons à l'égard d'une dame riche, n'ayant pas encore d'enfants, mais en désirant, même après avoir été instruite par nous des dangers auxquels l'expose la continuation de sa grossesse.

Néanmoins, Bossi a divisé les indications de sa méthode en trois groupes :

1° *Cas où la provocation artificielle de l'accouchement prématuré, ou bien l'accélération du travail sont reconnues nécessaires.*

La supériorité de la dilatation mécanique immédiate sur les autres méthodes plus longues, et qui nécessitent des manœuvres pénibles où l'assistance d'une garde, d'aides chirurgicaux lui paraît évidente, surtout quand l'accoucheur doit opérer seul dans un milieu pauvre : un long et pénible travail qui eût peut-être mis en

péril la vie de la mère devra être, grâce à elle, évité, s'il s'agit par exemple d'une tuberculose pulmonaire avancée, d'une lésion grave non tuberculeuse de l'appareil respiratoire, d'une néphrite avec ou sans éclampsie, d'une cardiopathie menaçante, d'une maladie cutanée étendue et invétérée, d'une anémie pernicieuse progressive.

2° *Cas justiciables de l'accouchement forcé.* Le dilatateur de Bossi rendra les plus grands services quand la vie de la mère ou celle du fœtus dépendront de la rapidité de l'évacuation de l'utérus : éclampsie grave, femme en travail, atteinte de tuberculose pulmonaire ou d'une affection cardiaque graves, placenta prævia, sténose anatomique du col, sténose cicatricielle du col; femme agonisante ou morte et fœtus vivant.

3° *Cas d'emprisonnement du placenta au-dessus d'un col utérin non dilatable* par les moyens usités habituellement.

La dilatation mécanique immédiate peut résoudre même cette grosse difficulté.

GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ PAR LES EAUX SULFUREUSES DE LUCHON, par le Docteur LE JUGE DE SEGRAIS, médecin consultant à Luchon.

Nous avons extrait de ce travail d'une monographie ayant trait à certaines affections utérines soignées à Luchon. Ce travail nous avait été conseillé par notre cher et regretté ami, le professeur Tarnier. Il avait été frappé des résultats avantageux que certaines de ses malades avaient obtenus à Luchon. Il les avait observés et constatés également chez des malades qu'il avait eu occasion de voir avec M^{me} Alliot, ancienne sage-femme en chef de la Maternité à l'hôpital des Cliniques et lorsque nous lui avons dit notre intention de publier des observations intéressantes sur ces cas particuliers d'affections utérines, il nous y avait encouragé et avait bien voulu nous donner des indications précieuses sur ce qu'il fallait faire ressortir de ces observations et sur les particularités cliniques qu'il fallait signaler.

Nous désirons dire ici toute la reconnaissance que nous conservons à la mémoire de cet excellent confrère si dévoué à ses amis, lorsqu'il leur avait donné son affection, si honnête, si loyal et qui savait si bien reconnaître ce qui avait été utile à ses malades, de même que ce qui leur avait été nuisible.

Tarnier avait été, dans le cas actuel, très satisfait de voir les améliorations survenues dans l'état général de malades qu'il cherchait à remonter, état qu'un certain tempérament diathésique avait appauvri et rendu misérable. Elles avaient subi l'influence du prin-

cipe sulfureux qui entre dans le torrent circulatoire, s'introduit dans toutes les parties de l'économie, modifiant toutes les fonctions vitales qui sont accrues : circulation, respiration, peau, système nerveux épurant, réconfortant, régénérant l'organisme tout entier; et c'est ainsi que ses malades avaient vu la santé leur revenir et leurs désirs les plus chers s'accomplir.

Ce sont là les faits physiologiques et cliniques que Tarnier nous avait engagé à signaler à l'attention de nos confrères et qu'il trouvait utile et avantageux de leur faire connaître dans l'intérêt de leurs malades.

Nous les avons résumés aussi fidèlement et exactement que possible, sans rien exagérer. Puisse-nous y avoir réussi !

Stérilité ! Ce mot veut dire en botanique, état ou qualité d'une plante qui ne porte pas de graines; en médecine, état d'une femme qui, pour une cause quelconque, ne conçoit pas, ou d'un homme qui, bien que *puissant*, émet un sperme dépourvu de spermatozoïdes. Donc chez l'homme, une seule cause, facilement démontrée par le microscope; chez la femme, un grand nombre de causes qu'il est important au gynécologue de connaître, mais que nous ne pouvons décrire dans ce travail où nous n'avons eu en vue que les causes de stérilité provoquées par un état particulier de l'économie, comme la chloro-anémie, le lymphatisme, l'arthritisme, la syphilis, la neurasthénie, états qui amènent des désordres dans certains organes, particulièrement dans l'utérus et ses annexes, comme l'ovarite chronique, l'altération de la structure de l'ovaire, les adhérences, l'inflammation péri-utérine, les inclinaisons ou les flexions de l'utérus, le catarrhe utérin et la leucorrhée.

La fécondation devient difficile, sinon impossible, dans la plupart de ces cas. Souvent, si elle a lieu, elle ne suit pas son cours, et l'avortement qui en est la conséquence, amène à son tour des complications qui viennent s'ajouter aux causes premières.

De toutes les médications mises en pratique pour combattre les différentes diathèses, aucune n'a plus de réelle efficacité que les eaux sulfureuses de Luchon, qui présentent des sources variées, se divisant en individualités très marquées d'après leur action générale sur l'économie.

Ces sources sont tantôt douces et à sulfuration légère, d'autres un peu excitantes; d'autres douces, sédatives et à sulfuration un peu forte; d'autres ont la propriété de laisser leur soufre se séparer et former une émulsion blanche; d'autres sont très excitantes et à sulfuration forte.

Il arrive qu'il s'opère sans cesse dans ces conditions des décompositions et des recompositions chimiques qui produisent de l'électricité en quantité notable, comme l'a dit Lambron, cet observateur si sagace et si habile :

« Il se forme, dit-il, au sein de ces eaux un fluide qui n'est pas sans agir sur nos organes, d'autant plus qu'il éprouve des change-

ments incessants, la vapeur que l'eau dégage prenant l'électricité positive tandis que le liquide se charge d'électricité négative. »

On peut se rendre compte quelle action puissante ce fluide magnétique combiné avec le principe sulfureux doit avoir sur l'économie; comment il peut agir en provoquant des réactions sur certains organes affaiblis par des maladies chroniques, en leur imprimant une activité plus grande et en augmentant l'élément globulaire du sang. Cette action est encore plus sensible sur l'utérus qui, par sa constitution anatomique et physiologique, devient très facilement le siège de congestions et de fluxions. Le travail périodique qui se fait à l'état normal est facilité et augmenté par l'action excitante de l'eau sulfureuse, et l'on peut comprendre facilement quelles ressources thérapeutiques variées, les sources de Luchon peuvent offrir si l'on sait les adapter suivant les constitutions et les tempéraments qui varient si souvent chez la femme, suivant le degré d'impressionnabilité que présente chaque malade, et suivant le temps qui se sera écoulé depuis le début de la maladie.

Beaucoup de nos confrères ignorent combien ce traitement, fait dans de certaines conditions à Luchon, serait utile et favorable à leurs malades; d'autres pensent qu'il faut essayer d'abord le traitement local, pansements, cautérisations, curetage, etc.

Quoi qu'il en soit, après les bons résultats que nous avons observés depuis ces quinze dernières années à Luchon, nous nous permettons de leur suggérer de conseiller un séjour à Luchon à leurs malades, et s'ils constatent une notable amélioration dans leur état général et dans l'état local de l'affection utérine dont elles souffraient, ce sera pour eux une indication précieuse de leur prescrire une autre saison l'été suivant. Nous n'avons pas voulu publier un grand nombre d'observations que nos confrères n'auraient ni le temps, ni la patience de lire; mais par celles que nous rapportons, ils se rendront compte des avantages réels que leurs malades retireraient d'un traitement fait d'une manière rationnelle pendant deux à trois ans consécutifs à Luchon.

Les guérisons de stérilité que nous avons été à même d'observer comprennent :

1° Des cas de jeunes femmes mariées depuis vingt mois à quatre ans, chez lesquelles la fécondation n'a eu lieu qu'après une à deux saisons; elles étaient atteintes de chloro-anémie, de lymphatisme, d'arthritisme;

2° Des cas où deux à trois grossesses s'étaient présentées, suivies de fausses couches après le deuxième et troisième mois;

3° Des cas où après une seule fausse couche les femmes étaient devenues stériles pendant quatre à huit ans.

Tous ces cas ont présenté des grossesses après une, deux à trois saisons, grossesses qui ont parfaitement évolué et qui se

sont terminées par la naissance de beaux enfants. Nous pourrions y ajouter quelques cas où il n'y avait plus eu de grossesses depuis sept et huit ans chez des femmes qui venaient à Luchon pour soigner des affections rhumastimales de la gorge, des bronches et de la peau et qui se sont trouvées enceintes à leur grande surprise et souvent à leur grande contrariété.

Peut-être pourra-t-on objecter que ceux qui concernent les trois dernières catégories ne peuvent être considérés comme des cas de stérilité absolue : cela est possible; mais si la conception avait eu lieu chez ces malades, elle avait été suivie d'avortements successifs qui, à leur tour, avaient occasionné la stérilité, stérilité qui avait résisté à des soins parfaitement donnés et intelligents, à des traitements variés, qui paraissait devoir persister et qui n'avait cessé qu'après une cure à Luchon.

Ce que nous désirons faire connaître et tenons à prouver, c'est l'action obtenue par les eaux sulfureuses, aidée par une certaine hygiène chez des malades dont l'état de santé était tel qu'il n'y avait eu jamais de conception, ou chez lesquelles, s'il y en avait eu, la grossesse n'avait pu arriver à son terme, et la stérilité paraissait être tout à fait acquise.

PROPHYLAXIE SOCIALE

ETAT SANITAIRE AU POINT DE VUE DE LA SYPHILIS DES FILLES SOUMISES DANS LES MAISONS DE TOLÉRANCE DE PARIS DEPUIS 1872 JUSQU'EN 1903 INCLUS

Par le D^r L. BUTTE, médecin du dispensaire de Salubrité de la ville de Paris.

Chargé en 1885 de la statistique médicale du dispensaire de salubrité, j'ai continué, même après avoir cessé ce service lors de ma nomination comme médecin titulaire, à relever chaque année l'état sanitaire des prostituées. A la fin de l'année dernière 1902 j'ai été agréablement surpris de constater que, pendant toute l'année, il n'y a avait eu, parmi toutes les filles des maisons visitées hebdomadairement, qu'un seul cas de syphilis signalé et quatre cas d'autres affections vénériennes (blennorrhagie, gale). En présence d'un état sanitaire aussi excellent j'ai pensé qu'il était intéressant, après avoir signalé le fait, d'étudier l'état sanitaire de ces filles depuis un assez grand nombre d'années et d'essayer de rechercher les causes de son amélioration si elle était constatée.

Après la guerre, après la Commune, les archives du dispensaire ayant été brûlées, le service médical n'a recommencé à fonctionner normalement qu'à partir de 1872. C'est pour cela que je n'ai pas fait remonter ma statistique plus haut.

Voyons donc depuis 1872 le nombre de maisons de tolérance à Paris et dans sa banlieue, le nombre des filles qui les ont habitées chaque année et enfin le chiffre des maladies syphilitiques constatées.

Etat numérique des maisons de tolérance de 1872 à 1902 inclus.

Les documents statistiques que j'ai pu obtenir m'ont permis de noter que depuis 1839 jusqu'en 1862 le nombre des maisons de tolérance à Paris et dans la banlieue avait oscillé entre 220 et 196.

A partir de 1862, ce nombre décroît graduellement et arrive en 1870 au chiffre de 152 (134 dans l'intérieur de Paris, 18 dans la banlieue). Le tableau suivant montre la diminution progressive et rapide des maisons de tolérance depuis 1872 jusqu'en 1902.

Etat numérique des maisons de tolérance de Paris et de la banlieue de 1872 à 1902.

2061		45	3	3	48.
1961		45	3	3	48.
0061		46	3	3	49.
6681		46	3	3	49.
8681		18	3	3	49.
187		16	3	3	49.
186		21	26	3	50.
1895		19	31	3	53.
1894		20	31	2	53.
1893		20	30	6	56.
1892		20	31	6	57.
1891		20	35	6	61.
1890		20	38	6	64.
1889		21	39	6	66.
1888		25	41	7	69.
1887		24	47	9	74.
1886		26	47	10	83.
1885		28	47	9	84.
1884		29	52	10	91.
1883		34	57	10	101.
1882		36	58	10	104.
1881		41	63	13	117.
1880		45	67	15	127.
1879		49	70	14	133.
1878		50	73	14	137.
1877		50	72	16	138.
1876		50	70	16	136.
1875		52	65	16	133.
1874		51	66	16	134.
1873		54	67	16	134.
1872		53	70	15	133.
Sans Examenet.		53	66	15	133.
Avec Examenet.		70	66	16	134.
Banlieue.....		15	16	16	134.
		138.	133.	127.	117.

ANNÉES	Nombre de filles de maison au 1 ^{er} janvier de chaque année.	Nombre de cas de syphilis constatés chaque année.
1872..	1092	261
1873..	1126	338
1874..	1040	288
1875..	1152	283
1876..	1160	263
1877..	1170	250
1878..	1127	238
1879..	1343	242
1880..	1107	199
1881..	1057	174
1882..	1116	160
1883..	1030	75
1884..	961	70
1885..	913	55
1886..	914	54
1887..	926	50
1888..	772	54
1889..	691	68
1890..	663	65
1891..	682	54
1892..	596	40
1893..	540	49
1894..	580	32
1895..	536	35
1896..	555	22
1897..	609	15
1898..	496	15
1899..	479	14
1900..	490	23
1901..	504	8
1902..	429	1

On voit que les maisons de tolérance qui, en 1872, étaient au nombre de 138, sont tombées l'an dernier (1902) au chiffre de 48.

La population de ces maisons a naturellement diminué dans les mêmes proportions et voici indiqué dans le tableau ci-dessous l'effectif des filles soumises en maison au commencement de chaque année à partir de 1872 jusqu'en 1902 inclus. J'y ai ajouté le nombre de cas de syphilis constatés chaque année chez ces filles.

La lecture de ce tableau permet de constater que, en trente années, l'effectif de la population des maisons de tolérance a diminué de près des deux tiers comme il fallait s'y attendre à la suite de la suppression d'un grand nombre de ces maisons.

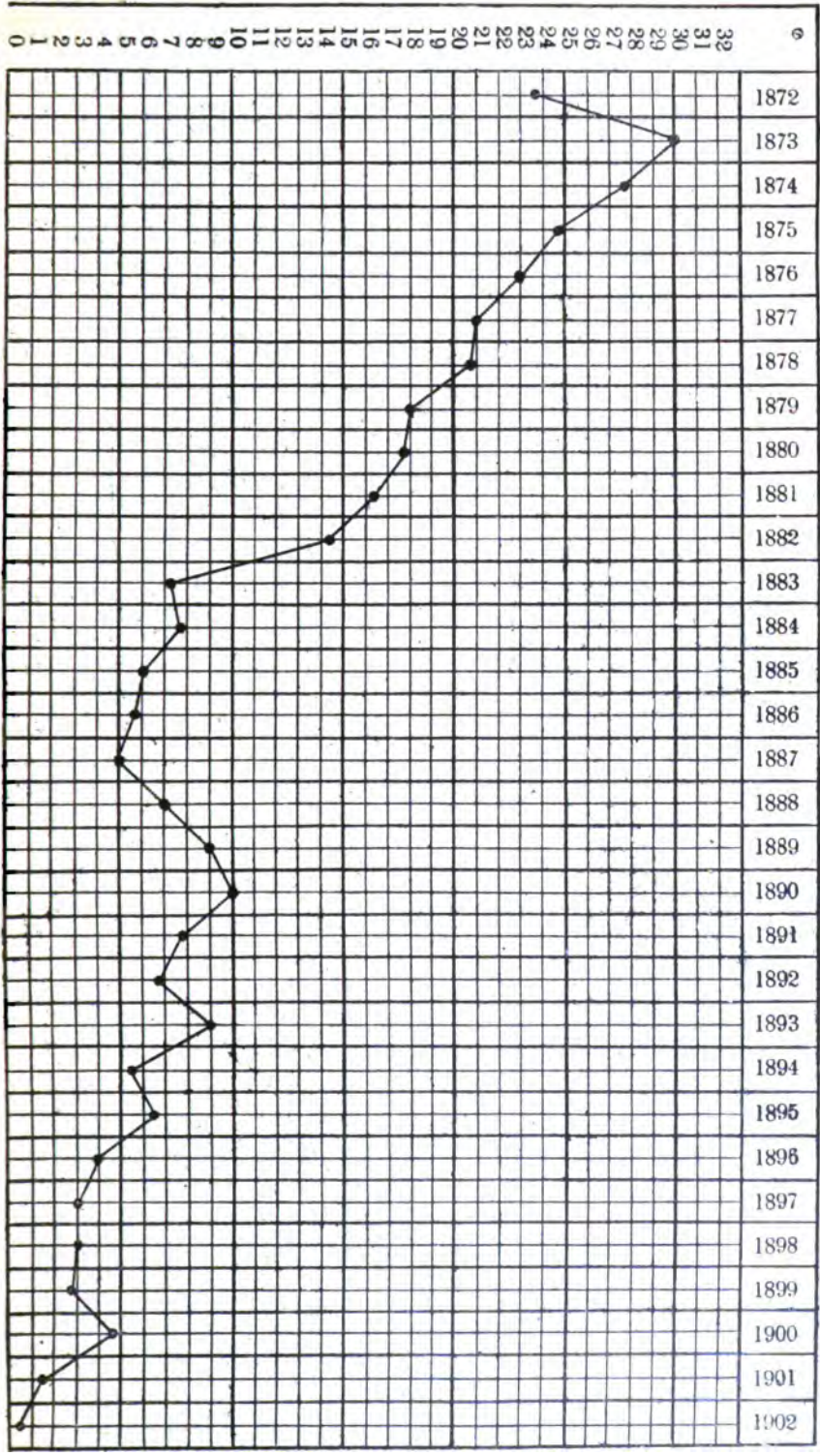
Le nombre des cas de syphilis a de même diminué progressivement pour arriver presque à néant (un cas en 1902).

Mais ce qui était plus intéressant c'était, non pas seulement de noter les cas de syphilis qui devaient naturellement diminuer puisque le nombre des filles baissait, mais de voir si, en établissant le pourcentage, on obtenait une modification en bien ou en mal.

Le graphique suivant que j'ai établi nous montre, non pas combien les médecins du dispensaire ont constaté de cas de syphilis chaque année chez les filles de maison, nombres qui viens de donner plus haut, mais combien il en a été signalé pour 100 filles en prenant comme effectif le nombre de filles présentes dans les maisons au 1^{er} janvier de chaque année.

Ce n'est donc pas et je le répète le nombre de syphilitiques constatées chaque année qui est indiqué dans le graphique, mais le nombre de syphilitiques pour 100 filles de maison. C'est ainsi que s'il y a 1000 filles de maison dans une année et qu'on n'ait observé que 10 cas de syphilis, c'est 1 pour 100 que nous inscrivons sur le graphique.

Filles de Maison. — Nombre de Syphilitiques : %.



L'examen de ce graphique montre nettement qu'à partir de 1873, le pourcentage des syphilitiques a rapidement diminué jusqu'en 1883 (de 30 0/0 en 1873 il tombe à 7,2 0/0 en 1883). A partir de ce moment il est resté à peu près stationnaire, avec augmentation pendant l'exposition de 1889, jusqu'en 1894, puis il a baissé avec une légère augmentation à l'année de l'exposition de 1900 pour atteindre un chiffre extrêmement minime 0,23 0/0 en 1902 puisqu'on n'a constaté cette année qu'un seul cas de syphilis sur 429 femmes présentes au 1^{er} janvier de l'année.

A quoi faut-il attribuer cette amélioration considérable de l'état sanitaire des filles de maison chez lesquelles on trouvait 30 0/0 de syphilitiques en 1873 tandis qu'il n'y en avait plus qu'à peine 1/2 0/0 trente ans après en 1902?

C'est un problème difficile à résoudre, mais je ne veux pas me borner à le poser. Je crois qu'il faut pour expliquer cette grande amélioration de l'état sanitaire tenir compte de deux éléments : d'abord et en première ligne les grandes découvertes pastoriennes, qui ont eu partout leur répercussion et pénétrant jusque dans le monde des prostituées leur ont donné des habitudes de propreté, de soins hygiéniques minutieux qu'elles négligeaient auparavant. Il n'est pas douteux qu'à l'heure actuelle les filles prennent un bien plus grand soin de leur corps qu'il y a une vingtaine d'années ; elles craignent beaucoup plus la contagion et font tout ce qu'elles peuvent pour l'éviter, non pas parce qu'elles ont peur de contagionner, cela leur est égal mais parce qu'elles craignent d'être retenues à St-Lazare. Je crois aussi qu'il faut tenir compte, dans une certaine mesure, pour expliquer l'amélioration constatée, d'une instruction un peu meilleure des prostituées. La loi sur l'enseignement primaire obligatoire a exercé son influence jusque dans les classes les plus inférieures et ceux qui, comme moi, ont pu comparer le niveau intellectuel des filles il y a une vingtaine d'années et maintenant, ne doivent pas hésiter à pencher en faveur de la nouvelle génération. Je ne veux pas dire que le niveau moral s'est élevé, loin de là ; mais le niveau des connaissances s'est accru et les filles comprennent mieux qu'autrefois l'intérêt qu'elles ont à être saines et propres.

Ce sont ces deux facteurs qui à mon avis doivent être les causes principales de l'amélioration constatée ces dernières années dans l'état sanitaire des prostituées et en particulier des filles de maison.

A côté de ces deux principales causes d'amélioration, il en est une autre moins importante mais qui doit cependant entrer en ligne de compte. Il résulte en effet des renseignements que j'ai recueillis que les matrones sont beaucoup plus exigeantes qu'autrefois pour le recrutement de leur personnel. Suivant l'expression imagée de M. Guillet, le sympathique sous-chef de bureau qui a la direction du service administratif du dispensaire, elles n'acceptent plus les *roulures*. Un état moral un peu moins mauvais a eu pour résultat de rendre meilleur l'état sanitaire.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DE
L'ACIDE VANADIQUE COMME TOPIQUE EN GYNE-
COLOGIE.

Par MM. Albert LE BLOND, médecin de Saint-Lazare
et Ch. DAVID, interne à Saint-Lazare.

Nous venons exposer ici le résultat des expériences auxquelles nous nous sommes livrés depuis le début de l'année 1902 sur l'emploi thérapeutique de l'acide vanadique. Nous n'avons pas l'intention de faire aujourd'hui un exposé complet des résultats que nous avons obtenus ; nous voulons simplement préciser, dès à présent, les principales indications de ce médicament et insister en particulier sur son application comme topique qui n'avait pas, croyons-nous, été signalée jusqu'à ce jour. Nous nous réservons de publier ultérieurement, avec observations à l'appui, un travail d'ensemble sur ce médicament que nous croyons appelé à un très grand avenir.

Le vanadium, métal découvert en 1806 dans les minerais de fer du Taberg, est depuis longtemps utilisé par l'industrie comme oxydant. Mais son introduction dans la thérapeutique est de date relativement récente. On avait jusqu'à présent, après les travaux de Helouis Lyonnet, Martz et Martin, employé les vanadates de soude, de fer, de lithine, etc. L'acide vanadique lui-même n'avait guère été employé.

Deux chimistes, MM. Witz et Osmond, ont démontré la singulière propriété que possède l'acide vanadique lorsqu'il se trouve en présence d'une matière organique et d'un corps oxydant. Il oxyde la matière organique, reprend ensuite de l'oxygène à la matière oxydante pour l'abandonner de nouveau à la matière réductrice et ainsi de suite. Cédant et reprenant tour à tour de l'oxygène, passant nécessairement de l'état d'acide hypovanadique à celui d'acide hypervanadique, il établirait un mouvement de va-et-vient d'oxygène analogue à celui que Beinz et Schulz ont décrit à propos de l'arsenic (Arnozan). C'est à cause de ce phénomène, que MM. Witz et Osmond ont donné à l'acide vanadique le nom très expressif de « médicament navette ». Donc, l'acide vanadique est un oxydant très énergique et qui possède la faculté de se régénérer indéfiniment. Aussi les moindres doses suffisent-elles à produire des actions thérapeutiques manifestes ; elles agissent comme de véritables ferments, servent de véhicule d'oxygène.

M. Laran a, en collaboration avec MM. Bernard et Pécourt, repris l'étude des propriétés chimiques de l'acide vanadique. Cette étude lui a permis de faire, avec des produits parfaitement déterminés et chimiquement purs, une étude approfondie de la toxicité et des propriétés physiologiques de l'acide vanadique et des principaux sels de vanadium, au laboratoire de M. François Franck, avec la collaboration du Dr Hullion, chef du Laboratoire de physiologie

pathologique du Collège de France. Ces divers travaux ont démontré que les sels de vanadium n'étaient actifs que par l'acide vanadique qu'ils renferment et que, par ailleurs, ces sels étaient instables et le plus souvent impurs; il était donc rationnel de partir de l'acide vanadique chimiquement pur, le seul principe actif et qui puisse être facilement dosé (1).

D'autre part, les expériences de Laran sur le cobaye tuberculeux lui ont permis de conclure que l'acide vanadique enraye d'une façon manifeste la marche de la tuberculose, par transformation fibreuse des lésions.

C'est en partant des expériences du D^r Laran que l'idée nous est venue d'expérimenter à notre tour l'acide vanadique dans notre service de Saint-Lazare. Mais, jusqu'à présent, on ne l'avait essayé que comme médicament interne. Nous avons contrôlé nous-mêmes ses bons effets dans le traitement de divers états cachectiques. Mais nous avons pensé qu'il pourrait également donner de bons résultats comme topique dans les plaies cutanées ou muqueuses accidentelles, chirurgicales ou pathologiques. Enfin, élargissant notre expérimentation, nous l'avons essayé comme modificateur des sécrétions muqueuses pathologiques.

Donc nous avons expérimenté cet agent thérapeutique de deux façons différentes : d'une part, en ingestion par la voie buccale, d'autre part, comme topique en lavages et en pansements externes. Pour répondre à ces deux indications, il nous fallait deux solutions différentes. Pour l'usage interne nous nous sommes servis de la « solution d'acide vanadique du D^r Laran, liqueur incolore, inodore, sans saveur, dosée à 0,0015 milligrammes du principe actif par litre d'eau. Pour l'usage externe nous avons employé une solution beaucoup plus forte à laquelle, afin d'éviter toute confusion, nous avons donné le nom d'oxydasine pour rappeler sa principale propriété : cette préparation est de couleur jaune d'or et contient 0,50 centigrammes d'acide vanadique par litre d'eau. La première a été administrée à la dose moyenne de deux cuillerées à soupe par jour. Quant à la seconde, nous ne l'avons pas employée pure (l'acide vanadique, très actif, agit à des doses extrêmement faibles), mais diluée : étendue de trois fois son volume d'eau ou de glycérine ce qui nous a donné une solution contenant 17 centigrammes de médicament pour 1,000, ou diluée au dixième, ce qui nous a fourni une solution de 5 centigrammes par litre. Les solutions aqueuses nous ont servi pour les pansements cutanés; aux muqueuses nous avons réservé les solutions glycinées.

Tout d'abord, administrée à l'intérieur, la solution d'acide vanadique nous a donné de très bons résultats dans le traitement de tous les états anémiques et cachectiques et en particulier de la tuberculose pulmonaire. Nous avons observé après son administration

(1) HALLION et LARAN. 1. Comptes rendus de la Société de Biologie. Séance du 24 juin 1899. — 2. LARAN. Recherches sur l'acide vanadique. — Société de Biologie. (Séance du 19 février 1898.)

un réveil ou une exagération de l'appétit suivis d'un relèvement rapide des forces et d'une augmentation notable du poids.

C'est surtout en excitant l'appétit par une action directe sur la muqueuse digestive et en imprimant une activité plus grande à la nutrition que l'acide vanadique est utile dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, de la chlorose, de la neurasthénie. Mais en outre il est probable qu'il favorise directement la cicatrisation des foyers tuberculeux en produisant du tissu fibreux de réaction. Nous avons deux observations particulièrement concluantes à cet égard : il s'agit de deux femmes tuberculeuses, l'une au premier degré, l'autre au deuxième degré, dont les lésions locales ont subi une amélioration rapide sous l'influence de ce traitement.

Comme pansement externe de lésions cutanées, nous avons expérimenté la solution d'oxydasine dans des maladies très différentes :

Plaies simples, plaies d'anthrax, maux perforants ;

Lésions tuberculeuses, lupus, abcès froids ulcérés ;

Lésions syphilitiques secondaires végétantes et hypertrophiques, gommages ulcérées ;

Ulcères variqueux, eczémas, enfin chancres mous.

Dans presque tous ces cas l'acide vanadique nous a donné une cicatrisation très rapide. Il active en effet la régénération des tissus et leur permet de lutter contre les éléments microbiens. Cette action cicatrisante a été surtout remarquable dans tous les cas d'abcès froids tuberculeux ouverts ou dans les gommages syphilitiques où nous avons vu guérir nos malades en l'absence de tout traitement spécifique. Seuls les ulcères variqueux ont souvent longtemps résisté et il est utile dans ce cas de remplacer de temps à autre dans les pansements la solution habituelle par l'oxydasine pure qui stimule un peu les tissus atones.

Ces pansements sont absolument indolores, n'éveillant pas la moindre sensation désagréable ; ils ont toujours été parfaitement bien supportés.

Enfin nous avons surtout expérimenté l'oxydasine dans les inflammations des voies génitales de la femme, notre service de Saint-Lazare nous fournissant pour ces affections un vaste champ d'études.

Dans les vaginites, la solution glycinée au 1/3 nous a donné de très bons résultats ; disparition de la rougeur et du gonflement de la muqueuse, diminution puis suppression rapide de tout écoulement.

Nous avons guéri un grand nombre d'uréthrites au moyen de badigeonnages de l'urètre avec la même solution, dans un laps de temps de trois semaines en moyenne.

Enfin nous avons traité 17 endométrites d'intensité variable par des écouvillonnages répétés tous les deux jours avec notre solution à 0,17 centigrammes d'acide vanadique p. 1000 (oxydasine au 1/3) et nous les avons guéries en trois à six semaines.

Ce médicament a toujours été parfaitement bien toléré et quoique la guérison n'ait pas dans quelques cas été plus rapide qu'avec

d'autres agents thérapeutiques nous croyons cependant que celui-ci peut leur être préféré à cause de sa propreté parfaite, de son absence d'odeur, avantages qui seront estimés des malades de ville auxquelles répugnent l'aspect de l'ichthyol ou l'odeur de la créosote, etc.

En résumé, l'acide vanadique chimiquement pur nous parait être un excellent médicament qui mérite une large place dans notre arsenal thérapeutique tant à titre de stimulant général que de topique local.

Il possède tout en étant antiseptique un pouvoir cicatrisant qui le rend supérieur à tous les autres pansements dans le traitement des plaies cutanées. La dose la plus favorable pour cet usage est de 5 centigrammes par litre d'eau obtenue en diluant au 1/10 la solution d'oxydasine. Il peut rendre de grands services en gynécologie; on doit employer la solution obtenue en ajoutant à leur volume d'oxydasine deux volumes de glycérine, ce qui équivaut à 17 centigrammes d'acide vanadique pour 1,000.

PÉDIATRIE

RAPPORT SUR UN CAS D'INFANTICIDE PAR OMISSION (1).

Je soussigné, Paul Brouardel, professeur de médecine légale à la faculté de médecine de Paris, commis par M. F..., substitut de M. le Procureur de la République, près le tribunal de première instance du département de la Seine, en vertu d'une ordonnance ainsi conçue :

« Vu les articles 32 et 43 du code d'instruction criminelle et le procès-verbal dressé le 18 décembre 1881 par M. le commissaire de police de Boulogne constatant l'envoi à la morgue du cadavre d'un enfant nouveau-né du sexe féminin dont est accouchée la fille L..., laquelle est actuellement consignée à l'Hôtel-Dieu,

« Commettons M. le Docteur Brouardel, à l'effet de procéder à l'autopsie du cadavre, de rechercher les causes de la mort, de procéder également à la visite de la fille L..., et de constater tous indices de crime ou délit. »

Serment préalablement prêté, ai procédé à cette autopsie le 20 décembre 1881 et à l'examen de la fille L... les 21 et 29 décembre 1881.

I. — Autopsie d'un nouveau-né le 20 décembre 1881.

Le cadavre celui est d'un enfant nouveau-né du sexe féminin. Il mesure dans sa longueur totale 52 centimètres et pèse 3 kilogrammes 150. Le cordon ombilical encore adhérent à l'ombilic mesure

(1) Nous publions ce rapport comme pouvant servir de modèle à nos confrères appelés à éclairer la justice dans un cas semblable.

30 centimètres et paraît avoir été arraché, il ne présente pas une ligne de section nette, il ne porte pas de ligature.

Cet enfant est vigoureux, les cheveux sont développés et les ongles affleurent les doigts. On ne trouve aucune trace de violence, d'ecchymoses, de coups d'ongle, de contusion sur la peau de la face et du cou. Dans le tissu cellulaire sous-cutané du cou il n'y a aucune suffusion sanguine. Pas d'ecchymoses sous-conjonctivales.

Sous le cuir chevelu se trouvent des ecchymoses ponctuées multiples.

A la partie postérieure de la région occipitale se trouve une bosse séro-sanguine assez volumineuse.

Il n'y a pas de fracture des os du crâne.

Le cerveau est très congestionné. Les membranes qui entourent le bulbe et le cervelet sont infiltrées de sang.

Dans l'arrière-bouche, le larynx et le pharynx, on ne trouve pas de corps étranger. La trachée contient un peu de mousse rougeâtre.

Les plèvres pariétales sont tatouées par un certain nombre d'ecchymoses sous-pleurales. Les poumons sont couverts d'un piqueté d'ecchymoses sous-pleurales. Jetés dans l'eau ils nagent ainsi que leurs fragments. Ces derniers pressés sous l'eau font sourdre à la surface du liquide un certain nombre de fines bulles d'air dont la réunion forme de véritables plaques de mousse.

Les cavités du cœur sont pleines de sang liquide.

Le foie est gros et paraît sain.

Les reins et la rate sont sains.

Les dernières parties du gros intestin sont remplies de méconium.

Le point d'ossification du fémur est très développé, il mesure environ 4 millimètres de diamètre mais sans continuité avec la diaphyse du fémur.

La mâchoire inférieure présente cinq alvéoles nettement cloisonnées.

Conclusions: — 1° Le cadavre soumis à notre examen est celui d'un enfant nouveau-né d'usage féminin, arrivé au terme normal de la gestation ou près du terme normal, sûrement à huit mois et demi.

2° Cet enfant a largement respiré.

3° Il a ingurgité une certaine quantité de sang et de matières fécales. Il est donc resté après sa naissance un certain temps la face plongée dans les liquides et excréments perdus par la mère au moment de l'accouchement.

4° La cause de la mort est le résultat d'une asphyxie. Celle-ci peut avoir eu pour cause une submersion incomplète, telle que l'immersion de la face dans les liquides perdus par la mère pendant le travail de l'accouchement.

5° Cet enfant ne porte sur le corps aucune trace de violence.

II. — *Examen de la fille L... les 21 et 29 décembre 1881.*

La fille L..., âgée de vingt et un ans, est grande et vigoureuse. Elle déclare jouir habituellement d'une bonne santé et n'avoir eu qu'une seule grossesse. Elle nous déclare que dans la nuit du 16 au 17 décembre elle aurait été prise subitement d'une douleur assez vive dans le ventre, puis qu'elle serait accouchée.

Presque aussitôt après cet accouchement elle se serait endormie et en se réveillant aurait aperçu son enfant placé entre ses jambes et ne donnant plus signe de vie.

Elle déclare toutefois qu'elle aurait entendu son enfant crier sans préciser le moment où ce cri aurait été poussé. Elle ne saurait pas comment le cordon a été rompu. Elle aurait perdu peu de sang et serait venue à l'Hôtel-Dieu presque aussitôt emportant le cadavre de son enfant avec elle. Le délivre serait sorti presque de suite et une fois à l'hôpital, elle aurait perdu beaucoup de sang.

Lors de notre première visite le 21 décembre nous avons trouvé la fille L... au numéro 10 de la salle Sainte-Madeleine. Elle avait à ce moment un peu de fièvre et perdait un peu de sang. Les seins contiennent un peu de lait. On trouve très peu de vergetures sur le ventre. Le corps de l'utérus dépasse de deux travers de doigt le pubis. Le bassin est large. Cette fille nous déclare ne pas avoir d'appétit et très peu de sommeil.

Aujourd'hui 29 décembre elle se lève, mange et dort bien et ne perd plus de sang. La fièvre a complètement disparu. L'utérus a repris sa position normale.

Le récit que la fille L... fait de cet accouchement présente plusieurs invraisemblances. L'accouchement n'aurait provoqué qu'une seule douleur. Il faut remarquer que cette fille est primipare, que l'enfant était très volumineux, qu'il existait dans la région occipitale une bosse séro-sanguine. Cette bosse prouve que l'enfant s'est présenté par la tête, et que le travail de l'accouchement a certainement été assez prolongé (Plusieurs heures probablement).

Le sommeil qui se serait emparé de la fille L... après son accouchement ne pourrait s'expliquer, s'il a réellement existé, que par l'épuisement causé par un travail prolongé. Il semble peu probable que ce sommeil ait envahi instantanément la fille L... car elle sait que son enfant a crié, et elle a eu le temps d'arracher le cordon.

De nos diverses constatations, il résulte :

- 1° Que la fille L... est récemment accouchée.
- 2° Que le travail de l'accouchement a eu une durée assez longue, que l'on peut estimer à une heure au moins.
- 3° Qu'il n'est pas démontré et qu'il semble peu probable que le sommeil impérieux se soit emparé de cette fille assez rapidement après l'accouchement, pour qu'elle ait été dans l'impossibilité de donner à son enfant les soins nécessaires pour l'empêcher de périr, asphyxié par immersion de sa face dans les liquides provenant de l'accouchement.

EMBRYOGÉNIE

A PROPOS DE LA LOI SUR LA FORMATION DES SEXES

A la suite des importants mémoires de MM. Guiard et Boissard, que nous avons publiés dans nos précédents numéros, M. le Dr Nitot a adressé à la Société médicale du IX^e arrondissement de Paris, une lettre qui doit figurer parmi les documents de nature à élucider cette question :

Mon cher ami,

C'est avec le plus grand intérêt que j'ai lu votre communication à la Société du IX^e Arrondissement sur les *Lois de la Formation des sexes*.

En terminant, vous faites appel aux observations intéressantes que pourront vous envoyer vos confrères et vous vous déclarez prêt à les enregistrer scrupuleusement, alors même qu'elles seraient en opposition avec celles que vous aurez recueillies.

Je n'en ai que deux à vous fournir, mais j'en suis particulièrement sûr. Les voici :

La première concerne un de mes amis les plus intimes. Après trois ans de mariage, désirant avoir un enfant ou plutôt *une* enfant, il eut un rapport, le 4^e jour des règles, alors que l'écoulement sanguin était presque mais pas entièrement terminé. Résultat : neuf mois après, naissance d'une fille.

Ce cas vous donne évidemment raison. Mais que direz-vous du suivant ?

Une jeune femme désirant un enfant et n'en ayant pas encore après un an de mariage, me consulte à ce sujet. Elle présente un certain degré d'atésie de l'orifice externe du col. Sept ou huit jours avant l'époque menstruelle, qui est attendue pour le 5 janvier 1900, je fais pendant 4 jours consécutifs la dilatation lente du col au moyen de laminaires. Le soir même du dernier pansement et le lendemain, la jeune femme a des rapports avec son mari. Les règles ne viennent pas à leur date habituelle. La conception s'est effectuée et il n'est pas possible qu'elle ait précédé mon intervention qui l'aurait sans aucun doute interrompue. L'accouchement a lieu juste 9 mois après et met au monde... un garçon.

Je vous laisse le souci de commenter cette observation intéressante, je dirais presque mathématique, vu l'exactitude absolue, rigoureuse des faits, et suis heureux de vous serrer la main.

Votre affectionné,
Dr NITOT.

Du premier de ces faits je n'ai rien à dire, puisqu'il vient à l'appui des opinions que j'ai soutenues devant vous. Quant au second, il paraît évidemment témoigner contre elles. Reste à déterminer quelle est au fond la véritable signification qu'il comporte.

En dernière analyse, la théorie dont je me suis fait le défenseur repose sur deux idées fondamentales : l'une, de beaucoup la plus importante, qui attribue le déterminisme du sexe au degré, plus ou moins avancé de maturité de l'ovule, l'autre, secondaire, qui a simplement pour objectif la recherche des indices extérieurs par

lesquels se manifeste la migration ovulaire. Or, ces indices peuvent être ou inconstants ou infidèles sans qu'il soit permis d'en conclure que la maturité ovulaire ne joue aucun rôle.

Je crois, pour ma part, jusqu'à preuve du contraire, que l'évolution de l'ovule, ainsi que l'admettaient Coste, Ch. Robin et tant d'autres, succède habituellement à la menstruation et n'a guère qu'une durée de 4 à 5 jours; je crois, par suite, que sa phase féminine se déroule pendant les deux premiers jours qui suivent la fin des règles et sa phase masculine vers le 4^e et 5^e jour. En assignant, comme date au coït fécondant, pour avoir une fille, le 3^e ou 4^e jour avant les règles et pour un garçon le 3^e ou 4^e jour après, j'ai voulu réunir le plus de garanties possible contre une déception. Je me serais peut-être rapproché davantage de la vérité en plaçant vers le 3^e jour après la cessation de l'écoulement sanguin la ligne de démarcation entre les deux phases féminine et masculine de l'ovule. Mais, s'il est vrai que ces rapports chronologiques de l'ovulation avec la menstruation peuvent être admis comme une règle générale, il n'est pas moins certain, je ne saurais trop le répéter, qu'il y a des exceptions et même qu'elles sont assez nombreuses. Je rappelais, à la fin de ma dernière communication, que Léopold avait constaté au 5^e, au 8^e, au 12^e, au 18^e, au 26^e jour après le commencement de la dernière menstruation, c'est-à-dire en tout temps, des follicules qui venaient manifestement de s'ouvrir.

Si nous admettons que dans le second cas du Dr Nitot, cette ouverture ait eu lieu du 20 au 25^e jour par exemple, il nous devient facile de comprendre que la fécondation avant les règles ait engendré un garçon et ce fait est parfaitement conforme avec la théorie qui subordonne le sexe à la maturité ovulaire. Malheureusement, jusqu'à ce jour, nous n'avons pas d'autre indice extérieur que l'hémorragie menstruelle pour nous renseigner sur l'époque où il est probable que se produit la rupture de l'ovisac, et cet indice que je crois habituellement fidèle est loin d'être infaillible; il peut même devenir trompeur, comme le montrent les constatations faites par Léopold. La chose est assurément très regrettable et il en résulte que la procréation de l'un ou l'autre sexe comportera toujours des chances contraires plus ou moins nombreuses. Je n'en persiste pas moins à penser que ce serait faire un grand pas dans la recherche de la vérité que d'acquiescer la preuve que le sexe du produit de la conception est ou non régi par le degré de maturité de l'ovule au moment où il est fécondé.

M. BOISSARD. — Je ne voudrais pas prolonger outre mesure cette discussion malgré tout l'honneur qu'elle fait à notre société, mais ayant promis de continuer mes recherches, je viens vous rapporter une nouvelle observation qui me semble extrêmement intéressante; vous vous rappelez que parmi les faits cliniques que j'ai rapportés et que j'ai réunis en quatre groupes, j'ai particulièrement insisté sur la conception au cours de l'aménorrhée; je vous ai montré par

des chiffres que lorsque la fécondation avait lieu pendant l'aménorrhée, la sexualité féminine l'emportait de beaucoup sur la sexualité masculine ; en un mot sur ces conditions les filles étaient beaucoup plus fréquentes que les garçons et je vous disais que, les rapports sexuels étant fréquents, la fécondation atteignait un ovule jeune, au début de sa maturité, d'où formation d'un fœtus du sexe féminin.

Cette manière de voir les choses est confirmée encore par cette nouvelle observation recueillie dans mon service à la Maternité de Tenon.

Il s'agit d'une grande multipare qui a eu 14 grossesses ; or, du 28 juillet 1885 au 6 juillet 1902, cette femme n'a jamais eu ses règles, étant toujours en état de grossesse ou d'allaitement ; pendant ce laps de temps elle a eu 12 grossesses qui se sont terminées par la naissance de 9 filles et de 3 garçons, venus soit à terme, soit avant terme.

Ce nouveau fait vient donc encore à l'appui de ce que j'ai avancé, à savoir que la conception survenant au cour de l'aménorrhée physiologique favorise la sexualité suivant le type féminin, par cette raison que l'ovule a les plus grandes chances d'être fécondé dès le commencement de sa maturité.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT PREVENTIF DE L'OPHTALMIE DES NOUVEAU-NÉS

Il faut prendre les précautions suivantes :

1° On fera des injections vaginales avant l'accouchement, lorsque des pertes blanches abondantes feront craindre une contagion pour l'enfant.

2° Chez tous les enfants, immédiatement après la naissance, *avant le bain*, on lavera les paupières avec une solution antiseptique, au moyen d'un linge fin très propre, ou mieux d'un petit tampon d'ouate hydrophile. On se servira soit de la solution d'acide phénique au 1/100^e, soit de parties égales d'eau bouillie et de liqueur de Van Swieten, soit d'une solution qui sera formulée ainsi :

N° 1 :

Sublimé	0,10 centigr.
Acide tartrique.....	0,20 —
Eau distillée.....	200 gr.

Aussitôt après les paupières seront entr'ouvertes et on fera tomber dans chaque œil, avec un compte-gouttes, une baguette de verre, ou simplement un bout de papier, une goutte du collyre suivant :

N° 2, flacon coloré :

Nitrate d'argent.....	0,20 centigr.
Eau distillée.....	10 gr.

Les formules 1 et 2 pourront être délivrées aux sages-femmes; il suffira de faire suivre l'ordonnance de la mention *pour les yeux*.

Ces flacons devront toujours être apportés par les sages-femmes en même temps que les objets indispensables pour l'accouchement.

3° Si, malgré ces précautions, les premiers signes de gonflement et de sécrétion se produisent, on devra immédiatement appeler le médecin qui seul pourra faire les cautérisations nécessaires.

4° Lorsqu'on sera obligé de soigner une ophtalmie purulente, on mettra soigneusement de côté tous les objets qui serviront au pansement. — Après chaque lavage de l'œil, on brûlera les linges ou la ouate qui ont servi. — On se lavera convenablement les mains avec du savon et on les trempera dans une solution toujours préparée à cet effet, solution d'acide phénique au 1/10° ou liqueur de Van Swieten pure.

TRAITEMENT DES TUMEURS VASCULAIRES PAR LES INJECTIONS D'EAU BOUILLANTE

John Wyeth propose une méthode originale pour traiter les néoplasmes vasculaires. La cautérisation suffit, d'après lui, pour les petites tumeurs ; celles qui ont un volume modéré sont justiciables de l'électrolyse ; mais, lorsqu'elles atteignent des proportions considérables, la méthode sanglante expose à des hémorragies redoutables et la perte de substance qui suit l'extirpation est difficilement compensée. C'est alors que l'auteur a sa méthode. Avec les précautions aseptiques usuelles, l'eau chaude est puisée directement dans un récipient et poussée dans les tissus angiomateux au moyen d'une seringue en métal munie d'une aiguille appropriée. Dans les tumeurs volumineuses, on enfonce l'aiguille profondément et on pousse xxx à lxx gouttes ; on la retire alors d'un ou deux centimètres et on fait une nouvelle injection jusqu'à ce que la tumeur soit solidifiée. L'eau doit être à une température suffisante pour coaguler l'albumine du sang et des tissus. Quand la tension détermine en un point quelconque un certain degré de blanchissement on doit cesser l'injection à ce niveau. Pour traiter les petites tumeurs de la face on peut employer une aiguille fine et faire à la périphérie des injections de quelques gouttes d'eau à 90 degrés. Les injections sont répétées tous les huit ou dix jours et on doit en surveiller soigneusement les effets. Quand il s'agit d'anévrismes circoïdes ou de gros angiomes caverneux, l'eau doit être maintenue pendant toute la durée de l'opération à son point d'ébullition. L'auteur de la méthode y parvient en utilisant un appareil en métal revêtant la forme d'un tube dans lequel l'eau est maintenue à la température voulue par un brûleur de Bunsen.

TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES

(RAYNAUD.)

Je me suis d'abord convaincu, dit l'auteur, que le froid, en général, ne procure qu'un calme tout à fait passager et relatif. Dès que cesse l'action de ce froid, déjà ennuyeux par lui-même et produit soit par des lavements d'eau à 0°, soit par un tampon de glace, il se produit une réaction très vive, une véritable congestion de la région anale, et la souffrance à peine disparue reparait plus forte que jamais.

Rien ne donne donc aux malades le soulagement qu'ils réclament avant tout, comme la chaleur et une chaleur intense.

Les bains de siège, les bains généraux atteignent en partie ce but, mais leur température ne peut être assez élevée pour créer un résultat bienfaisant *immédiat* et de *longue durée*.

Pour moi, voici comment je procède quand je me trouve en présence d'hémorroïdes externes :

J'ordonne au malade d'allumer un morceau d'amadou gros comme une pièce de 40 sous et de le mettre au fond d'un vase de nuit sur lequel il s'assoit, en lui recommandant de supporter la chaleur qui s'en dégage le plus longtemps possible. Le premier morceau d'amadou étant brûlé, on a recours à un second, puis à un troisième, s'il le faut, et ainsi de suite pendant cinq minutes environ. Le résultat immédiat est la suppression de toute douleur, et comme ce procédé est loin d'être dangereux, il est permis au patient de le renouveler à discrétion et de s'éviter ainsi des souffrances parfois intolérables. Le résultat éloigné est la flétrissure des hémorroïdes qui semblent, pour ainsi dire, ratatinées et desséchées, comme un objet quelconque que l'on exposerait devant le feu; et je dois ajouter que ce résultat éloigné me paraît devoir s'obtenir au bout d'une dizaine de jours au plus.

Puisqu'il n'existe pas de petits moyens lorsqu'il s'agit de venir en aide à ceux qui souffrent, j'ai cru devoir signaler les bienfaits d'un morceau d'amadou enflammé, sans prétendre avoir été le premier à le divulguer.

Le D^r Dannoise indique un procédé encore plus rapide : il lui a été enseigné par son vieux maître, le D^r Duclos (de Tours), qui le tenait lui-même de Bretonneau.

Tous les matins, tamponner les hémorroïdes douloureuses avec de l'eau alcoolisée *aussi chaude* que possible (un verre d'alcool à 90° pour 1 litre d'eau). Aucune hémorroïde ne résistera à ce moyen; si la douleur est très vive, on répète plusieurs fois par jour ce petit manège.

On peut remplacer l'alcool par de l'eau de Cologne, de l'eau-de-vie camphrée, du rhum dans les mêmes proportions.

VARIÉTÉS

LES MARIAGES D'EPILEPTIQUES

La manie de la réglementation hygiénique et sanitaire asservira fatalement le peuple français à ce que j'appellerai la *Médecine d'Etat*. Le Docteur Lutaud l'a démontré ici même, avec sa verve coutumière, dans un récent article sur les dangers de la *tuberculophobie*. Pour peu que cette nouvelle Terreur continue à sévir, le tuberculeux se verra retranché de la société, comme l'était le lépreux au moyen âge. Le xx^e siècle aura ses *tuberculoseries* comme le xv^e avait ses *léproseries*.

La rage du fonctionnarisme aidant, le système de préservation ou d'élimination prévaudra dans tous les cas de maladies réputées contagieuses; et l'Etat en confiera l'application d'office à des inspecteurs qui viendront contrôler à domicile le diagnostic et le traitement du médecin de la famille. Nous ne serons plus chez nous. ce sera l'inquisition obligatoire de l'hygiène publique.

Est-ce donc là l'idéal du régime sanitaire ? Non certes, mais bien plutôt une conception étroite et abusive de l'omnipotence administrative qui relève surtout des errements de l'ancien régime : car autrefois l'Etat s'arrogeait le droit, dans l'intérêt général — il le prétendait du moins — de se prononcer souverainement sur toutes les questions qui intéressaient la santé publique.

Les papiers des Joly de Fleury — une dynastie célèbre de procureurs généraux au xviii^e siècle — nous fournissent un exemple caractéristique de cette ingérence de l'administration en des matières qui échappent à sa compétence.

Si l'on veut bien se rappeler qu'au bon vieux temps les curés ou desservants de paroisses avaient seuls qualité pour tenir les registres de l'état civil, on ne s'étonnera pas qu'un prêtre de province ait pu écrire la lettre suivante à Joly de Fleury, procureur général auprès du Parlement :

« MONSEIGNEUR,

« Je me vois forcé de marier deux personnes majeures, gens pauvres, atteints d'épilepsie, le garçon et la fille. Dans ma paroisse, qui n'est que de cinq cents communicants, on en compte jusqu'à douze affligés de ce mal, ou qui l'ont été de fraîche mémoire. Il est triste pour moi de voir se perpétuer des malheureux de cette espèce; et si on les laisse se marier, le nombre en deviendra prodigieux. La famille du garçon s'oppose, mais inutilement, au mariage.

« Je vous supplie, Monseigneur, de prescrire ce que j'ai à faire dans cette circonstance. Il y a déjà une publication. La chose

presse. Si vous daignez m'honorer d'une réponse, mon adresse est à M. Antin, docteur en médecine, à Mayenne, pour faire tenir au curé de Châlon.

« Je suis, avec le respect, etc.

« ANTIN, curé de Châlon.

« A Châlon, le 10 mai 1780 (entre Laval et Mayenne). »

Il est vraisemblable qu'avant de s'adresser au magistrat, le curé Antin dut demander conseil à son parent, le médecin de Mayenne. Celui-ci ne put que se dérober et inviter l'ecclésiastique à se pourvoir ailleurs. Le régime autocratique sous lequel vivait alors la France, n'eût jamais toléré que l'autorité médicale, subordonnée, à cette époque, aux décisions de l'Eglise, se prononçât exclusivement sur une telle question.

Le procureur général répondit en ces termes au curé Antin :

« J'ai reçu, Monsieur, votre lettre du 18 de ce mois, par laquelle vous me marquez qu'un garçon et une fille, tous deux majeurs, sont sur le point de se marier, que l'un et l'autre sont atteints d'épilepsie, que la famille du garçon s'oppose au mariage, qu'il y a déjà un ban public; et vous me demandez ce que vous devez faire dans une pareille circonstance.

« Lorsque l'épilepsie est antérieure au mariage, cette maladie, si elle est constatée par des enquêtes et par le rapport des médecins et des chirurgiens, devient un empêchement dirimant, attendu qu'il importe à la société qu'une pareille maladie ne se perpétue point. D'ailleurs, il se peut arriver que le garçon ou la fille soit guéri de cette maladie, et que l'autre en reste toujours atteint; et on ne doit pas souffrir que le lit nuptial devienne un objet d'horreur, d'effroi et de saisissement pour celui qui aurait l'avantage de guérir.

« Il est de principe que, quand l'un des époux tombe dans une maladie contagieuse, il y a lieu à la séparation forcée. L'épilepsie est une maladie contagieuse qui donne lieu à celui qui n'en est pas atteint, de se séparer; et il pourrait arriver que si l'un des deux conjoints était atteint de cette maladie immédiatement après la bénédiction nuptiale et avant que le mariage eût été consommé, on prononçât la dissolution du mariage.

« Ainsi, il ne paraît pas que vous puissiez, par quant à présent, procéder à la célébration du mariage. Vous devez faire part de ma lettre à mon substitut au siège royal où ressortit votre paroisse, afin qu'il convoque à sa requête l'assemblée des parents, voisins et amis du garçon et de la fille, à l'effet de recevoir leur déclaration sur le genre de la maladie du garçon et de la fille, dont sera dressé procès-verbal par le juge et pour que le garçon et la fille soient vus et visités par médecin et chirurgien qui seront nommés d'office, lors des attaques de la maladie, à l'effet de constater le genre du mal et si c'est l'épilepsie ou mal caduc, dont sera dressé procès-

verbal du rapport par lesdits médecins et chirurgiens et si du procès-verbal de l'assemblée des parents, voisins et amis et du rapport des médecins et chirurgiens il résulte que le garçon et la fille, ou l'un des deux, sont atteints d'épilepsie, vous ne devez pas passer outre à la célébration du mariage, parce qu'une maladie contagieuse, donnant lieu à une séparation de corps forcée est un motif pour ne pas unir par mariage des personnes qui sont atteintes d'une telle maladie.

« Je suis, Monsieur, etc.

JOLY DE FLEURY. »

Cette consultation juridique, qui conclut à l'interdiction du mariage ou à la séparation des époux en cas de maladie contagieuse, appelle quelques réflexions. Elle fait état, bien entendu, de l'expertise médicale; mais cet élément d'enquête ne lui suffit pas. Elle se détermine surtout d'après des considérations d'intérêt général; elle est même empreinte d'une certaine sentimentalité qui trahit l'influence, alors si pénétrante, de l'esprit philosophique; mais elle n'en invoque pas moins le droit supérieur de la société — qu'il s'appelle raison d'Etat ou salut public, peu importe — pour intervenir dans la vie privée de l'individu.

Cette thèse était défendable sous une monarchie absolue. Mais aurait-elle force de loi aujourd'hui ? Et il ferait beau voir un jugement de tribunal s'opposant à la célébration d'un mariage, parce que les intéressés seraient tous deux épileptiques.

Il nous serait cependant réservé d'assister à de pareils spectacles, en ce siècle de liberté, de progrès et de lumière, si les pouvoirs civils se mettaient à la remorque de certaine école qui veut tout régenter au nom de l'hygiène publique. Ce n'est pas que nous ne soyons des premiers à recommander et à encourager les mesures de prophylaxie indispensables à notre organisme social; mais encore faut-il qu'elles soient compatibles avec le respect dû à la liberté individuelle. Autrement, c'est la porte ouverte à l'arbitraire et à la tyrannie. Les Joly de Fleury seraient remplacés par MM. X..., Y..., Z..., princes de la science officielle, absolutiste et intransigeante. Si les générations futures étaient condamnées à passer, dans tous les actes de leur vie, sous ces Fourches Caudines, le certificat de santé, exigé par certain auteur dramatique pour la célébration des mariages, deviendrait lui-même insuffisant. Les fiancés de l'avenir seraient astreints au cérémonial en honneur dans les Compagnies d'assurances sur la vie. Un médecin-inspecteur, émargeant au budget, viendrait ausculter et scruter les « futurs »; et ceux-ci ne seraient « conjoints », qu'autant que le personnage officiel leur aurait délivré le « bon pour mariage ».

Rien ne favoriserait plus rapidement l'avènement des « unions libres » que cette application logique de la *Médecine d'Etat*.

Paul d'ESTRÉE.

LA DEPOPULATION

Donc va tinter une fois de plus la cloche d'alarme: aux oreilles penaudes — ou dures — des ménages stériles et des célibataires sans entrailles; aux oreilles fièrement redressées, encore, des bons citoyens qui alignent un crescendo de rejets!

Que l'Esprit-Saint, spécialement indiqué pour intervenir en pareille matière, descende et féconde — tout d'abord — ces cerveaux extra-parlementaires, et que nous apprenions d'eux comment conjurer le mal et bien nous y prendre!

Dépopulation! mot d'épouvante et d'angoisse qui fait songer à quelques steppes sans âmes, à des sables sans êtres qui vivent, à des mondes déserts ou ensevelis!... Dépopulation n'est heureusement pas encore le mot qui convient à l'état de notre belle France. Tant s'en faut, car, si l'on use de ce terme faute d'un autre aussi frappant et aisé, mais plus exact et adéquat à la situation, il n'en est pas moins vrai que le nombre de nos citoyens — à la mamelle ou électeurs — s'accroît encore; en moindre proportion seulement qu'aux temps passés, moins aussi qu'il ne se fait chez les peuples voisins et surtout les peuples lointains et barbares: en quoi est le mal et d'où vient l'inquiétude politique et patriotique?

Aux autres nations, les Français, et les Parisiens à leur tête, donnent l'exemple et la mode: si cela peut nous être une consolation, sachons qu'en dépopulation encore nous serons imités. Nous le sommes déjà. La perfide — et toute intellectuelle — semence, nous l'avons à peine semée qu'elle germe, — chez les Germains mêmes, race prolifique: leurs statistiques aussi accusent une décroissance de la natalité.

L'égoïste calcul, la théorie, la mode feront le tour du monde: et, disons-le tout de suite, eux seuls sont en cause. Si le coq gaulois et les autres volatiles symboles des nations ne chantent plus que d'une voix blanche, — s'ils laissent le prestige des innombrables neveux aux simples et simiesques Jaunes et aux Nègres candides — si j'ose dire, l'habit ne faisant pas le moine, — c'est que tel est leur bon plaisir!

Il est donc bien moins besoin d'injections de Brown-Sequard ou autres à notre sang toujours vigouret, que des principes moraux à notre égoïsme. Extra-parlementaires, frappez là! Brandissez les foudres de l'impôt sur le célibataire, dégrevez progressivement le papa prolifique et promettez-lui, même, non plus celles du martyr mais les académiques palmes!

De bonne besogne vous aurez fait, certes, en adoucissant les charges des familles nombreuses. Quant au reste, essayez toujours, soyez éloquentes et, sénateurs! donnez-nous un miraculeux exemple.

Si vous clamez dans le désert, pourtant, je n'en serais pas très par l'opinion, se décidant à ouvrir une enquête et nommer une commission.

surpris. Parce que le... j'menfoutiste se... j'menf... de votre morale patriotique comme de toute autre; parce que le triste misanthrope vous répondra sans conteste que la vie est mauvaise et qu'il n'est point si bien prouvé que l'existence soit un charmant cadeau à faire à un enfant: parce que l'économiste avisé vous demandera d'abord de faire un peu de place à ces nouveaux petits Français sur notre France où gagner son pain devient de plus en plus un problème, où l'on parle de toute part d'encombrement, dans ce siècle où une machine remplace cent bras, où l'on vous offre comme salut et comme avenir: l'expatriation!...

Extra-parlementaires, soyez extra-persuasifs! Mais si votre commission restait stérile, je m'en consolerais de par l'œuvre de collègues à vous, dont peut-être vous ne soupçonnez pas l'aide, travaillant avec vous contre la dépopulation, et de bonne manière. Ces auxillaires, ne vous déplaît, ce sont les médecins!

Ceux-là sans doute ne font pas des enfants à peupler des continents nouveaux! Mais s'ils donnent, je pense, la vie avec parcimonie, ils empêchent ceux qui vivent de retourner trop vite dans l'autre monde. Et, pour le dire sans ambages, messieurs du Sénat, ils vous font, ils font à tous l'existence plus longue!

Vous avez bien lu! Cet éloge de la médecine si dénigrée, si moquée, n'est pas un lapsus, une coquille. La vérité est que, parallèlement aux progrès de l'art de guérir et, plus encore, de prévenir le mal, à quoi s'efforce l'hygiène, parallèlement augmente la durée de l'existence humaine: pour ne pas remonter au déluge, sachez qu'au commencement du siècle dernier la vie moyenne était de 29 ans. En 1850, elle fut de 36 1/2; en 1900, de 40 passés!

Et ce n'est pas, j'imagine, que la lutte pour la vie soit devenue plus facile, que vos aliments soient moins sophistiqués, ni que la manie des apéritifs tende à disparaître!

La vérité est que des lois de protection entourent la première enfance et diminuent de façon notoire ce triste chapitre de la mortalité humaine.

C'est que s'organise la lutte effective contre les contagions, contre le fléau qui décime: la tuberculose... C'est la prévention des épidémies. C'est la leçon journalière du médecin moderne qui, dans son ordonnance, inscrit quelque courte formule pharmaceutique et trois pages de régime!

Ce qui est fait n'est rien, certes, à côté de ce qui reste à faire. Mais des ligues sans nombre — officielles ou non — se dressent contre l'ignorance et pour la santé publique. Des révolutions — la vie du collégien, du pensionnaire! — s'imposent. Elles sont à l'ordre du jour.

Cette façon de lutter contre la dépopulation, outre qu'elle me paraît plus efficace, a toutes mes sympathies. Je souhaite d'ailleurs la meilleure réussite à la commission extra-parlementaire et notamment qu'elle convainque les jeunes époux qui limitent à l'avance le nombre de leurs rejetons à 4, 3, 2, ou zéro!

Je souhaite aux moralistes et prédicants d'être écoutés: je me permets seulement de leur rappeler qu'ils n'aient point trop à invoquer la corruption populaire; Malthus a ses disciples surtout dans le meilleur monde!

Ainsi le démontrent les statistiques. Plus un héritage est fort, moins il y a de progéniture à le partager. Plus la contribution personnelle-mobilière est élevée, moins il y a d'enfants dans un ménage.

L'almanach de Gotha nous indique pour une famille de la vraie noblesse française, 2 enfants 3/10!

La comparaison des quartiers de Paris enseigne tout net que si l'on trouve 41 naissances pour 1,000 habitants dans certains faubourgs où l'on ne fréquente guère la messe ni le prêche, c'est *seulement* 19 pour 1,000 que nous donne, dans le VI^e, le VII^e, le VIII^e, le milieu riche et pratiquant...

Adonc, esprits moraux de la société et des classes dirigeantes, journaux religieux et bien pensants qui vitupérez les pratiques scélérates et l'immoralité du Siècle, regardez-vous et ne vous oubliez pas dans vos prières!

Et si vous ne préférez le silence de Conrard, attendez-vous à vous entendre répondre, tout comme à Fontenoy, messieurs de l'aristocratie: «Tirez les premiers!»

D^r CLERC, de Nice.

LES ABOLITIONNISTES

Le 6 juin dernier, la branche française de la Fédération abolitionniste internationale tenait, sous la présidence de M. Yves Guyot, son assemblée générale, à laquelle les récents événements donnaient une saveur d'actualité très particulière.

Dans la salle de la rue Cadet, des hommes appartenant aux partis politiques les plus opposés étaient venus entendre les orateurs. Beaucoup de femmes également, venues là très simplement et sans malsaine curiosité, dans le but seul de protester contre ce qu'elles envisagent comme un outrage à la féminité tout entière.

Dans un bref historique de la fédération, M. Yves Guyot rappelle quels en furent, en France, les fondateurs.

Quelques-uns de ceux-là sont encore près de lui, les autres ont disparu, remplacés par des forces jeunes et prêtes à l'action.

Avec une documentation aussi exacte qu'éloquente, il montre l'illégalité, l'inutilité et la nuisance du système. Il retrouve, pour flétrir les procédés de la police, la verve qu'eut autrefois le « Vieux petit employé ».

Après lui, Mme Avril de Sainte-Croix, secrétaire générale, présente un rapport sur les travaux de la fédération pendant le dernier exercice. Elle montre les pouvoirs publics d'abord sourds aux protestations des abolitionnistes, mais poussés enfin à l'action

Elle montre également les grandes associations ouvrières et autres s'intéressant à la question, comprenant qu'il est impossible de ne pas s'associer à ceux qui veulent la destruction d'une institution qui est une honte pour la République.

Elle remercie également les journaux qui ont, en ouvrant une enquête, beaucoup fait pour éclairer l'opinion.

Le docteur Queyrat, médecin à l'hôpital Ricord — et un des trois signataires, avec les professeurs Gaucher et Landouzy, de la motion demandant à Bruxelles, au congrès médical, le retour au droit commun pour la prostitution — est également très écouté et très applaudi lorsqu'il démontre l'inutilité des mesures vexatoires et illégales de la réglementation.

M. Charles Wagner, dit que nous devons respecter les sources de la vie, et ne pas donner à la jeunesse le spectacle démoralisant d'un Etat déclarant la nécessité d'une « pourriture officielle. La réglementation de la prostitution est la pustule qui nous montre que quelque chose est pourri dans le corps social ».

Après quelques mots de M. de Meuron, délégué du comité central de la Fédération, M. Francis de Pressensé, député socialiste du Rhône, apporte à la cause abolitionniste l'appui de sa parole autorisée. Il regrette que, jusqu'à ce jour, le parti socialiste ne se soit pas assez préoccupé de l'injustice qu'est la réglementation.

Mieux que personne, les ouvriers doivent savoir que l'état économique actuel est le grand facteur de démoralisation et de prostitution et que la fille inscrite est le paria de notre époque, plus malheureuse que ne le furent, dans l'antiquité, les femmes vouées au culte de l'amour.

Sur l'estrade, à côté d'hommes connus, se trouvaient des dames, ainsi que de nombreux médecins.

MÉDICATIONS NOUVELLES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Le chloralamide comme hypnotique. — Produit d'addition du chloral et de la formamide; improprement appelé *chloralamide*, attendu que le chloral, qui est un aldéhyde, ne peut pas former d'amide; cristaux incolores; soluble dans 10 parties d'eau et 1 partie 1/2 d'alcool; saveur légèrement amère, mais non caustique; se dédouble vers 60 degrés; fond à 110 degrés; sans réaction sur le nitrate d'argent; non décomposé par les alcalis d'où il résulte qu'on doit éviter de l'ad-

ministrer dans des potions alcalines.

Thérapeutique: On considère le chloralamide comme pouvant remplacer le chloral en qualité d'hypnotique. Il n'exerce aucune action nocive sur le cœur et sur le rein. Son usage ne détermine aucune accoutumance.

Pharmacologie et posologie: Administrée soit sous forme de poudre, soit en solution vineuse, soit en potion, à la dose de 2 à 3 grammes, prise le soir en une seule fois, à l'heure du sommeil.

Le Rétinol comme balsamique.

— Ce corps désigné quelquefois sous le nom de *Résinol*, est un hydrocarbure liquide résultant de la distillation sèche de la colophane; il se forme en même temps d'autres hydrocarbures (rétinyle, rétinaphte et métaphthaline).

Il se présente sous la forme d'un liquide brun ou jaune de consistance grasse; légèrement amer; réaction faiblement acide due à des traces d'acide pinique. Ce corps dissout un grand nombre de substances actives (huile de cade, salol et naphтол camphrés, baume du Pérou, etc.).

Employé en Amérique, en capsules, pour le traitement de la gonorrhée; usité aussi pour le pansement des brûlures. Il jouit des propriétés antiseptiques des autres balsamiques.

On le préconise contre la vaginite à divers degrés; introduit à l'état pur dans le vagin, il recouvre la surface d'un enduit antiseptique; on se sert de tampons imprégnés de cette substance. Ces tampons sont bien tolérés et ne déterminent ni irritation, ni douleur;

On peut encore confectionner, avec le rétinol, des ovules vaginaux, qu'on prépare en mélangeant ce corps à saturation avec de la colophane; ces ovules peuvent être additionnés de tan ou de borate de soude.

Traitement des syphilitides par la chaleur. — Le Dr Kalachnikoff a traité par la chaleur plusieurs individus atteints de syphilitides et d'ulcérations syphilitiques de la peau.

La résorption des syphilitides et la cicatrisation des ulcérations s'effectuent dans des temps variant de 5 à 20 jours.

Des observations recueillies, l'auteur tire les conclusions suivantes :

La chaleur est un puissant agent local favorisant la résorption des syphilitides de la peau.

Le temps nécessaire pour la réception varie suivant les aptitudes spéciales des malades.

Les syphilitides peuvent réparer sur les régions traitées par la chaleur, mais à un degré très modéré, relativement aux régions non traitées.

Le glutinopeptonate de sublimé contre la syphilis. — (Chlorhydrate de peptonate double de gélatine et de sublimé). — Cette substance se présente sous la forme d'une poudre blanche soluble, se conservant bien. Huffer l'a employée pour la médi-

cation hypodermique dans les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis. Il a fait plus de 1,300 injections; les résultats obtenus sont très bons.

On n'a observé que 8 cas de récédive. Et encore ces récédives ne sont survenues que chez des sujets qui n'ont eu que peu de glutinopeptonate injecté (de 10 à 12, au lieu de la moyenne de 20 seringues), ou qui ne se sont pas traités régulièrement. En tout cas il faut continuer les injections au moins pendant quatre semaines pour se mettre à l'abri des récédives.

Les injections sont faites avec la solution suivante :

Chlorhydrate de glutinopeptonate sublimé (à 25 % de sublimé)
solide 4 grammes.
Eau distillée (ou de fontaine;
q. s. p. f. 100 cent. c.

M. D. — Filtrez (en cas de besoin); — chaque seringue de Pravaz contient 0 gr. 01 de sublimé.

S. — A injecter une seringue par jour.

Les injections sont très peu douloureuses; dans la plupart des cas, elles sont même absolument indolores. On n'a jamais observé d'abcès à la suite de ces injections; huit malades seulement ont présenté une légère infiltration au lieu d'injection.

Les manifestations spécifiques (surtout les plaques muqueuses) disparaissent en peu de temps.

L'acide salicylique comme tœnifuge. — Olezowski a employé l'acide salicylique comme tœnifuge, et avec succès :

La veille, suppression du repas de midi. Le soir, le sujet absorbe 30 grammes d'huile de ricin, et, le lendemain matin, 15 grammes. Une heure après, on lui fait prendre 1 gramme d'acide salicylique, puis d'heure en heure, trois autres grammes (un gramme par prise), c'est-à-dire en tout 4 grammes. Si une heure après la dernière prise d'acide salicylique, le sujet n'a pas rendu son ver solitaire, on lui fait absorber une nouvelle dose de 15 grammes d'huile de ricin. Il est rare que le tœnia ne soit pas expulsé à la suite.

De l'emploi du chloral comme hypnotique chez les cardiaques. — Pour vérifier l'action hypnotique du chloral hydraté chez les cardiaques, rejeté par les uns comme dangereux et recommandé par d'autres qui n'ont eu qu'à s'en louer, N.-A. Vérechtchaguine a prescrit à 21 malades (7 insuffi-

sances mitrales, 11 insuffisances aortiques, 1 rétrécissement aortique et 2 rétrécissements mitraux) le chloral hydraté, à prendre, pendant plusieurs jours consécutifs, à la dose de 1 gr. 85-2 grammes par jour; les malades recevaient en même temps des toniques cardiaques — digitale et adonis vernalis, — ce qui masquait un peu l'action propre du chloral. Pendant toute la durée de l'observation on nota chez les malades la température, le pouls, la respiration, la pression sanguine (sphygmomanomètre de *Basch*), la quantité de l'urine et le poids du corps.

Les résultats obtenus sont satisfaisants : à la dose de 1 gr. 20, 1 gr. 80, l'administration du chloral hydraté fut suivie d'un sommeil tranquille, sans que le cœur s'en ressentit défavorablement.

La stérilisation de l'eau salée et son emploi chirurgical. (TAVEL.) — La solution employée est la solution physiologique, à 7 pour 1,000, portée à l'ébullition pendant une heure. Les motifs qui ont fait adopter ce liquide sont les suivants : d'abord, les solutions salées ont un pouvoir antiseptique positif; puis l'adjonction de sel à l'eau élève son point d'ébullition, ce qui a de l'importance en vue de la stérilisation; en outre, l'eau salée dissout plus facilement le sublimé que l'eau ordinaire; les mains des chirurgiens sont ainsi mises à l'abri des altérations qui résultent habituellement de l'emploi prolongé et répété des solutions antiseptiques. Enfin, tandis que l'eau irrite les tissus et nuit à leurs propriétés physiologiques, l'eau salée, en diluant les sucs de l'organisme, ne leur enlève pas leurs propriétés bactéricides, et ne nuit en aucune façon à la faculté de résorption de certains organes tels que le péritoine.

Pilocarpine contre l'éclampsie post-parturiente. — Il y a déjà plusieurs années, M. Strisover rapporta 6 cas d'éclampsie post-parturiente traités avec succès par des injections sous-cutanées de pilocarpine. Le même a traité avec succès quatre nouveaux cas d'éclampsie. Il se sert de la solution suivante :

Chlorhydrate de pilocarp. 0 gr. 06
Eau distillée..... 30 gr.

M. S. — A injecter une seringue de Pravaz à chaque accès d'éclampsie jusqu'à disparition du myosis : tout le temps que persiste le rétrécissement des pupilles, on ne peut

se croire à l'abri d'un nouvel accès. L'affaiblissement de l'énergie cardiaque ne contre-indique pas l'emploi de la pilocarpine.

Tratamiento des úlceres (BEDFORD BROWN). — L'auteur recommande pour le traitement des úlceres et des plaies gangréneuses, les applications d'ouate imbibée de la solution suivante :

Sulfate de zinc..... 3 gram. 75
Eau distillée..... 600 —
Acide sulfurique dilué 15 —

La ouate doit être changée toutes les 3 heures. La première application de ce pansement sera précédée d'un lavage des parties affectées à l'eau chaude (43°,3 C.). Cette solution est douée de propriétés antiseptiques et fait rapidement disparaître la fétidité.

L'huile grise dans le traitement de la syphilis. — On désigne, sous le nom d'*huile grise*, une préparation mercurielle dans laquelle le mercure est à l'état de division parfaite et tenu en suspension dans un corps gras liquide.

Préconisée par Lang (de Vienne) en 1887, elle a bientôt rallié comme partisans : NEISSER, BROUSSE et GAY, JULLIEN, BALZER, BARTHÉLEMY, THIBERGE, etc., qui, successivement, ont modifié la première formule indiquée par Lang. Nous n'insisterons pas sur les anciennes formules. La plupart des Syphiligraphes se servent aujourd'hui de l'*huile grise stérilisée*, préparée par CHARLARD-VIGIER et titrée à 40 % de mercure.

L'huile grise de Vigier à 40 % est livrée de préférence en petits flacons stérilisés d'environ 2 cent. cubes et de 4 cent. cubes; un centimètre cube correspond à 0 gr. 50 centigrammes de mercure, et une division de la seringue de Pravaz à 0 gr. 025 milligrammes. Mais, pour avoir un *dosage exact*, on ne saurait trop engager les médecins à se servir de la *seringue spéciale du Dr Barthélemy*. Cette petite seringue est divisée en 15 divisions. Chaque division correspond exactement à 1 centigramme de mercure métallique, qui est, pour l'adulte, la *dose quotidienne minima*. — L'aiguille, en platine iridié, a 5 centimètres de longueur. Pour les personnes grasses, il faut préférer celle de 7 centimètres, afin que l'injection soit bien faite en plein muscle.

On chauffe légèrement le flacon, pour liquéfier l'huile grise qui doit être *concrète*, et on agite. — On

flambe l'aiguille, on charge la seringue stérilisée (par la suite la seringue étant consacrée spécialement à ce genre d'injections, il est inutile de stériliser le corps de la seringue, qui reste aseptique, le mercure étant lui-même un antiseptique puissant), et après nettoyage soigneux de la peau, par le savonnage ou bien au moyen de l'eau au sublimé, de l'alcool pur et de l'éther, on enfonce, d'un coup brusque, l'aiguille, presque perpendiculairement, en plein muscle, à une profondeur moyenne de 5 centimètres; s'il ne sort pas de sang, on adapte la seringue chargée et on pousse lentement l'huile, de façon que toute la dose reste bien au sein des tissus et qu'il ne s'en glisse pas, même une goutte, dans le trajet de l'aiguille, car toutes les nodosités sont dues à la présence de l'huile en dehors des masses musculaires. Cela fait, on retire l'aiguille d'un mouvement rapide, et, après avoir rompu le parallélisme, on place, sur l'orifice de la piqûre, une rondelle d'emplâtre ou épithème borbiqué de Vigier.

Les injections doivent se faire dans la région fessière :

1° De préférence au *Point de Barthélemy*, situé sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'extrémité supérieure du pli inter-fessier, et qui répond à peu près exactement au bord externe du muscle *grand fessier*. — Cette zone a la forme d'un croissant dessiné par la saillie de ce muscle, et dans ce disque et croissant on peut facilement juxtaposer les trois piqûres alternatives qui constituent, pour chaque fesse, la série moyenne, c'est-à-dire 6 injections.

2° Au *point de Galliot*, situé à l'intersection d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter et d'une ligne perpendiculaire qui est parallèle au pli inter-fessier et passe à deux travers de doigt en dehors de lui.

3° Au *point de Smirnoff* — à un travers de doigt en arrière de la partie supérieure du grand trochanter (*région rétro-trochantérienne*).

4° Au *point de Fournier*, qui correspond au 1/3 supérieur de la fesse.

Il ne faut jamais piquer en pleine fesse, qui constitue la zone dange-reuse des nerfs et des gros vaisseaux à éviter, ni dans la partie inférieure de la fesse.

Les doses à injecter. — Elles sont forcément variables, selon les cas, le sujet, le poids, les périodes et les accidents. — Pratiquement, elles doivent être faites par séries de 6, espacées de 8 jours. Après 6 semaines de traitement, on accordera 6 semaines de repos au malade.

La dose moyenne de chaque injection est, pour l'homme adulte, tous les huit jours, 8 centigrammes de mercure métallique, ou 8 divisions de la seringue Barthélemy. (La dose double, comprenant la totalité de la seringue, a été faite sans inconvénient, chez l'homme adulte doué de bons reins et d'un bon foie, dans les cas graves ou l'hémiplégie, par exemple, était menaçante). — *Pour la femme, 6 à 7 centigrammes.* — *Pour l'enfant, au-dessous de 3 ans, 1 centigramme.*

Pendant la *première année*, on traitera 8 mois sur 12; six mois sur 12 pendant la *seconde*, et 4 mois sur 12 pendant les *troisième et quatrième années*. — Les années suivantes, de temps en temps, selon les accidents et les indications, en moyenne une année sur quatre.

Dans le cours de certaines grossesses, il peut être utile de pratiquer, dès le début de la gestation, une piqûre de 77 centigrammes tous les mois, à condition qu'il n'y ait pas d'albumine.

Faites dans ces conditions, les injections d'huile grise sont toujours parfaitement supportées. La douleur est nulle; la piqûre de l'aiguille est insignifiante, si on a le soin de l'enfoncer d'un coup brusque. La douleur consécutive n'existe pas, avantage inappréciable, si l'on songe aux douleurs provoquées par les autres sels mercuriels insolubles, en particulier par le calomel. Quelques malades accusent simplement un peu d'engourdissement de la jambe pendant 24 à 48 heures. En tout cas, aucun n'est jamais obligé d'interrompre ses occupations.

FORMULAIRE

Traitement médical des fibromes.

Aux femmes atteintes de fibromes utérins, on fait prendre, le matin, à jeun, 50 centigrammes de poudre de sabiné, en une seule fois, et cela pendant plusieurs années, en suspendant l'usage du remède pendant trois semaines tous les deux mois. — Séjour au lit, pendant toute la durée des règles. — Sous l'influence de ce traitement, les douleurs cessent; le corps fibreux diminue; les besoins d'uriner s'éloignent; la constipation disparaît et les menstrues s'établissent régulièrement. — Pendant la belle saison, cure de six semaines à deux mois de durée, aux eaux thermales chlorurées, telles que Salins et Salies-de-Béarn.

Contre la pigmentation des femmes enceintes.

Beurre de cacao.....	} àà 75 gr.
Huile de ricin.....	
Oxyde de zinc pur.....	0 gr. 30.
Oxyde mercuriq. jaune....	0 gr. 15.
Essence de rose.....	goutte.

M. D. S. — A frictionner deux fois par jour, les parties du corps affectées.

Contre la coqueluche.

(BÉALL.)

Thymol.....	1 gr. 20
Acide phénique.....	15 gr.
Essence de sassafras.....	} àà gr. 50
— d'eucalyptus....	
Goudron liquide.....	
Essence de térébenthine.....	
Ether.....	3 gr. 75
Alcool.....q. s. p. f.	90 gr.

M. D. S. — Verser 30 gouttes environ sur un mouchoir que vous mettrez autour du cou de l'enfant; renouveler l'application toutes les deux ou trois heures.

Dans les cas graves, remplacer les inhalations par l'administration à l'intérieur de la potion suivante :

Acide phénique.....	0 gr. 20
Bromure de sodium.....	3 gram.
Teinture de belladone....	20 goutt.
Glycérine.....	10 gram.
Eau distillée....q. s. p. f.	60 gram.

M. D. S. A donner, toutes les deux à trois heures, une cuillerée à café (enfants de trois à quatre ans).

Contre le coryza des enfants.

(ATKINSON).

Chlorhydrate d'ammoniac.....	4 gr.
Sirop de scille.....	} àà 10 gr.
Sirop d'ipéca.....	
Teinture d'opium camphrée.....	2 gr.
Sirop de tolu.....q. s. p. f.	120 gr.

M. D. S. — A prendre, par cuillerée à soupe, toutes les trois heures.

Suppositoires contre la dysménorrhée.

(LUTAUD).

Phénacétine.....	0 gr. 20
Extrait de chanvre indien.....	0 gr. 015
Extrait de belladone.....	0 gr. 015
Beurre de cacao.....	5 grammes.

Pour un suppositoire en introduire un tous les soirs, à partir du cinquième jour avant les règles.

Contre les coliques menstruelles.

Acétate d'ammoniac.....	6 grammes.
Infusion de fleurs de sureau et coquelicots.....	120 —
Eau de fleurs d'orange.....	14 grammes.
Sirop de morphine.....	20 —

Mélez. — 2 à 4 cuillerées par heure, contre les coliques qui précèdent ou accompagnent l'écoulement des règles.

OBSIÉTRIQUE

L'OBSTÉTRIQUE NOUVELLE

Dans un travail où il se propose de fixer les idées actuelles sur le mécanisme de l'accouchement normal, le Dr Démelin s'exprime ainsi : « Il est permis de se demander si l'on parviendra à s'entendre sur un vocabulaire unique pour tout le monde (1). »

Pourquoi se désespérer ? Le travail désiré n'est-il pas déjà très avancé à voir le soin que les maîtres accoucheurs apportent à conserver à chaque mot son acception propre, à chaque définition sa rigueur scientifique ? La tradition se perdrait-elle ? — pas une page du travail de l'auteur qui ne témoigne du contraire. En voici la preuve :

« L'analyse anatomique, écrit l'auteur (page 186), montre le pelvis obstétrical divisé en deux départements superposés ou plus exactement réunis comme les deux fragments d'un tuyau cylindrique soudés à angle droit, la circonférence de soudure étant oblique... »

Comme en termes précis ces choses-là sont dites !

Département! Combien l'accoucheur galant ajoutera-t-il à ses grâces en disant à sa chère parturiente : « Votre département inférieur s'agite trop, madame. » Ce terme vous a aussi un parfum administratif délicat. — *Tuyau*, un peu réaliste, rappelle la fumisterie, mais, « *tuyau cylindrique* dont deux fragments se soudent à angle droit, suivant une circonférence » est parfait de précision géométrique.

Le cylindre, nouveau siècle, a de l'allure; il renie sans façon son proche cousin, bien décrépît, dont parlait autrefois le géomètre Legendre : qu'un rectangle avait engendré en tournant autour d'un de ses côtés immobiles et qui, impuissant, avait reculé devant une conjonction à angle droit suivant une circonférence.

Autre surprise, page 191.

Avec Balandin, sectionnons un bassin suivant un plan passant par la dernière vertèbre sacrée et les deux épines sciatiques. «... « cette coupe montre quatre massifs osseux séparés par quatre régions de tissu mou. »... « or, cette coupe étant calquée et reportée sur une feuille de papier en grandeur naturelle, si l'on vient à inscrire entre les dessins des massifs osseux un ovoïde de papier transparent représentant exactement le décalque d'une circonférence... »

Cet ovoïde m'émeut; cet œuf, inscrit dans un quadrilatère et qui représente exactement le décalque d'une circonférence, est une révélation.

Une rédaction aussi soutenue dans cette élégante précision fait présumer de la valeur intrinsèque du travail dont il est temps de donner une brève analyse. Aborder cette tâche est une témérité.

(1) Archives de thérapeutique — 1^{er} mai 1908.

« La tête, écrit l'auteur (page 188), dont les grands diamètres antéro-postérieurs étaient d'abord en rapport avec les transverses du bassin, tourne pour faire descendre ces diamètres antéro-postérieurs dans un des diamètres obliques du bassin, le gauche le plus souvent. Pourquoi tourne-t-elle? Elle arrive en transverse au contact avec la face concave de l'axe antérieur pelvien. Elle offre à cette concavité une convexité de rayon plus grand; aussi touche-t-elle cet axe en deux points et non davantage, situés de chaque côté de la ligne médiane, tandis que, dans l'intervalle de ces deux points, il reste un *vide*, entre la tête et l'axe antérieur. Ces deux points de contact ne peuvent donner qu'un équilibre instable, et les surfaces sont glissantes; aussi, sous l'action de la puissance (utérine) et de la résistance (due à l'arc antérieur) cet équilibre est-il vite rompu; la tête tourne, nécessairement à la recherche d'un équilibre plus stable, obtenu lorsqu'elle occupe le diamètre oblique du bassin, par la raison qu'à ce moment l'adaptation se fait presque parfaite entre la concavité de l'arc antérieur et la convexité correspondante de la tête, adaptation de forme produisant alors une multiplicité de points de contact qui fixe l'équilibre (Fochier). »

Reprenons cet exposé.

La tête touche en deux points et non davantage l'arc antérieur pelvien et se trouve en équilibre instable, dites-vous. Mais la tête ne se réduit pas à cette portion antérieure; elle s'étend latéralement et aussi en arrière. Quels sont ses rapports avec les régions latérales et postérieure du canal pelvien? Et l'utérus, que devient-il? La tête peut être incluse dans la cavité utérine; elle peut avoir franchi l'orifice du col. Incluse dans la cavité utérine, elle est en contact avec la paroi utérine et non avec l'arc antérieur pelvien; le segment inférieur de la matrice soutient alors la tête fœtale et dans le sens exact du mot on ne peut pas dire que l'équilibre est instable.

Quand la tête a franchi l'orifice du col, elle est encore soumise à l'action de la matrice qui s'exerce sur le tronc de l'enfant. Mais, acceptons l'hypothèse de la tête en équilibre instable sur l'arc antérieur pelvien; si l'équilibre est rompu, un mouvement de rotation ne peut se produire que sous l'influence d'un couple. Quels sont les éléments de ce couple? Où sont les deux forces parallèles et de sens contraire qui agissent sur la tête fœtale pour amener sa rotation. Dire que la tête cherche à adapter sa convexité à la concavité de l'arc antérieur pelvien n'est pas une explication scientifique, la tête ne cherche rien; elle obéit à des forces qui la font progresser; qui lui impriment les mouvements nécessaires pour obtenir ce résultat.

Si elle s'*accommode*, comme disait le professeur Pajot, c'est qu'elle est sollicitée par des forces dont il faut expliquer l'action. La constatation d'un fait n'est pas son explication.

Il y a douze ans, nous avons donné, après une étude minutieu-

sement faite, une explication mathématique du mécanisme du mouvement de rotation de la tête, ou plus exactement de l'ovoïde fœtal. Dans les bulletins de la Société obstétricale et gynécologique de Paris on trouvera les objections qui furent formulées et les réponses à ces objections.

Pour nous, quand la tête est fléchie, le menton en rapport avec le sternum, la tête est immobilisée sur le tronc; elle ne peut pas tourner sans entraîner le tronc et réciproquement : tête et tronc forment bloc. Le grand mouvement de rotation interne n'est pas localisé à la tête fœtale, ne peut pas l'être. Pour arriver à bien comprendre son mécanisme et à l'expliquer, il convient de l'étudier dans son ensemble et pas uniquement dans un de ses effets. Il faut donc tenir compte des rapports de l'ovoïde fœtal avec les parois du canal à traverser et ne pas noter seulement ceux d'un des pôles de cet ovoïde.

A la fin de son travail, l'auteur propose une terminologie nouvelle, très ingénieuse. N'ayons garde de le distraire du *fregma* et du *Nasion*.

Marius REY.

CE QU'IL FAUT PRESCRIRE AU MOMENT D'UN ACCOUCHEMENT

Tout médecin appelé à faire ou à surveiller un accouchement, s'il ne veut pas être pris au dépourvu, doit *écrire* sur une ordonnance une liste des objets et substances nécessaires qu'il remettra à la garde ou aux parents de l'accouchée (*Presse médicale*, 6 septembre 1902).

Voici en outre les objets nécessaires :

- 1° *Bassin* plat ou mieux cuvette de bidet en faïence à fond plat;
- 2° *Injecteur* en métal émaillé pouvant se tenir à la main, s'accrocher au mur, se poser sur une table, d'une contenance de deux litres, avec deux *canules* en verre, droites, à bout olivaire, non percées à l'extrémité de l'olive, seulement sur les côtés, 1 m. 50 de tube caoutchouc;
- 3° *Deux toiles cirées* blanches très souples de 1 mètre sur 1 mètre pour garnir le lit;
- 4° *Bande de flanelle* de 1 m. 10 de long sur 0 m. 60 de large;
- 5° *Ouate* ordinaire non glacée, 500 grammes;
- 6° *Epingles anglaises* en acier, grand modèle, une boîte;
- 7° *Grand bain de pieds* ou petite baignoire pour le bébé;
- 8° *Cruchon* pour servir de boules-chaufferette;
- 9° *Petit pinceau de blaireau*;

10° Deux ou trois brosses à ongles en chiendent, neuves.

Reproduire sur chaque boîte ou fiole l'ordonnance la concernant.

Placer en évidence l'étiquette « poison » :

1° Bichlorure de mercure.....	12 grammes.
Acide tartrique finement pulvérisé	15 —
Solution alcoolisée concentrée de bleu de méthyle	1 cent. cube

Mêler la masse au mortier et diviser en 50 paquets, 1 paquet pour un litre d'eau tiède bouillie.

2° Permanganate de potasse en poudre. 15 grammes.

3° Poudre de salol..... 25 —

4° Poudre d'acide borique..... 300 —

En 15 paquets, 1 paquet pour un litre d'eau bouillie.

5° Paquets d'ouate hydrophile stérilisée
de 125 grammes.

5 à 6 paquets par jour.

6° Vaseline boriquée..... 40 grammes.

En deux pots distincts.

7° Farine de moutarde..... 500 grammes.

Dès le début des douleurs le médecin devra donner les ordres suivants :

1° Administrer à la malade un lavement d'eau tiède;

2° Donner une injection de sublimé;

3° Faire chauffer de l'eau jusqu'à ébullition en abondance, et la laisser refroidir dans un vase ébouillanté recouvert d'une serviette;

4° Préparer le feu dans la chambre et dans la chambre voisine;

5° Débarrasser la chambre de tous les objets encombrants et fragiles, et des tapis, y apporter une table pour disposer les médicaments, une ou deux cuvettes, un seau de toilette, les brosses à ongles et le savon, plusieurs brocs remplis d'eau bouillie froide et chaude, le bassin et l'injecteur;

6° Apporter à proximité un gros paquet de serviettes et de draps;

7° Préparer le lit avec les garnitures imperméables;

8° Natter très serrés les cheveux de la malade;

9° S'assurer du bon fonctionnement des lampes;

10° Préparer le berceau.

(Bulletin de thérapeutique, 30 avril 1903.)

GYNÉCOLOGIE

APPENDICITE ET OVARO-SALPINGITE

par R. PICHEVIN

Je ne veux pas envisager la question de l'appendicite et des ovaro-salpingites dans son ensemble. Aussi bien les relations qui existent entre l'appendice et les annexes de l'utérus ont-elles été déjà traitées à maintes reprises et d'une façon magistrale, au point de vue symptomatique. Vous connaissez tous les difficultés qui peuvent surgir dans la pratique, quand on est en présence d'une femme qui souffre dans le bas ventre, à droite, d'une façon plus particulière. Tantôt on est en présence d'une appendicite. Tantôt il s'agit d'une ovaro-salpingite. Dans d'autres cas, il existe en même temps une inflammation des trompes et des ovaires.

Les éléments principaux du diagnostic différentiel ont été souvent donnés. Il n'y a rien à y ajouter.

Je désire simplement vous exposer quelques cas que j'ai bien observés et qui peuvent jeter un peu de lumière sur la pathogénie de certaines annexites et de quelques ovaro-salpingites.

Il est tout d'abord un fait que l'observation journalière apprend et que les statistiques précisent, je veux parler de la fréquence moins grande de l'appendicite chez la femme. Sur 100 malades atteints d'une inflammation de l'appendice, on trouve 22 femmes et 78 hommes.

Dans cette question de fréquence de l'appendicite, la prédominance du sexe masculin ressort manifestement du simple examen des chiffres précédents.

Cependant, *a priori*, il ne devrait pas être ainsi. La femme est exposée comme l'homme, aux mêmes causes d'appendicite. De plus, ses annexes droites en rapport, comme il sera bientôt dit, avec l'appendice vermiculaire, peuvent propager l'inflammation des organes génitaux vers cet organe rudimentaire. Il semblerait donc que la femme dût être plus souvent atteinte d'appendicite que le sexe masculin. Or, il n'en est rien. C'est le contraire qui est exact. On verra que l'on a trouvé une ingénieuse mais peu exacte hypothèse pour expliquer ce fait en apparence paradoxal.

Au cours des laparotomies les opérateurs furent frappés de la coexistence des lésions appendiculaires et ovaro-salpingiennes. D'autre part, en 1892, Clado attira l'attention sur les liens qui unissent, selon lui, l'appendice aux annexes droites de l'utérus. Il écrivait dans sa communication à la Société de Biologie : « En relevant l'appendice iléo-cæcal, on peut voir qu'il se forme un repli péritonéal partant du méso-appendice pour se continuer avec le bord supérieur du ligament large. » Ce ligament serait constant chez la femme. En 1895, Durand confirmait cette donnée anatomique.

Clado décrivant les lymphatiques de l'appendice fait remarquer que ceux-ci suivent le méso-appendice et vont se jeter dans le ganglion appendiculaire. « En injectant ces lymphatiques, soit avec des matières colorantes, soit avec le mercure, deux fois j'ai pu constater une communication évidente avec les lymphatiques utéro-ovariens, c'est là un point fécond en déductions pathologiques... »

On remarquera que Clado n'a constaté ces anastomoses que deux fois. En 1897, je disais que de nouvelles recherches étaient nécessaires pour confirmer l'existence de ces lymphatiques.

D'un autre côté, on signalait la fréquence de la situation basse de l'appendice chez la femme (5 0/0 des cas Ferguson. Barnsby 32 0/0. Lafforgue 20 0/0). Cet organe vient se placer, dans un certain nombre de cas, dans le Douglas; parfois situé moins profondément il se met simplement en contact avec le ligament large droit.

Les relations celluluses, séreuses, vasculaires qui unissent l'appendice à l'ovaire et à la trompe du côté droit, les rapports de contiguïté des annexes utérines et de l'annexe intestinale expliquent, disent certains auteurs, le retentissement de l'inflammation appendiculaire aux trompes et aux ovaires et *vice versa*.

Treub eut une conception originale. Elle avait l'avantage de donner l'explication de la moindre fréquence de l'appendicite chez la femme, malgré les étroites relations anatomiques qui unissent l'appendice à l'ovaire et la trompe droites.

Ce gynécologue disait : Si la femme est relativement préservée des attaques venues du tube digestif et qui agissent sur l'appendice, c'est que les micro-organismes qui pénètrent dans ce dernier organe trouvent une voie de décharge toute ouverte. Ils suivent la voie lymphatique et passent du côté des organes génitaux internes par les lymphatiques qui font communiquer l'appendice avec ces organes génitaux internes. L'appendice serait ainsi garanti contre l'inflammation. Par contre, ajoutait Treub, les femmes auraient des paramétrites consécutives au transport dans le petit bassin des germes pathogènes contenus dans l'appendice.

Si cette théorie était vraie, et elle ne l'est pas, je m'empresse de le dire, les femmes qui ont subi l'ablation des annexes droites devraient être plus souvent exposées à l'appendicite que celles qui conservent l'intégrité de leurs organes génitaux. En coupant les voies de communication lymphatique entre l'appendice et les annexes du côté droit, on devrait déterminer une accumulation de microbes dans l'appendice et par le fait de la suppression de la décharge microbienne, donner lieu, dans un certain nombre de cas, à une inflammation annexielle.

Je n'ai observé qu'un cas d'appendicite chez une malade qui n'avait plus ses annexes utérines du côté droit. Je vous demande la permission d'exposer cette intéressante observation qui est un exemple très rare d'évacuation du pus appendiculaire par le vagin.

J'avais pratiqué par la voie vaginale l'ablation de l'utérus et des

annexes à une femme encore jeune. J'avais laissé dans la cavité pelvienne un ovaire qui m'avait paru sain. Cette opération qui remonte à 6 ou 7 ans avait donné un excellent résultat. Je n'avais plus entendu parler de la malade depuis longtemps, quand je reçus un mot d'un confrère qui me priait de me rendre près de mon ancienne cliente atteinte, m'écrivait-il, de troubles péritonéaux dont l'origine était du côté de l'ovaire. Le rendez-vous était fixé à trois ou quatre jours.

Quand je fus auprès de la malade, la situation m'apparut d'emblée très grave. L'aspect de la patiente, son amaigrissement, ses douleurs, l'élévation thermique très marquée, la fréquence de son pouls, les vomissements, sa langue sèche et rugueuse indiquaient le danger que courait cette femme atteinte depuis 10 ou 15 jours d'une crise aiguë. Le début des accidents avait eu l'instantanéité classique. Dans la fosse iliaque droite, empiétant sur le flanc droit et aussi sur la région hypogastrique, existait une énorme collection liquide qui soulevait la paroi abdominale.

Le toucher vaginal me fit constater l'existence d'un dôme très élevé, très tendu, formé par la paroi vaginale. La fluctuation était perçue à ce niveau quand on pratiquait le toucher bi-manuel, mais la collection ne bombait pas du côté vaginal. Les doigts avaient peine à atteindre la voute vaginale élargie et très haut située, maintenue probablement dans cette situation élevée par les anciennes adhérences consécutives à l'hystérectomie.

Le diagnostic n'était pas douteux. Il s'agissait d'une appendicite et non pas d'une inflammation annexielle. L'ovaire laissé seul en place ne pouvait pas avoir été silencieux pendant des années et rentrer subitement en scène avec cette violence et cette brusquerie. En outre, la collection était nettement abdominale.

J'avais vu la malade vers 6 heures du soir et je devais l'opérer le lendemain matin, quand dans la nuit elle perdit par le vagin plus d'un litre de pus d'une extrême fétilité.

Le pus fut évacué par le lieu de moindre résistance. La cicatrice vaginale fut la soupape de sûreté qui s'ouvrit spontanément et qui sauva peut-être cette malade d'une péritonite généralisée suraiguë.

Des dilatations vagino-abdominales n'assurèrent pas l'évacuation de la collection purulente. La nécessité s'imposait d'ouvrir la collection par la voie abdominale. Je constatai de nombreuses adhérences autour du cæcum et me contentai de l'évacuation, sans rechercher l'appendice. La malade guérit bien. Mais au bout d'un certain temps il se produit une fistulette abdominale qui pénétrait assez profondément dans le ventre.

Je dus pratiquer une seconde laparotomie pour aller à la recherche de l'appendice, cause de la persistance de la légère suppuration et du retour de quelques douleurs. L'opération démontra que c'était bien l'appendice qui était en jeu. La fistulette aboutissait à cet organe. Il n'y avait rien ailleurs.

Si je vous ai cité un peu longuement cette observation, c'est

qu'elle est un rare exemple d'évacuation d'une collection appendiculaire par la cicatrice vaginale consécutive à une hystérectomie.

C'est aussi pour insister sur ce fait que la suppression des annexes n'est pas une cause fréquente d'appendicite, comme on serait tenté de le croire si on adoptait la théorie de Treub. J'ajoute que les paramétrites d'origine intestinale, admises par cet auteur, sont plutôt rares.

Mais, pour renverser l'hypothèse de Treub, il est d'autres arguments plus décisifs.

Le ligament appendiculo-ovarien qui n'est, en somme, qu'une dépendance du ligament suspenseur de l'ovaire (His. Waldeyer), ce ligament se continue avec le mésosalpinx. Au niveau du détroit supérieur, le péritoine présente quelques replis peu importants, visibles chez le nouveau-né. A droite, Treitz a décrit le repli qui se rend sur le mésosalpinx sous le nom de *plica génito-enterica*. C'est le même repli décrit sous le nom d'appendiculo-pelvien. Mais ce ligament, d'après Rieffel, n'existerait pas chez la femme adulte. Ce résultat négatif confirme les travaux de Bérard, de Barnsby et de Souligoux, qui n'ont pas rencontré chez la femme ce pli péritonéal.

Quant aux anastomoses entre les lymphatiques de l'appendice et ceux des organes génitaux, ils n'existent pas. Les lymphatiques de l'appendice, comme les derniers travaux de Cunéo et de Marcille l'ont démontré, n'ont aucune communication avec ceux des ovaires, des trompes ou de l'utérus. Ils suivent des voies différentes et se rendent à des ganglions différents.

Il faut donc chercher ailleurs l'explication de la fréquence relative des adhérences de l'appendice aux annexes droites, comme on peut le constater au cours des laparotomies pour ovaro-salpingites.

I. — L'ovaro-salpingite peut simplement coïncider avec l'annexite et réciproquement, sans qu'il y ait nécessairement un rapport de cause à effet entre ces deux affections. Il n'est pas défendu à une femme atteinte d'une inflammation annexielle chronique, par exemple, d'être subitement atteinte d'une appendicite qui a pour cause les microbes ordinaires et les causes vulgaires de cette maladie.

Une femme atteinte d'appendicite depuis un temps plus ou moins long, peut avoir la blennorrhagie, une métrite gonococcique et une inflammation annexielle du côté droit.

J'ai eu l'occasion d'observer des faits de ce genre. Une malade qui avait un long passé pathologique du côté du gros intestin (colite muco-membraneuse, troubles dyspeptiques, corde colique), présentait nettement une appendicite à forme chronique. L'organe était gros et nettement douloureux au point de Marc Burnay. Mais je constatais en outre, du côté droit, une masse ovaro-salpingienne, séparée nettement de l'épaississement appendiculaire. Je conclusais

qu'il y avait en même temps une appendicite et une inflammation annexielle.

La laparotomie faite dans la position de Trendelenburg, fit reconnaître la coexistence des deux lésions et leur indépendance.

II. — Dans la majorité des cas, c'est l'annexite qui est le *primum movens*, c'est elle qui produit l'inflammation de l'appendice.

Point n'est besoin d'invoquer des communications lymphatiques spéciales entre l'appendice d'un côté et les trompes et les ovaires de l'autre. De même que l'inflammation tubo-ovarienne détermine des adhérences des trompes et des ovaires avec une frange épiploïque, avec l'épiploon lui-même ou l'intestin, de même la tubo-ovarite est susceptible de se propager à l'appendicite par contiguïté des tissus.

Il a été dit plus haut que dans un certain nombre de cas l'appendice se trouvait proche ou en contact immédiat avec les trompes et les ovaires. Cette éventualité permet de saisir la pathogénie de l'appendicite secondaire. L'inflammation se propage de proche en proche, le long du péritoine, et atteint l'appendice qui est à petite distance. Des fausses membranes s'établissent entre la partie périphérique de l'appendice et la tumeur ovaro-salpingienne. Il se peut que dans ces fausses membranes se produisent des lymphatiques de nouvelle formation, suivant une loi générale constatée dans les néo-membranes inflammatoires de la cavité abdominale.

L'appendice peut être atteint simplement par sa pointe ou être englobé dans toute sa longueur. Les lésions qui débent à la périphérie, se propagent de dehors en dedans et peuvent être très marquées du côté de la muqueuse. D'où le précepte d'enlever tout appendice qui présente des adhérences même légères avec les ovaires et les trompes, ce qui est peut-être exagéré.

Les constatations anatomo-pathologiques, les résultats de l'exploration abdominale au cours des laparotomies, l'histoire de la maladie démontrent, dans un certain nombre de cas, que l'inflammation a bien commencé par les annexes.

Au point de vue bactériologique, les investigations peuvent aboutir à une précision plus grande. C'est ainsi qu'on a pu trouver autour de l'appendice malade, des gonocoques qui avaient d'abord provoqué une inflammation blennorragique des annexes droites.

Dernièrement j'ai pu constater la marche de l'inflammation des trompes vers l'appendice. Il s'agissait d'une femme qui avait fait une fausse couche, peut-être criminelle, et qui avait été apportée à la salle Lenoir, dans un état alarmant. Le curage avait été fait. L'amélioration avait été nette. Quand tout à coup la malade eut une phlegmatia alba dolens gauche et, quelques jours après, une embolie mortelle.

A l'autopsie, on constata les lésions veineuses très marquées à gauche (phlébite énorme, etc.); à droite la trompe augmentée de

volume, suppurée, était très adhérente à l'appendice un peu augmenté de volume et enflammé. Autour de l'appendice existait une grosse collection suppurée. L'appendice et la trompe étaient accolés intimement. Quand on voulut les séparer on put remarquer que les parois tubaire et appendiculaire étaient ulcérées et que les deux organes communiquaient.

Voilà un cas où l'infection puerpérale avait atteint gravement la trompe.

L'inflammation s'était propagée à l'appendice.

III. Plus rarement l'appendicite peut être la cause d'une annexite.

La paramétrite, d'origine appendiculaire, est exceptionnelle. Ce qui existe moins rarement, c'est l'appendicite à forme pelvienne.

Je n'insisterai pas sur cette variété bien décrite. L'appendice siège parfois derrière l'utérus et a un siège pelvien. Je le répète à dessein. Il est évident que l'inflammation appendiculaire aboutit parfois à une suppuration dont le siège peut être le cul-de-sac de Douglas.

Mais je n'envisage pas cette éventualité d'inflammation appendiculaire à forme pelvienne. Je n'ai en vue que l'annexite proprement dite consécutive à l'appendicite.

Dans un certain nombre de cas, c'est l'appendice qui a nettement commencé. L'ovaire et la trompe ont été pris secondairement comme on peut le constater au cours des laparotomies et des autopsies. La succession des lésions peut être appréciée nettement. On a trouvé parfois le coli-bacille de l'appendicite dans la collection tubo-ovarienne.

J'ai donné des soins à une malade dont l'histoire mérite d'être exposée avec détails. Sans doute il ne s'agit pas, dans ce cas, d'une annexite proprement dite. Mais la netteté des constatations anatomiques, au cours de la laparotomie, permet de saisir les voies de la propagation inflammatoire de l'appendicite malade vers les organes génitaux.

Il s'agissait d'une femme de 25 ans environ, vigoureuse, bien constituée, mère de plusieurs enfants et qui fut prise tout à coup de douleurs modérées dans le bas-ventre et de quelques vomissements.

Cette malade n'avait jamais eu aucun trouble gastro-intestinal. Elle n'avait eu aucune manifestation du côté de son appareil génital.

Les accidents douloureux localisés dans l'hypocondre gauche, réveillés par la pression, s'accompagnaient de quelques vomissements. La température vespérale ne dépassait pas 38°. Le facies n'était pas altéré.

L'examen bi-manuel ne donnait que des renseignements insuffisants. Une certaine sensibilité au niveau de la paroi abdominale, surtout à gauche, rendait l'exploration difficile. Du côté du vagin et du col utérin il n'y avait rien qui pût mettre sur la voie du diagnostic.

La malade continua à vaquer à ses occupations pendant deux ou trois jours, ne se plaignant que de douleurs vagues dans le bas-

ventre, d'un état nauséux, de quelques rares vomissements. Les selles étaient à peu près régulières.

Le quatrième jour les douleurs spontanées qui existaient déjà du côté de l'abdomen devinrent plus vives. La constipation s'établit. Quelques vomissements verdâtres se manifestèrent. Le facies n'était cependant pas mauvais et la température ne s'élevait guère au-dessus de 38°2.

La pensée qui m'était venue et qui se précisait de plus en plus c'est que nous étions probablement en présence d'une appendicite.

Cependant j'essayais en vain de réveiller la douleur par la pression au point classique. Sans doute il y avait une certaine sensibilité dans le bas-ventre, du côté de la fosse iliaque droite, mais le siège de la douleur était nettement du côté gauche, dans la fosse iliaque et surtout dans le flanc gauche. A gauche la pression un peu profonde n'était guère supportable et la paroi abdominale était en pleine vigilance musculaire, dès que la malade redoutait l'exploration.

Cette jeune femme fut soumise au traitement médical de l'appendicite et tenue en sévère observation.

Nous étions disposés à opérer, mais nous pensions, mon maître le Professeur Le Dentu et moi, qu'il était bon d'attendre. Le diagnostic d'appendicite ne se présentait pas avec un degré de certitude suffisant pour permettre l'intervention immédiate. Nous crûmes qu'il était prudent de suivre la marche des accidents et de se décider suivant les circonstances : opération d'urgence si les symptômes s'aggravaient, opération à froid ou même pas d'intervention si l'état allait en s'améliorant.

Les jours suivants la douleur spontanée et celle qui était réveillée par la pression s'atténuèrent. Les vomissements ne tardèrent pas à disparaître. La température oscilla entre 37 et 37°6. Le facies fut excellent. L'état général bon.

L'exploration bi-manuelle devenait plus facile. Il me semblait qu'à droite et à gauche dans le bas-ventre il y avait un défaut de souplesse et je me demandais si les annexes n'avaient pas été le point de départ de cette poussée péritonéale à laquelle nous avions assisté, sans pouvoir découvrir le point de départ de l'inflammation.

Le siège de la douleur était, dans les jours subséquents, nettement à gauche, et non plus dans le flanc, mais seulement dans la fosse iliaque. Quant au point de Marc Burnay, il n'existait pas et la pression dans toute la zone appendiculaire ne réveillait aucune souffrance.

Comme la température ne s'abaissait pas à 37°, comme la douleur ne disparaissait pas et augmentait même quand la malade, malgré nos recommandations, se levait pour aller au cabinet, comme il nous semblait percevoir un empatement vague dans le bas-ventre et que les souffrances étaient plus vives par la palpation bi-manuelle nous nous décidâmes à intervenir. J'hésitais entre une appendicite, diagnostic du début, et une inflammation annexielle à marche

insolite, et quand je pris le bistouri pour faire la laparotomie, je n'étais pas éloigné de croire que je me trouverais en présence d'un cas bizarre et d'une inflammation dont le point de départ me causerait une surprise.

La laparotomie faite dans la position de Trendelenburg me permit de constater qu'il s'agissait d'une appendicite, mais accompagnée de quelques lésions fort intéressantes, je crois.

L'appendice vermiculaire, doublé au moins de volume était fixé à la fosse iliaque par d'assez épaisses fausses membranes. Replié sur lui-même, dirigé parallèlement au cæcum, son extrémité libre en haut, l'appendice rouge, congestionné en certains points était enveloppé d'une couche grisâtre de fausses membranes qui l'appliquaient solidement à la fosse iliaque d'une part et le faisait adhérer à une anse d'intestin grêle que l'on put détacher assez aisément.

Partant de l'appendice, une traînée inflammatoire très nette se dirigeait du côté du ligament large droit. L'ovaire était blanc, mais la trompe droite très rouge, très vascularisée sur toute son étendue; pas augmentée de volume, tranchant par sa coloration sur le reste du ligament large. La vascularisation si intense se continuait très nettement sur la partie supérieure de l'utérus, passait sur l'aileron supérieur du ligament large gauche. La rougeur atteignit à gauche quelques anses intestinales, la fosse iliaque et le péritoine pariétal sur une assez grande étendue.

Ce qu'il y avait de plus caractéristique, c'était le contraste qui existait entre la partie supérieure des ligaments larges et de l'utérus d'une part, la moitié inférieure du corps de la matrice et le reste du péritoine du petit bassin, d'autre part. La zone transversale supérieure étendue d'un côté du bassin à l'autre, tranchait par sa rougeur excessive avec le teint mat de tout le reste du péritoine qui tapissait le petit bassin.

J'ajoute qu'il existait dans le péritoine deux cuillerées à soupe environ d'un liquide légèrement louche, indice de la réaction de la séreuse.

J'attire l'attention sur ce fait que la rougeur constatée sur l'aileron supérieur n'était pas nettement limitée aux trompes, mais s'étendait le long du méso-salpinx, et du péritoine voisin. La vascularisation dépassait la trompe elle-même qui avait conservé sa forme normale et son volume. Nous n'étions pas en présence d'une salpingite, mais d'une inflammation du péritoine qui enveloppe la trompe et s'étend sur la partie supérieure du ligament large.

Je le compris si bien ainsi que je n'hésitai pas à réséquer l'appendice et à laisser en place les annexes. Les deux ovaires ne parurent absolument sains et, à mon avis, l'inflammation était simplement péri-salpingienne.

En somme, je crois que j'ai assisté chez cette malade à une première attaque d'appendicite. L'inflammation s'est rapidement propagée, sans ordre bien défini, de l'appendice au péritoine avoisinant la trompe droite, de là à la partie supérieure de l'utérus,

à la partie supérieure du ligament large gauche et enfin à certaines portions du péritoine revêtant la cavité abdominale du côté gauche.

Je ne voudrais pas tirer de l'exposé de ce seul fait clinique une conclusion ferme. Il me semble qu'il mérite de fixer l'attention et qu'il est de nature à montrer que les infections qui se font du côté de l'appendice peuvent avoir du retentissement du côté du petit bassin, ce qui n'est pas douteux.

L'inflammation semble se propager superficiellement. Elle peut dépasser la ligne médiane, franchir l'utérus, gagner le ligament large de l'autre côté et de là se propager au péritoine de la cavité abdominale.

La douleur spontanée et réveillée par la pression que l'on constatait du côté gauche de l'abdomen était simplement due à l'inflammation péritonéale dont le point de départ se trouvait être l'appendice. Et chose bizarre, l'organe primitivement atteint était le plus silencieux ou, du moins, de beaucoup le moins douloureux.

LE TRAITEMENT DE LA MORPHINOMANIE PAR LA SUPPRESSION BRUSQUE OU RAPIDE.

M. LUTAUD.

Quoique tout semble avoir été dit sur le traitement de la morphinomanie, j'ai pensé intéresser mes confrères en leur présentant quelques faits nouveaux venant à l'appui d'une thèse que je soutiens depuis longtemps, à savoir qu'on peut sans inconvénient supprimer brusquement la morphine chez les malades adonnés à cette intoxication et que le traitement par la suppression brusque ou rapide doit être préféré dans l'immense majorité des cas.

Il faut évidemment distinguer deux catégories de morphinomanes :

1° Ceux chez lesquels l'intoxication chronique a une origine thérapeutique, où l'emploi du médicament est justifié pour combattre l'élément douleur ou pour atténuer les troubles, conséquences d'une affection organique incurable; dans ces cas j'estime que la morphine doit être employée systématiquement par le médecin et que son usage peut être continué pendant des années sans inconvénients;

2° Ceux chez lesquels l'emploi de ce médicament n'est justifié par aucune affection organique; dans cette catégorie nous rencontrons surtout des femmes, hystériques et dégénérées pour la plupart, qui se sont adonnées au morphinomanisme par dépravation, par genre; ces malades, comparables aux alcooliques, sont loin d'être intéressantes; elles se recrutent dans les milieux prétendus intellectuels et surtout dans la haute galanterie; elles nous demandent de les guérir, mais elles arrivent toujours à se soustraire à nos efforts thérapeutiques par la ruse, la supercherie et le mensonge. Elles guérissent du reste difficilement; et vous les voyez presque toujours récidiver dans les cas fort rares où vous arrivez à les débarrasser de leur manie. C'est à cette catégorie de

malades qu'on doit appliquer le traitement par la suppression brusque.

J'ai cru comme tout le monde à la légende, encore très vivace, qui consiste à croire que la suppression très rapide de la morphine pouvait donner lieu chez ces dégénérés à des accidents d'une effroyable gravité; les malades éprouveraient des sensations atroces se manifestant par des douleurs et des angoisses terribles; les supplices de l'enfer seuls seraient comparables aux affres ressenties par les malheureux morphinomanes sevrés de leur poison.

Ce tableau m'avait toujours semblé exagéré et invraisemblable. Une observation très précise, que je vais vous résumer, m'a démontré qu'on pouvait, sans inconvénient grave, supprimer brusquement la morphine chez les malades de cette catégorie.

Mme D..., âgée de 39 ans, mère de deux enfants, est devenue morphinomane par le mauvais exemple de son mari, morphinomane lui-même.

D'un naturel exalté, cette malade ne tarda pas à s'injecter chaque jour des doses considérables de morphine : 75 centigrammes par jour.

Appartenant à une famille riche, elle fut l'objet des soins les plus assidus. On consulta plusieurs sommités médicales de Paris, aucun d'eux n'a prescrit l'internement.

Un de mes confrères conseilla les injections de cocaïne pour combattre l'action de la morphine et le séjour dans une petite station du Midi, où une surveillance pourrait être utilement exercée. L'effet de cette médication ne fut pas heureux. On arriva bien à réduire la dose quotidienne de morphine à cinquante centigrammes par jour, mais il se produisit des symptômes de folie aiguë.

Appelé près de cette malade, je la trouvai dans un état d'excitation dangereuse nécessitant l'internement. Je la ramenai à Paris surveillée par deux infirmiers vigoureux. L'emploi de la cocaïne étant supprimé, l'excitation cessa pendant le voyage qui avait duré vingt heures.

Après une consultation de MM. Motet et Legrand du Saule, l'internement fut maintenu et la suppression brusque de la morphine fut appliquée.

Huit jours après sa séquestration, la malade ne prenait plus de morphine et ne présentait plus aucun phénomène morbide.

La suppression brusque de la morphine n'avait donné lieu à aucune complication.

Après avoir été maintenue en surveillance pendant quelques semaines, cette malade fut rendue à sa famille complètement guérie de la morphinomanie.

Cette observation qui remonte à 17 années présente un double intérêt. Non seulement elle démontre qu'on peut supprimer la morphine brusquement chez une malade qui en prenait de fortes doses depuis sept ans, mais elle m'a permis de signaler un des premiers les désastreux effets produits par la cocaïne. Ces effets ont été parfaitement étudiés depuis; aussitôt qu'un individu remplace la morphine par la cocaïne, il devient délirant. Cela a été du reste une heureuse circonstance dans le cas que je viens de

signaler puisqu'il a nécessité l'internement de ma cliente et sa guérison rapide qui n'aurait jamais été obtenue sans cette circonstance.

Ainsi voici un fait évident. De nombreuses observations ont été recueillies et publiées depuis dans la thèse de mon ami le Dr Deering. Ces faits se rattachent pour la plupart à des femmes dégénérées, arrêtées pour quelque délit, et sevrées subitement de morphine malgré leurs gémissements; ces femmes ont guéri sans éprouver aucun symptôme grave. Je saisis cette occasion pour demander à mon confrère Le Pileur, qui a longtemps dirigé une prison de femmes, s'il a vu ses morphinomanes sevrées en proie aux accidents terribles qu'on s'est plu à décrire. J'ai fait une enquête auprès de quelques médecins anglais qui soignent des prisonnières et des internées; ils m'ont tous affirmé avoir supprimé rapidement la morphine chez leurs pensionnaires sans que celles-ci aient manifesté des symptômes graves et perceptibles, si ce n'est le cortège de plaintes, de supplications et de gémissements dont les femmes sont prodigues lorsqu'elles se heurtent contre une résistance qu'elles espèrent briser et qui cessent lorsqu'elles rencontrent une volonté bien arrêtée.

Ma conviction était déjà faite lorsque j'eus l'occasion, en 1893, de faire quelques observations fort intéressantes sur le traitement de la morphinomanie par la méthode brusque chez des malades occupant un rang élevé dans la hiérarchie sociale.

Il s'est trouvé à cette époque un médocastre non diplômé, Espagnol de naissance, qui prétendait avoir un *secret* pour guérir la morphinomanie en quelques jours. Ce Grand d'Espagne avait établi son quartier général à l'Hôtel Terminus et organisé une publicité en règle. Il garantissait la guérison en huit jours moyennant la somme très rondelette de cinq mille francs, *payée d'avance*. Il eut des clients et, ce qui est certain, il les renvoyait au bout de huit jours, ne prenant plus de morphine. Le bruit de ces guérisons fut alors assez retentissant pour attirer l'attention de deux maîtres éminents, les professeurs D. et P.; le professeur D. eut même l'imprudence de constater par écrit une de ces guérisons, ce qui permit au charlatan de se servir de son nom; le professeur P. voulait lui confier une malade de sa famille.

Comment opérait le médocastre de l'Hôtel Terminus? Il prétendait avoir un secret et donner à ses malades des *gouttes anti-morphiniques*, dont seul il connaissait la composition.

Une de mes clientes qu'il a guérie (temporairement hélas!) m'a donné la clef du mystère. Il était fort simple et consistait simplement à appliquer la suppression brusque. Voici comment il procédait :

Le guérisseur, homme jeune et vigoureux, s'enfermait avec sa malade et ne lui donnait, en fait de morphine, que quelques gouttes d'un liquide quelconque dilué dans de l'eau. Aux premières demandes de morphine, il répondait par des paroles aimables

mais énergiques; aux gémissements il répondait par des insultes; aux supplications il répondait par la flagellation et même par des coups.

Au bout de quelques jours de ce régime de cellule et de *carcere duro* les malades étaient guéries et demandaient à quitter une demeure aussi peu hospitalière. Comme personne n'entraîna jamais dans la chambre où était appliquée cette étrange thérapeutique, je ne puis garantir l'absolue authenticité de ces détails qui m'ont été donnés par une malade; mais ce qui est certain, c'est que les clients sortaient de l'Hôtel Terminus ne prenant plus de morphine et que le traitement consistait évidemment dans la *suppression brusque* obtenue par la coercition.

On peut donc *très rapidement* guérir les morphinomanes, mais il faut pour cela une condition que les malades n'acceptent presque jamais, c'est l'*internement*. Par ce mot j'entends l'assimilation du morphinomane à l'aliéné et son admission dans un asile dans les conditions légales où se trouve l'aliéné. Or cela est presque toujours impossible.

Je sais bien qu'il y a un grand nombre de maisons de santé libres où les morphinomanes entrent volontiers; mais on y applique généralement le traitement par la suppression lente qui donne lieu aux tergiversations, aux complaisances qui accompagnent les cures chez des malades riches qui peuvent toujours quitter la maison quand il leur plaît.

Je terminerai cette note en vous communiquant une observation récente où j'ai pu obtenir la guérison de la morphinomanie chez une jeune femme par le système du médocastre de l'Hôtel Terminus. Dans ce cas c'est le mari qui a été le thérapeute et a appliqué *vigoureusement* le traitement.

J'ai donné mes soins, en 1897, à une fort jolie Américaine, miss P., célibataire, pour une affection gynécologique. Elle avait alors 21 ans. En 1892 je reçus la visite d'un jeune homme qui vint me consulter sur la santé de sa femme que j'avais soignée autrefois. Il s'agissait de l'ex miss P. que j'avais perdue de vue et qui était devenue madame D.

Le mari m'explique que sa femme est devenue morphinomane, qu'elle a séjourné inutilement dans un grand nombre de maisons de santé en y dépensant beaucoup d'argent, etc., etc.

Le tableau qu'il me fit, joint à ce que je savais de la malade, me démontra qu'il s'agissait d'une de ces formes dont la guérison est impossible par la persuasion.

J'eus l'idée de conseiller la *coercition maritale*. Le mari, qui en avait assez et qui ne voulait pas abandonner sa femme à cause de sa fortune, accepta mes conseils et voulut bien tenter l'expérience.

La malade désirait guérir, elle prenait des doses élevées de morphine, avait beaucoup maigri et était couverte d'abcès. Elle voulut bien consentir à recevoir mes soins qui consisteraient dans la diminution graduelle des doses et l'emploi d'un *sérum spécial*.

Toutes les mesures furent prises; on licencia le personnel féminin et un seul valet de chambre fut conservé dans l'appartement pour seconder les efforts du mari, si cela était nécessaire.

Le traitement fut commencé le 21 novembre au soir; à 9 heures eut lieu dernière piqûre de 0,25 de morphine. Il fut convenu que, sous aucun prétexte, on ne ferait d'autres injections que celles d'une solution de sérum de Cheron.

La journée du 22 se passa bien; le mari fut tendre et affectueux; le 22 au soir la malade veut sa morphine; pendant toute la nuit : plaintes, gémissements, etc. Je vois le mari le 23 (sans entrer dans la chambre) et l'engage à la résistance. J'entends à travers la porte des jurons et des imprécations comme je n'en avais jamais entendu de la bouche d'une femme; la langue anglaise, employée dans ce cas, ne permettait pas, heureusement, aux voisins de rien comprendre.

Vers le soir du 23, la malade, fatiguée de crier, s'endort quelques heures; dans la nuit elle consent à manger. On avait injecté toutes les quatre heures cinq centimètres cubes de sérum.

Le 24, elle consent à me recevoir; elle est très abattue et parle péniblement; elle accepte un peu de nourriture. A partir de ce moment elle est résignée et consent à s'alimenter. Quinze jours plus tard elle a pu quitter Paris en bonne santé.

J'ai revu cette malade avec son mari au mois de mai dernier; elle n'est plus morphinomane, mais elle n'est pas contente; j'avoue qu'il y avait de quoi. Au lieu d'une femme jolie, élégante, à la taille svelte, je me trouve en présence d'une matrone énorme et informe. Elle avait gagné 30 kilos en huit mois : « Non seulement je suis devenue laide, me dit-elle, mais je suis hébétée, hors d'état de faire aucun effort physique et intellectuel; autrefois, lorsque j'avais fait ma piqûre, je faisais sensation en entrant dans un salon, je passais pour vive et spirituelle; aujourd'hui je suis complètement éteinte. »

Telle est cette observation intéressante à plus d'un titre. Elle démontre évidemment la possibilité de la guérison brusque, mais elle met aussi en évidence un autre fait que j'ai souvent constaté : c'est que la morphine, prise à doses moyennes, constitue pour quelques malades une sorte de stimulus, un élément de vitalité qu'on peut dans certains cas considérer comme nécessaire.

J'ai connu nombre de malades morphinomanes et hystériques qui jouaient dans la société un rôle sinon brillant, du moins présentable et qui ne sont devenues que de tristes épaves lorsqu'elles ont été privées de ce stimulant habituel.

Il y a là quelques réflexions que je soumets à votre appréciation. Quant à présent, je me borne à affirmer un fait : la possibilité de guérir la morphinomanie par la coercition très rapidement et sans donner lieu à des accidents graves.

PÉDIATRIE

SUR LA VALEUR DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PERITONITE TUBERCULEUSE DES ENFANTS

Depuis que König, en 1884, fit connaître les résultats excellents et inespérés de la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse des enfants, il y eut chez les chirurgiens un engouement de plus en plus marqué en faveur de cette opération. Le succès de l'intervention était général. Dans la suite, quelques auteurs préconisèrent

des modifications de cette méthode : simple ponction évacuatrice de l'abdomen (Mosetig); ponction suivie d'un bandage compressif du ventre (Mader); double ponction de l'abdomen et lavage du péritoine avec la cavité péritonéale (Folet). D'une façon générale, on considère la laparotomie comme le meilleur, et même le seul moyen de guérison de la péritonite tuberculeuse.

Mais Schramm nous fait connaître que jamais la simple ponction ne lui a permis d'obtenir de bons résultats (*Wien Med. Woch.*, n^{os} 8 et 9, 1903); les améliorations obtenues par ce procédé ne sont que passagères.

Dans ces dernières années, quelques auteurs amoindrirent cette action curative de la laparotomie; les cas de péritonite tuberculeuse apyrétique avaient une grande tendance à la guérison spontanée, et la laparotomie activait seulement la guérison (Ruggi). D'après Borchgrevinck même, la laparotomie, sans influence sur la péritonite apyrétique, serait d'un effet fâcheux sur la péritonite fébrile; les opérés guériraient dans 63.6 p. 100 des cas, et les non-opérés dans une proportion de 81.8 p. 100.

En présence de ces controverses, il est nécessaire d'étudier à nouveau la question, non pas par l'expérimentation animale, mais par la comparaison d'un grand nombre de malades médicalement ou chirurgicalement traités, et suivis pendant un minimum de deux ans.

Le docteur Schramm nous apporte quarante-cinq observations d'enfants, entre un et douze ans, atteints de péritonite tuberculeuse. Vingt-cinq d'entre eux ont été traités sans opération, c'est-à-dire : localement, par des frictions abdominales faites au moyen de sels résorbants : iode, ichtyol, iodoforme, cataplasmes; en même temps, l'alimentation était très réconfortante, et on donnait de la créosote, de l'arsenic, etc.

Chez les vingt autres enfants, on pratiqua la laparotomie.

Dans la première série, la mortalité fut de 36 p. 100; elle était occasionnée par la tuberculose généralisée ou la cachexie.

Elle ne fut que de 10 p. 100 dans la deuxième série.

Mais cette différence est encore plus sensible, si l'on étudie les différentes formes traitées dans chaque catégorie. La forme de péritonite, qui offre le meilleur pronostic, les plus grandes chances de guérison, est la forme exsudative, dans laquelle tout le péritoine viscéral et pariétal est semé de tubercules, gros comme des pois, soit gris, soit presque caséeux, dans laquelle les anses intestinales sont plus ou moins agglutinées, séparées par un exsudat séreux plus ou moins abondant, mêlé de flocons muqueux. Il y eut vingt-huit cas de ce genre sur dix-sept médicalement traités, six moururent; sur onze opérés, il n'y eut qu'un seul décès.

Dans la deuxième forme de péritonite, peu ou pas d'exsudat liquide; le péritoine est très épais; les anses intestinales sont très accolées; à la palpation, on sent de nombreux gâteaux, souvent

assez gros. Sur sept cas médicalement traités, deux moururent. Aucun décès pour les six malades opérés.

Quant à la péritonite ulcéreuse, qui constitue la troisième forme: un malade non opéré mourut; sur trois opérés, il y eut un décès, après une résection intestinale, suivie de fistule stercorale; un autre patient quitta l'hôpital avec une fistule purulente; un troisième fut guéri.

L'auteur put suivre vingt-trois de ses malades sur trente-quatre qui quittèrent l'hôpital soit opérés, soit guéris. Sur les dix malades traités médicalement, huit moururent dans le courant de la première année; mortalité : 80 p. 100. Sur les treize opérés, trois succombèrent, d'où la mortalité de 24.6 p. 100.

En somme, la laparotomie fourpît une survie de 75.4 p. 100.

Si donc, dans la forme exsudative, le pronostic est meilleur, la guérison spontanée reste exceptionnelle, quoique possible, chez les enfants du moins. Les deux autres formes sont très graves; néanmoins, la laparotomie permet de sauver quelques malades.

Ces bienfaits de la laparotomie ont été attribués à l'action, soit de l'air, soit de la lumière, soit de l'oxygène, soit encore à l'excitation bienfaisante du péritoine par le traumatisme opératoire. On a pensé également aux antiseptiques, à l'élimination des toxines contenues dans l'exsudat. D'autres auteurs, enfin, ont attribué les effets curateurs de l'opération à l'hypérémie intense qui apparaît sur le péritoine malade après l'ouverture du ventre. Ce phénomène, dit Schramm, est particulièrement manifeste dans la forme exsudative, où le péritoine, au bout de quelques secondes déjà, prend une teinte rouge-cerise; il se produit d'une manière d'autant plus rapide que l'exsudat est rapidement évacué, que les conditions de pression abdominale changent avec rapidité. Ce rôle du changement de pression est démontré par l'expérience : en effet, quand la laparotomie est pratiquée avec lavage concomitant à la solution saline physiologique, la pression intra-abdominale varie peu, et les chances de guérison sont minimes. C'est pour la même raison que la laparotomie se montre plus efficace que la simple ponction du ventre, simple ou bien avec insufflation d'air, ou encore lavage à l'eau salée. De même, les résultats de l'opération se montrent meilleurs quand il existe fort peu d'adhérences entre les anses intestinales, et que le liquide, évacué rapidement, permet à l'hypérémie de se manifester plus intense. Cette hypérémie active dure jusqu'à vingt minutes, puis elle fait place à une hypérémie passive, veineuse, qui persiste pendant vingt jours environ (Hildebrandt).

Cette hypérémie persistante et cette infiltration séreuse du péritoine et de ses tuberculeuses constituent le remède véritable, comme la stase veineuse produite dans une articulation veineuse par la bande élastique de Bier. Cette infiltration séreuse du tubercule amènerait directement la disparition des bacilles, la dégénérescence et la résorption des cellules épithéliales et des cellules

rondes; seul persisterait le stroma conjonctif. Les séreuses ne sont pas, en effet, de bons terrains de culture pour le bacille tuberculeux; qu'il vienne d'un ganglion, de l'intestin, des trompes, il y provoque la formation du tubercule par son action spécifique, mais sa virulence diminue bientôt, et l'hypérémie passive le tue rapidement.

Dans la forme adhésive, la laparotomie agit surtout mécaniquement, en rompant les adhérences péritonéales; son action hypéremique, avons-nous dit, est moindre; aussi les résultats sont-ils moins favorables. Enfin, dans la troisième forme, l'opération agit comme l'incision d'un abcès; elle ne sert qu'à évacuer le pus.

Voici quelle est la ligne de conduite du D^r Schramm dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. Au début de la maladie, il s'efforce de remonter l'état général du malade par la nourriture, l'hygiène, l'air frais, les bains iodés, les bains de mer; en même temps, il prescrit des frictions abdominales biquotidiennes avec de la pommade à l'iode, à l'ichtyol, ou même de la pommade mercurielle. Si une amélioration notable ne se produit pas au bout de quelques semaines, il pratique la laparotomie.

Dans la forme séreuse, il incise la paroi, à la région sous-ombilicale sur une longueur de huit à dix centimètres; le péritoine est incisé largement pour permettre un écoulement rapide de la sérosité; des tampons de gaze vont chercher les liquides du petit bassin; ensuite il fait les sutures; le pansement est assez lâche pour ne point entraver l'hypérémie active.

Au bout de trois ou quatre jours, le liquide se reforme en petite quantité, et parfois se résorbe les jours suivants.

Mais souvent il y a récurrence, et l'on pratique alors une deuxième, une troisième laparotomie, qui amènent généralement la guérison définitive. Il est bon d'attendre au moins trois semaines avant d'inciser à nouveau. Schramm dut intervenir à nouveau chez un seul malade.

Dans la deuxième forme il faut, après ouverture du ventre, libérer lentement et prudemment les adhérences intestinales, négliger les endroits où l'on redoute une ulcération de la muqueuse. On risque de déchirer l'intestin et d'avoir une fistule sérocorale. Puis on frotte énergiquement les anses intestinales avec de la gaze iodoformée et l'on suture l'abdomen. Dans la troisième forme, il est bon de drainer à la gaze iodoformée.

REVUE CRITIQUE SUR LES « LOIS DE LA FORMATION DES SEXES ».

M. GUIARD. — Permettez-moi, je vous prie, de vous soumettre encore une observation dont les diverses particularités offrent peut-être quelque intérêt pour la solution du problème que j'ai eu l'honneur de poser devant vous. J'en suis redevable à mon vieil

ami et camarade d'internat, le D^r Antony Martinet, qui a cru devoir me la communiquer, après avoir pris connaissance de mon mémoire et de la discussion qu'il a suscitée dans notre Société.

Il s'agit d'une jeune femme, mariée fin octobre 1901, dont la menstruation avait toujours été parfaitement régulière. Malgré un rapport à la date du 23 mars 1902, ses dernières règles sont arrivées le 24 et ont duré comme d'habitude jusqu'au 30; ensuite il n'y a eu de coït que le 6 avril, car le lendemain cette dame partait seule pour un assez long voyage.

En avril, les règles ne reparaissent pas; il n'existe cependant aucun des symptômes généraux du début de la grossesse. Mais le 5 mai, l'exploration permet de constater une légère augmentation de volume de l'utérus; le 31 mai, cette augmentation s'est accentuée, les seins se sont tuméfiés; la grossesse ne paraît pas douteuse; elle devient ensuite de plus en plus manifeste et continue d'évoluer jusqu'à la fin dans les conditions les plus normales. L'accouchement, un peu pénible, survient le 17 janvier 1903 et donne naissance à un gros garçon.

En somme, voilà un fait dans lequel la conception ne peut être imputée qu'à un seul coït à la date du 6 avril, la dernière menstruation ayant eu lieu du 24 au 30 mars. C'est donc le 7^e ou 8^e jour après sa terminaison que l'ovule paraît avoir été fécondé. Il était par conséquent arrivé à la fin de sa phase masculine. Dans ces conditions, le produit, conformément à la loi de Thury, devait être un garçon.

On pourrait m'objecter néanmoins que la fécondation ne s'est peut-être pas effectuée sur-le-champ ou du moins dans les dix à vingt heures qui ont suivi le dernier coït, mais à une date ultérieure indéterminée pouvant à la rigueur s'en écarter d'une quinzaine de jours. Dans cette hypothèse, la conception pourrait avoir porté, non pas sur l'ovule des dernières règles parvenu à la fin de son évolution, mais sur celui de l'époque menstruelle suivante à peine au début de la sienne. Il faut noter, en effet, que la gestation s'est prolongée 287 jours, durée sensiblement supérieure à la moyenne qui varie entre 274 et 280.

Si toutefois ces retards de la fécondation sont théoriquement possibles, nous sommes loin d'être fixés sur leur réalité, sur leur fréquence et sur leur étendue. Rien ne nous permet surtout d'affirmer qu'ils se soient produits dans tel ou tel cas donné.

D'autre part, ainsi que je l'ai rappelé en discutant les observations de M. le D^r Boissard, si la durée de la gestation oscille en général de 274 à 280 jours, si quelquefois elle se réduit à 260, nous savons aussi qu'elle peut normalement se prolonger jusqu'à 290. C'est ce qui ressort d'observations recueillies par centaines dans lesquelles il a été possible de préciser rigoureusement la date du coït fécondant.

Je ne crois donc pas qu'il y ait lieu d'invoquer, pour le cas du

D^r Martinet, l'hypothèse d'un retard de la fécondation. Il fournit dès lors un témoignage très nettement favorable à la loi de Thury.

Cela ne doit cependant pas faire oublier les constatations si importantes de Léopold établissant que la rupture de l'ovisac, loin de coïncider constamment avec la fin des règles, est possible à un moment quelconque, depuis le 5^e jusqu'au 26^e jour après leur début. D'où il résulte que, si elle a lieu très tardivement, du 20^e au 25^e jour par exemple, il peut très bien arriver qu'en se proposant d'engendrer une fille, c'est-à-dire en pratiquant le coït fécondant immédiatement avant l'époque menstruelle, on tombe par hasard sur un ovule déjà en pleine phase masculine de son évolution. Aussi, l'observation stricte des préceptes qui s'appliqueraient au cas normal peut, lorsque la menstruation et l'ovulation se trouvent franchement dissociées, n'aboutir qu'à un résultat contraire à la loi, sans que l'on ait pourtant le droit d'en conclure que son principe essentiel soit en défaut, puisque, en réalité, même dans ces conditions toutes particulières, la détermination du sexe est toujours subordonnée au degré plus ou moins avancé de maturité de l'ovule.

M. ROSENBLITH. — A l'époque où je faisais des accouchements, je calculais le jour probable de la délivrance d'après la table obstétrique en usage, c'est-à-dire en soutirant à la date des dernières règles 3 mois et en ajoutant 7 jours. Le calcul était presque toujours exact lorsqu'il s'agissait d'un garçon. Au contraire, lorsque c'était une fille il y avait toujours quelques jours de retard. Ce retard nous l'avons constaté dernièrement chez la femme d'un de mes amis et confrères, doctoresse elle-même. Cette dame a eu ses dernières règles du 17 au 21 mars 1902. D'après le calcul elle devait donc accoucher le 26 décembre de la même année. Or l'accouchement a eu lieu le 17 janvier 1903 et ce fut une petite fille. Ces faits sont, je crois, en faveur de la loi de Thury.

LES ULCÉRATIONS LARYNGÉES ET TRACHÉALES CONSÉCUTIVES AU TUBAGE, par le D^r Albert DELCOURT, docteur spécial de l'Université, adjoint du service des maladies de l'enfance à l'Hôpital Saint-Pierre.

Les ulcérations que l'on observe parfois sur la muqueuse trachéale consécutivement à la trachéotomie, siègent généralement à la paroi antérieure de la trachée, au point où se trouvait l'extrémité inférieure de la canule.

Dans les cas traités par le tubage, les ulcérations sont situées le plus fréquemment :

- 1° A la commissure antérieure du larynx, au niveau du point d'attache de l'épiglotte;
- 2° Au niveau du ventre du cricoïde;
- 3° Au point où se trouvait l'extrémité inférieure du tube, et dans ce cas, elles siègent sur la paroi antérieure de la trachée.

Ces ulcérations peuvent avoir une influence considérable sur la marche de la maladie. Elles peuvent :

1° Être le point de départ de lésions profondes, suppuratives, mettant la vie du malade en danger;

2° Créer un état spasmodique réflexe de la glotte suivant le mode que j'ai indiqué dans un travail récent;

3° Déterminer à leur pourtour des infiltrations œdémateuses;

4° Donner naissance à des bourgeons charnus qui diminuent le calibre du larynx et de la trachée et dont l'organisation fibreuse, ultérieurement pourra amener un rétrécissement du larynx grave, souvent définitif.

Ces quelques considérations suffisent pour démontrer le danger des ulcérations laryngées et trachéales et combien il est important de les éviter. Cela n'est évidemment pas toujours possible, mais tous les efforts doivent tendre vers ce but qui sera plus facilement atteint si l'on prend certaines précautions, relativement :

1° Au calibre du tube;

2° A la durée de l'intubation;

3° Au procédé de détubation.

I. *Calibre du tube.* — Nous avons dit plus haut que les ulcérations laryngées, observées parfois après le tubage, siègent au niveau du ventre du cricoïde. C'est, en effet, par l'anneau du cricoïde que la partie renflée ou ventre du tube est serrée et maintenue dans le larynx. On comprend parfaitement que la compression déterminée à ce niveau puisse amener une irritation de la muqueuse, une desquamation de l'épithélium et consécutivement produire une ulcération légère ou profonde. Plus la compression est forte, plus l'ulcération a de tendance à se former rapidement.

Il est donc utile d'employer le tube correspondant exactement à l'âge de l'enfant et non pas le tube du numéro supérieur de la filière, ainsi que le veulent certains auteurs.

Il faut tenir compte du gonflement des muqueuses que l'on observe dans la plupart des cas et des fausses membranes qui, tapissant les parois du larynx, réduisent la lumière de celui-ci. A mesure que la maladie s'achemine vers la guérison, que les fausses membranes se détergent sous l'influence du sérum antidiphthérique, l'infiltration œdémateuse de la muqueuse disparaît. Lorsque le larynx revient à l'état normal, le tube qui, primitivement était serré dans le conduit laryngé, s'y trouve maintenu avec moins de force. Aussi, à ce moment observe-t-on très souvent le rejet spontané du tube, dans un accès de toux et l'enfant qui s'est ainsi débarrassé de sa canule, dans la plupart des cas, ne doit plus être retubé.

Ce n'est que dans les cas très rares où le tube est expulsé plusieurs fois, immédiatement après l'introduction, que l'on est en droit de recourir à un tube d'un calibre supérieur à celui que comporte l'âge de l'enfant.

II. *Durée de l'intubation.* — Plus le séjour du tube dans le larynx sera de longue durée, plus les ulcérations auront de chance de se

produire. Cependant si le tube est de dimensions correspondantes à celles du larynx, on est étonné de voir dans certains cas jusqu'où peut aller l'extrême tolérance de cet organe à l'égard des corps étrangers.

Meslay (1) a signalé le cas d'un enfant qui fut tubé douze fois et chez qui le tube resta en place pendant 600 heures. Cet enfant mourut de tuberculose; à l'autopsie le larynx était absolument intact et ne présentait pas trace d'érosion.

Bokai, Variot, Levrey et Piatot, etc., ont également publié des observations de tubages prolongés pendant longtemps, sans lésion laryngée ou trachéale; j'ai publié aussi deux cas d'intubation prolongée pendant dix jours, et 284 heures (2). Mais ces observations d'intubations prolongées sont moins concluantes que celles rapportées par Meslay; car dans les cas d'intubations prolongées qui se terminent par la guérison, on peut se demander précisément si des ulcérations laryngées et trachéales n'ont pas été la cause de la durée plus longue du traitement. Et de fait, il doit souvent en être ainsi.

L'examen laryngoscopique étant presque toujours impraticable chez l'enfant, les renseignements que l'on peut avoir sur l'état d'intégrité de la muqueuse laryngée sont généralement très vagues.

Pour éviter autant que possible la formation des ulcérations laryngées, il est bon de détuber le malade au bout de 36 à 48 heures. Généralement après ce laps de temps, l'enfant peut respirer librement; néanmoins si le tirage se reproduit, on patientera et on ne procédera à la réintubation qu'après avoir épuisé tous les moyens thérapeutiques que l'on doit employer en de telles circonstances : compresses chaudes, vapeur d'eau, antispasmodiques, etc., etc.

III. *Procédé de détubation.* — Nous avons vu que les ulcérations trachéales consécutives au tubage ont comme siège la paroi antérieure de la trachée, au point correspondant à l'extrémité inférieure du tube. Elles sont dues :

1° A l'action du *décubitus*, agissant par la compression de la muqueuse;

2° A l'*irritation causée* par le tube et principalement due aux frottements répétés que subit la muqueuse trachéale pendant les accès de toux;

3° A la *pression forte* exercée au moment de la détubation par le procédé appelé énucléation de Bayeux.

L'action du *décubitus* et des frottements exercés sur la muqueuse par l'extrémité inférieure du tube est évidente. Ce sont également les mêmes facteurs qui interviennent dans la formation des ulcérations à la suite de la trachéotomie.

La canule de la trachéotomie étant recourbée, son extrémité inférieure vient buter *contre la paroi antérieure* de la trachée; le tube, tout en étant droit, produit les mêmes effets, mais atténués.

Le point important qu'il faut donc dégager est celui-ci : *au point*

(1) MESLAY. *Rev. méd. des mal. de l'enf.*, 1895, p. 332.

(2) Traitement des maladies de l'enfant, t. II, p. 842.

correspondant à l'extrémité inférieure du tube, la muqueuse trachéale a une tendance à s'irriter, perdre son poli, et consécutivement s'ulcérer. Cela découle des constatations nécropsiques que nous avons faites sur des larynx provenant d'enfants tubés dans le service de médecine infantile, à Saint-Pierre.

Il est inutile de donner le détail de ces observations. Ces faits ont été, du reste, observés par tous ceux qui se sont occupés de tubage. Leur explication n'a pas été donnée d'une manière satisfaisante parce que, me semble-t-il, on a oublié de faire intervenir un facteur important : la méthode employée pour extraire le tube. On sait que le tube peut être enlevé de deux manières :

1° Au moyen de l'appareil spécial d'O'Dwyer;

2° Par le procédé de Bayeux ou énucléation.

La première manière n'est pas toujours facile à appliquer; chez les enfants en-dessous de 2 ans, le tube a une lumière très étroite et il est parfois difficile d'y introduire le bec de l'instrument.

Le procédé de Bayeux est, au contraire, très facile, mais nécessite l'emploi d'une pression assez considérable, du pouce, puisque l'on doit chasser le tube hors de la trachée, comme on expulse un noyau de cerise en le pressant entre les doigts. Au moment de l'énucléation, l'extrémité inférieure du tube est comprimée entre le pouce et le plan résistant constitué par la colonne vertébrale.

Pour ma part, j'estime que cette manœuvre peut déterminer des lésions de la muqueuse trachéale; ces lésions se produiront d'autant plus facilement que déjà, par suite du décubitus, l'intégrité de cette muqueuse n'est plus parfaite.

Ce n'est pas là de la simple théorie; ces vues s'appuient sur des observations nécropsiques qui ont leur valeur.

Dès les premières autopsies d'enfants tubés et décédés dans le service de médecine infantile, nous avons été frappés de la fréquence de ces ulcérations trachéales; nous les observions aussi bien chez les enfants qui avaient été tubés pendant plusieurs jours que chez ceux qui n'avaient séjourné dans le service que pendant quelques heures. Ces ulcérations trachéales existaient presque toujours il est vrai, en même temps que des ulcérations du cricoïde; cependant, dans trois cas, le cricoïde était indemne, alors que la trachée était lésée. Or, étant donné que le tube est fixé par le ventre du cricoïde, c'est au niveau de ce cartilage que la compression acquiert son maximum d'intensité, tandis que l'extrémité inférieure du tube est à peine en contact avec les parois trachéales. Logiquement les ulcérations doivent se produire, au cricoïde, plus rapidement qu'à la trachée; nous nous sommes donc demandé si l'énucléation est un procédé inoffensif, ainsi que le déclarent Variot et Glover (1).

« Nous avons expérimenté sur le cadavre, disent ces auteurs, et dix énucléations successives du tube laryngien n'ont pas paru blesser la muqueuse de la région sous-chordique intracricoïdienne.

(1) ALB. DELCOURT. *Journ. médic.*, 1902.

ni la muqueuse trachéale. Et ils ajoutent quelques pages plus loin : Quant à l'énucléation des tubes par pression du pouce pré-trachéale sous-cricoidienne, nous n'avons pas à revenir sur les résultats fournis par l'expérimentation cadavérique qui démontre l'apparente innocuité du procédé, au point de vue des lésions traumatiques qu'il pourrait déterminer. »

Nous pensons aussi que l'innocuité du procédé du Bayeux n'est qu'apparente, certains auteurs, du reste, ont déjà attiré l'attention sur ce point. Parlant de l'énucléation, Froin (2) dit : « Dans la majorité des cas, surtout s'il y a résistance de la part de l'enfant, il faut comprimer fortement le tube entre le pouce et la colonne vertébrale pour le chasser. Il en résulte soit des érosions de la muqueuse trachéale, soit des efforts et des vomissements souvent très prolongés et quelquefois même des spasmes laryngés mortels (Masséi). Quand le cas n'est pas urgent un extracteur est préférable. »

Nous n'avons jamais, pour notre part, vu se produire d'accidents graves après l'énucléation que l'on pratiquait couramment et que l'on pratique encore parfois dans le service de médecine infantile à Saint-Pierre.

Quelquefois, cependant, le tube long est allé se loger dans l'arrière-nez où il n'est pas toujours facile de l'atteindre. Mais, c'est là un incident banal, sans importance. Cependant les expériences de Variot et Glover ne sont pas concluantes pour démontrer l'innocuité apparente du procédé de Bayeux. Autre chose est de détuber un enfant indocile, opposant une résistance parfois très vive. Dans ce cas l'effort devra être bien plus considérable et une seule énucléation pourra déterminer des lésions que dix énucléations successives ne produiront pas sur un cadavre.

Ces différents points que je viens de signaler et les inconvénients parfois sérieux qui peuvent résulter de l'énucléation ne suffisent pas pour faire rejeter complètement le procédé de Bayeux qui, dans certains cas d'urgence, peut rendre de grands services; étant d'une application facile il est à la portée de tous et les débutants sont enchantés de pouvoir énucléer. A Paris, dans certains services, les infirmières elles-mêmes, quand cela est nécessaire, peuvent détuber par le procédé de Bayeux.

Quant à nous, nous envisageons toujours avec crainte l'intervention de gens dont la compétence est illusoire et dont le sens clinique est plutôt rudimentaire.

Nous pensons que l'énucléation, lorsqu'elle est pratiquée par des médecins au courant de la méthode, ne met pas la trachée à l'abri de lésions dont les conséquences sont difficiles à apprécier. A plus forte raison, croyons-nous que, faite d'une manière abusive par des mains inhabiles, elle constitue un danger.

(2) FROIN. *Presse médicale*, 23 avril 1901.

C'est pourquoi nous sommes d'avis qu'il *vaut mieux employer, pour enlever le tube long, l'extracteur d'O'Dwyer en réservant le procédé de Bayeux pour les cas d'extrême urgence.*

Si l'on craint l'obstruction du tube ou si, pour des raisons spéciales, on veut mettre ceux qui surveillent l'enfant à même de pouvoir le débiter, il suffit de laisser le fil à demeure. J'ai eu l'occasion d'appliquer ce procédé en ville, sans le moindre inconvénient.

Lorsque l'enfant n'a que quelques dents, il suffit de fixer le fil à la joue au moyen d'un peu de collodion ou de sparadrap; si l'enfant est plus âgé, on fera passer le fil entre deux dents; une surveillance attentive empêchera le malade de tirer sur le lien.

TRAITEMENT DE L'ANGINE GRANULEUSE

(Moure, de Bordeaux.)

Pendant les poussées inflammatoires, quelques bains de gorge alcalins, des gargarismes borax-bromure, avec ou sans cocaïne, suffisent pour amener une amélioration passagère ou définitive, suivant les cas.

Contre les formes chroniques, M. Moure a employé avec avantage les badigeonnages de l'arrière-gorge une fois ou deux par semaine, faits sur la solution suivante :

Iode	0 gr. 25
Iodure de potassium.....	0 » 30
Laudanum de Sydenham.....	3 »
Glycérine pure.....	120 »

Le malade peut encore utiliser ce liquide pour se gargariser ou se baigner la gorge, en mettant une cuillerée à café de ce topique dans un demi-verre ou un verre d'eau tiède, suivant sa susceptibilité.

D'autres fois, la teinture de gaïac, employée sous la forme de gargarismes, donne également d'excellents résultats. On prescrit alors de la façon suivante :

Borate de soude.....	6 gr.
Antipyrine	4 »
Teinture de gaïac.....	5 »
Alcool de menthe.....	5 »
Glycérine neutre.....	145 »

On peut également mettre une cuillerée à café de ce liquide dans un demi-verre d'eau tiède pour bains de gorge ou se servir de ce topique employé pur en badigeonnage, sur la paroi pharyngienne une fois ou deux par semaine. D'une manière générale, on ne doit faire usage des badigeonnages que pendant les périodes de calme; le gargarisme seul suffit au moment des poussées subaiguës.

Une fois les choses rentrées dans l'ordre, il sera ordinairement utile de terminer la cure par une saison thermale sulfureuse, arsénicale ou alcaline, suivant l'état général de chaque malade.

Le point important dans toute cette thérapeutique est de veiller au bon fonctionnement de la muqueuse nasale ou nasopharyngienne et de bien s'assurer que ce n'est pas dans ces cavités qu'il faut chercher l'origine des soi-disant granulations auxquelles on a jusqu'à ce jour accordé une importance véritablement très exagérée.

(*Jour. de méd. de Bordeaux.*)

VARIÉTÉS

SILHOUETTES DE FEMMES. — ETUDES PSYCHOLOGIQUES. LA BELLE GABRIELLE.

Les deux femmes illustres qui viennent d'être libérées méritent par leur attitude d'attirer l'attention du psychologue et du médecin.

Nous ne parlerons pas de la première, Marie Fenayrou, qui a passé l'âge des passions et est protégée par sa maternité après avoir payé sa dette.

Mais que dire de la seconde, cette belle Gabrielle qui quitte sa prison avec cette auréole de grâce et de beauté que les reporters se plaisent à nous décrire!

« En apprenant qu'Elle était libérée, dit Nozière, je sentis mon cœur se dilater : ce n'était pas en vain que j'avais eu confiance dans la justice immanente. La malheureuse a subi treize années de détention, mais le gouvernement s'est enfin décidé à la relâcher. Que lui reprochait-on? L'homme qu'elle aimait l'avait obligée à attirer dans un guet-apens un riche viveur; par pure plaisanterie, elle avait passé au cou de ce joyeux compagnon un lacet qui l'étrangla. Elle n'avait été que l'instrument aveugle du crime. Dans la suite elle était devenue l'auxiliaire énergique de la justice et lui avait livré le meurtrier. Son attitude devant la cour d'assises lui avait concilié la sympathie de la foule; car elle était jolie et ses yeux étaient doux et innocents comme son prénom. Elle fut cependant condamnée à passer un quart de siècle au bagne. Mais des mesures de clémence adoucirent cette peine. Elle fut seulement enfermée dans la plus ouverte des prisons. Elle y travaillait en compagnie d'ouvrières libres qui lui contaient les nouvelles du jour, qui mettaient ses lettres à la poste et lui apportaient les réponses. Nous savions que son existence était paisible; mais ceux qui subissent l'iniquité ne connaissent pas le bonheur, et nous attendions avec angoisse l'heure de la réhabilitation. »

L'attitude de Gabrielle dans sa prison avait du reste, été exemplaire. La limpidité et la pureté de son regard, la chasteté de son maintien, la douceur de sa voix lui avaient attiré toutes les sym-

pathies du personnel. Les visiteurs considéraient comme une faveur de lui être présentés et elle avait pour tous un mot aimable, gracieux, presque protecteur. Les Bonnes Sœurs lui réservaient toutes leurs faveurs parce qu'elle était d'une rare piété et faisait retentir, dans la chapelle, une voix mélodieuse dont les échos, avant de monter au ciel, adoucissaient l'âme des humains. Gabrielle était pleine de cette tendresse, à la fois mystique et sensuelle, qui amollit les cœurs les plus durs. Les journalistes nous ont constamment parlé d'elle pendant sa détention et l'un d'eux a consacré sa vie à obtenir sa grâce.

Enfin, la voilà rendue à la grande société parisienne. Le jour de sa libération a été une fête dans les milieux de haut goût.

« Elle se laissa interviewer; elle donna son opinion sur l'état politique de la France, sur les prochaines élections de l'Académie française, sur la mode, sur les funestes effets des courses, sur la moralité des femmes, sur la direction des ballons. Elle exprima le désir de dîner en compagnie d'hommes célèbres. On se hâta d'organiser un petit banquet dans le restaurant à la mode. Les lettres, les sciences, les arts, le commerce, la finance, l'armée et même la magistrature y étaient représentés. Elle s'étonna qu'on eût choisi, pour lui offrir ce repas, un endroit un peu frivole : le voisinage de jeunes femmes maquillées et trop élégantes lui déplut. Elle constata cependant que tout le monde la regardait avec sympathie. Les maîtres d'hôtel et les garçons avaient signalé à toutes les tables sa présence. Sous les lumières tendres des lampes électriques les femmes se penchaient vers leurs amis et chuchotaient : « C'est Elle! C'est Elle! » Quand elle se leva pour porter un toast, tout le monde se tut et l'on put entendre distinctement ses paroles.

Elle remercia les hommes courageux qui avaient travaillé pour obtenir sa grâce. Elle rendit hommage aux médecins et à l'hypnotisme, aux écrivains qui excitent la foule à la juste pitié, aux peintres et aux sculpteurs qui entretiennent en France le culte de la beauté, aux manieurs d'argent qui respectent la frivolité, aux juges et aux soldats qui appliquent et défendent des lois douces et indulgentes. Elle termina son discours en invoquant l'éternelle justice. Tandis qu'elle vidait sa coupe de champagne, les hommes les femmes lui lançaient des fleurs. Elle défaillait sous les pivoines neigeuses, sous les roses lourdes de parfums et, songeant au rude compagnon qui l'avait entraînée en Amérique et qu'elle avait ramené sur la place de la Roquette, elle murmura, toute rêveuse, sur un air de Gounod :

Ah! s'il était ici!
S'il me voyait ainsi!

A cette intéressante description de M. Nozière, serait-il permis au psychologue d'ajouter quelques réflexions?

Savez-vous pourquoi tous ces hommes recherchent la belle

Gabrielle? C'est parce qu'ils sont friands de sensations, c'est parce qu'ils éprouvent, en présence de cette femme étrange, encore jeune et jolie, le désir de la possession; c'est parce qu'ils supposent que les joies de cette possession différeront des banales caresses de la maîtresse ordinaire. Ils veulent savoir, au risque de courir le même danger, par quels savants artifices, cette femme a pu passer au cou la corde à un amant tout en lui faisant éprouver les suprêmes délices de l'amour.

Voilà pourquoi les hommes raffinés et blasés recherchent Gabrielle; voilà pourquoi cette aimable libérée ne sera pas embarassée pour trouver des amants somptueux et célèbres.

Dans les milieux dits supérieurs, chez les êtres gorgés et blasés, tout ce qui permet d'espérer des sensations sensuelles inédites sera toujours recherché.

D^r MINIME.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du goître par les injections d'éther iodoformé. — Mosetig propose les solutions suivantes :

I. Iodoforme.....	1 gram.
Ether.....	} à 7 gram.
Huile d'olive.....	
II. Iodoforme.....	1 gram.
Ether.....	5 gram.
Huile d'olive.....	9 gram.

On injecte une seringue de Pravaz dans chaque goître et même davantage dans les goîtres énormes. Les séances sont répétées tous les 3 ou 6 jours.

Influence de la constipation sur la qualité et la quantité du lait des femmes, par le Dr G.-C. DE LA BERNARDIÈRE. — Beaucoup de mes Collègues ont peut-être remarqué comme moi, l'influence qu'a la constipation sur la sécrétion du lait des femmes qui allaitent et c'est cette influence que je vais faire remarquer de nouveau, car si la chose est importante pour la santé de la femme qui allaite, mères ou nourrices, elle l'est encore beaucoup plus pour le bébé.

Tous mes Collègues savent, comme moi, que la constipation est tellement commune chez les femmes, que le cas contraire est presque une exception, et si elle est toujours fâcheuse dans l'état ordinaire de la vie ou dans certaines affections de la matrice ou des organes voisins, elle l'est aussi beaucoup chez les

femmes qui allaitent, car si l'intestin est obstrué par des matières durcies, il n'a plus libre son mouvement péristaltique, qui pousse le chyle dans les vaisseaux lactés, alors la sécrétion du lait ne se fait plus ou se fait irrégulièrement, et le lait n'étant plus poussé naturellement dans les vaisseaux lactés, s'échauffe et devient rare.

Je ne saurais donc trop conseiller aux médecins et aux mères de famille de vérifier de temps à autre les selles de la nourrice, si ce n'est pas la mère elle-même qui allaite, et si c'est la mère elle-même, elle doit aussi examiner les siennes et les faire examiner afin de connaître si ces selles sont régulières ou non et si elles sont dures ou liquides, et la mère de famille ne doit pas hésiter à connaître ces détails, quelque répugnants qu'ils puissent lui paraître, car il s'agit de la santé du bébé.

Si la constipation existait à l'état permanent ou même accidentellement, il ne faut pas attendre qu'elle soit opiniâtre pour la combattre, il faut la combattre par des lavements d'eau boriquée chaude, 2 litres tous les matins, et ceci tout le temps que la constipation existera, car il faut que le mouvement péristaltique de l'intestin de la femme qui nourrit se fasse, sinon naturellement, au moins artificiellement; l'exploration du rectum avec le doigt doit être aussi pratiquée toutes les fois que cela sera utile.

Traitement de la broncho-pneumonie des enfants. (SAINT-PHILIPPE.) — Au point de vue du traitement de la broncho-pneumonie des enfants, il y a deux indications, une légitimée par un élément fixe la bronchite; l'autre par un élément mobile, la lésion pulmonaire; mais cette dernière prime de beaucoup la première, car la poussée congestive peut être subite, étendue et entraver l'hématose au point d'amener la mort en peu d'heures.

C'est contre l'élément congestif qu'agit la quinine, administrée par la bouche, le rectum ou sous la peau. Le sulfate de quinine se donne dans du café noir ou avec l'extrait de réglisse. Chez les enfants petits et indociles, on a recours au lavement ou à la pommade; mais ces préparations sont lentes à agir et peu fidèles. Il vaut mieux faire pénétrer le médicament par injections sous-cutanées d'après la formule suivante :

Quinine (Chlorhydrate de) 2 à 4 grammes.
Glycérine 10 grammes.
Eau 10 grammes.

On peut introduire ainsi de 0,20 à 0,40 centigrammes de médicament en injectant deux seringues de la

solution, qu'on tiédit si elle se trouble par le froid.

La quinine forme le fond du traitement, mais on lui adjoint les mouches de Milan, au niveau des divers foyers de râles, ou le vésicatoire. L'auteur les fait même suppurer quelque temps.

Dans le catarrhe suffocant on a recours aux sinapismes, aux vésicatoires larges, aux ventouses scarifiées, aux sangsues, en mesurant l'intervention à l'âge de l'enfant.

Comme médicament supplémentaire on peut se servir de l'alcoolature de racines d'aconit (V à XX gouttes en vingt-quatre heures; 1 à 2 gouttes toutes les heures) dans le sirop d'ipéca composé, dans la bronchite intense; dans le sirop de quinquina ou le punch si l'état général est mauvais.

Contre l'excitation, pas d'opium, mais des bains tempérés et un peu d'antipyrine; si la toux est quinteuse, des fumigations.

Dans les cas très intenses, la quinine et l'aconit le cèdent à la caféine en injections sous-cutanées, puis à la digitale et à l'alcool. L'oxygène en inhalations fait bien mieux que les injections d'éther.

MÉDICATIONS NOUVELLES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Le bromure d'éthylène contre l'épilepsie. — Donath recommande cette préparation bromurée dans l'épilepsie pour éviter les inconvénients inhérents au bromure de potassium et qui se manifestent surtout quand on l'administre à dose très élevée. Les résultats obtenus sont satisfaisants et ce médicament est appelé à rendre des services signalés toutes les fois que, pour une cause ou une autre, le bromure de potassium sera contre-indiqué.

Bromure d'éthylène.. 5 grammes
Huile d'olive..... q. s. p. f. une émulsion à 5 0/0.

S. — A donner (aux adultes), 2-3 fois par jour, XXX gouttes environ dans 1/3 de verre d'eau sucrée; chaque troisième jour on élève la dose jusqu'à atteindre XL-LXX gouttes par dose. Les enfants de 10-12 ans commencent par des doses de X-XX gouttes répétées 2 fois en 2 1/2 heures. Ces doses correspondent à 0 gr. 1 — 0 gr. 3 de bromure d'é-

thylène (2-3 fois par jour). La dilution avec l'eau sucrée ou avec du lait est indispensable, le bromure d'éthylène en émulsion huileuse à 5 0/0 irritant fortement la muqueuse stomacale. On peut se servir aussi de la préparation suivante :

Bromure d'éthylène.. 5 grammes.

M. D. S. — A prendre, 2-3 fois par jour V-X-XV gouttes dans 1/3 d'eau sucrée. Agitez énergiquement la solution avant d'en faire usage.

Aux sujets très irritables on peut prescrire des capsules gélatinées dont chacune contient :

Bromure d'éthylène .. III gouttes
Alcool VI gouttes.

S. — A prendre, 2 à 3 fois par jour, 2 à 4 capsules.

La stypticine antiphlogistique local (KAUFMANN). — L'auteur a essayé avec succès les pommades de stypticine à 10 0/0 contre la furonculose. Dans les différentes dermatoses inflammatoires, il a employé des bâtonnets composés de

mode d'application, compresses de stypticine 0,05, gélatine blanche 1,5; des pommades à 5 ou 4 0/0; comme gaze enduites de pommade, appliquées sur le point intéressé, maintenues sans ouate par des bandes ou des languettes d'emplâtre adhésif. Contre les ulcères la stypticine agit comme antiseptique et comme desséchant. L'auteur a guéri en quelques jours deux cas de balanite ulcéreuse avec une pommade composée de stypticine 2 et lanoline 100. Il ne faut pas dépasser ce titre dans les plaies étendues pour éviter l'intoxication. Son indication principale réside surtout contre les dermatoses aiguës, et surtout de caractère infectieux. Les petits furoncles disparaissent en quelques jours avec des pommades à 5 0/0. La stypticine n'a qu'un effet purement local; elle n'empêche pas la poussée de nouveaux furoncles. La même pommade peut être employée avec succès dans le traitement des poussées érysipéloïdes ou des lymphangites. La guérison demande une huitaine. Les panaris légers guérissent en deux ou trois jours sans incision. L'épididymite en est amendée; mais on n'obtient rien dans la blennorrhagie. Le remède a donné aussi d'excellents résultats dans un cas de bartholinite blennorrhagique. Dans trois cas de trichophytie avec abcès la pommade de stypticine a donné de bons résultats dans un temps relativement assez court. Il faut y joindre parfois l'incision et les attouchements au crayon de stypticine. L'auteur a obtenu de bons résultats dans l'eczéma aigu des adultes; mais elle n'en donne aucun dans l'eczéma chronique; de même dans deux cas de zona des lèvres inférieures; la guérison survient complète, en deux à cinq jours. Les résultats contre l'acné sont nuls. Les engorgements s'en trouveraient bien. Au résumé, médicament à conseiller dans les inflammations aiguës de la peau, contre-indiqué dans les

chroniques (*Journal des mal. cutanées*, mars 1903).

Les injections sous-cutanées d'atropine comme hémostatique.

— M. Bierwirth a obtenu, par des injections hypodermiques de trois à six dix-milligrammes d'atropine, une hémostase rapide dans plusieurs cas d'hémoptysie, d'épistaxis et d'hématémèse rebelles à l'ergotine et autres moyens usuels. L'hémorragie s'est toujours arrêtée au bout de dix minutes. Chez un malade, l'injection a dû être répétée trois fois; chez tous les autres, une seule injection a suffi pour arrêter définitivement la perte de sang. M. le docteur Hausmann (de Méran) s'est aussi servi avec succès des injections d'atropine dans les hémoptysies. D'après un autre médecin allemand, M. le docteur Tacke (de Wesel), l'atropine employée hypodermiquement serait un bon moyen pour combattre les pertes menstruelles trop profuses.

L'effet hémostatique de l'atropine s'explique par un mécanisme tout opposé à celui par lequel agit l'ergotine. Tandis que celle-ci fait contracter les capillaires, l'atropine, au contraire, les dilate en paralysant les nerfs vaso-constricteurs, ainsi que l'a montré Graham Brown. En augmentant ainsi la quantité de sang dans tout le système capillaire, l'atropine en diminue l'afflux vers le lieu de l'hémorragie, favorise la coagulation et amène l'hémostase.

L'acide osmique contre le goitre. (AUERBACH). — L'auteur injecte tous les 2 jours dans l'épaisseur de la masse charnue un demi-centigr. d'acide osmique en solution dans l'eau distillée, et fait un massage quotidien pendant 15 minutes. Il administre en même temps l'iodure de potassium à l'intérieur. Au bout de trois semaines, il a constaté une diminution de moitié de la tumeur et la disparition des symptômes subjectifs.

OBSTÉTRIQUE

ERREURS RELATIVES AUX PRÉSENTATIONS DE LA FACE

Comme les préjugés, les erreurs ont souvent la vie longue et se perpétuent en dépit des faits les plus probants.

Il en est ainsi notamment des présentations de la face, que trop d'accoucheurs continuent à considérer comme difficiles et dangereuses.

Qu'elles soient anormales, rares, extraordinaires, on ne peut le contester puisque, en moyenne, il n'y en a guère que 4 cas sur 1.000 accouchements, d'après nos statistiques de la Maternité de Liège, conformes du reste en ce point à celles des autres auteurs.

Mais si les présentations de la face sont si peu fréquentes, cela ne veut pas dire qu'elles soient contre nature, mauvaises, entourées de difficultés, recelant toutes sortes d'embûches et de périls, comme cela semble ressortir encore de récents écrits sur ce sujet.

Il y a seulement quelques remarques à faire, que les *praticiens* ne devraient jamais oublier.

D'abord, le diagnostic est aussi difficile par l'examen du ventre qu'il est aisé par le toucher *dès que la face est accessible*. Malheureusement la partie fœtale reste élevée et d'habitude déviée jusqu'à la seconde période du travail et c'est donc à un moment déjà avancé que la présentation est reconnue par ce mode d'investigation.

Si l'on n'est pas un dilettante du palper, on croit jusqu'alors à une présentation ordinaire du crâne parce que l'on sent la tête dans l'hypogastre, soit exactement au milieu, soit un peu déviée, toujours assez mobile.

Quand le diagnostic de présentation de la face a été posé, soit au début du travail par le palper, soit plus tard par le toucher, on ne doit pas avoir peur et s'imaginer qu'il faut intervenir; on doit, au contraire, être persuadé que tout marchera à souhait, comme dans une présentation du sommet.

On se gardera bien de faire quoi que ce soit, ainsi aider à la dilatation, rompre les membranes, stimuler les contractions, essayer de transformer la face en sommet, soit par l'extérieur (manœuvres de Tarnier), soit par l'intérieur (méthode de Mauriceau), soit par le procédé mixte de M. Pinard. Tout cela est très joli sur le mannequin, mais échoue presque toujours sur le vivant, et *c'est inutile*. Ce sont précisément ces tentatives qui rendent la situation sérieuse et peuvent toutes la faire grave.

On ne doit pas plus intervenir dans la mento-postérieure que dans l'occipito-postérieure; neuf fois sur dix le menton revient en avant, *tout seul*. Il en est de même pour la variété fameuse du front, appelée à tort par quelques-uns *présentation du front*: cette inclinaison se réduit presque toujours spontanément si l'on ne trouble pas les phénomènes naturels du travail par des manœuvres intempestives.

Voilà la règle.

L'exception, qui se présente une fois sur dix environ, c'est la nécessité d'intervenir, parce qu'il y a un accident quelconque ou un défaut dans la marche régulière du travail... exactement comme dans les présentations du sommet.

Comment intervenir ? En deux mots, voici : si la face est encore mobile ou refoulable, on a recours à la version podalique; si la face est engagée, on applique le forceps et on ramène *toujours le menton en avant*.

Les autres conseils sont trop banaux pour exiger des développements : examiner avec prudence, afin d'éviter les lésions de la face, ne pas laisser le cou appuyé trop longtemps contre la symphyse pubienne, ne pas presser sur le périnée, se hâter d'extraire le tronc, ne pas montrer tout de suite le nouveau-né à la mère, etc.

— Dans les huit derniers jours, nous avons eu dans le service deux présentations de la face qui se sont terminées l'une et l'autre rapidement et sans accroc notable. Nous allons les relater en quelques lignes, pour venir à l'appui de ce que nous venons d'avancer.

Le 22 janvier 1903, arrive à la Maternité, à dix heures du matin, Marie H..., à terme de sa première grossesse et en travail. C'est une servante de 20 ans, forte et bien constituée. La tête est à l'hypogastre et le dos est à gauche ; le maximum des bruits cardiaques est à gauche aussi. Le col est effacé et dilaté comme 50 centimes, on ne sent pas la partie foetale par le toucher.

La patiente est envoyée en ville, chez M^{me} Sinnen, parce que tous les lits sont occupés à la Maternité.

A midi, la dilatation est comme cinq francs et on reconnaît les saillies de la face à travers les membranes : c'est une *mento-postérieure droite*.

A quatre heures, la dilatation est comme une grande paume de main ; les eaux s'écoulent spontanément.

A quatre heures et demie, la dilatation est complète et on engage la femme à pousser.

A cinq heures, la rotation se fait et le menton revient directement en avant.

A cinq heures et demie, la face est expulsée, suivie bientôt du tronc. Il y avait autour du cou une circulation assez serrée.

Cette dernière circonstance explique l'asphyxie moyenne du nouveau-né, un gros garçon pesant 3.500 grammes et mesurant 50 centimètres. Quelques soins parviennent à le faire parfaitement respirer et crier.

Périnée intact, délivrance naturelle, utérus bien rétracté.

Voici les principaux diamètres de la tête foetale : OF, 11.7; BP, 9; MS, 12.2; SMB, 10; SOM, 12.7; SOB, 10.

La face est bleue et présente une énorme tumeur séro-sanguine. Celle-ci avait disparu le troisième jour.

Dès le lendemain, le nouveau-né prenait le sein.

La mère et l'enfant se portent bien aujourd'hui.

— Le deuxième cas se rapporte à l'épouse F..., âgée de 36 ans, ménagère, lymphatique.

Cette femme, de taille moyenne et de bonne conformation, a déjà eu trois enfants à terme et un à sept mois; deux vivent encore. Tous les accouchements se sont faits par le sommet et facilement.

Elle vient, le 22 décembre 1902, à huit mois de sa cinquième grossesse, parce qu'elle ressent des douleurs abdominales.

La tête fœtale est dans la fosse iliaque gauche; elle est ramenée au détroit supérieur et maintenue par un bandage.

Le 28 décembre, la menace du travail prématuré n'existe plus et la femme quitte l'établissement.

Le 16 janvier 1903, elle revient avec un col dilaté comme un franc et des contractions. Cette nouvelle menace cède au repos et la femme sort le 21. *La tête est restée à l'hypogastre*, mobile, mais bien en rapport avec le détroit supérieur.

Le 24 janvier 1903, l'épouse F... revient pour la troisième fois, à neuf heures du matin. Cette fois, le travail est avancé et la dilatation est comme une petite paume de main. On parvient jusqu'à la partie fœtale qui est encore élevée et mobile : on reconnaît la face à ses multiples inégalités. Le menton est en rapport avec la fosse iliaque droite et le front regarde du côté gauche.

Les contractions sont énergiques; à onze heures et demie, la dilatation est complète et les eaux s'écoulent, souillées de méconium.

La patiente pousse et à midi elle accouche d'un enfant du sexe masculin, pesant 3.555 grammes et mesurant 51 centimètres, très bien portant.

Délivrance normale au bout de vingt minutes.

La période d'expulsion a été tellement courte que la face n'a pas eu le temps de se déformer : il n'y a pour ainsi dire rien.

Voici les principaux diamètres de la tête fœtale : OF, 11.7; BP, 9.6; MS, 12.1; SMB, 10.3; SOB, 9.5; SOM, 13.5.

A l'heure actuelle, la mère et l'enfant se portent bien. Allaitement maternel; rien d'anormal.

Réflexions. — Quelles ont été les causes de ces présentations de la face ? Peut-être est-ce une anomalie d'attitude, des présentations *primitives* de la face, au moins pour le premier cas. Le deuxième cas paraît plutôt rentrer dans les déflexions par suite d'obliquité de l'utérus.

Ni dans l'un, ni dans l'autre, la tête n'était dolichocéphale et l'hypothèse de Hecker ne peut donc être appliquée à aucun des deux cas.

Encore ici, on doit répéter avec le poète latin : *Félix qui potuit rerum cognoscere causas !*

Faisons observer pour terminer que, dans les deux cas, le menton tourné en arrière a parfaitement exécuté tout seul la rotation de $\frac{3}{8}$ de cercle qui l'a ramené en avant, sous la symphyse pubienne,

comme cela doit *toujours* avoir lieu dans les présentations de la face.

Evidemment, ceux qui interviennent dans tous les cas, parce qu'ils le croient nécessaire, ne peuvent pas connaître ces terminaisons simples, spontanées, naturelles. Et plus ils voient de présentations de la face, plus ils les trouvent désagréables, mauvaises, dangereuses... parce qu'ils en troublent, chaque fois le mécanisme par leur intervention inutile et intempêtive.

Voilà comment se perpétuent les erreurs.

LES ACCÈS ECLAMPTIQUES

par M. le Dr OUI, professeur-agrégé à la faculté de Lille.

Chez une femme arrivée au septième ou au huitième mois de sa grossesse, ou bien encore au cours du travail de l'accouchement, plus rarement dans les quelques heures ou même les premiers jours qui suivent la délivrance, se produisent des accidents nerveux caractérisés par : une période d'agitation accompagnée de contractions fibrillaires des muscles de la face, suivie de convulsions toniques, puis de convulsions cloniques, le tout terminé par une période de coma plus ou moins prolongée. Chez cette femme, vous avez constaté antérieurement de l'albuminurie, ou, appelé à la voir pour la première fois, vous recueillez de l'urine et y constatez la présence de l'albumine. En outre, depuis quelque temps déjà, la malade avait accusé des troubles du système nerveux : hébétude, amnésie, céphalée, douleur au creux épigastrique, troubles de la vue, troubles respiratoires, prodromes des accès que vous constatez maintenant. Vous avez affaire à un *accès éclamptique*.

Indications pathogéniques et cliniques. — La cause première des accès éclamptiques réside dans une auto-intoxication due à la formation excessive de poisons dans l'organisme et à l'élimination insuffisante de ces poisons. La manifestation de ces accès peut être isolée ou répétée, simple ou compliquée d'incidents divers.

De ces notions découlent les indications suivantes :

1° Diminuer, dans la mesure du possible, la formation des poisons organiques;

2° Favoriser l'élimination des poisons déjà en circulation dans l'organisme;

3° Diminuer la fréquence et l'intensité des accès;

4° Empêcher les accidents auxquels ils peuvent donner lieu.

On aura du reste à remplir ces indications dans des cas différents, soit que l'on puisse intervenir dans la période prodromique, soit, au contraire, que l'on se trouve en face d'accès déclarés, ces accès eux-mêmes pouvant se produire au cours de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches.

Traitement. — Les indications pathogéniques et cliniques ci-dessus énoncées sont remplies par un traitement successivement

prophylactique, curatif, obstétrical et, consécutivement à l'accès, hygiénique.

A. — *Traitement prophylactique.* — Il convient de le graduer suivant les symptômes observés.

I. *Rien ne menace.* — Chez toute femme albuminurique, au cours de la grossesse, instituez le régime lacté absolu, de façon à réduire au minimum la production des poisons intestinaux et à faciliter la diurèse éliminatrice. *Surveillez le fonctionnement de l'intestin et combattez la constipation*, fréquente chez les femmes enceintes, plus fréquente encore chez celles qui sont soumises au régime lacté. Ayez recours aux purgatifs légers et aux laxatifs : huile de ricin, rhubarbe, infusion de séné et aux lavages intestinaux. *Exigez le séjour à la chambre, le repos*, sinon au lit, au moins sur la chaise longue. Vous diminuerez ainsi la production des toxines qui résultent de la contraction musculaire. Vous éviterez aussi à votre malade les variations de température; craignez pour elle le froid qui a sur le rein une action fâcheuse.

II. *Quelques menus prodromes.* — Si, par extraordinaire, vous voyez, malgré ces soins, se produire un ou plusieurs des prodromes indiqués plus haut, n'attendez pas l'apparition des accès, que vous pourrez encore prévenir. Activez l'élimination des toxines, en administrant sans tarder un lavement purgatif, suivant la formule :

Infusion avec :

Feuilles de séné.....	10 grammes.
Eau bouillante.....	500 —

Ajoutez :

Sulfate de soude.....	15 —
-----------------------	------

III. *Prodromes menaçants.* — Si les prodromes deviennent très menaçants, pratiquez une saignée de 300 à 400 grammes. En même temps, mettez votre malade à l'abri de toute excitation capable d'agir sur le système nerveux et de provoquer l'apparition d'un accès. Laissez-la au lit dans une chambre chaude, demi-obscur, sans bruit autour d'elle.

Donnez-lui, par vingt-quatre heures, trois à quatre grammes d'hydraté de chloral, chaque prise de chloral coïncidant avec l'absorption d'une tasse de lait, de façon à diluer largement le médicament et à éviter d'irriter l'estomac.

Appliquez avec rigueur cette même thérapeutique à tous les cas dans lesquels se montrent les symptômes de toxémie, même si la malade n'est pas albuminurique, ce qui arrive quelquefois.

B. — *Traitement curatif.* — Le traitement curatif s'adresse à l'attaque elle-même et aussi à l'auto-intoxication. Il est applicable pendant l'attaque et dans l'intervalle des attaques.

a *Traitement de l'attaque.* — L'attaque d'éclampsie est dangereuse en elle-même par les troubles respiratoires et circulatoires qu'elle provoque. Il y a donc intérêt à espacer les attaques ou à en réduire le plus possible la durée.

Durant l'attaque. — 1° On prendra d'abord, au cours de l'attaque, toutes précautions pour empêcher la femme de tomber dans son lit ou de se faire de profondes morsures de la langue, causes d'hémorragies parfois graves. Les mêmes précautions recommandées au traitement prophylactique seront continuées en ce qui concerne la chambre et l'entourage de la malade ;

2° A l'apparition des premiers signes de l'accès, on administrera immédiatement du *chloroforme*, dont on continuera l'inhalation jusqu'à ce que tout mouvement convulsif ait cessé et que la respiration soit redevenue régulière. Pendant tout ce temps, on fera maintenir la malade dans son lit en décubitus dorsal.

D'autre part, dès le début de l'accès, pliez un mouchoir de façon à lui donner une largeur de trois doigts. Introduisez-le entre les arcades dentaires et tendez-le bien, de façon à maintenir la langue appliquée sur le plancher de la bouche et à l'empêcher de venir faire saillie entre les dents.

Dans l'intervalle des accès. — Une fois la convulsion terminée, dans la crainte d'une convulsion prochaine faites prendre d'emblée, dans un bol de lait, quatre grammes d'*hydrate de chloral*. Si l'administration par la bouche est impossible, donnez après évacuation préalable de l'intestin, un lavement avec

Hydrate de chloral	4 grammes.
Jaune d'œuf	N° 1
Lait	100 grammes.

Si ce lavement n'est pas gardé, renouvelez-le jusqu'à tolérance. Le chloral sera continué dans l'intervalle des attaques, jusqu'à ce que les accès ne se reproduisent plus. Selon que l'administration par la bouche sera ou ne sera pas possible, le médicament sera donné : à la dose d'une cuiller à bouche de sirop de chloral dans un bol de lait, toutes les heures ; sous forme de lavement, selon la formule ci-dessus, toutes les quatre heures. On peut ainsi arriver à faire absorber de 16 à 20 grammes de chloral dans les vingt-quatre heures.

Lorsque la sédation des symptômes aura été obtenue, surveillez la malade de près de façon à lui faire inhaler du chloroforme à la moindre menace d'accès.

b. Traitement de l'auto-intoxication. — Dans cette partie du traitement, tout l'effort doit porter sur l'élimination des toxines, élimination que l'on favorise en agissant sur l'intestin, sur le rein et sur le sang.

1) *Sur l'intestin.* — Vous avez donné ou vous donnerez de prime abord, le *lavement purgatif* (séné et sulfate de soude) dont la formule est plus haut.

2) *Par le rein.* — Favorisez la diurèse par l'absorption de *lait*. Le lait devra être pris à la dose d'un bol toutes les heures. Dans le cas où l'état de la malade ne lui permettrait pas de boire, vous pourriez avoir recours à la sonde pour introduire le lait dans l'estomac.

Ces moyens, associés aux *sédatifs*, suffisent habituellement pour enrayer les attaques éclamptiques, lorsqu'elles ne sont ni longues, ni rapprochées, c'est-à-dire lorsqu'on a affaire à une forme légère.

Sur le sang. — Lorsque les attaques sont longues et rapprochées, lorsque les troubles circulatoires et respiratoires sont accentués, quand il y a élévation progressive de la température, lorsque, en un mot il s'agit d'une forme grave un moyen puissant est la *saignée*. Faites au pli du coude, une saignée de 500 grammes. Ainsi vous soustrayez à l'organisme une forte dose de toxines (Bouchard) et vous agissez favorablement sur les phénomènes de congestion cérébrale et pulmonaire.

Mais la saignée, en abaissant la tension sanguine, a l'inconvénient de diminuer la diurèse. Vous la ferez donc suivre d'une *injection hypodermique d'eau salée* à 7 pour mille. Si vous avez retiré par la saignée 500 grammes de sang, vous ferez une injection de 500 grammes d'eau salée.

L'injection d'eau salée devra toujours être associée à la saignée, et non pratiquée isolément. Le rein, en effet, est souvent, dans l'éclampsie, peu perméable et l'injection de sérum salé, sans saignée préalable pourrait augmenter de façon excessive la tension sanguine et favoriser l'œdème pulmonaire.

C. Traitement obstétrical. — L'intervention est variable suivant que l'éclampsie survient au cours de la grossesse ou au cours de l'accouchement.

a) Au cours de la grossesse. — Si l'éclampsie se déclare pendant la grossesse, contentez-vous de la thérapeutique décrite jusqu'ici. Il y a, en effet, avantage à *guérir l'éclampsie sans interrompre la grossesse*, l'enfant pouvant survivre et naître vivant plus tard. De plus, l'évacuation de l'utérus n'exerce pas toujours une action favorable, les attaques pouvant continuer et même devenir plus nombreuses après la délivrance. Cependant, dans les formes très graves il peut y avoir *exceptionnellement* avantage à évacuer rapidement l'utérus par les moyens indiqués ci-dessous.

b) Au cours de l'accouchement. — Si le travail se déclare pendant l'éclampsie ou si les attaques d'éclampsie ont débuté au cours de l'accouchement, *il y a tout intérêt à abréger la délivrance.*

1° Il faut favoriser la dilatation par : *a)* rupture des membranes, s'il existe une forte tension de l'œuf (hydramnios, grossesse gémellaire) et à condition que le fœtus se présente longitudinalement ; *b)* par l'application d'un ballon de Champetier de Ribes si aucune partie fœtale n'est engagée ; *c)* la dilatation manuelle de l'orifice utérin, si le fœtus est engagé dans l'excavation.

2° Une fois la dilatation complète, on terminera l'accouchement : *a)* par le forceps, au cas de présentation du sommet engagé ; *b)* par la version, au cas de présentation de l'épaule ou de pré-

sentation du sommet mobile au détroit supérieur ; c) par la basiotripsie au cas où l'enfant, se présentant par le sommet, est mort.

Ne pratiquez aucune intervention autrement que sous anesthésie chloroformique complète. En négligeant cette précaution, vous risqueriez de provoquer de nouvelles attaques.

Soyez rigoureusement aseptiques, étant donné la facilité et la gravité de l'infection chez les éclampsiques.

N'usez pas d'antiseptiques toxiques, en raison du mauvais état des organes d'élimination. Donc, pas de sublimé, pas d'acide phénique ; employez le permanganate de potasse, l'iodol, etc...

D. — *Traitement après les attaques.* — Surtout hygiénique, le traitement après les attaques peut être aussi actif.

Dans les cas ordinaires, le régime lacté absolu sera continué jusqu'à disparition de l'albuminurie ou de tout autre symptôme d'intoxication.

S'il y a encore un peu d'agitation, on donnera du chloral à la dose de 3 à 4 grammes par jour.

Au cas où les phénomènes d'intoxication, tels que coma, dyspnée, céphalalgie violente, se prolongent, on aura recours de nouveau au lavement purgatif ; si l'effet produit n'a pas été suffisant : à la saignée suivie d'injection hypodermique de sérum salé. (*Echo médical du Nord*, 1903, p. 202.)

TRAVAUX ORIGINAUX

LES PTOSES,

par M. Paul REYNIER.

Le mot *ptose* vient du mot grec *πτωσις*, qui signifie *chute*.

Pendant bien longtemps, dans la nosographie médicale, *ptosis* servait seulement à désigner la chute de la paupière et avait pour équivalent celui de blépharoptose.

C'est en 1885 que dans une communication très remarquée faite à l'Institut, et suivie de beaucoup d'autres, notre distingué co-rapporteur M. Glénard (1) généralisait ce mot de *ptose*, en attirant l'attention sur l'Entéroptose, c'est-à-dire la chute du gros intestin, qu'il étudiait au point de vue clinique. Il montrait qu'avec cette Entéroptose coïncidaient des troubles neurasthéniques, des dyspepsies, des affections névropathiques, utérines, qui, d'après lui, relevaient de ce déplacement de l'intestin.

Cherchant d'autre part la pathogénie de cette affection, il crut et croit encore l'avoir trouvée dans un trouble des fonctions du foie, l'hépatisme, qui jouerait un rôle primordial dans la genèse des affections névropathiques coïncidant avec l'Entéroptose.

(1) GLÉNARD, de l'Entéroptose. *Lyon médical*, 1885,

Les communications de M. Glénard eurent le grand mérite d'attirer tout particulièrement l'attention sur ces chutes d'organes contenus dans la cavité abdominale, et de les faire mieux étudier.

On trouva que le mot de *ptose*, associé au nom de l'organe, qui se déplaçait, était commode pour désigner ces déplacements; comme lui on l'employa plus fréquemment, et peu à peu il entra dans le langage scientifique courant.

Nous vîmes ainsi parler de la *ptose rénale*, *ectopie rénale*, de l'*hépatoptose*, chute du foie, de la *ptose utérine*, de la *splénoptose*, déplacement de la rate, et même de la chute du cœur.

Toutefois toutes ces *ptoses* étaient décrites séparément et on ne voyait pas encore bien les liens qui pouvaient les rattacher.

Cependant, dans l'étude séparée de ces *ptoses*, on était frappé de voir souvent associées d'autres *ptoses*. C'est ainsi que Glénard, dans la pathogénie du rein mobile, signalait la coexistence fréquente de l'*Entéroptose*, et considérait que celle-ci, primitive, jouait le grand rôle dans le déplacement de l'organe rénal.

Mathieu, 1893 (*Etudes cliniques sur le rein mobile, Bull. Soc. méd. des hôpitaux*), trouvait sur 396 femmes dyspeptiques 85 atteintes de rein mobile.

Bouchard notait la coexistence de l'*ectopie rénale*. Avec la dilatation de l'estomac 14 % hommes, 28 % femmes. Küttner la trouvait 79 fois, sur 100 *ectopies rénales*.

On trouve encore des essais de ce rapprochement des *ptoses* entre elles dans l'étude d'une des *ptoses* les plus fréquentes chez la femme, et par suite une des mieux étudiées au point de vue clinique, le prolapsus utérin.

Dans un article du Dictionnaire Jaccoud, Siredey et Danlos insistent sur la coexistence fréquente des hernies, des éversions avec la chute de l'utérus.

En janvier 1894, dans une discussion qui s'éleva à la Société de Chirurgie sur le prolapsus utérin, je reprenais ces idées de Siredey et Danlos, et les développais. Je montrais que la *ptose utérine* coïncidait non seulement avec des hernies et des éversions, mais encore avec des déplacements du rein, des dilatations de l'estomac, de l'*entéroptose*. Ces constatations cliniques m'amenaient à dire que le prolapsus utérin faisait partie de tout un groupe de lésions, qui, par le fait qu'elles coïncidaient, qu'elles se retrouvaient toujours ensemble, devaient dépendre d'une cause unique. Or, cette cause, je croyais la trouver dans un affaiblissement généralisé du système musculaire symptomatique d'un trouble du système nerveux, dont je notais les symptômes chez toutes mes malades, et dont quelques-uns s'augmentaient par la sénilité.

Comme Glénard, je relevais les névropathies coïncidant avec les *ptoses*, mais tandis que lui les faisait en dériver, je leur faisais jouer le rôle important dans la genèse de ces déplacements.

Quelques mois après cette communication, M. Tuffier, dans une leçon publiée dans la *Semaine médicale* en juillet 1894, reprenait les mêmes idées que j'avais énoncées à la Société de Chirurgie, les développait et montrant la coïncidence de plusieurs ptoses sur le même individu, les rattachait comme moi à une cause générale.

La même année, M. Bouilly, dans son remarquable rapport sur le prolapsus utérin au Congrès de chirurgie, insistait lui aussi sur cette dystrophie des tissus qui jouait d'après lui un rôle capital dans l'étiologie de la ptose utérine.

C'est alors qu'en 1898, rassemblant tous ces matériaux épars, je les coordonnais, les complétais, et je me trouvais ainsi amené à ajouter à la pathologie générale un nouveau chapitre, dans lequel j'étudiais ce tempérament de ptosique, et montrais que nous étions bien là en présence d'une véritable diathèse aussi bien définie que celles qui sont depuis longtemps acceptées.

Dans une série de leçons faites à l'hôpital Lariboisière, sur les ptoses de l'adolescence et de la vieillesse, je faisais voir comment cette diathèse se manifeste dès l'enfance par des troubles qui se multiplient dans l'âge adulte, pour s'exagérer dans la vieillesse.

Nous avons donc bien là le caractère d'une diathèse, qui est une disposition générale en vertu de laquelle un individu est atteint successivement de plusieurs affections locales de même nature.

De ces leçons, la première seule qui servait de préface, et dans laquelle j'établissais l'existence de ce tempérament ptosique, et passais rapidement en revue les différentes ptoses, que je devais étudier séparément, a été publiée dans le *Journal de médecine interne*.

Aussi est-ce avec joie que j'ai accepté aujourd'hui d'être le rapporteur de la Société de Médecine et Chirurgie pratiques, et de profiter de l'occasion qui m'est donnée pour parler devant vous de ce sujet qui a fait depuis longtemps l'objet de mes études, et soumettre à votre discussion mes idées personnelles.

THÉORIE PATHOGÉNIQUE DES PTOSES

En quoi consiste en effet cette diathèse? Quelle est la raison qui préside à la chute de nos organes?

Glénard est le seul qui ait cherché à nous en donner une explication. Celle-ci, malheureusement, me paraît fort discutable.

N'envisageant que la chute de l'intestin et celle du rein, il a pensé qu'un trouble fonctionnel du foie, l'hépatisme, ainsi qu'il le désigne, pouvait jouer dans la genèse de ces ptoses un rôle primordial, amenant une déchéance organique plus ou moins accentuée. C'est à cet hépatisme qu'il rattache encore les troubles névropathiques, dont se plaignent les malades.

Cette hypothèse a conduit notre distingué confrère à des recherches cliniques fort intéressantes, et il nous a donné pour le diagnostic de ces déplacements d'organes, des règles précises d'exploration, qui sont toujours suivies.

Mais sa théorie de l'hépatisme est dans bien des cas tout à fait hypothétique; il est difficile de la comprendre nettement. Et, pour mon compte personnel, je serai très charmé d'entendre notre distingué collègue défendre et développer ses idées devant nous.

Quant à moi, je dois dire que j'ai vu bien des ptosiques dans ma vie; j'ai souvent cherché cet hépatisme, et si je l'ai quelquefois trouvé chez l'homme, à cause de l'alcoolisme si répandu, par contre, chez la femme et surtout chez les jeunes sujets où l'on rencontre le plus de ptoses, le plus souvent je l'ai inutilement cherché. L'âge des ptoses n'est pas, en effet, celui de l'hépatisme. Je suis arrivé ainsi à me convaincre que, quand la ptose existe avec l'hépatisme, il n'y a là qu'une coïncidence, et qu'on ne doit pas, dans ce trouble fonctionnel du foie, chercher la pathogénie de la ptose.

Si, en effet, on peut admettre qu'une lésion du foie détermine des troubles stomacaux, de la dilatation stomacale, de l'Entéroptose du gros intestin, je ne vois pas comment on peut par cette lésion, expliquer un prolapsus rectal de l'enfance, un prolapsus utérin de l'âge adulte, une cystocèle ou des ptoses de l'adolescence, alors que le foie n'est généralement pas malade et n'a pas été éprouvé par les infections et les intoxications.

Bien plus nébuleuse encore est la théorie de l'arthritisme émise par quelques auteurs, qui regardent ces déviations comme le fait d'une viciation primitive des humeurs, viciation congénitale héréditaire, parfois acquises. Contre cette théorie de l'arthritisme, se dresse ce fait que nous trouvons parmi les ptosiques des malades présentant des signes bien nets de lymphatisme.

Je ne me contente pas plus de la constatation faite par quelques-uns de la laxité acquise ou congénitale des appareils suspenseurs, hypothèse qui ressemble trop au fameux : « Voici pourquoi votre fille est muette. »

Il faut donc bien reconnaître que si jusqu'à présent on constatait et admettait l'existence des ptoses, on ne donnait de cette existence aucune explication satisfaisante.

C'est cette explication que j'ai essayé de donner en 1898, m'appuyant sur les faits cliniques et physiologiques.

Que nous enseigne la physiologie à laquelle on doit toujours revenir pour comprendre les faits pathologiques ?

Tous nos organes, toutes les pièces de notre squelette sont maintenus en place par des ligaments fibreux, et l'action des muscles. Mais dans ce rôle de contention, ces deux facteurs ont une part différente et inégale.

La moindre part est sans conteste dévolue au système fibreux.

Il est facile de s'en convaincre en voyant ce qui se passe dans le cas de paralysie infantile, où l'action musculaire disparaît, et où le ligament restant seul pour maintenir les surfaces osseuses devient insuffisant, et les laisse se déplacer.

Une autre preuve est donnée par les prolapsus utérins qui se produisent par le fait d'une déchirure du périnée, nuisant au plancher périnéal musculaire, et où le ligament est insuffisant pour lutter contre l'action de la pesanteur qui fait prolaber l'utérus.

Le ligament est, en effet, un lien faiblement élastique qui ne peut être en état de tension excessive, car le moindre choc le romprait, et qui, par sa nature même, doit à la longue se laisser allonger par toute traction continue, comme est celle de la pesanteur.

Tout autre sera l'action du système musculaire. Le muscle, par le fait de sa structure, de son innervation, de sa contractilité, est un ligament actif, intelligent en quelque sorte, qui modifie sa tension suivant la force à laquelle il doit résister.

Il peut, par suite, en s'adaptant aux mouvements, lutter contre les déplacements des organes autour desquels il est situé.

Les muscles remplissent ce rôle de ligaments actifs, grâce à cette action toute spéciale du système nerveux :

1° Qui les tient dans un état de contraction permanente qu'on appelle le *tonus musculaire*. Ce tonus existe pour tout muscle lisse ou strié; il se manifeste nettement dans l'action des sphincters;

2° Qui préside à cette action coordonnée de plusieurs muscles, nécessaire pour produire tout effort, tout mouvement, toute action coordonnée qu'on désigne sous le nom de *synergie musculaire*.

La paralysie radiale nous montre l'importance de cette synergie musculaire. Les extenseurs étant paralysés, ne faisant plus contre-poids par leur contraction aux fléchisseurs, et ne limitant plus leur action, ceux-ci paraissent ne plus avoir de force et ne peuvent saisir.

Le tonus musculaire et la synergie musculaire sont sous la dépendance du système nerveux.

Il part donc des centres nerveux pour entretenir ce tonus, et cette synergie, un influx continu sans lequel le muscle resterait flasque.

Les centres peuvent donc être comparés à des accumulateurs électriques qui dispensent la force nerveuse. Ces accumulateurs peu à peu se déchargent, ils ont besoin d'être rechargés par la nourriture, le sommeil, le repos.

Mais de même que pour les accumulateurs véritables d'électricité, il existe pour nos accumulateurs, nos centres nerveux, de grandes différences au point de vue de la régularité, de la marche, de la durée du travail. Nous verrons des centres nerveux qui dépenseront leur force nerveuse sur tous les muscles pendant de longues heures sans avoir besoin de repos, tandis que d'autres seront très vite épuisés au moindre effort, auront un influx nerveux par moment insuffisant, et n'arriveront à se recharger, par le sommeil, la nourriture, le repos, qu'incomplètement.

Le tonus musculaire en souffrira, et sur certains points s'affaiblira, ou s'affaiblira d'une façon générale, comme il peut aussi, sur d'autres points, s'exagérer, ou disparaître complètement.

Dans ces conditions le système musculaire jouera mal son rôle de contention.

Les ptoses alors se produisent. Elles portent sur tous les organes que le système musculaire maintient en place.

Du côté des articulations, les surfaces osseuses n'étant plus maintenues par le tonus égal des différents muscles à action opposée, qui les environnent, se déplacent du côté où le tonus reste le plus fort. Ainsi se produiront des genu valgum, des tarsalgies, des scolioles de l'adolescence.

Du côté des organes abdominaux ce défaut dans l'action musculaire va encore se faire sentir.

Ceux-ci ne se déplacent pas et ne subissent pas l'action de la pesanteur qui tend à allonger leurs ligaments, parce qu'ils sont maintenus, tassés les uns contre les autres, se soutenant mutuellement par la pression qu'exercent sur eux les muscles abdominaux en état de tonus.

Ces derniers, par leur disposition, diaphragme, releveur de l'anus, muscles abdominaux, muscles vertébraux, forment en effet une sphère creuse à parois contractiles, dans laquelle se trouvent enfermés les viscères abdominaux.

Que les parois de cette cavité deviennent flasques, que la tonicité des muscles faiblisse, comme nous le voyons dans la vieillesse ou à la suite de certaines grossesses, la tension intraabdominale alors diminue; les organes intraabdominaux tendent à se déplacer.

Mais comme tous les organes subissent les effets de cette compression, celle-ci diminuant, on comprend que plusieurs organes se déplacent en même temps, et ainsi se trouve expliqué ce fait clinique qui avait frappé tant d'auteurs et sur lequel nous insistons particulièrement, la coexistence de plusieurs ptoses abdominales à la fois.

Mais ce n'est pas seulement, avons-nous dit, la fibre striée qui, dans son état normal, est à l'état de tonus perpétuel, et joue ainsi son rôle de contention, mais encore la fibre lisse. L'atonie de celle-ci produira des désordres, qu'on constatera sur tous les organes à parois contractiles, tels que la vessie, l'estomac, l'intestin, les vaisseaux, qui se laisseront plus ou moins distendre par leur contenu, suivant que leurs parois pourront plus ou moins résister à la pression.

Vous voyez d'après cela combien peuvent être variés les troubles qui naissent par l'affaiblissement du tonus musculaire. Cet affaiblissement peut ne porter que sur un groupe de muscles, ou tout l'ensemble des muscles de l'économie; d'où des ptoses locales et une ptose générale.

Ce sont ces troubles, ces désordres multiples généraux, que

l'affaiblissement du tonus musculaire fait naître, qui constituent les ptoses dont nous faisons l'étude ici, et dont nous pouvons, d'après ce que nous venons de dire, donner la classification suivante :

Ptoses viscérales. — Comprenant les chutes des différents organes et principalement des organes abdominaux.

Ce déplacement d'organes se produit soit par insuffisance des moyens de soutien, soit parce qu'organes creux, le tonus des parois contractiles leur fait défaut.

Dans les ptoses par insuffisance des moyens de soutien, se rangent les ectopies rénales (néphroptose), les chutes du foie (hépatoptose), du gros intestin (entéroptose), de la rate (splenoptose), de l'utérus (prolapsus utérin), du rectum (prolapsus rectal), les hernies de toute nature, où vessie et intestin se prolèvent en dehors de la cavité abdominale.

Ce sont là les déplacements les mieux connus, ceux que tout le monde a en vue quand on parle de ptoses.

Dans les ptoses par insuffisance des parois contractiles, doivent être placées les dilatations de l'estomac, les dilatations intestinales, vésicales (cystocèles).

Dans cette même classe, je range encore les ptoses vasculaires qui comprennent les varices, les hémorroïdes, le varicocèle, — ptoses qui sont aujourd'hui acceptées comme telles par beaucoup de médecins : je citerai MM. Edgar Hirtz, Hennequin et Censier.

Les ptoses articulaires comprennent tous les déplacements des surfaces osseuses articulaires par insuffisance dystrophique de leurs moyens de contention musculaire.

Les luxations paralytiques sont les types de ces ptoses articulaires.

Mais j'y range encore la scoliose essentielle de l'adolescence, le genu valgum, la tarsalgie. Cette étiquette donnée à ces lésions soulèvera certainement les protestations de quelques-uns de mes confrères, cependant je n'hésite pas à la donner, car ces lésions me paraissent devoir être considérées comme des ptoses. Indubitablement leur étiologie est la même que celle des ptoses viscérales, et leur coexistence chez le même individu porteur de ptoses viscérales, montre bien qu'elles doivent être rattachées à la même diathèse.

ETIOLOGIE DES PTOSSES

Nous venons de dire que les ptoses étaient dues à une insuffisance du tonus musculaire. Or, celui-ci est insuffisant, soit parce que la fibre musculaire ne reçoit qu'imparfaitement et irrégulièrement l'influx nerveux que nos centres doivent lui envoyer ; soit parce que cet influx arrive bien, mais trouve une fibre musculaire altérée, se contractant mal. Dans ce cas, on pourrait encore faire jouer un rôle au système nerveux, qui tient sous sa dépendance la nutrition des tissus.

Chercher la cause des ptoses, c'est donc chercher la raison de ce mauvais fonctionnement de nos centres.

Or ces raisons sont multiples.

HÉRÉDITÉ

L'hérédité joue sans conteste un grand rôle.

On naît avec des centres fonctionnant mal, et devant toute la vie mal fonctionner. On naît, par suite, avec la prédisposition à la ptose.

J'avais établi ce fait sur ce que j'avais vu des enfants qui dès leur enfance présentaient du prolapsus rectal, plus tard avaient de la dilatation stomacale, encore jeunes des hémorroïdes, des varices, puis de la scoliose; et à l'âge adulte, on les retrouvait avec des hernies de faiblesse, des prolapsus utérins, des reins mobiles.

Dans les antécédents de ces enfants nous retrouvons toujours des tares chez les parents, tares qui donnent la raison de ce tempérament morbide.

En présence d'une scoliose essentielle de l'adolescence, interrogez les parents, et souvent vous trouverez des lésions de la colonne vertébrale soit chez le père, soit chez la mère.

Il en sera de même de la dilatation stomacale, de l'entéroptose, de la tendance au rein mobile.

Luten, Guterbock, Ewald, Ochsle ont noté cette prédisposition congénitale à la néphroptose, à la dilatation stomacale, prédisposition que reconnaissait encore dernièrement Albarran, citant des familles dans lesquelles on voyait se produire sur la mère, la fille ou les deux sœurs une ectopie rénale.

Moi-même j'ai eu à noter ces mêmes accidents sur la mère et la fille, et devant cette prédisposition héréditaire nous trouvons bien la preuve d'une diathèse qui se transmet, ou qui se crée par la faute des parents.

Ainsi les enfants des vieux d'après de nombreux exemples pris dans ma clientèle, me paraissent particulièrement prédisposés à ces ptoses.

Dans plusieurs familles où je connaissais les parents vigoureux de belle santé, j'étais surpris de voir leur descendance présenter des troubles ptosiques. Or, dans ces cas, la seule tare que je relevais du côté des parents était la vieillesse. Ils avaient eu leurs enfants étant âgés.

J'ai cité souvent l'exemple de ce frère et de cette sœur que j'ai soignés de ptoses multiples, dont les parents étaient morts à 80 ans, mais qui étaient tous deux nés alors que le père avait plus de cinquante ans, et la mère près de quarante ans.

Je soigne encore dans ce moment une dame de 70 ans, qui a souffert toute sa vie d'un rein mobile, de dilatation d'estomac et de prolapsus utérin. Cette femme est née d'une mère âgée de 40 ans, d'un père âgé de 60 ans. Les autres frères et sœurs nés bien avant elle, alors que les parents étaient dans la force de l'âge, n'ont rien.

Il en sera de même pour tout enfant naissant de parents fatigués, surmenés par les excès de travail ou les excès vénériens, ou dont la constitution aura été altérée par les infections intérieures ou simplement la misère.

La syphilis, l'alcoolisme, sont les facteurs les plus puissants de cet épuisement, qui ne permet plus aux parents de produire des enfants avec une énergie nerveuse suffisante.

Vous en aurez comme moi la preuve en examinant au point de vue des ptoses, comme je l'ai fait, les enfants naissant dans de pareilles conditions.

TROUBLES NERVEUX CHEZ LES PTOSIQUES

Un autre facteur intervient encore dans la genèse de ce tempérament ptosique.

Les ptosiques sont tous des nerveux présentant des tares bien nettes, héréditaires et individuelles, que trouvera qui voudra se donner la peine de les chercher.

Cette coïncidence des troubles nerveux avec les ptoses a quelque chose de tellement spécial, que c'est sur cette coïncidence que je me suis en partie fondé pour faire rentrer certaines lésions comme la scoliose, la tarsalgie, dans les ptoses.

Comme pour les ptoses viscérales, on relève pour ces lésions les mêmes antécédents héréditaires ; et vous vous trouverez presque toujours en présence d'enfants ayant un passé nerveux bien établi ; enfants d'hystériques, de neurasthéniques, de paralytiques généraux, d'épileptiques.

Il me paraît donc indéniable que le nervosisme joue un grand rôle dans la genèse des tempéraments ptosiques, et ceci vient à l'appui de la théorie que nous soutenons d'une faiblesse primitive des centres nerveux comme cause initiale de la ptose.

Il est facile de constater les troubles nerveux de tout genre que présentent tous les ptosiques, et qui en font des malades absolument particuliers.

Il m'a encore été souvent donné de relever dans les antécédents des ptosiques des troubles chroniques de l'enfance ; j'ai un certain nombre d'observations de reins mobiles où le fait est noté. Mais il a pris pour moi une grosse importance, comme il le prendra sûrement pour vous, quand je vous dirai que j'ai relevé cette chorée surtout dans les antécédents des scoliotiques de l'adolescence. J'ai dans mes observations 35 malades où la scoliose a débuté à la suite de ces accidents choériques — et un certain nombre de ces scolioses ont été suivies, qui ont présenté plus tard du prolapsus utérin et des reins mobiles.

Devant de pareils faits peut-on hésiter à ne pas regarder la scoliose essentielle comme une ptose due à un trouble nerveux, nuisant au tonus et à la synergie musculaire des muscles qui maintiennent la colonne vertébrale droite ?

Je me propose d'ailleurs dans une communication ultérieure de revenir sur ces faits.

Tous les auteurs et M. Glénard en premier ont noté les coïncidences de ces troubles nerveux avec les ptoses viscérales, qu'ils ont seules étudiées. Mais tandis que ceux-ci, avec MM. Glénard, Potain, font provenir les troubles nerveux des ptoses, je crois qu'on doit renverser la proposition, et faire provenir les ptoses des troubles nerveux.

N'avons-nous pas en effet une preuve de l'influence directe du système nerveux dans ces dilatations stomacales survenant à la suite d'un chagrin, d'ennui, de ces paralysies vésicales consécutives à une opération ?

Adoptant cette idée, Albarran l'a développée sous une autre forme lorsqu'il a dit pour le rein mobile que cette ptose était un stigmate de dégénérescence. Les malades, pour lui, doivent donc présenter ces phénomènes d'hystérie ou de neurasthénie sur lesquels nous insistons.

Les faits abondent pour démontrer ce rôle du système nerveux dans la genèse des ptoses.

CAUSES AGISSANT DIRECTEMENT SUR L'INDIVIDU

Si l'hérédité donne pour moi d'une façon incontestable la prédisposition aux ptoses, il faut bien savoir que celle-ci pourra être enrayée et ne pas se manifester, ou ne se manifester que tardivement par une bonne hygiène, un traitement approprié, comme au contraire, elle se manifestera, sera développée et accentuée par certaines causes adjuvantes.

La misère, le surmenage, la mauvaise nourriture, le travail exagéré, le manque de sommeil, le défaut d'exercice musculaire, en somme tout ce qui débilite l'individu, et par suite débilite son système nerveux et musculaire, précipite l'apparition de ces ptoses.

ROLE DES INFECTIONS

Dans ce même ordre d'idées agissent encore nettement les infections. Elles jouent pendant l'enfance un rôle primordial, sur lequel je n'ai pas vu encore suffisamment insister.

Pendant l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte, c'est presque toujours à la suite d'une maladie grave qu'on voit une ptose survenir.

J'ai relevé avec soin les antécédents de toutes les scoliozes que j'ai eu à soigner, et dont le nombre aujourd'hui s'élève à 158, et j'ai trouvé 99 fois la scarlatine, 15 fois la rougeole et 5 fois la fièvre typhoïde comme le point de départ de ces scoliozes, qui avaient débuté dans la convalescence de ces infections. La coqueluche, les affections du poumon ont été par Kirmisson, signalées comme origine de ces déviations de la colonne vertébrale. Cependant, dans mes observations, cette cause m'a paru moins fréquente que mon distingué collègue ne le dit.

J'ai en 1893 signalé au congrès de chirurgie des prolapsus utérins

se produisant chez les vierges dans la convalescence de fièvre typhoïde.

En interrogeant des ectopies rénales, que de fois il m'a été facile de faire dire aux malades qu'à la suite d'une grave infection grippale, typhique, scarlatineuse, elles avaient maigri, avaient eu une convalescence pénible dans laquelle elles avaient été très faibles, et que c'est en effet à partir de cette époque qu'elles avaient commencé à souffrir de leur rein !

Dans ces cas, on est en droit d'admettre que dans cette infection générale, le système nerveux a été touché par des toxines, et qu'il en est résulté une dystrophie générale ou partielle, cause de ces ptoses.

Chez les ptosiques on trouve souvent de la tuberculose. Est-ce à dire que la tuberculose agisse pour produire les ptoses? Comme maladie infectieuse, elle produit en effet des troubles dystrophiques, et les ptoses peuvent survenir dans ces conditions.

Mais il faut bien savoir que le tempérament ptosique donnant naissance à des ptoses vasculaires, d'où résultent sur certains points de l'économie, aux extrémités principalement, des stases veineuses et lymphatiques, crée des conditions éminemment favorables au développement de la tuberculose. Celle-ci serait donc plus souvent la conséquence du tempérament ptosique, que la ptose ne relèverait d'elle.

INFLUENCE DU TRAUMATISME

Le traumatisme peut, dans quelques cas, être la cause occasionnelle qui, chez une prédisposée, fait apparaître la ptose.

Cette cause a été relevée dans nombre d'observations. Pour les hernies de force, elle est indiscutable et admise par tous.

Pour les ptoses viscérales, on l'admet également dans un certain nombre de cas.

A la suite d'une chute d'un lieu élevé le corps restant droit, et les talons supportant le poids du corps, on a vu se produire des déplacements du rein, de l'utérus.

Chez des sujets amaigris dont le système musculaire souffre, on a vu encore se produire des ptoses à la suite d'un simple effort de toux, de vomissement, de défécation.

M. Brault dans son article sur l'ectopie rénale en cite des exemples.

Le prolapsus rectal apparaît souvent à la suite d'un effort, de même voit-on sous l'influence de l'effort le prolapsus utérin augmenter.

Mais encore une fois, dans ces cas, l'effort n'est que la cause occasionnelle de l'apparition d'une ptose préparée par des troubles antérieurs.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE

Comme cause occasionnelle chez la femme, la grossesse et l'accouchement jouent un grand rôle.

Par les infections qui peuvent succéder à la grossesse, dans lesquelles le système nerveux peut être touché, celle-ci pourra provoquer des ptoses.

Mais c'est surtout par suite des modifications qui se produisent sur la sangle abdominale pendant la grossesse par le fait de la distension de cette sangle qui ne reprend pas après l'accouchement sa tonicité antérieure, par le traumatisme que subit le releveur de l'anus au moment de l'accouchement, par cette destruction fréquente plus ou moins complète du plancher périnéal résultant de la déchirure de la vulve, que la grossesse devient une cause productive de ptoses.

Pour le prolapsus utérin, pour la cystocèle, ptose de la paroi inférieure de la vessie, pour la rectocèle, ptose de la paroi antérieure du rectum, la chose est indiscutable, et avec Trélat, Duplay, Chaput, Bouilly, nous avons surabondamment démontré le fait.

L'influence de la grossesse a été plus discutée pour les autres ptoses abdominales.

Linder, Braùt faisant remarquer que le rein mobile entre autres se voyait chez l'homme, et autant si ce n'est plus chez les nullipares (1), arrivent à nier l'influence de la grossesse.

C'est aller trop loin. Les hommes, de même que les nullipares qui présentent des ectopies rénales ont une sangle abdominale insuffisante, maintenant mal les viscères abdominaux ; et si cette insuffisance peut se produire en dehors de la grossesse, cela ne veut pas dire que celle-ci par son action dystrophique ne puisse être cause des ptoses, qui ne se seraient pas produites sans cette cause adjuvante.

On ne saurait encore nier l'influence de la grossesse sur la production de ces ptoses vasculaires, les varices, qui se développent pendant son cours.

Il est d'ailleurs à remarquer que tous ces troubles ptosiques de la grossesse ne se produisent que grâce à une prédisposition.

Si, dès la première grossesse, vous voyez des femmes ayant une paroi abdominale tout à fait flasque, par contre il existe des femmes, des familles où des grossesses peuvent se succéder, et où il ne se produit après ces grossesses aucune tendance au relâchement de la paroi, ni aux chutes d'organe. Dans ce cas, les muscles abdominaux comme le releveur retrouvent après l'accouchement leur tonicité normale, et accomplissent normalement leurs fonctions.

(1) Linder donne comme statistique de l'ectopie rénale 24 nullipares, 20 primipares, 30 multipares ; Küttner donne 40 nullipares, 10 primipares, 44 multipares.

INFLUENCE DU SEXE

Les ptoses se constatent sur l'homme, comme sur la femme. Cependant la femme à cause de l'accouchement, de sa vie plus sédentaire, moins apte à développer le système musculaire, de son tempérament nerveux plus développé, fournit le plus grand nombre des ptoses que nous avons à soigner, surtout quand il s'agit des ptoses abdominales.

Toutefois la proportion exacte est difficile à établir. Chaque sexe possède en effet des ptoses qui lui sont spéciales. Si la femme a le prolapsus utérin, l'homme a le varicocèle, l'allongement du scrotum; mais en dehors de ces ptoses absolument spéciales, il est à remarquer que l'homme a le pas sur la femme pour certaines ptoses, tandis que la femme l'a sur l'homme pour d'autres.

Par exemple, si on trouve la dilatation d'estomac chez l'homme et la femme, mais encore plus chez la femme (Delbet), il est incontestable que la femme est plus sujette aux autres ptoses viscérales.

C'est chez elle qu'on a noté l'hépatoptose, où la pression du corset peut être invoquée pour expliquer cette descente du foie, dans un abdomen d'ailleurs mal soutenu par les muscles abdominaux.

L'ectopie rénale qui se voit bien chez l'homme est également bien plus fréquente chez la femme, puisque Landau nous donne 275 ectopies rénales chez la femme, pour 41 chez l'homme; Kuttner 584 ectopies rénales chez la femme pour 82 chez l'homme. Bruhl réunissant toutes ces statistiques trouve 1,028 ectopies chez la femme et 148 seulement chez l'homme.

L'Entéroptose est également plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

D'après Delbet, le prolapsus rectal, résultant également d'une faiblesse du périnée et d'une faiblesse du releveur, serait un peu plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Par contre, les hernies de force, comme de faiblesse, se voient dans une proportion bien plus grande chez l'homme que chez la femme.

Celle-ci cependant est plus sujette aux scoliozes essentielles de l'adolescence, les seules que nous étudions ici; B. Roth compte 185 scoliozes chez la femme sur 200 cas observés; Kœlliker donne la proportion suivante: 577 chez la femme et 144 chez l'homme.

Par contre, l'homme paraît plus disposé aux ptoses vasculaires. Briquet considérait que la proportion des varices était 3 fois plus forte chez l'homme que chez la femme.

AGE DES PTOSIQUES

Le tempérament ptosique se manifeste dès la naissance. On naît ptosique, et on peut relever chez les enfants tous les stigmates qui peuvent faire pronostiquer les malaises dont ils souffriront plus tard.

Les enfants disposés aux ptoses ont de bonne heure des dilatations stomacales; des prolapsus de la muqueuse rectale dus à une insuffisance du sphincter anal; ils ont des tissus mous, un scrotum allongé comme dernièrement le signalait Broca.

Ils sont sujets aux engelures dues à des ptoses vasculaires, dont on se rend aisément compte en regardant les mains violacées, sur lesquelles elles se développent.

Chez ces enfants, très souvent on trouve des hernies congénitales, des ectopies testiculaires, résultant d'un arrêt de développement avec lequel coëxiste toujours une faiblesse congénitale éminemment favorable aux ptoses. Il est d'ailleurs à remarquer que dans les antécédents héréditaires de ces arrêts de développement, on retrouve les mêmes causes que nous avons relevées dans les antécédents des ptosiques. Ceci vient encore à l'appui de l'idée que nous soutenons, que la diathèse ptosique est due à une sorte de faiblesse congénitale des centres nerveux.

Pendant l'adolescence, nous relevons surtout les ptoses articulaires, telles que la scoliose, le genu valgum, qui, je le répète, sont pour moi des affections ptosiques au premier chef, recevant, ainsi que je m'efforce de le démontrer, d'un trouble musculaire.

Prenez en effet l'étiologie du genu valgum, vous verrez que cette affection se développe chez les enfants qu'on fait travailler trop jeunes, chez de jeunes bouchers, des palefreniers. Ce sont des enfants qui ont grandi vite, mais dont les muscles ne sont pas encore complètement développés.

Courageux ou par nécessité, ils font une trop forte dépense d'influx nerveux pour suppléer à leur insuffisance musculaire, et il arrive un moment où il n'en reste pas assez pour maintenir la tonicité et la synergie musculaire, qui empêche les surfaces osseuses de se dévier. Celles qui se dévient sont celles qui travaillent le plus, celles du genou, de la colonne vertébrale; il se produit des *genu valgum*, de la tarsalgie, de la scoliose chez les filles.

Le *genu valgum* vient chez les bouchers parce que, portant un lourd panier sur la tête, pour augmenter leur base de sustentation, ils écartent les jambes, et font alors travailler leurs muscles adducteurs qui s'opposent aux déplacements du genou en dedans. Ceux-ci devenant insuffisants, le ligament n'étant plus soutenu, cède, l'os se déplace et par le fait de cette loi qu'on peut facilement établir par les faits physiologiques, *l'os déplacé pendant l'accroissement se déforme*, sa forme s'adaptant à sa nouvelle position.

C'est, comme on le voit, le rajeunissement de la théorie musculaire que Duchesne, de Boulogne, avait émise pour le *genu valgum*.

Pour la tarsalgie, nous avons encore comme sujets des enfants, des adolescents qui sont obligés de se tenir longtemps sur leurs jambes et de faire travailler les muscles extenseurs, fléchisseurs, adducteurs et abducteurs pour maintenir le pied, et l'empêcher de se dévier soit à droite soit à gauche. Là, l'action synergique

des muscles est évidente, nécessaire. Mais, cette action synergique ne peut se maintenir que si le tonus de tous les muscles peut se contrebalancer. Que la tonicité d'un muscle disparaisse, diminue, le muscle opposé devient prépondérant et fait dévier le pied. C'est ce qui se produit dans la tarsalgie, où tous ces troubles fonctionnels musculaires se comprennent d'autant plus facilement qu'ils sont sous la dépendance de troubles nerveux ; la tarsalgie étant une maladie nerveuse ainsi que je l'ai établi chez des malades présentant des troubles hystériques. (Congrès de Chirurgie, 1898.)

La scoliose essentielle de l'adolescence est encore pour moi une affection relevant de troubles musculaires analogues, et due à ce que les muscles vertébraux qui, situés de chaque côté de la colonne vertébrale, la maintiennent droite par leur action opposée, se contrebalançant, d'un côté faiblissent. L'action synergique ne se faisant pas d'une façon égale, la colonne vertébrale se dévie.

Le fait que la scoliose essentielle, celle de l'adolescence, est souvent précédée de troubles choréiformes, come je l'ai noté, ou qu'elle se développe surtout chez les jeunes filles au moment de la formation des règles, lorsqu'il se produit des troubles du côté du système nerveux, et que la préparation de cette fonction semble empêcher celui-ci de veiller au bon fonctionnement du reste de l'économie, vient à l'appui de la théorie que nous soutenons.

Nous aurons encore la preuve que ces lésions sont bien de nature ptosique, en suivant dans la vie ces malades, et en les voyant nous donner le plus grand contingent des ptoses viscérales, ectopies rénales, hépatoptoses, prolapsus utérins, qui se développeront dans l'âge adulte, de 20 à 40 ans.

C'est l'âge où toutes ces ptoses se succèdent en effet chez la femme. Aux accouchements, la ptosique se révélera quelquefois par la facilité à accoucher presque sans douleur. Mais elle se révélera surtout par la flaccidité du ventre qui succède à l'accouchement, par son atonie utérine, qui la dispose aux hémorrhagies *post partum* aux rétentions de débris placentaires, à la subinvolution utérine, due à ce que l'utérus ne revient pas sur lui-même par défaut de tonicité utérine. L'utérus mal soutenu par le releveur se prolatera en arrière ; rétroversion (premier degré du prolapsus) ; puis il s'abaissera, et si la vulve est déchirée, si le plancher périméal, comme je l'ai dit plus haut, fait défaut, la descente s'effectuera plus ou moins rapidement.

C'est encore l'âge des varicèes, des hernies, et, chez l'homme, du varicocèle.

INFLUENCE DE LA SÉNILITÉ

Avec la sénilité, toutes les ptoses s'accroissent, ptoses de l'adolescence, de l'âge adulte, ptoses articulaires, ptoses viscérales, ptoses vasculaires. Vous pouvez vous en rendre compte en prenant chaque ptose en particulier.

La scoliose qui avait progressé pendant l'adolescence (lorsque

la musculature encore faible était en voie d'accroissement), et s'était arrêtée pendant l'âge adulte, au moment où la force musculaire est à son apogée, va, la sénilité arrivant, les dégénérescences séniles des muscles se produisant, augmenter. C'est alors que les tailles s'affaissent et se déforment à l'extrême ; et je trouve là un argument de plus à faire valoir pour la théorie musculaire de cette affection.

Il en est de même du *genu valgum* ; celui-ci se développe dans l'adolescence, pendant l'âge adulte il reste le plus souvent stationnaire, et dans la vieillesse, ainsi que j'ai pu le constater sur huit malades, le *genu valgum* comme la scoliose s'accroît.

Il en est encore de même pour le prolapsus utérin. C'est aux approches de la sénilité, vers 50, 60 ans, que l'utérus se prolabe de plus en plus, et opérant sa descente finit par faire hernie hors de la vulve.

C'est l'âge également des belles éventrations, des hernies perdant le droit de domicile, des varices, des grands prolapsus rectaux.

Le développement de toutes ces lésions au moment la sénilité frappe le système nerveux, où les muscles s'atrophient et subissent la dégénérescence graisseuse, montre bien l'influence des lésions du tonus musculaire, fatalement insuffisant à cet âge, sur la production de ces ptoses.

ASSOCIATION DES PTOSES. — ASPECT DES PTOSIQUES.

Nous avons à plusieurs reprises insisté sur ce fait que les ptoses sont exceptionnellement isolées.

Tous les auteurs ont été frappés de ce fait. Glénard, Bouchard, Mathieu, Tuffier, Thiriar, Landau.

Nous ne verrons jamais ou que très rarement une ectopie rénale sans trouver une dilatation stomacale, souvent de l'Entéroptose. Glénard disait toujours, Ewald et Seuator quelquefois, souvent un prolapsus utérin plus ou moins accentué depuis la rétroversion, jusqu'à la ptose complète.

Vous trouverez encore si vous portez vos recherches de ce côté, une colonne vertébrale scoliotique, des varices.

Or, la coexistence de ces ptoses articulaires, vasculaires sur lesquelles j'insiste, ruine toutes les théories données pour expliquer autrement que par une diathèse générale, cette association de ptoses.

C'est ainsi que Glénard admettait que le rein mobile était entraîné par la chute du gros intestin, primitive. Mais on a objecté que le rein mobile pouvait exister sans Entéroptose.

Landau, Knapp admettent encore que le prolapsus utérin entraînerait la mobilité du rein. Pour Knapp, dans les prolapsus utérins, il y aurait tiraillement des uretères, et par suite retentissement sur le rein.

Mais j'ai vu l'ectopie rénale sans prolapsus utérin, et par contre des prolapsus utérins très complets sans ectopies. Toutes ces théories naissent de l'examen d'un cas particulier, et tombent si on tient compte de l'ensemble des faits.

En faveur encore de l'idée qu'il existe là une diathèse générale, vient l'habitus particulier des ptosiques.

Ceux-ci ont en effet un aspect caractéristique, qui me fait faire souvent devant mes élèves le diagnostic à distance.

Le type de la ptosique femme est une femme maigre brune, le plus souvent grande, aux yeux noirs brillants, peu musclée, très nerveuse, ayant les pleurs et le rire faciles, femme souvent intelligente, très artiste, donnant à première vue l'impression que la lame use ici le fourreau.

Cependant toutes les porteuses de ptoses ne répondent pas à ce signalement.

A côté de la ptosique arthritique nerveuse existe la ptosique lymphatique nerveuse molle à tissus gras, ayant des végétations adénoïdes, des hypertrophies amygdaliennes, des engelures, ayant peu de ressort, se laissant abattre par le plus petit malaise, et que le médecin est obligé de remonter.

Tandis que la première sera prédisposée aux manifestations hystériques, la seconde au contraire aura plus de tendance à la neurasthénie.

TROUBLES STOMACaux CHEZ LES PTOSIQUES

On peut dire, sans crainte de se tromper, que presque tous les ptosiques ont des troubles stomacaux. J'ai recherché ces troubles dans toutes les variétés de ptoses que je vous ai signalées, et je les ai constamment trouvées, quelle que fût la ptose.

Dans les ptoses viscérales, ainsi que nous l'avons dit au début, cette coïncidence de troubles stomacaux avec les ptoses est tellement fréquente, que tous les auteurs qui se sont occupés de la question, l'ont signalée (Glénard, Bouchard, Mathieu, Landau, Albarran, Tuffier, etc.).

Avec l'aide de mon ami, M. Loiseau, pharmacien et chimiste distingué, et de mon interne en pharmacie, M. Driget, j'ai fait faire l'analyse du suc gastrique de 19 femmes atteintes de ptoses multiples, scoliose, rein mobile, prolapsus utérin, éventration; cette analyse était faite après un repas d'épreuve pris le matin à jeun. Or, j'ai trouvé dix fois une dilatation stomacale atonique avec plus ou moins d'hypochlorhydrie; trois fois, j'ai trouvé un excès d'acide lactique dû à des fermentations dans des estomacs qui se vidaient incomplètement; trois fois, l'examen m'a révélé de l'hyperchlorhydrie chez des malades présentant des douleurs gastralgiques, et deux fois la présence de globules sanguins dans le liquide a fait soupçonner un ulcus rodens.

Cette lésion ne doit pas nous surprendre, si nous rappelons que les ptosiques sont d'après nous des nerveux, et que l'ulcère de l'estomac relève lui-même du nervosisme ; trois fois seulement l'analyse paraissait normale.

Ces résultats sont d'ailleurs concordants avec ceux qu'on a signalés dans l'ectopie rénale. Verhoogen et Godard avaient noté avec cette affection la coïncidence des dilatations stomacales, par atonie, avec hypochlorhydrie, tandis que Mathieu avait attiré particulièrement l'attention sur ces crises gastralgiques avec hyperchlorhydrie, et sur ces crises de vomissements, que présentent quelques femmes atteintes de rein mobile.

Dans les ptoses articulaires, telles que le genu valgum, la scoliose essentielle, les luxations liées aux paralysies infantiles, les troubles stomacaux sont également la règle ; et, dans ces cas, on a affaire, surtout d'après mes observations personnelles, à la dilatation stomacale par atonie, avec plus ou moins d'hypochlorhydrie.

Il y a d'ailleurs longtemps que ces troubles avaient frappé tous les auteurs qui se sont occupés de ces déviations articulaires. C'est de cette constatation qu'est née cette théorie du rachitisme tardif, pour expliquer tout ce que nous regardons aujourd'hui comme ptoses ; or, ce rachitisme tardif dériverait d'une mauvaise alimentation due à un estomac et un intestin fonctionnant mal. C'est la théorie qu'a soutenue Lorenz, à laquelle s'est rallié M. Kirmisson. Qu'il existe en effet des scoliozes rachitiques chez les enfants, je ne le conteste pas ; mais je crois que pour la scoliose essentielle, pour le *genu valgum*, ce rachitisme tardif, mystérieux, ne se manifestant que sur un seul point de l'économie, est une de ces explications obscures qui n'expliquent rien.

La théorie du rachitisme se heurte d'ailleurs contre ce fait que c'est à la suite d'infections graves, où la moelle a pu être touchée, tout au moins fonctionnellement que ces ptoses articulaires apparaissent, et que c'est consécutivement à l'apparition de troubles névropathiques, tels que manifestations choréiques, manifestations hystériques, qu'on les constate.

La théorie névro-musculaire, que j'ai développée, peut seule répondre à tous ces faits.

Quoi qu'il en soit nous trouvons encore dans la présence de ces mêmes troubles stomacaux, dans les ptoses viscérales aussi bien que dans les ptoses articulaires, un lien qui doit servir à les rapprocher, et à les rattacher à la même cause générale, qui fait apparaître en même temps atonie stomacale et ptoses articulaires ou viscérales.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE (SEIDEL.)

L'auteur distingue deux périodes : dans la première le gonococque est localisé à la superficie de la muqueuse ; dans la seconde il a pénétré plus profondément dans les tissus.

Dans la première période, M. Seidel emploie les antiphlogistiques et la morphine pour calmer la douleur.

Dans la deuxième période, on s'attaque au catarrhe urétral et à l'action bacillaire.

Selon que le siège de la blennorrhagie est dans l'urètre postérieur, on fait des injections avec une seringue ou au moyen d'un cathéter. On emploie actuellement les solutions suivantes :

Nitrate d'argent.....	0,02 à 0,05 p. 100
Salicylate de soude.....	5 " "
Résorcine pure.....	2 à 3 "
Hydrate de chloral.....	2 " "
Sulfate de quinine.....	1 " "
Acide borique.....	3 " "
Créosote,.....	0,2 " "
Sublimé.....	0,005 " "

On emploie pour l'action directe contre le développement du gonococque les solutions suivantes.

Hypermanganate de potasse....	0,02 p. 100
Sulfate ou acétate de zinc.....	0,2 à 0,5 "
Tanin.....	0,2 à 0,5 "
Nitrate d'argent.....	0,02 à 0,05 "

On associe au traitement local les balsamiques à l'intérieur.

M. Seidel conseille d'employer la même méthode de traitement dans l'endométrie blennorrhagique de la femme.

Il pratique des injections intra-utérines au moyen d'un petit tube élastique de 5 centimètres introduit dans la cavité utérine à l'aide d'une pince.

Le traitement de l'épididymite est le suivant : repos au lit, compresses froides, vessie de glace, emplâtre de Friek

Le traitement de la *blennorrhagie chronique* est exclusivement local.

Bien déterminer le siège de la blennorrhagie et appliquer les substances astringentes ou antiseptiques. Introduction progressive de sondes s'il y a lieu.

La blennorrhagie chronique utérine est traitée de la même manière : astringents et antiseptiques liquides, ou incorporés dans des suppositoires.

Finger traite la prostatorrhée par l'iode et la chaleur.

Introduire dans le rectum, matin et soir, des suppositoires, selon la formule suivante :

Iodure de potassium.....	2 gr.
Iode pur.....	0 » 05
Extrait de belladone.....	0 » 02
Beurre de cacao.....	q. s.

pour 10 suppositoires.

TRAITEMENT DES ÉPITHÉLIOMAS CUTANÉS PAR L'ACIDE ACÉTIQUE CRISTALLISABLE (GUICHOT.)

L'acide acétique a eu une certaine vogue à un moment donné dans le traitement des épithéliomas, et en 1890 notamment, le D^r Arhazan, de Bordeaux, a cité un bon nombre de faits très encourageants pour l'emploi de cette médication, et son élève, le D^r Rouzier, a étudié cette question dans sa thèse avec des faits assez nombreux. Depuis, ce médicament est tombé dans l'oubli. M. le D^r Guichot vient de citer dans sa thèse un bon nombre de nouveaux cas montrant qu'il pouvait être fort utile à la condition qu'on choisit les cas et qu'on employât l'acide acétique pur, c'est-à-dire cristallisable.

L'acide acétique doit être réservé au traitement des épithéliomas cutanés; il a rendu des services incontestables dans le traitement des épithéliomas superficiels, à marche lente, à tendance destructive peu marquée, sans retentissement ganglionnaire, c'est-à-dire contre l'épithélioma à forme verruqueuse, contre les kératomes séniles, contre l'ulcère rongé et contre l'épithélioma plan cicatriciel. Mais il aura des résultats moindres, sans être absolument contre-indiqué, dans les épithéliomas profonds à allure envahissante, avec engorgement ganglionnaire, dans les épithéliomas récidivés, enfin, dans les épithéliomas marginaux, lorsqu'ils s'étendent à la muqueuse et qu'ils acquièrent de ce chef une malignité désespérante.

La méthode est simple : elle consiste à badigeonner l'ulcération épithéliomateuse avec un pinceau trempé dans l'acide acétique concentré. Une seule application suffit dans les formes bénignes, et dont la lésion est très peu étendue, mais, dans la plupart des cas, les badigeonnages doivent être répétés tous les deux jours ou même tous les jours. La fréquence du traitement ne constitue pas un inconvénient bien grave, car la présence du médecin n'est pas indispensable. Le malade peut faire le badigeonnage lui-même, ou le faire pratiquer par une personne de son entourage. D'ailleurs, la douleur qui suit chaque application est peu intense et il n'est pas à craindre que le malade interrompe pour cette raison le traitement. De plus, il n'y a pas de danger bien grand à confier ce topique au malade : l'odeur forte qu'il exhale met facilement en garde contre l'empoisonnement, qui d'ailleurs ne présente pas une gravité bien grande.

Le badigeonnage suffit; étant donné la facilité avec laquelle ce

topique pénètre les tissus, on peut espérer que les racines du mal seront atteintes; par conséquent, il semble inutile de faire des injections dans la tumeur elle-même ou dans sa périphérie. Tout au plus, dans les cas d'épithéliomas végétants, pourrait-on, afin d'agir d'une façon plus rapide, combiner les deux méthodes, et pratiquer des injections interstitielles en même temps que des applications externes.

Pour favoriser l'action du topique, il importe, avant toute application, de débarrasser la lésion épithéliomateuse de la croûte qu'elle recouvre presque toujours. Un cataplasme, un pansement humide suffit; et on étend l'acide acétique sur cette surface bourgeonnante, ainsi mise à nu. Il est important de badigeonner, autour du bourrelet qui limite l'ulcération, une étendue de quelques millimètres afin de détruire les fusées néoplasiques qui pourraient s'y trouver. Les parties touchées deviennent immédiatement blanches, le malade accuse une sensation de fourmillement plus ou moins désagréable, mais durant cinq minutes au maximum, et la douleur n'est jamais assez intense pour motiver l'emploi préalable d'une solution de cocaïne. Bientôt, la zone limitante devient rouge, mais ne s'enflamme jamais d'une façon sensible, tandis que l'ulcération se recouvre d'une croûte jaunâtre. Pour empêcher cette croûte de devenir adhérente, et rendre plus faciles les applications ultérieures du caustique, il faut recommander au malade d'enduire souvent la lésion avec une pommade antiseptique ainsi formulée, soit :

Turbith minéral	2 grammes
Vaseline	20 grammes

Jamais l'application du caustique n'a été suivie d'hémorragie; au contraire, le suintement sanguin qui accompagne si souvent la chute de la croûte s'est arrêté immédiatement sous son influence. Ce fait n'a rien d'étonnant; les propriétés styptiques de l'acide acétique sont connues depuis longtemps et l'ont fait préconiser contre les hémorragies capillaires presque à l'égal du perchlorure de fer.

Dès les premières applications, l'amélioration devient sensible: le malade accuse une diminution très notable de la douleur à peu près continue qui le tourmentait auparavant et empêchait tout sommeil réparateur. Ce fait-là est connu depuis longtemps: l'acide acétique avait été d'abord préconisé contre les douleurs cancéreuses que la morphine était impuissante à calmer.

En même temps, la suppuration diminue, l'odeur se dissipe, la cicatrisation se fait progressivement et la cicatrice, blanche, souple, se distingue difficilement du tissu voisin.

La durée du traitement est variable; la guérison a été obtenue dans un espace de temps qui a varié de un à deux mois avec des badigeonnages répétés tous les trois jours. Il convient, avec ces attouchements, de garantir la conjonctive ou la muqueuse nasale du contact des vapeurs acétiques au moyen d'un tampon sec ou humide pendant la durée de l'application.

(*Jour. de méd. et de chir. pratiques.*)

UN NOUVEL ANALGÉSIQUE : L'ANTIKAMNIA

Tout médicament nouveau, destiné à combattre l'élément douleur, est bien accueilli par le médecin; c'est ce qui s'est produit pour l'*antikamnia*.

Les anciens analgésiques sont abandonnés depuis longtemps ou réservés à des cas bien déterminés; ils ont le grave inconvénient de produire rapidement l'accoutumance, de ralentir les échanges et surtout d'affaiblir l'action cardiaque.

Les autres analgésiques préconisés pendant ces vingt dernières années, dont l'antipyrine est le type, n'agissent qu'à doses massives et n'ont pas le plus souvent une action sédative suffisante. C'est ainsi qu'ils sont sans action sur les névrites aiguës; ce sont plutôt des antipyrétiques que des analgésiques proprement dits.

Tel n'est pas le cas de l'*antikamnia* dont l'action anodine, tout en étant sûre et immédiate, n'exerce aucun effet déprimant sur les fonctions vitales essentielles et notamment sur le cœur.

Lorsqu'on emploie l'opium, la morphine, la codéine, les bromures, le chloral ou la phénacétine, il faut constamment augmenter les doses ce qui est un inconvénient dans les affections de longue durée; grâce à l'*antikamnia*, le médecin peut obtenir des effets sédatifs immédiats sans produire l'accoutumance et surtout sans craindre les accidents toxiques qui sont souvent plus dangereux que le mal lui-même.

L'*antikamnia* présente en outre l'avantage d'agir d'une façon efficace dans toutes les pyrexies, quelle qu'en soit la durée; les nombreuses observations recueillies démontrent qu'on peut, avec ce médicament, obtenir un notable abaissement de la température dans les affections aiguës, notamment dans la fièvre typhoïde, la bronchite tuberculeuse et les maladies éruptives, tout en améliorant les symptômes généraux et en faisant disparaître l'élément douleur.

Dans les variétés si nombreuses de céphalalgies, dans les migraines, même la migraine ophthalmique, l'*antikamnia* apporte un soulagement durable.

Mais c'est surtout dans les névrites rebelles, dont la sciatique constitue le type, que ce médicament est précieux; on peut l'employer pendant longtemps sans inconvénients et la guérison s'obtient dans des cas qui avaient été rebelles aux traitements ordinaires.

Enfin l'*antikamnia* est indiqué dans la goutte et le rhumatisme articulaire ou tout au moins dans les périodes aiguës de ces affections; dans ces cas, il est infiniment supérieur au salicylate de soude, à la quinine et à la phénacétine.

Nos confrères nous sauront certainement gré d'avoir appelé leur attention sur ce nouveau médicament qui met à la disposition du médecin un agent thérapeutique dont l'indication se présente

chaque jour puisqu'il combat d'une façon certaine le plus redoutable des symptômes : la douleur.

L'antikamnia se prescrit sous la forme de petites tablettes comprimées (de 0,30 grammes); la dose quotidienne pour les adultes varie de 6 à 8 suivant les cas; chez les enfants on peut l'employer sans crainte à la dose de 3 tablettes par jour.

FORMULAIRE

Pastilles contre la migr ine.

(SCHLUTINS.)

Phénacétine.....	0 gr. 5
Caféine et salicylate de soude.....	0 gr. 015
Chlorhydrate de quinine.....	0 gr. 2
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 00
Saccharine.....	0 gr. 001

pour une pastille. On peut les recouvrir de chocolat pour masquer le goût.

Contre l'aménorrhée.

HERZEN.

Aménorrhée de la chloro-anémie :

Acide arsénieux.....	0 gr. 10
Fer réduit.....	0 gr. 50
Extrait de noix vomique	1 gr. 10
Aloès.....	3 à 5 gr.

p. 100 pil.; 3 par jour avant les repas.

ou :

Poudre de sabine)	
rue ..)	à 0 gr. 05 cent.
safran)	
aloès.)	
absinthe)	
Fer réduit.....	à 0 gr. 15 cent.

p. 1 cach.; 2 cach. par jour.

ou :

Permanganate de)	
potasse.....)	à 0 gr. 15 cent.
Kaolin.....)	
Vaseline.....	q. s.

p. 1 pil.; 3 par jour.

Traitement de l'Herpès génital.

(LUTAUD.)

Saupoudrer les petites ulcérations avec de la poudre de bismuth, ou toute autre poudre minérale. Si ces ulcérations tendent à persister, on les touche soit avec une solution très faible, contenant 4 à 8 décigrammes de nitrate d'argent pour 20 grammes d'eau, soit avec une pommade renfermant la même

proportion de sel d'argent pour 20 grammes de vaseline. — Dans le but de prévenir les récives, on interpose entre les muqueuses de l'ouate sèche ou imbibée de substances toniques et astringentes. — Comme traitement général, dans les cas d'herpès idiopathique, on administre un laxatif léger. — Alimentation non excitante, abstinence d'alcool.

L'auteur préconise encore le glycérol au naphтол :

Naphтол β.....	1 gramme.
Alcool camphré....	2 grammes.
Glycérine.....	10 —

que l'on emploie pour le pansement des plaies à la campagne.

Dans la dacryocystite, la blennorrhagie, il conseille la préparation suivante :

Naphтол β	0 gr. 50.
Alcool à 90 deg.	q. s. pour dissoudre.
Glycérine à 30°...	22 grammes.
Eau.....	250 grammes.

Anesthésie locale par la cocaïne et l'adrénaline.

(E. FOISY.)

D'après l'auteur, l'adjonction de quelques gouttes d'adrénaline à une solution de cocaïne donnerait une anesthésie réelle et prolongée.

Cette méthode s'applique surtout à l'anesthésie des tissus enflammés. La solution qui a donné les meilleurs résultats est la suivante : Solution de cocaïne au 1/200 10 cc. Solution de chlorhydrate.

d'adrénaline au 1/1000 .. X goutt. Cette solution peut être préparée à l'avance et stérilisée en tubes scellés ou faite au moment de s'en servir en ajoutant à 10 grammes d'une solution de cocaïne au 1/200 les X gouttes d'adrénaline. Cette solution peut être employée en totalité ou en partie selon le nombre,

l'étendue, la profondeur des incisions à pratiquer.

Pour certains cas spéciaux nous avons modifié cette formule.

a) S'il est nécessaire de faire de très larges incisions ou d'extirper du tissu morbide (extirpation d'antrax, ablation d'adénites suppurées), on pourra employer en totalité le mélange suivant :

Solution de cocaïne
au 1/200 20 à 25 cc.

Solution d'adrénaline au 1/1000..... XIII à XV gout.
b) S'il s'agit d'ouvrir un panaris

ou un furoncle particulièrement douloureux, pour éviter la distension des tissus, employer le mélange suivant :

Solution de cocaïne
au 1/100..... 1 cc.

Solution d'adrénaline
au 1/100..... IV à V gout.
Il faut toujours placer le patient en position horizontale.

Cette méthode présente des avantages considérables pour le traitement des abcès profonds, des phlegmons et même pour l'ablation de petites tumeurs.

MÉDICATIONS NOUVELLES

APPLICABLES A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

La Santoninoxime (C15 H18 O2, NOH) **comme anthelmintique.** — Substance préparée par M. CANNIZZARO par l'action du chlorhydrate de l'hydroxylamine sur une solution alcoolique de santonine à laquelle on a ajouté une solution de carbonate de soude.

La Santoninoxime se présente sous forme de cristaux blancs, solubles dans l'alcool et dans l'éther, se dissolvant difficilement dans l'eau et dans les liquides quelque peu alcalinisés et acidulés. Point de fusion environ à 162° C. M. Coppola (*Répertoire de pharm.*, 1889, 257) a trouvé que la santoninoxime possédait la même action sur les vers intestinaux que la santonine, mais par suite de sa solubilité inférieure, la santoninoxime est de beaucoup moins toxique que la santonine et par conséquent elle peut bien remplacer celle-ci.

La dose anthelmintique de la santoninoxime est trois fois plus grande que celle de la santonine.

Traitement de la paralysie diphtérique du palais par des injections de strychnine. — Le Dr ROSENZWEIG cite 4 cas de paralysie diphtérique du voile du palais qu'il a réussi à guérir par des injections sous-cutanées de strychnine (0 gr. 002 à 0. gr. 003 par injection dans la région dorsale). Le 8 décembre 1888, M. R. a été appelé près d'une petite fille de 6 ans atteinte d'une paralysie du voile du palais; elle a eu la diphtérie, il y a quelques semaines. Le 9 il fait une injection de 0 gr. 002 de strychnine.

Déjà la nuit suivante, l'enfant, qui était complètement privé de som-

meil par suite des accès de toux terribles, dort tout à fait tranquillement. Jusqu'au 19 décembre les injections ont été répétées 5 fois; le trouble de la déglutition, le nasillement, l'insomnie, tout a disparu; l'enfant guéri. Même résultat dans les 3 autres cas (enfants de 8, 9 et 12 ans).

Les injections sous-cutanées d'atropine comme hémostatique.

— M. Bierwirth a obtenu, par des injections hypodermiques de trois à six dix milligrammes d'atropine, une hémostase rapide dans plusieurs cas d'hémoptysic, d'épistaxis et d'hématémèse rebelles à l'ergotine et autres moyens usuels. L'hémorragie s'est toujours arrêtée au bout de dix minutes. Chez un malade, l'injection a dû être répétée trois fois; chez tous les autres, une seule injection a suffi pour arrêter définitivement la perte de sang. M. le docteur Hausmann (de Méran) s'est aussi servi avec succès des injections d'atropine dans les hémoptysies. D'après un autre médecin allemand, M. le docteur Tacke (de Wesel), l'atropine employée hypodermiquement serait un bon moyen pour combattre les pertes menstruelles trop profuses.

L'effet hémostatique de l'atropine s'explique par un mécanisme tout opposé à celui par lequel agit l'ergotine. Tandis que celle-ci fait contracter les capillaires, l'atropine, au contraire les dilate en paralysant les nerfs vaso-constricteurs, ainsi que l'a montré Graham Brown. En augmentant ainsi la quantité de sang dans tout le sys-

lème capillaire, l'atropine en diminue l'aflux vers le lieu de l'hémorragie, favorise la coagulation et amène l'hémostase.

Un cas de sécrétion lactée remplaçant les règles chez une jeune fille vierge. par le D^r GAUTHIER neveu. — M^{lle} B..., 25 ans, jeune fille appartenant à une famille composée de quatre filles, celles-ci en excellente santé et parfaitement réglées. L'une d'elles a un enfant.

Deux sœurs décédées : l'une à 6 ans, de la diphtérie, l'autre à deux mois, de la variole (?)

Personnellement, la malade n'a aucun antécédent digne de remarque. Elle a été réglée la première fois à l'âge de 15 ans et le fut très régulièrement jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque, suppression spontanée des règles pendant trois mois : sans aucun incident ni aucun phénomène du côté des seins. En 1899, les règles, qui étaient revenues normales, sont supprimées en tant qu'écoulement sanguin, mais remplacées par des phénomènes curieux du côté des seins. Il s'établit spontanément une sécrétion lactée très abondante qui dure pendant quatre à cinq jours, pour diminuer d'abondance sans cependant disparaître complètement dans l'intervalle des époques.

Au mois d'octobre 1900, la jeune fille est conduite chez le D^r Auguste Pollosson pour être examinée au point de vue gynécologique : la sécrétion lactée est toujours très abondante et les règles n'ont pas réapparu.

M. Pollosson constate que « l'utérus est petit, mobile; il n'y a aucune tuméfaction des annexes, aucune tumeur, aucun kyste ». Il demande à pratiquer un nouvel examen dans un mois et demi. Celui-ci, exécuté le 15 novembre, confirma les données précédentes concernant l'état de l'utérus et des annexes. Un traitement consistant en l'administration, à l'intérieur, de teinture d'iode, puis de thyroïdine, est dirigé contre le nervosisme qui semble être la cause unique de cette sécrétion anormale.

Le D^r Gauthier surveille le traitement qui, dès le mois de décembre semble amener une diminution de l'écoulement du lait; il y a un léger suintement sanguin vaginal. Au mois de janvier 1901, l'écoulement menstruel se fait régulièrement, mais il s'accompagne d'une sécrétion lactée abondante, et il en est de même jusqu'au mois de mai.

A ce moment, la malade est revenue à un état normal.

En somme, pendant un an, du mois de juin 1900 au mois de mai 1901, cette jeune fille a eu une lactation presque continue. Celle-ci présentait quelques caractères dignes de remarque. Très abondante au moment qui correspondait dans le mois à l'époque des règles, elle obligeait la malade à se garnir la poitrine de serviettes qui étaient rapidement imbibées. L'écoulement du lait était continu. La pression sur le sein ne l'exagérait point; il se faisait également des deux côtés. Au bout de quatre ou cinq jours, la quantité sécrétée diminuait sensiblement, tandis que les mamelles devenaient moins turgescentes; mais un léger suintement n'en persistait pas moins durant tout le mois.

L'analyse du liquide ainsi sécrété n'a pas été faite, mais au point de vue classique, c'était du lait et non pas du colostrum.

Dans ces derniers mois, la jeune fille a accusé quelques palpitations avec gêne respiratoire et sensation de constriction à la gorge; phénomènes annonçant l'apparition des règles.

Traitement du chancre rectal et génital. — On lave d'abord la lésion avec du coton trempé dans une solution fraîche de permanganate de potasse à 10 % et, au bout d'une minute, on lave à l'eau oxygénée, diluée de trois fois son volume. On applique alors un pansement avec la solution suivante :

Alun	1 gr. 50
Acétate de plomb	8 gr. 50
Eau q. s. p.	100 gr.

Cette solution contient un précipité blanc et doit être agitée avant l'emploi. Elle n'a rien de l'anus ni les organes génitaux externes. Dans les cas de chancres intra-rectaux ou vaginaux, on lave à l'eau la surface après le nettoyage avec le permanganate et l'eau oxygénée, on retire le spéculum et on applique un suppositoire de beurre de cacao contenant 0,60 d'acide borique.

Quatre ou cinq jours de pansements, appliqués une fois par jour, suffisent généralement pour activer le travail de cicatrisation et supprimer la virulence. Après quoi on supprime le permanganate et l'eau oxygénée et on applique la vaseline boriquée sur de la gaze. On continue les suppositoires si la lésion est rectale ou vaginale.

OBSTÉTRIQUE

DOIT-ON ASSURER LES FEMMES ENCEINTES ?

par M. L. TISSIER (1).

Presque tous les médecins appelés à donner leur avis sur cette question ont opiné dans le sens de la négative.

Les femmes exerçant à présent des professions susceptibles de garantir l'existence et le bien-être des leurs, peuvent, comme chefs de famille, tenir à se prémunir, au prix de redevances annuelles, contre les surprises d'une mort prématurée. La question mérite donc un sérieux examen.

Le véritable danger que comporte la grossesse est constitué par les affections puerpérales proprement dites qui doivent être divisées en deux catégories.

Dans la première, nous avons l'éclampsie et les hémorragies que l'on ne peut prévoir.

Dans la deuxième catégorie, de beaucoup la plus importante, doivent être rangées les infections puerpérales avec leurs dérivés. Ce sont elles, à vrai dire, qui tuent les femmes en couches.

Dans Paris, d'après la statistique municipale, il meurt annuellement à peu près 320 femmes sur 70,000 accouchées, soit 1/2 p. 100.

Les conditions dépréciatrices pour les femmes en couches sont :

A. Primiparité.

B. Viciations pelviennes. L'angustie pelvienne est rare et son rôle a été surfait.

C. Antécédents obstétricaux. L'éclampsie antérieure. Les accouchements laborieux. Les fausses couches. La syphilis.

Conclusions. — L'assurance d'une femme en cours de grossesse doit être ajournée jusqu'après sa délivrance. Les contrats visent des engagements prolongés : il n'y a pas d'urgence à conclure un arrangement qui peut être aussi bien signé quelques mois plus tard ; la grossesse entraîne, en effet, avec elle des risques non douteux.

D'autre part, il est difficile d'examiner sérieusement une femme en état de grossesse.

Les rapports viscéraux se trouvent notablement modifiés ; et, fonctionnellement, les troubles réflexes du côté des appareils nerveux, circulatoire, digestif, etc., d'origine purement gravidique et sans conséquence réelle, pourraient en imposer pour des maladies organiques ou masquer des affections anciennes, en fin de compte priver l'examen d'une grande partie de sa valeur.

Si l'on croyait devoir outrepasser ces objections, encore faudrait-il ne pas assurer une primipare, qui offre trop d'inconnu et peut préparer bien des surprises. Chez une multipare, nous devons tenir

(1) Rapport présenté au IV^e Congrès International des médecins d'assurance sur la vie (Paris, mai 1903).

le plus grand compte des antécédents obstétricaux, et nous abstenir en cas de doute.

Il va de soi que s'il existait quelques soupçons sur l'intégrité viscérale, auquel on n'attacherait que peu d'importance chez une femme ordinaire, l'hésitation cesserait et le refus s'imposerait impérieusement chez la femme enceinte.

M. WEILL-MANTOU. — M. Tissier, avec sa compétence indiscutable, nous montre que la mortalité des femmes enceintes se traduit par le chiffre de 0,02 p. 100, et il conclut à l'ajournement de toute femme enceinte.

Cette conclusion semble illogique : n'est-il pas plus rationnel de chercher à couvrir le surrisque de grossesse par une surprime, par une faible majoration de tarif correspondant, pendant la vie génitale de la femme, au surrisque de 0,02 p. 100 chez les femmes enceintes ?

Cette méthode serait d'autant plus légitime, qu'en écartant de l'assurance les femmes enceintes, les Compagnies n'écartent nullement les risques de grossesse, puisqu'elles acceptent les jeunes filles et les jeunes femmes qui, non enceintes au moment de l'assurance, sont, en majeure partie, appelées à le devenir dans un avenir assez rapproché.

Sans doute les Compagnies ont à se défendre contre la spéculation qui pourrait tendre à faire subsister des assurances-grossesse aux assurances-vie, au moyen de contrats éphémères que l'on laisserait tomber aussitôt l'accouchement mené à bonne fin ; mais toutes les fois que l'atmosphère morale qui entourera la proposition d'une femme enceinte sera favorable, les Compagnies pourront assurer les femmes enceintes, surtout les multipares, et cela aux périodes même avancées de la grossesse, le risque que fait courir une femme proche de son terme et bien portante étant infiniment supérieur à celui d'une femme qui a par devers elle toutes les inconnues et les *aléa* de sept ou huit mois de grossesse.

MM. SALOMONSEN (Copenhague), FLORSCHUTZ (Götha) et SVEN PALME (Stockholm), protestent eux aussi contre l'ajournement des femmes enceintes et même des primipares, étant donné que les jeunes filles sont acceptées sans difficulté ; mais, en Suède, il est stipulé qu'en cas d'accidents puerpéraux, la police d'assurance n'a pas son effet.

A la suite de cette discussion et sur la proposition de M. Poëls, le Congrès :

« Considérant qu'il n'y a pas, au point de vue médical, de raisons sérieuses pour refuser les femmes enceintes normalement constituées, est d'avis que les Compagnies d'assurances peuvent assurer ces femmes en prenant telle précaution qu'elles croiront nécessaire pour empêcher la spéculation. »

GYNÉCOLOGIE

LES PTOSES GÉNITALES

par M. le Dr DOLÉRIS, accoucheur des hôpitaux de Paris (1).

Par assimilation avec les ptoses viscérales en général, la dénomination de « Ptoses génitales » s'applique aux déplacements de haut en bas de l'utérus, des annexes utérines du plancher pelvien, y compris les deux réservoirs inclus dans son épaisseur, vessie et rectum, enfin, de parois vaginales surtout qui affectent avec les parois de ces deux réservoirs des connexions intimes.

Pour tout dire, d'un mot, les prolapsus inter-vaginaux et les déviations selon l'axe qui leur sont souvent associées pourraient se résumer dans les « ptoses génitales ».

Il y a cependant une condition nécessaire à la légitimité de cette définition, c'est que la ptose ou la hernie qui l'accompagne ne soit point la résultante immédiate d'un traumatisme ou d'un processus inflammatoire auquel cas le néologisme *ptose* perdrait, à mon sens, sa signification.

Cette exception me conduit à établir de suite une distinction capitale et primordiale entre les divers genres de prolapsus génitaux.

1° (a) Ceux qui résultent incontestablement de traumatismes opératoires tels que : version interne, application de forceps, céphalotripsie, embryotomie, dilatation instrumentale, etc.

(b) De traumatismes spontanés, brusques, déchirure large du col et d'une partie du segment inférieur de l'utérus, lacérations du vagin, déchirures des parois vaginales et périnéales, et par le fait d'une anomalie dystocique quelconque.

(c) De traumatismes lents opérés par la surdistention des divers points du tractus génital pour les mêmes raisons dystociques que ci-dessus.

(d) Ceux enfin, à l'origine dequels on trouve soit une tumeur, soit une inflammation grave des organes du bassin ayant créé des adhérences durables ou modifié la tonicité musculaire des divers appareils ligamenteux par atrophie ou par rétraction cicatricielle.

2° Les prolapsus qui dérivent exclusivement d'un défaut de résistance constitutionnelle dépendant de la qualité même des tissus qui les met dans des conditions d'infériorité vis-à-vis de l'effort normal, de la fatigue modérée ou même de l'effort excessif, au point qu'ils cèdent par atonie et défaillance au lieu de répondre par une hypertrophie adéquate au travail modéré ou immodéré qui leur est imposé.

L'infériorité fonctionnelle des tissus chargés de maintenir la statique pelvienne est, dans cette deuxième catégorie, dépendante de leur infériorité non seulement qualitative mais aussi quantitative, congénitale en quelque sorte, et de leur inaptitude à l'amé-

(1) Communication faite à la réunion plénière des sociétés médicales de Paris : Société de médecine et de chirurgie pratiques, Société médico-pratique, Société de médecine de Paris.

lioration et à l'accroissement, je pourrais dire, à l'entraînement, par voie trophique, en présence d'un surcroît de travail à effectuer.

Comme il s'agit ici d'éléments musculaires, surtout dans ce dernier cas, on peut traduire par le terme de *non compensation* ou par celui de *méiopragie* imaginé par Potain pour le cœur, le phénomène qui finalement marque l'échec et la défaite des soutiens et des supports actifs de l'appareil génital.

Ces prolapsus, les déviations qui en sont la conséquence sont des *ptoses* au sens réellement clinique du mot, qui implique, semble-t-il, une dose prédominante de spontanéité dans la pathogénie de la lésion. Ce sont les seuls qui m'occupent ici.

Il est indispensable de préciser brièvement les conditions dans lesquelles ces ptoses essentielles peuvent se produire, avant de pénétrer dans l'intimité de leur mécanisme.

Il faut dire d'abord qu'elles sont plus particulièrement le résultat immédiat d'un déséquilibre nerveux général ou local qui domine toute leur histoire.

Et, puisque c'est de pathogénie surtout que j'ai à m'occuper ici, puisque c'est surtout le point capital et intéressant de la question, il importe d'établir que c'est dans (a) l'élément *nerveux* et dans (b) l'élément *musculaire* que se trouvent les deux termes essentiels du problème à discuter.

Cette donnée serait tout à fait incomplète, si l'on n'y ajoutait (c) l'élément *vasculaire* qui joue un rôle si important dans le tonus musculaire et dans la statique pelvienne. A les bien considérer, les vaisseaux fonctionnent à l'instar des muscles à fibres lisses et subissent de la part du système nerveux central et périphérique des influences similaires.

Il est donc légitime de faire figurer l'appareil vasculaire génital artériel et veineux à côté des muscles involontaires, pour mieux marquer l'identité des effets produits et pour l'interprétation de certains symptômes qui se rencontrent associés dans les ptoses génitales.

En somme, l'élément *nerveux*, l'élément *musculaire* et l'élément *vasculaire* représentent bien la trilogie en cause.

Les tissus élastiques, fibreux et cellulés qui occupent l'excavation pelvienne, soit à titre de cordons ligamenteux en combinaison avec l'élément musculaire lisse, soit comme cloison ou plan aponévrotique sous-tendant les muscles, soit comme tissu unissant et isolant, ainsi que cela existe dans la structure des deux grandes gaines vasculaires du bassin, l'hypogastrique et l'utéro-ovarienne, doivent être considérés à un point de vue assez différent. De même le tissu adipeux plus ou moins abondant qui capitonne la partie pelvienne à l'état normal.

Je m'explique immédiatement là-dessus.

Ces trois éléments, quoique d'ordre passif ont un rôle important à jouer dans l'architectomie pelvienne. Lorsqu'ils viennent à être

appauvris, diminués notablement, les ptoses en sont facilitées d'autant.

Sous l'influence de la dystrophie générale qui accompagne certaines névropathies, à la suite de ces crises singulières d'amaigrissement rapide qui s'observent parfois, chez les neurasthéniques, à la disparition plus ou moins complète du pannicule celluloadipeux succèdent :

1° Une diminution relative de la masse contenue dans le bassin et une augmentation proportionnelle de la capacité pelvienne, d'où tendance à des changements de position des organes logés dans le pelvis, inclinaisons, luxations, affaiblissements;

2° L'allongement et l'affaiblissement des tractus ligamenteux et des gaines vasculaires qui sont le résultat direct de la résorption rapide du tissu celluloadipeux;

3° L'amaigrissement des cloisons intermusculaires du plancher du bassin, une hypostasie relative dans la sphère de distribution des vaisseaux pelviens qui favorise les congestions passives et le prolongement anormal des règles.

Pour résumer cette vue d'ensemble, je dirai, dès maintenant, que *les ptoses génitales sont la conséquence de phénomènes paralytiques, moteurs, vaso-moteurs et trophiques portant sur les éléments musculaires, vasculaires, fibreux et celluloadipeux qui entrent dans la constitution de l'appareil génital et des divers éléments de soutien, de support et de vascularisation qui concourent à sa statique et à sa nutrition.*

Cette déduction pathogénique ne préjuge en rien de l'étiologie initiale de la ptose et ne fait que spécifier le rôle immédiat et direct exercé par le système nerveux sur le phénomène morbide que j'ai à envisager.

Il est nécessaire de mettre ce point hors de doute à l'aide de la démonstration physiologique et de l'observation clinique.

ROLE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL-MOTEUR, PSYCHO-MOTEUR ET REFLEXO-MOTEUR

Les phénomènes d'ordre paralytique musculaire et vasculaire se rencontrent fréquemment chez les névropathes avérés, hystéro-épileptiques, hystériques, pseudo-hystériques, neurasthéniques, à forme dépressive.

Il serait superflu de rappeler les monoplégies singulières, les paralysies vocale, oculaire, sphinctériennes, les atonies viscérales, le tympanisme abdominal persistant, la constipation rebelle, etc. d'une part, et, d'autre part, les stigmates permanents ou dermographiques passagers, les œdèmes, les hémorragies viscérales, les sueurs locales, l'hémathydrose qui répondent à l'étiologie nerveuse que j'invoque.

La dilatation atone de l'estomac, l'ectasie de l'appareil digestif,

une monoplégie flasque, chez une névropathe, ne me paraissent pas différer beaucoup d'une atonie du vagin ou du rectum, d'une paralysie sphinctérienne de la vessie, d'un relâchement du plancher pelvien ou de l'atonie paralytique des ligaments utérins.

Je spécifie, en passant, que je suis bien en droit d'invoquer l'atonie des parois de la vessie et du rectum qui, par leur participation à la stucture du plancher pelvien et par leurs connexités intimes avec l'utérus et surtout le vagin, ont une influence directe réelle sur la production de la colpocèle antérieure ou postérieure.

De même, les phénomènes vasculaires dus à la vaso-dilatation paralytique depuis l'érythème pudoral des simples nerveuses jusqu'à l'hémathydrose des stigmatisées se retrouvent dans les phénomènes corrélatifs de congestion généralisée de l'appareil génital, et de métrorrhagie.

Cette assimilation s'aperçoit plus nette encore dans une catégorie rare de maladies dans lesquelles les troubles névrovasculaires dominent la symptomatologie, chez les basedoviennes par exemple. Ces malades, en effet, présentent le plus souvent de la ptose génitale et des métrorrhagies ainsi que je l'ai fait ressortir en 1892; et depuis lors, d'autres faits sont venus confirmer mon observation.

Mais toutes les femmes atteintes de ptose ne sont pas nécessairement des névropathes; il ne semble pas, tout au moins, qu'elles doivent toutes être rangées dans une quelconque des catégories sus-énoncées. Il s'en faut plus encore qu'elles soient des basedoviennes avérées ou frustes. Tout au plus, trouverait-on, parmi elles, un petit nombre d'hystériques vraies, une certaine proportion de neurasthéniques incontestables et une proportion plus faible de candidates à l'aliénation mentale ainsi que les relations cliniques en font foi.

Mais la plupart appartiennent plutôt au groupe des neuro-arthritiques héréditaires ou acquises, si sujettes aux ptoses génitales aussi bien dans l'adolescence que dans l'âge mûr, et à l'époque de la ménopause, voire dans la période de sénilité.

Ceci semble confirmer la doctrine régnante et cadrer avec l'interprétation défendue par M. Glénard, de laquelle il résulte que le système nerveux central ne réagit pathologiquement que sous l'influence de la dyscrasie ou toxémie spéciale, d'origine organique.

Je ne saurais apporter sur ce point une opinion personnelle et précise. Ce n'est d'ailleurs pas mon rôle de démontrer que l'hépatotoxémie est le moteur initial de l'altération fonctionnelle des centres nerveux; et je me sens tout à fait impuissant à prouver le contraire. J'y dois revenir plus loin.

Je veux m'en tenir à cette conclusion simple que les troubles moteurs, qu'ils résultent d'une hérédité nerveuse directe ou d'une hérédité indirecte par l'intermédiaire des dyscrasies arthritiques diverses apparaissent ici comme une règle pathogénique générale qui suffit à toutes les interprétations et s'adapte à la plupart des cas cliniques.

En effet, elle explique aussi bien les *ptoses* proprement dites ; *prolapsus herniaires* du tractus génital que les *déviation*s suivant l'axe, même certaines déformations, *flexions*, lesquelles trahissent toujours un trouble paralytique dans le fonctionnement du muscle utérin ou des ligaments.

Si donc, pour l'ensemble, j'avais à résumer une théorie pathogénique immédiate, d'après la *base physiologique*, je ne pourrais faire autrement que d'adopter l'une des théories généralement admises d'un trouble nerveux *central* ou d'un trouble *réflexe* amené par des lésions du voisinage et j'arriverai ainsi à accepter le mécanisme invoqué pour l'interprétation des ptoses associées. Le rôle important de la ptose intestinale, enteroptosée, a été déduit par M. Glénard, avec des arguments qui ont justement frappé le public médical. Je ne puis qu'y souscrire pour les considérations générales qu'il justifie.

En matière génitale, semblable justification de cette doctrine générale me semble difficile et devoir être réservée, en raison de l'importance de l'étiologie fonctionnelle et mécanique spéciales.

Si j'interroge ma statistique relevée récemment dans une thèse importante, par mon élève, le Docteur Figuiera, sur 426 cas de retroversion utérine combinée à un degré quelconque de prolapsus, je trouve :

1° Une notable proportion de femmes qui peuvent se ranger dans une catégorie quelconque de névropathes vraies, ayant eu des crises d'hystérie présentant les stigmates classiques. Quelques-unes présentent dans leur ascendance des fous, des hystériques, des épileptiques.

2° Une proportion minime, mais néanmoins digne de remarque, de sujets ayant fait du délire maniaque véritable, à une période plus ou moins éloignée de l'opération : j'ai communiqué quelques-uns de ces cas au Congrès de Boulogne.

3° Une proportion très considérable de femmes qui avaient traversé une crise morale longue et pénible avec des secousses et des perturbations de tout genre, d'autres qui, par le fait d'un surmenage physique et psychique étaient arrivées comme les premières à un état de neurasthénie dépressive permanente, souvent avec amaigrissement rapide excessif.

La neuro-arthritis héréditaire se rencontre en outre chez la plupart de ces malades.

Cette constatation devient surtout sensible, et prend une portée énorme dans les cas de retrodéviation chez les *nullipares*, même chez les *vierges*.

Ici, en effet, on ne peut invoquer ni traumatisme, ni grossesse répétées, ni subinvolution, ni erreurs d'hygiène *post partum*. Il faut, de toute nécessité, accorder à la constitution héréditaire ou acquise, une importance capitale. Or, quand on voit que ces malades sont filles de goutteux, de névropathes, de cardiaques, d'hépatiques, diabétiques, albuminuriques, etc. ; qu'en outre elles

ont déjà présenté des manifestations caractéristiques qui les classent parmi les dégénérées, de l'espèce la plus authentique, il est impossible de méconnaître la filiation entre la tare constitutionnelle et la ptose génitale que rien d'autre ne vient expliquer.

Ce que j'ai obtenu dans la rétrodéviat-ion utérine, se retrouve tout aussi évident, sinon plus évident encore, chez les femmes affectées de prolapsus avec cystocèle, colpocèle postérieurs ou rectocèle, que j'ai observées au cours d'une carrière gynécologique déjà longue et qui se chiffrent par 800 cas environ.

De sorte que cette règle que j'ai formulée, il y a bien des années, qu'il faut compter avec les déviations de cause nerveuse, névropathique, neurasthénique, etc., et rechercher toujours cette origine, reste applicable à tous les genres de ptoses génitales, c'est-à-dire à tous les genres de déviations.

En envisageant maintenant le point de vue clinique de plus près, on observe que la pathogénie des ptoses génitales se rencontre et se vérifie dans quatre conditions différentes :

- 1° Chez les nullipares et les vierges;
- 2° Chez les adultes surmenées;
- 3° Au moment de la ménopause;
- 4° Enfin dans quelques cas très rares de sénilité.

1° Chez les vierges, c'est au moment de la puberté, puberté souvent tardive et difficile, au milieu de troubles généraux d'anémie, de chloro-anémie, avec palpitations, ou tachycardie, associés à d'autres troubles nerveux et fonctionnels, qu'apparaissent, soit un premier degré de prolapsus, soit une rétrodéviat-ion, taxée souvent à tort de *congénitale*. Les phénomènes dysménorrhéiques et l'aménorrhée sont à peu près aussi fréquemment rencontrés. Il n'y a pas à discuter ici l'élément nervosisme : il est évident .

2° Chez les adultes surmenées, il apparaît, avec la même évidence que le surmenage soit moral et dépende de chagrins, d'obsession, de préoccupation d'ordre familial et intime; il ressort avec une telle netteté, dans la pathogénie initiale et dans la réapparition de chaque paroxysme critique, que les malades elles-mêmes confessent spontanément parfois la cause du mal et de ses phases d'aggravation. Glénard a relevé également cette cause.

Le surmenage peut être psychique, je veux dire par là qu'il dépend d'une fatigue intellectuelle spéciale aux femmes artistes, aux lettrées, aux femmes d'affaires, et il n'en manque pas aujourd'hui. Il s'accuse d'ailleurs chez celles qui sont de notre ressort, c'est-à-dire qui ne possèdent point un élément nerveux et musculaire capable de résister à un travail excédant, avec les phénomènes habituels mentionnés du côté du système nerveux.

Les surmenées physiques sont plus rares qu'on ne le pense. On ne les rencontre guère en dehors des conditions habituelles des ptoses mécaniques ou traumatiques. Ce sont des femmes qui traversent lentement les diverses étapes de leur affection, grâce à des compensations musculaires. Le releveur de l'an-us est le *muscle*

d'arrêt des chutes et des déplacements de l'utérus. Il est le sphincter volontaire qui, d'accessoire d'abord, devient la plus solide barrière que la malade puisse opposer à l'aggravation de la hernie. Or, ce muscle peut faiblir, comme tous les agents volontaires, sous l'influence de troubles généraux, parmi lesquels les perturbations nerveuses jouent le principal rôle. Dès lors, le surmenage physique apparaît chez ces malades d'abord si bien défendues, et la maladie s'aggrave brusquement. J'aurai d'ailleurs à revenir sur ce mécanisme à propos des troubles de nature trophique, spéciaux à certaines *ptosiques*, jeunes, qui les font apparaître comme des surmenées qu'elles ne sont pas en réalité.

Le surmenage obstétrical se doit entendre non des effets d'accouchements laborieux, répétés à bref délai, ou nombreux, car beaucoup de multipares sont des compensés parfaits, mais de celles chez lesquelles la compensation ne s'est point effectuée; la cause de ce défaut de compensation peut tenir au fait d'une évolution organique, générale ou locale, incomplète vu la répétition des grossesses qui, trop rapprochées, n'ont pas permis le retour à l'intégrité complète. Ces malades sont affectées d'une nutrition retardante, d'une atonie nerveuse héréditaire, de conditions pathologiques en un mot, qui ont fait obstacle à l'involution rapide. Cela signifie que, théoriquement et pratiquement, les femmes d'un équilibre organique satisfaisant, d'une bonne santé, d'une énergie normale, font leur involution rapidement et *vice versa*. Les surmenées sont donc des sujets pathologiques, ou peuvent être considérées comme tels, l'échéance d'apparition des tares héréditaires ou acquises devant être plus tardive.

Je ne contredis donc pas au rôle qu'on fait jouer à la grossesse, ou plutôt aux grossesses répétées, dans les ptoses en général et dans la production des ptoses génitales en particulier, mais je précise que les *ptosiques* sont encore des prédisposées chez lesquelles la subinvolution génitale, alliée au surmenage organique général et à une sorte de dépression nerveuse, révèlent une morbidité latente.

3° Les ptoses de la *ménopause* empruntent un caractère spécial à l'état général qui accompagne habituellement la période dite du retour d'âge. Tous les gynécologues ont cherché à interpréter les troubles nerveux de cette phase critique de la vie génitale de la femme.

Je me garderai bien de rappeler ici les théories émises à ce sujet. Ce qui est incontestable, c'est le fait clinique. La perturbation nerveuse est profonde et se traduit de façon multiple. Les troubles psychiques, moteurs, de sensibilité générale ou réflexe, apparaissent avec plus ou moins d'intensité, mais ils sont quasi-constants.

A ce moment, la ptose génitale, sous forme de retour aggravé d'une ancienne déviation compensée jusque-là est habituelle. C'est même sous cet aspect clinique qu'on l'observe, et non pas comme

phénomène nouveau, au milieu d'un état parfaitement normal de l'appareil génital.

Dans ces conditions, on ne saurait attacher une grande importance au rôle joué par les phénomènes mécaniques. L'augmentation du poids de l'utérus, durant les périodes d'aménorrhée, l'atonie névro-vasculaire dépendant de cette aménorrhée, les pertes de sang abondantes qui coupent parfois les périodes aménorrhéiques ne disent pas grand'chose à l'esprit si on n'y ajoute la notion de quelque chose de plus général, en même temps de personnel à chaque individu. La ménopause, en effet, est souvent et fort heureusement, un passage tranquille et fort simple de l'activité génitale, à la non-activité. Si des troubles surviennent dans l'état général, le moteur en est certainement ailleurs que dans la suppression menstruelle. C'est ce qui me fait dire que la ménopause est l'âge véritable des crises organiques. A ce moment, la malade révèle au maximum sa tare héréditaire ou acquise, névropathie, néoplasie, herpétisme, troubles cardiaques, hépatiques, rénaux, etc. Tout cela est bien connu. Si la réapparition de ptoses génitales anciennes et réputées guéries, ou l'aggravation de ptoses modérées et bien supportées, est une notion moins courante, elle n'en est pas moins réelle. Sa pathogénie, dans ces cas, ne diffère pas d'ailleurs de ce qu'elle est dans les autres, l'élément nerveux étant le principal agent frappé dans l'espèce. La fréquence des troubles mentaux de l'âge critique est un point d'observation incontesté.

4° Les *ptoses séniles* ne me paraissent pas devoir être admises sans discussion. Je les crois rares.

Elles devraient représenter des formes aggravées, tardives, des ptoses qui se seraient compensées après la crise de la ménopause. Cette compensation ne ressemble pas ici à ce qu'elle est chez les femmes en pleine possession de l'activité sexuelle; elle dérive plutôt d'une sorte de rétraction fibreuse qui aboutit à l'occlusion mécanique des voies génitales. C'est par le processus bien connu de la sclérose sénile des parois de l'utérus et du vagin, que le phénomène se produit.

Or, il semble que très vraisemblablement, pour qu'une ptose puisse réapparaître, ou tout au moins se manifester dans des conditions capables de lui faire attribuer une origine récente, une cause nouvelle. il faille des circonstances tout à fait exceptionnelles.

C'est ce qui arrive en effet dans des cas très rares.

Le diabète est une des conditions que j'ai rencontrées le plus fréquemment comme étiologie probable; le développement d'un érythème vulvo-vaginal ou d'un exanthème encore plus caractérisé, m'a paru agir dans quelques cas.

Ces manifestations locales coïncident souvent avec des excitations sexuelles anormales, à l'âge avancé des malades. L'irritation par l'urine altérée, ou par l'éruption locale en peut être la cause, mais l'état nerveux est généralement affecté et souvent l'état

mental. Dans un cas, j'ai noté des rires érotiques fréquents chez une femme de 60 ans.

La ptose, dans ces cas, est souvent sujette à une rapide aggravation et je note en passant qu'elle est des plus rebelles.

Inutile de mieux indiquer combien la lésion génitale apparaît ici comme dépendante d'une perturbation intense de la nutrition.

Dans ce qui précède, j'ai successivement envisagé les données de la physiologie et de la clinique pour établir la liaison entre les ptoses génitales et des altérations des centres psycho-moteurs et réflexo-moteurs, commandées elles-mêmes très souvent par des altérations protopathiques variables, d'une nature essentiellement plus mystérieuse et difficile à préciser, mais qui dérivent, à n'en pas douter, d'un vice constitutionnel, héréditaire ou acquis.

Je dois mentionner ici une preuve démonstrative de l'action nerveuse sur la production des ptoses que j'ai été incontestablement le premier à mettre en évidence.

C'est l'action de la moelle lombaire révélée par la ptose génitale constante, alliée à d'autres ptoses telles que hernie du rectum, paralysies des membres inférieurs, pieds-bots, etc., dans le *spina bifida*.

Ayant observé en 1898 un cas que j'ai publié dans la Gynécologie du 15 juin, de spina bifida chez une fille, je fus frappé de ce fait qu'il existait, dès la naissance, un léger degré de prolapsus du col utérin, en même temps que de la muqueuse rectale. Dans les quelques jours qui suivirent la naissance et jusqu'au moment de la mort, le prolapsus ne fit que s'augmenter dans des proportions telles que tout l'appareil génital, grâce au renversement complet du vagin, fit hernie à la vulve sous forme d'une tumeur volumineuse. L'enfant mourut. L'utérus était allongé et hypertrophié; les ligaments utérins existaient comme à l'état normal, ainsi que l'autopsie minutieuse a permis de le constater. Le segment lombaire de la moelle était réduit à quelques filaments insuffisants, de telle sorte que l'action trophique et motrice de son appareil génital était entièrement annihilée.

Des recherches faites avec soin m'ont permis de retrouver neuf cas semblables (Ballantzné et Thompson, Remy, Radwansky, Schultz, Iwsling, Heil, Schœffer). Partout la coïncidence de la ptose génitale avec le défaut du segment médullaire est signalée sans commentaires.

Si je lui accorde une importance souveraine dans l'espèce, c'est qu'elle est une preuve matérielle de la théorie nerveuse pure de la ptose génitale.

Une autre preuve se peut tirer des observations assez nombreuses dans lesquelles la ptose s'est révélée et s'est développée au maximum chez des paraplégiques. Schroeder avait signalé la coïncidence pour la rétroversion. Alexandre, qui a pratiqué une première opération dans un hôpital de femmes aliénées névropathes à différents titres, l'a mis en relief encore davantage.

C'est sur ces données que j'ai depuis si longtemps édifié la même doctrine.

ROLE DE L'INNERVATION TROPHIQUE.

Ce rôle ressort de ces deux faits : 1° la fréquence des ptoses à la suite de l'amaigrissement excessif et rapide; 2° l'impossibilité absolue, ou la disparition, suivant les cas, du développement musculaire compensateur.

N'ayant aucune prétention à juger la question du mécanisme de l'association des ptoses ou de leur succession avec les lois de leur enchaînement, je me borne à fixer ce fait que chez les femmes qui ont subi un amaigrissement très rapide ces déviations apparaissent facilement ou s'aggravent dans des proportions surprenantes. Il est probable que la cause première de l'amaigrissement contribue aussi à la ptose d'une façon directe et cette hypothèse n'a rien d'étrange quand on sait que ces crises dystrophiques sont le plus souvent sous l'influence de phénomènes nerveux, apparaissent chez des névropathes avérés et coïncident avec des symptômes caractéristiques d'une forme quelconque de neurasthénie. La dénutrition rapide, quand elle revêt cette allure, même s'il y a derrière elle une invasion d'un processus grave comme celui de la tuberculose, ne saurait s'expliquer le plus souvent sans la participation directe du système nerveux affecté par ce processus, ou mis en branle par une impulsion psychomotrice. Dans quelques cas rares, cependant, l'interprétation échappe.

A un deuxième point de vue, l'altération des centres trophiques apparaît en ce que les fonctions de nutrition régies par un système nerveux vicié ou altéré, sont insuffisantes à créer une compensation hypertrophique qui réclamerait un excès de fatigue ou d'efforts dépassant l'énergie musculaire. Cela ressortit au surmenage physique dont j'ai déjà parlé.

Le surmenage physique se comprend plus aisément en apparence, et cependant il faut pénétrer le mécanisme de la lutte entre l'effort excessif imposé aux appareils de soutien et de résistance accumulés dans le diaphragme pelvien, et la défense de ceux-ci contre l'effort. A tout bien considérer, l'équilibre parfait devrait toujours exister entre l'élément nerveux moteur et le muscle qui obéit à l'impulsion, cet équilibre tendant toujours à se rétablir par une hypertrophie du muscle en suractivité, actionné par ses éléments nerveux trophiques au fur et à mesure du travail exigé. Cette hypertrophie qui accompagne les exercices athlétiques habituels et bien gradués n'existe pas chez les surmenés physiques. L'aptitude trophique est le privilège des femmes à équilibre neuro-musculaire parfait. On le rencontre chez les femmes qui jouissent de l'existence simple, surtout à la campagne.

Chez celles qui présentent un tonus nerveux insuffisant le tonus musculaire disparaît vite et c'est par le dépérissement que s'accuse l'effet des efforts physiques exagérés.

On rencontre cet état chez les filles jeunes, à constitution défec-tueuse et c'est chez elles que l'on assiste à cette chose invraisem- blable d'une ptose génitale ayant réussi à vaincre la résistance d'un vagin étroit et d'une vulve absolument vierge pour constituer en définitive, une tumeur énorme et telle que rarement les grandes multipares en présentent de semblables.

Huguin a le premier montré, dans ces cas, la coexistence d'un allongement atrophique de l'utérus, qu'il a qualifié à tort d'hyper-trophique. C'est donc là un phénomène d'ordre *trophique*, de quel- que façon qu'on le considère. J'ai observé deux cas de cette espèce. On discute l'origine du processus. On fait jouer volontiers un rôle à l'artério-sclérose, ou à la scérose tout court. Précise-t-on pour cela le mécanisme de la ptose ? Je ne le pense pas. J'estime qu'on ne peut se défendre de faire ici part égale à l'*atrophisme* cons- titutionnel, qu'on me passe l'expression, et à l'altération nerveuse centrale qui lui a donné naissance. Quant à la localisation génitale, elle s'explique simplement par ce fait que chez la femme le diaphragme pelvien est constitué de telle façon que les hernies génitales traduisent tout d'abord son insuffisante résistance aux efforts physiques.

Avec la conception d'une telle pathogénie dystrophique, la non- compensation hypertrophique est susceptible d'apparaître en toute circonstance, même pour les moindres raisons en apparence, sans qu'une fatigue excessive et un surmenage réel aient occasionné la ptose.

On a qualité d'*opprobre* de la gynécologie les cas de cette espèce en raison de la difficulté de les guérir chirurgicalement.

Ce n'est pas seulement chez les femmes soustraites à toute cause traumatique que ces phénomènes dystrophiques peuvent appa- raître.

Ils se montrent assez souvent et viennent aggraver les lésions chez les femmes affectées de ptoses traumatiques; chez des multi- paires longtemps compensées et qu'une altération de la santé met en état de déchéance musculaire rapide.

J'ai parlé du rôle du releveur, je n'y reviendrai pas. Ce muscle volontaire n'est pas le seul à être impressionné. L'utérus d'abord s'hypertrophie, s'alourdit et s'allonge; le vagin devient flasque, les ligaments faiblissent. Enfin, la dystrophie se concentre sur les éléments musculaires des vaisseaux et des lors, la ptose apparaît dans ses degrés les plus exagérés et comme la conséquence d'une dénutrition générale des tissus pelviens.

Il n'est pas, dans l'espèce, de démonstration plus sensationnelle du rôle des centres psychô-moteurs et vaso-moteurs, que les cas de cet ordre : Cliniquement, on n'a pas de peine à surprendre la cause, organique, morale ou psychique d'un pareil déséquilibre.

ROLE DE L'INNERVATION VASCULAIRE ET DE LA DÉBILITÉ ARTÉRIO-VEINEUSE
Primitive, rarement, coexistant dans un grand nombre de cas,

elle apparaît parfois à titre secondaire dans les ptoses vraies, aussi bien dans les ptoses mécaniques ou traumatiques.

Le rôle des vaisseaux dans la statique utérine, a été mis en relief par Rouget d'abord, qui a parlé éloquemment de la semi-érectilité de l'appareil génital grâce à la disposition hélicine et cesissoïde des artères aussi bien que des veines — ensuite par Emmet, qui a comparé les ligaments, tuteurs véritables des vaisseaux pelviens, à des treillages musculaires supportant des lacis vasculaires. La disposition plexiforme qui existe en certains points du bassin justifie ces vues.

L'anatomie la plus récente les confirme parfaitement. Chaque gaine vasculaire, en effet, est un point de force chargé de consolider la statique de l'utérus et des annexes. Dans les ligaments larges il n'est de vrai ligament que le ligament cardinal inférieur qui se confond avec la gaine hypogastrique et le ligament infundibulo-pelvien supérieur qui se confond avec la gaine utéro-ovarienne. Que les vaisseaux viennent à subir un état dystrophique continu, comme les veines en présentent parfois un exemple dénommé « varicocèle pelvien », ou une ectasie passagère sous l'influence d'une atonie vaso-motrice, et l'appareil ligamentaire se trouve notablement compromis.

Cet appareil solide qui résulte de la synergie des faisceaux musculaires ligamenteux propres et de la paroi musculaire des vaisseaux, venant à effectuer une double faillite, l'on voit la conséquence immédiate et désastreuse qui en résulte par la résistance du plancher pelvien.

L'état congestif a, en outre, le fâcheux effet d'alourdir les organes : utérus, trompes, ovaires, se prolagent à la fois ; les muqueuses sont épaisses, congestionnées, rouge écarlate et saignent facilement.

Dans l'épaisseur même des parois des voies génitales extrêmes, l'atonie vasculaire amène un retentissement direct, car il ne faut pas oublier quel rôle important jouent les artères pour maintenir la solidité et la tension du conduit vaginal. Associées à des faisceaux musculaires lisses, elles sont autant de crampons susceptibles d'assurer la statique de ce conduit.

Dans les cloisons utéro-vésicales et vagino-rectales, les mêmes phénomènes de stase vasculaire amènent la flaccidité et le relâchement de ces moyens d'union.

Sans y insister davantage, je pense avoir montré les effets du rôle vaso-moteur dans ce mécanisme spécial des ptoses ou plutôt de leur aggravation.

DISCUSSION DU MÉCANISME PATHOGÉNIQUE DES PTOSES

D'où dérive l'action nerveuse pathologique que nous avons reconnu s'exercer fâcheusement, pour produire les ptoses, par la voie du système nerveux moteur, psycho-moteur, reflexo-moteur,

trophique, vaso-moteur, en un mot par toutes les formes d'excitation capables d'influencer finalement la nutrition et la mobilité de l'appareil génital ?

J'ai effleuré ce thème plusieurs fois déjà; je veux en mieux cerner quelques détails seulement, et d'aussi près qu'il me sera possible, ne fût-ce que pour arriver, par voie d'élimination, à mieux préciser le problème posé.

THÉORIE MÉCANIQUE. — ENTEROPTOSE ET DYSPEPSIE

Il y a déjà longtemps, vers le commencement de 1886, je pense, qua mon collègue et ami, F. Glénard, le corapporteur le plus autorisé sur la question, venait examiner des malades de ma clinique de gynécologie et m'exposait sa doctrine des ptoses viscérales. Pour lui, le mécanisme des prolapsus génitaux deva't rentrer dans la loi qu'il allait formuler et qui groupait toutes les défaillances paralytiques ou ptoses des viscères de l'abdomen sous la dépendance d'une ptose principale, l'*entéroptose*, liée elle-même syndromatiquement à l'atonie gastrique et à la dyspepsie spéciale consécutive.

Déjà, depuis plusieurs années, la doctrine des toxémies d'origine digestive était formulée.

Très documenté par l'expérience, sur la nature et l'origine traumatiques de la plupart des prolapsus génitaux, je ne pouvais pas accepter l'opinion de Glénard sans discussion. La théorie *viscérale* des ptoses génitales, en d'autres termes, ne pouvait me satisfaire, alors que par exemple, chez des multipares, affectées de descente de la matrice, de colpocèle, de rétrodéviation, parfois de plusieurs de ces lésions associées, je constatais de larges déchirures du périnée, des surdistensions des ligaments et du muscle releveur, des brèches profondes du col utérin. La notion positive d'une violence exercée par des opérations obstétricales, dans d'autres cas, associées à l'opposition immédiate du déplacement génital, me fournissait une somme de raisonnement étiologique plus logique et plus conforme à la tradition.

Je ne pouvais donc consentir obédience à la foi nouvelle, sans établir des distinctions et sans faire des réserves. A la même époque, j'étais frappé moi-même de l'association fréquente des prolapsus génitaux de tout ordre, avec l'éventration, que Glénard appelle *laparoptose*, avec l'abaissement du foie, le déplacement du rein, l'ectasie intestinale et l'abaissement très particulier de segments importants du gros intestin.

J'ai observé, dans certains cas de laparotomie, des faits fort singuliers. Chez une vierge authentique de 48 ans, fort maigre, fort nerveuse, à l'ouverture du ventre nécessitée par une douleur ancienne et persistante et une apparence de tumeur dans le bassin, j'avais découvert une adhérence de plusieurs anses du petit intestin au fond du Douglas. Le colon transverse distendu descendait fort

au-dessous de l'ombilic, jusque près du pubis. Je ne cite que ce fait, déjà publié et mentionné dans des ouvrages classiques.

Or, chez les malades de cette catégorie, l'appareil génital était indemne de troubles de statique. Je jugeai qu'apparemment cela tenait à l'absence de causes spéciales et locales qui devaient être nécessaires pour réaliser la pathogénie complète d'un déplacement.

J'étais donc fondé, par quelques côtés, à conserver la réserve que m'inspirait l'idée de Glénard. Par ailleurs, j'inspirais à cette même époque, un travail au Docteur Ph. de Lostalot, dans lequel était précisément exposée ma théorie de l'étiologie mécanique des ptoses viscérales secondaires, dépendantes de la ptose génitale initiale. Pour moi, inversement à l'hypothèse de Glénard, le déplacement se faisait d'abord par le bas. Le plancher pelvien abaissé, la vessie, l'utérus, le rectum descendus; l'intestin grêle, le foie, etc., devaient nécessairement s'abaisser et suivre la descente de la plateforme pelvienne défaillante. En définitive, dans cette théorie, l'effondrement génital commandait la chute du reste. Je trouvais d'ailleurs, dans la dyspepsie habituellement symptomatique du prolapsus utérin et dans l'atonie intestinale qui l'accompagne souvent une sorte de preuve démonstrative.

Aujourd'hui, je le constate, il ne pouvait en être autrement; M. Glénard et moi nous sommes devenus éclectiques, tous deux.

Ni l'une ni l'autre des deux théories exclusives ne se peuvent soutenir : en effet, d'abord, j'ai fait en commençant et il faut faire leur juste et large part aux ptoses génitales traumatiques.

Ensuite, nous reconnaissons tous deux que la laxité de la sangle abdominale, qui cause l'entéroptose, n'a pas toujours pour conséquence une ptose génitale, car on voit avec de l'éventration et un abdomen très distendu, des organes génitaux admirablement suspendus et soutenus en position normale.

Enfin, un prolapsus génital excessif existe souvent, avec une paroi abdominale, d'une résistance et d'une tonicité parfaites.

Conclusion. — Il faut donc, de par les faits, accorder une indépendance relative entre les troubles de la statique génitale, d'une part, et ceux de la statique entéro-abdominale, d'autre part.

THÉORIE TRAUMATIQUE PURE

ROLE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

La théorie traumatique pure est inacceptable. Je l'ai indiqué, en établissant, dès le début, des catégories.

Les traumatismes obstétricaux créent les *hernies génitales*, vraies, irrémédiables, définitives, sauf restauration opératoire des tissus et réparation des lésions. C'est là un groupe nettement défini, et partout où la lésion, rupture, déchirure, sera constatée sans doute possible, elle suffira à étiqueter l'affection et sa cause. Les

conditions pathogéniques d'ordre nerveux étudiées dans la première partie de ce travail, n'auront pas eu à intervenir ici pour créer la hernie.

Je dois m'arrêter cependant pour mettre en relief une considération incidente de première importance, qui vient établir une sorte de relativité, un lien entre ces deux groupes si distincts, hernies génitales traumatiques et ptoses génitales essentielles, et aussi entre leur double étiologie. C'est qu'en effet, l'élément étiologique *nerveux*, que nous avons reconnu spécial aux ptoses génitales caractérisées et tenues pour ptoses essentielles en quelque sorte, intervient, dans certaines circonstances, et influe certainement sur des hernies originairement traumatiques. C'est ainsi que certains sujets affectés de prolapsus ou de rétrodéviation, ou de colpocele, dérivant d'une anomalie ou d'une violence obstétricale, ne sont nullement exempts des troubles qui passent pour engendrer les ptoses diverses et, à ce titre, elles éprouvent les effets de ces troubles sous des formes différentes.

C'est tantôt par des *crises d'aggravation et d'intolérance* avec incapacité physique et douleurs variées, succédant à des périodes de tolérance parfaite que se manifeste l'intervention d'une étiologie additionnelle et nouvelle.

Tantôt, la hernie génitale, minime au début, prend une allure rapidement aggravante, qui contraste avec la marche ordinaire, et arrive en quelques mois, sans étapes marquées et sans rémission aucune, aux formes les plus accentuées de l'affection.

Dans ces deux éventualités, il est visible que les éléments restés indemnes de tout traumatisme, cèdent à une cause déprimante et paralysante, succombent successivement jusqu'au dernier, ou traversent des phases d'atonie plus ou moins longues; qu'en tout cas, la marche de la maladie n'est point conforme à la règle clinique habituelle et prend, d'une façon intermittente ou d'une façon connue, une allure anormale.

Dans les faits de cet ordre, à la hernie traumatique vient s'ajouter l'élément *ptose* essentielle, et de simplement mécanique, la déviation génitale devient mixte.

Que s'est-il passé ?

Si l'on veut juger la chose d'un mot, il suffit de dire que la lésion ne s'est point compensée et que devant la reprise des actes et des efforts de la vie ordinaire, les agents musculaires indemnes n'ont réagi que passagèrement, ou qu'ils ne réagissent que par intermittences, ou qu'à la faveur d'une dystrophie occurrente ils ont cédé, ce qui revient toujours à la donnée que j'ai développée déjà. C'est la *non-compensation*, la *meiopraxie* génitale qui, en définitive, devient l'élément pathogénique direct de la ptose en se substituant à la cause mécanique première.

Telle est la considération de haut intérêt qu'il fallait mettre en

relief pour accorder certaines appréciations théoriques discordantes et expliquer certains faits assez communs.

Nous trouvons d'ailleurs la même interprétation pour les périodes d'intolérance, d'aggravation, d'incapacité physique, de douleurs qui apparaissent à certaines époques particulièrement critiques de la vie féminine. Nous la trouvons encore et je dis ceci pour ajouter mon appréciation à la doctrine de Glénard, pour ces formes particulièrement sévères de déviations qui s'entretiennent à un degré de gravité constant par les effets de la vie sédentaire et de l'immobilité auxquelles se condamnent les malades quand elles n'y sont point tenues par une prescription médicale. Ce repos à outrance vicie la nutrition, la retarde, crée l'obésité, altère les fonctions viscérales, augmente l'incapacité et réalise un cercle vicieux dans lequel la ptose génitale s'entretient et s'aggrave des troubles nerveux et nutritifs engendrés par la vie sédentaire.

La grossesse et l'accouchement ont le grand rôle étiologique dans la production des hernies génitales. Ceci n'est pas une théorie et il serait oiseux de discuter. Pour nous, les traumatismes brusques ou lents, opératoires ou spontanés, la diptosie d'une part; les maladies gravidiques d'autre part; la subinvolution ou la superinvolution en troisième lieu, et enfin l'infection ou les infections et les lésions infectieuses *post partum* suffisent à constituer la pathogénie des hernies génitales avec toutes leurs variétés.

Il est à noter que, dans cet exposé de quelques lignes, le traumatisme n'est pas seul invoqué et que, dans quatre conditions différentes au moins, les déviations peuvent apparaître. Glénard, cela va de soi, attache plus que nous, une importance notable aux troubles morbides de la nutrition pendant la grossesse et à l'hérédité. C'est une simple question de mise au point et j'estime que les accoucheurs et les gynécologues sont d'accord pour reconnaître à cette étiologie une action tout à fait minime, quelle que soit d'ailleurs la date d'apparition des premiers symptômes de la hernie génitale. Les prédispositions originelles sont à prendre en considération, mais les causes sus-énoncées et les erreurs d'hygiène après l'accouchement apparaissent, on peut dire dans la presque totalité des cas, avec toute l'évidence désirable.

THÉORIE NERVEUSE

Je la retrouve ici, à sa place définitive et pour mémoire seulement, car elle est développée longuement dans ce qui précède. La rétrodéviations des nullipares, comme le prolapsus des vierges, restent les types cliniques les plus incontestables. Il y a quinze ans, au moins, que cette doctrine est entrée, par l'observation, dans mon esprit, dans mon enseignement et dans mes écrits. Je l'ai retrouvée dans des exposés plus récents qui en parlent comme d'une nouveauté. On a repris aussi comme nouvelles des idées émises par moi, concernant la neurasthénie féminine et les troubles génitaux

qu'elle est susceptible d'occasionner. J'ai cherché, dans ces compilations, qui témoignent de beaucoup de lacunes dans la connaissance des choses de la gynécologie, quelque chose de neuf ou d'original et je n'ai rien trouvé. Sans doute, les auteurs, très peu documentés, par suite de leur ignorance totale de la gynécologie opératoire, ne pouvaient nous apporter une contribution bien importante.

La notion clinique ancienne avait donc suffi pour créer la doctrine pathogénique nerveuse. Les conceptions plus modernes de Glénard sur l'hépatroxémie initiale, ont seules donné un aspect nouveau à la question.

SYMPTOMATOLOGIE ET MARCHÉ

Si j'ai assigné clairement aux ptoses génitales essentielles leur place dans la nosographie, je puis ramener à deux catégories, les malades qui en sont réellement affectées.

Ce sont : 1° les nullipares ptosiques et 2° les multipares ptosiques.

L'état *général* des premières est caractérisé assez habituellement par la maigreur et la gracilité des formes.

La peau est mince et pâle, quelquefois violacée, avec des troncs veineux apparents, mais surtout des veinosités très accentuées, aux bras, aux pommettes. On a parlé récemment de cette maladie générale caractérisée par la débilité veineuse qui prédispose à l'ectasie et aux varices; et il est juste de la faire figurer ici.

Les membres sont minces et longs, les avant-bras et les mains grêles, les attaches articulaires flasques; souvent, les orteils, fort longs, affectent la disposition en marteau. Les muscles sont peu développés, la graisse du tégument parfois abondante et molle au tronc, et non pas aux membres ni au buste.

Il m'a semblé que chez ces sujets, les cheveux étaient plutôt de couleur blonde ou tirant sur le blond.

La constitution nerveuse se révèle par des alternatives de dépression et de crises d'activité; souvent des impulsions, des colères; une grande tendance au sommeil et la nécessité d'un sommeil prolongé.

Hérédité arthritique, quelquefois hérédité hépatique, chez les multipares ptosiques, on trouve soit des sujets obèses et colorés, soit des sujets très maigres et pâles à l'excès.

L'état gastro-intestinal est mauvais.

L'état nerveux est variable.

Si on interroge l'état local, on trouve toutes les variétés de déviations, ~~mais deux~~ prédominent sur toutes les autres, ce sont : 1° la forme initiale du **prolapsus utérin** qui est aussi celle du début de la retrodéviation, c'est-à-dire la **laxité anormale** des ligaments antérieurs et postérieurs de la matrice d'où **dépend** l'excès de mobilité de l'organe, le déplacement du col en bas et en **avant** et l'instabilité de l'équilibre utérin. Le vagin est atone dans ses **culs-de-sac** profonds exclusivement, ce qui rend un peu saillante la paroi **antérieure** du vagin rétro-urétrale, celle qui correspond au bas-fond de

la vessie, et aussi le fornix postérieur ; 2° la forme à montée rapide aboutissant aux degrés ultimes de la hernie totale de l'utérus, avec inversion complète issue du vagin et hors de la vulve. Il m'a été donné de voir cinq cas chez des vierges, de cette forme de hernie totale et quarante cas environ chez des femmes ayant eu un ou plusieurs enfants.

La marche aggravante soudaine, l'allure incoercible de ces ptoses cadrerait avec une déchéance organique et nerveuse très appréciable, quelquefois avec des paroxysmes morbides variés du côté de la nutrition générale ou des organes digestifs.

Les signes varient de toute évidence, comme intensité, dans ces deux formes. Cependant, ils sont à peu près semblables :

L'utérus est généralement gros; le col épais et souvent œdématié; il y a du catarrhe discret, à moins d'une cervicité caractérisée. L'isthme utérin, épais et tendu après un accouchement ou un avortement, tend à l'atrophie et à l'allongement par pauvreté vasculaire et musculaire.

Le *vagin* est tomenteux et rouge, ou aminci et pâle. Il est souvent insensible. La laxité excessive de ses parois se prête à une extension progressive devant le port de pessaire, de volume croissant.

Les ménorrhagies sont fréquentes ; beaucoup plus rares les métrorrhagies. Il y a quelquefois de l'aménorrhée, dans les formes les plus accentuées.

MARCHE. — DIAGNOSTIC

La marche des ptoses génitales essentielles, sauf les formes à allure rapide, est caractérisée par de l'allure intermittente, à crises paroxystiques. Les crises d'aggravation coïncident avec des troubles psychiques le plus souvent, ou des périodes de surmenage. A défaut de l'intervention des fatigues physiques, il est singulier de constater avec quelle régularité fatale, en quelque sorte, chaque changement d'humeur, chaque période d'obsession morale, de préoccupations, de chagrin, ramène l'aggravation génitale. J'ai vu apparaître la même aggravation, après la disparition d'un exanthème chronique; je l'ai vue alterner avec des crises gastriques ou hépatiques. Quelquefois, le stade d'aggravation coïncide au contraire avec ces crises.

La ménopause est la période aggravante par excellence. La suppression du flux sanguin, la perturbation nerveuse, les troubles organiques coexistant fournissent une ample interprétation pathogénique du fait.

Les interventions chirurgicales incomplètes, laissent la porte ouverte à des récidives, qui, chez certains malades, montent plus rapidement que ne le faisait la maladie avant l'opération.

Certains cas résisteraient même à toute intervention et c'est pour eux que l'on voit se grossir constamment la liste des opérations dirigées contre les hernies génitales.

Je ne veux pas insister sur la fatalité de ces cas, que l'on nous montre comme l'opprobre de la chirurgie; je ne saurais le faire avec compétence. Je ne les connais pas; je n'en ai jamais vu.

Sur un total de douze cents observations de hernies génitales de tout ordre, parmi lesquelles se trouvait une bonne proportion de ptosiques, je n'en ai pas rencontré un, qui, à ma connaissance, n'ait été jusque-là guéri par une thérapeutique bien comprise et intégrale.

Je ne m'occuperai que du *diagnostic* différentiel.

Le *diagnostic* de la ptose se fait, par la connaissance des antécédents, l'élimination des traumatismes étiologiques ordinaires, par la constatation de l'intégrité des sphincters naturels, de la sangle du releveur et du plancher périnéal avant tout.

Dans la hernie génitale traumatique, le releveur est habituellement hypertrophié et se contracte volontairement; il est atrophié et atone dans la ptose.

L'électricité faradique, appliquée au fond a. vagin, a peu d'effet sur les ligaments et sur les muscles volontaires des organes génitaux chez les ptosiques.

Chez ces malades, les stigmates neuro-arthritiques sont tellement évidents que le diagnostic s'impose.

Et s'il s'agit de vierges ou de nullipares chez lesquelles aucune violence, chute, coït disproportionné, surmenage pendant les règles, ne peuvent être invoqués, en balance de tout antécédent pathologique brutal s'étant caractérisé par une maladie pelvi-abdominale à début défini et de cause évidente, le prolapsus, la retro-déviations, la colpocèle, ne pourront être autre chose qu'une *ptose génitale essentielle*, dont la pathogénie se déduira des circonstances cliniques et de l'état général, de la prédisposition, de l'hérédité.

TRAITEMENT

Le traitement des hernies traumatiques est nécessairement un traitement chirurgical réparateur. Je n'ai pas à développer ici ce thème.

Le traitement des ptoses est tout autre : il est en partie renfermé dans la conception thérapeutique qui répond aux nécessités de l'état général et de la constitution organique; il s'encadre en partie dans les procédés de thérapeutique locale qui s'adressent aux troubles nerveux divers.

L'électricité, le massage, l'hydrothérapie, etc., sont les moyens habituels que l'on doit associer aux méthodes médicales qui ont été exposées avec autorité et compétence par mon co-rapporteur. Le secret du succès est dans l'association des systèmes thérapeutiques.

S'il s'agit de traumatisées chez lesquelles la déviation simple a dégénéré en ptose, ou, pour mieux dire, s'il s'agit de ces forces de déviations génitales, mixtes, aggravées par des crises de ptose, d'origine nerveuse ou gastro-hépatique, la *chirurgie* a son rôle tout tracé et la thérapeutique générale en est l'heureux et indispensable complément. J'ai à revenir sur une pratique que je réproouve entière-

ment : la cure de repos. L'immobilité et la vie sédentaire auxquelles sont fréquemment condamnées les *ptosées*, comme je l'ai déjà dit et j'insiste à dessein, agit par répercussion rétrograde sur l'état des organes d'élimination et sur leur fonctionnement. Le défaut d'exercice et l'air confiné aggravent les tendances préexistantes, que le foie, le rein, le système digestif défectueux, marquaient pour la nutrition retardée. Les déchets s'accumulent en plus grand nombre, la diathèse arthritique s'exagère. l'état nerveux empire et le cercle vicieux se complète de cette façon. L'état constitutionnel défectueux a fait ou aggravé la ptose et celle-ci aggrave à son tour l'état général. La toxémie arthritique, hépatique, selon Glénard, joue alors sûrement son rôle néfaste, car elle arrive, de la sorte, à son maximum d'intensité.

J'estime que le mouvement, le grand air, avec un exercice modéré, la distraction, associés à des moyens de contention suffisants et appropriés, sont autrement favorables à l'amélioration des ptoses, que la cure de repos forcé. Je l'ai éprouvé maintes fois.

La gymnastique, telle qu'elle est indiquée dans la méthode suédoise et dans les traités qui s'inspirent de cette méthode, m'a toujours paru vaine. Les gestes d'adduction des membres inférieurs combinés à des mouvements plus complexes sur des appareils appropriés, sont d'un effet insignifiant. Il y a un parti meilleur à tirer de quelques mouvements que je ne trouve décrits nulle part et qui répondent spécialement à l'entraînement gymnastique du releveur de l'anus.

RÉPONSE A LA DISCUSSION

I. — Pourquoi M. Reynier élimine-t-il l'étiologie arthritique ? Sans que je veuille donner une définition de l'arthritisme, nous savons tous quelles maladies s'encadrent dans ce vocable; physiologiquement, la nutrition retardante ou viciée en est l'élément commun. Cet élément suppose des déchets toxiques attardés dans l'organisme et non éliminés, par lesquels les centres nerveux sont pathologiquement impressionnés. C'est, je pense, l'impression schématique de ce genre de toxémie, dans laquelle rentre l'hépatisme de Glénard.

Donc, sans m'attacher à discuter l'arthritisme et le neuro-arthritisme, ou à en préciser la définition, il me semble que nous devons être d'accord pour admettre cette étiologie primordiale des ptoses. Les indices cliniques de ces affections, l'hypotension cardio-vasculaire, l'hypotonie, ne changent rien et n'ajoutent pas grand'chose à la conception ancienne.

II. — Une cystocèle n'est pas toujours, nécessairement, une ptose; il faut de toute nécessité sauvegarder l'étiologie traumatique, obstétricale ou vouloir méconnaître l'évidence.

III. — Je crois peu à l'hérédité des prolapsus, mais plutôt à l'hérédité des tares dégénératrices capables d'expliquer la simili-

tude des maladies dans une filiation descendante. En matière d'étiologie, il faut être discret. C'est déjà beaucoup que d'accepter l'hérédité nerveuse ou arthritique et de lui accorder une influence pathogénique, *de plano*, ce qui est peut-être une exagération dans certains cas.

IV. — M. Reynier a dit en parlant de ma doctrine nerveuse des ptoses génitales : « Ce sont mes idées. » — Pardon, dirai-je, ce sont les miennes, et depuis fort longtemps, depuis une époque à laquelle certainement M. Reynier n'avait pas encore porté son attention sur la pathologie des prolapsus. Je trouverais aisément dans cette enceinte des témoins auriculaires pour en témoigner, s'il n'y avait les écrits, les relations des observations, le rappel que j'en ai fait en 1894 au congrès de Boulogne. Mais ceci importe peu, et le plus essentiel, à mon avis, c'est d'être d'accord sur ce point qui, dans l'espèce, devient le nœud précis et très intelligible de nature à relier la théorie de Glénard à l'observation clinique des faits. Il nous importe à nous, sur le terrain de la pratique, de dégager l'étiologie immédiate, et lorsque nous trouvons, à l'origine d'une ptose, une cause d'ordre névropathique, nous savons quelle thérapeutique convient et quelle ne convient pas. Avec la théorie de Glénard, nous trouvons une indication médicale. L'appareil génital peut être influencé heureusement et avec profit par le traitement de l'affection digestive, de même que l'appareil digestif peut bénéficier du traitement de la maladie génitale. C'est, j'en conviens, un acquit précieux et que nous ne devons pas négliger. Si la thérapeutique médicale échoue, la thérapeutique chirurgicale entre en jeu et bien faite, elle donne des résultats parfaits.

Je dois répéter ici, que je n'ai pas rencontré de ces cas réfractaires à toute thérapeutique opératoire, accumulation de récidives et de déceptions qu'on a appelés « l'opprobre de la gynécologie », pour lesquels un chirurgien américain a imaginé l'évidement viscéral du bassin ou *Pancolpokysteectomie* suivi de l'oblitération massive du plancher pelvien par des sutures métalliques.

Je suis impressionné par ce qu'en dit M. Pichevin et je me demande si ses paroles ne dépassent pas un peu sa pensée. Il y a des formes graves et rebelles, soit, mais je crois que par une assez longue expérience, de par un millier environ de cas opérés en 18 ans, que les opérations plastiques bien faites suffisent. Il faut, dans certains cas, surtout chez les femmes âgées et à tissus très affaiblis, quelquefois sous le coup de troubles organiques latents, se résoudre à aller jusqu'à une quasi-occlusion du tractus génital. Je ne veux pas, à propos de pathogénie, m'ériger en docteur *ès thérapeutique chirurgicale* plastique, mais je ne puis laisser passer l'occasion de protester contre l'acceptation trop facile de faits auxquels je crois, mais qui sont tellement exceptionnels que je n'en ai pas encore vu, au cours de ma carrière de spécialiste. Ces hernies désespérément récidivantes, malgré toutes sortes d'opérations, malgré des restaurations plastiques solides du plancher pelvien, malgré une solide

suspension de l'utérus, après libération des adhérences, malgré le traitement général médical convenable, associé au précédent, malgré une hygiène nouvelle en opposition radicale avec l'hygiène défectueuse antérieure, ces cas. *je ne les connais pas*, à moins que l'on ne veuille parler des ultimes degrés d'une cachexie neurasthénique véritable, auquel cas il vaut mieux s'abstenir d'opérer et attendre les résultats de la cure médicale avant d'intervenir.

La sénilité ne me paraît pas une condition étiologique première des ptoses. Les hernies génitales existent chez les vieilles femmes, mais ce sont des maladies *de retour* et non *de début*. Comme je l'ai dit en commençant, la sénilité, avec ses troubles nerveux organiques de toute nature, peut devenir, pour des hernies génitales compensées, une condition d'aggravation intense avec rupture de la compensation. Elle peut paraître alors, à première vue, une cause initiale, tandis qu'elle réalise une condition étiologique secondaire.

Sur le port des ceintures abdominales et de leur efficacité, je suis d'accord avec M. Reynier. La ceinture bien faite, est à l'événement et à la flaccidité de la paroi abdominale, ce que la restauration plastique du plancher pelvien est à la hernie génitale.

VARIÉTÉS

LE CORSET DE LA REINE DE SERBIE

On sait que, en août 1900, le pauvre Alexandre, de Serbie, avait épousé, malgré le *qu'en dira-t-on* et tous les obstacles, Mme Draga Maschin, fille d'un président de district et dame d'honneur de la reine Nathalie. A l'étranger, pour justifier la décision du roi, on parlait tout bas de la naissance prochaine d'un héritier de la couronne et les mauvaises langues disaient même qu'il n'attendrait pas pour venir au monde les neuf mois réglementaires. Un corset tout spécial avait été fabriqué par l'habile Mme Cadolle, pour protéger la précieuse grossesse et n'en gêner en rien le développement; la figure ci-contre reproduit ce « curateur au ventre », dont nous avons pris la copie sur le modèle exposé dans les vitrines de l'Exposition et qui fut « construit sur la recommandation de ses docteurs ».

Il fut alors reconnu que, contrairement aux prévisions du Dr Caulet, qui, en septembre 1900, déclarait constater « l'existence de *signes* d'une grossesse de trois à quatre semaines », la reine n'était nullement enceinte et qu'on s'était trouvé seulement en présence d'un état maladif, ou plutôt, comme l'a affirmé le docteur Lutaud à cette époque, d'une véritable simulation en vue d'une *supposition de part*. Quoi qu'il en soit, ce fut, pour le roi comme pour la reine, une cruelle désillusion; mais, le public, peu initié aux secrets des alcôves royales, apprit avec quelque étonnement qu'il pouvait exister une

grossesse nerveuse, une grossesse par suggestion et même une supposition de grossesse.

Ajoutons quelques détails complémentaires qui ne manquent pas de piquant. Aussitôt la déclaration signée par le docteur Caulet, la nouvelle se répandit dans les principales villes serbes et des comités s'organisèrent pour offrir à la reine, « bénie entre toutes les femmes », un berceau. Seize bercelettes furent ainsi envoyées à Belgrade, dont l'une en argent ciselé, offerte par la ville de Nisch : Gavroche dirait que c'est une *nisch* qu'on fit à la reine. Ces berceaux attendent et attendront probablement longtemps, sous l'orme du Konak, le Messie serbe, car le temps des miracles est passé et l'ange Gabriel n'« obombre » plus les vierges et même les demi-vierges.



Par une coïncidence des plus curieuses, l'année suivante, le cas de la reine Draga s'observa chez l'impératrice Alexandra : l'accouchement qui devait donner un héritier au trône de la Russie, n'a pas eu lieu ; il s'agissait d'une illusion, présentant toutes les apparences et les symptômes de

la grossesse ; c'est d'ailleurs la seule sympathie entre ces deux souveraines.

Ces grossesses illusoire ont existé de tout temps chez les souveraines, témoin Marie Tudor qui, se croyant sur le point de donner un héritier à la couronne d'Angleterre, annonce officiellement sa grossesse, provoque des réjouissances publiques et finalement accouche « du vent » : *parturient montes!*

Cette note est extraite de l'ouvrage du Dr Witkowski que nous avons déjà signalé à nos lecteurs et intitulé : *les Seins dans l'histoire.*

LA MORALITÉ SEXUELLE

Dans un travail très documenté, publié en partie dans la *Normandie Médicale*, M. le Dr Queyrat étudie les raisons qui ont affaibli en France la moralité sexuelle et par ce fait diminué la natalité :

Voici les moyens proposés par l'auteur :

Pour moraliser l'idée sexuelle, pour diminuer le nombre des infections vénériennes, pour assainir le mariage, pour combattre

la prostitution et l'infanticide, pour s'opposer enfin à la dépopulation sans cesse croissante de notre pays, il faut recourir aux mesures suivantes ; il en est grand temps :

1° Abroger les articles 148 à 158 du code civil stipulant l'obligation d'avoir, aux fins du mariage, le consentement de ses parents ou grands-parents ;

2° Modifier l'article 488 de la manière suivante :

La majorité est fixée à 21 ans accomplis ; à cet âge on est capable de tous les actes de la vie civile (y compris le mariage).

3° Instituer une législation plus libérale du divorce.

Le divorce, par consentement mutuel, sera autorisé après que les époux auront exprimé par trois fois, devant le tribunal civil (à trois mois d'intervalle les deux premières fois, à six pour la troisième), leur volonté expresse ;

4° Le divorce, par la volonté d'un seul, sera autorisé au bout de trois ans, quand la volonté de divorcer aura été exprimée trois fois à une année d'intervalle ;

5° L'article de la loi sur le divorce interdisant aux complices d'adultère de s'épouser sera annulé ;

6° La recherche de la paternité sera autorisée ;

7° On abrogera les lois qui établissent actuellement l'infériorité civile de la femme et des enfants naturels ou adultérins ;

8° Les droits d'épouse légitime seront attribués à la fille déflorée ;

9° L'abandon d'une maîtresse par son amant sera passible d'une sanction pécuniaire ou pénale ;

10° Les proxénètes et les souteneurs seront poursuivis et sévèrement punis ;

11° Le régime de la réglementation, tel qu'il est actuellement appliqué, sera abandonné et en matière de prophylaxie des maladies vénériennes, on en verra au droit commun, égal pour l'homme et pour la femme ;

12° La Ligue contre la licence des rues aura le droit de se porter partie civile et d'exercer des poursuites dans toutes les circonstances ;

13° La police aura le devoir de protéger la femme dans la rue et dans les lieux publics ; elle devra punir sévèrement toute atteinte aux bonnes mœurs, toute provocation, aussi bien si elle est le fait d'un homme que si elle est le fait d'une femme.

GYNÉCOLOGIE ARCHÉOLOGIQUE

ESCHOLE DE SAPIENCE POUR OEUVRES DE MARIAIGE, VOIRE DE CONCUBINAIGE (1)

Ung vieil escript grimoiré sur parchemin, nous advise que la damoiselle de Malespine, alme et gorgiasse péronelle issue de haut ligniaige, — si belle et si gorgiasse qu'ung gueux à besasse auroit faict ripaille, rien qu'à froter son crouston dessus, — emprès desja longue, léale et infructueuse espreuve du mariaige, estoit marrie de demourer brehaigne. Treuver s'en vint le maistre myre, Matteo di Gradi, illustrissime coquillon de Flourence, lequel, à ouïr ses doulours, chaussa ses besicles, prit pose vehementement meditative, et tascha à toute force details, luy esplorer le grief labour que est faire un enfant.

De paour de malentente, ignorance ou aultre lacune, il aligna proli-
ficquement sa leçon dessus le papier. La vécy sans faulte ny rature.

— OEuvre charnelle entreprinse ne sera qu'emprès digestion faicte, le gros boyau et la vessie estant esvacués. Les espoux en belle humeur seront sains, vigoureux, et non malengroins, biscarriés, ramingues. Le mary, bien dispos de toute sa fressure, babelutera à sa compaignie chouses de doulx languaige et de proupos gallants, luy chatouillera, mignotera les tetins, et le petit endroit, comment ha nom? — à ceste fin, qu'ils se treuvent ambédeux par ainsy que sonne en mesme minute, pour l'ung et l'aultre l'heure des divines joyes. Et pour qu'il n'y ait equivocque, n'entrera l'esleu en Paradis, sinon que la dame jà mise à poinct et esblouie d'alaignesse, luy en desclose portes battantes. Ce qu'il cognoistra vécy comme : rou-
geur s'espend en sa face et ses yeulx, parolles prononce sans suite et balbutiantes, respire brièvement comme bische forcée à la courre. Et sans relasche (tousjours baisotant, becotant, suçotant sa bouche et ses létins) luy caressera le tant souefve appendix que Nature ha mis entre l'annule et la vulve, car en cettuy retraict se musse le vray bouton de volupté. Et quand l'aura cogneue ainsy preste et ardée de désirs, lors la chevauchera d'ahan, et se resguar-
leront tout leur saoul. Et quant auront parachevé besongne, si veuillent engendrer gentille créature à leur imaige, que l'homme afaire tardisse ung petit son glaive en la bleceure, et ne l'en retraye avant qu'il ne ressentte corrugation et succion de la matrice comme d'une ventouse. Lors il en décherra tout doulcettement. Ains la dame demourera coicte en sa posteure, les fesses haultes et prousches, deux heures pour le moins; et ne bougera du lict pendant trois jours, soy desprivant de mouscher, tousser et aultres chouses de mesme.

(1: Nous devons la communication de ce curieux manuscrit à M. le Dr Beugnies, de Givet.

— Adoncques est-ce si ardue besongne ? interroqua la damoiselle espantée.

— Voire ! répondit le myre.

— Et ce pourtant, point ne deffaut de galloises qui s'engrossent à moindre meschief. Je hay meschines et suyvantes qui point n'ont l'air d'y mettre telles façons, je vous affie.

— Bien vous dictes. Nature est si diverse !

Icy fina, à grant dommaige, l'enseignement du myre à sa benoiste élève.

Ung aultre concoctionneur de quinte essence ha rallongié le chapitre pour le desgourdissement des jeusnes godelureaux qui point assez, à l'heure du mariaige, ne cognoissent la meschanique des fricquenelles.

Ne sont point toutes les femmes pareillement idoynes et promptes à esmouvoir. D'aulcunes, lymphaticques, froides comme canes molles, reçoivent le doulx sacrement en agrippant mouches ou aragnes. Ne se peuvent mettre en bransle. Et leur faut, avant que s'esbaudir pour de vray, longue et vehemente danse devant l'arche, comme fict ce grand paillard David. Ce sont harpes tousjours destendues, à cordes tousjours moult trop lasches, et toutes les faut taster l'une emprès l'aultre, avant que résonnent et respondent à l'accord, en jouant petites canzonettes bien friskes, avec allegros, andante, dolce, forte, crescendo, avant que attaquer grand air di bravura. Et lors, sy a bien conduit sa lesson le maestro, luy baillent, en recompense, notes de haulte contre à descrocher boldequins.

De brief, devant telles glaciers, utile est se ram entevoir la rubricque des apothicaires : longuement agiter avant que s'en servir.

D'autres il y ha, rongiées de la male raige sous le nombril. Celles-là, jamais ne treuvent assez pour leur grand faim. Et ne peuvent avoir lignée, pour ce que ce sont poules, au lieu de pondre, qui concoctionnent leurs œufs durs.

Faut veoir ces mouches defferrées quant le cas leur chaupit, ce qui est sempiternement, faire plus de tordions sur leur litière que carpes sur la paille, et mugueter, cageoler les litanies d'amour : « Arrive ! mon musequin, disent-elles en montrant le tabernacle ; Viens ! c'est du Nanan ; Viens ! mon joli cornaboux, mon bauldrier, mon arbaleste de passe, mon hallebutte, mon arc à jallet, mon cubulaire, ma croue, mon bauldouineur, mon arrousouer, mon espadon, mon douzil, mon espinguarde, mon dorelot, má doulcine ! » Tu cuydes pouvoir restoupper leur belutoir de ta piece ? « A la venue des coquecigrues ! » comme on chantoit jadis. Par la Sambreguoi ! Tu es fol, fol folliant, fol banerol, fol à pompettes, fol à sornettes, fol marmiteux, fol gourgias ! Inanement te desmanche rois-tu au déduict, et te pourtendrois-tu en tous les chiabrenas de haulte gresse, jusques à pisser vinaigre, et que te poignent eschauboules en les hypochondres, angonages en les rognons, maulubec sur les tonsilles, et feu gregeois en tous tes os, inanement te dis-je, car ha promulgué la divine Escripiture en ses Proverbes rien

n'estre de plus inextinguible souef et grandissime avalloer que ces quatre chouses, lesquelles tant qu'on les emplie, oncques ne se saoulent : le désert, la tombe, le feu, et la matrice brehaigne.

Ensaulve-toi tout à trac! Sinon tu issiras, esque, espaultré, désossé, malandrin, esluché, cuict et rosti comme hareng-saur. Et elle, incontinent dira: « Plus d'aubert en la fouillouse! A un aultre! »

Que si tu tiens à faire bonne et longue vie, va querir maistre habile qui deslie les noueres de tes doigts pour te bailler toutes sciences en arpesges, traicts, fugues, pointes et contre-pointes. D'aventure, par cettuy talent, desjoueras-tu la malencontre de ta planète. Ains, sy tu préfères dormir à moins d'estrif, boute ladicte femelle en commandite, et tiens-toi les pieds chauds, car sy tu contrefais le jaloux, le meschant, le hargneux, te poulseront les cornes aussy dru quand mesme, avecques la bile en plus, petits bénéfices en moins.

Ung quy feust jadis ung mien amy, en ung semblable engin de maleheur, s'estoit creu en mesure d'enmuseler le minotaure par ce qu'il desnommoit, lorsqu'il estoit dans ses bonnes, cérémonialement son truq : « Tousjours je lairre, ce disoit-il, ung locataire en l'immeuble, et par ainsy point ne me chaut du remenant. » Et par locataire, il existimoit dire ung enfant. Et de fait, il engrossoit sa femme, sans tresves ni relasches, comme un four de villaige, hARRY bourriquet, cuydant que grossesse éternelle est la meilleure compagnie d'assurances contre gresles connubiales. Ains, sa bonne mesnagière, emprétextée que rien n'est ruyneux comme chambres vuydes, en despit du locataire du premier, soubslouoit toujours voutentiers l'entresol, tant et quant elle pouoit.

Ti années, casse-cols! dis-je. Véhicules qui toujours ahottent embourbés, mès que n'aient quatre ou cinq chevaux en les brancarts. Et lors, courent la poste, bruslent les relays, craschent feux et flambes, regoubillonnent à toute erre, ce pendant que le bonhomme d'espoux s'en vient à dours, au menu pas des triste-à-pattes, ou se mortond au logis en les sallebrenées besongnes des chauffe-la-couche. Ce sont bestes qui oncques ne furent bestes domesticques. Plus aisé seroit atteler une lionne à une charrette que telles femmes à leurs debvoirs. Adoncques, les naturalistes ne scaichant qu'escoupir dessus elles, les emburelucoquent-ils des plus estranges sobriquets de la création : bagasses, alicaires, blanchisseuses ès tuyaux de pipes, coignardieres, bringues, cailles, boubeteuses, ambubaies, cambrouses, paillasses, braydonnes, drouines, cloistrières, omnibus, gouges, gadoues, cocquatrices, ensoignantes, fricquenelles, jannetons, escoceresses, hannebasses, mochés, galle-freteuses, chaussons, hollières, galloises, loudières, gaupes, manèfles, margots, gondines, gautières, ribaudes, ricaldes, safrettes, rouscaignes, posoères, scaldrines, rafaitières, rigobètes, trottières, villotieres, touses, toupies, etc. Je m'arreste; sy feroit-on un volume du surplus.

D'autres ya, de petit estomac, fresles, délicates qui soy nourrissen

de resves, fantasies, et semble ne leur faillir qu'aisles au dos pour s'en aller ès cieux rumpre le pain des anges. A celles-là point ne faut offrir son pistolandier à la houzarde, ny à la mode de Panurge, « qui souloit le faire clacquer mélodieusement contre ses cuisses », car feroient au desbucher grimasse aussy horrifique qu'ung singe qui desmembre des escrevisses. Mais est nécessaire cognoistre le code du galant cavalier, sçavoir le personnage d'Amadis, emmener la poulette doucement en pays du Tendre, luy monstrier parterres fleuris de roses. Et si l'effarousche la moindre spinole, sçavoir dire à sa beste : Couchié, Azor ! Puis s'en aller philosophicalement s'estendre en ung fauteuil.

Arrive tousjours cecy : La belle s'estomire, se pense avoir commis faultes grievés, avoir esté trop revesche. Et ha grand poine en son cuer. Et dict mezzo voce : « Il fait trop froid vrayment, Messire; point ne veulx que mal vous advienne. Place ici vuyde il y ha; vous messieroit-il la prendre ? » Vous merciez de grande liesse, vous vous glissez au bon endroit, comme belette en ung trou de garenne. Vous contrefaites le frileux, le transi. La très douce, qui bon cœur ha, vous reschauffe en son giron, se dégesle aussy quelque peu, et même souventes fois se brusle. Lors, en avant la musicque !

J'en hay cogneu, de vrays gourmets, lesquels escheus à des sensitives, à des hermines, sceurent se morfondre trois ou quatre jours avant que jouer leur benoist air. C'estoit des hommes de Plutarque, dont est fascheux que point on n'ait escript l'histoire.

D'autres y ha encores, qui ont veu le loup. Hé bien ! ne vous en desplaie, aucunes font assez bonnes espouses. Et vécy comme : Sagesse est advenue par où pucelage est desparty. Des adventures, elles ont apprins que vault l'aulne, et les martrois, les engariages, les horrifiques trahisons de cil qui ha tout ey pour breloques du pape. Aussy ratournées au bercail, n'en avolent plus, se tiennent bien saiges, bien peneuses. N'estoit l'accroc, les croiroit-on plus Lucrèces que Lucrece. Nul d'ailleurs, fors le mary quand ung se presente, ne peult le veoir. Et encores !

Pour d're le tout en une parolle, femmes soubz les drapeaux du licit sont comme horeloges qui. aucunes fois avancent, plus soubvent retardent, et y en a peu qui marchent juste. Et est pourquoy sont tant de marys qui manquent le coche, et tant de femmes qui s'entredisent : « C'est ça, la plaisir ? Vère ! » Et se ratournent du costé du mur, contrefaschees pour la vie.

Jouvenceur qui cuydez faire graine d'espouseurs, entendez icelle maxime et la boutez en la gibecière de vostre cervelle comme paratonnerre : **Hymen** est un duo ; mary qui point ne sçait conduire l'**orchestre** pour le cantrequer à l'unisson, peult soy desdommager en acheptant un fond de coustellerie, car manches de cousteaux ne tarderont point à luy poindre en la coeuvre.

Et cecy, point n'est encores toute science de faire ung enfant ; ce n'est que science de l'esbaucher.

Sy, de fortune, en pourchas de marriaige, has rencontre de jeusne et gente pucelle, bien nueve de corps et d'asme, brave, de sang vermeil, et d'esperit pacifique, qui te resgarde avecques deux bons yeux de chien, « en te baillant son cueur avec ses despendances »; de brief, une belle petite oye blanche, ceste-là, tu la peulx pour espouse prendre, car elle sera, de ta couche la blandicieuse compaigne, de ta maison la léale gardienne, de tes poines le plus doulx baume, et de tes enfants la véritable mère.

C'est l'heur que te soubshaite le regrattier de ce galimatias.

ALCOFRIBAS.

NOTES DE PRATIQUE

Les lavages de l'intestin avec l'eau oxygénée. — Ces lavages, recommandés par M. Roger, M. Rocaz et d'autres seraient très effiacaces. L'eau oxygénée du commerce étant acide, elle doit être non seulement diluée, mais encore neutralisée. Un des moyens les plus simples pour obtenir ce résultat est de le mélanger à l'eau de Vichy (1 partie d'eau oxygénée à 12 volumes pour 10 parties d'eau de Vichy) On peut aussi ajouter à 100 centimètres cubes d'eau oxygénée à 12 volumes 900 centimètres cubes d'eau bouillie contenant :

Chlorure de sodium.....	5 gr.
Phosphate de soude.....	3 —
Bicarbonate de soude....	0 gr. 50

A chaque lavage, on emploie : pour un adulte, un demi-litre à un litre de cette dilution; pour un jeune sujet, 200 à 500 centimètres cubes; pour un jeune enfant, 100 à 200 centimètres cubes. La solution doit être froide ou tiède. Le nombre des lavages quotidiens varient avec la gravité de l'infection : deux suffisent dans les cas bénins.

Le veratrum contre l'éclampsie. — D'après le D^r Cotret, le veratrum diminue la fréquence des battements du cœur par une action directe sur le muscle cardiaque et il produit une paralysie générale des vaso-moteurs. Sous son influence, les pulsations, qui étaient par exemple à 120, tombent à 60 ou 40.

Voici la pratique de M. Cotret, pour l'administration du veratrum: Si le pouls de l'éclamptique bat à 120 ou au delà, on donne d'emblée 20 ou 22 gouttes d'*extrait fluide* de veratrum viride en injections hypodermiques. Avec un pouls au-dessous de 120, l'injection hypodermique variera de 10 à 20 gouttes suivant la rapidité du pouls.

On pourrait, faute de cette forme du médicament — extrait fluide — employer la teinture aux mêmes doses.

L'injection sous-cutanée demande à peu près trente minutes pour arriver au maximum de l'effet voulu. Si, dans ces trentes minutes, l'effet désiré n'était pas obtenu, on devra répéter l'injection à la même dose ou à la dose plus petite, suivant la nécessité, ou, autrement dit, suivant la rapidité du pouls.

Il faut maintenir l'effet obtenu pendant à peu près vingt-quatre heures, et pour cela il faut répéter, à intervalles plus ou moins éloignés, le médicament à dose de 5 gouttes.

La malade soumise à l'influence de fortes doses de veratrum devra conserver une position horizontale; la station debout pouvant être dangereuse.

Traitement médical de la Cholélithiase (MAC GÉE). — L'indication dominante au cours d'une attaque aiguë de la cholélithiase est le traitement de la douleur. L'application de topiques calmants, l'absorption à petites gorgées d'eau chaude pour rendre les vomissements moins pénibles, sont les adjuvants ordinaires de la morphine contre les phénomènes douloureux. Le traitement médical n'a pas de valeur préventive quant aux rechutes de l'affection, mais il est infiniment probable qu'un emploi judicieux de remèdes appropriés peut agir contre la formation des calculs. De nombreux chirurgiens ont cette conviction que la présence d'un calcul rend nécessaire l'intervention chirurgicale; d'autres et de non moindre valeur pensent que le traitement opératoire de la cholélithiase n'est pas justifié. Selon toute vraisemblance la vérité se trouve entre ces deux opinions

extrêmes et un certain nombre de cas relèvent du traitement médical.

On doit d'abord régler l'alimentation, proscrire les aliments gras ou azotés, les boissons alcooliques. On fait au contraire usage d'eaux alcalines en abondance ; la réputation de Carlsbad et autres sources minérales n'est peut-être due qu'à l'eau pure et simple, laquelle dilue les sécrétions et favorise l'élimination. On peut aussi substituer le fer aux eaux chimiques, et conclure que plus un médicament contiendra de fer, meilleur il sera. Mais il ne faut pas s'occuper seulement de la quantité de fer contenue dans une

eau minérale : il faut encore tenir compte de la nature de ce fer, de son état dynamique, des adjuvants et des corroborants qui l'accompagnent. Or, dans l'eau de Renlaigue, le fer, comme l'a dit Mialhe, s'y maintient facilement en dissolution.

Au reste, la démonstration de tout ce que nous venons d'énoncer a été faite au chevet du malade. Le docteur Armand de Fleury, professeur à la Faculté de Bordeaux, a expérimenté avec beaucoup de soin l'Eau de Renlaigue, dans son service de l'hôpital Saint-André.

FORMULAIRE

Contre l'otorrhée des enfants

(CHEBAYER.)

Résorcine médicinale }
Teinture d'opium.... } à à 0 gr. 60

Après lavage à l'eau boriquée tiède, on essuie à sec le conduit auditif avec du coton hydrophile, puis on y instille 8 à 15 gouttes de la mixture ci-dessus formulée (préablement tiédie). Le malade garde le liquide instillé pendant 20 à 30 minutes, tenant la tête penchée du côté de l'oreille saine. Sous l'influence de ces instillations, répétées une fois par jour seulement, et qui exercent une action à la fois antiseptique (par la résorcine), analgésique et antiphlogistique (par l'opium), l'otorrhée disparaîtrait en un laps de temps variant entre une à trois semaines.

Ce traitement s'est montré également utile dans l'otite externe, la furonculose du conduit auditif et la myringite aiguë.

Contre la vaginite aiguë (LUTAUD).

Glycérine neutre..... 250 gr.
Acide tannique..... 50 gr.
Laudanum de Sydenham.. 10 gr.

Une cuillerée à soupe par litre d'eau tiède, pour injections matin et soir.

Acné chez une jeune fille à l'époque de la puberté (DAUCHEZ).

1° Chaque jour au repas de midi, la malade prendra dans un peu de pain à chanter une des prises suivantes :

Colombo pulvér..... }
Safran pulvér..... } à à 1 gr.
Ferréduit par l'hydrogène }
Aloès..... 0,50 cent.

M. s. a. et divis. en dix prises.

Dix jours de traitement, suivis de dix jours de suspension, pendant lesquels on entretiendra le soir la liberté du ventre à l'aide de l'eau purgative

2° Chaque soir, des lotions d'eau savonneuse seront pratiquées avec de l'eau très chaude.

3° Le lendemain matin, le front, le nez, le menton et les régions atteintes seront frictionnées soit avec de l'eau de Cologne, soit avec la solution suivante :

Ether sulfurique..... 15 gr.
Borate de soude..... 10 gr.
Eau..... 250 gr.

4° On exclura du régime les crustacés, les salaisons, les viandes fumées, les crudités, le radis noir, etc. Le lait et la viande crue seront conseillées contre la dyspepsie.

Cachets contre la migraine

(LEGENDRE).

Caféine..... 5 centigr.
Benzoate de soude.. 10 —
Valériane de quinte 25 —
Antipyrine..... }
Phénacétine..... } à à 40 —

Pour un cachet. — A prendre dès que le malade commence à souffrir.

L'indigo comme emménagogue (J.-L. JONES).

L'auteur s'est servi avec succès, dans 14 cas d'aménorrhée, de l'indigo proposé, comme emménagogue, par S.-L. Gouin en 1837. Il n'a échoué que dans un cas, et encore la femme était-elle enceinte. Il prescrit la préparation suivante :

Indigo..... 60 gr.
Sous-nitrate de bismuth... 15 —

Mélez bien. — A prendre, 3 fois par jour, une demi-cuillerée à café dans un tiers d'eau sucrée.

OBSTÉTRIQUE

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS GRAVES DE L'ACCOUCHEMENT

par M. le Docteur MAGNIAUX.

C'est une opinion répandue aujourd'hui qu'une femme ne doit plus mourir du fait de l'accouchement. Cela est vrai avec quelque restriction. Et de fait, dans la clientèle, il est exceptionnel qu'une femme présente à la suite de son accouchement des accidents graves, mettant sa vie en danger; il est également exceptionnel de rencontrer ces accidents chez les femmes qui viennent accoucher à l'hôpital. En revanche (j'en avais déjà fait la remarque lorsque j'étais interne de la Maternité de l'hôpital Tenon, je l'ai plus remarqué encore depuis que je suis chargé ici du service de la Maternité) les services hospitaliers enregistrent un certain nombre de décès de femmes qui accouchent ou essaient d'accoucher chez elles, puis viennent à la Maternité soit parce que l'infection puerpérale a compliqué les suites de couches, soit parce qu'il y a eu des accidents de la délivrance, soit parce que l'extraction de l'enfant a été impossible. Le chiffre plus élevé de la mortalité chez ces malades s'explique facilement : elles nous sont amenées avec des complications presque toujours graves, quelques-unes sûrement mortelles. Notre statistique de cette catégorie de malades a été particulièrement mauvaise depuis le début de cette année; nous avons enregistré la mort de quatre de ces femmes. Les causes de la mort ont été variables; nous allons les passer en revue et essayer d'en tirer quelque enseignement.

Notre première malade était une pauvre femme accouchée chez elle le 30 janvier et qui fut amenée dans notre service le 2 février; elle avait eu six enfants; pas d'antécédent morbide. Le facies était mauvais, le visage pâle et amaigri; les yeux enfoncés dans l'orbite; le pouls misérable, à 140; le ventre très peu douloureux au palper, pas ballonné; l'utérus volumineux, au col largement ouvert. Pas de vomissements. Garde-robe et urines normales. Température variant de 36°2 à 37°9. Pas de lochies, une injection intra-utérine ne ramène pas de débris. Deux jours plus tard la langue est cornée; le ventre est très légèrement ballonné; la nuit, il y a peu de délire; la malade meurt le 5, au matin. A l'autopsie, pus dans le bassin, fausses membranes verdâtres; nombreux débris dans l'utérus.

Voici une femme qui a succombé à une péritonite suppurée laquelle a donné le minimum de réaction possible. Je n'ai pas vu beaucoup de péritonites puerpérales; c'est une affection heureusement rare aujourd'hui : de mes quelques observations je conclus que cette péritonite est souvent insidieuse.

Il n'est pas douteux que l'infection puerpérale a été la cause de la lésion du péritoine. Cette femme était très pauvre, très sale. Les

soins de propreté et d'antisepsie, ces bases fondamentales de la pratique des accouchements, faciles à prendre à l'hôpital, sont pris déjà plus difficilement dans la clientèle riche et sont impossibles à prendre dans les milieux tout à fait pauvres. Cette femme paraissait très malheureuse; son état général mauvais ne pouvait lutter avantageusement contre l'infection. Notre traitement n'a donné aucun résultat. N'oublions pas d'ailleurs que s'il est possible d'éviter l'infection puerpérale, le traitement de l'infection puerpérale grave reste encore à trouver. Raison de plus de prendre toutes les précautions possibles pour l'éviter.

Notre seconde malade est une jeune femme de 29 ans, entrée à la Maternité accouchée et non délivrée. A l'arrivée de la malade le 5 février à une heure du soir, raconte l'observation rédigée par un élève du service, on apprend de ses parents qu'elle est accouchée le matin à 5 heures, que depuis ce moment elle a continué à perdre du sang, qu'elle n'est pas délivrée.

La malade est exsangue, les muqueuses complètement décolorées, le pouls imperceptible. Son linge est trempé de sang. Le placenta est en grande partie dans le vagin; l'orifice utérin est rétracté. La sage-femme pratique sans difficulté la délivrance qu'elle fait suivre d'un tamponnement intra-utérin pendant qu'on fait à la malade des injections de caféine, d'éther, d'huile camphrée, de 1,800 grammes de sérum, des inhalations d'oxygène. Dès qu'on eut pratiqué la délivrance artificielle, la malade cessa de perdre du sang. Néanmoins son état général s'aggrava de plus en plus, et elle succomba à 2 h. 1/2.

Cette femme a succombé à une hémorragie de la délivrance. Pendant huit heures, elle a perdu du sang assez abondamment. Quand, à la Maternité, la sage-femme, Mlle Grasset, eut fait la délivrance, l'hémorragie s'arrêta; mais il était trop tard et tous les moyens employés en pareil cas ne purent arracher la malade à la mort. En ces cas, la personne chargée de l'accouchement ou appelée à voir la malade n'a qu'une conduite à tenir; elle est classique et nous n'oserions y insister si le fait que nous venons de rapporter ne nous en faisait une obligation. La seule conduite à tenir, dans quelque milieu, dans quelques conditions que l'on se trouve, c'est, après s'être lavé les mains, d'introduire la main droite dans la cavité utérine et de pratiquer la délivrance artificielle. On pourra ensuite envoyer la malade à l'hôpital, mais seulement après qu'on l'aura délivrée.

La femme M... a succombé à un accident beaucoup plus rare. Sans antécédent morbide, accouchée quatre fois spontanément, cette femme présente une grossesse à terme. Quand elle arrive à la Maternité, elle est en travail depuis 48 heures. Facies mauvais, pouls petit, à 140, respiration fréquente, écoulement par le vagin d'un sang noir et sirupeux depuis la rupture des membranes qui remonte à 24 heures environ. La malade ne souffre pas, n'a pas de

contractions. Au palper, on sent les parties fœtales immédiatement sous la peau, ou à l'impression d'une rupture utérine, avec fœtus en partie passée dans cavité abdominale. Présentation du siège en S. I. G. Pas de battements de cœur. Le col est mou, facilement dilatable.

Après avoir fait donner à la malade du chloroforme, j'abaisse les deux pieds qui sont haut situés, car le siège est resté élevé, au-dessus du droit supérieur, sans tendance à l'engagement. Il semble que la présentation du siège n'est pas primitive, qu'elle a succédé à une présentation du tronc. L'extraction du fœtus est assez pénible, surtout quand il faut rechercher et abaisser les membres supérieurs. L'enfant mort pesait 3 k. 950 gr. Je pratiquai immédiatement la délivrance artificielle et pus constater ensuite l'existence d'une déchirure étendue, transversale, intéressant la moitié postérieure du segment inférieur de l'utérus, oblique de droite à gauche. Il se produisit à ce moment une hémorrhagie abondante en même temps que le pouls devenait imperceptible et la mort imminente. Rapidement je pratiquai un tamponnement de la déchirure et de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée ; plaçai un bandage qui comprimait l'utérus à travers la paroi abdominale. On fit des injections de caféine, d'éther, d'huile camphrée, de deux litres et demi de sérum. Un instant le pouls devint meilleur, la malade parut aller un peu mieux, mais bientôt elle succombe.

A l'autopsie : large déchirure du segment inférieur, pas de sang dans la cavité abdominale, pas de caillots derrière le tamponnement.

Qu'est-ce qui a déterminé la rupture ? En l'absence de toute autre cause qui puisse expliquer la longue durée du travail chez cette multipare au bassin normal, jusque-là accouchée facilement de gros enfants, nous avons pensé qu'il s'était agi d'une présentation de l'épaule méconnue, que la version n'aurait pas été faite en temps opportun, que l'utérus avait fini par se rompre. Surveiller son diagnostic de présentation, examiner à plusieurs reprises et avec plus de soin la parturiente lorsque l'accouchement n'évolue pas normalement ; en cas de présentation de l'épaule, intervenir dès que la dilatation est complète : tels sont les enseignements à tirer de ce fait.

Quelle conduite tenir en face d'une rupture utérine ? On pratiquera l'extraction de l'enfant par les voies naturelles ou par la voie abdominale ; on choisira le mode de faire qui semblera permettre l'extraction avec le moins de violence. Reste la déchirure qu'on peut traiter par la laparotomie ou par le tamponnement. J'ai pratiqué deux fois sans succès la suture de l'utérus chez des malades entrées à la Maternité avec une rupture étendue de cet organe. Merg a réuni tous les cas de rupture de l'utérus publiés depuis 1870 avec leur mode de traitement. Le tamponnement donne 66 % de guérison, la laparotomie 48 %, l'absence de traitement 14 %. Mais on ne saurait attacher une grande importance à ces chiffres ; les faits ne

sont pas comparables. La laparotomie est le traitement de choix ; on réservera le tamponnement avec bandage compressif aux déchirures très peu étendues, aux cas désespérés.

Chez la femme M... , je n'ai pas osé tenter la laparotomie d'autant plus que la disposition actuelle de notre service ne se prête pas très bien à ces interventions dont l'urgence est extrême. Notre salle d'opérations est éloignée de la salle d'accouchements, dans une partie du service indépendante, pour ainsi dire, de la Maternité. Dans ces cas, tout à fait exceptionnels où les chances de vie dépendent avant tout de la rapidité de l'intervention, nous perdons un temps précieux au transport de la malade, à la préparation de la salle d'opération. Hâtons-nous d'ajouter d'ailleurs que bientôt ces inconvénients n'existeront plus, quand l'Administration aura apporté au service les améliorations qu'elle a projetées. Chez notre malade l'hémorragie fut arrêtée par le tamponnement, ainsi que l'établit l'autopsie ; mais c'était agir trop tard. Depuis 24 heures il recoulait un sang noir par le vagin dû vraisemblablement à la déchirure de l'utérus ; l'état général de la malade était devenu trop mauvais pour que nous puissions espérer un succès.

La femme R... , primipare de 31 ans, amenée de la campagne à la Maternité le 26 mars à midi, raconte qu'elle a des douleurs pour accoucher depuis le 23 mars à 8 heures du matin, qu'elle a perdu les eaux le 24 mars à 4 heures du matin, qu'à deux reprises le 25 mars vers 4 heures du soir et le 26 à 8 heures du matin un de nos confrères a fait une application de forceps sans pouvoir extraire l'enfant. C'est une femme très grosse (elle dit peser 100 kil.) ; son utérus, difficile à palper à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale, est très développé, mesure 49 cent. de hauteur, est sonore à la percussion (physométrie). Au toucher, on trouve un orifice dilaté comme une petite paume de main avec bords durs, tendus, un bassin normal, une tête avec bosse séro-sanguine très volumineuse qui se fixe au détroit supérieur. Le liquide amniotique est horriblement fétide. Pas de bruits du cœur fœtal. Température 37°6 ; pouls 120 ; on ne peut recueillir d'urines pour les examiner. Erosions multiples des parois vaginales.

La malade fut soumise à des irrigations vaginales régétées ; on lui donna deux bains d'une heure, un peu de sulfate de quinine pour provoquer des contractions qui restaient rares. A huit heures du soir, les bords de l'orifice étant plus souples et la dilatation ayant un peu progressé, je me décidai à pratiquer la basiothripsie. L'extraction du fœtus fut pénible ; la tête et les bras de ce fœtus macéré et putréfié s'étant détachés pendant la manœuvre, je fus obligé de saisir avec deux fortes pinces de Museux la colonne cervicale pour terminer l'accouchement. Délivrance artificielle et complète, tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée. Sutures de déchirures légères du périnée.

Le fœtus pesait 4.240 grammes sans la masse cérébrale. Il présentait une odeur extrêmement fétide.

Deux jours plus tard, la malade avait un frisson et la température s'élevait à 39° et le pouls à 120 pour rester les jours suivants aux environs de 39° avec quelques chutes à 37° et même à 36°, et le pouls varier entre 120 et 160.

A l'examen de la malade, nous ne trouvâmes rien du côté de la cavité abdominale. Le vagin était partout tapissé d'eschares grisâtres qui s'étendaient sur les lèvres du col et donnaient lieu à un écoulement grisâtre et fétide; l'utérus était un peu gros, difficile à apprécier. Nous fîmes pratiquer chaque jour des injections vaginales répétées très souvent et deux longues injections intra-utérines, les unes et les autres à l'eau oxygénée. Le 4 avril, il n'y avait plus de fétilité, plus d'eschares. L'état général de la malade était resté bon les premiers jours. Cependant, l'albumine, qui n'existait d'abord qu'à l'état de traces dans les urines, s'y voit en gros flocons le 1^{er} avril, en même temps que se déclare une diarrhée abondante et de la bronchite avec expectoration purulente. Le facies devient mauvais, la langue sèche et rouge, les urines restent assez abondantes, la malade succombe le 5 avril.

Nous observons chaque année un certain nombre de malades dont l'histoire est absolument analogue à celle que nous venons de raconter : dilatation du col irrégulière, incomplète; intervention; multiples et difficiles à travers un orifice incomplètement dilaté; eschares nombreuses sur le vagin et le col; septicémie à point de départ au niveau de ces plaies. Un grand nombre de ces malades guérissent; quelques-unes succombent. Nous avons eu recours autrefois dans les plus graves de ces cas, pour combattre l'infection locale, à l'irrigation utérine ou vaginale continue avec attouchement de teinture d'iode; ce moyen est très fatigant pour les malades et il nous paraît inférieur aux injections à l'eau oxygénée répétées. L'amélioration produite par ces injections sur l'état des lésions du vagin et du col utérin nous avaient permis d'espérer un bon résultat, espérances qui devaient bientôt être déçues par l'extension de l'infection puerpérale. Contre l'infection généralisée, il faut encore lutter avec tous les moyens de stimuler l'individu dont nous disposons : injections de caféine, de sérum, etc. Il faut encore lutter dans chaque organe où apparaissent des symptômes de l'infection. A tous ces moyens thérapeutiques, nombreux, mais peu sûrs, on peut joindre, si l'on a la foi, les injections de sérum de Marmoreck. En vérité, tout cela est bien peu de chose; nous restons mal armés en présence de toute infection puerpérale grave. Ainsi quelques chirurgiens ont pensé que la solution consistait en l'ablation de l'utérus, point de départ habituel de l'infection. Les résultats de ces interventions ne sont pas assez favorables jusqu'à présent pour entraîner la conviction. (*Normandie médicale*, 1^{er} septembre 1903).

RELATION DE QUELQUES FAITS POUR SERVIR A L'ÉTUDE
DE L'AVORTEMENT

par le Dr RANWEZ, médecin légiste à Namur (1).

I. *Avortement par ingestion d'une forte infusion de café cru.* — Il y a quelques années, j'étais appelé près d'une femme de 40 ans environ. Femme forte que je connaissais comme médecin et qui jouissait d'une bonne santé habituelle.

Je la trouvai dans un état inquiétant de lipothymie, irrégularité et faiblesse du pouls, anxiété, refroidissement, intelligence nette, pertes de sang.

Quelques heures avant mon arrivée, cette femme, enceinte de quatre mois et qui se trouvait en bonne santé, avait pris, pour se faire avorter une infusion de café cru (plus d'un quart de livre de café). Elle n'avait pas tardé à se trouver dans l'état où je la vis; se sentant défaillir, elle me fit appeler et me fit l'aveu de ce qu'elle avait fait : je la ranimai par des injections d'éther, etc., mais l'avortement survint moins de douze heures après l'absorption du café.

Ce moyen d'avortement lui avait été conseillé par une femme qui disait s'en être servi avec succès.

Voilà certes, Messieurs, un fait qui semble prouver qu'il ne faut pas prendre à la lettre les termes dont se sert notre illustre maître Brouardel dans son traité de l'avortement (page 120) : « la mélisse, le safran, le café, etc., ensemble ou associés l'un à l'autre ne provoquent pas l'avortement. »

J'estime qu'il y a lieu de corriger le sens de la citation que je viens de faire en se rappelant le sage conseil que donne M. Brouardel lui-même : « Pour moi, dit-il, un fait d'observation domine la question (de l'avortement) :

« Il est des femmes qui avortent sans raisons appréciables, quelles que soient les précautions qu'elles prennent. D'autres, au contraire, ne font pas de fausses couches, quelles que soient les circonstances qui surviennent, accidents, coups, chutes, émotion, etc. Il s'agit donc d'une disposition absolument personnelle, nous la traduirons physiologiquement par cette formule : l'excitabilité utérine varie chez chaque femme; tel accident provoquera des contractions utérines chez une femme et par suite l'avortement, et ne les provoquera pas chez une autre. De même telle maladie, tel médicament, telle intervention, aura, suivant les cas, une influence très active ou nulle.

« Nous retrouverons, conclut M. Brouardel, cette variabilité dans la pathogénie des avortements pendant tout le cours de cette étude; le médecin doit toujours l'avoir présente à la mémoire pendant les enquêtes dont il est chargé. »

Et bien, Messieurs, c'est en m'appuyant sur ce dernier et si sage conseil de M. le professeur Brouardel que je n'hésite pas à dire

(1) Communication faite à la Société de médecine légale de Belgique.

qu'il ne faut pas prendre à la lettre l'appréciation de ses lignes sur l'innocuité du café.

Certes, je crois que le café, à dose habituelle, doit être considéré comme impuissant à déterminer l'avortement; mais son usage excessif me paraît, dans le cas que j'ai cité, avoir déterminé l'avortement, en provoquant des accidents d'intoxication réelle.

En Orient, le café jouit, à tort ou à raison, de la réputation d'emménagogue; je ne sais comment il est pris dans ce but en Orient; peut-être l'un de vous pourra-t-il nous éclairer sur ce point.

Chez nos compatriotes, le café jouit d'une certaine réputation pour réveiller les douleurs languissantes des accouchements qui traînent en longueur.

II. — *Avortement par la rue, à dose toxique.* — Il y a quelques années, notre excellent confrère Verniory et moi fûmes commis dans un cas de poursuite judiciaire pour avortement par la rue.

Il s'agissait d'une forte jeune fille de la campagne, enceinte de six à sept mois, jouissant de tous les attributs d'une santé florissante, travaillant dru sans éprouver le moindre malaise de sa grossesse.

Elle prit un soir, avoua-t-elle, une infusion de rue « gros comme un gros œuf » dans de l'eau; pendant la nuit, elle eut des envies de vomir, des douleurs de reins et de ventre, un peu de sensation d'ivresse et avorta le lendemain à onze heures; elle se disait être à quatre mois de grossesse, l'exploration corporelle nous donna la conviction qu'elle était parvenue au cinquième ou sixième mois.

Cette fille se rétablit rapidement; c'est à peine si elle garda la chambre et si elle parut dérangée à son entourage. Elle assura n'avoir ressenti aucun trouble de santé important.

Ce fait prouve que la rue peut provoquer un avortement, alors qu'elle ne détermine aucun accident grave d'intoxication.

Je sais que les relations de faits de ce genre en médecine légale sont assez rares; bien que l'usage de la rue soit extrêmement répandu dans tous les pays, faut-il en conclure que la rue n'a pas l'efficacité que le peuple lui prête? Une telle déduction ne me paraît pas légitime.

En effet, dans quelles conditions les femmes qui veulent se faire avorter, font-elles usage de la rue?

Elles ont chez elles une plante de rue, si commune dans les jardins des campagnards et sur la fenêtre des citadins; elles n'ont besoin de l'intervention de personne pour en faire un usage coupable; si elles avortent et qu'aucun accident ne survient, comment la justice pourrait-elle être informée de ce qui s'est passé; le fait reste caché, le médecin légiste n'intervient pas et si, par hasard, une instruction judiciaire est ouverte, sur quoi le médecin légiste pourra-t-il se baser, alors qu'aucun symptôme particulier autre que la fausse couche ne révèle l'action de la rue? La coupable aura beau jeu d'expliquer sa fausse couche par une cause banale et de prouver que la rue qu'elle cultive

chez elle lui sert à faire des cataplasmes contre les maux de gorge.

Règle générale, il faut, pour parvenir à la découverte de la vérité dans des cas de ce genre, que des circonstances particulières d'intervention de tiers et des aveux de la coupable viennent, de toutes pièces, révéler l'avortement.

Aussi, Messieurs, j'estime que, pour connaître l'action réelle de la rue, comme de bien d'autres substances, ce n'est pas tant au médecin légiste qu'il faut poser la question de statistique ; c'est aux confidences des personnes du peuple, c'est aux accoucheuses qu'il faut s'adresser. J'ai l'intime conviction que, conduite de cette façon, une enquête prouverait que la rue jouit d'une véritable efficacité pour produire les avortements et que sa réputation universelle n'est malheureusement pas trop usurpée.

III. *Avortement survenu un mois après des manœuvres directes.* — Ici il ne s'agit pas d'un cas que j'ai eu à connaître comme médecin légiste, mais comme médecin praticien.

Une jeune femme bien portante a eu de nombreux enfants à terme, elle était enceinte de six semaines. Son mari introduisit dans le col, à trois centimètres de profondeur, et très doucement, une aiguille à tricoter de fort calibre. Une goutte de sang s'écoula pendant la manœuvre ; la patiente éprouva une douleur un peu vive ; le mari n'osa pousser plus loin son instrument ; dès ce moment la femme, jusqu'alors bien portante, accusa des douleurs de reins, de la gêne, de la pesanteur dans le bas ventre, des tranchées utérines, eut des pertes blanches ; finalement, après un mois, elle eut des hémorragies inquiétantes, le mari prit peur, me fit l'aveu de son intervention coupable. Je trouvai le col ouvert ; un corps mou se présentait, je tamponnai et le lendemain je recueillis un produit de conception de la grosseur d'un œuf de poule ; le placenta était reconnaissable et était du volume qu'il atteint vers deux mois et demi, tandis que l'embryon mesurait moins de deux centimètres, était aplati, macéré, diffluent, transparent, sans membres inférieurs distincts, avec la forme d'un embryon d'environ six semaines, l'embryon était donc mort vers l'époque de la manœuvre criminelle tandis que les annexes avaient continué à se développer. Les troubles de la gestation avaient nettement suivi la manœuvre et l'avortement ne s'est produit qu'un mois après.

L'apparition et la perdurance des troubles, l'époque de la mort du fœtus me paraissent autoriser la conclusion que l'avortement résulte des manœuvres directes exercées par le mari.

De ce cas intéressant, je veux rapprocher un autre cas non moins digne d'intérêt.

IV. *Fausse couche; expulsion d'un fœtus macéré, de cinq mois, sept mois, après hémorragies graves, tamponnement et toucher intra-utérin.* — Le 6 décembre, je fus appelé près d'une jeune femme déjà mère de trois enfants, anémique. Elle était enceinte

de cinq mois. Depuis plusieurs jours elle perdait du sang ; au moment de ma visite l'hémorragie était grave ; je touchai ; le col était dilaté ; je pus introduire mon index dans la matrice, attirer la lèvre antérieure du col en avant et sentir un fœtus ballottant dans une poche intacte. La fausse couche me parut imminente, l'hémorragie réclamait une intervention, j'appliquai un tampon en queue de cerf-volant ; le lendemain j'enlevai le tampon ; l'hémorragie avait pris fin, les douleurs étaient calmées. Je me retirai, confiant la malade à une accoucheuse chargée du service des indigents et recommandant de me faire appeler en cas de retour des hémorragies. On ne revint pas me trouver, je crus la femme délivrée ; deux mois et demi après elle vint me demander du fer contre son anémie, elle me conta que ses règles revenaient régulièrement et ne me donna pas d'autres détails.

Le 11 juillet, donc sept mois après le tamponnement, j'étais appelé près de la patiente ; elle souffrait atrocement du ventre et était d'une grande faiblesse, elle perdait du sang à odeur fétide ; je l'examinai, et quelle ne fut pas ma surprise de sentir un fœtus engagé dans le col ! Bientôt j'assistai à l'expulsion d'un fœtus long de vingt-deux centimètres, absolument décomposé, macéré, les membres se détachaient du corps, les chairs étaient putrilagineuses, la tête aplatie comme un sac mou à demi plein de matières liquides et d'os mobiles .

J'interrogeai alors en détail la malade ; elle me rapporta que, depuis le 6 décembre, ses règles étaient revenues régulièrement chaque mois mais infectes et sales et que, d'une façon permanente, elle avait eu des pertes de couleur louche et odorantes ; elle avait dû faire de quotidiennes injections au permanganate de potasse.

Ces deux cas sont intéressants. Dans le premier, nous voyons l'avortement survenir un mois après la manœuvre directe ; dans le deuxième, la fausse couche se produit sept mois après la mort du fœtus, sept mois après que, dans un examen médical, j'avais introduit mon doigt dans la matrice.

Or, un tel examen n'est-il pas absolument semblable à la manœuvre qui consiste à introduire un corps quelconque dans la matrice pour décoller les membranes et provoquer ainsi l'avortement ?

L'enseignement que je tire de ces deux faits est simplement qu'il nous est permis de dire que l'avortement provoqué peut se déclarer longtemps après les manœuvres directes et qu'il serait téméraire de suivre l'exemple de nombreux avocats qui prétendent trouver dans les observations de Tardieu et de tant d'autres Maîtres en médecine légale la preuve que l'avortement ne peut être considéré comme résultant d'une manœuvre directe qu'à la condition de se produire dans un délai de quinze jours, etc.

Sur ce point, nous devons nous souvenir de l'avis de Brouardel (page 182 de l'avortement) : « Si vous êtes interrogés sur ce point par le Juge d'instruction ou le Président des assises,

vous ne pourrez assigner une date fixe à l'avortement et vous devez seulement dire que le temps écoulé entre la tentative et l'expulsion a été normal ou plus long que normalement mais sans pouvoir donner d'indications plus précises. »

La question du laps de temps qui sépare l'avortement des manœuvres directes est une question qui doit rester ouverte pendant longtemps encore.

Pour la réponse, que chacun de nous apporte les données de son expérience, ainsi que l'ont fait Orfila, Wilert, Brouardel, Corsin et tant d'autres, et plus tard on pourra, en se basant sur un nombre considérable d'observations, établir une statistique de valeur.

Et ici encore, Messieurs, je fais appel à l'expérience des médecins praticiens ; leurs observations seront vraisemblablement plus utiles que les observations tirées purement de la pratique légale.

Ne perdons pas de vue, en effet, que les cas qui parviennent à la connaissance du Parquet ne lui arrivent que lorsque la corrélation entre l'effet et la cause semble évidente aux dénonciateurs.

Or, si un avortement survient longtemps après une manœuvre quelconque, celui qui a connaissance de cette manœuvre ne croira peut-être pas pouvoir lui rattacher le résultat obtenu et ne le révélera pas ; il s'en suit que les cas qui nous intéressent en ce moment ne parviendront pas à la connaissance du médecin légiste et les statistiques que celui-ci pourrait faire avec les seuls cas judiciaires seront faussées.

Je ne me dissimule pas, Messieurs, combien il est difficile de pouvoir établir une corrélation de cause à effet quand l'événement se produit tardivement.

Nous devons, dans ces cas, être d'une prudence extrême ; il faut, par un examen scrupuleux de chaque cas particulier, établir si la manœuvre incriminée est par elle-même capable de provoquer l'avortement, voir si des troubles sont survenus à la suite des manœuvres, juger de la perdurance jusqu'au fait accompli ; alors seulement nous pourrions donner une appréciation sur les conséquences de l'acte incriminé.

V. *Avortement à la suite de prise d'iode et iodure de potassium.* — Voici encore un fait dont j'ai eu connaissance par les confidences d'une cliente.

Mme X... est une forte femme de 44 ans, à face rouge ; elle a eu trois enfants et trois fausses couches spontanées.

L'an dernier, elle me consulta pour les suites d'un avortement survenu dans les conditions suivantes :

Elle était enceinte de quatre à cinq mois ; voulant se faire avorter, elle suivit les conseils d'une bonne amie qui avait réussi, disait-elle, par ce moyen.

Teinture d'iode 30 grammes dans laquelle elle déposa de l'iodure de potassium en sursaturation, de façon à ce que les cristaux non dissous occupassent le quart de la bouteille, après

forte agitation elle versa une petite cuillerée d'une contenance de 5 grammes environ dans un litre d'eau et de ce mélange elle absorba un petit verre à liqueur, soir et matin, de façon à prendre tout le litre en quinze jours ; l'usage de cette drogue lui donna des aigreurs, de la chaleur d'estomac ; vers le dixième jour elle perdit quelques gouttes de sang ; les petites pertes augmentèrent doucement jusqu'au quinzième jour, elle suspendit alors, pendant cinq à six jours, l'usage de l'iode ; les pertes cessèrent ; elle versa alors du mélange d'iode (solution mère indiquée plus haut) une grande cuillerée à salade, dans un peu moins d'un litre et prit un petit verre à liqueur, soir et matin, du nouveau mélange. Au deuxième jour les pertes reparurent et elle avorta le cinquième jour.

Dans les derniers jours de l'usage de sa potion elle eut du larmoiement, du coryza, des rougeurs au front, des maux d'estomac.

Cette observation rappelle singulièrement le cas de la dame P... cité par Brouardel, page 89 de l'Avortement, et me porte à accepter les conclusions du docteur Laurens sur l'influence abortive de l'iode.

L'iode est un de ces médicaments dont les effets varient d'une façon extrême suivant certaines idiosyncrasies et si tous nous avons pu donner ce remède à des doses massives, colossales, à des syphilitiques « qui absorbent l'iodure comme on mange du pain », il n'en est pas moins vrai que nombre de nous ont pu constater que l'iode, à dose minime, avait une action évidente sur l'utérus et agissait comme emménagogue puissant ; dans l'observation qui m'est personnelle, il s'agit d'une femme prédisposée à l'avortement ; chez elle, l'iode a pu vraisemblablement agir comme abortif d'une façon remarquablement active.

VI. *Avortement par causes diverses.* — Il y a quelques mois une jeune fille admirable de santé me consulta sur l'absence de ses règles. Elle était enceinte de quatre mois; je lui conseillai le mariage, elle me répondit par l'euphémisme habituel, me demandant si je ne pouvais lui donner un remède pour faire revenir les règles ; je voulus la sermonner ; peine perdue ; elle saurait bien, dit-elle, se tirer d'embaras.

En effet, à quelque temps de là, la revoyant avec un ventre bien plat, je m'informai de sa grossesse : « Eh bien, je suis allée en voyage avec mon amant; pendant trois jours j'ai dansé, j'ai bu du champagne, etc., et j'ai avorté. » Combien en font autant ? Elles sont légion ; combien de femmes auxquelles nous recommandons le calme et le repos absolu, sexuel et autre, pour conserver la vie au petit être qu'elles portent dans leur sein et qui nous répondent : « Si cela veut venir, tant mieux ; nous ne voudrions certes pas, disent-elles, prendre quelque chose pour avorter, mais quant à rester en repos, ah ! ça, non. » Elles continuent leurs travaux, leurs courses, leurs plaisirs ; elles exagèrent leurs fatigues et avortent, la conscience tranquille, et cependant

elles savaient qu'elles se feraient avorter et elles l'ont fait ; elles sont coupables, mais la justice ne saurait les atteindre. Exceptionnellement il arrive certains cas où, à la suite de manœuvres je dirai banales, la question de corrélation de cause à effet nous est posée en justice.

Nous devons, dans ces cas, répondre complètement et nettement. Qu'importe que les fatigues, les danses, le champagne, les excès sexuels permettent à mille femmes de conduire à bien leur grossesse, et si la mille et unième femme ne peut les supporter sans avorter ; celle-là est coupable qui fait usage de ces moyens dans un but d'avortement.

Pour nous, médecins légistes, il ne nous est pas permis d'énerver la justice ; nous devons carrément constater la possibilité de la provocation de l'avortement par ces moyens dits banaux ; nous devons rechercher si, chez l'inculpée, il n'y a pas d'état pathologique qui prédispose particulièrement à l'avortement et laisser au juge le soin de juger de la volonté criminelle, de la culpabilité.

C'est ainsi que, dernièrement, j'ai eu à intervenir dans le cas suivant : Une jeune fille devint enceinte des œuvres de son père ; celui-ci, pour la faire avorter, la força à courir chaque soir du haut en bas et de bas en haut d'une montagne ; il fit multiplier ces courses, fatiguer la malheureuse ; bientôt celle-ci se plaignit de maux de reins ; elle eut de petites pertes ; le père insista ; les accidents augmentèrent et, finalement, l'avortement survint. Dans ce cas, je n'ai pas hésité à dire que des fatigues du genre de celles auxquelles cette jeune fille a dû se soumettre étaient de nature à provoquer l'avortement, que l'augmentation progressive des menaces d'avortement après chaque nouvelle course, prouvait que ces courses avaient contribué à provoquer l'avortement, si même elles ne l'avaient pas déterminé à elles seules.

Après l'exposé de quelques cas précédents où se montre une certaine corrélation entre les causes d'avortement et le résultat survenu, je vais citer deux cas où l'avortement ne s'est pas produit malgré la mise en œuvre de moyens provoquant habituellement ce fait.

VII. *Ponction d'un œuf de trois mois sans avortement consécutif.* — Le D^r X..., un de nos confrères les plus prudents et les plus compétents en obstétrique que je connaisse, m'a rapporté ce fait personnel. Trompé par les dires d'une femme, croyant avoir à faire à une tumeur utérine, il fait l'examen de la matrice à l'hystéromètre.

Il introduit dans la matrice son instrument ; un peu d'eau s'écoule ; il comprend son erreur, retire son instrument, met la femme au repos, lui donne du laudanum et la grossesse continue son cours régulier, la femme accouche six mois après d'un gros enfant à terme.

Ce fait contredit singulièrement les conclusions des éminents Professeurs de Marseille cités par Brouardel (92 l'avortement).

« Qu'il n'y a de moyen abortif infaillible et certain que la rupture des membranes. »

En médecine les conclusions absolues sont dangereuses, et mieux serait de dire : « De tous les moyens abortifs, le plus certain est la rupture des membranes. »

VIII. *Injection intra-utérine d'iode à deux mois, continuation de la grossesse.* — Mme X... est de belle constitution et de santé parfaite ; elle a eu quatre enfants à terme et un à 8 mois. Pendant les deux dernières grossesses, à partir de 4 à 4 mois 1/2, elle a eu des pertes de sang ; les premiers jours ses pertes ont été de sang pur, accompagnées de douleurs faisant craindre une fausse couche ; sous l'influence du repos et de l'opium, les douleurs se calmèrent ; les pertes devinrent moins sanglantes, brunes, chocolat, puis claires ; pendant tout le restant de la grossesse, des pertes répétées et abondantes d'eau tourmentèrent la patiente. Ces pertes étaient parfois très abondantes et nécessitaient le repos. Après la naissance de l'enfant, des hémorragies inquiétantes se produisirent avec la rétention d'un placenta adhérent exigeant le décollement manuel et l'extraction violente peu après sa naissance.

Elle devint enceinte une sixième fois. A deux mois apparaît une perte de sang assez abondante ; sous l'influence du repos, la perte diminua, mais l'écoulement devint trouble et d'odeur putride, avec légers mouvements de fièvre. Je ne crus pas possible que la grossesse pût évoluer heureusement dans ces conditions ; l'apparition hâtive des accidents qui s'étaient présentés pendant les deux grossesses précédentes, leur gravité me donnaient la conviction d'une fausse couche inévitable. L'infection de l'écoulement, l'apparition de la fièvre me faisaient craindre des complications dangereuses. La persistance de certains troubles nerveux, qui, toujours, avaient accompagné les grossesses, me donnait la conviction de la persistance de la vie de l'embryon.

Dans le but de modifier la surface de la poche produite par le décollement partiel de l'œuf, je proposai l'injection de quelques gouttes de teinture d'iode. Je ne cachai cependant pas le danger d'une telle intervention, j'exposai que cette manœuvre créait nonante-neuf chances pour cent d'avortement ; mais, dans ce cas, disais-je, on pouvait espérer que la fausse couche serait moins dangereuse par le fait de l'asepsie obtenue et par le fait du rattachement de l'œuf et de l'oblitération des vaisseaux. D'un autre côté, l'avortement ne devait pas être fatalement amené par mon intervention et, si petite qu'était la chance de voir la grossesse continuer son cours, on pouvait escompter le bénéfice de l'injection modificatrice sur les parois de la poche.

Un confrère partagea ma manière de voir et ma responsabilité et nous fîmes l'injection. Le col est court, ouvert ; je fais une soignée désinfection du vagin, puis j'introduis sans violence dans la matrice, une canule en gomme ; j'injecte six gouttes de teinture d'iode, immédiatement le col se contracte, un bouchon

muqueux obstrue le col et pas une goutte de teinture ne sort de la matrice.

J'étais un peu inquiet de ce dernier incident.

Consécutivement, à peine quelques coliques ; la malade ne peut croire que je lui ai fait une injection quelconque ; elle voudrait se lever tant elle souffre peu ; quatre jours de repos, puis elle se lève ; tout écoulement a cessé ; la grossesse continue sans perte, sans hydrorrhée, et elle accouche, sept mois et quatre jours après l'injection, d'un beau gros garçon à terme ; la délivrance se fait sans accident. Sur le bord du placenta je trouve une plaque sclérosée de la largeur d'une petite demi-paume de main ; en cet endroit le tissu placentaire est dur, jaunâtre, ecchymosé.

Je cite ce fait, non pas pour encourager mes confrères à suivre ma pratique dans des cas habituels ; il est évident qu'elle ne peut trouver sa légitimation que dans des cas exceptionnels. Je ne veux retenir de ce cas, comme des précédents, que la constatation de la tolérance de certaines matrices à l'égard des causes réputées abortives.

De tout ce qui précède, je conclus que si certaines matrices gravidées se révoltent sous l'influence de causes les plus légères, les plus banales, d'autres sont d'une endurance extrême aux excitations ; il en résulte que chaque cas qui nous est soumis, réclame l'examen minutieux des circonstances dans lesquelles il s'est passé, qu'il ne faut pas généraliser, mais examiner chaque cas en particulier.

GYNÉCOLOGIE

PANSEMENTS DU COL DE L'UTERUS, ET LYMPHATIQUES DES ORGANES GENITAUX.

Les lymphatiques et les ganglions ilio-pelviens ont été étudiés dernièrement par M. le Dr Marcille qui est venu apporter une page intéressante d'anatomie et des documents importants aux chirurgiens (1).

On sait que les ganglions ilio-pelviens sont situés dans la cavité pelvienne près des vaisseaux hypogastriques ou échelonnés le long des vaisseaux iliaques externes et iliaques primitifs. Ils peuvent se diviser en trois groupes :

- 1° Groupe iliaque externe (le long des vaisseaux iliaques externes) ;
- 2° Groupe hypogastrique (autour des branches de l'iliaque interne) ;
- 3° Groupe iliaque primitif (autour des vaisseaux iliaques primitifs).



Fig 1. — Pessaire Chaumel.

(1) *Tribune médicale*, 4 mars 1903.

Les lymphatiques du *corps de l'utérus* se dirigent dans trois voies : une première voie à la région lombaire ; — une deuxième gagne, par le ligament rond, les ganglions inguino-superficiels, — une troisième voie va aux ganglions préveineux.

Les lymphatiques du *col* ont trois voies également, Un 1^{er} groupe va aux ganglions préveineux ; — un 2^e groupe va aux ganglions de la palmure hypogastrique ; — un 3^e groupe va aux ganglions sacrés.

Les lymphatiques du *vagin* se groupent également en trois pédicules qui correspondent au pédicule du col utérus. Un pédicule va au ganglion préveineux, — un autre à la palmure hypogastrique, — un 3^e aux ganglions du promontoire.

Les deux figures que nous mettons sous les yeux du lecteur feront comprendre mieux qu'une explication la marche de ces lymphatiques.

On comprendra ainsi comment une plaie infectée du col ou même du vagin peut avoir sa répercussion dans les ganglions iliaques primitifs, et donner l'explication de phlegmons à distance qu'une antiseptie minutieuse aurait pu éviter.

C'est pour cela qu'on a toujours cherché à amener l'antiseptie du col dans l'accouchement ou dans les opérations pratiquées sur cet organe. Les injections antiseptiques y réussissent dans une faible mesure. On y arrive mieux avec un frottage énergique de la cavité cervicale avec le doigt irrigué d'une solution antiseptique. On y réussit complètement si on peut, par un procédé quelconque, appliquer pendant un certain temps un pansement antiseptique, procédé qui, disons-le, est bien difficile. Il est cependant possible.

L'utilité du *pessaire Chaumel* est précisément de faire une antiseptie *absolue* de la région supérieure du vagin et du col. Il coiffe complètement cet organe et emboîte exactement sa surface : pas une plaie ne lui échappe, par conséquent. Il est, de plus, très fusible et d'une application simple ; de plus, ces pansements ne sont pas seulement antiseptiques mais jouissent des propriétés osmotiques des pansements à la glycérine. Ils pourront être prescrits dans la congestion des organes pelviens, contre les phénomènes douloureux des règles, dans l'infection locale (blennorrhagie) contre les lésions de la muqueuse utérine.

Comme antiseptiques, on les prendra avec fruit avant les opérations, pour faire l'antiseptie du champ opératoire, après les opérations, pour assurer la stérilisation des exsudats. En obstétrique, ils auront un grand rôle à jouer comme antiseptiques, — comme calmants des douleurs de



Fig. 2. — Pessaire pris dans la pince (vue de côté).

la dilatation, — pour arrêter la rigidité spasmodique du col qui fait subir un retard à la dilatation.

Quant à l'action du pessaire en tant que pansement glycéринé, voici comment elle se explique :

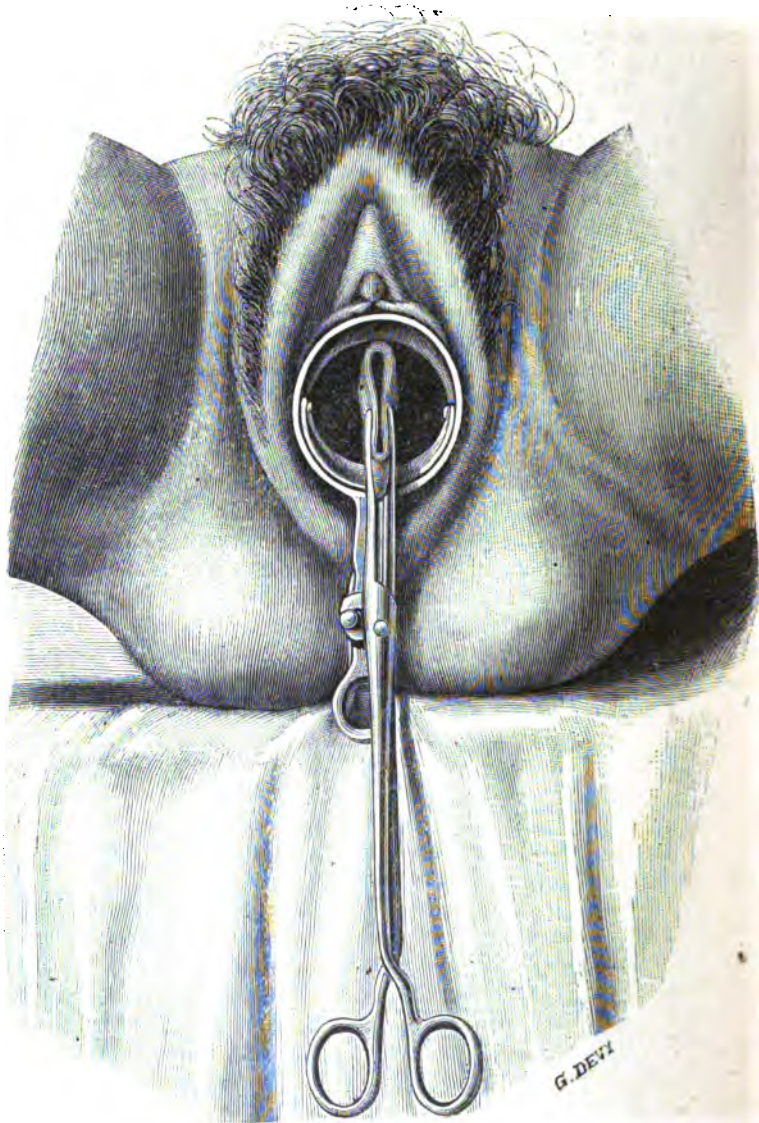


Fig. 3. — Introduction du pessaire, 1^{er} temps.

1^o *Action osmotique.* — En raison des propriétés osmotiques et

décongestives de la glycérine, le Pessaire Chaumel, en contact avec la muqueuse vaginale des culs-de-sac antérieur et postérieur,

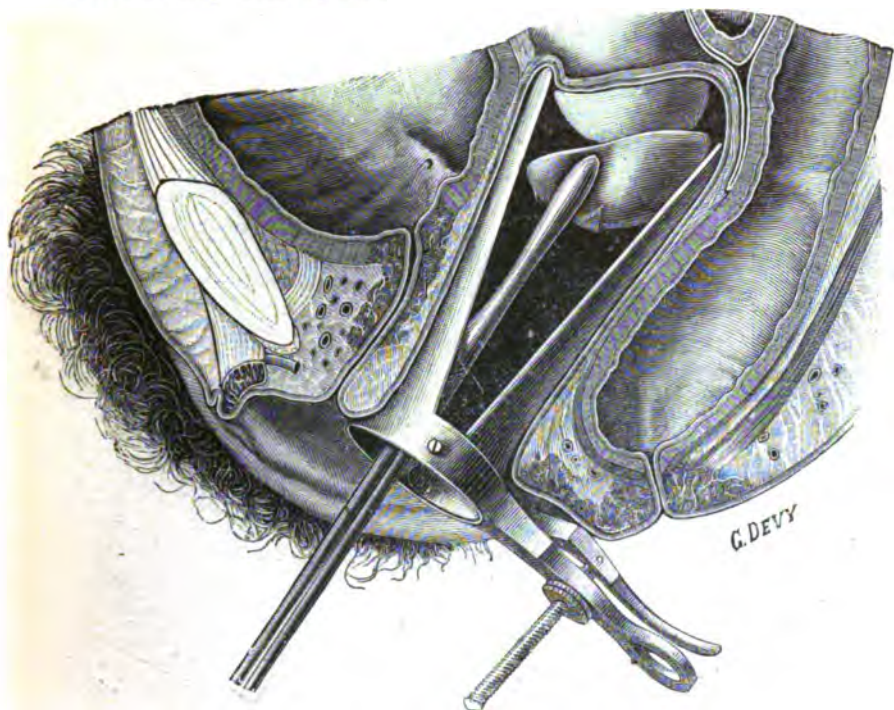


Fig 4. — Introduction du pessaire, 2^e temps.

fond peu à peu et provoque à la surface une forte exomose abondante des liquides, exhalés par le plasma sanguin.

2^o *Action décongestive ou déplétion sanguine et lymphatique consécutive.* — Cet appel de liquides s'étend, de proche en proche, à tous les vaisseaux, sanguins et lymphatiques de l'appareil génital, produisant ainsi leur déplétion, à laquelle contribue encore *l'action réflexe vaso-constrictive secondaire* de tous les réseaux capillaires des organes pelviens, provoquée par les effets stimulants de la glycérine solidifiée.

Suivant l'expression d'un Professeur célèbre, on peut donc dire que la glycérine produit *une véritable saignée blanche* des organes génitaux.

3^o *Bain local permanent.* — Le Pessaire Chaumel fondant et se dissolvant peu à peu, autour du col utérin, dans le liquide exhalé à la surface de celui-ci, il en résulte que ce liquide complexe imprègne progressivement le tampon d'ouate ayant servi à fixer le pessaire. Ce tampon, ainsi imprégné des liquides qu'il emmagasine dans son épaisseur, ajoute ses effets à ceux du Pessaire Chaumel, de telle sorte que la masse formée par la glycérine

solidifiée et les liquides exhalés, retenue par le tampon, constitue une sorte de bain local permanent, corroborant les effets de la glycérine solidifiée du Pessaire Chaumel, dont elle prolonge en même temps la durée,

4° *Action sédative.* — Une fois l'action décongestive et la déplétion vasculaire produites sur les organes pelviens, le Pessaire

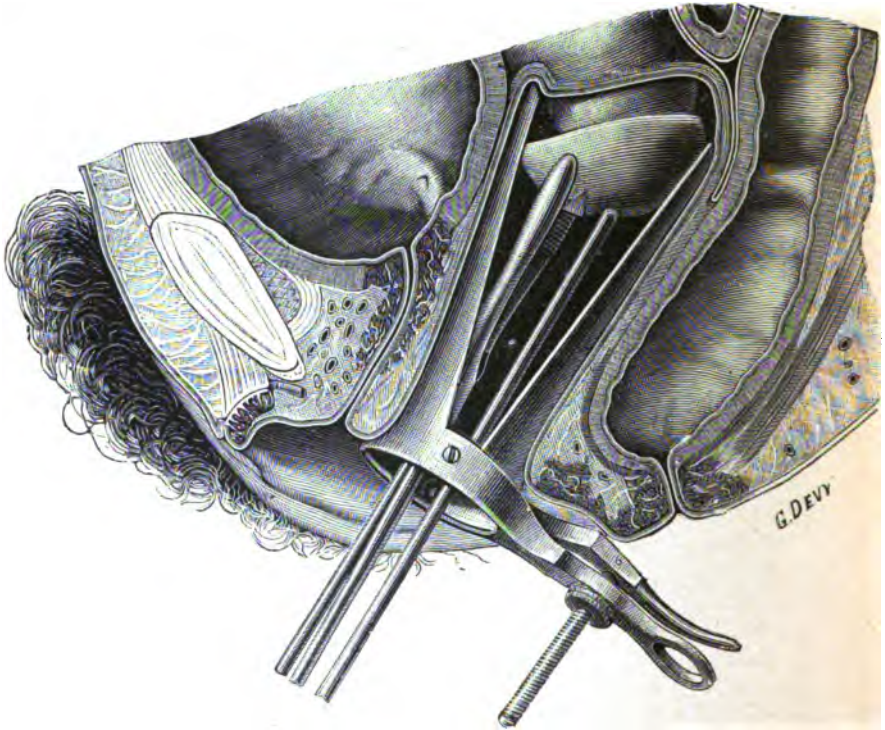


Fig. 5. — L'utérus est coiffé du pessaire. Position de la baguette pour maintenir en place le pessaire.

Chaumel exerce sur ces mêmes organes, une action sédative proportionnée à la déplétion des organes ainsi qu'à la diminution graduelle de la compression, et à la distension des radicules nerveuses aboutissant aux tissus congestionnés. *L'application du Pessaire Chaumel simple suffit donc, à elle seule, à produire la décongestion, tout en calmant ou même en supprimant la douleur.*

5° *Résolution des engorgements ; absorption des exsudats.* — Lorsque tout le système des organes pelviens a été décongestionné, les engorgements veineux ou lymphatiques se dissipent peu à peu, le mouvement d'absorption interstitielle éprouve une vive recrudescence, et l'absorption des exsudats se fait très rapidement par les voies lymphatiques.

6° *Action hémostatique.* — Les propriétés hémostatiques de la

gélatine se retrouvent, au plus haut degré, dans la glycérine solidifiée formant la base des Pessaires Chaumel simples.

MODE D'EMPLOI.

Introduire un spéculum. Faire un lavage antiseptique pour enlever les glaires.

a). — *Le Pessaire Chaumel étant saisi de la main gauche, est aplati, entre le pouce et les autres doigts dans le sens latéral, la cavité tournée en haut, et le triangle saillant placé du côté de l'opérateur. (Fig. 1.) Dans certains cas, si l'on avait affaire à un col utérin présentant une hypertrophie considérable, il y aurait lieu de faire préalablement deux ou trois incisions de un centimètre dans l'épaisseur du Pessaire, pour augmenter les dimensions de sa cavité.*

b). — *On fixe le Pessaire Chaumel, aplati entre les mors de la pince utérine, au niveau du petit triangle saillant, maintenu du côté de l'opérateur (Fig. 2), en le serrant le moins possible pour ne pas le dilacérer. (Fig. 3.)*

c). — *Le Pessaire Chaumel ainsi fixé, ayant sa cavité tournée en haut, et le triangle en avant, est introduit dans le vagin, et poussé avec la pince jusqu'au bord postérieur du col. A ce moment, on écarte de quelques centimètres les mors de la pince, et l'on fait basculer le Pessaire sur le bord postérieur du col, de manière à en coiffer entièrement celui-ci. (Fig. 5.)*

Souvent, il est nécessaire de maintenir le Pessaire sur le col à l'aide d'une seconde pince ou d'une simple tige quelconque, pendant qu'on effectue le tamponnement destiné à le fixer en place.

d). — *Une fois le Pessaire Chaumel ainsi appliqué et maintenu en place, à l'aide de la tige tenue de la main gauche, on introduit, avec la pince utérine tenue dans la main droite, un ou plusieurs tampons d'ouate hydrophile, liés par des fils qu'on doit laisser pendre au dehors du vagin. On retire ensuite la tige qui soutenait le Pessaire Chaumel.*

Les malades devront se garnir comme si elles avaient leurs règles, car elles perdent beaucoup de liquides en dehors de celui qui est dû à la fusion du Pessaire.

Tel est ce pansement gynécologique si utile. Il peut être combiné avec l'emploi des *crayons intra-utérins*, et si le médecin ne peut venir faire un pansement tous les jours, l'emploi des *ovules Chaumel* vient continuer l'action thérapeutique, plus active, des topiques appliqués par l'homme de l'art.

D^r P. CURTIUS.

PÉDIATRIE

TRAITEMENT DE LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ.

Instruments et objets nécessaires.

Tube laryngien de Chaussier ou de Ribemont.

Eau chaude et eau froide.

Deux bassins pour immerger l'enfant.

Farine de moutarde.

Alcool ou vinaigre.

Petite table, solide, haute, placée à bon éclairage, recouverte d'un oreiller de crin ou d'une couverture pliée.

Serviettes chauffées, compresses.

Ballon d'oxygène avec tube muni d'un entonnoir.

Disposer ces préparatifs au cours de l'accouchement, si l'on reconnaît que l'enfant souffre ou est exposé à souffrir du fait d'une extraction artificielle.

TECHNIQUE

Conduite à tenir préalable. — 1° *A la naissance le cordon bat* : attendre deux ou trois minutes avant de sectionner le cordon (forme asphyxique); 2° *le cordon ne bat pas* : section immédiate du cordon. Emporter l'enfant, entouré de linges chauds, et l'étendre sur la table à plat sur le dos.

Si le cœur bat, essayer d'abord de l'excitation périphérique : nettoyer au préalable les premières voies aériennes, soit par suspension tête en bas, les doigts faisant l'expression des mucosités par pression de la trachée vers la bouche, soit par nettoyage direct à l'aide du doigt introduit dans l'arrière-bouche. Appliquer avec méthode et sans précipitation : flagellation, frictions à l'alcool ou au vinaigre, bains sinapisés alternativement chauds et froids.

Si le cœur ne bat pas, recourir d'emblée à la respiration artificielle dont le meilleur mode est l'insufflation.

A. *Insufflation de bouche à bouche.* — Les premières voies étant déblayées, l'enfant, étendu sur le dos, est rapproché du bord de la table, de façon que sa bouche soit aisément accessible à celle de l'opérateur, placé à côté. Porter la tête en hyperextension à l'aide d'une serviette roulée placée en billot sur la nuque. Interposer un linge fin entre les deux bouches. D'une main fermer les narines, de l'autre empaumer le thorax. Insuffler doucement et lentement ; faire l'expiration par pression thoracique. Ne pas dépasser quinze à dix-huit expirations par minute.

B. *Insufflation à l'aide du tube.* — Même attitude de l'enfant, sauf l'extension forcée de la tête. *Avant tout et surtout*, se servir de l'insufflateur pour nettoyer aussi profondément que possible

les voies aériennes : commencer avec le doigt et aspirer ensuite avec autant de reprises d'introduction qu'il faudra, jusqu'à ce que le tube ressorte à sec. Se débarrasser à chaque reprise des mucosités aspirées en les soufflant sur une compresse.

Introduction du tube. — Glisser l'index gauche sur la base de la langue. Aller très en arrière à la recherche des cartilages aryténoïdes, le doigt non raidi, de façon à bien sentir la double saillie, petite et acuminée. Fixer l'index sur ce repère. L'insufflateur est saisi près de son pavillon comme une plume à écrire; il pénètre en glissant au long du doigt; la pulpe de l'index dirige son extrémité dans la glotte. S'assurer de la bonne mise en place en imprimant au tube de petits mouvements de latéralité qui déplacent le larynx sous les téguments.

Insufflation comme ci-dessus, soit en appliquant la bouche au pavillon du tube, soit en adaptant celui-ci à la poire en caoutchouc de Ribemont.

Durée de l'insufflation. — A. *Arrêt absolu du cœur* (mort probable). — Insuffler pendant une demi-heure au moins et ne cesser au bout de ce temps qu'avec la certitude qu'aucun battement cardiaque n'a été éveillé.

B. *Le cœur bat.* — Insuffler pendant deux ou trois heures jusqu'à ce que l'arrêt du cœur date d'une demi-heure au moins ou jusqu'à ce que l'enfant soit absolument revivifié. On cessera lorsqu'il criera énergiquement, s'agitiera, sera bien coloré et ne respirera plus son ventre (disparition du sillon péricardionique).

Au cours de l'insufflation, si le cœur ne mollit pas, on pourra faire quelques pauses pour recourir à la stimulation périphérique (frictions alcooliques, bains chauds sinapisés et froids alternants, etc.).

Traitement consécutif. — Maintenir l'enfant revivifié en couveuse (25 à 30°) ou en chambre chaude (22 à 25°). Inhalations d'oxygène. Se tenir prêt à reprendre l'insufflation en cas d'apnée récidivante, de cyanose, de collapsus avec refroidissement.

DIFFICULTÉS ET ACCIDENTS

Insufflation de bouche à bouche. — Danger pour l'opérateur de contamination syphilitique; à rejeter dans les cas suspects.

Insufflation du tube digestif. — On l'évite par l'extension forcée de la tête.

Contamination tuberculeuse de l'enfant, par l'opérateur infecté et inconscient. Le meilleur argument en faveur de l'emploi de la poire en caoutchouc.

L'insufflation de bouche à bouche n'est qu'un procédé de pis aller, en raison de la répugnance qu'il comporte.

Insufflation à l'aide du tube. — *Difficulté d'introduction chez le prématuré.* — L'étroitesse de l'arrière-bouche la rend inaccessible à l'index; — introduire l'auriculaire. — La courbure du tube ne

s'adapte pas à celle de l'arrière-bouche ; — préférer le tube de Chaussier peu incurvé.

Accidents. — On insuffle le tube digestif (issue trop facile et bruyante de l'air insufflé ou gonflement de l'abdomen); recommencer l'introduction.

Emphysème sous-cutané. — On a déchiré les replis épiglotiques ; faute à éviter en procédant toujours avec la douceur du cathétérisme.

Emphysème pulmonaire. — Résultat d'une insufflation trop brusque ou trop profonde. Faute à éviter en insufflant doucement, lentement et sans saccades.

Obstruction profonde des voies respiratoires. — Le nettoyage préalable à l'insufflation a été omis ou insuffisants. On la reconnaît à ce que l'air ne pénètre qu'en faible quantité et à ce que le thorax ne se dilate pas. Se garder d'insuffler davantage ; essayer de réparer le mal en aspirant avec force pour appeler le bouchon bronchique dans le tube laryngien. (*Presse médicale.*)

RÈGLES DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Voici, en résumé, dit le Dr Charles dans le *Journal d'accouchements*, les règles de l'allaitement artificiel, qui malgré toutes les précautions et les soins qu'il exige est de beaucoup inférieur à l'allaitement maternel et ne donne d'assez bons résultats qu'entre les mains de personnes intelligentes, dévouées, attentives, capables, adroites.

1. Donner à l'enfant du lait de vache pur (ou dilué avec 1/3 d'eau dans les premiers temps) ; y ajouter 50 grammes de sucre ordinaire ou de lactose par litre (5 0/0).

2. Avoir, au moins chaque matin, du lait très frais (et si la source est éloignée, du lait stérilisé ou pasteurisé).

3. Verser ce lait dans une série de bouteilles (6, 8, 10, selon le nombre de repas, donc d'après l'âge de l'enfant) ; ces bouteilles auront une capacité plus ou moins grande (60, 100, 150, 200 gr.) en rapport avec la dose que doit prendre l'enfant à chaque repas. Ces flacons auront été nettoyés au préalable d'une façon parfaite. On ajoutera 5 0/0 de sucre (et 1/3 d'eau dans les premiers temps si on le juge nécessaire). Le mélange peut se faire avant ou après la répartition, c'est-à-dire dans le vase où se trouve la totalité du lait, ou dans chaque flacon.

4. Toutes les bouteilles seront ensuite soumises à une ébullition prolongée (une demi-heure environ), suivant les principes de la méthode Soxhlet. Vers le milieu du temps de la coction, on veillera à la fermeture des goulots.

5. Les divers flacons seront alors (autant que possible tout de suite) portés et conservés dans un endroit frais, à la cave par exemple.

6. Toutes les deux ou trois heures pendant le jour, une ou deux fois la nuit, on ira chercher l'un de ces flacons pour le repas de l'enfant.

Ces repas devront être espacés très régulièrement, de façon à en avoir d'abord 10 sur 24 heures, puis 9, 8, 7, 6 au fur et à mesure que l'enfant avancera en âge et par conséquent prendra davantage à chaque repas.

7. La bouteille est placée dans l'eau chaude pendant quelques minutes, afin d'amener le lait à une température de 37° environ. On remplace alors le bouchon par le bout ou tétine (que l'on vient de tirer de l'eau boriquée ou naphtolée).

8. On tient la bouteille à la main pendant que l'enfant boit ; on l'incline *légèrement*, de façon que le lait arrive *doucement* dans la bouche du bébé. On doit veiller à ce qu'il n'avale pas trop vite, à ce qu'il ne s'engoue pas. De temps en temps, on doit s'arrêter un peu, laisser à l'enfant le temps de se reposer, de respirer à l'aise. Quand le repas est terminé, après 10 à 15 minutes, essuyer la bouche de l'enfant et le mettre tranquillement dans son berceau.

9. Ne pas vouloir gorger l'enfant; ne dépasser les doses moyennes de lait à chaque repas, qu'avec prudence, modération, tact.

Si au contraire l'enfant ne veut pas absorber tout le contenu de la bouteille, ne pas lui présenter le reste une demi-heure ou une heure après, mais jeter ce reste ou l'employer à un autre usage (pour le chien ou le chat par exemple).

10. Il faut veiller à ce que tout soit d'une extrême propreté : bouteilles, bouchons, mains, bouts, etc. C'est une condition essentielle, sans laquelle la stérilisation du lait serait illusoire ou insuffisante.

11. Le lait, stérilisé par l'ébullition prolongée, comme nous l'avons exposé, servira *seul* à l'alimentation de l'enfant jusqu'à 6 mois.

C'est donc le régime lacté absolu, exclusif.

12. A partir de 6 mois, début de l'alimentation diversifiée, c'est-à-dire panades, bouillies, peu à peu, en tâtonnant, comme dans l'allaitement maternel.

VARIÉTÉS

SUPERSTITIONS — SAINTS FÉCONDANTS ET ACCOUCHEURS

Dans la plupart des pays catholiques, les sanctuaires célèbres, de saints ou de madones, ont reçu de tout temps la visite des épouses stériles, venant y implorer du ciel la grâce d'être mères ; mais, en Basse-Bretagne, le fétichisme populaire a spécialisé ce culte peu banal au profit de quelques thaumaturges et l'a entouré de rites conservés de ces croyances primitives.

En juillet dernier, une dame me contait l'émoi qu'elle éprouva, jeune fille, à un pardon des environs de Pleubian : au fond de

la chapelle, un *saint Nicolas* vermoulu se balançait au bout d'une corde jetée au travers d'une poutre et tout autour un groupe de paysannes, soulevant à tour de rôle leurs jupes, se frottaient désespérément le ventre au fétiche fécondant.

Sainte *Marguerite* à *Poullaouen* ou à *Collarec*, sainte *Anasthasie* à *Lampaul*, saint *Ronan* à *Locronan*, sainte *Brigitte* à *Spezel*, sont l'objet d'un culte identique, accompagné de pratiques semblables.

Voici tel qu'on me l'affirma et dans toute sa simplicité le rite observé à *Collarec* :

Faire trois fois le tour de la chapelle de sainte *Marguerite* avant le lever ou après le coucher du soleil. A chaque tour rentrer dans le sanctuaire pour réciter cinq *pater* et cinq *ave*. Cela fait, toucher à la statue de la sainte le nombril mis à nu, se confesser et déposer une offrande.

Il est coutume aussi quelquefois, à *Poullaouen* en particulier, de revêtir ensuite l'icône d'une robe ou d'une ceinture neuve.

Dans les landes de *Locronan*, il est une pierre énorme et bizarre, ancien monument druidique, que l'on appelle « *Argazekven* » (*la jument de pierre* ou *la jument blanche*), c'est sur elle, dit-on, que saint *Ronan* traversa la mer pour venir d'Irlande en Bretagne. Elle vint s'échouer là, près de la forêt de *Nevet*, où le saint bâtit son ermitage. Tous les sept ans, un pardon fameux, la *Troménie* (de *tró-minihy*, *tour de l'asile*) attire à *Locronan* tout un monde de pèlerins.

La *Troménie* consiste à faire le tour de l'asile qui dépendait autrefois du prieuré de *Locronan*.

Tout le long du sentier traditionnel que suivent les pèlerins, égrenant en silence leur rosaire, s'élèvent 50 ou 60 petites tables surmontées d'un autel minuscule avec une statuette quelconque et un plat plein de gros sous. Ce sont les saints des parpisses environnantes, *Locronan*, *Quéménéven*, *Plogonnec* et *Plonevez-Porzay*. Près d'eux, un sacristain d'occasion énumère les vertus de ses icônes, les spécialités curatives de leur fontaine ou de leurs reliques. En ce jour toutes les maladies de la terre se donnent là rendez-vous et toutes sont guéries : c'est le pardon de tout remède.

Mais, quand tout s'est tu au flanc du *Menez*, il est encore à *Locronan* un pèlerinage suivi : c'est celui des jeunes épouses à la *Jument de pierre* de saint *Ronan*. Ce monolithe, dont le culte, affirme M. Anatole Le Braz, remonte à une époque antérieure à notre ère, possède encore de nos jours une vertu fécondante.

Pendant les nuits de nouvelle lune, les femmes stériles se couchent sur la table de granit les bras en croix, la face au ciel. Elles y demeurent des heures entières, priant ardemment *Ronan* de les rendre mères : l'austère ermite, qui fut, sa vie durant, détesté des femmes, à tel point que l'une, *Keben*, lui

cracha au visage, est ainsi devenu après sa mort une sorte d'époux spirituel, grand dispensateur de maternité.

Sur les bords de la rade de Brest, une chapelle dédiée à saint Gwénolé recevait autrefois, de plus de vingt lieues à la ronde, la visite des infécondes. Le temple est aujourd'hui en ruines : les malins de l'endroit prétendent que les miracles accomplis étaient considérables, mais que l'ombre mystique du doux abbé de Landévennec n'y était pour rien, et qu'il était souvent aux alentours des rôdeurs fort entreprenants... Gwénolé fut tué par le ridicule et nul ne songe en cet endroit à l'invoquer désormais.

Mais voici la Bretonne enceinte : pour dissiper les malaises de sa grossesse, rendre l'accouchement facile et les suites des couches normales, c'est encore aux saints qu'elle aura recours. C'est le plus souvent la *Vierge* affublée d'un nom local ou parfois *sainte Pompée* (Langoat), *sainte Thouine* (Lanloup), *saint Eutrope* (Trévé), *sainte Marguerite* (Collarec), *sainte Barbe* (Lannelec), *sainte Brigitte* (Spezel) qui reçoivent le bénéfice de ce culte spécial.

Le plus souvent, la femme grosse qui s'est entourée deux ou trois fois les reins d'un ruban trempé dans une eau sacrée, se croit sûre d'accoucher à terme et sans danger d'un enfant robuste. Quelqu'un m'affirmait avoir vu à Bonnamour, en Trévé, des dévotes, surmontant l'horreur instinctive des Bretons pour l'eau, se plonger bravement dans la fontaine, afin d'attirer sur leur gestation la puissante protection de saint Eutrope.

D' Paul BOYER, de Saint-Brieuc.

L'AMÉLIORATION DE LA RACE HUMAINE

Voici comment le D^r Bienfait envisage cette question :

La question de l'amélioration de la race humaine est agitée depuis quelque temps par certains philanthropes. C'est là une chose excessivement difficile à obtenir : il faut d'abord fixer les caractères des bons reproducteurs, ce qui revient à cataloguer et apprécier les vices redhibitoires ; il faut ensuite y faire souscrire le public, malgré l'ignorance, les passions et l'intérêt particulier de chacun.

On est entré dans la voie pratique en ce qui concerne les animaux, et ce n'est pas d'ailleurs sans peine que l'on a fait comprendre au paysan le bénéfice considérable amené à la longue par la sélection. Chaque tête de bétail est étudiée, on examine ses défauts et ses qualités, on lui dresse un arbre généalogique, et si tout est bien, l'animal est jugé apte à la reproduction. De plus, il est défendu, sous des peines sévères, de provoquer la reproduction d'animaux n'ayant pas le certificat d'aptitude. Voilà le grand moyen d'opérer vite et bien, mais s'il est praticable chez les animaux, il ne l'est guère chez l'homme,

Les philosophes qui discutent de ces choses voient un moyen suprême de fléchir les mauvaises volontés et vulgariser rapidement leurs idées : c'est de recourir à la loi, c'est de défendre par des articles le mariage et la procréation chez les tuberculeux, les cancéreux et autres avariés. Voilà qui est net et catégorique, mais parfaitement impossible en pratique, car chaque famille possède une tare quelconque parfois très faible, parfois considérable.

Parlons de la tuberculose pour fixer les idées : si nous empêchons le mariage des tuberculeux et des enfants de tuberculeux nous n'aurons pas fait grand'chose, le nombre des candidats à la tuberculose n'aura guère diminué ; il restera les enfants d'arthritiques, de diabétiques, de goutteux, d'épileptiques, d'hystériques et les affaiblis de toute sorte qui ont une certaine prédisposition à héberger le bacille de Koch. En bonne logique, tous ces gens devraient être voués au célibat.

D'autre part, quelle sera la manifestation arthritique, goutteuse ou autre qui sera jugée suffisante pour être dangereuse au point de vue de la reproduction ?

Les manifestations diathésiques sont de toute grandeur, depuis de légers accidents passant presque inaperçus, jusqu'aux phénomènes les plus graves ; à quel point de la série faut-il s'arrêter ?

A côté de l'hérédité hétéronyme et homonyme, il y a aussi l'absence d'hérédité, en ce sens que le fils d'un tuberculeux peut être parfaitement normal ; il serait cruel autant qu'inutile de mettre cet homme à l'index !

On veut réglementer le mariage ! Quel coup d'épée dans l'eau ! C'est la procréation qui doit être visée, qu'elle soit légitime ou illégitime ; et ici nous nous trouvons devant une véritable impossibilité. La race humaine pourrait s'améliorer en partie par le fait de la sélection dans le mariage légal, mais irait en s'abâtardissant par le fait de l'union illégitime de nombreux dégénérés et non-valeurs laissés de côté et formant une véritable sélection à rebours.

L'amélioration de la race doit se faire, non par des lois inutiles et vexatoires, mais par l'instruction et la persuasion. C'est là le chemin le plus long, mais c'est aussi le plus sûr.

On a obtenu de bons résultats en ce qui concerne la prévention de l'alcoolisme et de la tuberculose ; il reste à parler de leur influence sur la race humaine et à compléter cette étude au point de vue de la syphilis, de la folie, de l'hystérie, etc.

La procréation est l'acte le plus important de la vie et c'est celui auquel on en accorde le moins. A voir le nombre de non-valeurs physiques et intellectuelles qui s'accroît chaque jour, il est cependant urgent de crier gare : c'est ce qu'il importe que le public comprenne.

A côté des qualités des procréateurs, il y a aussi les conditions de la procréation. Pour avoir des enfants aussi forts, aussi valides

que possible, il faut les procréer à un moment où les époux présentent, l'un et l'autre, un maximum de santé, à un moment où ils ne sont en convalescence d'aucune maladie, fut-ce même d'une grippe. Il faut qu'à ce moment ils ne soient pas imprégnés d'alcool, intoxiqués par une digestion laborieuse, par l'air confiné d'une place mal aérée, fatigués physiquement et intellectuellement, ou affaiblis par les privations.

Au lieu d'édicter des lois, il faut habituer le public à prendre le médecin comme arbitre, c'est à lui de décider après le mariage si, à un moment donné, les époux sont dans de bonnes conditions et à voir s'il y a quelque chose à corriger dans leur santé ou leur mode de vie.

Actuellement avant le mariage on a recours aux lumières du notaire et on ne se soucie pas du médecin. Or, le rôle de celui-ci est bien plus important ; les candidats au mariage devraient consulter l'homme de l'art, lui exposer la situation physique et morbide de leur famille. Dans certains cas le médecin interdira le mariage, lorsque les tares seront évidentes par elles-mêmes, lorsque de nombreux tuberculeux vésaniques, cancéreux, etc. rempliront les cadres de la famille, lorsque l'amyotrophie progressive, la chorée de Huntington, la maladie de Thomsen en auront frappé plusieurs membres.

Dans d'autres cas, il se contentera de déconseiller le mariage, d'indiquer les moyens de corriger la tare, il empêchera par exemple un arthritique bien avéré de s'unir à une famille où l'arthritisme est bien visible.

On s'adressera au médecin non pas lorsque le cœur est pris, lorsque le mariage est décidé en principe, alors il est trop tard, mais bien avant, à l'âge de 21 ans par exemple, au point de vue de la constitution générale et une seconde fois lorsque le choix sera fixé.

Le Dr Bienfait propose en outre d'ajouter quelques données précises au livret du soldat et du mariage. (*Gaz. méd. de Liège*, 1903, p. 203.)

BIBLIOGRAPHIE

Gynécologie pratique (*Revue des thèses en 1902*). — M. BOURGEOU établit que la difficulté du diagnostic précoce de la grossesse, bien que réelle, n'est pas insurmontable. Mais chaque signe pris en particulier ne signifie rien ; ils n'ont de valeur que par leur réunion, et on peut dire avec Bonnaire « qu'un faisceau de probabilités entraîne une certitude ». C'est surtout l'examen local qui est important. Pour peu qu'on ait une certaine habitude de l'exploration

gynécologique et obstétricale, on pourra sentir, en plus des autres symptômes, cette mollesse spéciale qui caractérise l'utérus gravide. Cependant l'erreur est possible, et dans des cas douteux il est bon de réserver à un examen ultérieur un diagnostic précis.

Tout enfant nourri au lait stérilisé doit-il nécessairement, fatalement devenir rachitique? Cette question récemment discutée, est reprise par M. VIEUBLE, qui, s'appuyant sur

100 observations recueillies au dispensaire de Belleville, dirigé par M. Variot, conclut qu'un enfant sain convenablement élevé avec de bon lait stérilisé ne devient pas rachitique. Il ne sera atteint de rachitisme que s'il est suralimenté et s'il reçoit trop tôt des aliments solides; mais un enfant élevé au sein dans de pareilles conditions ne sera pas non plus à l'abri de cette complication.

On doit donc conserver dans la pratique le lait stérilisé qui a rendu et rendra encore bien des services.

Les troubles de la fonction menstruelle, d'après M. FERREUX, peuvent s'accompagner de symptômes respiratoires. Les symptômes respiratoires consistent surtout en phénomènes congestifs, l'organisme cherchant à éliminer les différentes toxines qui, normalement, entrent dans la composition du sang des règles. Ces troubles respiratoires ne présenteraient qu'une moindre gravité s'ils ne s'accompagnaient, dans le cas de tissu pulmonaire sain, d'un mauvais état général et s'ils n'étaient pas l'indice d'une méiopragie respiratoire. Le diagnostic pourra être soupçonné si l'on pense, pour expliquer la pathogénie de ces accidents, à constater l'absence ou les troubles des règles. Le traitement s'adressera aux troubles menstruel et surtout à l'état général précaire.

Mlle Clotilde MARTIN a expérimenté la *balnéation tiède dans les suites de couches normales* ou pathologiques, et, à la suite, n'a jamais observé d'accidents. La température de ces bains varie entre 32° et 35°; leur durée est de 15 à 30 minutes.

Les indications de bains tièdes dans les suites de couches normales, sont les suivantes: montée du lait douloureuse, crampes, tranchées utérines, rétention d'urine, etc.

Ils sont encore indiqués contre toutes les manifestations de l'infection puerpérale, tant utérine que mammaire, subinvolution utérine, lymphangite du sein, ou galactophorite, etc.

Voici, d'après M. RIOR, le traitement qu'il convient d'opposer à la fièvre puerpérale:

1° Traitement préventif: si l'utérus contient des caillots fétides ou non, il suffira le plus souvent d'enlever les caillots et de faire quelques injections intra-utérines. Si, avec des membranes prématurément rompues, le liquide amniotique devient fétide, s'il reste dans la cavité utérine des débris placentaires ou membraneux, il faut pratiquer de

suite, même si la température est normale, le curage digital et l'écouvillonnage.

2° Traitement curatif: Dans les cas de fièvre survenant après l'accouchement ou l'avortement, fièvre qui est le symptôme d'une infection de l'endomètre, il faut recourir de suite au curage digital et l'écouvillonnage. Si l'intervention est immédiate, la guérison est certaine et rapide. Si l'infection date depuis longtemps, la guérison sera plus lente, parfois même, la malade succombera. Mais même dans les cas graves, le curage digital et l'écouvillonnage constituent un mode de traitement supérieur à l'irrigation continue, qui est souvent insuffisante, au curetage dangereux entre des mains inexpérimentées, et à l'hystérectomie, qui ne trouve son indication que dans quelques affections rares, dont le diagnostic clinique est bien difficile à établir.

Comme adjuvant précieux de ce traitement, on pourra employer l'enveloppement humide, le bain froid, les injections de sérum artificiel, et la provocation des abcès de fixation ou méthode de Fochier.

M. BOUCHER étudie les accidents causés par la *constipation pendant la puerpéralité*.

Pendant la grossesse, elle peut être cause de vomissements incoercibles, d'hémorragie, d'avortement, d'accouchement prématuré.

Au moment de l'accouchement, l'accumulation des matières fécales peut être un obstacle à l'engagement de la présentation; elle peut aussi amener immédiatement après des hémorragies primitives ou secondaires.

Pendant les suites de couches, elle donne lieu à des élévations de température avec frissons et mauvais état général (stercorémie).

Il est nécessaire d'avoir présente à l'esprit la possibilité et même la fréquence de ces accidents. On évitera ainsi des erreurs de diagnostic regrettables et on pourra instituer un traitement bien simple, qui aura rapidement raison des symptômes alarmants.

Avec tous les auteurs classiques, M. DUNÈME pense que l'*allaitement au sein, par la mère*, est le seul rationnel qui puisse diminuer la mortalité énorme des nourrissons. A Paris, 90 pour 100 des femmes de la classe ouvrière peuvent allaiter leurs enfants; mais chez celles qui nourrissent, l'allaitement exclusif au sein ne dure pas assez longtemps; la sécrétion lactée devient insuffisante dans un tiers des cas environ, entre le 4^e et le 6^e mois.

c'est-à-dire avant l'apparition des premières dents. Il faut, dans les mesures du possible, éviter le sevrage prématuré et l'allaitement au biberon, et pour cela instituer l'allaitement mixte avec le lait stérilisé. A ce propos, les faits montrent l'utilité des consultations de nourrissons, qui permettent de diriger, de conseiller les mères et de peser les enfants à époques fixes et de prolonger l'allaitement mixte jusqu'à un an au moins.

La terminaison rapide de l'accouchement provoquée artificiellement dans l'éclampsie est considérée par un certain nombre d'accoucheurs comme *dangereuse*, parce que la moindre excitation peut produire chez l'éclamptique un paroxysme, et comme *inutile*, car l'éclampsie fait naître ou active le travail. M. de FELICE n'est pas de cet avis et fait valoir, en faveur de l'accouchement rapide, que l'éclampsie s'arrête le

plus souvent après la déplétion utérine, et qu'en laissant l'enfant dans l'utérus, on l'expose à la toxémie qui déjà menace la mère. Les statistiques, d'ailleurs, montrent que l'accouchement rapide donne des résultats plus favorables que le traitement médical simple (15 pour 100 de mortalité maternelle au lieu de 30 à 45 de mortalité fœtale, au lieu de 60 pour 100).

Le procédé de choix est la dilatation bimanuelle, d'après la méthode de Bonnaire; elle ne nécessite aucun instrument et n'expose pas aux hémorragies, comme les incisions de Dührssen. La dilatation instrumentale est lente et dangereuse: elle amène souvent des déchirures du col qui ouvrent des portes d'entrée à l'infection, et qui, se cicatrisant irrégulièrement, peuvent être plus tard une cause de dystocie.

MÉDICATIONS NOUVELLES

SE RAPPORTANT A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Méthode simple pour opérer les hémorroïdes. (A.-B. MITCHELL). — La méthode indiquée par Mitchell lui a toujours donné de très bons résultats depuis plus de quatre ans qu'il la pratique.

Le sphincter ayant été dilaté et les hémorroïdes placées bien en vue, la muqueuse est lavée avec une solution de sublimé à 1 : 1.000. Une hémorroïde est alors saisie avec une longue pince à mors plats : la pince à artère de Kocher convient très bien pour cet usage. Toute la partie de la muqueuse qui fait saillie le long des mors de la pince est excisée avec des ciseaux. Une aiguille courbe armée de catgut et trempée dans la formaline est alors passée immédiatement au-dessous de la pince et le catgut est assujéti par un nœud. On applique très rapidement, une suture continue autour de la pince. Celle-ci est alors retirée sans difficulté et la suture est ensuite serrée en tirant sur les extrémités du fil. Chaque hémorroïde est traitée de la même manière.

Les avantages réclamés par son auteur pour cette méthode sont la rapidité très grande de l'opération, l'absence de perte de sang, la sûreté de l'hémostase en raison de la continuité de la suture qui ne peut pas

glisser. Comme il n'existe pas de surface rugueuse, l'intestin fonctionne très rapidement; en général les malades peuvent se lever au bout de la semaine. Enfin il est inutile de retirer les sutures, celles-ci se résorbant au bout de huit ou dix jours.

Traitement de la métatarsalgie par des injections de chlorhydrate de cocaïne. — Dans un cas de maladie de Morton sans lésions osseuses du squelette du pied, M. H. Verger, de Bordeaux, en présence de l'insuccès de plusieurs traitements médicamenteux que le patient avait subis antérieurement, se décida à recourir à des injections modificatrices. Afin de préciser, au préalable, le point de départ des excitations algésiogènes, notre confrère fit d'abord, au niveau du point douloureux, une injection de 1 cc. d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100, en poussant l'aiguille jusque sur le plan osseux. Au bout de quelques minutes, la douleur à la pression profonde avait disparu. La crise douloureuse s'étant encore reproduite cinq semaines plus tard, M. Verger pratiqua une nouvelle injection de cocaïne, et, depuis lors, le malade n'a plus souffert. La seconde injection remontant à trois mois seulement, on ne sau-

rait, il est vrai, considérer d'ores et déjà la guérison comme définitive, mais il importe de faire remarquer qu'auparavant le patient passait rarement une semaine sans avoir un accès douloureux et que, parfois, il s'en présentait jusqu'à quatre ou cinq dans la même journée.

Quoi qu'il en soit, le fait mérite d'être signalé que la métatarsalgie est, le plus souvent, rebelle à tout traitement.

Traitement de l'épistaxis par le Dr KRAUS. — Lorsque je me trouve en présence d'un malade qui saigne du nez, je lui comprime le nez en pressant les ailes du nez contre la cloison. Ceci se fait très simplement au moyen du pouce et de l'index de la main droite. La compression doit être maintenue suivant les cas pendant 5, 10, 15 minutes et davantage si le cas l'exige. L'aile du nez s'appliquera de cette façon tout naturellement sur la partie saignante qui se trouve 87 fois sur cent juste en face et formera tampon.

Vous arriverez toujours, de cette façon, à arrêter au moins temporairement l'hémorragie pour une durée qui vous permettra de procéder à la seconde partie du traitement que j'ai l'honneur de vous exposer. Elle consiste à introduire une boule de coton hydrophile de la grosseur d'une noisette et imbibée de la solution suivante :

Adrénaline chlorhyd.

(solution au millième) 1 gramme

Chlorhydrate de cocaïne 0 10 cent.

Ceci fait, je comprime de nouveau pendant 3 ou 4 minutes, puis j'enlève le coton et j'inspecte l'intérieur du nez. La muqueuse nasale est devenue blanche sous l'influence de l'adrénaline et de la cocaïne. Elle ne saigne plus et l'on peut même se risquer à enlever au coton des caillots de sang qui pourraient gêner la vue. L'inspection de la partie antérieure de la cloison nasale révèle presque dans tous les cas les lésions qui ont déterminé l'épistaxis et c'est alors que je cautérise. Je me sers de préférence de l'acide trichloracétique ou de l'acide azotique pur.

L'emploi du galvano-cautère ne se recommande pas, même si vous l'aviez à votre disposition.

Pour obtenir une cautérisation et non une nouvelle hémorragie, il faudrait que le galvano-cautère ne chauffât que très peu et que vous le retiriez chaud du nez. Dans le cas contraire, où vous le laisseriez refroidir avant de le retirer, le cautère adhérent à l'escarre s'enlèverait en même temps que cette

dernière et une nouvelle hémorragie en résulterait. La cautérisation faite, je place un petit tampon de coton dans le vestibule du nez de mon malade et l'opération est terminée.

Je vous ai dit qu'une des conditions essentielles de réussite consistait à comprimer le nez suffisamment longtemps. La compression digitale prolongée fatigue le médecin aussi ai-je fait construire par la Maison Mathieu, la pince automatique à branches croisées et munies de tampons de caoutchouc qui remplace avantageusement les doigts. Cette pince tient d'elle-même au nez du malade, comprime sans douleur d'une façon très suffisante et peut rester en place aussi longtemps que nous le jugeons utile.

Traitement des crevasses du sein.

— Un des meilleurs moyens et des plus simples pour panser les crevasses du sein est de les recouvrir de compresses d'eau boriquée. Celles-ci seront préparées à l'aide de quelques épaisseurs de gaze stérilisée imbibée d'eau boriquée à 40/1000. Recouvertes de taffetas gommé et de coton, maintenues par une bande de flanelle, elles resteront en permanence sur le sein. Avant la tétée, on nettoie le mamelon avec un tampon de ouate aseptique imbibée d'eau bouillie. Après la tétée, nettoyage du mamelon et de l'aréole, à l'aide du coton sec, puis application du pansement boriqué. De tous les traitements, c'est celui qui donne les meilleurs résultats.

Au lieu d'eau boriquée, on peut employer le sublimé (0.20 pour 1000), comme le faisait Tarnier. Des accidents d'hydrargyrisme, grâce à cette méthode, se peuvent produire chez la mère ; l'eau boriquée est de maniement plus aisé.

Les crevasses sont-elles douloureuses, on les fait badigeonner cinq minutes avant les tétées avec un pinceau imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 20, puis on recouvre avec un petit disque de coton imbibé de la même solution. Au moment de mettre l'enfant au sein, lavage à l'eau bouillie, de façon à éviter l'intoxication du bébé par la cocaïne.

On peut encore employer la pomade suivante :

Menthol	50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne	50 centigr.
Salol pulvérisé	2 grammes
Lanoline	25 grammes
Vaseline	25 grammes

A appliquer 1/4 d'heure avant les

tétées. Au moment de la tétée, laver le mamelon avec soin à l'eau bouillie.

Le mélange suivant pourra aussi être employé :

Glycérine 30 grammes
Liquueur de Van Swieten 30 grammes
(LEPAGE)

Appliquer au niveau du mamelon et de l'aréole, un petit rond de linge aseptique imbibé de ce mélange. Mieux vaut encore ne l'appliquer que 1/4 d'heure avant les tétées, le

reste du temps étant rempli par les applications d'eau boriquée. Lavage naturellement indispensable avant les tétées.

La composition suivante, nous a donné, employée de même, de nombreux succès :

Huile d'amandes douces... 10 gr.
Teinture de benjoin..... 10 gr.
Gomme arabique 4 gr.

Stériliser et ajouter :
Acide phénique 0 gr.25
(Journal des praticiens, juillet 1903.)

FORMULAIRE

Les gerçures du sein.

(GAULARD ET RUÉ)

L'enfant est mis au sein dans les vingt-quatre heures ou trente-six heures qui suivent la délivrance. Dès ce moment, les précautions les plus minutieuses s'imposent pour ne pas infecter les canaux galactophores.

On ne devra jamais toucher les seins qu'après lavage des mains. Avant et après chaque tétée, la mère se lavera les seins avec un tampon de coton imbibé d'eau boriquée. Dans l'intervalle des tétées, une compresse bouillie dans l'eau boriquée et recouverte d'un taffetas gommé sera maintenue en permanence sur les seins à l'aide d'un bandage de corps. Les compresses humides valent mieux que le coton sec qui colle au bout du sein et peut amener l'arrachement de lambeaux épidermiques.

Malgré tout, beaucoup de primipares ont des gerçures et des gerçures douloureuses, la succion est douloureuse, et la porte d'entrée aux infections est ouverte. Il faut donc traiter avec soin ces ulcérations. On peut employer les topiques suivants :

I. Glycérine..... P. E
Liquueur de Van Swieten. P. E
II. Eau de roses 40 gr.
Glycérine..... 20 gr.
Borate de soude..... 8 gr.
Teinture de benjoin..... 12 gr.
III. Orthoforme pulvérisé.
Orthoforme en solution alcoolique saturée.
IV. Glycérine 10 gr.
Tannin 1 gr
Extrait de cannabis indica..... 0 gr. 60

Brindeau préconise le traitement suivant :

1° Coccainiser le bout du sein ;
2° Frotter le mamelon avec un tampon imbibé d'éther ;
3° Toucher légèrement les crevasses avec de la teinture d'iode ;
4° Saupoudrer dans l'intervalle des tétées, les crevasses avec du bicarbonate de soude ;
5° Si l'enfant présente des lésions buccales) lui nettoyer la bouche avant la tétée ou faire usage de bouts de seins en verre.

Potion contre les métrorrhagies.
(LUTAUD).

Extrait de chanvre indien.. 1 gr.
Extrait liquide de seigle ergoté 4 gr.
Extrait liquide d'hamamelis 15 gr.
Teinture de cannelle..... 15 gr.
Eau distillée..... 30 gr.
Une cuillerée à café trois fois par jour.

L'indigo comme emménagogue.
(J.-L. JONES).

L'auteur s'est servi avec succès, dans 14 cas d'aménorrhée, de l'indigo proposé, comme emménagogue, par S.-L. Gouin en 1887. Il n'a échoué que dans un cas, et encore la femme était-elle enceinte :
Indigo 60 gr.
Sous-nitrate de bismuth... 15 gr.
Mêlez bien. — A prendre, 3 fois par jour, une demi-cuillerée à café dans un tiers d'eau sucrée.

Contre la vaginite aiguë.
(LUTAUD.)

Glycérine neutre 250 gr.
Acide tannique 50 gr.
Laudanum de Sydenham 10 gr.
Une cuillerée à soupe par litre d'eau tiède, pour injections matin et soir.

Contre le masque de la grossesse

(MONIN)

Laver matin et soir le visage avec quelques gouttes du vinaigre suivant sur une serviette mouillée :

Vinaigre aromatique du codex.....	80 gr.
Teinture de benjoin saturée à chaud.....	30 —
Acide chrysophanique..	1 —
Essence de reine-des-prés.....	XXX gt.

Formule de pommade.

Beurre de cacao....	} à à	10 gr.
Huile de ricin.....		
Oxyde de zinc.....		0 — 20
Précipité blanc.....		0 — 10
Essence de rose.....		X gtt.

M. (Pour onctions matin et soir).

La cornutine contre les métrorrhagies. (LUTAUD).

Suivant l'exemple de Meisels j'ai employé la cornutine dans les métrorrhagies de la métrite chronique en l'associant à l'ergotine.

Cornutine.....	0 gr. 10
Ergotine.....	2 —
Conserves de roses.....	Q. S

pour 40 pilules; une toutes les 4 heures jusqu'à cessation de la métrorrhagie.

Acné chez une jeune fille à l'époque de la puberté (DAUCHEZ).

1° Chaque jour au repas de midi, la malade prendra dans un peu de pain à chanter une des prises suivantes :

Colombo pulv.....	1 gr.
Safran pulvér.....	1 gr.
Fer réduit par l'hydrogène	1 gr.
Aloès.....	0,50 cent.

M. s. a. et divis. en dix prises. Dix jours de traitement, suivis de dix jours de suspension, pendant lesquels on entretiendra le soir la liberté du ventre à l'aide de l'eau purgative.

2° Chaque soir, des lotions d'eau savonneuse seront pratiquées avec de l'eau très chaude.

3° Le lendemain matin, le front, le nez, le menton et les régions atteintes seront frictionnées soit avec de l'eau de Cologne, soit avec la solution suivante :

Ether sulfurique.....	15 gr.
Borate de soude.....	10 gr.
Eau.....	250 gr.

4° On exclura du régime les crustacés, les salaisons, les viandes fumées, les crédits, le radis noir, etc. Le lait et la viande crue seront conseillés contre la dyspepsie.

Bronchite congestive chez un jeune enfant. (A. FERRAND.)

1° Tenir l'enfant emmailloté dans un large cataplasme de farine de lin qui lui couvre toute la poitrine, et qu'on recouvrira de ouate et de tafetas gommé, en ayant soin de le maintenir au moyen d'épaulettes, bien appliqué sur la peau sans écart possible.

2° Le cataplasme, renouvelé toutes les six ou huit heures, sera maintenu en permanence ou bien remplacé par une onction grasse, faite au moyen d'huile d'amandes, de beurre de cacao, de baume tranquille, et recouverte d'une bonne couche d'ouate.

3° On donnera à l'enfant, toutes les deux heures environ, une cuillerée de sirop de guimauve additionnée d'une goutte de teinture de racine d'aconit.

4° Si l'enfant est d'âge un peu plus avancé, on pourra lui donner la potion suivante :

Infusions de fleurs d'oranger	80 gr.
Sirop diacode.....	20 gr.
Teinture d'aconit.....	0.50 c.
Teinture de jusquiame.....	1 gr.

une cuillerée à dessert toutes les deux heures environ.

Lavement contre la dysenterie infantile.

Cachou.....	8 gr.
Extrait de noyer.....	2 gr.
Extrait de campêche.....	3 gr.
Eau.....	Q. S.

M.

(Faire précéder d'un lavement simple.)

manuscrit

GYNÉCOLOGIE

UN NOUVEAU CAS DE MÉTRORRAGIE, D'ORIGINE SYPHILITIQUE. DÉGÉNÉRESCENCE SCLÉRO-KYSTIQUE DES OVAIRES. ORIGINE SYPHILITIQUE PROBABLE DE CETTE DÉGÉNÉRESCENCE,

par le Dr OZENNE, chirurgien de Saint-Lazare.

J'ai déjà eu l'occasion de vous faire deux communications ayant trait à la syphilis tertiaire des organes génitaux internes de la femme. Il s'agissait de métrorragies d'origine nettement spécifique (1). Permettez-moi de vous les rappeler en quelques mots.

La première de ces communications, qui remonte à l'année 1898, comprenait les observations de deux femmes, atteintes d'hémorragies utérines rebelles aux traitements ordinaires et de petites tumeurs scléreuses des ovaires. Chez l'une, syphilitique méconnue, les ovaires furent enlevés; les hémorragies ne se reproduisirent pas, il est vrai, mais dans la suite d'autres accidents ne cédèrent qu'au traitement iodo-mercurial. L'idée nous vint alors que les métrorragies étaient probablement d'origine syphilitique.

Chez l'autre malade ce traitement eut pour résultat de supprimer les hémorragies, contre lesquelles un curetage, fait par un accoucheur des hôpitaux, avait échoué et d'amener *une diminution de volume des ovaires*. Cette malade, lymphatique et obèse, a continué le même traitement, chaque année pendant plusieurs mois, jusqu'en juillet 1901. En avril 1902, elle est devenue enceinte, et, quoique, pendant sa grossesse, elle se soit abstenue de toute médication (ce que nous ne lui aurions pas conseillé, si nous avions eu l'occasion de la voir), elle a accouché à terme d'une fillette bien constituée. Quatre mois après l'accouchement j'ai revu cette dame, dont la santé était bonne. Quant à l'enfant, il était petit sans toutefois être chétif.

Au mois de décembre 1901 je vous en ai rapporté une nouvelle observation (2), recueillie sur une femme de 42 ans qui, pendant vingt ans, n'avait présenté aucun accident spécifique. Chez cette malade, dont les ovaires n'offraient pas apparemment d'augmentation de volume, des hémorragies abondantes pendant six semaines n'ont cédé qu'à l'emploi des frictions mercurielles; l'usage en a été continué à plusieurs reprises et aucun accident n'est survenu depuis.

L'année dernière j'en ai observé et traité un nouveau cas, que je vous demande de résumer rapidement: « Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans, dont la menstruation avait toujours été normale

(1) OZENNE. — Deux cas de syphilome des ovaires avec métrorragies. (Bull. Soc. Méd., IX^e arrond., t. XV, p. 141, 1898.)

(2) OZENNE. — Un nouveau cas d'hémorragie utérine syphilitique, angio-sclérose utérine probable de la région cervicale. (Bull. Soc. Méd., IX^e arrond., t. XVIII, p. 193, 1901.)

jusqu'à son mariage, en 1894, qui fut bientôt suivi d'une fausse couche. Depuis cette époque sa santé a laissé fort à désirer, quoique aucun symptôme de maladie bien caractérisée n'ait été relevé. Mais cette femme, autrefois forte, se sentait souvent faible et parfois languissante ; de plus les règles avaient été régulières ; elles retardaient fréquemment de quatre à cinq jours sur l'époque à laquelle elles auraient dû paraître et souvent elles se prolongeaient pendant huit à dix jours, c'est-à-dire un laps de temps double de ce qui avait lieu avant le mariage. Entre temps il n'était même pas rare de voir se montrer un suintement sanguinolent.

Depuis une année de véritables hémorragies faisaient irruption deux fois par mois et, lorsque j'ai été appelé à visiter cette malade avec M. le Dr Guillaume, de Nantaire, ces pertes de sang n'avaient pas cessé depuis plusieurs semaines.

13 mai 1902. — La malade est pâle, fatiguée et dit avoir notablement maigri dans les derniers mois. L'examen général ne révèle rien qui puisse avoir quelques rapports avec le métrorragies. L'utérus et les ovaires sont les seules organes à mettre en cause.

La palpation des fosses iliaques, indolente à droite, un peu douloureuse à gauche, démontre que les ovaires sont augmentés de volume. L'utérus occupe la ligne médiane et paraît peu volumineux. Au toucher vaginal on trouve le col mou, légèrement entr'ouvert ; de sa cavité sort un peu de sang ; le corps, en rétroversion, est mobile, dur et sans altération appréciable. Les culs-de-sac sont libres et souples. Toucher rectal négatif. Le cathétérisme utérin, que je pratique quelques jours plus tard en plaçant une tige de laminaire, donne huit centimètres comme profondeur de la cavité.

Le 20 mai le curetage est pratiqué après exploration de cette cavité, dont la muqueuse donne une sensation veloutée, mais non fongueuse, ce qui fait douter du succès de l'intervention. Elle a lieu sans incidents consécutifs et pendant trois mois nous croyons à la guérison, car les règles ont reparu à époque fixe et peu prolongées ; mais, à partir du mois d'août le suintement sanguin revient, sinon aussi abondant qu'autrefois et d'une façon continue, du moins à intervalles assez rapprochés, prenant chez cette malade le caractère intermittent qui est assez fréquent, lorsque la pathogénie doit en être rapportée à une lésion ovarienne plutôt qu'utérine.

Ne pouvant soupçonner comme cause de ces hémorragies qu'une syphilis, silencieuse sous tous les autres rapports, et encouragé dans cette idée par la relation de quelques accidents antérieurs définis chez le mari de cette malade, nous avons prescrit d'abord des frictions mercurielles pendant une période de trois mois avec suspension de quelques jours chaque mois, puis trois pilules de sublimé par jour pendant les premiers mois de cette année.

Sous l'influence de cette médication les métrorragies ont cessé de se produire et depuis le mois de janvier la menstruation a repris son cours normal et régulier ; l'état général s'est rapidement relevé

et la malade a notablement engraisé. Quant aux ovaires, ils *sont diminué de volume*, tout en restant néanmoins facilement perceptibles par la palpation abdominale. »

Cette observation est le quatrième exemple d'hémorragie utérine, d'origine syphilitique, que j'ai eu à traiter depuis 1898. (Je laisse de côté les hémorragies observées comme manifestation secondaire, que j'ai assez souvent notées chez des malades de Saint-Lazare et tout récemment encore chez l'une d'elles, atteinte d'une érosion du col qui n'a cessé de saigner qu'après l'emploi des frictions mercurielles.)

L'analyse de ces observations et des faits colligés par notre collègue et ami T. Barthélemy, dans un mémoire publié, en 1900, sous le titre de : *Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire, des organes génitaux internes de la femme*, et le succès thérapeutique, obtenu par la médication mercurielle en ces circonstances, permettent d'affirmer que ces hémorragies relèvent bien de la diathèse spécifique. Mais, cela établi, on doit rechercher quelles sont les lésions dont dépendent ces hémorragies et dans quel organe elles siègent. Est-ce dans l'utérus ? Est-ce dans les ovaires ?

Lorsque je vous ai rapporté mes deux premiers cas, dans lesquels les ovaires étaient malades, j'avais mis en cause ces organes et pour cette raison j'avais ainsi libellé ma communication : *Deux cas de syphilome ovarien*. Le nouveau fait, que je viens de vous communiquer, serait encore en faveur de cette interprétation, que l'on ne pourrait pas accepter pour ma troisième observation, puisqu'on n'a perçu aucune lésion apparente des ovaires.

On devrait donc en conclure que ces hémorragies sont dues tantôt à une lésion de l'utérus, tantôt à une lésion des ovaires. Je ne sais trop si l'avenir viendra confirmer ces conclusions et donner raison aux auteurs qui défendent cette double pathogénie. Actuellement la question ne peut être tranchée, car, d'une part, la palpation ne permet pas toujours de sentir des ovaires peu altérés quoique scléreux, et, d'autre part, on n'a encore eu qu'une fois l'occasion de faire l'examen histologique d'un utérus. Or, dans ce cas, qui a été publié par M. P. Petit, il existait bien une angiosclérose de l'utérus, mais cet organe n'était pas seul malade, les trompes et les ovaires avaient subi la dégénérescence scléreuse.

La lésion primitive serait une altération vasculaire, une artériosclérose, favorisée dans son développement par un terrain arthritique ou neuro-arthritique, mais empreinte d'un cachet spécifique, car, si l'arthritisme, dont le pouvoir sclérogène n'est pas contestable, était seul la cause de ces altérations vasculaires et de ces scléroses utéro-ovariennes, les métrorragies chez les arthritiques non syphilitiques devraient être fréquentes, ce qu'on n'observe pas.

D'ailleurs, je ne veux pas m'étendre aujourd'hui sur cette question des scléroses utérines, qui peuvent reconnaître des causes tantôt locales, tantôt générales. Dans l'espèce les lésions ovariennes me semblent prépondérantes. Peut-être sont-elles les seules

qui doivent entrer en ligne de compte dans la pathogénie de ces hémorragies ? Les modifications régressives qu'elles subissent sous l'influence du traitement spécifique plaideraient en faveur de cette opinion. Il en ressort tout du moins que la syphilis n'épargne pas les ovaires et qu'elle doit prendre place parmi les constitutions morbides et parmi les tares constitutionnelles, que l'on a considérées comme favorables à la production de la dégénérescence scléro-kystique de ces organes.

Il est possible même qu'elle en soit une cause assez fréquente, soit qu'elle ait été acquise, soit qu'elle ait été transmise par l'hérédité. Bien que je me propose d'étudier et de traiter plus tard en détail cette question, je tiens dès aujourd'hui à faire remarquer que, dans les observations d'ovaires scléro-kystiques publiées par les auteurs, un certain nombre des malades avaient présenté antérieurement des manifestations syphilitiques ou avait eu plusieurs fausses couches inexplicables, et chez la plupart d'entre elles on avait noté que les hémorragies, avant d'être abondantes, s'étaient montrées d'abord à l'occasion des règles, puis ensuite dans leur intervalle sous la forme de petites pertes se répétant sous les trois ou quatre jours, et qu'enfin elles avaient résisté à différents traitements et au curetage.

C'était une indication de tenter le traitement mercuriel avant de recourir à la laparotomie, comme on l'a fait jusqu'à ce jour. Les faits, que j'ai rapportés, me semblent de nature à encourager dans cette ligne de conduite et, si la médication spécifique est suivie de succès, comme nous avons été heureux de le constater, on sera définitivement autorisé, quoiqu'on ne puisse éliminer l'action d'une lésion possible des artères de l'utérus, à *considérer la syphilis comme l'une des causes de la dégénérescence scléro-kystique des ovaires*. Il y aura donc lieu de réformer en partie ce jugement, ainsi formulé par Bouilly : « Rien jusqu'à présent ne mène paraît suffisamment démonstratif pour faire accepter la classe des ovarites de cause générale..... »

« Il me paraît nécessaire d'admettre : 1° que l'ovarite scléro-kystique est d'origine infectieuse ; 2° que l'infection vient de l'utérus... ; 3° qu'il s'agit d'une infection lente, chronique, de virulence atténuée... (1). »

Peut-être même un jour, arrivera-t-on à démontrer que la même dégénérescence qui atteint les mamelles, les testicules et les reins est aussi imputable à la syphilis. Nous ne pouvons encore apporter aucun fait servant à la démonstration de cette conception, en ce qui concerne la mamelle et le testicule, mais, pour le rein, s'il n'existe pas d'observation prouvant que cette dégénérescence est une conséquence de la syphilis, nous n'en devons pas moins rappeler, comme document important au dossier des lésions rénales chez les hérédosyphilitiques, les belles observations de trois frères, hérédosyphilitiques, porteurs de reins polykystiques, récemment publiées par le Dr Bar, dans la *Revue de « La Syphilis »* (2).

ETUDE SUR LES PTOSES GÉNITALES

Par le D^r REYNIER, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

(Suite, voir page 237).

THÉRAPEUTIQUE

Nous trouvons des arguments pour les idées que nous avons soutenues en comparant les résultats obtenus par les différents traitements institués contre les ptoses.

Je n'ai toutefois pas la prétention de les passer un à un en revue. S'il ne s'agissait que d'une ptose je le ferais; mais mon rapport n'a pas eu pour but d'étudier chaque ptose en particulier, mais seulement la ptose en général, et je ne dois rester ici que sur des vues d'ensemble.

Il existe contre ces ptoses deux traitements : un général, un local.

Le traitement général auquel on a été conduit empiriquement réside surtout dans les massages, l'hydrothérapie, la bonne hygiène, le repos, la vie au grand air.

Ptoses viscérales, ptoses articulaires, ptoses vasculaires, toutes bénéficient de cette thérapeutique. Tous les auteurs sont unanimes à le reconnaître. Ne voyons-nous pas en effet l'hydrothérapie, les massages rendre des services dans l'Entéroptose, la dilatation stomacale, les ectopies rénales, les hépatoptoses ? Le massage n'est-il pas encore dans ces ptoses un adjuvant précieux du traitement; et dans ces derniers temps à la suite de Thure-Brandt on a vu avec succès masser des débuts de prolapsus et des rétroversions utérines.

Pour les ptoses articulaires l'utilité de ce traitement général est encore moins discutable.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que ce qui arrête le mieux les progrès d'une scoliose c'est le massage, la bonne hygiène, la vie au grand air, l'hydrothérapie, la gymnastique. Si nous nous occupons des ptoses vasculaires, nous voyons encore que l'hydrothérapie, les médicaments qui peuvent réveiller la tonicité de la fibre lisse sont les agents les plus actifs du traitement.

D'autre part, nous savons quelle importance a la suppression de l'alcool dans le traitement des variqueux. Verneuil avec raison avait montré que celui-ci agissant sur le système nerveux était un des facteurs les plus puissants du trouble trophique qui amenait varices et ulcères variqueux.

Or ce traitement général ainsi compris ne doit réussir que parce qu'il tonifie l'économie générale, et agissant par conséquent sur le système nerveux, lutte contre cette débilité congénitale ou acquise, à laquelle sont dues toutes ces ptoses.

En voyant ce traitement identique formulé contre toutes les ptoses circulaires, viscérales, vasculaires, et réussir quelle que soit la ptose, nous trouvons un argument pour admettre qu'il n'y a

qu'une cause unique contre laquelle le traitement est dirigé, qui préside à leur genèse.

À côté du traitement général, avons-nous dit, existe le traitement local.

Celui-ci est orthopédique ou chirurgical. Dans l'orthopédie nous trouvons tous les appareils, toutes les ceintures, tous les bandages destinés à soutenir les organes prolapsés, et à chercher en les remettant en place, à les y maintenir.

Pendant longtemps ces bandages ont été la seule thérapeutique locale opposée aux ptoses. Si on de la tendance à la délaissier pour l'acte chirurgical, toutefois il ne faut pas l'abandonner, car, quel que soit le minimum de risques que fait courir l'opération, elle est moins dangereuse et peut rendre des services.

Pour les ptoses articulaires, nous voyons avec les corsets rigides en cuir moulé, en plâtre, chercher dans la scoliose à redresser la colonne vertébrale, et redressée, à l'empêcher de se dévier davantage dans le genu valgum, avec les appareils à attelle rigide chercher à limiter la déviation, et chercher progressivement à la corriger par un redressement lent et progressif. Or si tous ces appareils ont de plus en plus été relégués au second plan, et cèdent de plus en plus le pas au redressement rapide par les appareils suspenseurs de Sayre pour la scoliose à l'ostéotomie ou à l'ostéoclasie pour le genu valgum, il n'en est pas moins avéré que ces appareils ont leur utilité; que mis régulièrement, on arrive si ce n'est à corriger les déviations, comme on le croyait autrefois, tout au moins à les arrêter. Or si on arrête ces déviations par des appareils qui ne peuvent que lutter contre l'action musculaire et la pesanteur, c'est que la cause de la déviation réside en dehors du système osseux; que la déformation de celui-ci comme nous l'avons dit plus haut est consécutive à la déviation, et n'est pas facteur de cette déviation. Car si la cause primitive résidait dans l'os, malgré tous les appareils l'os continuerait à se déformer, et ceci me fournit un argument en faveur de cette théorie névro-musculaire, — de la scoliose essentielle — qu'avait déjà émise J. Guérin, à la suite de Mayor, Delpsch-Boyer, et que je viens de nouveau de défendre devant vous.

Pour les ptoses viscérales l'orthopédie nous fournit des bandages, des pelotes, qui agissent soit en soutenant directement l'organe, comme les pessaires pour les prolapsus, soit en fermant une déchirure de la paroi abdominale (bandages herniaires), soit en doublant la sangle abdominale antérieure insuffisante, par une sangle élastique.

Cette dernière action est de beaucoup la plus efficace, et on peut s'en rendre compte en analysant l'action de ces ceintures abdominales de toute nature proposées pour l'entéroptose, la splenoptose, l'hépatoptose, l'ectopie rénale.

Dans le principe, à ces ceintures en tissu élastique on avait adjoint

des pelotes qui devaient s'appuyer sur le viscère prolabé, le réduire et le soutenir.

Or on s'est aperçu vite que ces pelotes utiles pour boucher un trou, pour renforcer une partie faible de la sangle abdominale, comme dans les éventrations, les hernies, ne servent à rien contre les ptoses des viscères, flottant dans la cavité abdominale.

S'il est très difficile pour un médecin d'appliquer ces pelotes, il est encore plus difficile pour le malade de le faire, et vous avez pu tous comme moi constater que jamais elles ne sont régulièrement placées. Ce n'est donc pas par la pelote que la ceinture soulage, mais parce qu'elle remplace une sangle abdominale insuffisante, par une sangle artificielle élastique.

Rien ne démontre mieux que ce soulagement obtenu par les ceintures, combien la faiblesse de la paroi abdominale, disons le tonus musculaire insuffisant des muscles abdominaux, joue le rôle principal dans la genèse de ces ptoses.

Mais ces ceintures sont difficiles à bien appliquer, et à suivre les contours de l'abdomen; elles nécessitent le port de sous-cuisses que les malades ont de la difficulté à mettre. Dans ces conditions elles se déplacent, et les malades n'en retirent plus le bénéfice qu'on était en droit d'espérer.

Pour ces raisons je crois avantageux de remplacer pour ces ptoses abdominales les ceintures par le port d'un corset dont l'idée première a été donnée par notre collègue et ami le Dr d'Hotman de Villiers : ce corset a la forme d'un de ces corsets dits nouveaux, qui prennent bien les hanches, et dont le busc antérieur descend presque jusqu'au niveau du pubis. Il se lasse par-devant, en commençant à serrer le lacet de bas en haut, jusque dans la région épigastrique où l'on serre un peu plus lâche. L'abdomen ainsi se trouve remonté, et les organes abdominaux comprimés uniformément.

J'ai été frappé de voir qu'on obtenait avec ce corset des résultats bien plus constants et durables qu'avec les ceintures habituelles. Je l'avais recommandé à plusieurs malades atteintes d'ectopies rénales avec dilatation stomacale, entéroptose, et toutes après essai de ce corset me sont revenues en chantant ses louanges, et disant qu'elles ne souffraient plus. Pour quelques-unes le résultat était tellement complet qu'elles ne voulaient plus entendre parler d'opération, que j'avais préalablement proposée.

Tout ceci viendrait donc démontrer l'importance, sur laquelle j'insiste tant, de l'intégrité de la sangle abdominale.

Il nous reste à examiner les résultats du traitement chirurgical auquel en dernier lieu on doit avoir recours, lorsque le traitement orthopédique a échoué.

Celui-ci se propose de redresser et remettre les organes en place, et une fois remis en place de les maintenir.

Pour les ptoses articulaires, telles que le genu valgum, la tarsalgie, les luxations paralytiques, le programme peut en grande

partie être réalisé. En effet, pour remettre les os en position, on est obligé d'avoir recours aux ostéotomies, aux ostéoclasies ou aux résections et par le fait des cals qui s'ensuivent, des ankyloses fibreuses qui en résultent, la mise en place des surfaces osseuses se maintient.

Pour les ptoses viscérales, il n'en est plus de même aussi facilement.

Si nous voulons en effet maintenir en place un organe flottant dans la cavité abdominale, tel que le rein, le foie, la rate, l'utérus, nous ne pouvons y arriver qu'en créant des adhérences; qui le retiennent fixé contre un point de la paroi abdominale où il doit être en situation normale, ou contre un point voisin de cette situation.

Mais ces adhérences constituées par du tissu fibreux, auront, comme les ligaments, tendance à se laisser allonger par l'action de la pesanteur, s'ils n'ont pas une paroi musculaire suffisante pour les soutenir. Et c'est en effet ce que nous voyons et ce que nous indique encore la grande variété des procédés émis pour créer ces adhérences.

Que ce soit le rein, le foie, la rate, on a commencé par se contenter de fixer l'organe au moyen de sa capsule propre à la paroi abdominale (opération de Gérard-Marchant, de Richelot pour le foie, de Hahn, de Bassini pour le rein, de Tuffier pour la rate). Mais les adhérences ainsi obtenues dans un certain nombre de cas suivis se sont laissés allonger et l'organe est redevenu mobile.

dant un point de la surface de l'organe ectopié, point qu'on doit

On a cherché à rendre ces adhérences plus résistantes en dénuder en contact avec la paroi abdominale (opération de Lannelongue, de Faguet pour l'hépatoptose, de Tuffier pour le rein

Or ce procédé que j'ai employé pendant longtemps pour le rein mobile).

mobile m'a donné quelques succès; j'ai vu le rein s'abaisser; or, ce que j'ai vu, d'autres l'ont vu probablement; car c'est ce qui a dû comme moi les faire recourir aux points de suture traversant le tissu de l'organe, et venant l'appliquer contre la paroi abdominale, procédé de Guyon pour le rein, de Legueu pour le foie, de Tuffier pour la rate, de Picqué pour l'utérus.

Tous ces procédés n'ont pas encore paru suffisants à M. Depage de Bruxelles, puisqu'il proposait encore dans l'hépatoptose la résection d'une portion de la paroi abdominale, pour remédier à son relâchement! Mais diminuez sur un point une sangle qui a perdu son élasticité, elle cède sur un autre, et l'opération ne me paraît pas devoir être très recommandable. Il en est ici comme des hernies de faiblesse, où quand on a rétréci l'anneau, on a toujours à craindre de voir au-dessus du point renforcé la paroi abdominale de nouveau céder, et une nouvelle hernie, ou une tendance à l'éventration se produire.

Cette crainte n'existe plus quand on a affaire à des hernies congénitales où les muscles abdominaux sont résistants, et où la ferme-

ture de l'anneau et la réduction de l'intestin sont toujours suivies d'une guérison définitive.

Mais tous ces faits ne montrent-ils pas, pour quiconque réfléchit, que si pour remédier à une ptose il est si important de penser à la réfection de cette sangle abdominale, c'est que celle-ci doit jouer le principal rôle pour maintenir les organes en place ?

Nous en avons encore la preuve, et je finis par là, en regardant ce qui se passe pour le prolapsus utérin. Ici ce n'est pas la faiblesse de la paroi antérieure abdominale qu'il faut surtout mentionner; si elle est affaiblie elle laisse la masse intestinale appuyer sur l'utérus et aider à sa descente, mais ce n'est là qu'un rôle accessoire. Le rôle principal est tenu par le releveur de l'anus : C'est le muscle qui constitue la paroi inférieure de l'abdomen, qui la ferme, comme le diaphragme le ferme en haut. C'est lui qui soutient l'utérus en grande partie, pendant que par en haut ses ligaments le maintiennent dans la position verticale.

Mais qu'il perde sa tonicité à la suite de la grossesse, l'utérus s'abaisse, — et son action va être démontrée encore par le résultat des opérations.

L'opération d'Alexander, le raccourcissement des ligaments, l'hystéropexie, c'est-à-dire la suture de l'utérus à la paroi abdominale, faite contre le prolapsus, ne donnent jamais de bons résultats. Elles exposent aux inversions, aux tiraillements, à la récurrence; l'utérus continue de descendre et entraîne la paroi à laquelle il est attaché.

On a donc été amené pour remédier à cette faiblesse du releveur d'essayer de faire un second plancher situé au-dessous de lui, et on y arrive par les colporraphies larges, la fermeture de la vulve, les cloisonnements vaginaux de Lefort; ou encore en essayant de remplacer le releveur par une cloison fibreuse, obtenue en provoquant dans le cul-de-sac de Douglas des adhérences par le drainage à la gaze iodofornée. Je suis arrivé ainsi à opérer un certain nombre de prolapsus. J'ai obtenu des guérisons. Malheureusement je ne les ai pas suffisamment suivies pour savoir si elles ont été durables, et si mes adhérences ont persisté.

Dans ces derniers temps, M. Delbet et M. Gérard-Marchant se sont attaqués enfin directement au releveur et ont cherché si en rassemblant les fibres écartées de ce muscle on ne pouvait arriver à refaire ce plancher musculaire. Rien ne peut démontrer mieux son importance.

Tout concourt donc à affirmer cette théorie de la faiblesse musculaire; je précise plus, et je dis du tonus musculaire dans la genèse de ces ptoses.

Dernièrement, M. Censier (de Bagnoles) m'envoyait une observation intéressante de femme ayant eu de l'hypertrophie amygdalienne, des végétations adénoïdes, des varices précoces, de l'hydathrose des genoux, de la dilatation stomacale, de la dilatation cœcale, de la paresse intestinale, et, frappé de ces ptoses multiples,

n'hésitait pas à les rattacher à une sorte de faiblesse nerveuse qu'il qualifiait, rentrant tout à fait dans mes idées, d'hypotonie nerveuse, indiquant par là qu'elle devait agir sur le tonus musculaire. Complètement d'accord sur ce point avec mon confrère, j'accepte ce mot d'hypotonie, et qualifierais volontiers comme lui mes ptosiques d'hypotoniques.

C'est sur ce mot que je finis.

OBSTÉTRIQUE

ERYSIPÈLE DE LA FACE ET GROSSESSE

par M. OLIVIER.

C'est en 1849 que Masson (1), le premier, mit en évidence la coïncidence de l'érysipèle et de l'infection puerpérale. Miror (2), de Cincinnati, en 1874, dit : « Là où il y a de l'érysipèle on trouve aussi de la fièvre puerpérale. » Maurice Raynaud (3), dans son article : Erysipèle, rapporte le cas de deux médecins de campagne qui, après avoir vu un érysipèle vont faire un accouchement et infectent la femme. Dès lors, les faits de contagion réciproque deviennent si nombreux qu'il n'est guère de médecins qui n'aient à en enregistrer dans sa clientèle. Fernand Widal (4), dans sa thèse inaugurale, a merveilleusement exposé ces faits et montré, de plus, que le *staphylococcus pyogenes* suffit à lui seul à produire les différentes formes cliniques et anatomiques aiguës ou chroniques de l'infection puerpérale vulgaire à porte d'entrée utérine.

Il semblerait donc, étant donné le grand nombre des travaux publiés sur ce sujet, que pas un médecin puisse ignorer le danger que fait courir l'érysipèle à la femme enceinte. Le fait que je vais vous rapporter montre qu'il n'en est rien, et c'est pour attirer une fois de plus l'attention des praticiens sur ce danger que j'ai cru devoir le faire.

Mme P... se marie le 18 août 1902, elle venait d'être réglée ; le mois suivant les règles n'apparaissent et peu de jours après quelques nausées intestinales font penser à la jeune femme qu'elle pourrait bien être enceinte. En effet, le mois d'octobre se passe sans que les règles se montrent, en même temps le ventre commence à augmenter un peu de volume. Bref, la grossesse se confirme de plus en plus, elle marche régulièrement sans incident notable. Dans les premiers jours de janvier, les mouvements de

(1) MASSON. — De la coïncidence des épidémies de fièvre puerpérale et des épidémies d'érysipèle, de l'analyse et de l'identité de ces deux maladies. (*Th. de Paris. 1849.*)

(2) MIRO. — Erysipelas and Childbed fever. (*Cincinnati 1874.*)

(3) M. RAYNAUD. — Article Erysipèle-in *Dict. de Méd. et de Chir. t. XIV, p. 44.*

(4) FERNAND WIDAL. — Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alla dolens et l'érysipèle. (*Th. de Paris 1889.*)

l'enfant viennent affirmer la grossesse. Le 4 avril, avant de me rendre au Congrès de Madrid, j'examine ma cliente et je constate l'existence d'un enfant vivant, dont le développement est bien en rapport avec l'âge de la grossesse et qui se présente en O I G A. La tête commence à s'engager.

Le 6 mai je suis appelé auprès de ma cliente, qui me dit qu'une heure auparavant elle a perdu une assez grande quantité d'eau, mais qu'elle ne souffre pas. Je l'examine : il n'y a aucun signe de travail, le col est fermé et a toute sa longueur ; l'enfant est vivant, la tête est engagée en O I G A. J'interroge alors ma cliente pour tâcher de trouver la cause de cette rupture prématurée des membranes ; le toucher ne m'ayant pas révélé la présence du placenta sur le segment inférieur, il était probable que l'insertion était normale. Aucun effort n'avait procédé la rupture qui s'était produite alors que la jeune femme était assise. C'est alors que le mari intervenant, me dit : « Peut-être faut-il attribuer cet accident à la fatigue, car depuis quinze jours, par suite de la maladie de mon beau-père, ma belle-mère a cessé de s'occuper de ses affaires, et c'est ma femme qui a tout mené. » — « Qu'a donc votre beau-père ? » — « Un érysipèle de la face ! » Je sursautai sur cette réponse et je lui dis : « Vous auriez bien fait de garder votre femme chez vous. » — Pourquoi ? me répondit-il ; j'ai demandé au médecin de mon beau-père s'il y avait inconvénient à ce que ma femme voie son père, il m'a répondu : Aucun !! » Et pendant quinze jours ma cliente vécut chez son père, le voyant matin et soir.

Après avoir fait coucher ma cliente et lui avoir fait donner une injection au sublimé, je me retirai, en disant de me faire appeler dès l'apparition des premières douleurs. A 8 heures du soir le travail commençait, et à 11 heures l'accouchement se terminait spontanément par la naissance d'une fille vivante pesant un peu plus de cinq livres. Délivrance normale une demi-heure après. Inutile de dire qu'après ce que j'avais appris, je pris les précautions antiseptiques les plus minutieuses. J'examinai de près l'arrière-faix, il était complet, les membranes intactes, le bord de l'orifice le plus rapproché du placenta était à plus de douze centimètres. Donc l'insertion était normale. Rien de ce côté n'expliquait la rupture prématurée des membranes.

Le lendemain matin, 7 mai, je trouve mon accouchée un peu agitée ; elle n'avait pas reposé la nuit. La température est à 37° 3 et le pouls, qui devrait être ralenti, est à 100. J'examine le ventre, l'utérus est bien revenu sur lui-même, il n'y a aucune sensibilité à la pression.

La journée se passe assez bien ; mais vers 5 heures léger frisson et quand j'arrive à 8 heures la température est à 38° 4, le pouls à 120. L'accouchée ne souffre de nulle part ; l'écoulement lochial est normal, sans odeur. Cependant, pour moi, il y a de l'infection. Nuit calme.

Le 8 au matin, température 37° 4, pouls 100 ; le soir, 37° 9,

pouls 120, frissonnements, peu d'appétit, lochies normales, pas de sensibilité du ventre.

Le 9 au matin, 37° 8, pouls 110 ; la nuit a été agitée. Vers 3 heures de l'après-midi, grand frisson avec claquement de dents, malaise excessif, grande gêne de la respiration, face cyanosée. J'ordonne du grog et on couvre fortement la malade. Quand j'arrive à 7 h. 1/2, le frisson est calmé, mais le malaise persiste. Rien du côté du ventre, lochies normales. Les seins commencent à durcir, mais cela ne suffit pas à expliquer cet état. L'examen minutieux de la vulve et du vagin ne révèle aucune lésion pouvant être incriminée. Craignant une infection grave, j'appelle mon collègue et ami, le docteur Tissier, qui constate comme moi l'intégrité apparente tout au moins du système génital et conclut à l'infection antérieure à l'accouchement. Il conseille néanmoins des lavages intra-utérins répétés, avec la solution de permanganate au millième, suivis d'un lavage à l'eau oxygénée, ce qui est fait une heure plus tard. Le lendemain matin, 10, température 38°, pouls 110 ; la nuit a été médiocre, la poussée laiteuse assez forte ajoute au malaise. Vingt grammes d'huile de ricin. Lavage au permanganate. Toujours pas de sensibilité du ventre, lochies normales. Le soir, température 38° 4, pouls 110. Lavage au permanganate suivi d'un lavage à l'eau oxygénée.

Le 11, matin, 39° ; 120. Lavage à l'eau oxygénée ; le soir 38° 5 ; 110. Nouveau lavage.

Le 12, matin, 38° 3 ; 115 ; à midi, 39°. Lavage à l'eau oxygénée. Le soir, 38° 5 ; 120. Inquiet de la persistance de la fièvre, malgré le nettoyage de la cavité utérine, et ne trouvant aucun signe local en l'absence de mon ami Tissier, j'appelle M. le Professeur Budin, qui vient voir ma cliente le lendemain 13. La température le matin, avait été de 38° 3, pouls 104. Après examen des plus minutieux, notre excellent maître émet l'avis que les accidents actuels ne sont que la conséquence de la contagion érysipélateuse, qui a amené l'accouchement prématuré, et les phénomènes d'infection caractérisés par une élévation de la température quelques heures après l'accouchement. Il juge inutile d'essayer du sérum de Marmoreck et malgré l'absence de tout signe utérin, il avait constaté cependant un peu de ramollissement de l'organe dont le col laissait passer facilement le doigt; il conseille de faire un curetage digital de la cavité utérine suivi d'un lavage abondant au permanganate de potasse. Cela fut exécuté le soir même avec le concours de mon collègue et ami Dubrisay. La température s'était élevée à 40° à 6 heures, et j'avoue qu'il y avait intérêt à agir vite. Le doigt ne ramena qu'un petit nombre de débris *sans odeur*. Lavage abondant et tamponnement à la gaze stérilisée.

Le lendemain matin 14, 38° 5 ; 115 ; le soir, 38° 5 ; 120. Je retire la gaze et fais un lavage intra-utérin.

Le 15 au matin, température 38° 5 ; 110 ; le soir, 37° 5. Lavage. L'état général de la malade indique une véritable détente.

Le 16 matin et soir, 37° 5.

Le 17 matin, 37° 2 ; le soir, 37° 8. La malade se sent moins bien, le ventre est un peu sensible à gauche, un peu au-dessus du pli de l'aîne.

Le 18 matin, 37° 3 ; le soir, 38°. Il se fait évidemment quelque chose et j'explore les jambes, rien, sauf un peu de sensibilité au-dessous du pli de l'aîne gauche.

Le 19 matin, 37° 3. Je constate un peu d'augmentation de volume de la cuisse, de la sensibilité le long des vaisseaux, jusqu'à la malléole. Il se fait évidemment de la phlébite. Il fallait s'y attendre. Le soir, la phlegmatia s'étant accentuée, il y avait de la douleur, l'œdème s'étendait à tout le membre. Température 38°. Enveloppement ouaté. On place la malade sur un lit mécanique permettant de la soulever sans bouger le membre.

Le 20, température 36° 8 ; le soir, 37°. A partir de ce moment, il ne s'est plus produit d'incident ; j'ai laissé ma cliente sept semaines au lit. A ce moment, l'œdème ayant disparu au lit, je l'ai laissée se lever. Actuellement, elle va bien, mais le soir il y a toujours un peu d'œdème autour des malléoles.

Ce fait est une leçon pour nous ; il montre une fois de plus le danger que fait courir aux femmes enceintes le contact des malades atteints de fièvres éruptives, et en particulier d'érysipèle et la nécessité pour le médecin d'ordonner la séparation immédiate.

L'AVORTEMENT PROVOQUE DANS LES CAS DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

A la suite d'une observation d'avortement provoqué pratiqué sur une femme atteinte de vomissements incoercibles (consécutifs à une fièvre typhoïde) M. Lambinon, de Liège, donne quelques conseils qui intéressent le praticien.

Gaulard et Bué, dans leur travail concernant les *Accouchements et les maladies des femmes enceintes*, partagent cette manière de voir du moment qu'une malade arrive à un état grave et que les moyens connus, appliqués pendant un temps assez long, n'ont donné aucun résultat. Il ne faut pas laisser mourir la patiente.

« Certains accoucheurs prétendent que le pronostic des vomissements n'est pas sévère, détrompez-vous.

« Joulin, réunissant plusieurs statistiques, a compté 49 morts sur 121 cas, ce qui fait une mortalité moyenne de 44 %. Horwitz a perdu 5 malades sur 12.

« Dans ces conditions, la provocation de l'avortement est parfaitement légitime.

« Certains auteurs n'en sont pas partisans.

« Voici des chiffres rassurants : Sur 121 observations, Joulin, comme nous venons de le voir, compte 49 morts et 72 guérisons. De ces dernières, 31 se sont produites sans fausse couche et 41 après avortement spontané ou provoqué.

« La statistique de M. Guéniot porte sur 118 cas, dont 72 se sont terminés heureusement, 31 sans fausse couche et 41 après avortement spontané ou provoqué.

« L'avortement exerce donc incontestablement une influence heureuse sur la maladie. N'hésitez donc pas à le provoquer, mais n'y recourez qu'à la dernière extrémité; il faut que tous les autres moyens aient échoué avant d'en venir à cette mesure extrême.

« N'attendez pas cependant que la situation de votre malade soit tellement grave qu'elle ne puisse plus être sauvée.

« A quel moment faut-il intervenir ?

« D'après P. Dubois, pendant la première période, c'est trop tôt, et trop tard pendant la troisième; la seconde constitue le moment réellement propice. C'est l'apparition de la fièvre qui indique le moment de l'intervention. Horwitz n'admet pas l'existence de ce symptôme qui doit être rare. Pour lui, la fréquence des vomissements, la sécheresse de la langue, les fuliginosités des gencives, la diminution de l'urine, l'albuminurie, le délire, l'insuccès des autres traitements démontrent l'opportunité de l'opération.

« Ajoutons que d'après l'opinion émise par M. le Professeur Charles dans son *Cours d'Accouchements*, le traitement obstétrical des vomissements incoercibles *ne doit jamais être appliqué par un praticien seul*; les circonstances sont graves, la responsabilité est considérable, une consultation est de rigueur. »

Ce conseil est excellent et mérite d'être répété, car il évitera aux praticiens de cruels mécomptes.

PÉDIATRIE

TRAITEMENT DE LA TEIGNE TONDANTE

Traitement prophylactique. — Il faut empêcher la contamination des personnes qui ont des rapports avec le malade. Toute la prophylaxie se résume dans ces mots : *isolement rigoureux*. Tout enfant atteint de teigne tondante doit être exclu des écoles; il doit avoir immédiatement la tête rasée, savonnée tous les matins, puis recouverte d'un enduit imperméable quelconque, soit directement posé sur les plaques seules, soit sur tout le cuir chevelu. Quand il se trouvera avec d'autres, il ne devra se découvrir sous aucun prétexte.

Traitement local proprement dit. — Raser ou tout au moins couper aux ciseaux, les cheveux aussi ras que possible. Savonner le cuir chevelu avec de l'eau chaude et du savon ordinaire ou du savon au goudron ou naphthol.

Il faut circonscrire les plaques malades et pratiquer l'épilation.

Immédiatement après l'épilation, M. Brocq prescrivait de lotionner les régions épilées avec une solution au sublimé au 500^e et même au 250^e. Quelques heures après, on les enduit de la pommade suivante :

Axonge.....	30 grammes.
Huile d'amande douce.....	4 —
Turbith minéral.....	4 —
Glycerine.....	1 —

Ces lotions au sublimé et les onctions avec la pommade au turbith se font matin et soir. L'épilation est répétée trois ou quatre fois au moins.

Vidal recommandait de faire des lotions sur le cuir chevelu avec de l'essence de térébenthine, puis de badigeonner avec de la teinture d'iode, enfin de faire des onctions de vaseline, dont on étend une épaisse couche sur les plaques malades, puis on recouvre de taffetas gommé ou de gutta-percha laminé. M. Vidal croit pouvoir obtenir ainsi la guérison sans épilation.

Lailler conseillait de frictionner, matin et soir, les parties malades et épilées avec un linge imprégné de la préparation suivante :

Eau	950 grammes.
Glycérine	50 —
Bichlorure de mercure	1 —
Chlorhydrate d'ammoniaque	1 —

Il faut ensuite recouvrir la tête avec le linge dont on s'est servi pour la friction, puis d'un bonnet. Laver le cuir chevelu une fois par semaine. Continuer le traitement pendant 12 à 15 mois.

M. Besnier prescrit l'épilation, fait laver la tête tous les matins avec de l'eau chaude boriquée au 200^e, additionnée de savon dans la proportion convenable, d'après l'état d'irritation du cuir chevelu. Tous les soirs on frictionne légèrement les points malades avec une pommade à la vaseline, contenant une très petite quantité d'acétate ou de sulfate de cuivre de 0 50 à 1 p. 100; et l'on surveille le malade de manière à n'avoir jamais de dermite. Si le cuir chevelu a de la tendance à s'enflammer, M. Besnier se borne à employer une pommade à la vaseline, renfermant un vingtième d'acide borique.

Brocq ordonne maintenant de faire, après épilation, des lotions sur les plaques, deux fois par jour, avec le mélange suivant :

Eau	400 grammes.
Glycérine	100 —
Sublimé	1 —

M. s. a. — On augmente ou l'on diminue la dose de sublimé, suivant la tolérance du cuir chevelu.

Puis on frictionne également matin et soir, les plaques malades avec la pommade suivante :

Turbith minéral	1 à 2 grammes.
Lanoline	30 —
Vaseline	10 —

M. s. a. — On savonne la tête toutes les fois que c'est nécessaire, on épile de nouveau dès qu'on le peut.

PHARMACOLOGIE

LA STÉRILISATION DU SÉRUM GÉLATINÉ

par M. J. TRIOLLET.

Après le rapport si documenté que M. le Professeur Chauffard a présenté à l'Académie de Médecine (1), après surtout l'excommunication majeure proposée à la même assemblée par M. le Professeur Dieulafoy (2), il est bien improbable, désormais, que le sérum

(1) D^r CHAUFFARD. — Rapport sur un mémoire présenté à l'Académie de Médecine par Lop et Murat, sur un cas de tétanos consécutif à l'usage de la gélatine comme hémostatique. (*Acad. de Méd.* 7 avril 1903.)

(2) D^r DIEULAFOY. — Un cas de tétanos consécutif à une injection de sérum gélatiné. (*Acad. de Méd.* 12 mai 1903.)

gélatiné conserve la faveur qu'il avait si rapidement conquise dans la thérapeutique des anévrysmes et des hémorragies graves. La divulgation de 23 cas de tétanos mortel, survenant à la suite de son emploi, a jeté sur lui un certain discrédit.

Cependant, question de valeur médicale mise à part, puisqu'elle n'est pas de ma compétence, il me semble que la défiance ainsi montrée au sérum gélatiné n'est pas légitime, car elle résulte d'une technique défectueuse qui peut être rendue facilement parfaite.

Sans vouloir discuter ici l'opinion, fort probable d'ailleurs, qui attribue au chlorure de calcium seul, qui est toujours contenu dans la gélatine, les évidentes propriétés coagulantes du sérum gélatiné, et, par conséquent, sans m'arrêter pour savoir s'il ne serait pas préférable de remplacer la solution de gélatine par une solution de chlorure de calcium, moins dangereuse au point de vue du bacille de Nicolafer, je ne veux retenir des discussions académiques que la surprise qu'a causée au corps médical la découverte du bacille du tétanos dans des solutions gélatinées qui, au dire des auteurs, *avaient été cependant stérilisées avec le plus grand soin*. La découverte contraire, à la vérité, eût été plus surprenante, quand on songe que cette stérilisation *soignée* s'effectue ordinairement en se contentant de maintenir la solution de gélatine à l'ébullition pendant un temps qui varie de quelques minutes à une demi-heure !

Si l'on veut bien réfléchir que les spores du tétanos ne sont détruites qu'à 110°, quand elles sont bien desséchées (3), on reste étonné que le sérum gélatiné n'ait encore provoqué que 23 cas mortels de tétanos depuis 1897, date de son introduction dans la thérapeutique par le Dr Lancereaux.

Les matières premières qui servent à la fabrication de la gélatine (cornillons de bœufs, caboches de chevaux, de moutons, etc.) sont des terrains éminemment propres au développement des microbes en général, à celui du tétanos en particulier. Si la gélatine est stérile au moment de sa fabrication, c'est-à-dire quand elle sort de l'autoclave, il n'en reste pas moins certain que les poussières si dangereuses du sol de l'usine peuvent constamment en souiller la surface pendant les manipulations nécessitées par le séchage et par l'emballage. Il s'ensuit qu'elle doit toujours être suspectée de contenir des germes tétaniques et par conséquent, plus que toute autre substance peut-être, soumise à une stérilisation rigoureuse.

Et, puisqu'on sait que les spores du bacille de Nicolafer peuvent parfois exiger une température de 110° pour être détruites, on ne s'explique pas cette stérilisation soignée, qui se fait à l'ébullition, et qui est non seulement insuffisante, mais dangereuse même.

J'ajoute vite, à la décharge des préparateurs de sérums gélatinés, que cette stérilisation défectueuse est la conséquence des conseils donnés dans tous les traités de bactériologie. On y recommande,

(1) Roux. — Cours de l'Institut Pasteur.

en effet, de ne pas dépasser la température de 100 à 105° pour éviter qu'avec une température plus élevée, la gélatine ne fasse plus prise au refroidissement. Mais ces conseils, qui peuvent avoir leur importance avec les bouillons *alcalins* (1) employés dans les laboratoires, sont absolument déplacés quand il s'agit des solutions de gélatine — toujours acides — qui doivent être introduites dans l'économie. Une pratique, déjà ancienne, me permet d'assurer que les solutions de gélatine, même celles qui ne renferment pas plus de 1 à 2 0/0 de gélatine, prennent parfaitement en gelée par le refroidissement quand elles ont été portées à 120° pendant une demi-heure, ainsi qu'en témoignent les échantillons que j'ai l'honneur de présenter à mes collègues.

D'ailleurs cette prise en gelée n'est pas une qualité indispensable pour les propriétés thérapeutiques du sérum gélatiné, car M. le Professeur Pouchet a pu stériliser à outrance des solutions gélatineuses, de manière à ne plus se prendre en masse par le refroidissement, et cependant ces liquides injectés présentaient les mêmes propriétés coagulantes que les solutions non chauffées.

On peut donc, on doit donc stériliser les solutions gélatinées à 120°, quand elles sont destinées aux usages thérapeutiques.

Il ne convient donc pas de suivre M. le Dr Chauffard quand il demande à l'Académie de décréter que « la préparation des sérums gélatinés n'est pas libre et qu'elle doit être soumise aux lois et règlements qui régissent la préparation des sérums thérapeutiques ».

Je m'associerais cependant bien volontiers avec M. Brouardel pour désirer que le futur Codex attire l'attention des pharmaciens sur l'obligation de stériliser à 120° les sérums thérapeutiques (j'entends ici les *solutions* médicamenteuses), en particulier celle de gélatine, plus particulièrement suspecte. La technique de la stérilisation à 120° est d'ailleurs assez simple. Elle peut et doit être faite par tous les pharmaciens. Point n'est besoin de créer encore un monopole au profit de laboratoires officiels. Il suffit d'un autoclave dont la présence, après tout, est peut-être plus utile dans les pharmacies modernes, que celle de l'alambic.

Au surplus il appartient aux médecins d'insister sur la stérilisation à 120° des sérums qu'ils prescrivent.

CHIRURGIE

LES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS L'APPENDICITE

M. le Dr GAUDIN résume ainsi la pratique de M. le Professeur Roux, de Lausanne :

Pour l'école de Roux, de Lausanne, il n'existe aucune indication

(1) M. le Professeur Pouchet est d'avis que la réaction alcaline, acide ou neutre, est sans action sur la coagulation de la gélatine.

hâtive formelle d'opérer l'appendicite à chaud de parti pris sous prétexte de sauvegarder la vie du malade.

Le diagnostic seul n'a aucune valeur d'intervention. La maxime « le plus tôt sera le mieux » est pernicieuse, l'expectation absolue est le meilleur traitement du début pendant deux ou trois jours au moins ; en supposant que le médecin soit appelé au vrai début de la crise.

Si au bout de deux ou trois jours d'un traitement rationnel et prudentissime, on voit quand même la fièvre et l'exsudat augmenter, on peut lui donner une simple issue au dehors, une simple incision de décharge, par la région la plus déclive pour remplacer le drainage naturel.

Il existe un très petit nombre de cas où, soit que des crises antérieures aient permis de faire un diagnostic certain, soit que le malade placé dans des conditions spéciales favorables permette d'intervenir avant la formation de l'abcès (de cinq à vingt-quatre heures à partir de la première réaction péritonéale), on peut se risquer d'intervenir à chaud dès la première heure. Mais on a alors les difficultés de l'opération à froid touchant les recherches de l'appendice, plus les risques de virulence d'un foyer qui commence à s'enflammer et à s'infecter. (Si on compte avec ces difficultés, il ne faudra pas s'étonner de quelques insuccès en plus que dans l'opération à froid typique).

A chaud, l'incision doit se faire là où elle est la plus rationnelle, sans indication spéciale de région ou de procédé opératoire, même par le rectum ou le vagin, si c'est plus utile.

A chaud, l'appendice ne doit jamais être recherché, à moins qu'il ne se présente lui-même avec complaisance.

A chaud, l'appendicite opérée doit toujours être drainée, ce qui expose à une hernie consécutive si l'incision a été abdominale.

L'opération à froid est la meilleure et doit toujours être celle à laquelle il faut tendre. Elle est quelquefois très compliquée à cause des adhérences, perforations, recherches de l'appendice, etc., mais elle est radicale, sans drainage, sans crainte de retour. Dans des mains habiles elle est inoffensive.

Dans l'opération à froid, le procédé opératoire le meilleur est certainement l'incision étoilée par dissociation musculaire ; elle doit être préférée parce qu'elle respecte les nerfs du grand droit. L'incision de Jalaguier qui coupe un rameau nerveux du grand droit peut être indiquée lorsque l'appendice est adhérent à la paroi antérieure. Quelquefois même, la laparotomie médiane est indiquée toutes les fois que les annexes doivent être revisées ou que le siège du dernier abcès était profondément pelvien.

Les appendicites sans pus, ni péritonite diagnostiquée dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures, sont souvent des appendicites de complaisance qui ne sont pas à opérer, pas plus que les états chroniques de l'appendicite, dite appendicite chronique d'emblée, sans crise nette, qui sont une vue de l'esprit, mais sont

si exceptionnels en clinique qu'ils sont pour ainsi dire à négliger. On ne les rencontre que dans les cas de tuberculose, actinomycose ou cancer primitif de l'appendice.

Ces cas sont si rares en clinique que, si on les admettait comme entités morbides, on serait poussé à faire des opérations exagérées, même pour de la ptose de l'appendice. Il ne faut pas accuser l'appendice de toutes les misères abdominales, ce que certains médecins ont déjà de la tendance à faire, sans cela on n'en finirait plus d'opérer.

En résumé, l'appendicite à chaud doit être respectée autant que possible. L'opération ne doit être faite que sur indication précise de chirurgie générale. Qu'on nous comprenne bien, il ne s'agit pas là de temporisation à outrance, mais d'une intervention basée sur des indications précises.

La seule indication d'opérer à chaud de parti pris « earliest » qui peut exister est quand le diagnostic est exactement reconnu d'emblée par une ou plusieurs crises antérieures ; on est sûr alors de trouver un appendice malade, déjà perforé, et abcès résorbé. Ces cas sont très rares et à comparer avec les cas où l'on se trouve présent pour opérer une grossesse extra-utérine rompue dans le péritoine. Q'on se souvienne qu'on a alors les difficultés de l'opération à froid, plus les dangers d'infection dans un milieu en état de virulence.

Pour mettre son malade dans les meilleures conditions pour guérir, il faut opérer sans pus, ni péritonite. Or, comme à chaud il y a toujours péritonite d'abord et pus très peu d'heures ensuite, il vaut mieux s'abstenir en principe. Ce serait parfait de pouvoir opérer très vite « earliest » en risquant la chance d'arriver avant le pus et avant que les colibacilles ne se soient déjà extravasés dans le péritoine. Mais c'est trop exceptionnel pour en faire déjà une règle. La prudence commande donc d'attendre.

Telles sont les règles observées dans le service de M. Roux (de Lausanne), où les cas de mort par appendicite sont extraordinairement rares. Pratiquée à froid, l'opération de l'appendicite n'est pas plus grave qu'une cure radicale de hernie, quoiqu'elle puisse être beaucoup plus compliquée.

VARIÉTÉS

Les seins dans l'histoire.

Troisième volume de la série *Tetonia*, par le D^r G.-J. WILKOWSKI, chez Maloine, éditeur.

Nos lecteurs connaissent les nombreux ouvrages du docteur Wilkowski ; être utile en amusant, semble la devise de notre confrère. Il a su rendre aimable même l'anatomie, et ses superbes

ouvrages *d'anatomie iconoclastique* ont grandement facilité l'étude de cette science à de nombreuses générations d'étudiants.



Les seins, d'après Rembrandt, musée de Vienne.

Ses *petits moyens mnémotechniques* ont fait la joie de tous ceux qui ont préparé des concours ou des examens. Et le *corps humain*, la *génération humaine*, les *accouchements* ! que de matériaux réunis, selectés avec goût et avec un sentiment artistique que

dénote encore le choix des magnifiques gravures qui ornent toutes ses publications ! Elles sont la mine inépuisable où nos professeurs vont chercher les bons mots, les anecdotes qui aident



Madame de Maintenon, par Romanelli.

à faire passer l'aridité de leurs leçons. Les accoucheurs ne seront plus réduits à bégayer leur monotone discours : *poussez madame*; à défaut de l'intelligence et de l'adresse que refusait leur Dupuytren, ils pourront montrer de l'esprit, il y en a autant dans

les trois volumes de *Tetoniaan* dont le dernier a été récemment présenté à l'Académie de médecine par le docteur Porak, accoucheur des hôpitaux.

Quand ce ne serait que par ses gravures si artistiques,



Simone'ta Vespucci, école florentine.

toujours curieuses et souvent rarissimes, ce volume attirerait et captiverait de façon à forcer à toujours tourner les pages. Dans les ateliers d'imprimerie, les compositeurs eux-mêmes étaient gagnés, et on se payait les épreuves au fur et à mesure que la composition avançait. Et cependant rien de trivial, d'ordurier ou même simplement de mauvais goût.

L'auteur passe en quelques lignes de la plus haute antiquité aux faits les plus récents et les rapprochements sont souvent curieux. l'histoire est plus ou moins un perpétuel recommence-



La maman fashionable, gravure anglaise, 1796.

ment, même quand il s'agit de l'histoire des Seins. Notre confrère, qui a visité un grand nombre de pays, nous rapporte le résultat de ses investigations en Egypte et dans les musées d'Italie; aucune peine, aucune dépense n'ont été épargnées pour acquérir un document intéressant et artistique.



Ce livre de haut goût devra certainement figurer dans la bibliothèque du médecin, du professeur, de l'artiste et même du simple amateur, il représente une somme énorme de travail et de patientes recherches et il aura, nous n'en doutons pas, le succès de ses aînés.

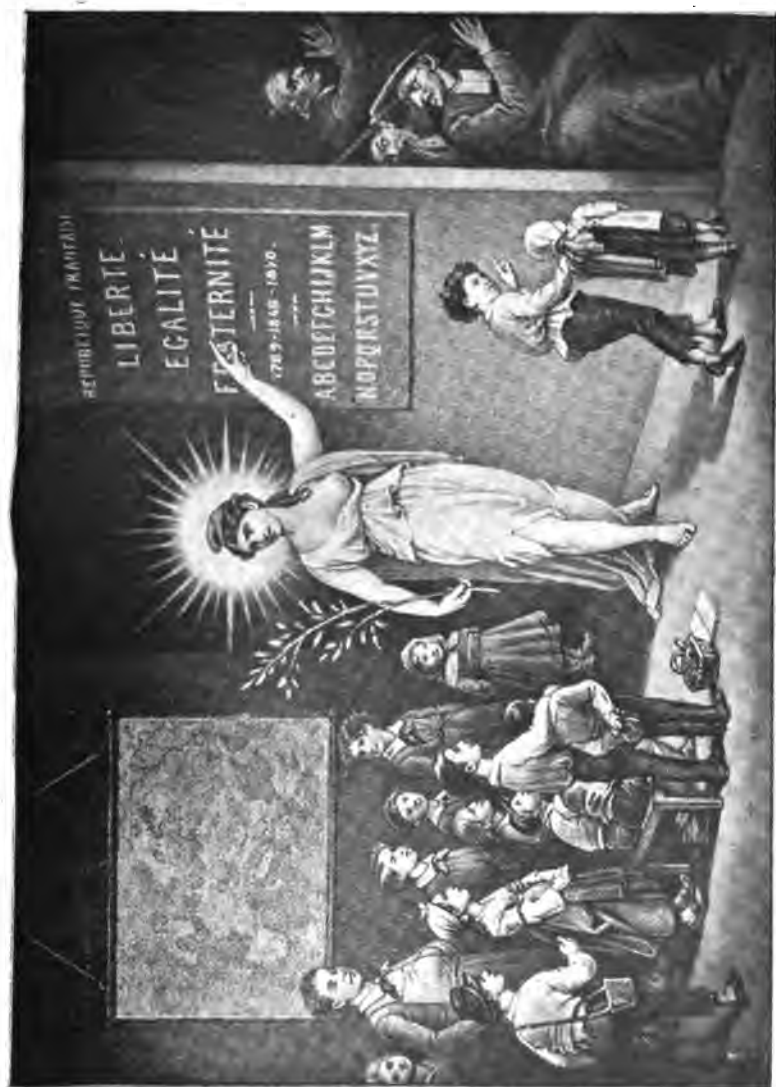


Figure moderne : l'Instruction laïque.

Nous croyons du reste être agréable à nos lecteurs, en leur donnant un spécimen de quelques-unes des gravures qui sont



Une curieuse exhibition moderne.

reproduites en grand nombre dans l'ouvrage de notre confrère Witkowski : les unes se rapportant aux grandes œuvres de l'art; les autres, plus modernes, nous donnant une idée des mœurs du vingtième siècle.

Quoi qu'il en soit, le livre est à la fois intéressant et amusant, et il complète la série des études entreprises par l'auteur.



Un duel de femmes, épisode moderne.

REVUE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

SE RAPPORTANT A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

L'acide tartrique comme hypnotique.— Voici un nouvel hypnotique qui, s'il n'est pas très actif, a tout au moins le mérite d'être parfaitement inoffensif.

Le Dr Stefani, médecin de l'asile d'aliénés de Ferrare, a pu se convaincre, par de nombreuses expériences sur les pensionnaires de cet établissement, des propriétés hypnotiques du mélange gazogène composé d'acide tartrique et de bicarbonate de soude à parties

égales. L'action soporifique de ce mélange, attribuée par M. Stefani à l'acide carbonique, est, sans aucun doute, inférieure à celle du sulfonal, de l'hyoseyamine et d'autres médicaments de ce genre ; mais elle était cependant très réelle et assez prononcée pour donner des résultats satisfaisants dans ces insomnies relativement légères qu'on observe fréquemment chez les sujets nerveux.

A titre d'hypnotique, le mélange gazogène doit être pris au coucher,

à la dose de 6 à 12 grammes, suivant le cas.

Nous ne pensons pas que ce mélange ait aucune propriété hypnotique proprement dite. Il doit agir comme antidyspeptique chez certains névropathes dont les voies digestives sont en mauvais état. Dans tous les cas, il mérite d'être recommandé aussi bien pour sa simplicité que pour son innocuité.

L'écorce de monesi comme hypnotique. — Le pouvoir hypnotique de cette substance est faible. J. Gordon ne l'a vu agir que d'une façon très irrégulière chez les sujets sains. Le sommeil est alors calme, et le réveil excellent. W. H. Flint en a obtenu d'assez bons résultats dans l'insomnie nerveuse, alors que d'autres hypnotiques plus énergiques, sulfonal ou paraldehyde, ne pouvaient être supportés. Mais dans l'insomnie provoquée par la toux ou par la douleur, il s'est montré impuissant.

Étudié d'abord par Schmiedeberg, il a été expérimenté par J. Gordon, d'une façon très complète. Ses avantages sur les autres agents hypnotiques sont les suivants : absence de toute action secondaire, facilité avec laquelle les malades le prennent, et enfin sommeil tranquille, ressemblant tout à fait au sommeil naturel. Il conviendrait surtout dans la thérapeutique infantile, chez les individus atteints de délire alcoolique et chez ceux qui sont sujets à des accès de manie.

Son grand avantage est sa parfaite solubilité.

On prescrit 1 à 2 grammes d'extrait aqueux aux adultes et 0,50 à 1 gramme aux enfants, dans une potion de 150 grammes. Il n'est toxique qu'à doses élevées (10 gr.)

Le pyoluène comme antiseptique. — Le pyoluène est un oxyméthylallylsulfocarbimide, et constitue un antiseptique dont la puissance bactéricide est comparable à celle du sublimé.

Il n'est ni toxique, ni caustique, ni acide ; son goût est agréable.

Il est soluble en toutes proportions dans l'eau, les alcools, les éthers, les glycérines.

Amoedo l'a recommandé à des malades atteints de *gingivite tartrique*, de *pyorrhée alvéolaire*, au cours du traitement spécifique, pour prévenir la *stomatite mercurielle*. Et les résultats obtenus ont été excellents.

Pyoluène..... 10 grammes
Elixir dentifrice.. 100 —
Quelques gouttes dans un demi-verre d'eau.

Le chlorure de calcium dans les hémorragies (GONNET). — Ce médicament a été préconisé dans ces dernières années contre les hémorragies ; c'est un hémostatique efficace ; il agit en modifiant la coagulabilité du sang. Il est peu toxique, l'estomac le tolère bien en général.

En injections dans les cavités naturelles ou en applications externes, se servir de solutions étendues afin d'éviter l'action caustique du médicament.

Il faut être très réservé au sujet des injections intra-veineuses.

Ingré par la bouche ou en lavement, les doses thérapeutiques varient de 1 à 6 grammes. Chez l'enfant on peut prescrire sans inconvénient 1 gramme de chlorure de calcium.

Si l'effet hémostatique n'est pas obtenu après trois ou quatre jours, inutile d'en continuer l'emploi.

Il est indiqué dans l'hémophilie, les métrorrhagies de la puberté et de la ménopause. Dans les hémorragies des tuberculeux il réussit souvent.

Les insuccès peuvent s'expliquer par une trop grande altération du milieu sanguin.

Traitement des suppurations tuberculeuses par les lavages au permanganate de potasse (Docteur Bayeux). — Le permanganate de potasse modifie d'abord d'une manière frappante l'aspect extérieur des poches tuberculeuses ; les bourgeons mous, pâles, tremblotants qui les recouvrent constamment lorsqu'on emploie les antiseptiques ordinaires, se rétractent, sèchent et tombent après les premières applications de permanganate ; les greffes de granulations grises ou de fausses membranes jaunâtres qui s'attachent aux plaies tuberculeuses, cessent de se produire avec mon traitement, et celles qui existaient meurent sur place ; le pus se tarit rapidement pour faire place à une sérosité visqueuse peu abondante, qui tend à diminuer de jour en jour ; les plaies prennent un aspect de bonne nature, s'entourent d'un anneau fibreux qui se rétracte assez rapidement, formant ainsi un disque de sclérose cicatricielle. Le permanganate de potasse m'a semblé avoir une action *sclérogène* aussi intense que le chlorure

de zinc, avec cette supériorité sur ce dernier agent, qu'il n'est ni caustique ni douloureux.

Je pratique de grands lavages des cavités, variant de cent à mille centimètres cubes, selon l'importance de la poche et l'intensité du processus tuberculeux.

Je les pratique sous une pression assez forte, sans avoir jamais vu d'extension se produire dans un volume des poches tuberculeuses ; au contraire, ces poches se rétractent rapidement.

Le taux de la solution varie selon les cas : pour toucher les ulcères récents, frais, recouverts de granulations, j'emploie, une solution concentrée à 1/50, et je pratique un frotis des ulcères, avec une compresse stérilisée, imbibée de cette solution forte.

Pour les clapiers profonds récents, qu'il est nécessaire d'atteindre vigoureusement, j'emploie une solution à 1/100.

Dans les cas d'abcès chroniques, je me suis surtout bien trouvé de grands lavages avec une solution à 1/500 et même 1/1000.

Les solutions fortes (1/50 et 1/100) provoquent l'apparition d'une leucocytose aigüe abondante et déterminent l'expulsion des débris caillés qui siègent dans le fond des clapiers. Il n'est pas utile de prolonger l'usage de ces solutions concentrées.

Les solutions faibles détergent les abcès chroniques et tendent à les assécher rapidement.

J'ai pratiqué mes lavages trois fois par semaine; mais je crois que les résultats seraient beaucoup plus rapides encore si on les pratiquait tous les jours, comme je me propose de le faire à l'avenir.

Enfin, je me sers pour les pansements des abcès froids, de compresses de gaze stérilisée imbibées d'une solution de permanganate de potasse à 1/1000, qui m'ont toujours donné d'excellents résultats pour la conservation de l'état aseptique de la peau.

Traitement du rhumatisme chronique infantile. (DAUCHEZ.)

1° On immobilisera les articulations douloureuses que l'on badigeonnera avec la teinture d'iode, ou sur lesquelles on appliquera un emplâtre de ciguë ;

2° L'enfant prendra en outre, alternativement, de la teinture de colchique et les iodures alcalins dans les proportions suivantes :

Pendant quinze jours, faire prendre à chaque repas une dose de

15 centigrammes d'iodure de potassium. On pourra, s'il y a indication, la remplacer par une cuillerée à dessert de sirop d'iodure de fer administrée durant le repas ;

Pendant les quinze jours suivants, faire prendre dans la journée de cinq à dix gouttes de teinture de semences de colchique (une goutte par année d'âge) ;

3° On pourra utilement ajouter à ce traitement interne, le massage et les manipulations articulaires, ainsi que l'usage des bains sulfureux ou sulfuro-alcalins ;

4° Enfin, dans les poussées articulaires aiguës, on aura recours au salicylate de soude qui agit à la fois sur la douleur, la température et les troubles nutritifs, et est un bon éliminateur diurétique ;

5° Lorsque les déformations articulaires paraissent s'accuser, on aura recours aux bains de boues de Dax ou Saint-Amand.

La toxicité du cresson. — M. Ed. CROUZEL, pharmacien à La Réole, appelle l'attention sur les dangers que peut présenter l'ingestion du cresson.

« Depuis plusieurs années, dit-il, j'ai été frappé de la fréquence des intoxications provoquées par l'ingestion, aux repas, du cresson de fontaine (*Sysimbrium nasturtium*), qu'on baptise du nom de *santé du corps*.

D'un certain nombre d'observations que j'ai réunies, et qui font l'objet d'une communication à l'Académie de médecine, il résulte que certains cas d'intoxication sont imputables à ce comestible et que cette intoxication se manifeste par un ensemble de symptômes caractéristiques, qui sont identiques chez tous les malades, quels que soient leur âge, leur constitution, leurs antécédents morbides et leur état de santé au moment de l'empoisonnement.

Ces symptômes généraux sont les suivants : malaise général, anxiété précordiale, refroidissement des membres supérieurs, douleurs abdominales assez vives, vomissements fréquents.

Ce sont, du reste, les symptômes habituels de l'empoisonnement par les matières alimentaires avariées ou corrompues. Cela s'explique aisément par le fait que ce n'est pas le cresson, à proprement parler, qui cause le mal, mais bien les matières organiques en décomposition qu'il véhicule et qui doivent être constituées par des ptomaines et des dérivés alcaloïdiques d'origine microbienne.

Voilà pour les méfaits directs et constatés après manifestation rapide. Mais combien de fièvres typhoïdes et autres maladies contagieuses de nature épidémique, qui pourraient, si l'on cherchait bien, être imputées au cresson, sans compter les cas de ténia ou d'autres vers intestinaux dont il est susceptible de communiquer le germe!

La contamination habituelle du cresson est provoquée par les procédés ordinaires de culture intensive de cette plante, au moyen de matières fécales, purins, fumiers divers, qu'on place directement dans les cressonnières.

Pour éviter les dangers que je signale, on devrait ne pas submerger cette plante, afin de soustraire la partie comestible (feuilles, pétioles et sommets des tiges) au contact de l'eau contaminée par les engrais.

On devrait n'employer, comme engrais, que des produits chimiques ou encore des produits de vidanges ayant subi une haute température en vase clos. Cette précaution devrait, d'ailleurs, présider également à la culture des autres plantes destinées à être consommées sans avoir subi de cuisson (laitue, chicorée, etc.).

On pourrait aussi placer les engrais dans des caisses ou des fosses à parois latérales étanches, à fonds percés ou sans fonds, afin d'avoir des vases communicants. Il ne faut pas oublier que c'est uniquement au moyen de leurs racines et non de leurs feuilles que ces plantes puisent dans leur milieu ambiant ce qui est utile à leur développement.

Le cresson venu spontanément, c'est-à-dire sans fumure, dans les eaux vives et courantes doit être préféré.

Ceux qui sont chargés du service de la cuisine feront bien, désormais, de s'assurer de l'origine du cresson qu'ils achètent, sous peine d'endosser une responsabilité morale très sérieuse, sans compter les dangers qu'ils courraient eux-mêmes.

On pourra, il est vrai, diminuer un peu les dangers que je signale par un nettoyage méticuleux du cresson, dont on ne devra employer que les feuilles et les pétioles, qui ont plus de chance que les tiges de se développer hors du contact de l'eau contaminée.

Pour cela, on lui fera subir une macération dans l'eau salée concentrée et bouillie, suivie d'un lavage sous un filet d'eau tombant d'une certaine hauteur et capable de détacher de la surface de la plante les matières toxiques ou pathogènes qui peuvent la souiller.

Traitement des furoncles. — Le Dr Nicolas, de Bône, emploie depuis 25 ans le thermo-cautère pour les furoncles comme pour les anthrax : Je fais autant de pointes de feu qu'il est nécessaire autour de la tumeur quand elle est volumineuse, puis j'applique une ventouse avec un verre ordinaire, dans lequel je fais flamber soit un peu d'éther, soit du coton bien éfiloché. C'est un peu douloureux, mais le cloaque se vide, parfois si bien, qu'il ne reste absolument rien. En tout cas, une fois la ventouse enlevée, je lave à grande eau avec du phénosalyl ou autre désinfectant et j'applique une forte plaque d'ouate hydrophile imbibée de glycérine phéniquée à 2 pour cent. En deux pansements, tout au plus, la plaie n'est plus qu'une plaie simple sur laquelle je mets de la poudre de liège stérilisée et de l'ouate recouverte de baudruche.

FORMULAIRE

Traitement du favus.

1° *Phase préparatoire*, consistant à nettoyer le cuir chevelu, à le débarrasser des godets et des croûtes qui le recouvrent et à calmer l'irritation causée par ces productions. Pour cela : couper les cheveux ras, appliquer sur les godets et les croûtes pendant trois heures le mélange suivant :

Savon noir..... p. e.
Axonge fraîche..... p. e.

Puis lavage à l'eau tiède; appli-

cation pendant toute une nuit de cataplasmes d'amidon cuit. Un bon nettoyage et des pansements bori- qués humides suffisent ensuite à déterger le cuir chevelu.

2° *Traitement du parasite.* — Épi- ller toutes les parties malades en évitant de casser les cheveux, et même épiler une bordure de che- veux sains. Appliquer ensuite les onctions parasitocides dont voici quelques formules :

a) Tous les soirs une onction sur le cuir chevelu avec :

Bioxyde jaune de mercure 0 gr. 20
Huile de cade..... 4 gr.
Axonge benzoïnée..... 20 gr.

Le matin savonner la tête à l'eau tiède et ensuite faire une friction totale du cuir chevelu avec une brosse douce imbibée de :

Alcool à 60° .. 200 gr.
Teinture d'iode fraîche.... 50 gr.

Besnier recommande des frictions le soir avec la pommade suivante :

Baume du Pérou..... 2 à 5 gr.
Acide salicylique..... 1 à 5 gr.
Résorcine 1 à 5 gr.
Sulfure précipité et lavé. 5 à 15 gr.
Lanoline 30 gr.
Vaseline 30 gr.
Axonge fraîche..... 30 gr.

Le matin, on fera une lotion à l'eau tiède suivie d'une friction avec :

Alcool à 90°..... 100 gr.
Acide acétique cristallisable 1 gr.
Acide borique 2 gr.
Chloroforme 3 gr.

Ou encore :

Alcool à 90°..... 100 gr.
Acide acétique cristallisable..... 1 gr.
Sublimé..... 0 gr. 10

Dans la journée, recouvrir les parties malades d'emplâtre de Vigo. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

Stomatite ulcéreuse rebelle chez l'enfant. (DAUCHEZ).

On suppose un enfant cachectique non syphilitique âgé d'environ trois ans :

1° Pratiquer tous les jours et même deux fois par jour une large irrigation dans la bouche avec la solution très étendue de coaltar saponiné Le Beuf (5 p. 1000).

Un peu plus tard les irrigations seront pratiquées avec la décoction suivante :

Décocté de quinquina... 500 gr
Alcoolat de cochlearia ... 10 gr.
Chlorate de potasse..... 5 gr.

2° Après l'irrigation, les ulcérations seront détergées avec de petites boulettes de coton hydrophile.

Si elles sont douloureuses elles seront touchées avec le collutoire suivant :

Borate de soude..... 1 gr.
Mellite de roses..... 15 gr.
Acide chlorhydrique fumant 5 gr.

Si elles ne le sont pas, on touchera légèrement tous les six jours avec le crayon de nitrate d'argent mitigé ou avec une solution très faible d'acide chromique titrée à 5 centigrammes pour 200 grammes d'eau.

Contre les métrorrhagies de la métrite. (LUTAUD.)

Extrait de seigle ergoté... 5 gr.
Extrait thébaïque..... 0 1
Eau de camelle..... 17
Sirop d'écorces d'orange } à 15
Rhum vieux.....
Acide salicylique. 0 05
Par cuillère à café toutes les heures.

Traitement des hémorroïdes par la glycérine iodée.

Depuis des années, Preissmann, d'Odessa, emploie avec le plus grand succès dans les cas d'hémorroïdes, les applications de glycérine additionnée d'iode de potassium et d'iode suivant les deux formules ci-dessous :

1° Iodure de potassium 2 gr
Iode pur..... 0 gr. 20
Glycérine 35 gr.

M. *Solution faible.*

2° Iodure de potassium. 5 gr.
Iode pur..... 2 gr.
Glycérine 35 gr.

M. *Solution forte.*

Il prescrit l'une ou l'autre de ces deux préparations, en se réglant sur la susceptibilité individuelle du sujet. Le traitement se fait de la façon suivante :

D'abord le malade prendra un bain de siège tiède. Puis il trempera de petits tampons d'ouate dans la glycérine iodée et il les appliquera sur les bourrelets hémorroïdaires. Ces applications seront renouvelées d'heure en heure ou à des intervalles plus éloignés. Elles occasionnent une sensation passagère de brûlure, très tolérable. On obtient ainsi une guérison radicale.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire Index du Praticien pour adultes et enfants, par le Dr P. MACREZ, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 volume in-8, interfolié de papier blanc, reliure simple, 4 francs, Paris, Maloine, éditeur.

Le Formulaire Index du Praticien, du Dr MACREZ, est composé d'après un plan entièrement nouveau et ne présente aucune analogie avec les autres formulaires. Il est essentiellement pratique. Comme tel, il indique, à chaque médicament, la

posologie exacte pour l'adulte et pour l'enfant aux différents âges. Jusqu'alors, les formulaires étaient pour adultes ou pour enfants. Dans ce livre, l'auteur a placé les doses pour adultes et les doses pour enfants (pour année d'âge) en regard les uns des autres. — De plus, il donne les renseignements nécessaires pour la solubilité, l'incompatibilité, les propriétés et les antidotes (si utile) des divers médicaments. — Il contient seulement les *formules d'urgence* pour les bains, collyres, lavements, injections hypodermiques, purgatifs, l'*opothérapie*, la *serumthérapie*, supprimant toutes les formules non indispensables immédiatement. — *Il ne renvoie pas d'un mot à un autre*, il mentionne les préparations du Codex et permet au médecin de noter ses observations et de composer ou d'inscrire ses formules. —

De même qu'il a son arsenal chirurgical à lui, de même le médecin doit avoir son arsenal médical à lui, fabriqué pour lui, par lui, sans avoir à glaner au hasard, ça et là, des données plus ou moins bonnes qu'on lui dit excellentes. *Il n'est de bon formulaire que celui qu'on se fait soi-même.* Pour permettre d'arriver à ce but, le formulaire-index du praticien offre un format commode pour la poche qu'il ne doit pas quitter, et les pages blanches intercalées dans le texte sur lesquelles le médecin pourra se composer une formule, grâce aux indications qu'il recueillera dans le livre. — Pour ces différentes raisons, ce formulaire s'adresse à tous aussi bien à l'étudiant, au débutant, qu'au maître et au vieux praticien. On se demande même comment on a pu jusqu'ici se passer de ce *guide dont l'utilité est de toute évidence.*

VARIÉTÉS

Visite médicale des marins. —

Le ministre de la Marine vient d'adresser aux préfets maritimes la circulaire suivante :

Mon attention a été appelée sur le grand nombre de marins en traitement dans les hôpitaux ou en congé de convalescence dans leurs foyers. Si certaines des affections dont ils sont atteints proviennent du service ou des séjours prolongés dans les pays tropicaux, il en est malheureusement un grand nombre d'autres qui sont dues exclusivement à la faiblesse de constitution des ayants cause au moment de la formation des contingents. L'incorporation de ces derniers, qui encombrant actuellement les hôpitaux aux dépens du budget, aurait pu être évitée par un examen plus sérieux de la part des médecins visiteurs.

Je vous prie, en conséquence, de donner des ordres sévères et précis

pour qu'à l'avenir les inscrits maritimes et les candidats à l'engagement volontaire ne soient plus incorporés que s'ils présentent physiquement toutes les garanties voulues pour pouvoir supporter les fatigues inhérentes au service particulièrement pénible des bâtiments modernes ; tout candidat douteux devra être impitoyablement refusé.

De plus, les médecins ne devront pas hésiter à proposer pour la réforme, sans envoi préalable en congé de convalescence, les marins en activité de service qui ne leur paraîtraient plus présenter une force suffisante de résistance.

Enfin, je recommande tout particulièrement d'examiner avec sévérité les marins accomplissant leur première période de service actif au moment où ils solliciteront l'autorisation de contracter une première réadmission.

GYNÉCOLOGIE

APPENDICITE ET DYSMÉNORRHÉE

par M. le Dr MÉRIGOT DE TREIGNY.

Une publication récente du docteur Legendre sur la typhocolite, l'appendicite et la dysménorrhée m'engage à communiquer à la Société une observation, qui me paraît rentrer dans le cadre tracé par cet auteur et présenter d'autre part un certain intérêt par la difficulté du diagnostic.

Les analogies symptomatiques que peuvent présenter avec les affections génitales de la femme les maladies du gros intestin et en particulier de l'appendice, sont connues depuis nombre d'années. Des thèses récentes, en particulier celles de Quillard 1901 et de Mary 1903, mettent au point ce sujet et réunissent un grand nombre d'observations, montrant tantôt l'appendicite prise pour des salpingites, des kystes ovariens, des hématocèles, tantôt au contraire l'appendice accusé à tort.

Lorsque la maladie intestinale évolue par poussées successives, telle l'appendicite à rechutes ou l'appendicite chronique, la menstruation peut exercer sur elle une influence très analogue à celle que subissent les maladies des annexes à pareil moment, ce qui augmente encore les chances d'erreur. Les chirurgiens ont souvent insisté sur cette aggravation des lésions appendiculaires au moment des règles ; aussi est-elle maintenant, dit Quénu, admise par tout le monde. Legueu, dans les cliniques de l'Hôtel-Dieu, exprime la même idée et conclut « qu'on ne peut se baser sur les relations des poussées inflammatoires avec les règles, pour rejeter une appendicite et admettre une salpingite ».

Enfin Legendre dans une courte note insérée au Bulletin médical du 7 novembre 1903 revient sur ce sujet, qu'il avait d'ailleurs déjà traité à plusieurs reprises, et décrit « un syndrome dans lequel s'associent, à parts variables, les troubles intestinaux et les troubles menstruels avec leur retentissement sur le système nerveux et la nutrition générale ». La menstruation réveille les troubles intestinaux, amène même une localisation de la douleur sur la région appendiculaire, faisant apparaître parfois le point de Mac Burney et la défense musculaire. Le plus souvent l'orage se dissipe spontanément ; parfois l'accalmie est accompagnée d'une débâcle mucino-membraneuse ou sableuse. Mais à une autre époque menstruelle les mêmes symptômes réapparaissent et cette périodicité rythmée en quelque sorte par la menstruation est le trait caractéristique de la maladie. Dans les cas que vise Legendre l'affection est cependant nettement intestinale et la

disparition du cortège dysménorrhéique n'est obtenue que par la résection de l'appendice.

Le diagnostic dans ces cas est d'autant plus délicat, qu'il s'agit d'appendicite chronique avec poussées d'allure bénigne et que par conséquent les symptômes intestinaux sont parfois très atténués. On ne peut retrouver dans ces formes le début brusque et caractéristique de l'appendicite aiguë. La localisation de la douleur n'a souvent rien de constant, sans doute parce qu'il s'agit plutôt d'une affection colique avec localisation presque occasionnelle à l'appendice, que d'une appendicite d'emblée. La défense musculaire, l'hyperesthésie cutanée peuvent manquer, croyons-nous. Enfin l'état général ne donne pas, au début du moins, la note grave que Bernilly signalait comme un bon caractère différentiel de l'appendicite aiguë.

L'observation que j'ai l'honneur de relater à la Société, présente avant tout ce caractère de bénignité, de symptomatologie effacée, si on peut dire, au moins jusqu'à l'absorption intempes-tive d'un purgatif. Elle est en plus digne de remarque par le nombre considérable des rechutes (8), leur bénignité, la rapidité de leur évolution sans jamais formation d'un foyer ou d'une induration accessible à la palpation et surtout la périodicité des rechutes, périodicité tuot à fait comparable tantôt à la dysménorrhée ordinaire, tantôt à la dysménorrhée intermenstruelle. La malade, toujours dysménorrhéique, cessa de souffrir pendant ses règles, tant qu'elle eut des crises intermenstruelles, puis vit ensuite revenir ses souffrances antérieures.

Une jeune fille de 18 ans, ayant des règles régulières, mais toujours douloureuses, eut une *première crise le 16 septembre 1898* dernier jour des époques — début brusque, localisation des douleurs dans le bas-ventre sans plus de précision; état nauséux continu, altération des traits, fréquence du pouls donnant les impressions d'un état sérieux; mais en quelques heures la crise s'apaise. *En octobre*, également à la fin des règles, *deuxième crise* semblable. Une constipation paraissant légère, est traitée par des laxatifs fréquents et quelques lavages intestinaux. La malade est mise au repos au moment de ses règles et a quatre mois de répit.

Le 24 mars 1899, 13 jours après une époque moins douloureuse, *3^e crise* de 16 heures, sans localisation précise de la douleur; mais le lendemain, le calme étant obtenu, on constate une légère sensibilité sur la région cœcale.

En avril même date, *4^e crise* plus courte que la précédente. La douleur est d'abord sus-ombilicale, puis se renforce à la région

cœcale. Le régime a été très surveillé, ainsi que le fonctionnement intestinal ; on n'a noté comme seul signe qu'une légère félicité de l'haleine.

Le 24 mai, 5^e crise légère, après un dîner en ville.

Le 25 juin, 6^e crise précédée de malaises pendant 3 à 4 jours.

La crise a été très légère ; on avait continué les soins intestinaux.

En juillet, cure à Plombières, écourtée malheureusement à cause d'un deuil de famille. Malgré ce traitement insuffisant, les crises sont supprimées jusqu'en juin 1900. Mais pendant ce temps, plusieurs époques ont été très douloureuses ; la malade fait remarquer spontanément que ses règles très douloureuses autrefois, ont cessé de l'être pendant les 4 mois, mars, avril, mai et juin, où elle a eu des crises intermenstruelles et le sont redevvenues depuis que ces crises ont cessé.

Le 12 juin 1900, 7^e crise, les règles étaient venues le 27 mai. Au début de la crise, la malade, malgré les recommandations antérieures, prend un purgatif. Crise plus sérieuse et plus longue ; la température monte jusqu'à 39,5, le pouls reste plusieurs jours au-dessus de 100 et 120. La localisation de la douleur varie ; celle-ci a d'abord prédominé à gauche, montant même jusqu'à l'hypocondre, puis s'est localisée à la fin dans la fosse iliaque droite et assez bas. Il n'y a eu ni hyperesthésie cutanée, ni défense musculaire. La durée totale de la crise a été d'une dizaine de jours. Il n'y eut encore aucun signe à la palpation.

La malade semblait ensuite bien remise. Elle partit à la campagne pour les vacances et eut encore une 8^e crise, à laquelle je n'ai pas assisté et dans laquelle les symptômes intestinaux furent, paraît-il, plus accusés. L'opération fut alors décidée et faite à froid. L'appendice, très long, allait contracter des adhérences avec l'extrémité supérieure du rectum ; à l'union du 1/3 périphérique et des 2/3 centraux, il y avait un abcès.

Les suites de l'opération furent normales, les crises disparurent définitivement ; la malade se maria au bout de peu de temps, et 10 mois après accouchait normalement sans avoir eu de reprise de ses malaises.

Cette observation soulève d'abord une question que je ne ferai que signaler : c'est celle de la dysménorrhée intermenstruelle. Celle-ci se rattache-t-elle aux fonctions génitales, à une ovulation supplémentaire, comme on l'a écrit ? Ne serait-elle pas, au moins parfois, indépendante de ces fonctions ? C'est ce que paraît admettre Barusly au congrès de chirurgie 1902, quand il distingue

les douleurs intermenstruelles qui, pour lui, seraient intestinales, des douleurs prémenstruelles, qui seraient utérines.

Faisant abstraction de cette question, l'histoire de ma malade semble, au moins jusqu'à la crise aggravée par un purgatif, bien vague pour conclure à l'appendicite d'une façon ferme et surtout pour imposer une opération. Jamais il n'y avait eu d'induration appréciable au palper, l'état général restait excellent.

Je relève seulement ce fait que le cœcum était souvent perceptible, un peu gros, mais à peine sensible les jours suivant les crises; jamais on n'avait constaté de muco-membranes ni de sable.

Malgré cela, s'il fallait conclure, je serais disposé à me rattacher à l'idée d'entérocolite légère avec participation de la région appendiculaire et secondairement suppuration à ce niveau. Que serait-il arrivé si le purgatif n'avait pas été donné, si surtout la saison de Plombières, qui tout incomplète qu'elle a été, a donné une grande amélioration, avait pu être faite avec plus de persévérance? Il faut déduire de cette observation que l'appendicite chronique et je dirais plutôt l'entérocolite, peut prendre le masque de la dysménorrhée et tenir grand compte dans ces cas des moindres signes révélés, entre les crises, par l'exploration méthodique des divers segments du gros intestin.

TRAITEMENT DU VAGINISME PAR LE MASSAGE SUELOIS

(SACQUET, de Nantes.)

Le vaginisme est une affection fréquente et rebelle pour la guérison de laquelle on a tout essayé : médecine et chirurgie avec plus ou moins de succès.

Cette affection n'existe que chez les névropathes, mais aussi bien chez les filles que chez les femmes mariées.

Elle n'est que rarement accusée, soit que les femmes ne se rendent pas compte de ce qu'elles éprouvent, soit qu'elles n'osent l'avouer. C'est souvent une occasion de désunion dans les ménages ou une cause de célibat.

Thure-Brandt, l'inventeur de la gymnastique gynécologique suédoise considérait cette affection comme une crampe ou contraction des muscles du plancher du bassin et employait le traitement suivant :

« Je considère comme capital, dit-il, de persuader à la malade, avant tout qu'on n'exercera aucune violence.

On sait combien est grande la sensibilité dans cette affection. La malade, demi-couchée, jambes pliées, j'applique le doigt enduit de vaseline sur l'une puis sur l'autre des grandes lèvres, très légèrement pour commencer et en demandant si cela fait mal.

Puis j'applique le doigt sur d'autres points, très doucement et en posant toujours la même question.

Le lendemain et les jours suivants, je continue toujours de la même façon, approchant par degrés de l'orifice vaginal. Graduellement, j'arrive à mettre les doigts à l'entrée de l'orifice vulvo-vaginal, puis je le retire sans, pour ainsi dire, que la malade s'en aperçoive. La séance est terminée. A la suivante, je pénètre un peu, très peu, laissant le doigt cheminer par son propre poids et j'exerce une très légère compression de droite à gauche. En allant ainsi par degrés et en exerçant toujours cette compression, on réussit en quelques jours à introduire l'index entier.» (Traduction Stapfer, page 544. Traité de Kinésithérapie gynécologique, chez Maloine, Paris 1897.)

Par ce procédé, Th. Brandt est arrivé, en quelques semaines, parfois en une quinzaine, dans les cas les plus favorables, à guérir les patientes de leur affection.

En somme, il s'agit d'une dilatation progressive. Th. Brandt était très grand, avait la main succulente et cette main était atteinte, dans la dernière année de sa vie où je l'ai vu, d'un tremblement professionnel analogue à celui de la paralysie agitante, mais plus léger chez lui et pouvant aider à combattre le spasme ou la contraction chez les autres.

Ce procédé de douceur agit sur le psychisme de la malade et arrive à guérir l'affection dans les cas légers.

Pour nous, les différents procédés chirurgicaux n'opèrent pas autrement que par suggestion.

Mais dans les cas graves, Stapfer soutient que la cause en est due à de la cellulite pelvienne ou œdème du tissu cellulaire périgénital et j'ai observé plusieurs faits confirmatifs de cette opinion. On doit alors employer la gymnastique décongestionnante du bassin en même temps que le massage, ce que faisait toujours Brandt.

Par analogie, j'ai soigné un cas de fissure anale chez une dame et le palper-massage du ventre qui me fit découvrir de la cellulite des annexes me permit, avec la Kinésie, de débarrasser rapidement ma cliente des douleurs qu'elle éprouvait; cela demanda trois semaines et la guérison s'est maintenue depuis six ans.

J'ai vu encore une personne chez qui le vaginisme avait résisté à un accouchement. Le procédé de Brandt, décrit plus haut, aidé de la Kinésithérapie gynécologique, fut employé avec succès. J'ai revu la cliente plusieurs années après, elle n'était plus incommodée.

J'ai observé plusieurs cas de vaginisme chez des filles hystériques, vaginisme qui a été dissipé pareillement, quand le traitement a pu être suffisamment prolongé.

Dans certains cas, le nervosisme concomitant s'est trouvé amélioré ou dissipé, alors qu'il avait résisté de longues années à diffé-

rentes méthodes, mais on ne s'était jamais occupé du vaginisme qui était resté non traité ou même insoupçonné.

En somme, ce procédé, sans danger, qui m'a toujours donné d'excellents résultats, est à recommander.

OBSTÉTRIQUE

UN NOUVEAU CAS D'ACCOUCHEMENT RAPIDE SUIVI DE DESINSERTION DU CORDON ET DE CHUTE DU FŒTUS

par le Docteur Georges BOGDAN (de Jassy).

Les cas dans lesquels l'accouchement, même d'une primipare, se fait avec une extrême rapidité, sans être rares, sont relativement exceptionnels; mais plus exceptionnelles encore sont les naissances précipitées suivies de rupture du cordon ombilical entraînant ainsi la chute du fœtus.

A notre connaissance, il n'y a que trois faits de ce genre publiés jusqu'à ce jour, dont l'un par M. Tissier, les deux autres par le professeur Budin. Voici un quatrième que nous venons d'observer et que nous nous empressons de publier :

« La nommée *Sarah Smilovici*, 20 ans, secondipare, journalière, entre à l'hôpital israélite de Jassy, le 2 mars 1903.

« Son premier accouchement, qui date d'un an, a été laborieux; elle n'a jamais eu d'avortement.

« La malade se présente cette fois à l'hôpital pour des douleurs abdominales violentes, qu'elle croit dues à d'autres causes, car elle prétend ne pas être à terme.

« On l'examine, et l'on constate le col effacé, la poche des eaux bombant à chaque douleur ou plutôt à chaque contraction.

« Comme l'accouchement ne pouvait pas tarder, malgré ses dénégations, on prend les dispositions nécessaires pour l'inscrire et pour préparer son lit.

« Avant de se déshabiller, la femme va au cabinet pour uriner, mais à peine avait-elle relevé ses jupes pour s'accroupir, qu'une douleur violente se fait sentir et la poche des eaux se rompt en inondant la parturiente.

« Comprenant alors que l'accouchement est imminent, elle veut retourner dans la salle, mais au même moment, étant debout, elle sent que l'enfant sort en bloc des parties génitales avec une grande violence, comme une balle sortirait d'un fusil, selon son expression. Cette expulsion rapide entraîna la chute de l'enfant sur le plancher du corridor.

« On le relève vite, on constate que ce dernier n'a nullement souffert de sa chute, mais on voit alors que celle-ci a été déterminée par une désinsertion complète du cordon autour de l'ombilic de l'enfant.

« Celui-ci n'a plus du tout de cordon ni d'ombilic, et comme une hémorragie assez abondante se montrait par les vaisseaux restés

ainsi béants, nous avons été obligé, pour l'arrêter, d'appliquer une pince hémostatique sur la plaie ombilicale, en prenant un peu de la peau de l'abdomen, car il nous a été impossible de poser la moindre ligature, justement à cause de cette désinsertion, faite au ras même de l'ombilic fœtal.

« Le placenta a été extrait quatre heures après l'accouchement, avec les doigts; il pèse 590 grammes.

« L'enfant pèse 3.100 grammes, vit et se porte à merveille; le cordon ombilical mesurait 46 centimètres de longueur, était parfaitement sain et de grosseur ordinaire.

« Nous laissâmes en place la pince pendant vingt-quatre heures; nous la retirâmes ensuite sans que l'hémorragie se renouvelle. »
 gnostic de sciatique fut porté par le médecin appelé à voir le malade.

PÉDIATRIE

LA CURE DE LA HERNIE OMBILICALE CHEZ LES ENFANTS PAR L'INJECTION DE PARAFFINE DANS LE SAC HERNIAIRE

Dans la séance du 5 juin de la Société impéριο-royale de médecine de Vienne, M. le professeur Th. Escherich (*Wten. klin. Woch.*) a fait part de l'intéressante application qu'il a faite des injections prothétiques de paraffine, d'après la méthode de Gersuny, au traitement de la hernie ombilicale chez 30 enfants. Un seul d'entre eux était âgé de cinq ans, l'âge des autres variant entre deux et quatorze mois.

Voici quelle a été la technique employée :

Après nettoyage du champ opératoire et sans avoir recours à l'anesthésie chirurgicale, l'opérateur refoule le contenu de la hernie dans la cavité abdominale avec la main gauche dont les doigts sont tenus à plat des deux côtés de l'anneau ombilical. Avec la main droite, il enfonce ensuite, dans le sac herniaire, à son sommet, l'aiguille d'une seringue de la capacité de 8 cc., contenant de la paraffine fusible à 38° et préalablement chauffée à 45°. Cette aiguille longue de 2 centimètres est piquée de façon que sa pointe recourbée soit tournée vers la paroi supérieure du sac herniaire et puisse se mouvoir librement dans ce dernier. L'injection elle-même est pratiquée par un aide qui pousse le piston de la seringue, introduisant dans le sac herniaire, suivant ses dimensions, 1 à 5 cc. de paraffine. Au fur et à mesure que pénètre la masse injectée l'opérateur exerce une compression de moins en moins forte, de telle sorte que, vers la fin de l'injection, la hernie reprend son volume primitif, son contenu étant maintenant constitué par la paraffine. Sans retirer encore l'aiguille, on recouvre la hernie d'une compresse glacée, maintenue en place pendant une minute environ, puis on retire l'aiguille, on obture l'orifice de ponction avec du collodion iodoformé, on recouvre de deux petites compresses de

tarlatane aseptique qu'on fixe au moyen d'un emplâtre à l'oxyde de zinc, on comprime avec des bandelettes de diachylon appliquées circulairement et fortement serrées autour du tronc et on termine par quelques tours de bande. Toutes ces manœuvres sont faites suivant les règles de l'asepsie la plus rigoureuse.

Lorsque, au bout de huit jours, on enlève le petit bandage, on constate la disparition de la hernie qui ne se produit plus même pendant l'effort le plus violent. Quant à la paraffine injectée, on la retrouve sous forme d'un petit placard sous-cutané dur qui obture complètement l'orifice herniaire, le dépassant de partout.

C'est, bien entendu, dans les cas d'orifice herniaire de petites dimensions (de 5 millim. de diamètre) que l'injection de paraffine réussit le mieux. Cependant, les résultats sont encore satisfaisants avec des orifices mesurant 1 centimètre de diamètre ; mais au delà l'occlusion ne saurait être obtenue et une partie de la paraffine injectée pourrait même fuser dans la cavité péritonéale, ce qui, d'ailleurs, n'entraînerait pas de conséquences fâcheuses.

Dans ses observations, l'auteur n'a enregistré que deux insuccès, dus précisément à l'existence d'orifices herniaires trop larges. Il n'a jamais eu à déplorer d'accidents sérieux. Il a vu seulement se produire dans deux cas, de petites nécroses cutanées au pourtour de l'orifice de ponction, et parfois aussi une rougeur télangiectasique au niveau de la hernie.

Assez fréquemment la paraffine se solidifiait dans la canule de la seringue, ce qui obligeait à recommencer l'injection et à faire une seconde piqûre.

L'INFECTION TYPHIQUE CHEZ LE NOURRISSON

Par le docteur René FORGET (1).

Au point de vue étiologique, on a à étudier la fièvre typhoïde congénitale et la fièvre typhoïde acquise.

La fièvre typhoïde congénitale n'a pas de symptômes cliniques ; dans beaucoup de cas elle paraît être une infection sanguine, une septicémie, qui ne se manifeste par aucune lésion anatomique, par aucune localisation viscérale, et qui tue la plupart du temps le fœtus *in utero* ; s'il naît vivant, il ne tarde pas à succomber peu de temps après.

La fièvre typhoïde acquise du nourrisson reconnaît à peu près la même étiologie que celle de l'adulte. C'est à l'eau que sont dus presque tous les cas d'infection. La nourrice typhique peut aussi transmettre la maladie à l'enfant qu'elle allaite ; mais cette infection n'est pas fatale et Gerhardt rapporte cinq observations de femmes typhiques ayant allaité pendant un certain temps en cours de la maladie, et dont les enfants ne présentèrent rien d'anormal.

C'est une affection rare, et d'après la statistique dressée dans le service du professeur Hutinel à l'hospice des Enfants-Assistés, sur

1. Thèse de Paris, 1903.

39 cas de fièvre typhoïde observés chez des enfants au-dessous de 15 ans, il n'y a eu que trois cas au-dessous de deux ans. Il faut toutefois, à ce sujet, faire une réserve, car beaucoup de cas n'ont probablement pas été diagnostiqués.

Les symptômes de la dothiéntérie du nourrisson sont, en effet, vagues et effacés, et cette maladie peut être confondue avec plusieurs affections.

La période prodromique semble être d'une assez longue durée. La diarrhée dans la période de début n'est pas constante. Dans certains cas, le début de l'affection a été accompagné d'accès de laryngite spasmodique, qui ont contribué à égarer le diagnostic.

Dans la période d'état, la courbe thermique ressemble à celle de l'adulte ; mais le stade des oscillations ascendantes est peu marqué. Le stade amphibole peut ne pas exister. Les modifications du pouls n'ont rien de spécial ; le diorotisme n'a été constaté dans aucune observation.

Les taches rosées lenticulaires font assez souvent défaut à cette époque de la vie. Les sudamina sont très rares. L'augmentation du volume de la rate est également un symptôme infidèle.

Les symptômes nerveux prennent habituellement à la période d'état une intensité croissante et se présentent sous la forme de *troubles méningitiques* particulièrement intéressants, parce qu'ils font songer à une méningite tuberculeuse. L'enfant est dans le décubitus dorsal, plongé dans la somnolence et la stupeur. La tête est renversée en arrière, la face est pâle, le regard atone, on peut constater du strabisme, de la dilatation pupillaire, de la raideur de la nuque. Le malade se couche quelquefois en « chien de fusil », comme cela a été observé par M. Marfan.

Dans d'autres cas, ce sont les signes d'excitation qui dominent : la céphalée est intense, le petit malade porte souvent les mains à la tête ; il y a de la carphologie, des mouvements convulsifs, des soubresauts de tendons, des cris, de l'hyperesthésie.

Les troubles digestifs n'ont rien de caractéristique. Il n'y a pas de gargouillement de la fosse iliaque. La diarrhée est constante dans la période d'état ; les malades ont tous les jours, trois, quatre ou six évacuations jaunes, ocreuses, « purée de pois », plus ou moins fétides. Parfois les selles sont vertes.

Les symptômes pulmonaires font rarement défaut. Ce sont, la plupart du temps, des râles de bronchite ; quelquefois des râles sous-crépitants fins au sommet, qui, associés aux phénomènes méningitiques font penser à une méningite tuberculeuse. Enfin, une broncho-pneumonie peut se déclarer et c'est alors une complication presque toujours fatale.

La période de déclin est quelquefois accompagnée, surtout chez les sujets affaiblis, de diarrhée cholérique avec algidité.

La durée moyenne de la fièvre typhoïde du nourrisson est de 12 à 20 jours.

Le diagnostic de cette affection est très délicat, et il est quelquefois impossible de le faire avec les seules ressources de la clinique.

D'après W. Noyes, un bon élément de diagnostic avec la *méningite tuberculeuse* serait la grande fontanelle, qui est tendue dans cette affection, tandis qu'elle ne l'est pas dans la fièvre typhoïde.

Dans la *granulie*, qui est rare sans méningite chez le nourrisson, la période prodromique est plus longue, durant de trois à six semaines, avec amaigrissement, sans prostration ni accablement; la courbe thermique est irrégulière. Mais, dans bien des cas, les symptômes cliniques peuvent ne pas suffire pour différencier les deux maladies.

Lorsque la *broncho-pneumonie* évolue en cours d'une fièvre typhoïde chez un nourrisson, elle attire toute l'attention et l'infection typhique passe inaperçue.

La *grippe*, dans ses formes compliquées, est aussi quelquefois facile à confondre avec la maladie qui nous occupe.

Les *gastro-entérites*, si fréquentes chez le nourrisson, ressemblent par bien des côtés à la fièvre typhoïde, les selles typhiques pouvant elles aussi être vertes. Cependant, il est un élément qui présente une certaine valeur diagnostique, c'est que dans les gastro-entérites, la diarrhée est en général plus abondante que dans la fièvre typhoïde. Dans les cas chroniques, on observe des intervalles de diarrhée et de constipation, et la diarrhée est remarquable plus par sa ténacité que par son abondance.

En résumé, le diagnostic clinique de la dothiéntérie du nourrisson est excessivement délicat, et, dans certains cas, l'erreur est presque impossible à éviter. Les seuls symptômes, sur lesquels on puisse s'appuyer, sont : la fièvre continue sans localisations prédominantes; les phénomènes méningitiques, une diarrhée légère. Si, à ces signes, se joint l'apparition de taches roses lenticulaires, on peut affirmer la fièvre typhoïde. Un élément précieux de diagnostic est l'existence d'autres cas de fièvre typhoïde dans la famille de l'enfant; c'est de cette façon, d'ailleurs, que dans beaucoup d'observations, on est arrivé à découvrir la dothiéntérie.

A l'heure actuelle, le procédé du séro-diagnostic de Widal est excellent pour arriver à un diagnostic certain. On doit donc rechercher la séro-réaction dans toutes les affections fébriles du nourrisson où le diagnostic est douteux.

Les lésions anatomiques sont les mêmes que chez l'adulte, mais elles sont bien plus effacées et plus superficielles. Les plaques de Peyer peuvent être ulcérées et il y a eu dans un cas perforation intestinale.

Le pronostic est grave; d'une façon générale, la mortalité est de 50/100.

Trois indications très nettes résument le traitement de la fièvre typhoïde du nourrisson : 1° Régime alimentaire; 2° Traitement de

l'infection ; 3° Précautions à prendre contre les infections secondaires.

1° *Régime alimentaire.*— Il est difficile de donner des règles fixes et précises. En général, dans les cas simples, on diminue l'allaitement, on donne de l'eau bouillie sucrée additionnée de décoction d'orge. On a recours à la diète hydrique.

Si l'on a affaire à une fièvre typhoïde compliquée d'entérite, il faut alors, suivant le conseil du D^r Hutinel, essayer divers modes d'alimentation, procéder par tâtonnements.

2° Le traitement de l'infection est assuré par deux procédés : l'antipyrèse et l'antisepsie intestinale.

Le meilleur moyen de réaliser l'antipyrèse chez le nourrisson est de donner des bains tièdes à 30 ou 32° d'une durée de cinq à huit minutes, trois ou quatre fois par jour.

Les lavages de l'intestin pratiqués lentement et sous faible pression répondent mieux que les potions au benzo-naphtol au but que l'on se propose de réaliser à l'antisepsie intestinale.

On peut employer également les injections de sérum artificiel à doses massives ou à doses légères, pour relever la pression sanguine.

3° La bouche, la gorge, les narines, les téguments seront maintenus en état de propreté constante, afin d'éviter toute infection secondaire.

La convalescence sera l'objet de toute l'attention du médecin : l'alimentation ordinaire ne sera reprise que peu à peu avec prudence et quand la défervescence sera complète.

TRAITEMENT DES SCOLIOSES

DAUCHEZ.

Scoliose au début chez un jeune enfant rachitique.

A. Maintenir l'enfant couché jour et nuit sur un lit dur, ou étendu sur un plat sans oreiller, dans le décubitus dorsal.

Les promenades seront effectuées à l'aide de la gouttière de Bonnet déposée suivant la longueur de la voiture capitonnée et à capote, usitée dans la coxalgie.

Cette immobilisation devra durer de deux à trois ans au moins.

En été ou en hiver, l'enfant pourra être utilement transporté dans une station balnéaire bien abritée (Arcachon, Cannes, Nice, Venise) et couché dans une embarcation couverte pour y passer la journée complète, de dix heures du matin à cinq heures du soir, en plein air, chaudement enveloppé de couvertures de laine.

B. Après six à sept mois de décubitus dorsal, on pourra permettre à l'enfant le décubitus abdominal (natation sur un tapis) pendant quatre, cinq à six heures par jour, et une heure de décubitus latéral sur la convexité de l'arc scoliothique.

C. Des bains saturés de sel, ou le séjour à Salies-de-Béarn, Salins-Moutiers, Bourbonne, seront prescrits et appliqués au moyen du hamac ou de la claie d'osier Duclos.

D. En outre, trois séances de massage alterneront chaque semaine avec des douches sulfureuses chaudes dirigées le long des gouttières vertébrales. Si celles-ci ne peuvent être administrées, on les remplacera par des frictions sur la même région avec :

Liniment (usage externe) :

Alcoolat de Fioraventi.....	40 gr.
Huile d'amandes douces.....	40 gr.
Alcoolat camphré.....	15 gr.
Ammoniaque liquide.....	5 gr.

ou avec la brosse de laine imbibée de baume de Fioraventi pur ou additionné de teinture de noix vomique à 1/10°.

E. — Si l'enfant est très jeune, on prolongera l'allaitement jusqu'à ce que la première dentition soit complète. On n'ajoutera à ce régime que des aliments phosphatés (biscottes, pain riche, gâteaux secs), le chlorhydrophosphate de chaux (0,50 centigrammes à 2 grammes par 24 heures), le sirop d'hydrophosphites composé, le lacto-phosphate de chaux extrêmement soluble (soluble à 1 p. 25), le phosphate de chaux (une à deux cuillerées à café dans de la bouillie au lait), l'usage modéré des graisses (huiles de foie de morue, beurre salé, sardines fraîches à l'huile). La crème et les œufs seront largement prescrits, si l'enfant a dépassé 4 à 5 ans.

L'usage de la viande sera très modéré.

Scoliose chez un adolescent.

Rechercher si celle-ci est liée à la croissance — à la chlorose — à une attitude vicieuse, en travaillant au bureau, au piano, à la couture — enfin à la myopie avec inclinaison forcée de la tête.

A. — La chlorose sera combattue par l'hydrothérapie tiède ou froide — La croissance par le repos horizontal (3 heures par jour) et les toniques généraux (prép. de quinium, plus riches et plus avantageuses que le sulfate de quinine).

B. — Les attitudes vicieuses seront corrigées par l'usage du pupitre Chrétien (Javal), du banc et pupitre Krestchmarr (Legendre et Broca), par l'usage de verres appropriés (myopie).

C. — La gymnastique orthopédique comprendra :

1° En première ligne la suspension.

2° La pression directe — D'où dérive la méthode de redressement forcé de la scoliose par le massage forcé du Dr X. Delore, de Lyon.

Ces pratiques de redressement pourront s'effectuer soit dans des gymnases appropriés, soit à domicile.

D. — Les manœuvres à conseiller en ville sont les suivantes :

1° La suspension au trapèze ou à l'aide de poignées suspensives dont les courroies glissent sur une poulie fixée obliquement par un crochet à l'angle supérieur gauche d'un portique ou de l'embranchement

sure d'une porte, le corps restant fixé au montant opposé (côté droit) du même portique (Lorenz).

2° Suspension du côté de la convexité scoliotique sur une barre fixe entourée d'un oreiller ; le bras du côté sain est relevé sur la tête et fixé au sol par un lien très solide.

3° La malade presse avec sa main droite, largement ouverte sur le flanc droit, c'est-à-dire au point correspondant de la convexité scoliotique qu'elle redresse en s'inclinant à droite, tandis que le bras du côté opposé élève et abaisse successivement des haltères peu pesantes.

4° L'enfant couché à plat ventre sur une table, le tronc débordant celle-ci, saisit par la ceinture l'opérateur qui presse d'une main sur la convexité scoliotique en exagérant de l'autre main le renversement du tronc en arrière. Un aide fixe et immobilise le bassin sur la table pendant cette manœuvre.

5° Inclinaison du tronc en avant, dans la station verticale. Le chirurgien maintient de la main droite le menton du patient, de la main gauche presse sur la colonne vertébrale, à sa jonction aux os iliaques.

E. — Un corset orthopédique, à tuteurs latéraux avec béquillon et point d'appui sur les hanches, sans remédier directement à la scoliose, prévient pendant son aggravation.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA AIGU (Extrait).

(BRODIER)

Alors que le diagnostic exact est encore incertain, lorsque la rougeur et la tuméfaction cutanées indiquent que la peau est enflammée, une indication s'impose : calmer cette inflammation, et *éviter avec soin l'application de toute substance capable de l'entretenir ou de l'accroître.*

Quand il s'agit d'un eczéma chronique invétéré, le médecin se demande avec raison s'il convient de traiter une lésion, dont la suppression trop rapide peut entraîner des troubles viscéraux plus ou moins graves chez les sujets exposés aux bronchites, à des attaques d'asthme ou de goutte ; en présence d'un eczéma aigu, semblable hésitation n'est pas de mise, si l'on veut bien s'en tenir au traitement local que nous indiquerons plus loin.

Traitement général. — Le traitement interne n'a pas ici l'importance qu'il a dans l'eczéma chronique ; il est rarement nécessaire, sauf peut-être dans certaines formes pseudo-exanthématiques

suraiguës, généralisées d'emblée, avec phénomènes réactionnels intenses, prurit violent, etc. Il peut toutefois être utile chez les sujets rhumatisants, goutteux, arthritiques, moins encore pour hâter la résolution des lésions que pour prévenir l'apparition de nouvelles poussées.

On conseillera dans ces cas les antipyrétiques et les vaso-moteurs à doses modérées ; c'est ainsi qu'on aura recours aux sels de quinine (bromhydrate, chlorhydrate, lactate), au colchique, à la digitale, à l'ergotino, la belladone. Brocq prescrit, chez les arthritiques, les pilules suivantes :

Bromhydrate de quinine.....	0 gr. 05
Extrait de colchique.....	0 gr. 01
Poudre de feuilles de digitale.....	0 gr. 02
Extrait de gentiane et excipient.....	Q. S.

Pour une pilule ; en prendre deux à quatre par jour.

La belladone est surtout indiquée quand les surfaces eczématisées sont le siège d'un suintement très abondant. On administre : soit la teinture, à la dose de II à X gouttes par vingt-quatre heures ; soit l'extrait aqueux à la dose de 0,010 gr. 05 ; soit l'atropine en granules de un quart de milligramme (un à quatre granules par jour). Brocq donne pendant huit à dix jours les pilules suivantes :

Bromhydrate de quinine.....	0 gr. 05
Extrait de belladone.....	0 gr. 001 à 0 gr. 002
Extrait de gentiane.....	0. gr. 05
Excipient et glycérine.....	Q. S.

Pour une pilule ; quatre à huit pilules par jour.

Étant donné la susceptibilité spéciale de certaines personnes vis-à-vis de la belladone, il convient de prescrire d'abord des doses minimes, qu'on augmentera progressivement et de n'en faire usage que dans les cas où on peut en surveiller les effets.

Le prurit est parfois intolérable. Le chloral doit être évité ; il en est de même des opiacés, qui augmentent souvent la congestion et les démangeaisons. Pour calmer l'excitation nerveuse, on s'adressera de préférence aux préparations de valériane ; on donnera donc : soit l'extrait sous forme de bols renfermant chacun 0 gr. 50 de principe actif (un à six bols dans les vingt-quatre heures) ; soit le valérianate d'ammoniaque, on peut ordonner deux à cinq capsules renfermant chacune 0 gr. 05 à 0 gr. 10 de valérianate. Vidal prescrivait des suppositoires contenant un gramme d'*assa foetida*. Pour combattre l'insomnie, le sulfonal ou le trional, à la dose de 0 gr. 25 à 1 ou 2 gr., sont assez efficaces, et sont ordinairement bien tolérés par la peau eczémateuse (Besnier).

Chez les jeunes enfants, on préfère le bromure de potassium administré le soir pendant quatre à cinq jours. On le donne en lavement chez le nouveau-né ; les enfants âgés de plus de six mois peuvent le prendre dans un peu d'eau sucrée, avec le lait. Bien que le bromure soit facilement toléré par les enfants, il vaut mieux ne

pus donner de fortes doses ; on prescrira par exemple autant de fois 0 gr. 05 que l'enfant a de mois (0 gr.05 de zéro à deux mois; 0 gr. 10 à deux mois, etc.).

A tout âge, l'emploi des arsenicaux et des préparations sulfureuses doit être rigoureusement banni de la thérapeutique de l'eczéma aigu.

Les tisanes dépuratives réclamées par les malades, ne sont d'aucune utilité : comme elles sont inoffensives, on peut ordonner les tisanes de badiane (20 grammes de racine par litre d'eau), de douce-amère (20 grammes par litre), les infusions de houblon, de feuille de frêne, de fleur de genêt.

L'hygiène doit être rigoureuse : diète lactée absolue pendant quelques jours dans les formes suraiguës, et chez le nourrisson, réglementation des tétées et du régime alimentaire de la nourrice.

Traitement local. — On recommandera surtout les cataplasmes et les pansements moites. Ils peuvent faire disparaître la lésion; ou tout au moins ils détergent les surfaces eczémateuses des croûtes qui les recouvrent. Le pansement sera appliqué dans des conditions d'asepsie aussi rigoureuses que possible, afin d'éviter les infections secondaires.

1. *Cataplasmes, ouataplasmes.* — Le cataplasme et surtout le ouataplasme, constituent le meilleur mode de pansement à employer. Leur application est soumise à certaines règles générales que tout praticien doit connaître. Leurs dimensions doivent être rigoureusement déterminées par celles de la surface eczématisée; dans les cas où cette surface est très étendue, on applique plusieurs cataplasmes juxtaposés. S'il existe plusieurs placards séparés par des intervalles de peau saine, on protège les parties saines à l'aide d'une pommade anodine (glycérolé d'amidon à la glycérine neutre, pommade à l'oxyde de zinc, etc.). Ils doivent être appliqués tièdes, presque froids, ou même froids. On doit enfin ne faire entrer dans leur préparation que de l'eau préalablement bouillie.

Le cataplasme est fait exclusivement avec de l'amidon ou de la fécule de pomme de terre. On le prépare de la façon suivante : on prend de la mousseline ou de la tarlatane soigneusement désapprêtée, qu'on fait bouillir, et dont on taille ensuite un morceau de la dimension nécessaire à la fabrication du cataplasme, et mesuré exactement sur la forme et sur les dimensions du placard eczémateux. Si l'on veut un cataplasme assez grand, on délaie lentement 100 grammes de fécule de pomme de terre ou d'amidon dans 200 grammes d'eau à peine tiède, de manière qu'il ne se forme pas de grumeaux. Puis on jette brusquement sur ce mélange 800 grammes d'eau bouillante; on agite vivement sur le feu et on enlève après une ou deux minutes. Pour les cataplasmes on opère de la manière indiquée par M. Jacquet : on prend un grand verre d'eau bouillie; dans la moitié de cette eau, on délaie lentement une cuillerée et demie à soupe de fécule

ou d'amidon, de manière à éviter les grumeaux ; l'autre moitié est portée à l'ébullition, et, quand elle bout, on verse lentement le mélange de fécule, puis on agite doucement jusqu'à la production d'une gelée claire et transparente. Cette gelée est immédiatement étendue sur la tarlatane, en couches de 7 à 15 millimètres d'épaisseur ; on la recouvre d'un autre morceau de tarlatane ou d'un linge propre plus épais, et on laisse refroidir sur un plat de porcelaine très propre ; on peut préparer de la sorte plusieurs cataplasmes à la fois. Le cataplasme ainsi fait doit être souple, flexible ; sa consistance ne sera ni trop liquide, ni trop compacte, et se rapprochera de la consistance du caoutchouc (Brocq). Le médecin ne saurait trop recommander au malade de se conformer exactement à ces indications ; un cataplasme mal fait est souvent en pratique la cause d'échecs thérapeutiques injustifiés.

Le ouataplasme est d'un emploi beaucoup plus commode. On en découpe un morceau de la taille et de la forme du placard eczémateux ; on place ce morceau dans une assiette creuse très propre et on verse dessus une certaine quantité d'eau bouillante. Après quelques minutes, on l'exprime doucement avec une fourchette ou mieux un linge aseptique ; on vide l'assiette de l'eau qu'elle contient et on n'a plus qu'à laisser refroidir.

Quand on peut renouveler assez souvent le ouataplasme, il vaut mieux, selon le conseil de M. Jacquet, ne pas le recouvrir d'une feuille imperméable. Celle-ci sera utilisée quand le ouataplasme aura de grandes dimensions ou ne pourra être souvent renouvelé ; il faut alors veiller soigneusement à ce que l'imperméable n'empiète en aucune façon sur la peau saine.

Le cataplasme au contraire, garni ou non d'un imperméable, est recouvert d'une couche peu épaisse de coton hydrophile ou d'un morceau de lint aseptique neutre ; et le tout est maintenu par une bande de gaze, qu'on recouvre elle-même d'une autre bande de crêpe.

Les ouataplasmes seront renouvelés toutes les deux ou trois heures si c'est possible ; mais on peut les laisser en place jusqu'à dix ou douze heures. On continue à les employer jusqu'à ce que la peau ait recouvré à peu près son état normal.

Pansements moites. — Ils sont pratiqués à l'aide de lint ou de mousseline, ou de tarlatane désimpesée, aseptisée par un quart d'heure d'ébullition dans l'eau. On prépare six, huit doubles de mousseline ou de tarlatane, une à deux épaisseurs de lint. On imbibe la pièce préparée avec de l'eau bouillie, ou de l'infusion tiède de sureau, de têtes de camomille, de mélilot, etc... La pièce étanchée par pression à plat à l'aide de linges antiseptiques, est appliquée sur les surfaces eczémateuses. On les recouvre d'un tissu imperméable, qui ne doit jamais dépasser la compresse ni empiéter sur la peau saine. On complète le pansement par une couche de coton hydrophile, et on le maintient par quelques tours

de bande. On le renouvelle dès que le prurit reparait, c'est-à-dire toutes les quatre ou six heures.

Lotions, Pulvérisations. — Lorsque l'on est obligé de recourir aux topiques gras, on doit auparavant nettoyer les surfaces malades à l'aide de lotions : il ne faut pas confondre lotion et lavage ; et, dans l'eczéma, on doit détrempier simplement les croûtes sans irriter l'eczéma par des frictions intempestives. On prend un bourdonnet de coton stérilisé hydrophile, monté sur un bâtonnet, et qu'on imbibe du liquide choisi ; on l'étanche ensuite pour enlever l'excès d'eau ; le bourdonnet sera changé à chaque reprise.

La lotion sera tiède. Le liquide le plus inoffensif est l'eau qu'on a portée à l'ébullition pendant 20 minutes dans un récipient très propre. On peut recommander également les infusions tièdes de fleurs de sureau (5 grammes par litre), de têtes de camomille (quinze à trente têtes par litre), de fleurs de mélilot (10 grammes par litre), ou encore une décoction de racine d'aunée (20 à 30 grammes par litre). On peut combiner ces diverses substances et prescrire par exemple :

Racine d'aunée.....	20 à 30 grammes.
Têtes de camomille.....	15 à 30 têtes.
Eau	1 litre.

Chez les strumeux, on obtient parfois de meilleurs résultats avec des infusions plus ou moins fortes de feuilles de noyer ou de tilleul.

Les pulvérisations chaudes conviennent mieux dans les eczémats du visage et du cuir chevelu. Leur durée sera de quinze à vingt minutes ; elles seront faites avec une des infusions que nous venons d'énumérer, et répétées deux ou trois fois par vingt-quatre heures.

IV. *Poudres et pansements secs.* — Certains malades, surtout les vieux arthritiques (Brocq), tolèrent mal les cataplasmes et les pansements moites, tandis qu'on obtient chez eux de bons résultats par le poudrage des surfaces eczématisées. Il vaut mieux n'employer tout d'abord que des poudres inertes d'origine végétale, telles que l'amidon et le lycopode. Plus tard, on mélange en proportions variables les poudres minérales (talc, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, etc.). On y incorpore, quand les démangeaisons sont très vives, du camphre très finement pulvérisé, dans la proportion de 1 à 5 0/0.

Le poudrage est renouvelé matin et soir. On ne touche pas à la poudre : on l'étend à l'aide d'un bourdonnet d'ouate, qu'on change dès qu'il a touché la surface eczémateuse.

Quand l'eczéma est suintant, on fait de temps à autre quelques lotions ou pulvérisations pour enlever les croûtes.

Topiques gras. — Si la résolution tarde à se produire on a recours aux topiques gras. On combine d'abord leur emploi avec celui des

cataplasmes et des pansements moites ; on applique le cataplasme la nuit, la pommade le jour. On étend la pommade sur l'eczéma avec un bourdonnet d'ouate aseptique monté sur un bâtonnet ; ce bourdonnet est jeté après chaque application et ne doit jamais être reporté sur la pommade quand il a pris contact sur la peau. On recouvre la pommade avec une poudre inerte de talc, de lycopode, ou d'amidon. Le pansement sera renouvelé matin et soir. Certaines pommades sont difficiles à enlever ; on y parvient assez facilement, sans traumatiser la surface eczémateuse, en se servant d'ouate imbibée d'huile ou chargée de vaseline simple aseptique. L'ablation de la pommade est suivie d'une lotion.

On peut se contenter d'axonge fraîche ou de glycérolé d'amidon à la glycérine neutre. La vaseline est souvent mal tolérée. On peut encore utiliser le cérat sans eau, le coldcream frais, le liniment oléo-calcaire. Souvent on leur incorpore de la poudre d'oxyde de zinc à doses progressivement croissantes.

Si les corps gras sont mal supportés, on reprend pendant quelque temps l'usage des cataplasmes ou des pansements moites. Si les pommades précédentes semblent inactives, on a recours à des pâtes telles que :

Oxyde de zinc pulvérisé.....	10 grammes.
Poudre d'amidon.....	10 grammes.
Lanoline	15 grammes.
Vaseline	15 grammes.

En cas d'échec, on emploie des pommades de plus en plus actives : c'est dire qu'il faut faire le traitement de l'eczéma chronique.

Les autres médications : occlusion par le caoutchouc, acide picrique, bleu de méthylène et nitrate d'argent, sont infidèles et parfois dangereuses. Cependant, dans les eczémats aigus, sans trop grande inflammation, et dont le suintement s'éternise, l'acide picrique en solution à 1 p. 200 ou 1 0/0 peut calmer les démangeaisons, sécher les téguments et activer la guérison. (*Archives Générales de Méd.* n° 22, 1903).

TRAITEMENT DES HEMOPTYSIES PAR LES INJECTIONS TRACHEALES D'ANTIPYRINE

(P. GUERDER).

Depuis près d'un an que nous pratiquons couramment les injections trachéales dans le traitement des affections pulmonaires, surtout dans la tuberculose, nous avons eu quatre fois l'occasion d'arrêter, en quelque sorte instantanément, des hémoptysies plus ou moins violentes, en injectant, dans la trachée, un gramme d'antipyrine dissous dans 3 grammes d'eau. Aussitôt l'injection faite, nous faisons incliner fortement le malade du côté où l'hémorragie prenait sa source, de façon que le liquide injecté fût mis en

contact avec le vaisseau ouvert ; l'hémorragie s'arrêtait aussitôt. Nous avons observé, en même temps, une cessation presque immédiate de la toux quinteuse qui accompagne généralement l'hémoptysie, sans doute par suite de l'action analgésiante locale de l'antipyrine.

Nous conseillons ce moyen à nos confrères. Il présente moins d'inconvénients que les injections d'adrénaline qui ont réussi à M. Bouchard et paraît aussi efficace. En cas d'échec avec la solution d'antipyrine, on pourrait ajouter à cette solution 10 à 20 gouttes de solution d'adrénaline au millième.

Les résultats que donnent les injections trachéales dans le traitement des affections pulmonaires sont très remarquables et nous publierons prochainement ceux que nous avons obtenus. Cette méthode doit être vulgarisée à cause des services qu'elle est appelée à rendre. Elle est absolument logique, aussi bien que celle des injections intra-vésicales ou intra-utérines dans les maladies de la vessie et de l'utérus.

Jusqu'à ces derniers temps, la technique des injections trachéales, trop compliquée, pouvait effrayer beaucoup de médecins. Mais il n'en est plus ainsi depuis que M. le Dr Mendel a beaucoup simplifié cette technique. Nous croyons qu'elle peut encore être simplifiée davantage et nous n'employons qu'un seul modèle de canule au lieu des trois modèles de M. Mendel.

Nous nous servons d'une canule courbée à angle droit, qui peut servir à presque tous les cas ; elle est flexible, de sorte que cette courbure peut être modifiée suivant les circonstances.

Le malade est placé en face d'une fenêtre, afin que sa gorge soit éclairée. Il ouvre la bouche, sort la langue que lui-même ou le médecin saisit entre les doigts garnis d'un mouchoir et maintient bien hors de la bouche.

Le médecin recommande au malade de tenir la tête droite, de respirer régulièrement et de faire un mouvement de déglutition aussitôt que l'injection est faite.

Il saisit de la main droite la seringue armée de la canule, pénètre dans la bouche jusqu'à la base de la langue, bien sur la ligne médiane. Si la bouche est grande, il y arrive comme il veut ; si elle est petite, il faut raser l'arcade dentaire.

Arrivé avec l'extrémité de la canule au niveau de la glotte, le médecin lève la main, presse le piston et retire vivement l'instrument en commandant au malade : avalez. Dans ce mouvement qui peut se faire très rapidement et très légèrement, l'extrémité de la canule prend la position verticale et se trouve bien dans le prolongement de l'ouverture de la glotte. La concavité de la canule se moule en quelque sorte sur la convexité de la base de la langue, sans la toucher ; si l'opération est légèrement faite l'extrémité de la canule ne touche pas le larynx.

Le mouvement de déglutition que fait immédiatement le

malade est énergique, parce qu'il se fait à vide et ce mouvement volontaire empêche la contracture des muscles et par suite tout spasme. Si toutefois ce dernier se produisait, il suffirait de faire avaler au malade quelques gorgées d'eau fraîche. Le malade s'incline alors sur le côté.

Quand on a une fois pratiqué cette petite opération, elle ne présente plus de difficultés. pas plus qu'une injection sous-cutanée.

(*Médecine moderne*, p. 253, 1903.)

VARIÉTÉS

LA FÉCONDATION. — ÉTUDES DE PSYCHOLOGIE.

Lucy Hyster, pour être née du sexe féminin, mérita la rancune du Dr Beforafter : elle évoqua toujours, à ses yeux, la conception de la duplicité.

Voici pourquoi : Entre Harry Hyster, le meilleur ami du docteur, Mary Hyster, sa récente épouse et le docteur lui-même, avait été convenu ce qui suit : Si des deux époux un enfant, le premier, devait naître, il serait conçu le 3 avril suivant, ni plus tôt, ni plus tard.

« En conséquence de quoi », avait conclu Beforafter, un sourire d'oracle bienveillant sur les lèvres, « l'enfant, tout en ressemblant « à sa gracieuse mère sera un garçon ! »

Cette assertion n'était point d'un esprit fallacieux ou léger, résumant, bien au contraire, de longs temps d'études et d'expériences. L'honorable savant se flattait, en cela, de parler moins comme un théoricien qu'en parfait vétérinaire.

Ardent au prosélytisme, avide de preuves nouvelles, surnoisement à l'affût d'époux bénévoles, — nouveaux mariés de préférence ou, mieux encore, simples fiancés, — il avait circonvenu Harry, le vieux camarade, et Mary, celle-ci, il est vrai, avec moins de sécurité, plus fuyante, curieuse certes, mais folâtre, ironique.

Un jour, par surprise, les ayant attirés dans une villa des champs, qui était le plus varié des haras, il tint leur promesse.

Il y avait là, parqués dans des boxes, des prairies, des viviers, ou de petites caisses à claire-voie, depuis la plus noble conquête que l'homme ait jamais faite, — laquelle, à entendre Buffon, ne serait pas la femme ! Et, à ce propos, combien n'eut pas donné de sa vie Beforafter pour avoir à sa disposition un officiel et féminin haras où expérimenter librement et scientifiquement ! — jusqu'à des rats, des chenilles, des grenouilles et des têtards.

« Mes recherches », dit-il, en promenant ses amis, après bien d'autres époux, au milieu de ces gynécées pittoresques et qu'il espérait suggestifs, « mes recherches ont porté sur mille et une espèces; mais la plupart différent trop de la nôtre. » Il montra,

d'un geste dédaigneux, un pigeonier dépeuplé, un poulailler mal odorant, un autre où grouillaient des individus du genre lapin.

« Le lapin ! » Mary, amusée, conclut *in petto* que tout ce petit monde avait dû le lui poser, au cher Maître ! Elle avait été élevée à Paris, aux Oiseaux, et n'ignorait aucune subtilité de la langue française.

Mais parvenus à la terrasse d'où se voyaient, dans une gentille prairie, barricadés par familles, mères et enfants, vaches, génisses, et petits veaux, Beforafter redressa sa taille dégingandée et, magistralement aimable : « L'homme et le bœuf, dit-il, sont comparables sous certains rapports, jusqu'à l'identité ! »

Harry dut-il ressentir de ce langage, quelque malaise, sa jeune femme sut gré au génial ami d'en rester là et de ne pousser pas la comparaison au féminin. Au reste, d'aucune façon, le savant, tout à son idée, ne pouvait voir malice aux petits côtés ni aux gros mots de son discours.

« Hé bien ! continua celui-ci, ces rejets bovins, je les ai obtenus mâles ou femelles à ma volonté !

— Sur commande ! fit, avec admiration, le bon Harry.

— Leurs *pedigrees* en font foi ! Et la sécurité la plus impartiale a présidé à leur conception, à leur naissance. Les amours royales d'autrefois, ne furent jamais mieux réglées. Des ambassadeurs étaient là pour la section du réginal cordon : ici, j'ai quatre témoins diplômés et patentés !

— Singulière chose ! murmura Mrs Mary, la curiosité en ébullition, rougissante surtout de l'envie d'être initiée plus avant et du plaisir d'entendre parler de choses choquantes.

Beforafter n'était pas sans jouir de son triomphe. Il prit même une allure réellement théâtrale pour dire cette chose simple :

« Asseyons-nous sur ce banc, voulez-vous ? »

Puis : « Pour tuer le septicisme, il faut l'assommer de preuves. Je ne me contenterai pas de vous dire : faites ceci, faites cela !

« Je n'aurai point d'embarras, même à votre endroit, Mary : la science est sans impudicité. Autant, du reste, que me le permettra la transparence explicative, je m'exprimerai, pour vous, nuageusement et par paraboles. »

Mary fit signe qu'il n'était besoin de tant de gase.

« Pour ainsi commencer, reprit le docteur, je vous dirai que la Lune préside à mes expériences, telle la mythologie Lucine ! »

Beforafter sourit de son effet, son auditoire, visiblement abasourdi, inquiet. Puis, il expliqua n'être aucunement astrologue. Il s'agissait là de lunaisons, de périodes de vingt-quatre jours — point militaires du tout, comme un Français plaisant le pourrait prétendre en s'autorisant de ce qu'il y aurait dans l'affaire, dans les affaires, un tout petit pantalon rouge.

« Votre femme souffrira-t-elle mensuellement, régulièrement, dès le premier quartier de la lune, du 10 au 15 de ce mois, par exemple ? Si elle conçoit un enfant le 6, j'affirme qu'il sera du sexe féminin; le 20, au contraire, ce sera un garçon ! »

Et les preuves, en vérité, se promenaient sous leurs yeux : vingt-neuf génisses ou petits veaux, dûment contrôlés et matriculés, et sur vingt-neuf cas, par Jupin ! étaient nés du sexe prévu et voulu, de par la vertu scientifique de Beforafter et d'un calendrier !

« Or, ma théorie n'a rien de métaphysique. Les données en sont matérielles, tangibles. Vous n'ignorez pas, madame, que toutes les quatre semaines, annoncé par un fleuve purpurin qu'il arrête, éclot en votre intimité profonde un germe minuscule qui est pourtant la quintessence de vous toute, corps et âme, et de vos ascendants encore ! »

Le docteur, du bout d'une baguette, traça sur le sable un petit rond.

« Ce germe, incomplet, en quête d'un autre qui le féconde, va commencer sa migration.

« Suivant les lois communes et naturelles, cependant, rudimentaire à sa première heure, ce germe va s'accroître, se perfectionner de minute en minute.

« Que dès cette première heure, dès ses premiers pas, il soit fécondé aussitôt par le germe mâle venu là d'avance et qui le guette, ou seulement, prompt à sa rencontre... »

Nouveau graphique figurant un petit serpent à grosse tête fonçant sur le petit rond déjà nommé, le pénétrant et s'amalgamant en lui.

« De cette union, ma foi, sera conçu un être faible, plus rudimentaire, moins parfait... »

— Une femme, sans doute ? interrogea Mary, légèrement agressive et disposée alors à déclarer idiot la théorie de Beforafter.

« Une femme, réellement ! — Et, remarquez en passant, l'explication de ce fait d'observation qu'une fille est d'habitude la ressemblance de son père, c'est qu'ici, dans la procréation d'une fille, le germe masculin est le plus fort, s'impose à un germe maternel très jeune. Tout à l'inverse sera-t-il bientôt, pour la conception d'un enfant mâle. Alors le germe éclos chez la mère... »

La baguette indiqua sur la terre le petit rond, mais plus trapu et descendu dans un détroit symbolique...

« A eu le temps de croître... »

— Et d'embellir ?... pour faire un homme ! » siffla Mary.

— Et de se perfectionner... Hein ! Est-ce assez simple, logique, d'accord avec les autres lois de la physiologie !

« Sommes-nous pas loin de ces hypothèses, celle-là même, assez bien inspirée, d'une part, je l'accorde, qui suralimente la mère pour obtenir d'elle des fils tendant à la fortifier pour fortifier avec elle sa création, mâle par conséquent. Plus logique, n'est-il pas vrai, que cette théorie adverse : fortifier la mère pour aboutir à des femelles, sous le prétexte que l'époux prépondérant détermine le sexe de l'enfant ! »

— Et si la femme dans le ménage, porte la culotte ? » s'enquit astucieusement Mary, « quelle complication pour vos pronostics... »

« Dans ma famille », continua-t-elle, « les filles sont en extrême surabondance. J'ai idée que je suivrai la tradition... A moins que, durant ma grossesse, la vue de quelque singe, par exemple, ne vienne à m'obséder, auquel cas, évidemment, mon bébé serait, certes, du sexe laid ! »

Beforafter, voulant circonvenir la jeune femme, devait se garder de prendre en mauvaise part ses fantaisistes assertions. Il les reconnut aussi pittoresques, en vérité, que maintes autres émanées pourtant de confrères, à dater d'Hippocrate. La mère créait mâles ce mois-ci, femelles le mois suivant ses ovulaires candidats à l'existence, et alternait régulièrement. Ou bien, le père fabriquait dans... celle de droite de quoi faire des héritiers du nom ; dans celle de gauche, des demoiselles. La mère, encore, avec l'atelier, à droite pour petits garçons, à gauche pour fillettes : d'où l'indication de tourner à main droite ou à main gauche. Si bien que l'époux au moment psychologique, devait opérer une conversion et faire opérer à Madame un : sur le flanc droit ! ou : sur le flanc gauche ! suivant ses intentions tactiques.

Sans compter combien d'autres inventions, dérivant plus d'imaginaires suractives que de sciences exactes. Tout cela, fort amusant, disait Beforafter, conscient de la supériorité de ses vues, les seules exactes, à son sens.

Harry, en somme, ne put se refuser de prêter à son ami le champ d'expériences qu'il constituait de moitié avec sa femme. Il était acceptable d'attendre la date du 3 avril, qui serait la quatrième, après la fin... de la lune. On procréerait donc, ce jour-là, et, indubitablement, un garçon.

Le docteur qui prévoyait tout, et pour que le nécessaire ne manquât pas, — ses amis étaient jusqu'alors sans enfants, — insinua dans la pochè d'Harry un petit manuel opératoire qui, étant écrit en latin, pouvait braver l'honnêteté, décrivant, par $a + b$ le cérémonial dont s'étaient trouvés à ravir maints et même des royaux mais stériles époux. Il apparut par la suite que Mrs Hyster avait bien souscrit, en effet, à neuf mois.

Mais l'événement eut lieu le 20 décembre; l'enfant pesait ses sept livres, certes... et Miss Lucy, par le bruit qu'elle commença, sans plus tarder, de faire dans le monde, sans compter d'autres signes, s'affirma nettement pour être une petite femme en herbe.

Ce fut une gêne, réellement, entre Beforafter et Harry. La jeune accouchée, pour elle, n'avait cure à la chose, toute au plaisir du repos et du sommeil. Elle avait le temps d'irriter, par la suite, le savant sur l'infirmité de son horoscope : de bonne foi, certes, elle lui devait tout autre traitement. Mais le raisonnement se fait d'une façon originale dans les féminines cervelles. Puis, la vérité, toute nue, déplait à ces créatures pudiques — à moins qu'elles ne l'esti-

ment, étant si belle, faite pour être violée. Donc, Harry, ressentait du malaise à entendre grommeler le docteur : cet homme averti et prudent incriminait quelque trahison.

Les filles, on le sait, à l'inverse des garçons pressés de naître, au point de faire injure à leur mère, sont coquettes déjà et se font attendre, à l'ordinaire. Lucy n'était point du 4 avril !

Harry fit des gestes, ambidextre façon de s'exprimer. Pouvait-il avouer au vieux camarade, après l'avoir berné neuf mois, qu'apparemment Lucy avait été conçue sous le signe des Gémeaux, pour cette raison singulière en apparence que le 20 mars avait eu lieu, en bourse, une baisse fantastique sur le cuivre, dont lui, Hyster, jouant alors à la hausse, parce que ses digestions étaient bonnes, et que le printemps s'annonçait délicieux, se trouvait aux trois-quarts ruiné.

Sa femme, personne originale, estimait que c'est aux jours malheureux qu'il faut se donner le plus d'agrément. Elle avait donc couru s'acheter une bague splendide, et, loin de punir Harry de la sottise de ses spéculations, elle l'avait incité si bien — cher up ! — à se réjouir, qu'il en avait oublié Beforaster, et avait pris un plaisir si de son goût et de façon si réussie — étrange résultat ! mais la logique est-elle de ce monde ? — qu'un petit être en devait naître et souffrir, puisque vie égale souffrance !

Quoi qu'il en fût, Harry, le traître ne devait pas avoir le dernier mot avec son fidèle ami, mais irréductible théoricien Beforaster, lequel, du tac au tac et sans ménagement, lui dit :

« Mon cher, si vous prétendez avoir, à la lettre, mené à bout notre expérience, sans relations conjugales avec votre femme avant le 4 avril exactement, eh bien ! c'est que vers le 20 mai, quel que farceur, à votre place, nous aura fait ce joli coup ! »

D^r CLERC, de Vichy.

MÉDICATIONS NOUVELLES

SE RAPPORTANT A LA GYNÉCOLOGIE ET A LA PÉDIATRIE

Traitement des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né, par M. OUI. — Les hémorragies gastro-intestinales très graves chez le nouveau-né ont des causes peu connues. Ribemont a conseillé de surveiller l'alimentation du premier jour et d'éviter au tube digestif un travail trop actif.

Le traitement doit remplir deux indications :

S'opposer au retour de l'hémorragie :

Soutenir l'enfant et combattre les symptômes qui sont la conséquence de l'hémorragie.

Eviter ou réduire au minimum les contractions intestinales : s'abstenir

de l'emploi des lavements : ne pas donner de médicaments, perchlorure de fer, ratanhia, ergotine, qui compromettent le fonctionnement du tube digestif.

Donner le lait maternel dans une cuiller à café en y faisant fondre un petit fragment de glace et en y ajoutant deux à quatre gouttes d'eau-de-vie.

En cas de répétition des hémorragies, recourir aux injections hypodermiques d'ergotine, 10 à 20 centigrammes en 24 heures. Traitement mercuriel en cas de syphilis, antiséptiques intestinaux, benzonaphtol s'il existe une infection gastro-intestinale.

Enveloppements d'ouate, couveuse jusqu'à l'établissement de la convalescence, puis l'enfant sera placé dans une chambre chauffée. On peut encore avoir recours à l'enveloppement dans l'ouate chauffée.

Comme stimulant, frictions générales avec de l'alcool, bains chauds à 40°, injections hypodermiques d'éther.

Contre les troubles respiratoires, ventouses sèches sur la poitrine, courant d'oxygène dans la couveuse, respiration artificielle ou tractions rythmées de la langue en cas d'arrêt respiratoire. Injections hypodermiques de sérum artificiel, à sept grammes de chlorure de sodium pour un litre d'eau bouillie ou stérilisée. Les injections seront faites à la dose de dix centimètres cubes, renouvelées deux à trois fois dans les 24 heures. Surveiller dans la suite l'alimentation et les soins généraux.

(*La Pédiatrie pratique*.)

Les effets de la vaccination pendant la période menstruelle. (RUMLEY-DAWSON). — Voici le cas extraordinaire rapporté par l'auteur. La patiente, une femme de 29 ans, fut vaccinée le deuxième jour de son époque menstruelle.

Pendant l'opération, elle s'évanouit. Le flux cessa complètement et ne revint pas. Les règles avaient ordinairement une durée de six jours. La vaccination fut faite avec succès. Depuis elle eut tous les symptômes d'une ménopause prématurée. Cinq mois après, elle vomit deux pintes de sang noir et un ulcère de l'estomac fut diagnostiqué. Le même jour les règles réapparurent abondamment et durèrent six jours.

Plus tard le diagnostic d'ulcère stomacal fut mis en doute, car depuis ce temps elle se trouva en bonne santé, avec une menstruation régulière. L'hématémèse fut considérée comme un symptôme réflexe à la menstruation. A la suite de cette observation, l'auteur conclut qu'il vaut mieux ne pas vacciner pendant les règles : nous sommes de son avis.

Du genu valgum chez les enfants atteints de paralysie infantile au côté opposé. (M. BILHAUT). — L'auteur rapporte l'observation de cinq malades de 5 à 8 ans, atteints de paralysie infantile d'un membre inférieur et d'une déviation en genu valgum ou membre sain.

Bien que le rachitisme et la paralysie spinale infantile soient assez volontiers rattachés aujourd'hui à

une auto-intoxication des sujets qui en sont atteints, il n'a pu trouver chez ces malades les signes confirmatifs du rachitisme.

Il admet plutôt que la lésion est due à la tendance qu'ont les enfants, à vouloir égaliser l'écart de longueur des membres inférieurs, l'un ayant eu son accroissement normal, l'autre ne s'étant développé qu'incomplètement.

Il admet l'action de la pesanteur, le membre sain ayant tout le poids du corps à supporter.

Le rachitisme, cause ordinaire du genu valgum, ne serait dans ces cas, que le dernier facteur étiologique à invoquer.

Il faut en déduire la nécessité de ne pas abandonner ces malades à eux-mêmes, d'apporter les plus grands soins à la paralysie, d'utiliser l'électricité, le massage, les anastomoses de tendons, etc., et de maintenir le membre paralysé, à l'aide d'appareils orthopédiques de poids légers : les attelles d'aluminium sont recommandables dans ce cas.

C'est le meilleur moyen de prévenir le genu valgum au côté opposé.

Contre cette déviation, le chirurgien n'interviendra que dans les cas très accusés, et constituant un obstacle réel à la marche.

Des différentes formes d'incontinence d'urine chez les enfants et de leur traitement électrique. (DENIS COURTADE). — L'incontinence d'urine chez les enfants peut être due soit à une lésion congénitale ou acquise de l'appareil uréthro-vésical, soit à une lésion organique du système nerveux, soit enfin à une altération purement dynamique.

Dans ce dernier cas, il faut penser soit à une névrose, telle que l'hystérie, surtout l'épilepsie, soit à l'affection appelée incontinence d'urine infantile essentielle, je m'occuperai spécialement de cette dernière variété.

On doit distinguer deux formes principales : l'incontinence avec irritabilité vésicale et l'incontinence avec atonie sphinctérienne.

Deux autres variétés sont plus rares, et sont formées par l'incontinence par regorgement avec contracture du sphincter externe, et l'incontinence par paralysie fonctionnelle réflexe du corps de la vessie.

Comme pathogénie, il faut prendre en considération :

1° L'état plus ou moins grand

de dégénérescence nerveuse de l'enfant;

2° Le sommeil lourd;

3° Une atonie sphinctérienne. Cette atonie n'atteint pas directement le muscle, mais est de nature réflexe.

Dans quelques cas, l'incontinence n'est qu'une forme d'épilepsie larvée, ou bien un léger degré de polyurie essentielle.

Comme traitement électrique, l'électrisation localisée d'après la méthode de M. le professeur Guyon est le meilleur traitement. Lorsque cette méthode ne peut être pratiquée, l'électrisation du sphincter externe à travers le périnée pourra donner de bons résultats.

Traitement du coryza aigu (Tissier). — D'après l'auteur, l'examen du nez est, dans tous les cas, indispensable, et il montre souvent que la cause de ces atteintes fréquentes de coryza est une *lésion locale*, servant de point d'appel et qui par suite doit être traitée tout d'abord.

L'on a conseillé les inhalations d'un mélange d'acide phénique et d'ammoniaque. Voici une formule souvent employée :

Acide phénique pur.....	5 gr.
Ammoniaque liquide.....	5 gr.
Eau	15 gr.
Alcool	10 gr.

On en verse quelques gouttes

sur du papier buvard, et on en respire les vapeurs pendant quelques secondes

Ce moyen soulage, mais ne réussit pas toujours à arrêter l'évolution de l'inflammation.

Il ne faut pas compter beaucoup sur l'*aropine* qui a cependant été beaucoup vantée.

Les injections nasales sont utiles au début; elles ne sont même pas sans inconvénients.

L'antipyrine peut être utile pour combattre la céphalalgie. Un des moyens qui nous ont le plus souvent réussi est le suivant.

Sous-nitrate de bismuth....	6 gr.
Benjoin pulvérisé.....	6 gr.
Acide borique non pulvérisé	4 gr.
Menthol.....	0 20.

Priser cinq ou six fois dans la journée une pincée de ce mélange, après s'être mouché avec soin, de façon à ce que la poudre pénètre profondément et arrive au contact de la muqueuse enflammée. On peut y ajouter 0,01 à 0,05 de morphine et 1 gr. à 1 gr. 50 de calomel. Contre l'irritation de l'orifice des narines et de la lèvre supérieure, la pommade suivante réussit très bien:

Sous-nitrate de bismuth....	10 gr.
Vaseline	10 gr.

FORMULAIRE

Contre l'otite furoncleuse.

(Miot).

Enduire quatre fois par jour le conduit avec :

Glycérine.....	10 gr.
Acide borique	} àà 1 gr.
Chlorh. de cocaïne...}	

Du traitement de l'otalgie.

GOMPERZ.

Il varie suivant qu'il s'agit des douleurs : 1° de l'otite externe circonscrite ou diffuse; 2° de l'otite moyenne catarrhale ou purulente; 3° de l'otalgie.

Contre l'otite externe on peut employer les scarifications et les suppositoires auriculaires. Ces derniers ont la forme de tampons mesurant un centimètre de longueur et 4 à 8 millimètres de largeur. En voici la formule :

Morphine.....	} àà 0,10 gr.
Cocaïne	
Gélatine.....	90 —

pour 10 suppositoires.

On peut les faire préparer avec l'extrait d'opium.

Extrait d'opium.....	0,10 centigr.
Gélatine blanche....	6 gr.

pour six suppositoires auriculaires. On peut associer l'emploi des solutions boriquées et des solutions cocainées en instillations dans le conduit auditif externe.

Mêmes solutions de cocaïne à 6 ou 10 pour cent ou de glycérine phéniquée à 20 pour cent, qui à l'avantage de diminuer l'inflammation.

L'otalgie peut résulter d'une carie dentaire ou d'une ulcération gingivale ou buccale. Ici encore on doit appliquer la cocaïne sur la région malade d'où part la douleur réflexe.

Contre la conjonctivite des enfants.

Lavages et compresses avec :
Eau distillée 1 litre
Naphtol a..... 0 gr. 20
M.

S'il n'y a pas chémosis, cautériser au crayon mitigé et appliquer compresses boriquées glacées; s'il y a chémosis scarifier ou exciser.

On emploie aussi la formule :

Lanoline..... }
Axonge fraîche..... } à à 5 gr.
Iodoforme..... } 2 gr.
M.

Gros comme un pois, pour applications, trois fois par jour.

Traitement des verrues.

Ce traitement est à la fois escarotique et antiseptique. Dans ce but on fait usage de l'acide salicylique et du mercure.

Le collodion salicylique a pour formule :

Acide salicylique..... }
Alcool à 90°..... } à à 1 gr.
Ether 2 gr. 50
Collodion..... 5 gr.

Quotidiennement on enduit la surface de la verrue d'une couche de ce collodion.

Kaposi pratique chaque jour le badigeonnage de la verrue et des tissus adjacents à sa base avec une brosse imbibée de collodion mercuriel :

Bichlorure de mercure. 1 partie
Collodion élastique..... 30 parties

Contre la lombricose infantile.
(VABIOT).

L'auteur prescrit tous les huit jours un des paquets suivants :

Calomel..... 0 25
Santonine..... 0 10

Pour un paquet. A prendre à jeun, pendant des semaines et des mois, jusqu'à disparition complète des lombrics.

Traitement du coryza chez le nouveau-né.

COMBY.

Deux ou trois fois par jour déterger les narines et faire tomber les croûtes; on fera respirer à l'enfant de la vapeur d'eau tiède au-dessus d'un récipient dans lequel on versera une à deux cuillerées à café d'alcool camphré, d'eau de Cologne ou de teinture de benjoin.

On combattra l'exagération des sécrétions nasales par de courtes inhalations de teinture d'iode fraîche.

On pourra de même verser sur un mouchoir quelques gouttes de la mixture suivante.

Acide phénique ... 1 gr.
Ammoniaque liquide..... 1 —
Eau. 15 —
Alcool 15 —

Aussitôt après la période catarrhale, on prévient l'hypersecretion et les excoriations des narines et des lèvres avec la pommade suivante :

Sous-nitrate de bismuth... 10 gr.
Acide borique..... 2 —
Vaseline blanche..... 10 —

Des bottes d'ouate envelopperont les membres inférieurs.

Contre les coliques utérines

(LUTAUD).

Sirop de grande consoude } à à 30 gr.
Eau de fleurs d'oranger. }
Teinture de digitale 10 gr.
Teinture de cannelle..... 15 gr.
Extrait de ratanhia..... 4
Ergotine..... 1
Extrait thébaïque..... 0 10
M.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures, jusqu'à cessation des coliques.

Contre les ulcérations douloureuses du col.

(LUTAUD).

Glycérine..... 50 gr.
Iodoforme..... 5 gr.
Chloral..... 2 gr.
Pour appliquer sur le col avec un tampon.

Traitement du ténia chez l'enfant.

(DAUCHEZ).

1° Maintenir pendant un à deux jours l'enfant à la diète lactée et la veille au soir de l'administration du vermifuge, donner un grand lavement purgatif au sulfate de soude (20 à 30 gr.).

2° Faire prendre à l'enfant dans la matinée l'électuaire suivant en trois ou quatre fois, à demi-heure d'intervalle :

Huile éthérée de
fougère mâle... 2 à 6 gr.
Calomel à la vapeur 0,25 à 0,50 c.
Sucre en poudre .. 25 gr.
Gélatine..... q. s.

Un nouveau lavement purgatif sera administré à l'enfant pendant l'expulsion du ténia si les anneaux

de celui-ci menacent de se rompre.

3° On évitera cet accident en faisant expulser le ténia sur un seau plein d'eau tiède

4° Le tannate de pelletienne doit être rarement prescrit à cause des vertiges qu'il occasionne (LABRIC).
— Le Kamala échoue souvent

5° Chez les très jeunes enfants, on pourra prescrire le vermifugé suivant beaucoup moins actif :

Graines de courges
mondées et pilées.. 20 à 40 gr.
Extrait éthéré de racine
de fougère mâle..... 1 à 4 gr.
Huile de ricin..... } à 10 gr.
Miel blanc }
à prendre en 3 ou 4 fois à une
demi-heure d'intervalle.

Traitement de la constipation chez les nourrissons.

(DAUCHEZ).

Surveiller la santé de la nourrice, régler le régime de celle-ci en supprimant le café, le vin pur, etc.

2° Si la constipation ne cède pas, on aura recours chez le nouveau-né à l'administration de la mannite sous la forme suivante :

Eau chaude 40 gr
Mannite cristallisée . 0,40 centigr.
(Par cuillerées à café).

3° On pourra aussi utiliser les lavements à l'eau de son, les suppositoires au savon, l'excitation de la muqueuse rectale avec une plume souple préalablement huilée

4° La potion suivante conviendra aux enfants atteints en même temps de constipation et de dyspepsie acide :

Sirop de fleurs d'oranger }
Sirop de fleurs de pêcher } à 10 gr.
Eau distillée de fenouil. }
Eau distillée de tilleul. }
Magnésie calcinée. 4 gr.
Bicarbonate de soude . . . 0,40 ct.
une à trois cuillerées à café par
jour avant les tétés :

5° On pourra incorporer la manne dans un looch ou substituer à celle-ci, l'huile de ricin à la dose d'une demi-cuillerée à café chez l'enfant au-dessous de six mois.

La Biiodure dans la Diphtérie.

(WIECHSELBAUM)

Le sérum a du plomb dans l'aile depuis que les statistiques démon-

trant que la mortalité est plus élevée qu'avant l'application de la méthode de Behring Il ne faut donc pas se désintéresser des autres médications

Voici comment l'auteur emploie le biiodure de mercure dans la diphtérie

Après avoir donné un purgatif mercuriel dès le début du traitement, il administre aussi souvent qu'il est nécessaire :

Biiodure de mercure.... 0,053 gr.
Iodure de potassium ... 0,212 "
Eau. 3,82 "

Dissoudre, puis ajouter :

Sirop d'acide iodhydrique pour faire 120 grammes

V à X gouttes sur la langue toutes les 20 minutes, jour et nuit.
Peroxyde d'hydrogène..... 30 gr.
Eau 50 "

Employer au moyen d'un vaporisateur, et, si le malade est assez âgé, le faire se gargariser toutes les demi-heures, jour et nuit.

Sulfate de quin. 2 gr. 40
Extrait de réglisse . . . 30 "
Eau de cannelle pour faire 120 "

Agiter avant de s'en servir. Une cuillerée à thé toutes les deux heures, jour et nuit.

Teinture d'aconit... LXIV gout.
Glycérine 15 gr.
Eau de cannelle pour faire 120 "

Agiter. Une cuillerée à thé toutes les heures, jour et nuit. Lorsque le malade n'a pas de fièvre, donner toutes les deux heures

Alimentation. — Lait de poule, œufs à la coque, bouillon de bœuf et de poulet, lait, blanc d'œuf battu dans de l'eau.

L'auteur qui applique cette méthode depuis quinze ans, dit n'avoir jamais perdu un seul malade.

Fphérides de la grossesse.

(LUTAUD).

Lait virginal. 60 gr.
Glycérine officinale 30 —
Acide chlorhydrique . . . } à 4 —
Chlorhydrate d'ammon. {

Toucher matin et soir le visage avec un pinceau; appliquer ensuite une couche de pommade à l'oxyde de zinc.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

A			
Abcès froids (Traitement)	161	BOISSARD.....	71
Abolitionnisme	190	BOUYEYRON.....	131
Accès éclamptiques.....	232	BRODIER.....	399
Accouchement (Complications).....	293	BOSSI.....	165
Accouchement normal... ..	197	BOUILLY.....	136
Accouchement post-mortem.....	121	BOYER, de Saint-Brieuc...	317
Accouchement rapide.....	392	BROCO.....	94
Accoucheurs (Saints).....	315	Bronchite congestive des enfants.....	324
Acné des jeunes filles.....	292	Broncho-pneumonie des enfants.....	227
Acné juvénile.....	94	BROUARDEL.....	178
Adénites cervicales (Traitement).....	157	Brûlures (Traitement)....	97
Affections parasitaires de la vulve.....	152	BUTTE.....	86
Allaitement artificiel.....	314	C	
Aménorrhée (Traitement)	258	Cancer (Traitement).....	94
Angine granuleuse.....	223	Chancrerectal (Traitement)	260
Annulation du mariage... ..	15	Chanvre indien.....	100
Antisepsie intestinale.....	136	CHARLES.....	314
Appendicite et dysménorrhée.....	37	CHAUMEL.....	36
Appendicite (Indications opératoires).....	371	Chloralamidc.....	192
Assurances sur la vie et grossesse.....	261	Cholelithiase (Traitement)	291
Asthme des enfants.....	96	Chorée (Traitement).....	100
Atropine comme hémostatique.....	228	CLERC, de Vicby.....	164
Avortement.....	13	Col utérin (dilatation obstétricale).....	165
Avortement (Médecine légale).....	298	Coliques menstruelles....	196
Avortement provoqué....	367	COMBY.....	96
B		Condurango et cancer....	94
BAR.....	70	Conjonctive des enfants..	416
BARLOW (Maladie de).....	68	Coqueluche (Traitement)	35, 97, 100
BERNARDIÈRE (LA).....	226	Cordon (rupture du).....	392
BERTHOD (Paul).....	31	Cornutine contre lamétrorrhagie.....	324
et passim		Corset de la reine de Serbie.....	284
BEUGNIES, de Givet.....	287	Coryza des enfants.....	196
BIENFAIT.....	317	COTRET.....	36
BLECHMANN.....	83	Couperose faciale.....	35
BLONDEL.....	13	COUTURIER.....	33
BOGDAN, de Jassy.....	923	Crachats des enfants....	150
		Crevasse du sein.....	35
		Curetage et stérilité....	133
		CURTIS.....	311
		D	
		DAVID.....	175
		Déclaration de naissances	25

DELICOURT.....	219	Fièvre typhoïde chez les enfants.....	153
Délivrance (hémorragies de la).....	6	Fièvre typhoïde chez les nourrissons.....	394
DELBET (Pierre).....	8	Filles soumises.....	170
DEMELIN.....	197	Fistule anale.....	159
Dépopulation.....	163	Fœtus (Vitalité du).....	86
Dilatation du col.....	165	Favus (Traitement).....	384
Diphthérie (Traitement).....	259	FORGET.....	394
DOLERIS.....	263	Formation des sexes 37, 71, 107	
DREYON.....	66	FOURNIER, d'Amiens.....	101
Dysenterie infantile.....	324	Furonculose (Traitement)	384
Dysenterie (Traitement).....	98		
Dysmenorrhée et appendicite.....	389		
Dysmenorrhée (Traitement).....	136		
Dyspepsie des nourrissons	96		
		G	
		Galactorrhée (Traitement).....	96
E		Genu valgum chez les enfants.....	414
Eau oxygénée.....	161	Gerçures du sein.....	35
Eau salée (Emploi de l').....	194	GILLET.....	130
Eclampsie (Traitement) 36, 194, 232		Goitre (Traitement).....	226
Eczéma aigu.....	399	Gonorrhée vaginale.....	157
Eczéma de la vulve.....	156	Grossesse et assurance sur la vie.....	261
Embryons (Déclaration des).....	124	Grossesse (Diagnostic).....	319
Emménagogues.....	157	Grossesse et érysipèle.....	364
Enfants (Mortalité).....	31	Grossesse (Masque).....	324
Enfants (Troubles cérébraux).....	81	GUERDER.....	44
Entérite chez l'enfant.....	128	GUIARD.....	37
Ephélides de la grossesse	417	et passim	
Epilepsie et mariage.....	186	GUICHOT.....	255
Epilepsie (Traitement).....	227		
Epistaxis (Traitement) 322, 98		H	
Epithélioma (Traitement)	255	Hémoptysies (Traitement).....	404
Ergoline contre fièvre puerpérale.....	99	Hémorragies après la délivrance.....	6
Erysipèle et grossesse.....	364	Hémorragies du nouveau-né.....	413
Esguillettes (Histoire d').....	33	Hémorrhoides (Traitement)	185
Etain comme tœnifuge.....	130	Hémorrhoides (Traitement)	315
		Hernie chez l'enfant.....	393
F		Herpès génital (Traitement)	251
Face (Présentations).....	229	Huile grise contre la syphilis.....	194
Fécondation (Psychologie)	46	HUTINEL.....	96
Femmes médecins.....	67	Hystérie (Traitement).....	156
Fibromes (Traitement médical).....	195		
Fièvre ganglionnaire des enfants.....	95	I	
Fièvre puerpérale.....	99	Incontinence d'urine.....	414
		Indigo comme emménagogue.....	178

Infanticide.....	178
Insufflation chez le nouveau-né.....	312

J

Jeunes filles (Aménorrhée.....)	136
JOFFROY.....	97

L

Laït (Constipation et).....	226
LAMBINON.....	99
LANCEREAUX.....	96
Laparotomie chez les enfants.....	213
Larynx (Ulcéralions du).....	219
Lavements alimentaires.....	161
LEBLOND.....	175
LUTAUD.....	15
et passim	

M

MAGNIAUX.....	293
Maisons de tolérance.....	170
MALBEC.....	126
MARCILLE.....	308
Mariage (Annulation du).....	15
Mariages d'épileptiques.....	185
Mariage (Eschole de sapience).....	287
Masque de la grossesse.....	324
Massage et vaginisme.....	390
Médecine légale et avortement.....	298
Menstruation et vaccination.....	414
MÉRIGOT DE TREIGNY.....	387
Métarsalgie (Traitement).....	321
Métrite traitement.....	62
Métrorrhagies (Traitement).....	323
Migraine (Traitement).....	158
MONIN.....	324
Moralité sexuelle.....	285
Morphinomane (Traitement).....	209
Mort apparente du nouveau-né.....	312
Mortalité des enfants.....	31

N

Naissances (déclaration de).....	25
Nourrissons et fièvre typhoïde.....	394
Nouveau-né (Hémorrhagies).....	412
Nouveau-né (mort apparente).....	312
Nouveau-né (Ophthalmie des).....	70

O

Obstétrique nouvelle.....	197
OÈuvre de mariage.....	287
OLIVIER.....	365
Ophthalmie des nouveau-nés.....	70
Organes génitaux (lymphatiques).....	306
Otalgie (Traitement).....	415
Otite (Traitement).....	415
Otorrhée des enfants.....	292
OUI, de Lille.....	232
Ovaires (Dégénérescence des).....	355
Ovarites (Traitement).....	101
Ovaro-salpyngite.....	201
OZENNE.....	355

P

PAQUY.....	70
Paralyse diphtérique.....	259
Pelade (traitement).....	159
Périnée (Protection du).....	131
Périneorrhaphie.....	8
Péritonite tuberculeuse des enfants.....	213
Pessaires Chaumel.....	306
Phlegmatia alba dolens.....	5
PICHEVIN.....	201
Pigmentation et grossesse.....	196
PLATEAU.....	724
Pleurésies (Traitement).....	154
Ptoses génitales.....	237
Présentations de la.....	229
Procréation des sexes.....	37, 71
Prolapsus du rectum.....	36
Prostituées (Tatouage chez les).....	132
Prostitution et syphilis.....	170
Prurit (Traitement).....	131
POZZI.....	69

R

Race humaine (Amélioration).....	371
Rachitisme (Traitement).....	98
RAYNAUD.....	185
Rectum (Protapsus).....	36
Règles et sécrétion lactée.....	260
Revaccination obligatoire.....	90
REY (Marius).....	199
REVRE.....	6
REYNIER (Paul).....	237
Rhumatisme infantile.....	383
ROBIN (Pierre).....	106
Roux, de Lausanne.....	371
Rupture du cordon.....	392
Rupture de l'utérus.....	76

S

SACOMBE.....	410
SACQUET, de Nantes.....	390
Saints fécondants.....	315
Salpingiennes (Coliques).....	96
Salpingites (Traitement).....	101
Santoninnoxine comme vermifuge.....	158
Secret professionnel et naissances.....	25
Scolioses (Traitement).....	397
Scopolamine en obstétrique.....	99
Sein (Crevasses du).....	35
Seins dans l'histoire.....	373
Sérum contre la scarlatine.....	98
Sérum gélatinisé.....	369
Sexes Formation des.....	37,71
Sexualité et moralité.....	285
Sommeil (Le) chez l'enfant.....	130
Stérilité (Traitement).....	133
Stomatite chez l'enfant.....	385
Stomatite des enfants.....	96
Suppurations tuberculeuses.....	383
Syphilides (Traitement).....	193
Syphilis et prostitution.....	170

T

TALAMON.....	97
Tatouage chez les prostituées.....	132
Teigne tondante (Traitement).....	368
Ténias (Traitement).....	66
TIERCELIN.....	68
TISSIER (Paul).....	81
TRIOUET.....	369
Tubage.....	219
Tuberculose (Ulcérations).....	97
Tumeurs vasculaires (Traitement).....	184

U

Urine (Incontinence d').....	414
Utérus (Dilatation).....	165
Utérus (Rupture de l').....	76

V

Vaccination et menstruation.....	415
Vaccination obligatoire.....	90
VAUCAIRE.....	96
Vaginisme (Traitement du).....	69
Vaginite (Traitement).....	390
Vanadique Acide.....	292
Vanadique Acide.....	175
VARIOT.....	160
Vératrum viride.....	36
VERCHÈRE.....	152
Vermifuges.....	158
Verues (Traitement).....	416
Vitalité du fœtus.....	86
Vomissements incoercibles.....	367
Vulve (Parasites de la).....	152

W

WITKOWSKI.....	371
----------------	-----

