

616.092

К-164

коллекция

Писемского

Р. С. М. М. М.



- 1) Dr. A. G. Kachekarov ^{Varia} Obituaire peuven Beuses,
на вспышку Средне холерного и туберкула
В. Виршино, Ридкие пелетеры супра, неубав.
- 2) Dr. U. A. Konkula. К фурчал, изумовидн,
пелетеры.
- 3) Dr. D. G. Podmusekova. К медану императ,
наз, трон метаман.
- 4) Dr. O. S. Вайншкенер. О европел, дере кратко
и ср спенот, в дестивен о савванот
- 5) Dr. Georges Gautier, Le Courant Continu
en Gynecologie
- 6) Dr. Josef Unterlugauer Cholera in Kornien
im Jahre 1886/87.
- 7) Dr. Joseph Kallivoda von Talkenstein
Die Cholera - Epidemie Kroatien im Jahre
1886/87
- 8) Dr. Musev Zapuzmevsko su Drokazo
- 9) Dr. Hans Eisner К мепани Ulcus ventri-
culi
- 10) Dr. J. Andre Le Mont-Dore et la tuberculose
Т. Берманеро, де уубер, захер хну - pulmonaire
индур.
- 11) Dr. I. M. Brucelovskov, О инрен, Крочен,
Cordeon, редоману
- 12) Dr. Day K. U. Kropovickov, К, не рр
ад, изумен, состова спел при сарелен,
Б. С. Козновский, Сурга, Беротерани ср адка

- 13) M. v. Gamaléla L'institut Pasteur
14. Prof. Herr Gott. à la mémoire par A.
Dinard.

A LA MÉMOIRE
DU PROFESSEUR HERRGOTT (François-Joseph)

né le 12 septembre 1814 à Gébweiler (Alsace), mort le 5 mars 1907 à Nancy,

par le professeur A. Pinard (1).

MESSIEURS,

Dans la nuit du 4 au 5 mars est mort, à Nancy, le doyen vénéré de l'obstétricie française : FRANÇOIS-JOSEPH HERRGOTT! Si je n'ai pu l'accompagner à ses obsèques qu'avec de muettes et filiales pensées, je veux aujourd'hui, par devoir et par reconnaissance, vous esquisser la belle vie de ce grand et honnête homme, car cette vie tout entière constitue un admirable exemple.

François-Joseph Herrgott est né à Gebweiler, le 12 septembre 1814. Issu de cette vigoureuse race alsacienne, dont le sang nous est deux fois cher, il ne pouvait être qu'un laborieux. Il le fut incessamment et remarquablement.

Ayant la vocation médicale, possédant toutes les aptitudes physiques, intellectuelles et morales sans lesquelles on ne peut être un bon médecin, il alla faire ses études de médecine à Strasbourg. Là il fut l'élève assidu de Forget, Bégin et Stoltz. Il eut l'honneur d'être le chef de clinique de ces deux derniers.

Sa thèse de doctorat : *Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice pendant la gestation et l'accouchement*, soutenue le 30 décembre 1839 et couronnée en 1840 par la Faculté de Strasbourg, fait déjà pressentir l'orientation de ses travaux ultérieurs. Effectivement, bien que son activité dût s'exercer dans toutes les branches de l'art médical, ce fut l'obstétricie qui bénéficia surtout de son immense labeur.

En 1840, il vint à Paris pour se perfectionner, puis alla s'établir en 1841 à Belfort, où il exerça en qualité de chirurgien de l'hôpital et de médecin des épidémies.

(1) Leçon faite par le professeur A. Pinard, à la Clinique Baudelocque, le 10 mars 1907.

En 1853, s'ouvrit, à la Faculté de Strasbourg, un concours pour l'agrégation. Il concourut, et, simple praticien, il sortit victorieusement de la lutte après avoir soutenu une thèse sur : *L'Appréciation comparative des sections musculaires et tendineuses et des moyens orthopédiques* (27 décembre 1853).

Nommé agrégé, il se fixa à Strasbourg, où il professa et remplit les fonctions de médecin de l'hôpital civil jusqu'au moment de l'abominable guerre de 1870.

Pendant cette période, il enseignait conjointement la pathologie externe et l'obstétricie. Avec quel succès ? Ses élèves d'alors parmi lesquels je ne vous citerai que les noms de Straus, Mathias Duval, Kelsch et Lereboullet, n'en ont pas perdu la mémoire. « Ce fut mon premier maître, me disait hier Lereboullet, et je n'ai jamais oublié ses leçons ». L'ancien directeur du Val-de-Grâce, le directeur actuel de l'Institut supérieur de la vaccine, s'exprimait ainsi mardi à l'Académie : « Quel excellent et bon maître était le professeur Herrgott ! C'est lui qui me donna mes premières leçons et me fit aimer la médecine. Et bien souvent mon collègue Mathias Duval me confia qu'il devait exclusivement au professeur Herrgott ses premières notions d'embryologie ».

En 1857, il publia la traduction de Wigand sur *la Version par manœuvres externes*, et, en 1859, une note très intéressante sur les vomissements opiniâtres de la grossesse, où il montre déjà que l'interruption de la grossesse peut seule, dans certains cas, sauver la mère.

La valeur des travaux qu'il publia sur différents sujets de pathologie chirurgicale fut bientôt appréciée par la Société de chirurgie de Paris, et elle lui conféra le titre de membre correspondant en 1866.

Pendant le siège de Strasbourg, sa conduite, dictée aussi bien par ses sentiments patriotiques que par ses instincts philanthropiques et l'abnégation de soi-même, lui valut la décoration de la Légion d'honneur qui lui fut remise par le général Ulrich, sur les remparts de Strasbourg.

Subissant la loi du plus fort, il abandonna, le cœur saignant, la terre qu'il aimait tant et qu'il aimait plus encore, si possible, pour venir avec la Faculté de Strasbourg s'établir à Nancy.

Là, il fut nommé professeur des cours théoriques d'accouchements en 1872. La chaire de clinique obstétricale avait pour titulaire Stoltz, digne successeur des illustres J.-J. Fried et Flamant.

Je profite de cette circonstance pour vous rappeler que la première clinique obstétricale fut fondée à Strasbourg en 1728.

En 1876, à la retraite de Stoltz, F.-J. Herrgott fut nommé professeur de clinique obstétricale.

Depuis longtemps, il recherchait les meilleurs procédés opératoires à employer pour guérir les fistules vésico-vaginales, si rares aujourd'hui grâce aux progrès réalisés en obstétrique, si fréquentes alors. De 1858 à 1884, il ne publia pas moins de huit mémoires ou notes sur ce sujet.

Aux travaux de gynécologie succèdent bientôt des travaux d'obstétricie.

En 1877, parut son fameux mémoire sur *le spondylisme ou affaïssement vertébral comparé à la spondylolisthésis ou glissement vertébral*; et, en 1882, un nouveau mémoire contenant les documents les plus précieux pour l'étude de ces deux variétés de viciations pelviennes.

En 1878, il était nommé membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, et, en 1890, membre associé national de la même compagnie.

Il écrit les articles TOUCHER et VERSION, pour le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; l'histoire de la version y est fait comme nulle part ailleurs. Il traduit, en 1884, le *Traité des déviations utérines* de Schultze. Il publie, en 1884, une *Esquisse historique sur l'extirpation totale de la matrice*, en rapportant l'opération princeps de Sauter.

Mais l'historien, qui s'était déjà affirmé par des travaux antérieurs, va dorénavant prendre le pas sur l'obstétricien.

En 1888, il fait paraître son mémoire sur les Chamberlen et Jean Palfin. En 1893, il publie son aperçu historique sur Semmelweis et l'antisepsie, et en même temps apparaît l'un des deux plus beaux fleurons de sa couronne, cette œuvre impérissable : la traduction de l'*Essai d'une histoire de l'obstétricie*, par E.-Gasp. de Siebold, à laquelle il ajouta un troisième volume renfermant l'histoire de l'obstétricie depuis 1845 jusqu'à nos jours.

Nous ne possédions jusqu'alors, en France, que deux ouvrages sur l'histoire de l'obstétricie, ouvrages parus à quelques années d'intervalle, l'un de ALPH. LEROY : *la Pratique des accouchements ; première partie contenant l'histoire critique de la doctrine et de la pratique des principaux accoucheurs qui ont paru depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, pour servir d'introduction à l'étude et à la pratique des accouchements* (1776), l'autre de SUE (le JEUNE) : *Essais historiques littéraires et critiques sur l'art des accouchements ; ou recherches sur les coutumes,*

les mœurs et les usages des anciens et des modernes, dans les accouchements (1779).

Le premier de ces ouvrages est sans valeur au point de vue critique, l'auteur n'ayant pas la compétence nécessaire ; quant au second, il est caractérisé sans sévérité par de Siebold : travail exécuté sans plan précis, *rudis indigestaque moles*.

F.-J. Herrgott, fut donc l'historien de l'obstétricie française et on peut affirmer qu'il continua en l'étendant le chef-d'œuvre d'érudition et d'appréciations philosophiques de de Siebold.

Enfin en 1895, il nous donne la traduction longuement annotée du *Traité des maladies des femmes* de Soranus d'Éphèse !

Dans cette exhumation F.-J. Herrgott nous montre l'éclat de l'obstétricie au temps de Trajan et fait s'évanouir « le pénible contraste qu'on croyait exister entre les chefs-d'œuvre de l'esprit humain de cette époque, qui attestent une civilisation si élevée, et la pratique de l'art que l'on avait cru avoir été à cette époque si grossière et si barbare ». Il nous fait connaître le chef de l'école des methodistes qui fut le plus grand gynécologue et le plus habile accoucheur de l'antiquité. Il replace justement Moschion au second plan, et nous donne la preuve que les ouvrages d'Aëtius et de Paul d'Égine n'ont été en somme que des échos de plus en plus affaiblis de la grande voix de Soranus.

Messieurs, vous ne serez point étonnés d'apprendre que l'Académie des sciences accueillit le professeur Herrgott comme membre correspondant en 1895. Ce fut le premier accoucheur siégeant à l'Institut.

En 1896, il publia une étude des plus documentées sur la carrière et les travaux de son maître, le professeur Joseph-Alexis Stoltz. Dans cette étude si suggestive, Herrgott se montre tout entier pour qui sait lire. On retrouve là, l'homme qui, tout en rendant justice à chacun, ne sait, ne peut, ne veut dissimuler la vérité, mais en jetant toutefois sur cette dernière un voile tissé d'indulgence et d'exquise bonté.

En novembre 1899, il donnait à la Société médicale de Nancy : *quelques mots sur l'histoire du traitement du pied bot*.

Messieurs, je vous rappelle que sa thèse de doctorat fut soutenue le 30 décembre 1839. Ainsi, pendant soixante ans, F.-J. Herrgott ne cessa de travailler et de faire profiter les autres de son travail !

Si l'on a écrit avec raison que « la vie n'est courte que par le mau-

vais emploi que l'on en fait », l'on peut dire que si la vie d'Herrgott fut longue, il l'étendit encore par son labeur incessant.

On a dit de Fontenelle qu'il avait eu l'heureux privilège de ne rien perdre avec les années, le vénéré doyen de l'obstétricie française a eu un privilège plus heureux encore : on a vu croître ses facultés à l'heure où communément l'homme fléchit sous le poids des années. F.-J. Herrgott avait 78 ans quand il publia l'essai d'une histoire de l'obstétricie, il avait 81 ans quand il publia le traité de Soranus.

Je n'ai pas l'intention de vous exposer ici une biographie complète du professeur F.-J. Herrgott, mais, après avoir jeté un coup d'œil sur sa longue carrière et sur son œuvre scientifique, je désire cependant vous le faire connaître comme historien.

Toutes les qualités que doit posséder un véritable historien, étaient réunies chez lui d'une façon aussi complète qu'harmonieuse.

Humaniste grécisant et latinisant, joignant à la connaissance des langues mortes et vivantes une érudition incomparable, doué du véritable esprit philosophique, c'est-à-dire d'un esprit d'observation et de justice, possédant une compétence indiscutée et indiscutable, apportant à tout ce qu'il faisait ce souci de l'exactitude qui était la caractéristique de sa probité intellectuelle, ne mêlant à ses ouvrages aucun agrément aux dépens de la vérité, il ne pouvait apporter à l'édification de l'histoire que des documents choisis avec discernement et constituant toujours des matériaux de pure qualité.

Nul plus que lui n'a mieux démontré la nécessité et les avantages de l'histoire d'une science. Au début de la préface de la traduction de Siebold, il cite avec amour les lignes suivantes empruntées au livre *Orator* que Cicéron adresse à Brutus : « Ignorer ce qui s'est passé avant sa naissance, c'est rester toujours enfant. Qu'est-ce que la vie de l'homme si l'on ne rattache au présent la mémoire des temps qui ne sont plus ? Et d'ailleurs, évoquer le passé, citer des exemples, c'est donner au discours, en même temps qu'un charme souverain, de l'autorité et du crédit. » C'est cette pensée qui a constamment inspiré le professeur Herrgott, qui l'a sans cesse guidé, éclairé dans ses travaux. Et en terminant cette préface, modestement il ajoute : « Si notre traduction et notre appendice pouvaient avoir pour effet de stimuler les études historiques trop délaissées dans notre pays, ce serait la plus haute récompense dont notre travail pourrait être honoré, et, d'avance, nous

adressons à l'auteur d'une telle œuvre, l'expression de notre profonde gratitude pour l'immense service qu'il aura rendu, car l'histoire d'une science ou d'un art est indispensable à leurs progrès. Le reflet du passé éclaire le présent et guide l'avenir. »

Eh bien, ce service immense, c'est lui-même qui nous l'a rendu et c'est à lui-même que doit aller notre profonde gratitude.

Après avoir essayé de vous faire entrevoir la grande et belle figure médicale qui vient de disparaître en la personne du professeur F.-J. Herrgott, je vous demande la permission de vous esquisser, en quelques mots, sa silhouette physique et morale. De taille élevée, de physionomie bienveillante, avec des yeux gris et spirituels, son visage exprimait autant de finesse que de bonté. Ayant eu le bonheur inappréciable de l'approcher pendant plus de trente années, je pus constater chez lui toujours la même jeunesse d'âme. Évoquant des souvenirs intimes qui me sont particulièrement chers, je le vois chez mon maître Tarnier, à Arc-sur-Tille, nous charmant tous autant par sa bonne grâce que par sa patriarcale jeunesse.

Il aurait pu prendre cette devise: *bene agere ac lætari*, car il avait arrangé sa vie comme l'entendait la sagesse antique, c'est-à-dire de manière à chercher la sérénité dans la satisfaction que donne l'accomplissement des bonnes actions. Simple, modeste, fuyant même les apparences de la gloire, il ne chercha le bonheur que dans l'intimité de sa conscience. De lui aussi on peut dire que sa vie a coulé comme un ruisseau qui s'élargit insensiblement, mais qui, tout en gagnant en puissance, a gardé, tout le long de son cours, la limpidité de sa source.

Qu'il me soit permis, en terminant, d'ajouter que si sa vie ne fut point exempte de peines, supportées avec une courageuse résignation, il eut l'orgueil, bien légitime, au soir de sa vie, de se voir revivre dans un fils qui porte dignement un nom que le recul des années ne fera que grandir.

PRINCIPALES PUBLICATIONS DU PROFESSEUR F.-J. HERRGOTT

Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice pendant la gestation et l'accouchement. Thèse de doctorat, soutenue le 30 décembre 1839 et couronnée en 1840 par la Faculté de Strasbourg.

Notice biographique sur le docteur Lollier. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1851, p. 276.

Hydrocéphalie et spina bifida. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1852, p. 322.

- Appréciation comparative des sections musculaires et tendineuses et des moyens orthopédiques.** Thèse de concours d'agrégation, 27 décembre 1853.
- Observation sur la luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1853, p. 329.
- Conseils pour se préserver du choléra**, par K. PFEUFER, professeur à l'Université de Heidelberg (traduction), 1854.
- Une visite à l'Exposition.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1855, p. 373.
- Névralgie faciale, résection du nerf sous-orbitaire, etc.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1857, p. 86.
- Version par manœuvres externes**, par WIGAND (traduction), 1857, Paris, J.-B. Bailière et fils, édit.
- Études médicales sur les poètes latins**, par MÉNIÈRE. Feuilleton dans la *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1858, p. 193.
- Deux observations de fistules vésico-vaginales, guérison.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1858, p. 65.
- Vomissements opiniâtres pendant la grossesse, état grave de la femme, avortement provoqué, guérison.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1859, p. 134.
- Le professeur Bégin.** Notice historique, Strasbourg, 1859.
- Le docteur Bauer.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1860, p. 9.
- Règles pratiques de l'administration du chloroforme** *Bulletin général de thérapeutique*, 1862.
- Examen des perfectionnements récents dont a été l'objet l'opération de la fistule vésico-vaginale**, avec trois opérations nouvelles pratiquées avec succès. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1863.
- Étude historique sur l'opération de la fistule vésico-vaginale.** Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg, 1864, in-8 avec figures.
- Imperforation de l'anus, communication du rectum avec le vagin, opération, guérison.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1866, p. 81.
- Rétrécissement du canal de l'urètre, uréthrotomie.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1866, p. 13.
- Notice sur le docteur Lereboullet, doyen de la Faculté des sciences.** Strasbourg, 1866.
- Arrachement de l'œil par une clef.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1867, p. 274.
- Nouveau mode de traitement des tumeurs érectiles.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1868, p. 66.
- Infection purulente, utilité de la thermométrie comme moyen de diagnostic.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1868, p. 161.
- Le traumatisme**, discours d'ouverture de la clinique obstétricale. Strasbourg, 1868.
- Excursion dans l'Engadine**, Strasbourg, 1868. Extrait de la *Revue d'hydrologie médicale française*.
- Des accidents dans la chloroformisation**, discours prononcé à la Société de médecine de Strasbourg, dans la discussion sur le chloroforme. Strasbourg, 1869.
- Chronique médicale de la guerre.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1870, p. 265.
- Les ambulances de Strasbourg, Grand et Petit Séminaires.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1870, p. 264 et 280.
- Notice sur le professeur Küss.** Strasbourg, O. Berger-Levrault, édit., 1872.
- La Société de médecine de Strasbourg depuis 1842 jusqu'en 1872.** Strasbourg, Berger-Levrault, édit., 1872.
- Hématocèle retro-utérine avec accident d'étranglement interne.** *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1871-1872, p. 289.
- De l'oblitération du vagin comme moyen de guérison de l'incontinence d'urine dans les grandes pertes de substance.** Note et observations présentées à l'Académie des sciences. *Gaz. méd. de Strasbourg*, octobre 1872.
- Du traitement des fistules vésico-vaginales.** *Mémoires de la Soc. de chir.*, t. VII, p. 86, in-4 avec fig.
- Appareil d'Esmarch pour la compression des membres dans les opérations.** *Rev. méd. de l'Est*, I, 1874, p. 204.
- Rétention du fœtus mort dans l'utérus.** *Rev. méd. de l'Est*, III, 1875, p. 301.
- Les tumeurs de la vessie et leur extirpation.** *Rev. méd. de l'Est*, IV, 1875, p. 141.

- De l'oblitération du vagin, etc., avec observations nouvelles.** Mémoire présenté à l'Académie de médecine, 1875.
- Nouveaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies de la vessie chez la femme.** *Annales de gynécologie*, janvier 1876.
- Maladies des voies urinaires. État actuel de la science** (d'après le Traité pratique et les leçons cliniques de THOMPSON). *Rev. méd. de l'Est*, VI, 1876, p. 65.
- De l'oblitération du vagin, etc.** Rapports et discussions sur cette méthode opératoire à l'Académie en 1845 et en 1875. *Bulletin de l'Académie*, 15 mars 1875, p. 297 et *Rev. méd. de l'Est*, t. III, p. 257.
- Traitement des fistules vésico-vaginales, méthode de Bozemann,** nouvelle série d'observations. *Annales de gynéc.*, septembre et octobre 1884.
- Des gouttières en linge plâtré moulées directement sur les membres.** Paris, Berger-Levrault et J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1874.
- Des injections sous-cutanées d'ergotine.** *Rev. méd. de l'Est*, t. XI, 1879, p. 385.
- De la dégénérescence hypertrophique des parties génitales externes chez la femme.** Quelques observations présentées à la Soc. de méd. de Strasbourg. Berger-Levrault, 1872.
- Articles **Toucher** et **Version** dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.
- Ovariectomie et opération de Porro.** *Rev. méd. de l'Est*, t. XIII, 1881, pp. 609 et 648.
- Enchatonnement du placenta, mort de la malade, autopsie.** *Rev. méd. de l'Est*, t. XIV, 1882, p. 4.
- Dystocie fœtale causée par la rétention d'urine et une ascite abdominale.** *Rev. méd. de l'Est*, t. XV, 1883, p. 481.
- Opération de bec-de-lièvre compliqué.** *Rev. méd. de l'Est*, t. XV, 1883, p. 399.
- Le Spondylisme ou affaissement vertébral comparé à la Spondylolisthésis ou glissement vertébral.** *Annales de gyn. et Arch. de Tocol.*, 1877.
- Spondylisme et Spondylolisthésis, nouveaux documents pour l'étude de ces deux espèces de lésions pelviennes.** *Annales de gynéc.*, mai 1882.
- Le docteur Constant Soucerotte** (de Lunéville). Notice biographique, Nancy, Berger-Levrault, édit., 1885.
- Soranus d'Ephèse accoucheur.** Contribution à l'étude de la version podalique. Extrait des *Annales de gynéc.*, 1882.
- Extirpation de la matrice, Esquisse historique, opération princeps de Sauter.** G. Steinheil, 1885.
- Un accouchement à travers un bassin rétréci.** *Rev. méd. de l'Est*, t. XVIII, p. 172, 1886.
- Castration des femmes.** *Rev. méd. de l'Est*, t. XIX, 1887, p. 199.
- Les Chamberlen, Jean-Palfin,** d'après le travail d'AVELING par SAENGER, traduction avec commentaires, *Annales de gynécologie*, janvier 1888.
- La nature et le traitement de la fièvre typhoïde** (*Rev. méd. de l'Est*, t. XX, 1888, p. 758).
- Communication sur la **Syphilis cérébrale.** *Soc. de méd. de Nancy*, 11 nov. 1891.
- Aperçu historique sur Semmelweis et l'antisepsie.** *Rev. méd. de l'Est*, t. XXX, 1893, p. 545.
- Traité des déviations utérines,** par le professeur SCHULTZE, de l'Université d'Iéna, traduction, Octave Doin, édit. Paris, 1884.
- A propos du massage dans le traitement des fractures.** *Rev. méd. de l'Est*, t. XXVIII, 1896, p. 568.
- Essai d'une histoire de l'obstétricie,** par E.-GASP DE SIEBOLD, traduit de l'allemand avec additions, figures et appendice, 3 vol., G. Steinheil, édit., 1893.
- Soranus d'Ephèse, traité des maladies des femmes et Moschion son abrégiateur,** traduits et annotés, 1 vol., p. 237. Nancy, Berger-Levrault et Cie, édit., 1895.
- Le professeur Joseph-Alexis Stoltz.** Sa carrière et l'analyse de ses travaux. Extrait des *Annales de gynécologie*, nov. 1896, G. Steinheil, édit.
- Quelques mots sur l'histoire du traitement du pied bot.** *Soc. de méd. de Nancy*, 8 nov. 1899.

618.32

VARIOLE ET GROSSESSE

Par le professeur **QUEIREL**.

Si l'on doit être opportuniste, politique à part, c'est certainement quand on est professeur de clinique obstétricale. Je veux dire par là, qu'on doit saisir les occasions qui se présentent d'étudier une question quand on en a les éléments en mains.

C'est dans cette pensée que nous avons cru qu'il serait intéressant pour vous de voir traiter, au milieu de l'épidémie que nous traversons, le sujet de l'influence de la variole sur la grossesse.

Vous auriez pu voir, en effet, et quelques-uns d'entre vous ont vu, ces jours passés, une femme en travail, évacuée du pavillon 4 où elle était soignée d'accidents syphilitiques secondaires et, pour spécifier, de plaques muqueuses à l'anus. M. Terras, notre interne, l'a délivrée à l'aide du forceps. Je vous ai fait même remarquer la conformation singulière de la tête de l'enfant, dont nous retrouverons l'histoire dans une autre leçon. Cette femme avait, le soir de son accouchement, une forte fièvre qui continua jusqu'à son évacuation chez les varioleuses, où elle est encore en ce moment, atteinte d'une variole assez discrète. L'enfant avait succombé le troisième jour. Il est certain qu'elle était en période d'incubation de la petite vérole quand on nous l'a envoyée; comme elle était à terme, d'une part, et que, de l'autre, son enfant est mort d'une hémorragie méningée, nous ne pouvons en tirer aucune conclusion à propos de la variole compliquant la fin de sa grossesse.

Mais nous avons une statistique, prise avec grand soin par M. Terras, dans le service des varioleuses, où nos observations, encore que peu nombreuses (elles sont au nombre de 49), nous permettront d'aborder quelques points importants de cette question pleine d'actualité.

Ce n'est point sans raison que, de tout temps, on a considéré l'influence de la variole sur la grossesse comme des plus fâcheuses et d'une valeur pronostique des plus graves. Mais si tout le monde est

d'accord sur ce point, les modernes comme les anciens, quoique peut-être différant sur la mesure de cette gravité, il reste, sur le pourquoi, quelques points d'interrogations qui ne sont pas encore nettement élucidés, par exemple la cause de l'avortement, et qui se recommandent à toute la sagacité des observateurs.

Ce que tout le monde admet, c'est que de toutes les fièvres éruptives et peut-être de toutes les maladies aiguës, y compris la pneumonie, la variole est celle qui est la plus fatale à la mère et au fœtus ; 52,60 p. 100 des cas recueillis dans notre hôpital, sans doute à raison de la forme grave de l'épidémie, sont des décès maternels, et 73 p. 100 si l'on envisage le sort des fœtus.

Barthélemy avait observé, en 1881, que si la grossesse était avancée la mère courait 60 risques p. 100 de succomber et très peu de temps après l'accouchement.

Les statistiques brutes qui comprennent toutes les formes de la maladie donnent des chiffres moins élevés, les varioles discrètes compensant les varioles graves. Mais le nombre des décès s'élève encore à 37,86 p. 100, c'est la moyenne des quatre suivantes :

Queirel	19 cas	10 décès	
Charpentier	92 —	34 —	(réunion de plusieurs cas publiés
San-Gregorio(Milan).	72 —	26 —	dans son ouvrage).
Barthélemy.	<u>23 —</u>	<u>8 —</u>	
Total.	206 cas	78 décès.	

Soit 37,86 p. 100.

L'accord se fait aussi, parmi les auteurs, sur la provocation fréquente de l'avortement ou de l'accouchement prématuré :

Queirel.	19 cas	4 avortements
Charpentier	92 —	40 —
San Gregorio	72 —	31 —
Talamon	24 —	14 —
Richardière	13 —	6 —
Couremenos	28 —	7 —
Roger	25 —	7 —
Barthélemy	<u>23 —</u>	<u>11 —</u>
Total	296 cas	130 avortements.

Presque 44 p. 100, exactement 43,90 p. 100.

Si l'on constate que ces statistiques sont assez différentes, cela

tient à ce que, dans les épidémies qui en ont donné les éléments, la forme de la maladie affectait une gravité différente aussi. Celle que nous venons d'observer, par exemple, était surtout hémorragique et voilà pourquoi notre relevé est plus noir que les autres.

Vous voyez déjà, Messieurs, que la variole est une complication redoutable pour la grossesse; mais ces statistiques brutes, globales, ne sauraient vous donner une juste idée du rapport quelquefois excessif de la mortalité et de l'interruption fatale de la gestation dans toutes les formes de la maladie.

En effet, ces chiffres comprennent des cas bien différents relativement à l'intensité de l'affection et c'est ainsi que ces deux résultats : mort de la mère et mort du fœtus, deviennent plus fréquents à mesure qu'on observe des varioles discrètes, cohérentes, confluentes ou hémorragiques.

Je dirai presque que dans les varioles discrètes, le pronostic n'est pas assombri par la gravité et que l'avortement qui s'y constate plus rarement est sans préjudice pour la guérison de la mère et la terminaison heureuse de l'accouchement.

Dans nos observations nous avons noté l'interruption de la grossesse dans 1/8 des cas.

Mais déjà dans la forme cohérente, si la mère guérit souvent, l'avortement y devient plus fréquent.

Statistique Queirel	1 cas	1 avortement
— Roger	8 —	2 —
Total	9 cas	3 avortements.

ce qui fait un tiers des cas. Mais c'est là des chiffres bien minimes pour établir une proportion. Cela vient de ce que la forme cohérente pure est assez rare et que bien des varioles cohérentes ne tardent pas à devenir confluentes, et dans celles-ci la mortalité pour la mère et l'enfant donne une bien plus grande proportion.

Statistique Queirel	2 cas	2 avortements	2 décès
— Charpentier	34 cas	18 —	17 —
— Couremenos	10 —	4 —	3 —
Total	46 cas	24 avortements	22 décès.

Soit 47,8 p. 100 de décès.

Soit 52 p. 100 d'avortements.

Mais si nous arrivons jusqu'à la variole hémorragique, nous sommes réellement effrayés par cette mortalité, à ce point qu'on peut dire qu'elle est presque toujours mortelle, pour la mère et pour l'enfant.

Statistique Queirel . . .	8 cas	8 avortements	8 décès
— Legroux . . .	2 —	1 —	2 —
— Charpentier . . .	13 —	13 —	13 —
— San-Gregorio . . .	3 —	3 —	3 —
— Roger . . .	4 —	3 —	3 —
Total . . .	30 cas	28 avortements	29 décès.

Soit 96,66 p. 100 de décès.

Soit 93,33 p. 100 d'avortements.

Et l'on comprendra mieux à présent cette parole découragée de Serres : « Avortement et mort, voilà ce qui nous reste de ce triste nécrologue et ce qui justifie le pronostic terrible de la variole chez les femmes enceintes. »

Nous en tirerons quelque enseignement à la fin de cette leçon.

Messieurs, je vous demande pardon de tous ces chiffres, mais ils étaient nécessaires pour établir d'emblée la gravité de l'affection que nous étudions et dans les conditions que nous l'étudions, c'est-à-dire dans la gestation.

Les auteurs se sont demandé le rapport étroit qui existe entre l'avortement et l'issue funeste de la maladie pour la mère. Je ne crois pas que l'avortement augmente la gravité du pronostic.

Beaucoup des femmes qui avortent ne meurent pas, ce qui est d'observation courante, mais toutes celles qui meurent avortent et accouchent prématurément. Il n'y a d'exception que pour les cas où la variole évolue tellement rapidement que l'utérus n'a pas eu le temps d'expulser le produit de la conception et dans cette occurrence le fœtus est toujours mort.

Cette question de l'avortement nous intéresse au premier chef, nous autres accoucheurs, et on en a cherché la cause déterminante sans s'arrêter jusqu'ici à rien de décisif.

S'il est vrai, comme le dit mon éminent maître et ami, le professeur Pinard, « qu'il paraît certain qu'on n'a trouvé, en aucun cas, de lésions du placenta ou des membranes », cette constatation ne saurait être acceptée que pour les lésions macroscopiques.

S'il est vrai que, dans la pluralité des cas, la métrorragie n'est

qu'un symptôme de l'avortement plutôt qu'elle n'en est la cause, il faut en excepter les cas de variole hémorragique, dans lesquels des suffusions sanguines se montrent sous la peau ou sous les muqueuses et donnent lieu à des épitaxis nasales ou utérines; et il me semble plausible d'accepter le décollement de l'œuf pour ces sortes d'hémorragies? Je n'en veux pour preuve que la sortie en bloc d'œufs de 5 mois et au-delà.

Dernièrement le professeur Pinard citait un cas d'hémophilie où il fut impossible de préciser la cause d'un accouchement prématuré, soit par l'interrogatoire de la femme, soit par l'examen des annexes. Mais dans l'hémophilie, comme dans la variole, n'est-ce pas le sang qui peut être incriminé?

Dans les cas non seulement d'avortement, mais d'accouchement prématuré et même à terme, où l'œuf sort intact, en bloc, nous pensons qu'il y a toujours altération des liens utéro-placentaires qui prépare, en quelque sorte, ou du moins facilite le décollement. Les recherches microscopiques, entreprises sur notre initiative, par notre ancien chef de clinique, le docteur Dumon, quoique peu nombreuses encore, semblent confirmer cette manière de voir. Mais je le répète; ces lésions ne sont point incompatibles avec le décollement par hémorragie; bien au contraire, et elles seraient plutôt comparables à celles qui, dans l'albuminurie gravidique, produisent ces foyers sanguins dus à l'extravasation, à l'infiltration du sang et à l'altération secondaire des capillaires des villosités chorales. On sait que ces épanchements, ces hématomes, peuvent acquérir un volume tel qu'ils constituent une des complications les plus graves de la grossesse. Je veux parler du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Du reste la constitution normale du placenta ne fournit-elle pas l'exemple d'une hémorragie en quelque sorte physiologique, circonscrite directement par des cellules fœtales?

Vous ne trouverez donc pas étonnant que nous laissions de côté les causes, à notre avis, banales qu'on a invoquées, telles que l'hyperthermie et la rachialgie. La saturation du sang artériel par l'acide carbonique a été aussi invoquée pour expliquer les contractions utérines prématurées. Brouardel était de cet avis, Chambrelent, de Bordeaux, y ajoute, nous semble-t-il, une trop grande créance; car fondée sur l'expérimentation de Brown-Séquard pour expliquer la cause déterminante de l'accouchement, cette théorie n'a pas été confirmée par l'expé-

rience clinique et vous savez, d'autre part que le fœtus n'a pas besoin, pour suffire à son hématoze, du même coefficient d'oxygène que l'enfant déjà venu au monde. Nous admettons aussi une autre cause plus en harmonie avec les données modernes sur les fonctions hématiques du placenta et qui vient éclairer, au point de vue clinique, la transmission de la variole de la mère au fœtus. Qu'il y ait des cas de variole congénitale, intra-utérine, cela n'est pas douteux. L'observation rigoureuse le prouve surabondamment et l'on est bien forcé d'accepter ces faits, malgré la difficulté de les interpréter et malgré les obscurités qui règnent encore sur le processus qui les produit.

Il existe une loi, appelée Brauell-Davaine, qui pourrait bien être aujourd'hui moins absolue qu'on ne le croyait encore ces dernières années, jusqu'à la thèse de Chambrelent, 1883. Cette loi consacrait la supériorité du filtre placentaire, comme s'opposant au passage dans les villosités choriales des éléments figurés, contenus dans le sang maternel, la bactériémie charbonneuse en particulier. Mais cette loi consacrait aussi, d'autre part, la réalité de l'impuissance des liquides, chargés de toxines microbiennes, de communiquer au fœtus la maladie infectieuse de la mère. Il fallait que les microbes passassent dans le sang fœtal pour reproduire les mêmes désordres constatés chez la mère. C'est ce que Charrin appelle *l'hérédité directe*. Si du sang filtré par le placenta n'infecte pas le fœtus ou ne le rend pas indemne, c'est que celui-ci n'a pas reçu l'imprégnation. Il manque à son organisme la présence d'éléments figurés, qui se sont arrêtés dans le placenta maternel exclusivement. Mais il n'en est plus ainsi si les micro-organismes peuvent y entrer avec effraction, en un mot si le placenta fœtal, si les villosités choriales ne sont point en parfait état d'intégrité. Et alors Malvoz semble mettre tout le monde d'accord en expliquant les défaillances de la loi d'arrêt, par une altération préalable des villosités, déchirures plus ou moins importantes, plus ou moins apparentes. Certes c'était une explication : quand la maladie se communiquait de la mère au fœtus, déchirure placentaire, passée inaperçue ; quand elle ne se communiquait pas, intégrité du placenta.

Vous avouerez, qu'en tout cas, c'était une explication à posteriori et qu'elle était peu scientifique. Aujourd'hui, nous en avons de fondées sur une étiologie plus positive.

Dans une telle question, si l'on peut négliger les résultats négatifs comme ne prouvant rien ou pas grand'chose, il n'en est pas de même

des résultats positifs et c'est à prouver la réalité et la fréquence de ceux-ci que plusieurs savants se sont employés et avec succès, du moins nous le croyons.

Avec le temps, l'expérience et l'étude pratique des cultures, on a pu se convaincre que la bactériémie du charbon avait été mal choisie pour étayer la loi, séduisante d'ailleurs, de Brauell-Davaine. Si, en effet ce micro-organisme trop gros ne passait pas par osmose dans la villosité chorale, d'autres, plus petits ou plus agités, traversaient le double revêtement qui isole cette villosité du lac sanguin dans lequel elle baigne ; le microbe du choléra des poules, par exemple, qui a servi à Chamberlent pour démontrer juste le contraire de ce qu'avait dit Davaine, à savoir la possibilité du passage sans effraction de quelques éléments figurés dans le placenta fœtal.

Ceux-ci, d'ailleurs, y sont toujours en petit nombre, surtout comparés à ceux que l'on trouve dans le sang de la mère et c'est ce qui explique l'incertitude qui a régné si longtemps sur cette question. L'examen direct, il faut bien le dire, est très difficile, mais nous avons heureusement un réactif des plus sensibles pour révéler et attester la présence des microbes dans une humeur, c'est l'inoculation de celle du fœtus à des animaux sains, c'est la méthode des cultures dont les résultats positifs reproduisent l'infection maternelle. Quand on fait l'autopsie d'enfants morts *in utero*, on trouve déjà leurs organes splanchniques intéressés et présentant des lésions dues à l'infection microbienne. Or, c'est par le sang fœtal qui charrie les bactéries puisées dans le sang maternel que se produisent, que se transmettent ces lésions pathologiques. Et le cas qui nous occupe ne saurait faire une exception à la loi Pasteur : que, dans les maladies à microbes, la virulence est fonction exclusive du microbe. Bollinger, en voulant confirmer la loi Bauell-Davaine, est venu apporter un argument nouveau en faveur de la perméabilité du placenta. Il a démontré, d'une façon plus claire et plus précise encore que ses devanciers, que c'était bien les bacilles eux-mêmes qui renferment le contagium et non les liquides du sang, puisque le fœtus qui est privé des bacilles ne donne que des inoculations négatives. D'où il faut conclure que quand les inoculations sont positives, et les expériences de Strauss et Chamberland prouvent qu'elles le sont souvent, c'est bien que le sang du fœtus renfermait des bacilles. Il ne reste, pour expliquer cet ordre de fait, que la déchirure placentaire, toute hypothétique, si l'on ne veut pas admettre la perméabilité de l'organe intact.

Si nous voulions entrer dans plus de détails, nous dirions que d'autres microbes que ceux du charbon, d'autres organismes que ceux de la variole ont été l'objet d'études de chercheurs consciencieux, de Netter pour le pneumocoque, de Marchand, pour le charbon ; de Chantemesse et Widal et d'Eberth, lui-même, pour le microbe qui porte son nom, et enfin, de Roger et Weil qui auraient trouvé le véritable micro-organisme propre et spécial à la variole ; études confirmatives de la preuve de leur passage à travers le placenta fœtal intact. On peut se demander si l'infection variolique du fœtus ne serait pas due au passage d'un aérobie, avide d'oxygène, qui envahirait rapidement le sang ?

De toutes ces recherches délicates, il faut retenir ceci : qu'elles expliquent les différences que nous rencontrons en clinique et leur apparence contradictoire, soit de la variole transmise au fœtus d'une façon appréciable, *in utero*, soit de la variole transmise, manifeste, seulement après la naissance, la période d'incubation commencée dans le sein maternel, soit enfin de l'immunisation du fœtus, en quelque sorte inoculé faiblement et, tout cela serait conforme à la doctrine et à la pratique de Chauveau et par conséquent, résulterait de la variabilité des doses microbiennes intra-utérines. Enfin, la non-immunisation de l'enfant qui peut se démontrer par les résultats positifs d'une vaccination, quelques jours après la naissance. Il va sans dire que les premiers seront réfractaires à la variole et à la vaccine. C'est ce que nous avons constaté, ces jours-ci, chez une de nos femmes grosses qui avait eu une variole discrète au cinquième mois et dont l'enfant a été vacciné sans succès, et en même temps nous avons vu une des femmes qui a accouché à terme, malgré une variole au neuvième mois, donner le jour à un enfant vacciné avec succès quelques jours après sa naissance. On peut dire que si le premier de ces nouveau-nés a subi la loi commune de l'hérédité, comme l'entendait Charrin, le second n'a fait exception que parce que sa mère, comme dans les syphilis de la fin de la grossesse, n'a pas eu le temps de le contaminer ou plutôt de l'immuniser.

Nous concluons donc que c'est par la transmission au fœtus du microbe, encore inconnu ou peu connu, de la variole, lequel détermine des phénomènes septicémiques et des lésions placentaires microscopiques, que l'on doit expliquer l'avortement.

Quoi qu'il en soit, nous observons cet avortement à toutes les périodes de la maladie et aux divers âges de la grossesse, avec une égale fré-

quence et il nous semble que l'on n'est pas autorisé à affirmer que l'âge de la grossesse influe sur le double pronostic de son interruption ou de la gravité de la maladie.

Parmi nos malades, l'une d'elles a avorté à 6 mois de 2 jumeaux, avec placenta unique. Aucun des fœtus n'avait de traces de variole, mais il faut que vous sachiez que, des 2 jumeaux, dans d'autres cas, un seul peut avoir reçu la contamination. Fumée, de Montpellier, en a publié un exemple. Kaltenbach cite une observation d'une grossesse trigémellaire où 2 fœtus furent atteints de la variole et le troisième fut indemne. Ceci s'est observé aussi et plus nettement dans les expériences de Straus et Chamberland. En effet, voici le résumé de leur vingt-quatrième : femelle cobaye pleine, inoculée avec culture virulente, le 9 décembre, à 5 heures du soir. Morte du charbon le 11 au matin, autopsie à 11 heures. L'utérus contient 2 fœtus. Les trois flacons de bouillonsensemencés avec le sang de l'un des fœtus demeurent stériles ; les trois flaconsensemencés avec le sang de l'autre fœtus ont cultivé tous les trois.

Vous n'ignorez pas que les femelles de quadrupèdes ont une matrice bicornue et pour que de pareils résultats soient obtenus, il faut qu'il y ait deux œufs. De même chez la femme, ce résultat d'un seul enfant atteint ne peut s'observer que dans les grossesses bivitellines. Enfin, il n'est pas nécessaire que la mère ait elle-même la petite vérole pour que le fœtus la contracte *in utero*. Si l'on en croit les auteurs, l'illustre Mauriceau naquit avec des stigmates de variole, alors que sa mère indemne soignait peu avant la naissance du célèbre accoucheur son frère atteint de cette maladie.

Blot et Devillier ont cité des cas semblables. Chaigneau rapporte le cas d'une fille de salle des varioleuses qui, au huitième mois, accoucha d'un enfant présentant des pustules varioliques quoiqu'elle-même n'ait pas eu la variole.

Chantreuil nous donne une observation doublement intéressante, en ce sens qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire où un seul fœtus avait la variole, la mère ne l'ayant pas elle-même.

De pareils faits sont d'une explication difficile ou au moins confuse. Il faut les accepter et les enregistrer en attendant que la science expérimentale nous fournisse d'autres raisons que des hypothèses. Même difficulté pour expliquer le fait suivant, publié par Legros : une femme avorte à 5 mois d'un fœtus couvert de pustules varioliques, la mère

n'en portant pas de traces. Elle avait été vaccinée, mais elle avait eu des rapports 5 mois avant son avortement avec un convalescent de variole !... Comment a-t-il pu se faire que l'enfant seul ait été infecté et que cette infection ovulaire ait respecté la mère ? Messieurs, tous ces cas sont des raretés. Il est bon cependant de les connaître, ne fût-ce que pour ne pas en être surpris quand on les rencontre dans la pratique et ne pas croire qu'on est les premiers à les avoir vus ! Mais ce qu'il faut retenir, c'est la gravité de la variole et du résultat obstétrical. Il faut surtout chercher à atténuer cette gravité, puisque l'avortement est en raison directe de l'intensité de la maladie et de la forme de l'éruption. Il n'est qu'un moyen de le combattre cet avortement, c'est d'obtenir des petites véroles discrètes, en vaccinant et revaccinant toutes les femmes enceintes à la première menace d'épidémie ou quand accidentellement elles sont en contact direct ou même éloigné avec des varioleux. Il est prouvé par des chiffres authentiques et des statistiques contrôlées que la revaccination positive met à l'abri de la contagion et que dans les cas exceptionnels où elle s'effectue, malgré ce préservatif, la variole est toujours plus discrète et par conséquent moins abortive.

Messieurs, nous avons traité la question plus en accoucheur qu'en médecin, vous ne m'en voudrez pas, puisque vous êtes ici pour parfaire votre éducation obstétricale.

OBSERVATION N°	AGE	ÉVOLUTION	
	de la grossesse		
V	3 mois	Avortement	Décès.
XI	4 —	—	—
VIII	5 —	—	— Expulsion de l'œuf entier.
XVIII	5 —	—	—
X	5 — 1/2	—	— Procidence du bras et du cordon. Morte pendant l'avortement.
IX	6 —	—	— Hémorragie de la délivrance.
XII	6 —	—	— Deux jumeaux. Placenta unique.
I	7 —	Acc. prémat.	— Enfant né vivant, mort en quelques heures. Hémorragie. Délivrance artificielle. Massage de l'utérus. Injection intra-utérine chaude. Ergotinine. Hémorragie persistante malgré tout. Mort en deux heures.

8 cas de variole hémorragique — 8 interruptions de la grossesse.

OBSERV. N°	FORME de la variole	AGE de la grossesse	ÉVOLUTION		SUITES
			Avortement	Evolution normale	
IV	Discrète	2 mois	A		Deux avortements antérieurs de cause indéterminée. Curage digital. Guérison.
XV	Discrète	2 — 1/2		E. N.	Guérison.
XIII	Confluente	3 —	A		Décès.
VI	Confluente	4 —	A		Décès par broncho-pneumonie-variole.
VII	Discrète	5 —		E. N.	Guérison.
II	Cohérente	6 —	A		Guérison.
XVII	Discrète	6 — 1/2		E. N.	Guérison.
XVI	Discrète	7 —		E. N.	Guérison.
XIV	Discrète	8 —		E. N.	Guérison.
III	Discrète	9 —	Acc. normal & terme.		Guérison.
XIX	Discrète	9 —	Acc. normal & terme.		Guérison.

11 cas : 4 avortements à 2 mois, 3 mois, 4 mois et 6 mois de varioles graves. —
 7 cas où la grossesse n'a pas été interrompue : variole discrète.
 2 enfants nés à terme vivants : IV, bien portant sans trace de variole. XIX, sans
 trace apparente de variole, vacciné avec succès.
 2 décès variole confluente, 3 et 4 mois. 2 avortements.

618.35

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
Professeur AUGUSTE POLLOSSON.

ÉTUDE SUR QUELQUES POINTS CONCERNANT LES TROUBLES URINAIRES

DANS LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Par le docteur **TRILLAT**, moniteur de clinique obstétricale.

La question des complications vésicales de la rétroversion de l'utérus gravide a été traitée par un grand nombre d'auteurs depuis le travail princeps de MM. Pinard et Varnier paru dans les *Annales de gynécologie* de 1886. Si ce mémoire a fixé quelques particularités importantes et élucidé l'anatomie pathologique et la pathogénie de la cystite gangréneuse, il reste néanmoins un certain nombre de points à étudier, relatifs au fonctionnement de la vessie, qui n'ont pas été abordés dans ce travail, ni définitivement tranchés dans les publications qui ont suivi.

Ces points, sur lesquels nous désirons attirer l'attention et faire porter une discussion, sont les suivants :

- 1° Quel est le mécanisme de la rétention d'urine ?
- 2° Comment peut-on expliquer les corrections de la rétroversion par le simple cathétérisme évacuateur ?
- 3° Quelle est la signification du symptôme particulier décrit par Laroyenne et que nous pouvons noter dans nos deux observations, à savoir : la miction sous l'influence d'une faible pression sur les parties postéro-inférieures du vagin ?

Nous avons profité de deux observations provenant de la clinique gynécologique de Lyon et des idées exprimées par M. Auguste Pollosson dans une leçon clinique qu'il a faite à leur occasion pour essayer d'entreprendre l'étude de ces points.

OBSERVATION I (*inédite*) M. Trillat, interne du service. — L. X..., 41 ans, vient de la Haute-Savoie, envoyée avec le diagnostic de rétention d'urine.

On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents personnels. Mariée à 21 ans, VI pare, elle a eu quatre enfants vivants. Le dernier a trois ans.

En 1902, cinquième grossesse, elle accouche à terme d'un enfant mort depuis quinze jours environ. Les suites furent normales.

En octobre 1903, la malade devient enceinte pour la sixième fois. Les dernières règles datent du 1^{er} octobre. Les premiers mois de la grossesse furent bien supportés. En janvier 1904 surviennent quelques symptômes urinaires, consistant en une gêne assez marquée de la miction, l'émission de l'urine est pénible, l'envie d'uriner fréquente. Constipation très marquée.

Cet état se poursuit sans aggravation jusqu'au 5 février. A cette date se produit une hémorragie assez abondante arrêtée spontanément : une sage-femme appelée aurait dit qu'il y avait paralysie de la vessie, cependant le cathétérisme ne fut pas pratiqué. L'hémorragie laissa après elle des douleurs abdominales et lombaires vives, presque constantes. La constipation, qui avait apparu dans les semaines précédentes, devint très opiniâtre et fut combattue par des lavements quotidiens. Il semble que l'évacuation du contenu intestinal ait calmé les douleurs abdominales, qui diminuèrent d'intensité. Néanmoins il fut impossible d'obtenir des évacuations alvines régulières, et la constipation persista. Les symptômes urinaires augmentaient en même temps; l'expulsion de l'urine se faisait de plus en plus difficilement, malgré les nombreuses tisanes prises pour combattre cette dysurie.

Le 20 février, nouvelles douleurs abdominales. Le ventre se mit à grossir en quelques jours et la miction spontanée devint impossible. Le médecin appelé dut sonder la malade ce jour-là; il retira une urine claire, d'une quantité de 5 litres environ. Le cathétérisme fut accompagné d'un soulagement immédiat des douleurs.

Le lendemain, on dut sonder la malade à nouveau, aucune miction spontanée n'avait eu lieu dans l'intervalle. Les jours suivants, le médecin vint la sonder toutes les vingt-quatre heures seulement à cause de l'éloignement.

Pendant neuf jours la vessie est ainsi vidée quotidiennement une seule fois : pendant tout ce temps l'urine reste claire.

Le 29. — La sonde retire du pus à la fin du cathétérisme : l'état général s'aggrave.

Les douleurs, qui avaient été soulagées par les premiers sondages, reparaisent très vives, elles ne laissent aucun repos à la malade, dont les jambes présentent de l'enflure. (Tous ces détails rétrospectifs, ainsi que les dates précises, nous ont été donnés par l'entourage.)

Devant l'aggravation des symptômes, l'absence de soulagement donné par le cathétérisme, la présence du pus dans l'urine, son médecin lui conseille de venir à la Charité.

Le 1^{er} mars 1904, la malade part pour Lyon. Le voyage fut long et pénible; après plusieurs heures de voiture elle est transportée en chemin de fer. En cours de route on doit la sonder : elle s'arrête à Bellegarde, un médecin appelé retire une urine sanglante et fétide.

Elle entre dans la clinique du professeur Auguste Pollosson.

État de la malade le 1 mars 1904. — Appelé à la voir d'urgence le soir, la malade est trouvée dans un état très grave.

Elle est oppressée, paraît pâle, bouffie, les lèvres fuligineuses, la langue sèche, les dents couvertes d'enduit jaunâtre.

Les réponses sont lentes, entrecoupées par une respiration haletante; la parole est sourde et embrouillée. Elle dit seulement qu'elle est venue ici sur les conseils de son médecin pour une grossesse arrêtée.

Le ventre est distendu par une tumeur trouvée mate à la percussion remontant jusqu'à l'ombilic, de consistance flasque, peu tendue. La pression sur la tumeur est douloureuse, les flancs sont sonores.

Le toucher vaginal est pratiqué dans le lit de la malade; le vagin paraît très profond, très étiré, on doit longer la symphyse pubienne pour suivre la direction des parois vaginales; la paroi postérieure du vagin est fortement refoulée en avant par une tumeur qui commence à 3 ou 4 centimètres de l'orifice vulvaire pour se poursuivre en haut. Le col n'est pas senti. Cette masse semble fermer complètement le vagin, cependant on peut arriver à glisser ses doigts entre elle et la symphyse. Il se produit alors un phénomène surprenant: ce fut l'écoulement abondant d'un liquide sanglant, à odeur forte, légèrement putride, sans caillots, dont il fut impossible au premier moment de préciser la nature et l'origine.

Ce liquide s'écoule sous forte pression, très abondant, inondant le lit. L'issue du liquide fut accompagnée d'une diminution de tension dans la masse abdominale; de plus, la pression avec la main sur l'abdomen augmentait encore la rapidité de l'écoulement. En cessant d'appuyer sur la masse vaginale, tout écoulement s'arrêtait.

Il est impossible de percevoir le col utérin. Deux litres de liquide environ sont ainsi retirés.

La température à l'entrée est de 38°,9. L'exploration du poumon et du cœur est négative. On note un œdème prononcé des deux jambes.

2 mars. — Le lendemain la malade est transportée dans la salle d'examen et présentée au professeur Pollosson. Les symptômes sont les mêmes que ceux déjà décrits.

Vu la présence de la fièvre, la perception de la masse vaginale, on songe un instant à pratiquer une intervention immédiate, mais l'examen plus approfondi du symptôme décrit plus haut met sur la voie du diagnostic.

On s'aperçoit, en effet, que le liquide qui sort, en refoulant en arrière la masse contenue dans le Douglas, vient en réalité de l'orifice urétral très remonté par l'étiement en hauteur des parois du vagin. Le professeur Auguste Pollosson pose alors le diagnostic de rétroversion d'utérus gravidé avec rétention d'urine.

Une sonde est introduite dans la vessie, c'est une sonde molle qui doit être poussée très profondément; on retire ainsi 2 litres de liquide rougeâtre ayant les mêmes caractères que celui retiré la veille. L'écoulement d'urine

s'arrêta spontanément, bien que la masse abdominale fut toujours volumineuse, la sonde retirée, on constata, engagés dans l'orifice et l'obstruant, des débris de fausses membranes. Urines fétides et fausses membranes ce sont bien là les symptômes de la cystite gangréneuse qui compliquent si vite la rétention d'urine d'origine gravidique.

L'exploration du cul-de-sac postérieur montre que la masse qui bombe dans le Douglas est un peu remontée et moins tendue. On peut sentir très haut le col utérin mou, entr'ouvert.

On décide de pratiquer un examen intra-vésical plus complet. La malade est alors endormie à l'éther, l'urèthre dilaté par des bougies d'Hégar, puis l'index introduit à son intérieur.

L'urèthre est très allongé, sa longueur est celle de l'index. On peut très difficilement pénétrer dans la cavité vésicale ; il existe sur la paroi postérieure de la vessie une saillie qui soulève cette paroi au niveau du trigone de Lieutaud et empêche le doigt d'aller plus avant.

Une sonde est introduite à nouveau, il sort encore un litre d'urine fétide : la vessie est complètement vidée. On essaye de préciser, au cours du cathétérisme, à partir de quelle profondeur se produit l'écoulement d'urine, et on constate que c'est à partir d'une profondeur de 8 à 9 centimètres.

Le toucher vaginal, pratiqué à ce moment, permet de constater que l'utérus est mobilisable sans difficulté, sa réduction complète s'obtient sans aucune peine.

Vu la gravité de l'état général, l'intervention est complétée par l'avortement provoqué. La poche des eaux est rompue avec les doigts, il s'écoule un liquide amniotique rougeâtre, en très grande abondance pour l'âge de la grossesse. Le fœtus est extrait. Délivrance artificielle. Mèche intra-utérine.

La malade est reportée dans son lit ; des lavages vésicaux faits toutes les quatre heures sont prescrits.

La température prise le matin de l'intervention est de 39°,4 ; elle est de 39°,9 le soir.

Le fœtus extrait a environ 25 centimètres de long ; le placenta est de la largeur de la paume de la main.

Les urines extraites par le cathétérisme et filtrées contiennent de l'albumine.

3. — L'état général va en s'aggravant. La malade a du délire. Lavage intra-utérin, sondage régulier.

4. — La malade meurt dans la matinée avec des phénomènes urémiques.

L'autopsie n'a pu être pratiquée, les familles ayant mis opposition. Nous avons néanmoins tenu à nous rendre compte de l'état de l'utérus ; et par voie vaginale l'utérus fut extrait avec la vessie.

Il n'y avait aucune adhérence utérine, et la vessie, très épaisse, présentait tous les caractères de la cystite gangréneuse ; la muqueuse est épaisse, se détachant par lambeaux puriformes.

L'utérus n'était plus en rétroversion.

OBSERVATION II (inédite). (Rédigée par M. CÔTTE, interne des Hôpitaux). — S..., 42 ans. La malade vient à la clinique parce qu'elle souffre du ventre.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement : convulsions dans l'enfance, aucune autre maladie.

Réglée à 14 ans, très régulièrement, règles non douloureuses.

Mariée à 28 ans. Première grossesse l'année suivante, terminée à la clinique par une basiotripsie (docteur Jamin).

Les règles ont été régulières dans la suite jusqu'au début du mois de septembre 1906. A partir de ce moment, interruption des règles.

La malade a pu continuer son travail, malgré sa grossesse, jusqu'au 22 décembre 1906 ; à ce moment métrorrhagies peu abondantes, quelques douleurs abdominales et apparition de troubles urinaires consistant dans de la difficulté pour uriner. Elle dit être obligée de faire des efforts considérables pour uriner et encore ne pouvoir vider complètement sa vessie.

A l'entrée, 29 décembre 1906, on constate une tuméfaction occupant l'hypogastre et remontant à l'ombilic.

On reconnaît qu'il s'agit de la vessie, le sondage pratiqué retire deux litres d'urine.

La femme présente des déformations osseuses rachitiques très marquées.

Les fémurs dessinent une parenthèse accentuée ; la crête tibiale est saillante et sinueuse, chapelet costal, etc.

Température rectale, 38°,4.

L'examen pratiqué le 31 décembre par le professeur Auguste Pollosson montre que, la vessie étant pleine, il est impossible d'arriver sur le col utérin par le toucher vaginal. Le cul-de-sac postérieur bombe fortement en avant, il est distendu par une tumeur molle, *en appuyant sur cette tumeur, il s'échappe un jet d'urine* ; en cessant d'appuyer, le jet s'arrête.

La malade est sondée, on retire 1.800 grammes d'urine légèrement trouble. Pas d'albumine. La distance à laquelle il faut pousser la sonde est mesurée de 9 centimètres.

Sous anesthésie, après évacuation de la vessie, on arrive, en s'aidant du palper abdominal, sur la lèvres postérieure du col qui est située très profondément au-dessus de la symphyse pubienne. La lèvres antérieure du col est à une hauteur de la symphyse que la main abdominale évalue à 4 travers de doigt, c'est-à-dire 7 centimètres.

Après l'évacuation, il devient facile de réduire la masse postérieure et de faire franchir le promontoire au col utérin. Mais le col reste élevé et, pour l'abaisser, on doit ériger en bas sa lèvres postérieure.

On constate alors que le col utérin est légèrement entr'ouvert, des membranes bombent par son orifice.

On décide l'évacuation immédiate de l'utérus. Une dilatation digitale du col est facilement effectuée, un fœtus vivant est extrait, et après lui le placenta et les membranes. Le fœtus mesurait 20 centimètres de long.

La température est descendue à la normale après l'intervention ; les

troubles urinaires ne se sont pas reproduits et la malade quitte le service, guérie, le 5 janvier 1907.

I. — Constatations anatomiques fournies par nos observations.

Nous avons pu, dans nos deux observations personnelles, préciser un certain nombre de points particuliers sur lesquels peu de données précises ont été publiées. Des mensurations digitales ou instrumentales à l'hyستéromètre nous ont permis de nous rendre très exactement compte des modifications apportées par la bascule de l'utérus et la distension vésicale à la disposition des organes pelviens.

Nous avons surtout cherché à établir la situation du col utérin, l'élongation urétrale, la distension des parties basses de la vessie. Le toucher vaginal profond, l'exploration intra-vésicale faite sous anesthésie, le repérage exact par rapport à la symphyse pubienne des organes déplacés nous ont amené à la construction de la figure schématique ci-jointe.

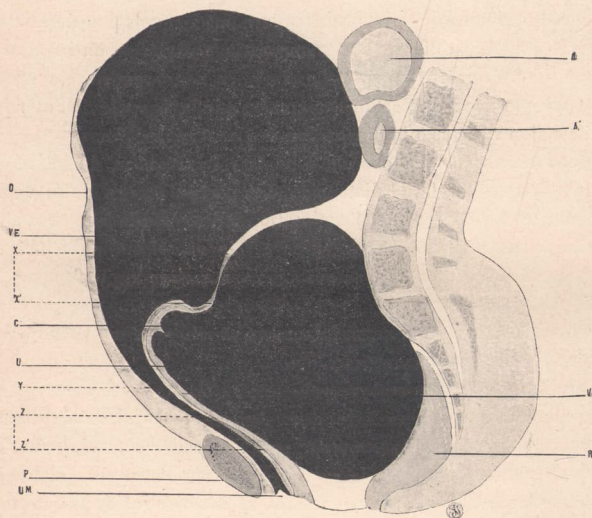
Ce schéma, que nous reproduisons en demi-grandeur nature, a été dessiné de la façon suivante :

La distance de la symphyse pubienne au promontoire a été évaluée d'une façon très exacte par le toucher vaginal mensurateur ; la hauteur de la symphyse déterminée ensuite par le procédé habituel. La hauteur du col utérin au-dessus de la symphyse fut appréciée par le toucher vaginal. Quant à l'élongation urétrale et à la disposition du col de la vessie et de l'infundibulum vésical nous avons pu l'évaluer par le toucher intra-vésical et par le cathétérisme.

Si notre dessin n'a pas la valeur d'une coupe congelée et la précision des mensurations cadavériques, il ne représente pas moins, avec une grande exactitude et au centimètre près, la disposition des organes pelviens. — Dans nos deux cas, d'ailleurs, les mensurations ont singulièrement concordé, et les mêmes chiffres ont été trouvés dans le second cas que ceux qui avaient été notés pour le premier, trois ans auparavant.

1° LA SITUATION DU COL UTÉRIN ET SES RAPPORTS AVEC LA SYMPHYSE PUBIENNE nous paraissent, en premier lieu, dignes de remarque. Le col utérin fut difficile à trouver même par le toucher vaginal profond. L'in-

dex et le médius, poussés plus haut, sentaient en avant la résistance osseuse de la paroi postérieure de la symphyse pubienne, en arrière la saillie molle de l'utérus, et aucune trace du col utérin n'était perçue. Si l'on pousse très profondément les doigts, en déprimant avec force les parois du vestibule, on peut arriver à sentir, par l'extrémité de la pulpe du doigt le plus long, la dureté caractéristique du col. On est, à



Rétroversion d'utérus gravide au 3^m mois. — Rétention d'urine (schématique).

O, ombilic; — VE, vessie; — C, col utérin; — U, utérus; — Y, infundibulum vésical; — P, Symphyse pubienne; — UM, méat uréthral; — V, Vagin; — R, rectum; — A-A', anses intestinales; — XX', zone d'adhérences vésico-utérines; — ZZ', zone d'adhérences uréthro-vaginales.

ce moment, bien plus haut que le bord supérieur de la symphyse, et nous n'avons pas exagéré cette hauteur en l'évaluant à 7 centimètres. Il arriva même que le col ne put être trouvé dans le cas de distension maxima, et il fallut évacuer une certaine quantité d'urine pour le percevoir. C'est d'ailleurs sous anesthésie que cette constatation a pu être précisée.

Non seulement le col est reporté en haut, mais encore il est au-dessus de la symphyse pubienne et proche de la paroi abdominale

antérieure, vers laquelle le doigt explorateur a la sensation d'être dirigé.

Cette hauteur du col utérin ne va évidemment pas sans un étirement considérable en haut de la paroi vaginale antérieure; il n'y a plus de plis de la muqueuse, les colonnes du vagin sont effacées, les parois de l'organe sont lisses, tendues, le conduit est développé au maximum dans le sens de sa longueur.

Tous les auteurs signalent bien cette difficulté de la recherche du col utérin, cette situation en haut et en avant qui est si frappante; mais il nous semble qu'ils n'insistent peut-être pas assez sur la distance qui sépare le col du bord supérieur de la symphyse: c'est là un point intéressant à déterminer dans ces formes à distension vésicale très accentuée.

Donc, d'après nos constatations, le col utérin est situé à 7 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

2° DONNÉES FOURNIES PAR LE TOUCHER INTRA-VÉSICAL (*longueur de l'urèthre; infundibulum vésical; saillie du col utérin dans cet infundibulum*). — Après une dilatation aux bougies d'Hégar, facilement effectuée, l'index est introduit dans le canal de l'urèthre afin de chercher des constatations plus précises.

A ce moment, la vessie est déjà presque évacuée par le cathétérisme, le fond utérin est partiellement refoulé par pression vaginale; la malade est endormie, ce qui permet à une main placée sur l'abdomen de refouler et d'abaisser le col vésical et de faciliter la pénétration plus profonde du doigt urétral.

Le doigt parcourt d'abord le canal de l'urèthre, mais au lieu de pénétrer, comme dans une exploration vésicale ordinaire, dans une cavité largement étalée, dès que l'orifice interne de l'urèthre est franchi, les conditions sont toutes différentes: le doigt après avoir parcouru le canal urétral régulier pénètre dans un autre canal, qui continue le premier en s'évasant progressivement à mesure qu'on s'élève, de façon à former un entonnoir étroit, très allongé, qui vient prolonger en haut le canal urétral.

Cet entonnoir ou *infundibulum* fait évidemment partie de la vessie, puisque nous pouvons établir par le cathétérisme que l'urèthre se termine à une hauteur beaucoup moins grande que le point où pénètre à présent le doigt.

Cet infundibulum est constitué en avant par la paroi antérieure de la vessie, en arrière par la saillie formée par le col utérin qui soulève le bas-fond vésical et qui est appliquée contre la paroi postérieure de l'infundibulum.

Dans le sens transversal, cette portion vésicale est également canaliculée, s'évasant à mesure qu'on s'élève; mais il faut atteindre le niveau supérieur du col pour se trouver en pleine cavité vésicale libre.

Ces constatations, nous le répétons, n'ont pu être faites que sous anesthésie et grâce à l'abaissement du col par une main appuyant sur l'abdomen.

Sans cela, il eût été bien impossible, il suffit de s'en rapporter à notre figure, de pénétrer jusqu'à la partie supérieure du col utérin qui est à près de 15 centimètres de l'orifice du méat.

Dans la première, comme dans la seconde observation, le cathétérisme a donné lieu à un écoulement d'urine quand la sonde a pénétré de 8 à 9 centimètres.

Nous pouvons donc dire que l'urèthre atteint une dimension de 8 à 9 centimètres, c'est-à-dire près de trois fois sa dimension normale.

Au-dessus de cet urèthre, et jusqu'au niveau supérieur du col utérin se trouve la zone haute de 7 centimètres qui fait partie de la vessie et que nous avons décrite sous le nom d'infundibulum.

C'est dans cet infundibulum qu'est constatée la tumeur formée par le col utérin, tumeur appliquée par une sorte de résistance élastique contre la paroi antérieure de ce même infundibulum.

Il est d'ailleurs anatomiquement possible d'expliquer cette formation de l'infundibulum vésical. — On sait que normalement il existe entre les voies urinaires inférieures et le tractus utéro-vaginal des rapports très intimes. L'urèthre, tout d'abord, à 1 centimètre environ du méat, et sur une hauteur de 15 millimètres environ est très intimement uni à la paroi vaginale, de telle sorte qu'il n'existe aucun plan de clivage possible entre les deux conduits : c'est là un premier point de fixation. La paroi postérieure de la base de la vessie d'autre part, est en rapport intime avec la portion cervico-isthmique de l'utérus ; il existe, au milieu de cette zone appelée zone décollable, au-dessous du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin un point où l'adhérence de la vessie à l'utérus est très intime : c'est ce point que l'on est obligé de sectionner aux ciseaux et qui est connu sous le nom de *torus uteri*.

Étant donnés ces deux points de fixation : de l'urèthre à la paroi

vaginale d'une part, de la portion isthmique à la paroi vésicale d'autre part, il s'ensuit que dans le déplacement en haut du col utérin, la distance qui sépare ces deux points de fixation et qui est normalement de 4 centimètres environ s'augmentera d'une longueur qui représente approximativement le déplacement.

On comprend, dès lors, que la vessie participe à l'éirement au même titre que le canal uréthral, et que l'infundibulum soit constitué par la base de la vessie elle-même.

Dans le dessin auquel nous avons été conduit, il nous a paru utile de représenter ces zones d'adhérences qui permettent de se rendre compte de la façon dont s'est formé l'infundibulum vésical (XX'-ZZ').

En résumé, le toucher intra-vésical nous a fourni une série de constatations importantes :

L'existence d'un refoulement en avant de la paroi postérieure de la vessie par le col utérin, l'allongement marqué de l'urèthre, la formation d'un infundibulum vésical.

3° L'UTÉRUS RÉTROVERSÉ N'EST PAS CONTENU EN ENTIER DANS LE PELVIS.

— Il est un point de l'anatomie pathologique de la rétroversion d'utérus gravidé avec rétention d'urine qu'il est également intéressant de préciser, c'est la disposition même de l'utérus rétroversé.

Nos observations ne rentrent nullement dans la catégorie des incarceration complètes; les cas sont d'ailleurs rares où l'utérus, enclavé complètement dans le bassin, comprime en se dilatant les parois de l'excavation pelvienne, détermine des douleurs effroyables en jouant le rôle de la « poire d'angoisse » des instruments de torture.

Au contraire, nous avons pu nous assurer que dans nos deux observations, malgré la gravité des symptômes, l'utérus s'était développé dans le pelvis et l'abdomen.

En effet, si l'on sentait le fond utérin bombant dans le Douglas et déprimant la cavité vaginale, les phénomènes de compression, à part le syndrome urinaire, étaient peu marqués. L'époque de la grossesse, vérifiée d'ailleurs par le volume du fœtus, est une preuve aussi de la non-incarcération complète. Dans nos observations, le fœtus était âgé de 4 à 5 mois et mesurait 20 à 25 centimètres de long; or, l'expérience a montré qu'un fœtus de cette taille, même fortement tassé et replié sur lui-même, ne peut être contenu dans l'excavation, à plus forte raison lorsque nous avons à faire à un fœtus accompagné de ses

annexes, placenta et liquide amniotique, et entouré de la paroi utérine.

Nous avons d'ailleurs trouvé signalé dans plusieurs observations ce développement de l'utérus en deux parties l'une abdominale, l'autre pelvienne, et dans ces cas la gravité des symptômes vésicaux était également très accentuée.

Lorsqu'on observe des rétroversions d'utérus gravides à des phases précoces, il est incontestable que l'utérus est tout entier pelvien. Dans ces conditions des accidents peuvent également survenir, la malade peut éprouver des douleurs, des contractions utérines suivies parfois d'avortement. La réduction d'un utérus semblable est souvent très difficile ; mais ces malades ont exceptionnellement des troubles vésicaux, et en tout cas ne présentent pas le tableau symptomatique de la rétention urinaire, de la miction par regorgement, et de la cystite gangréneuse.

C'est plus tard, à une phase postérieure, vers le quatrième mois qu'apparaissent, en général, les symptômes graves que nous venons de citer et c'est précisément une phase où l'utérus gravide n'est plus contenu tout entier dans la cavité pelvienne.

Dans nos observations, nous avons pu constater sous anesthésie, après évacuation de la vessie, que l'utérus remplissait le pelvis, mais avait aussi un développement partiel dans l'abdomen.

Ainsi, *on peut observer des phénomènes vésicaux graves à une phase où il n'y a pas, à proprement parler, incarceration complète.* Cette constatation peut avoir son importance dans l'explication des causes de rétention urinaire et dans l'interprétation des réductions spontanées comme nous le montrerons plus loin.

II. — Des causes de la rétention d'urine.

C'est un des points les plus controversés et les moins bien établis. Nous devons donc nous demander si les théories proposées concordent avec nos données anatomiques.

1° Pour Oeshans l'urine serait retenue par une *coudure de l'urèthre*. Ce que nous avons dit de l'état de ce canal, de son allongement manifeste avec le maximum de rectitude, les données du cathétérisme et du toucher intra-vésical nous permettent d'écarter complètement l'existence d'une coudure sur le trajet du canal et de rejeter cette théorie.

2° *L'élongation de l'urèthre* a été également invoquée pour expliquer la rétention. Par suite de l'allongement, il y a diminution progressive du calibre du canal, et finalement occlusion complète : de la même façon qu'une traction exercée sur les deux extrémités d'un tube élastique amène l'oblitération de sa lumière. Malgré toute l'insistance que nous avons mise à signaler cette élongation très marquée du canal urétral, nous ne croyons pas qu'elle soit capable, à elle seule, d'amener la rétention.

Les constatations données par le cathétérisme, l'exploration digitale, la dilatation urétrale sont plutôt contraires à l'idée d'un effacement complet de la lumière du canal. On n'a éprouvé, en effet, aucune difficulté à introduire des bougies d'Hégar de fort calibre, ce qui aurait dû être si l'allongement amenait l'occlusion.

Les propriétés de dilatabilité de l'urèthre sont, d'ailleurs, bien connues. On sait en effet qu'à l'état normal on peut introduire l'index à son intérieur sans qu'il y ait lésion des fibres élastiques.

Ceci pousse à croire qu'on doit pouvoir l'étirer fortement en longueur sans amener une diminution notable de son calibre.

Nous avons cherché à nous rendre compte, par quelques expériences, du degré d'étirement auquel il faut amener un tube élastique pour oblitérer complètement sa lumière et nous n'avons pu y réussir.

Expériences. — Nous avons pris un tube de caoutchouc de 5 centimètres de long, à parois moyennement résistantes ; nous l'avons choisi d'un calibre se rapprochant de celui de l'urèthre, ce qui fut facile à déterminer en nous servant d'une sonde métallique de femme. Puis nous avons fixé solidement deux embouts à chaque extrémité, et nous avons soumis l'ensemble à un étirement très exactement apprécié. Un dispositif très simple nous permettait de faire écouler de l'eau à l'intérieur du système. Avec un allongement de 15 centimètres, il ne s'est produit aucun arrêt de l'écoulement ; avec un allongement de 25 centimètres, le liquide s'écoule un peu plus lentement ; avec un allongement de 35 centimètres, c'est-à-dire sept fois la longueur du tube, l'écoulement du liquide est nettement plus lent, mais continu, même avec une très faible pression. Il nous fut impossible d'étirer plus le tube de caoutchouc qui fut rompu à un étirement plus marqué.

Nous avons essayé ces mêmes expériences avec des urèthres de femme prélevés à l'amphithéâtre. Nous avons pu nous procurer un urè-

thre de femme jeune et normalement constituée. L'urèthre avait 3 cm. 2 avant tout étirement. Le dispositif employé fut analogue à celui des expériences précédentes, avec cette différence que nous n'avons fixé qu'un seul embout à l'orifice vésical de l'urèthre ; le méat fut laissé libre.

Malheureusement, il nous fut impossible d'obtenir un allongement notable sans déchirure des tissus. Lorsque l'urèthre eut atteint une longueur de 6 cm. 8, il se fit des déchirements des tissus péri-urétraux qui nous empêchèrent d'aller plus loin. A ce moment l'eau s'écoulait librement par le canal.

Tout ce que nous avons pu constater, c'est la résistance très marquée des tissus urétraux. La force qu'il nous fallut exercer pour allonger le canal du double de sa dimension primitive était voisine de 10 kilogrammes. Un poids de 2 kilogrammes n'amena aucun allongement appréciable ; à 5 kilogrammes, l'allongement fut de 1 à 2 centimètres.

On se rend compte, d'ailleurs, de la difficulté qu'il y a à se rapprocher des conditions réalisées en clinique : l'étirement lent et progressif, le ramollissement des tissus dû à la grosseur sont autant de données impossibles à reproduire.

Donc, sans accorder à ces expériences une valeur qu'elles ne peuvent avoir, il nous semble qu'elles viennent à l'appui des constatations cliniques signalées plus haut et nous nous croyons autorisé à conclure que l'allongement urétral est incapable d'amener la rétention.

3° *L'œdème du col utérin*, que MM. Pinard et Varnier ont signalé comme une des causes de la cystite gangréneuse, et que Kolischer a pu constater au cystoscope, serait, pour ce dernier auteur, la cause de la rétention. Wertheim, dans le dernier traité de Winckel, penche également vers cette explication.

En l'absence de preuve que l'œdème existait avant l'ischurie, nous ne pouvons considérer cette théorie comme suffisante. Il est plus rationnel de croire que l'œdème est la conséquence plutôt que la cause de la rétention.

4° *La paralysie du muscle vésical* par compression des filets nerveux moteurs qui se rendent au *detrusor urinæ* joue-t-elle un rôle ? C'est à cette explication que se rattache Ch. Reed dans un article très documenté paru dans *l'American Journal of Obstetric*, de 1904. Cet auteur pense que les fibres des nerfs sacrés sont comprimés en un point de leur trajet par le corps utérin déplacé, et qu'il en résulte une « *pressure paralysis* ».

Les arguments qu'il donne sont théoriques ; il lui est impossible de préciser un point exact de compression des nerfs vésicaux. En outre, plusieurs constatations sont en désaccord avec l'idée d'une paralysie vésicale : nous avons signalé dans nos observations que l'urine était contenue sous pression dans la vessie, qu'elle s'échappait sous une tension très forte pendant le sondage ; Tarnier a insisté au point de vue clinique sur les contractions intermittentes de la vessie ainsi distendue, contractions analogues à celles de l'utérus gravide : autant de faits qui détruisent l'hypothèse d'une paralysie du muscle vésical.

5° *La compression directe de l'urèthre et du col de la vessie par le col utérin est une cause très communément invoquée.* — Zweifel, par exemple, dit que le fond utérin siégeant dans la concavité sacrée presse le col de l'utérus contre la symphyse. D'autres auteurs, d'une façon moins précise, disent que le col utérin comprime soit l'urèthre, soit le col de la vessie.

Nos constatations nous obligent à rejeter complètement cette interprétation ; en effet, le col utérin siége, nous l'avons vu, à 7 ou 8 centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis et ne peut exercer aucune compression effective contre cette portion osseuse.

Nous pouvons dire également que le col utérin (*portio vaginalis* des Allemands) n'a aucun rapport ni avec l'urèthre, dont l'extrémité supérieure est à 7 à 8 centimètres plus bas, ni avec le col vésical, pour les mêmes raisons.

En outre de l'interprétation sus-indiquée, Ch. Reed, dans l'article mentionné plus haut, attribue à Zweifel une théorie qu'il caractérise du nom de « théorie valvulaire », et dans laquelle Zweifel attribuerait les accidents à une valvule vésicale qui empêcherait l'écoulement de l'urine, tout en permettant le passage de la sonde.

Cette explication n'est fournie par Zweifel que d'une manière extrêmement brève, et sans que l'auteur lui-même semble lui attribuer une grosse importance, puisque, comme nous l'avons vu tout à l'heure, il attribue la rétention surtout à la pression du col utérin contre la symphyse.

Voici, d'ailleurs, la phrase qu'ajoute Zweifel : « ... de cette façon, l'urèthre est comprimé ou forme un pli au niveau du col vésical (Hierdurch wird die Harnröhre comprimirt oder am Blasenhalz in eine Falte gelegt) ».

Ce pli auquel Zweifel n'attribuerait qu'un rôle accessoire (la compression directe jouant le rôle principal), n'est d'ailleurs nullement constaté, et les explorations intra-vésicales que nous avons rapportées démontrent qu'aucun pli n'existe au niveau de l'orifice vésical de l'urèthre.

6° *Théorie du clapet formé par le col utérin dans l'infundibulum vésical* (professeur Auguste Pollosson). — Dans le leçon clinique qui a servi de point de départ à notre travail, M. Auguste Pollosson attribue la rétention à la saillie du col utérin dans l'intérieur de la vessie et plus spécialement dans cette portion déformée d'une façon particulière que nous avons décrite sous le nom d'infundibulum.

Cette saillie qui forme une protubérance volumineuse est assez analogue à la saillie du lobe médian dans l'hypertrophie protastique, elle peut donc former comme un clapet qui vient oblitérer non pas l'urèthre situé beaucoup plus bas, non pas le col vésical, mais la portion déformée de la vessie, l'infundibulum.

Mais il ne suffit pas, d'après M. Auguste Pollosson, de considérer cette saillie comme un clapet mobile capable de venir, par moments, oblitérer le canal de l'infundibulum. Ce clapet, dont l'existence certaine résulte des données du toucher intra-vésical est, d'une manière permanente, appliqué fortement contre la paroi antérieure de l'infundibulum.

On peut chercher la raison de cette pression, relativement assez énergique, dirigée d'arrière en avant.

M. Pollosson pense qu'elle est due à deux causes. Et d'abord la *pression intra-vésicale* dès que la vessie est distendue; cette pression devient d'autant plus énergique que la distension vésicale est plus grande.

Une autre cause semble plus importante encore : c'est la *réaction élastique des parois vaginales et vésicales* qui ont subi une extrême distension du fait de la bascule utérine.

La paroi antérieure du vagin a subi une élongation considérable, et la paroi vésicale, fixée à l'utérus dans un des points que nous avons étudié, participe à cette distension.

L'élasticité réactionnelle tend donc à ramener en bas et en avant le col utérin basculé.

On se ferait une idée insuffisante de cette puissance élastique si l'on considérait les tissus distendus seulement sur une coupe médiane

comme celle que nous avons figurée. La même distension se produit sur les parties latérales du cul-de-sac antérieur du vagin, parties qui coiffent le col déplacé.

La réaction élastique applique donc d'une manière permanente le clapet cervical contre la face inférieure de l'infundibulum, la pression intra-vésicale vient compléter cette application.

III. — Du redressement spontané après cathétérisme.

Le fait que la rétroversion se réduit par le simple cathétérisme vésical est bien connu. Burns a même fait du cathétérisme seul, pratiqué trois fois par jour, une méthode de traitement qu'il considérait comme suffisante dans la plupart des cas. Tous les classiques conseillent de pratiquer des cathétérismes réguliers avant toute autre intervention.

En tout cas, le plus souvent, des manœuvres très douces sont suffisantes après cathétérisme, pour réduire l'utérus rétroversé, et cela malgré la gravité des symptômes urinaires. Une première observation est des plus typiques à ce point de vue : la rétention datait de quinze jours, des sondages irréguliers et incomplets avaient été pratiqués pendant tout ce temps; nous faisons à l'entrée un cathétérisme soigneux, et nous trouvons, après cathétérisme, l'utérus très faiblement réductible.

Les observations de Laroyenne, Martin, sont analogues.

M. Pollosson nous a communiqué un cas où avec une rétention de 4 litres d'urine due à une rétroversion d'utérus gravide, quelques sondages réguliers ont amené la guérison complète.

Ceci concorde bien avec ce que l'on sait de l'anatomie pathologique de ces rétroversions : les adhérences péritonéales péri-utérines sont rares, et à l'autopsie on trouve surtout des lésions vésicales, urétérales ou rénales (Pinard et Varnier).

Mais si les auteurs signalent tous la fréquence des réductions spontanées après cathétérisme, ils ne paraissent pas s'être préoccupés du mécanisme de cette réduction. L'étude de ce mécanisme est, cependant, intéressante et sa nature nous paraît complexe.

Nous pensons que la succession des phénomènes peut être ainsi décrite :

1° Il existe une cause active de redressement : c'est, uniquement, la traction élastique de toute la paroi antérieure du vagin, de l'urèthre et de l'infundibulum ;

2° Il y a des conditions de facilitation : elles tiennent au développement partiellement abdominal de l'utérus ;

3° Le cathétérisme supprime l'obstacle au redressement.

1° La réaction élastique développée par l'élongation de l'urèthre, de l'infundibulum et de la paroi vaginale antérieure doit être très puissante, même en faisant la part du ramollissement qui accompagne l'état de gravidité. Nous avons suffisamment insisté, dans le chapitre précédent sur le degré d'allongement auquel sont soumis ces divers organes, pour ne pas y revenir. Nous avons vu que leur longueur normale était plus que triplée, et nous avons signalé l'état de tension très marqué qui leur imposait cette élongation.

Nous sommes donc en droit de penser qu'il y a là un agent de réduction qui deviendra très efficace s'il n'y a pas d'obstacle. *Tous ces éléments allongés donnent une force élastique tendant à agir sur le col utérin, comme si on érignait en bas et en arrière la lèvre antérieure du col* (A. Pollosson).

2° Le développement en hauteur de l'utérus rétroversé est une condition éminemment favorable au redressement spontané.

L'utérus prend la forme d'un sablier constitué par deux poches, l'une pelvienne, l'autre abdominale : cette dernière contenant la poche fœtale la plus volumineuse. La poche abdominale, ne rencontrant pas de résistance osseuse, se développe davantage que l'autre à mesure que progresse la gestation et, s'il n'y a pas d'obstacle, la poche pelvienne est attirée peu à peu en haut et la réduction se produit.

Il est assez curieux de faire observer que les redressements spontanés de l'utérus gravide rétroversé après évacuation vésicale, sont observés précisément dans le cas des rétroversions de volume considérable, telles qu'on les observe après le quatrième mois, et les observations que nous connaissons ou qui nous ont été rapportées de rétroversion à une phase plus précoce ne se sont point corrigées par une méthode aussi simple. C'est que, dans ces cas plus précoces, l'élongation de l'urèthre et la force élastique réactionnelle ne peuvent pas entrer en ligne de compte.

De même, nous croyons pouvoir dire que le décubitus ventral ou la position génu-pectorale, sans pression sur le fond utérin, ont un

résultat meilleur et plus sûr dans les utérus volumineux dont le développement abdominal est déjà prononcé, que dans les utérus plus petits, qui sont encore complètement pelviens.

3° La suppression de tout obstacle est, comme on le conçoit, la condition primordiale de ces redressements spontanés.

En dehors des cas de rétrécissement du bassin avec saillie forte du promontoire, c'est le plus souvent le globe vésical distendu qui s'oppose à la réduction. Le cathétérisme n'a alors d'autre influence que celle de permettre aux forces qui agissent dans le sens du redressement de se développer librement.

IV. — De la miction par pression sur la paroi vaginale postérieure

(signe de Laroyenne).

Ce symptôme, que nous avons observé dans nos deux observations, et les deux fois avec les mêmes caractères, est des plus nets. Nous l'avons obtenu dans les deux cas de la façon suivante : Deux doigts de la main sont introduits dans le canal vaginal, la face palmaire regardant en arrière ; ils sont poussés profondément jusqu'à ce qu'ils atteignent la masse contenue dans le cul-de-sac postérieur. Une pression légère des doigts refoule cette masse en arrière et il se fait une évacuation immédiate de l'urine qui sort avec force. Si l'on cesse la pression, l'écoulement de l'urine s'arrête d'une façon absolue. Si l'on renouvelle la pression, l'écoulement de l'urine se reproduit, mais avec une tension décroissante au fur et à mesure que la quantité d'urine contenue dans la vessie diminue. On peut ainsi produire la miction à volonté.

Il ne semble pas que ce symptôme ait frappé l'attention des auteurs ; les traités classiques ne le signalent pas, et, par contre, nous trouvons énumérés avec détails les multiples moyens mis en œuvre pour amener l'émission d'urine, soit par la malade : position accroupie, pression sur la paroi abdominale avec les mains ; soit par le médecin : emploi de sondes uréthrales en gomme, ponction vésicale, etc. Tous notent la grande difficulté du sondage, la peine que l'on a parfois à trouver le méat urinaire, et certes la possibilité d'obtenir l'évacuation de la vessie par des moyens aussi simples que celui que nous avons

décrit plus haut, aurait été signalée dans les cas où l'on a eu tant de peine à faire sortir l'urine.

Quelques observateurs isolés en parlent, cependant, mais sans insister, et nous avons trouvé dans la première édition française du *Traité des maladies des femmes*, de Churchill, une observation tirée de la thèse de Wall (soutenue à Halle en 1782), où le symptôme est nettement signalé.

OBSERVATION III. — Une pauvre femme de Londres, arrivée au quatrième mois environ de sa grossesse, fut tout à coup prise de rétention d'urine. Elle fit mander Walter Wall qui la sonda ; mais l'obstacle resta le même et on dut avoir de nouveau recours à la sonde. Cette fois, Wall fit une exploration attentive, afin de se rendre compte de la notion de l'obstacle. Il pratiqua le toucher vaginal, et son doigt, au lieu d'être dirigé en avant et en arrière vers le sacrum, était dirigé en avant et en haut vers le pubis. Il ne pouvait atteindre le col ; mais il constata, à la partie postérieure du vagin, la présence d'une tumeur, et en complétant l'examen par le toucher rectal, il s'assura qu'elle siégeait entre le rectum et le vagin. La partie inférieure de la tumeur, étant repoussée vers le pubis, paraissait constituer l'obstacle à l'émission de l'urine par la pression qu'elle exerçait sur l'urèthre. Wall rapprocha ces faits de ceux qu'il avait entendu décrire par Grégoire, à Paris, sous le nom de rétroversion, et il essaya de réduire la tumeur, sans succès.

Il appela William Hunter qui, après avoir examiné la malade, arriva aux mêmes conclusions que Wall. *En soulevant la tumeur, l'urine s'écoula facilement.*

William Hunter tenta de ramener l'utérus à sa position normale, mais il n'y réussit pas. Il y avait en même temps une constipation opiniâtre, et la malade succomba.

C'est Laroyenne qui insista le premier sur ce symptôme dans les *Archives de gynécologie* de 1896 et dans la thèse d'un des élèves de la Faculté de Lyon, le docteur Seytre. Voici le résumé des deux observations publiées dans cette thèse intitulée : « Du renversement de la vessie dans le cul-de-sac de Douglas compliquant la rétroversion de l'utérus gravide. »

OBSERVATION IV (in thèse SEYTRE, clinique du docteur Laroyenne), (publiée par M. LATHURAZ-VIOLET, in *Annales de gynécologie*, avril 1896). Résumée. — Malade enceinte de 4 mois et demi, atteinte depuis un mois de troubles urinaires.

À la palpation abdominale, on délimite une tumeur ovaire globuleuse remontant à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. Cette saillie abdominale est

due à la vessie et diminue au fur et à mesure de l'évacuation de l'urine par le cathétérisme. Le réservoir urinaire est agrandi dans le sens vertical ; on peut faire pénétrer jusqu'au manche, sans en toucher le fond, un hystéromètre à tige métallique de 20 centimètres. La sonde de femme est impuissante à vider cette vessie. Il y a plus, même en employant une longue sonde en gomme, on ne réalise qu'un cathétérisme incomplet. Pour assurer les totales évacuations de l'urine il faut, comme le montre M. Laroyenne et ainsi que nous y reviendrons tout à l'heure, combiner au cathétérisme le toucher vaginal et presser avec les doigts sur les culs-de-sac vaginaux latéraux et postérieur. On retire ainsi près de 3 litres d'une urine claire ne renfermant ni albumine ni sucre.

Le col est extrêmement élevé, situé bien au-dessus du bord supérieur de la symphyse et dévié à droite. Il est difficilement accessible et on ne peut dire avec certitude s'il présente ou non du ramollissement. Le cul-de-sac vaginal postérieur est tendu, bombé. Par le toucher rectal on sent, à 7 centimètres environ du sphincter externe, une tumeur fluctuante antérieure au rectum. La cloison recto-vaginale est épaissie et œdématiée.

Le professeur Laroyenne fait sonder la malade toutes les trois heures. A chaque fois, le cathétérisme vésical est complété par des pressions digitales exercées sur la vessie à travers les parois vaginales, principalement en arrière. Après le quatrième cathétérisme, réduction, mise en place d'un pessaire de Hodge qui fut enlevé au bout de cinq jours. La grossesse continua et la malade accoucha normalement sans avoir présenté aucun signe de troubles vésicaux.

OBSERVATION V (in thèse SEYTRE. — ALBERT MARTIN, de Rouen, in *Normandie médicale*, 15 juin 1896), Résumée. — Ils'agit d'une multipare de 25 ans, qui, au cours du troisième mois de sa cinquième grossesse, est prise brusquement de douleurs vives dans le bas-ventre avec constipation et rétention d'urine. Ces symptômes vont en s'aggravant pendant quatre semaines. Au bout de ce temps, elle est transportée à la clinique privée du docteur Martin où l'on constata la présence d'une tumeur hypogastrique médiane, ovale formée par la vessie surdistendue.

Au toucher vaginal, on perçoit le col utérin très élevé situé au-dessus de la symphyse ; le cul-de-sac postérieur est effacé par une tumeur énorme qui remplit l'excavation pelvienne. Le toucher rectal montre que la tumeur arrondie, lisse, comprime fortement l'intestin contre le sacrum. On essaye de soulever la tumeur par cette voie, mais inutilement, car elle est enclavée, et apparemment irréductible.

Nous avons remarqué, en essayant de pratiquer le toucher vaginal, avant tout cathétérisme, que la pression du doigt sur la paroi postérieure du vagin, immédiatement au-dessus de la fourchette, provoquait un jet d'urine assez fort par le méat. Et de fait, il existait en ce point une tumeur molle, fluctuante réductible, qui bombait sous la muqueuse vaginale, et qui ne pouvait être comprimée sans douleur pour la patiente.

Pour achever de vider la vessie, il nous fallut enfoncer complètement jusqu'à son pavillon une sonde de Nélaton dont le bec pénétrait sans doute dans l'arrière-loge du réservoir urinaire ; après cathétérisme, nous eûmes l'affaissement complet de la tumeur signalée plus haut sur la paroi postérieure du vagin et la disparition de la douleur qu'y provoquait auparavant la pression, douleur comparable à celle que produisait la pression de la main sur la paroi abdominale, au-dessus de la vessie surdistendue.

Deux litres d'urine furent évacués par le cathétérisme. Le ventre diminua de volume et devint moins douloureux. Pourtant il ne s'affaissa pas complètement. Il fut possible de constater que la vessie étant vidée, on sentait encore dans l'hypogastre une tumeur résistante et arrondie, remontant bien à quatre travers de doigt au-dessus du pubis et faisant corps avec la tumeur pelvienne. Il s'agissait évidemment de l'utérus qui pourtant n'avait pas encore repris sa situation normale.

Deux grosses sondes étant introduites dans le rectum, on put donner un grand lavement qui provoqua l'expulsion de très abondantes matières. Un purgatif amena de plus des selles très abondantes.

Au bout de trois jours, l'état est très satisfaisant, l'utérus s'est lui-même redressé ainsi que la vessie. Au toucher vaginal, on sent l'excavation pelvienne libre, et en son centre, parfaitement accessible, un col utérin ayant tous les caractères qu'il offre ordinairement vers le cinquième mois d'une grossesse normale. On sent le fond de l'utérus un peu au-dessus de l'ombilic, et, en auscultant, on perçoit nettement les battements du cœur du fœtus à gauche et au-dessous du nombril, ce qu'on n'avait pu constater jusque-là.

La grossesse évolua normalement dans la suite, et se termina par un accouchement normal.

Comme on le voit, la similitude des symptômes observés est frappante dans ces cinq observations. Wall donne bien peu de détails, il est vrai, mais ce soulèvement dont il parle de la tumeur par voie vaginale ne doit pas différer sensiblement du moyen que nous avons employé. Dans les cas de Laroyenne, de M. A. Martin et les nôtres, la miction fut produite d'une façon identique : au cours d'un toucher vaginal explorateur, l'introduction profonde de deux doigts amène un jet brusque d'urine qui coule dans la manche.

Nous croirions volontiers que l'on doit pouvoir reproduire ce phénomène dans la plupart des cas de rétroversion de l'utérus gravide avec rétention vésicale et que si nous-mêmes l'avons observé avec cette constance, c'est que notre attention avait été attirée de ce côté par la connaissance de la publication de Laroyenne.

Ce qu'il est, en tout cas, utile de remarquer, c'est que *la consta-*

lation de ce symptôme peut, à elle seule, faire penser à la rétroversion de l'utérus gravide et éviter une erreur dont on comprend les conséquences.

Chez notre première malade, dont l'état de gravidité n'était pas connu et qui présentait des phénomènes généraux inquiétants, au point que nous pensions à la nécessité d'une colpotomie postérieure, c'est la constatation de l'issue brusque d'un jet d'urine pendant l'exploration vaginale profonde qui permit à M. Auguste Pollosson d'affirmer le diagnostic de rétroversion d'utérus gravide.

Il convient de se demander maintenant quelle est l'explication du phénomène, et pourquoi la pression des doigts en arrière dans le cul-de-sac postérieur amène la miction, alors que la rétention est complète et que la pression sur la paroi abdominale n'amène rien d'analogue.

Laroyenne explique la chose de la façon suivante : les doigts introduits dans le vagin ont rencontré un prolongement vésical rétro-utérin. La partie postérieure de la vessie entraînée par l'utérus a basculé avec lui et derrière lui dans le Douglas. Les doigts appuient sur ce prolongement vaginal de la vessie, et la pression qu'ils y déterminent amènent la miction.

Partant de cette hypothèse qu'il considère comme un fait acquis, Seytre, par une argumentation originale et personnelle, consacre la plus grande partie de son travail à rechercher comment un tel renversement a pu se produire.

Pour nous, il nous semble qu'avant d'expliquer ce renversement de la vessie en arrière, il convient d'abord de se demander si ce renversement est réel, et si les symptômes qui l'ont fait affirmer sont suffisamment probants.

Dans l'observation IV, nous lisons que « pour assurer la totale évacuation de l'urine, il faut combiner au cathétérisme le toucher vaginal et presser avec les doigts sur les culs-de-sac vaginaux et postérieurs. On retire ainsi près de 3 litres d'une urine claire... »

Et plus loin : « Le cul-de-sac vaginal postérieur est tendu, bombé. Par le toucher rectal, on perçoit, à 7 centimètres environ au-dessous du sphincter externe de l'anus une tumeur fluctuante antérieure au rectum... »

Plus loin enfin : « La malade fut sondée aseptiquement toutes les trois heures. A chaque fois, le cathétérisme vésical fut complété par

des pressions digitales exercées sur la vessie à travers les parois vaginales, principalement en arrière. »

Dans l'observation V, les auteurs décrivent la prétendue tumeur vésicale d'une façon non moins succincte: « Nous avons remarqué, disent-ils, en essayant de pratiquer le toucher vaginal avant tout cathétérisme, que la pression du doigt sur la paroi postérieure du vagin, immédiatement au-dessus de la fourchette, provoquait un jet d'urine assez fort par le méat. Et de fait, il existait en ce point une tumeur molle, fluctuante, réductible qui tombait sous la muqueuse vaginale et qui ne pouvait être comprimée sans douleurs pour la patiente.

« Il nous vint à l'idée qu'il s'agissait évidemment d'un diverticule du réservoir vésical dans lequel la pression amenait le reflux du liquide vers la portion abdominale de cette cavité et le méat urinaire. »

En somme, la constatation d'une tumeur molle et fluctuante dans le cul-de-sac postérieur, le fait que la pression sur cette tumeur amenait l'issue de l'urine ont donc permis à ces auteurs d'affirmer le renversement rétro-utérin de la vessie; un troisième fait est venu les confirmer dans cette idée: après évacuation de l'urine, il y eut affaissement complet de la tumeur vaginale.

Ces trois constatations ne sont nullement suffisantes pour imposer l'idée d'un renversement vésical rétro-utérin. La sensation d'une masse fluctuante dans le cul-de-sac postérieur peut être aussi bien donnée par l'utérus gravide lui-même. La miction par pression sur cette masse est justement le symptôme à interpréter. Quant à la troisième constatation: la disparition de la tumeur du cul-de-sac postérieur au fur et à mesure que l'urine s'écoule, nous ferons remarquer qu'elle ne peut non plus avoir de valeur; ne peut-on pas penser, en effet, que si le cul-de-sac postérieur a été trouvé libre après que la vessie se fut vidée, c'est que la rétroversion s'est réduite partiellement? interprétation d'autant plus plausible qu'après le cathétérisme, l'utérus est senti débordant la symphyse de quatre travers de doigt et que trois jours après l'utérus est trouvé complètement redressé sans qu'il ait été fait d'autres manœuvres que le sondage régulier.

Le renversement de la vessie dans Douglas n'est donc qu'une hypothèse que ne démontrent nullement les symptômes mêmes qui l'ont fait admettre, que détruisent, au contraire, toutes les notions que l'on a sur les dimensions de l'utérus gravide au 4^e et 5^e mois de la grossesse, sur les dimensions de l'excavation pelvienne.

Pour que la miction puisse se produire par pression sur un prolongement vésical renversé derrière l'utérus, il est nécessaire que ce prolongement vésical contienne une quantité notable d'urine. En effet, nous avons vu que la miction se reproduisait à chaque pression sur le cul-de-sac postérieur et que, même après évacuation d'un litre de liquide, il était possible d'évacuer encore de nouvelles quantités d'urine par de nouvelles pressions. Il est dès lors bien évident que si ces pressions agissaient en refoulant dans la cavité vésicale l'urine contenue dans un prolongement rétro-utérin, c'est que le prolongement renfermait une quantité d'urine supérieure à la quantité d'urine écoulée.

Mais alors comment supposer que l'excavation pelvienne puisse contenir à la fois un utérus gravide rétroversé et un prolongement vésical distendu par une grande quantité d'urine ? C'est généralement au 4^e mois de la grossesse que les phénomènes de rétention apparaissent, c'est-à-dire à un moment où l'utérus gravide enclavé, dans le pelvis, remplit l'excavation tout entière, produit des douleurs de compression très vives et efface la lumière du canal intestinal au point de donner des symptômes d'occlusion complète ?

Il est impossible d'admettre l'existence d'un prolongement pelvien de la vessie coexistant avec un utérus gravide rétroversé au 4^e mois, et par suite les deux théories que Seytre a imaginées pour expliquer la formation de ce prolongement ne méritent même pas la discussion.

Dans le phénomène que nous décrivons, ce n'est pas par une augmentation de tension intra-vésicale que la miction se produit, puisqu'une pression légère est suffisante, même lorsque la vessie a déjà été vidée d'un litre d'urine et puisque la pression sur la paroi abdominale ne donne aucun résultat. C'est en levant l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement de l'urine que semble agir la pression sur le cul-de-sac postérieur, et c'est ce qui explique que l'on ait un véritable déclanchement, une émission brusque d'urine, même avec une pression légère, et un arrêt de la miction quand on cesse la pression.

L'explication à laquelle nous nous rallions ne peut être qu'hypothétique, mais nous pensons, en nous basant sur la théorie admise comme mode de rétention, qu'on agit probablement en refoulant en arrière le corps utérin facilement mobilisable, que l'on diminue par ce fait la tension de la paroi antérieure du vagin et de l'urèthre, et que l'application du clapet cesse d'être effective.

BIBLIOGRAPHIE

(Nous ne donnons ici que les travaux qui intéressent les points spéciaux que nous étudions.)

- Churchill.** *Traité pratique des maladies des femmes*, 3^e édition, 1885.
- Broussin.** De la rétention d'urine au début de la grossesse. *Archives générales de médecine*, 1881, t. I, p. 287.
- Lucien Laroyenne.** *Essai sur la séméiologie du Douglas chez la femme*. Thèse de Lyon, 1902.
- Lathuras-Viollet.** Variété de rétention d'urine dans la rétroversion de l'utérus gravide par renversement de la vessie dans le cul-de-sac de Douglas. *Annales de gynécologie*, 1896, p. 286.
- A. Martin et Brée.** *Normandie médicale*, 15 juin 1896.
- A. Martin.** Rétroversion d'utérus gravide et rétention d'urine. Réduction spontanée après émission de 11 litres d'urine en 16 heures. *Revue méd. de Normandie*. Rouen, 1901, t. I, p. 1 à 7.
- E. Monod.** Cystite chez la femme dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Annales de gynécologie*, mars, avril, mai 1880.
- Pinard et Varnier.** De la rétroversion de l'utérus gravide. *Annales de gynécologie*, 1886-1887.
- Ch. Reed.** Étiologie de l'ischurie dans la rétroflexion de l'utérus gravide. *American Journal of Obstet.*, février 1904, p. 145.
- Seytre.** *Du renversement de la vessie dans le Douglas compliquant la rétroversion de l'utérus gravide*. Thèse de Lyon, 1897.
- Zweifel.** *Handbuch der Geb.*, p. 280.
-

VARIÉTÉS

LA MATERNITÉ D'ISORAKA A TANANARIVE (1).

ÉTABLISSEMENT PRIVÉ, FONDÉ LE 8 JANVIER 1901 PAR LE DOCTEUR VILLETTE.

La Maternité d'Isoraka est construite sur un plateau élevé réputé pour sa salubrité; la superficie du terrain est de 6.000 mètres. Inaugurée en 1901 avec un pavillon de 20 lits dont 6 réservés aux indigents subventionnés par la ville, elle comptera prochainement 65 lits dont 45 pour les indigentes, 12 pour les Malgaches de classe moyenne, 4 pour les Européens et 4 pour les infirmières.

Personnel. — Le personnel comprend le médecin directeur, propriétaire, 5 sages-femmes diplômées, dont 3 internes, 3 infirmières dont l'une s'occupe spécialement des accouchements prématurés, 3 filles de salle, 1 cuisinière, 1 lingère, 1 blanchisseuse, 5 hommes de peine.

Lorsqu'une accouchée ne peut quitter son lit, on tolère auprès d'elle, pendant le jour, pour faciliter le service une « mpitaïza » en général la mère, la tante ou la sœur de l'accouchée, pourvu qu'elle se plie aux soins de propreté qu'on lui impose.

Hygiène générale et corporelle. — La température moyenne étant à Tananarive de 21° les fenêtres restent ouvertes toute la journée. Le sol carrelé est lavé chaque matin avec une solution de crésyl. Les lits sont passés au pétrole toutes les semaines. La peinture des salles ordinaires est vernie; les chambres d'isolement sont passées au blanc à la sortie de chaque malade infectée.

Le manque d'eau interdit l'usage de grands bains, mais chaque femme est, à son entrée, savonnée à l'eau tiède. Le lavage est suivi d'une injection vaginale au sublimé à 1/2000. Les sages-femmes sont dressées à donner des injections intra-utérines antiseptiques à 50° C. en cas d'alerte.

La toilette des organes génitaux est faite chaque jour avec le sublimé à 1/4000 ou l'eau phéniquée à 1/100. Pendant les 5 jours qui précèdent l'accouchement, chaque femme prend 50 centigrammes de quinine. S'il s'agit d'une paludique, la quinine est donnée en injection sous-cutanée.

Les instruments sont, avant chaque opération, bouillis, flambés et maintenus dans une solution antiseptique. L'accouchement se fait sur une pailleasse recouverte d'une natte et d'un drap plié. La natte est brûlée après l'accouchement pour peu qu'il n'ait pas été absolument normal.

(1) Extrait d'un mémoire descriptif très détaillé, adressé au commissaire général de l'Exposition coloniale de Marseille, par le docteur Villette.

Nombre des accouchements. — Il a été pratiqué depuis l'ouverture de la Maternité jusqu'au 15 décembre 1905 un total de 4.257 accouchements.

1901	1902	1903	1904	1905
403	705	813	1.346	4.000

La clientèle se recrute principalement à la consultation gratuite faite tous les matins. Chaque femme est interrogée et reçoit une fiche qu'elle doit rapporter aux consultations ultérieures. Dès le début, beaucoup de femmes malgaches vinrent ainsi chercher un traitement spécifique pour mener à bien leur grossesse.

Le tableau suivant donne idée de l'activité du service :

ANNÉES	Accouchements	Enfants vivants	Pour cent	Enfants morts	Pour cent	Décès des mères	Pour cent	Interventions	Pour cent
1901	225	468	75	57	25	7	3	37	16,5
1902	383	294	77	89	23	5	2,5	89	23,3
1903	557	420	76	137	24	7	1,2	206	36
1904	886	739	82,4	139	17,5	5	0,56	185	20
1905 (au 15 décembre)	876	732	82,5	144	17,5	6	0,68	481	20

L'amélioration du pourcentage des morts-nés est due d'une part au traitement intensif antisiphilitique et antipaludique, et d'autre part à ce que les sages-femmes du dehors dirigent les cas de dystocie sur la Maternité plus tôt qu'autrefois.

Sur les 698 interventions, 145 forceps ont été nécessités par le rétrécissement du bassin ; ce chiffre n'est pas en rapport avec celui des rétrécissements, ce qui tient à la fréquence des accouchements prématurés.

Instruction des sages-femmes. — La gratuité des consultations a été dès le principe un élément de succès auprès d'une population éminemment parcimonieuse et qui se sert pour le terme « payer » de l'expression « mandoa vola », littéralement, vomir l'argent.

Actuellement la clientèle payante compte pour 1/8 dans le total des accouchements. Elle consiste surtout en femmes de fonctionnaires et de commerçants. Les familles de l'ancien régime, malgré les avances qui leur ont été faites, continuent à se tenir à l'écart, soit par fierté, soit par manque de ressources.

Les médecins indigènes visitent en curieux la maternité et sont frappés de la faible mortalité obtenue par les soins de propreté — mais les véritables auxiliaires pour le recrutement des accouchées sont les sages-femmes. Pour assurer la tranquillité des femmes enceintes et éviter les touchers fréquents, on n'admet à l'instruction que 24 sages-femmes par an, soit 4 tous les deux mois. Pendant ces deux mois, chaque élève sage-femme voit pratiquer, ou pratique elle-même sous la direction du médecin ou des sages-femmes internes, environ

40 accouchements, ce qui lui donne une notion suffisante de l'accouchement normal. Les sages-femmes élèves assistent aussi aux accouchements difficiles, et donnent des soins pour les suites de couches. Chacune a 6 femmes enceintes à surveiller.

Parité des accouchées. — Sur 2.927 accouchements, voici les chiffres de la parité : 745 primipares ; 601, II ; 479, III ; 320, IV ; 233, V ; 141, VI ; 107, VII ; 76, VIII ; 68, IX ; 51, X ; 36, XI ; 17, XII ; 21, XIII ; 17, XIV ; 5, XV ; 3, XVI ; 3, XVII ; 1, XVIII ; 1, XIX ; 2, XX.

La primipare la plus jeune avait 12 ans ; l'âge moyen des primipares malgaches est de 15 ans et 6 mois, mais quelques-unes dépassent 35 ans.

La multipare la plus âgée avait 47 ans. On connaît à Tananarive des cas d'accouchement avant 10 ans et après 60 ans.

Sur 2.927 accouchements on a noté 26 grossesses gémellaires, dont 8 à terme ; c'est une proportion très faible. Un seul cas de grossesse triple, qui ne dépassa pas six mois.

Pathologie de la grossesse. — La syphilis et le paludisme sont les deux facteurs principaux de la pathologie de la grossesse.

Pendant cinq ans le docteur Villette a examiné spécialement à ce point de vue : 75 cas en 1901 et 100 cas les années suivantes. Pour le paludisme, l'examen a été fait pendant les mois de mai, juin et juillet. Voici trois tableaux résumant le résultat de ses constatations :

I. — Syphilis et grossesse.

ANNÉES	SYPHILIS	CAS TRAITÉS	ENFANTS VIVANTS		ENFANTS MORTS	
			à terme	prématurés	à terme	prématurés
1901	26	3	6	6	2	12
1902	49	4	7	4	—	11
1903	44	24	23	6	—	15
1904	49	25	30	11	4	7
1905	51	31	24	13	3	11

II. — Paludisme et grossesse.

ANNÉES	PALUDISME	CAS TRAITÉS	ENFANTS VIVANTS		ENFANTS MORTS	
			à terme	prématurés	à terme	prématurés
1901	8	—	7	4	»	»
1902	46	7	8	7	4	»
1903	24	8	40	13	3	»
1904	44	34	40	28	6	»
1905	44	40	41	26	7	»

III. — Syphilis avec paludisme et grossesse.

ANNÉES	NOMBRE DE CAS	CAS TRAITÉS	ENFANTS VIVANTS		ENFANTS MORTS	
			à terme	prématurés	à terme	prématurés
1901	3	»	»	2	»	1
1902	40	3	3	2	»	4
1903	17	7	6	9	»	2
1904	41	23	23	40	1	6
1905	43	31	31	8	1	3

Il ressort de ces tableaux que sur ces 475 grossesses on a rencontré 114 cas pathologiques.

On a remarqué qu'en cas de coexistence de la syphilis et du paludisme le traitement spécifique paraissait moins actif.

Outre la syphilis et le paludisme, on a noté sur 1.485 grossesses la leucorrhée simple, 233 fois; l'albuminurie, 115 fois; la blennorrhagie, 68 fois; la grippe, 44 fois; l'hydramnios, 37 fois; la misère physiologique, 20 fois; la cachexie paludéenne, 15 fois; la syphilis secondaire, 14 fois; l'éclampsie, 12 fois; l'urémie, 6 fois; les maladies de cœur, 6 fois; l'épistaxis grave, 6 fois; la pneumonie, l'ictère grave et l'anémie, 5 fois; la tuberculose pulmonaire, 4 fois; le tétanos et l'asthme, 1 fois.

Diamètres pelviens et diamètres de la tête fœtale dans la race malgache. — D'après plus de 1.000 mensurations les diamètres pelviens paraissent chez les Malgaches de 15 à 25 millimètres inférieurs aux diamètres correspondants de la race blanche.

Diamètres	Déroit supérieur.		Déroit inférieur.	
Transverse	Blancs : 13 à 14	Malgaches : 12	Blancs : 40	Malgaches : 9
Oblique	— 42 à 42,5	— 40,1	— 11 à 11,5	— 10,1 à 10,5
Ant. post.	— 41	— 9,8 à 10	— 42	— 9,8 à 10

D'autre part on constate aussi des différences dans les diamètres de la tête fœtale. Les mensurations n'ont porté que sur des fœtus à terme dont le poids variait entre 2.500 et 4.200 grammes.

Bi-pariétal.	Blancs : 9,5	Malgaches : 9
Bi-temporal	— 8,5	— 8,1
S. O. Bregmatique.	— 9,5	— 8,5

Il y a donc chez le fœtus une réduction du diamètre de la tête permettant l'adaptation aux diamètres du bassin. Mais la difficulté de l'accouchement réside en ce que le bassin malgache semble avoir subi une sorte de tassement qui accentue la saillie du promontoire, et relève la symphyse pubienne. Il en résulte que l'engagement de la tête est gêné; laèvre antérieure du col est

pincée entre la tête et le pubis, et s'œdématie ; puis la rotation se fait mal. Il résulte aussi de l'aplatissement du bassin que le périnée est spécialement long et se rupture fréquemment. Le travail se trouve donc ralenti, et l'application du forceps devient souvent nécessaire.

Dystocie. — Quelques accouchements ont été rendus difficiles par des cicatrices vaginales d'origine syphilitique.

On a noté 71 fois la rigidité du col chez des femmes à terme, 14 fois pour des accouchements prématurés. Ces cas ont été traités soit par le chloral et le chloroforme, soit par le ballon dilatateur.

1 cas d'utérus unicorne.

1 cas d'hydrocéphalie, traité par version et ponction.

5 cas d'excès de volume du fœtus avec embryotomie.

39 cas d'excès de volume de la tête du fœtus avec ossification des fontanelles.

11 présentations de l'épaule sur 1.819 accouchements à terme, et 26 sur 881 accouchements prématurés.

16 présentations de la face, soit 1 : 113.

29 présentations du siège, soit 1 : 63.

Les rétrécissements du bassin ont été notés 146 fois sur 1.819 accouchements, soit 1 : 12.

Sur 462 bassins, 67 fois l'intervention eût été inévitable en cas de grossesse à terme.

Les bassins sont le plus souvent généralement rétrécis, et si les interventions ne sont pas plus fréquentes c'est que la moitié des grossesses n'arrivent pas à terme. En effet sur 2.927 grossesses, on compte 1.819 enfants dont le poids varie de 2 kgr. 500 à 4 kgr. 200 ; 881 dont le poids varie de 1 kgr. 200 à 2 kgr. 550 et 227 avortons.

Il a été constaté 2 ruptures de l'utérus, l'une par présentation de l'épaule négligée, l'autre par rigidité du col.

Les procidences du cordon et des membres sont rares.

Les hémorragies par insertion vicieuse du placenta sont fréquentes, 61 sur 2.700 accouchements, dont 1.819 à terme ; 6 fois l'insertion était centrale, 7 fois partielle ; 20 fois marginale ; 28 fois latérale. Le placenta prævia est donc très fréquent chez les Malgaches.

4 cas de mole hydatiforme expulsée entre 5 et 6 mois, avec forte hémorragie.

Accidents de la délivrance. — Il a été noté 21 cas d'adhérences partielles du placenta ou des membranes sur 1.819 délivrances à terme (1/91), et 60 fois sur 881 délivrances avant terme (1/14,6). Il y a eu 36 fois des hémorragies consécutives à ces adhérences (1/75). On a noté 15 fois de la rétention placentaire sur 2.700 accouchements, 10 fois à terme, 5 fois avant terme.

2 cas d'inversion utérine totale, après des délivrances avant terme pratiquées sur la voie publique, la femme étant debout. Les 2 cas amenés sans perte de temps à la Maternité furent réduits facilement et guérirent sans accidents.

Suites de couches. — Les seuls accidents qui aient été observés ont été des hémorragies, d'ailleurs fréquentes, 147 cas sur 2.700 accouchements. Elles débutèrent dans les 6 heures suivant l'accouchement.

Opérations. — Elles ont consisté en 1 élytrotomie pour grossesse abdominale à terme; mère et enfant en bonne santé. 1 césarienne, pour rétrécissement à 7 centimètres. Mort de péritonite après 36 heures. 1 céphalotripsie pour excès de volume du fœtus. Guérison.

145 applications de forceps pour rétrécissement entre 8 et 10 centimètres.

44 versions podaliques (présentation de l'épaule, de la face, ou placenta prævia).

190 délivrances artificielles, suivies de curage digital.

43 accouchements prématurés.

25 curettages pour infection.

Mortalité. — 5 par placenta prævia; 5 par péritonite (dont 1 avant l'entrée); 3 par urémie; 2 par rupture utérine; 5 par infection puerpérale (dont 3 déclarées avant l'entrée); 2 par syncope succédant à des hémorragies; 3 par pneumonie grippale antérieure à l'accouchement; 1 par phlegmon du ligament large; 1 par éclampsie; 1 par albuminurie; 1 par misère physiologique; 1 par hépato-toxémie.

Soit 30 décès pour 2.927 femmes traitées, 1,02 p. 100. En faisant abstraction de 10 cas désespérés à l'entrée, il reste 20 décès sur 2.927 accouchements soit 0,68 p. 100.

REVUE ANALYTIQUE

De l'hémorragie post-partum (Post-partum hæmorrhage), LE PAGE. *British med. Journ.*, 3 janvier 1907, p. 1907.

L'auteur illustre en quelque sorte et justifie sa façon de combattre l'hémorragie grave *post-partum*, par l'observation suivante :

Obs. — X... 29 ans, multipare, était délivrée depuis une heure et demie, quand je fus appelé d'urgence. A mon arrivée, on me dit que la femme était morte. Dans la chambre à coucher, je trouvais les docteurs X... et Y... Il y avait beaucoup de sang sur le plancher. La femme était livide : pouls radial, respiration non perceptibles. Yeux tournés en haut, pas de réflexe palpébral, dilatation des pupilles. Immédiatement, je pousse un coussin sous les hanches. Je comprime l'aorte abdominale de la main gauche ; *je fais dresser les membres inférieurs perpendiculairement au lit ainsi que les membres supérieurs*. Puis, un fort bandage est serré à la racine des quatre membres. Immédiatement, lavements de 2 onces de brandy avec 2 onces d'eau, puis les bras sont abaissés. Les battements de l'aorte augmentent rapidement. Ma main droite aseptisée, je l'introduis dans la matrice et retire les caillots. A ce moment, je cesse en partie de comprimer l'aorte, il n'y a plus d'hémorragie. La femme regarde autour d'elle et fait signe qu'elle veut parler. L'utérus se contractant vigoureusement, je retire ma main droite, abaisse les membres inférieurs, abandonne enfin l'aorte. De l'eau et de l'eau-de-vie sont bues avec avidité. Le coussin est retiré. Le pouls radial est bon ; la température périphérique se relève. Respiration 22. — Enlèvement *lent* du bandage qui comprime les bras. Celui des membres inférieurs n'est enlevé que plus tard, dans les trois heures qui suivirent cette intervention, et en se basant sur les effets produits par la nourriture. Convalescence, en dépit de l'anémie, très régulière. Lever le vingtième jour.

L'auteur schématise ainsi les raisons de sa manière de faire : « Pas de travail possible sans énergie ; pas d'énergie inhérente à la musculature utérine ; la contraction utérine est fonction exclusive de l'action des centres nerveux : privés de sang, les centres nerveux ne produisent pas, et *ne peuvent* pas produire de l'énergie ; dans le collapsus qui suit l'hémorragie profuse, il y a forcément stase dans le système vasculaire qui alimente les centres nerveux. Aussi, comme la déplétion sanguine se fait rapidement, il faut, d'un coup, arrêter l'hémorragie ; comme les centres nerveux sont paralysés, il faut réveiller leur activité ; enfin, comme l'utérus ne se contracte pas, maintenant que la malade revit et que l'innervation est restaurée, il faut mettre en œuvre les moyens capables de produire la contraction utérine normale.

L'auteur ajoute que sur un total de 5.000 accouchements, il n'a pas perdu, grâce à son traitement, une seule femme d'hémorragie *post-partum* !

R. L.

De l'état neutrophile du sang dans les suites de couches physiologiques et pathologiques et de ses variations sous l'influence du sérum streptococcique (Das neutrophile Blutbild im physiologischen und pathologischen Wochenbette und seine Veränderungen unter der Streptokokkenserumwirkung). O. BURKARD, *Arch. f. Gyn.* Bd. LXXX. Hft. 3, p. 532.

Depuis quelques années, on s'efforce de pénétrer certains processus chimiques que subissent le plasma et le sérum sanguin à l'occasion de maladies infectieuses, et ces recherches semblent devoir fournir des résultats incomparablement supérieurs à l'étude *exclusive* des modifications *morphologiques*, subies par les éléments figurés du sang dans les mêmes conditions. Toutefois, les recherches de ces dernières années sur l'infection et l'immunité ont indiscutablement démontré que *les variations dans les rapports de nombre et d'assemblage des globules blancs représentent un processus important, lequel est en connexion certaine et interne avec les modifications chimiques du sang.* C'est le travail d'Arneth (*Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infektionskrankheiten*, 1904), qui réalisa, dans cette voie, un réel progrès. La méthode des recherches hématologiques d'Arneth a pour base les diversités des noyaux des leucocytes, qu'il a surtout étudiées sur les *neutrophiles*, principaux facteurs de l'hyperleucocytose dans les maladies infectieuses. Dans le travail actuel, la méthode d'Arneth a été utilisée pour déterminer l'état des neutrophiles dans les suites de couches, particulièrement dans les suites de couches fébriles, et dans le but : 1° de fournir une contribution à la question non encore résolue de l'état des leucocytes dans les maladies infectieuses ; 2° de montrer si le traitement de la fièvre puerpérale à streptocoques par un sérum spécifique streptococcique influe de façon évidente sur l'état des neutrophiles.

Or, à la lecture de ce travail, il semble bien que l'étude des variations dans les rapports numériques des diverses formes de neutrophiles peut fournir des indications très utiles ; que, d'une manière générale, la diminution rapide et considérable des formes mûres, neutrophiles mononucléaires, et leur remplacement par des formes jeunes, multinucléaires indique une attaque sérieuse de l'organisme, qui peut être en partie compensée par une abondante formation de ces formes jeunes ; que, d'autre fois, l'atteinte à l'organisme paraît d'autant plus sévère et grosse de périls, que la diminution des formes adultes n'est pas suivie de cette compensation relative, ce qui témoignerait d'une insuffisance des organes de défense ; que, dans les infections à streptocoques, les sérums spécifiques antistreptococciques, surtout quand le traitement doit être suivi de succès, déterminent une fabrication intense de neutrophiles, au point qu'analysant les phénomènes observés, et se basant sur ce que l'on sait aujourd'hui des ambocepteurs, corps complémentaires, bactériolysines, l'auteur pense que ce sont surtout les leucocytes neutrophiles qui, en se détruisant, fournissent ces corps complémentaires, qui avec les ambocepteurs concourent à la lutte contre les éléments étrangers et ennemis de l'organisme ; qu'enfin de compte, *un sérum, si efficace soit-il, ne saurait procurer la guérison, si l'organisme n'intervient pas activement dans la défense.*

R. L.

Contribution à l'étude de l'étiologie du *placenta circumvallata* (Beitrag zur Etiologie der Placenta circumvallata). LIEPERNAM, *Arch. f. Gyn.* Bd. LXXX, Hft. 3, p. 439.

De l'étude macroscopique et microscopique de quatre pièces pathologiques, particulièrement appropriées à cette étude, l'auteur a déduit les conclusions suivantes :

1° Les placentas cernés (*circumvallata*) et marginés sont produits par des plissements des membranes ;

2° Le placenta marginé dérive du placenta *circumvallata*, par aplatissement du plissement par suite de l'augmentation de la pression intra-utérine et de la diminution de place ;

3° Endométrite décidual, formation d'infarctus, etc., ne sont pas cause, mais seulement effet du plissement des membranes ;

3° Le plissement se produit à une époque où la C. réfléchie n'est pas encore soudée à la C. vraie ;

4° La cause du plissement est une sorte de refoulement (Stauchung) du sac ovulaire produit : a) par le siège anormal du placenta : placenta cerné à l'angle tubaire ; placenta *prævia* ;

b) Variations du liquide amniotique ou contractions de la grossesse ;

6° Il ne faut pas attribuer au placenta *circumvallata*, contrairement à Herff, une importance spéciale sous le rapport de l'évolution de la grossesse et des suites de couches.

R. L.

La classification des bassins rétrécis et le pronostic des diverses formes (Die Einteilung des engen Becken und die Prognose der einzelnen Formen). *Zent. f. Gyn.*, 1907, n° 10, p. 281.

Du bassin plat ou du bassin généralement rétréci, quel est celui qui se montre le plus défavorable par rapport à la naissance de l'enfant ? — Pas de meilleure manière de solutionner la question qu'en déterminant la proportion des accouchements spontanés dans les deux variétés de sténose. Or, si l'on adopte la classification de Litzmann-Zweifel basée sur le degré et la forme de rétrécissement, on constate qu'avec un même degré de rétrécissement, la proportion des accouchements spontanés est plus forte dans les bassins généralement rétrécis que dans les bassins plats.

1° Statistique avec les matériaux de la clinique de Tubingue (accouchements spontanés d'enfants à terme sur un total de près de 700 accouchements) :

	Pour rétrécissement du 1 ^{er} degré.		
Bassins généralement rétrécis.	94,5 p. 100 à savoir	142 accouchements dont	134 spontanés
— plats	86,4 — —	350 —	303 —
	Pour rétrécissement du 2 ^e degré.		
Bassins généralement rétrécis.	79,3 p. 100 à savoir	116 accouchements dont	82 spontanés
— plats	54,6 — —	86 —	42 —

La différence est particulièrement forte dans le rétrécissement du 2^e degré : le bassin généralement rétréci donne 25 p. 100 d'accouchements spontanés de plus que le bassin plat.

2° La statistique de Krönig confirme ces résultats :

Pour le 1 ^{er} degré.			
Bassins généralement rétrécis.	94,8 p. 100	137 accouchements	dont 130 spontanés
— plats	86,5 —	371 —	321 —
2 ^e degré.			
Bassins généralement rétrécis.	67,3 p. 100	101 accouchements	dont 68 spontanés
— plats	52,6 —	133 —	70 —

3° Statistique de Sävinger (1.100 accouchements) :

1 ^{er} degré.			
Bassins généralement rétrécis.	92,7 p. 100	110 accouchements	dont 102 spontanés
— plats	84,4 —	529 —	459 —
2 ^e degré.			
Bassins généralement rétrécis.	81,8 p. 100	264 accouchements	dont 216 spontanés
— plats	61,6 —	202 —	124 —

Ces résultats, qui ressortent de l'examen critique d'un nombre considérable d'observations, démontrent nettement qu'on n'est pas justifié à établir des degrés de rétrécissements pour lesquels on n'adopte pas, quelle que soit la forme du bassin, une même longueur du conjugué vrai. La classification Litzmann-Zweifel enregistre : pour le 1^{er} degré : a) bassin généralement rétréci, 9 et 10 centimètres, et b) bassin plat, 9 cm. 5 et 8 cm. 25 ; pour le 2^e degré : a') bassin généralement rétréci, 8 cm. 9 et 7 cm. 4 ; b') bassin plat, 8 cm. 2 à 7 cm. 4, différences arbitraires qui paraissent reconnaître une signification pronostique beaucoup trop sévère, sous le rapport de l'accouchement spontané, à la première des deux variétés.

Si, au contraire, on classe les bassins d'après seulement la longueur du conjugué vrai, abstraction faite du type de sténose, on obtient alors pour les deux types pelviens, plat et généralement rétréci, presque la même proportion d'accouchements spontanés.

1° Statistique de Tubingue :

Conj. vrai, 9 cm. 5 à 8 cm. 6.			
Bassins généralement rétrécis.	91,1 p. 100	125 accouchements	dont 110 spontanés
Bassins plats	89,8 —	325 —	292 —
Conj. vrai, 8 cm. 5 à 7 cm. 6.			
Bassins généralement rétrécis.	71,4 p. 100	91 accouchements	dont 65 spontanés
— plats	61,7 —	123 —	65 —

résultats qui se retrouvent dans les statistiques de Sävinger et Zweifel.

Conj. vrai, 9 cm. 5 à 8 cm. 6.			
	Döderlein	Zweifel	Sävinger
Bassins généralement rétrécis.	91,1 p. 100	95 p. 100	95 p. 100
— plats	89,8 —	88,8 —	88,3 —

	Conj. vrai, 8 cm. 6 à 7 cm. 6.		
Bassins généralement rétrécis.	71,4 p. 100	71,8 p. 100	80,0 p. 100
— plats	61,7 —	69,7 —	70,3 —

d'où cette proposition justifiée par l'importance des chiffres et la concordance des trois statistiques: *la spontanéité de l'accouchement dépend surtout de la longueur du conjugué vrai. C'est le degré et non la forme de la sténose qui prime dans le pronostic de l'accouchement.* Ici encore, où il n'est tenu compte que de la longueur du conjugué vrai, ce sont les bassins légèrement rétrécis qui fournissent la proportion la plus élevée d'accouchements spontanés. Différence qui va jusqu'à 10 p. 100 dans les bassins, dont le conjugué vrai varie de 8 cm. 5 à 7 cm. 5.

En ce qui concerne la *mortalité infantile*, elle est également moindre dans les bassins légèrement rétrécis que dans les bassins plats.

	Conj. vrai, 9 cm. 5 à 8 cm. 6.	
<i>Mortalité infantile :</i>		
Bassins généralement rétrécis.		5,6 p. 100
— plats		5,5 —

	Conj. vrai, 8 cm. 5 à 7 cm. 6.	
Bassins généralement rétrécis.		10,0 p. 100
— plats		16,2 —

L'influence particulièrement fâcheuse qu'on attribue aux bassins généralement rétrécis, ressort encore de ce fait qu'on range dans les bassins rétrécis ceux de ce type qui ont un conjugué vrai de 10 centimètres, tandis que pour les bassins plats, on ne le fait qu'à partir d'un conjugué vrai de 9 centimètres et demi.

Or, si l'on recherche la fréquence des accouchements spontanés dans ces deux formes de bassins avec un conjugué vrai de 9 centimètres et demi à 10 centimètres, on reconnaît que cette classification est absolument arbitraire et non fondée.

	Conj. vrai, 9 centimètres et demi à 10 centimètres.		
Accouchements spontanés :			
Bassins généralement rétrécis.	primipares, 100 p. 100	multipares, 98 p. 100	
— plats.	92 —	92 —	
Sans distinction en multipares et primipares :			
Bassins généralement rétrécis.	98 p. 100	60 accouchements dont 59 spontanés	
— plats.	92 —	168 —	156 —

Ici encore, *pour le degré le plus faible de sténose, l'avantage est aux bassins généralement rétrécis.* — En conséquence, ou la qualité de rétréci sera également attribué aux bassins plats à partir d'un conjugué vrai de 10 centimètres ou elle sera retirée aux bassins généralement rétrécis.

Les statistiques précédentes se rapportent à des bassins pour lesquels le qualificatif « généralement rétréci » a été appliqué lorsque les deux diamètres externes (D. des épines, D. des crêtes) étaient inférieurs de 1 centimètre aux dimensions normales 25 et 28.

Cette sélection pouvant être discutée, il a été choisi comme généralement rétrécis ceux où ces dimensions étaient de 2 centimètres au moins inférieures aux dimensions normales; et alors on a obtenu :

<i>Accouchements spontanés avec un conj. vrai de 9 cm. à 8 cm. 6.</i>			
Bassins plats	primipares, 92 p. 100	multipares, 83 p. 100	
— généralement rétrécis	— 96 —	— 83 —	
Conj. vrai, 8 cm. 5 à 7 cm. 6.			
Bassins plats	primipares, 67 p. 100	multipares, 58 p. 100	
— généralement rétrécis	— 68 —	— 75 —	

Ici encore, où la sélection est basée sur une définition rigoureuse du rétrécissement général, l'avantage est aux bassins généralement rétrécis, et particulièrement dans le cas de rétrécissement notable.

Il a été enfin établi une autre classification par la formation d'un groupe de bassins pour lesquels on pouvait faire rentrer dans l'étiologie de la sténose le rachitisme, ce qui a donné :

Conj. vrai, 9 cm. 5 à 8 cm. 6.			
Bassins plats	primipares, 92 p. 100	multipares, 83 p. 100	
— généralement rétrécis	— 100 —	— 86 —	
— généralement et régulièrement rétrécis, plats rachitiques.	— 94 —	— 81 —	
Conj. vrai, 8 cm. 6.			
Bassins plats	primipares, 67 p. 100	multipares, 58 p. 100	
— généralement et régulièrement rétrécis	— 70 p. 100	— 78 —	
— généralement rétrécis; plats rachitiques.	— 67 —	— 71 —	

Ici encore, l'avantage est aux bassins généralement et régulièrement rétrécis; les bassins généralement rétrécis mais plats rachitiques tiennent, pour ainsi dire, le milieu; *les bassins plats restent les plus défavorables.*

En conclusion de son travail, l'auteur souhaite qu'on renonce à la division complexe et injustifiée des bassins rétrécis basée sur le type du bassin, pour introduire en Allemagne la division pratique, adoptée depuis longtemps en France et exclusivement basée sur la dimension du conjugué vrai.

R. L.

Des résultats définitifs de l'ovariotomie (Über die Enderfolge des Ovariectomie). A. GLOCKNER. *Arch. f. Gyn.*, Bd., 80, Hft., 1, p. 1.

Travail fait avec des documents colligés à la clinique de Leipzig (Zweifel).

Pour un total de 540 opérées, il fut possible de se procurer les renseignements ultérieurs nécessaires sur 500 = 92,6 p. 100. « Pour raison de simplicité, écrit l'auteur, j'indique dans ce qui suit tous les cas dans lesquels survint plus tard une néo-tumeur qui avait une connexion étiologique quelconque avec

la tumeur enlevée ou ceux dans lesquels on put tenir pour une « récurrence » une tumeur développée sur l'ovaire laissé *in situ*. » L'auteur a adopté une classification anatomique : A. TUMEURS CONNECTIVES : 1° *fibrome*, 2° *sarcome*, 3° subdivision annexe, *tumeurs de genèse douteuse* (endothéliome, etc.); B. TUMEURS ÉPITHÉLIALES; 1° *kyste séreux simple*, 2° a) *kyste glandulaire*, b) *kyste pseudo-papillaire*, 3° *kyste papillaire*, 4° *cancer de l'ovaire*, a) primitif, b) secondaire, C. TUMEURS TÉRATOÏDES : a) *kystes dermoïdes*, b) *tératomes*, c) subdivision annexe *kyste parovarique*.

A. — TUMEURS CONNECTIVES.

1° *Fibrome* : 9 cas utilisables, dont 8 récidivés :

2	ou 3 ans	<i>post operationem</i>	2
2	4	—	—	2
4	5	—	—	1
7	8	—	—	1
8	9	—	—	1
11	12	—	—	1

« Une des opérées qui, 2 ans et 10 mois *post operationem* était indemne de récurrence, mourut 4 ans et 8 mois après l'opération vraisemblablement de *carcinose généralisée*. Je crois, écrit l'auteur, que cette carcinose diffuse n'a pas été une vraie récurrence, qu'elle a été plutôt la suite d'un cancer d'un autre organe, peut-être l'estomac; je ne le note donc pas comme un cas de récurrence. »

2° *Sarcome* : 15 cas utilisables, dont 3 de fibro-sarcomes :

récidivés.	8	soit 53,3 p. 100
non récidivés	6	40 p. 100
récurrence douteuse.	1	6,7 p. 100

Le cas douteux (fibro-sarcome) concerne une femme de 68 ans, morte plus de 7 ans après l'opération; on ne put avoir aucun renseignement complémentaire sur la cause de la mort; dans ce cas, la récurrence est peu probable.

Durée de l'observation pour les cas non récidivés :

3 ou 4 ans dans 2 cas	8 ou 9 ans dans 2 cas
6 7 ans — 1 cas	13 14 ans — 1 cas

Date de la récurrence après l'opération :

Au cours d'une année dans 7 cas
— de 5-6 ans — 1 cas (1).

(1) D'après les renseignements fournis par le médecin de famille, la cause de la mort aurait été un cancer de l'estomac; il figure néanmoins, ici, comme récurrence parce que l'autopsie ne fut pas faite.

Influence de l'extirpation simultanée du second ovaire et de l'utérus, les chiffres deviennent :

	sans récédive	récédive
2° ovaire enlevé	4	8
2° ovaire laissé <i>in situ</i>	2	0
Utérus totalement ou partiellement enlevé.	2	5

3° Groupe complémentaire (*endothéliome* et productions similaires). De toutes mes observations, écrit l'auteur, une seule semble devoir rentrer dans ce groupe, encore ne la dénommerai-je qu'avec réserve « *endothéliome* », il y eut récédive peu de mois *post operationem*.

B. — TUMEURS ÉPITHÉLIALES.

1° *Kyste séreux simple*. « Je me suis efforcé, écrit Glockner, de rassembler dans ce groupe tous les cas qui correspondent à la définition de Pfannenstiel :

Kystes tapissés d'un épithélium, lequel prolifère sans relâche et qui peut par la sécrétion cellulaire produire des tumeurs énormes Elles se distinguent des adénokystomes par l'absence dans la paroi de productions glanduliformes proliférantes et par la forme et la fonction des cellules épithéliales. J'ai laissé entièrement de côté les cas d'*hydrops folliculi*, de simples kystes par rétention.

29 cas utilisables :

non récédivés.	28 soit 96,6 p. 100
récédivés	1 3,4 p. 100

Durée de l'observation pour les cas non récédivés :

1 ou 2 ans. 3	8 ou 9 ans. 1
2 3 ans. 6	9 10 ans. 2
3 4 ans. 3	10 11 ans. 1
4 5 ans. 3	11 12 ans. 1
5 6 ans. 2	12 13 ans. 1
7 8 ans. 3	13 14 ans. 1
	14 15 ans. 1

Dans le cas de *récédive*, il se développa, 1 an *post operationem*, sur l'ovaire *in situ* un gros kyste, sur la nature anatomique duquel on ne sait rien de précis.

2° a) *kyste glandulaire*, cas utilisables, 285 sont :

non récédivés.	269 soit 94,4 p. 100
récédivés	10 3,5 p. 100
récédive douteuse	6 2,1 p. 100

Durée de l'observation pour les cas non récidivés :

0 ou 1 an	11	9 ou 10 ans.	15
1 2 ans.	2	10 11 ans.	16
2 3 ans.	27	11 12 ans.	7
3 4 ans.	21	12 13 ans.	15
4 5 ans.	21	13 14 ans.	15
5 6 ans.	29	14 15 ans.	8
6 7 ans.	22	15 16 ans.	10
7 8 ans.	20	16 17 ans.	5
8 9 ans.	17	17 18 ans.	3

Date de la récurrence après l'opération :

dans 1 an.	1	dans 7 ans.	1
— 2 ans.	2	— 8 ans.	1
— 3 ans.	2	— 11 ans.	2
— 4 ans.	1		

Influence de l'extirpation simultanée du deuxième ovaire.

	sans récurrence	récurrence
2 ^e ovaire enlevé.	113.	1 soit 0,9 p. 100
2 ^e — laissé.	145.	7 4,6 p. 100

Des 10 opérées frappées de récurrence sont :

<i>mortes</i> de la maladie cancéreuse.	4	soit 1,4 p. 100
— de développement de tum. sur le 2 ^e ovaire.	5	1,8 p. 100
— pseudo-myxome du péritoine	1	0,35 p. 100

b) Kyste pseudo-papillaire : Cas utilisables 10 :

non récidivés.	10	récidivés.	0
------------------------	----	--------------------	---

Durée de l'observation pour les cas non récidivés :

1 ou 2 ans.	1	7 ou 8 ans.	1
2 3 ans.	4	11 12 ans.	2
6 7 ans.	1	12 13 ans.	1

3^e Kystes papillaires : Cas utilisables 19 :

non récidivés.	17	soit 89,5 p. 100
récidivés	2	10,5 p. 100

Durée de l'observation post opérationem pour les cas non récidivés.

1 ou 2 ans.	1	9 ou 10 ans.	1
2 3 ans.	1	10 11 ans.	1
3 4 ans.	3	11 12 ans.	1
4 5 ans.	1	13 14 ans.	2
5 6 ans.	2	16 17 ans.	1
7 8 ans.	3		

Date de la récurrence après l'opération :

durant 1 an. 1 durant 2 ans. 1

Influence de l'extirpation simultanée du deuxième ovaire :

	Sans récurrence	récurrence
2 ^e ovaire enlevé	14.	2
2 ^e — laissé <i>in situ</i>	2.	0
2 ^e — —	1	

Caractères de la récurrence : dans les 2 cas, après la castration bilatérale, des métastases multiples de nature cancéreuse se produisirent sans qu'on pût trouver une tumeur qui semblât être le foyer originaire de ces métastases.

4^e Cancer de l'ovaire, a) Cancer primitif :

Cas utilisables 36 :

récurrence douteuse	1	soit 28 p. 100	
non récidivés	13	36 p. 100	(34,3 p. 100) (1).
récidivés.	22	61,1 p. 100	

Durée de l'observation post opérationem pour les cas non récidivés :

0 ou 1 an ¹	1	5 ou 6 ans.	4
1 2 ans.	1	6 7 ans.	3
2 3 ans.	1	11 12 ans.	1
4 5 ans.	1	17 18 ans.	1

Les cas observés pendant 5 ans donnent *non récidivés* : 29 p. 100.
— — — — — 33 p. 100.

Date de la récurrence après l'opération :

dans 1 an <i>post opérationem</i>	12	soit 54,5 p. 100.
— 2 ans —	5	22,7 —
— 3 ans —	2	9,1 —
— 4 ans —	2	9,1 —
— 7 ans —	1	4,5 —

Influence de l'extirpation simultanée du second ovaire.

	pas de récurrence	récurrence
2 ^e ovaire enlevé.	9.	19
2 ^e — laissé.	4.	2

Des cas de *cancers de l'ovaire bilatéraux* déjà à l'examen macroscopique, en tout 9, 8 se sont terminés par la récurrence :

dans 1 an	5
— 2 ans	2
— 3 ans	1

(1) Si l'on retranche le cas observé un an seulement, et qui, au dire du médecin de famille, se serait terminé par la « mort par apoplexie ».

Dans le neuvième cas, la récurrence reste douteuse.

Dans 3 cas le deuxième ovaire parut indemne à l'examen macroscopique; mais le microscope y révéla du cancer : 2 récidivèrent dans l'année, le troisième finit par apoplexie après 1 an, sans récurrence jusqu'alors.

Influence de l'extirpation simultanée, totale ou partielle, de l'utérus.

a) Amputation supra-vaginale de l'utérus : pas de récurrence, 2; récurrence, 2.

b) Extirpation totale de l'utérus : pas de récurrence, 5; récurrence, 6.

Dans les cas non récidivés, l'utérus fut enlevé en totalité ou en

partie 53,8 p. 100.

Dans les cas récidivés, l'utérus fut enlevé en totalité ou en

partie 36,3 p. 100.

b) *Cancer secondaire.* — Des 11 cas provenant des matériaux de cette clinique, tous, sauf un seul, se terminèrent par la mort très peu de temps *post operationem*, du fait soit de la tumeur primaire non enlevée au moment de l'intervention soit de métastases.

C. — TUMEURS TÉRATOÏDES.

a) *Kyste dermoïde.* Cas utilisables 48 :

pas de récurrence	46 soit 95,8 p. 100.
récurrence	2 4,2 p. 100.

Durée de l'observation pour les cas non récidivés :

0 ou 1 an	1	9 ou 10 ans.	1
2 3 ans.	5	11 12 ans.	1
3 4 ans.	6	12 13 ans.	3
4 5 ans.	7	13 14 ans.	3
5 6 ans.	3	15 16 ans.	2
6 7 ans.	5	16 17 ans.	1
7 8 ans.	4	17 18 ans.	2
8 9 ans.	2		

Date de la récurrence après l'opération.

dans 1 an *post operationem*. 2

Caractères de la récurrence. Dans l'un des cas, 6 ans et 8 mois après la première opération, on enlève un kyste dermoïde du côté opposé; dans l'autre, après même laps de temps, le médecin de famille enleva une tumeur plus grosse qu'un œuf de l'ovaire laissé *in situ* (nature anatomique de cette tumeur restée ignorée).

Influence de l'extirpation simultanée du second ovaire :

	pas de récurrence	récurrence
2 ^e ovaire enlevé.	18.	0
2 ^e — laissé.	27.	2

Deux des kystes dermoïdes étaient au moment de l'observation atteints de dégénérescence cancéreuse. Une des femmes mourut des suites opératoires et à l'autopsie on trouva des métastases dans divers organes. Le deuxième cas reste non récidivé après plus de 10 ans.

b) *Tératomes*, 2 cas. Une des opérées est morte à peine quelques semaines après l'opération de *métastases multiples*; l'autre, *struma ovarii*, reste après 3 ans sans récidives.

c) Groupe complémentaire. *Kyste parovarique*, cas utilisables 39 :

non récidivés	38	soit 97,4 p. 100.
récidivés.	1	2,6 p. 100.

Durée de l'observation post operationem, pour les cas non récidivés.

0 ou 1 an	1	7 ou 8 ans.	2
1 2 ans.	1	8 9 ans.	1
2 3 ans.	5	9 10 ans.	2
3 4 ans.	6	10 11 ans.	2
4 5 ans.	4	11 12 ans.	1
5 6 ans.	5	14 15 ans.	3
6 7 ans.	4	15 16 ans.	1

Dans le seul cas de récurrence, 5 ans 9 mois après la première opération, on enleva un kyste *intra-ligamentaire* du côté opposé sur la nature anatomique duquel on ne sait rien de précis.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Die neue Königliche Frauenklinik in Dresden, par LÉOPOLD et REICHEL, Leipzig, Hirzel éditeur, 1906.

Tous ceux qui s'intéressent aux constructions hospitalières et à l'organisation de cliniques, liront le volume que vient de publier Léopold. On y trouve la description complète de la nouvelle clinique obstétrico-gynécologique de Dresde, illustrée de belles reproductions phototypiques et accompagnées de plans nombreux.

Die Zystoscopie der Gynakologen, par LÉOPOLD (*Sammlung Klinischen Vorträge*), BREITKOPF et HARTEL, Leipzig, 1907.

Après avoir été quelque peu délaissée, la cystoscopie chez la femme commence à faire l'objet d'une série de travaux; la monographie de Thumin contient un bon résumé de ce qui a été dit sur la question.

Operative Gynakologie, par DÖDERLEIN et KRÖNIG, Thème éditeur, Leipzig, 1907.

Il y a moins d'un an, nous rendions compte, ici même, de l'apparition du traité de gynécologie opératoire de Döderlein et Krönig et nous disions tout le bien que nous pensions de ce traité, remarquable par la précision de son texte et l'excellence de ses figures. La rapidité avec laquelle paraît la seconde édition montre que nous avions raison de lui prédire le succès. Cette seconde édition est notablement augmentée, en particulier au point de vue de la technique des opérations sur l'appareil urinaire dont l'importance, comme le remarquent les auteurs, devient, du reste, de plus en plus grande pour les gynécologues.

H. H.

Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire avec ectopie ovulaire, l'un des œufs étant dans l'utérus et l'autre hors de l'utérus. (Zur Lehre von der Zwillingsschwangerschaft mit heterotopem Sitz der Frucht, das kin in *cavo uteri* das andere extra-uterini gelagert). F. v. NEUGEBAUER, 1907, Leipzig, W. KLINKHART.

Monographie ayant pour base une documentation très complète et très châtiée. Documentation à l'aide de laquelle l'auteur étudie ces faits, relativement rares et très curieux, de simultanéité de grossesse utérine et extra-utérine, d'un diagnostic parfois très difficile, et qu'il importe pourtant beaucoup, dans l'intérêt de la femme, de reconnaître que l'on reconnaît surtout si l'on songe à leur possibilité, ce qui permet, le cas échéant, de faire appel, à temps, au chirurgien capable de remplir des indications qui varient, bien entendu, suivant les cas. Relation succincte, mais très sévère, de tous les faits publiés; tableau synoptique; enseignements tirés de cette statistique: fréquence, âge des femmes, nombre des grossesses antérieures, siège primitif de l'œuf extra-utérin, diagnostic; destinée: *a*) de l'œuf utérin, *b*) de l'œuf extra-utérin; conséquences finales pour la femme; traitement: *a*) de la grossesse utérine, *b*) de la grossesse extra-utérine; origine des deux œufs; prédisposition, moment de la fécondation de chacun des œufs, supertétation; action respective, et l'une sur l'autre, de la grossesse utérine et extra-utérine; évolution, thérapie; telle est la série de points très intéressants que l'auteur tâche d'éclairer par l'analyse critique et par le groupement raisonné des faits qu'il a si laborieusement rassemblés.

R. L.

Sur le cancer ovarien bilatéral métastatique (Ueber doppelseitige metastatische ovarialcarcinome). M. STICKEL, *Arch. f. Gyn.*, 1906, Bd. 79, Hft. 3 p. 605.

La question que l'auteur s'efforce, ici, de solutionner est de réelle im-

portance pratique. Les cancers bilatéraux de l'ovaire sont-ils primitifs et dans quelle fréquence, ou bien n'apparaissent-ils communément que comme productions métastatiques d'un cancer primitif d'un organe plus ou moins éloigné, de l'estomac, d'une zone quelconque du tube digestif, du sein, etc. ? On saisit tout de suite la valeur qu'aurait pour le « chirurgien » une notion précise sur ce point, l'objet à l'heure actuelle de théories très différentes :

a) Le cancer ovarique bilatéral est une métastase d'un cancer primitif d'autres organes de la cavité abdominale ou du sein ; b) le cancer ovarique bilatéral est primitif, les néoplasies cancéreuses concomitantes des autres organes ne sont que secondaires, c) il est des cancers primitifs multiples.

Or, outre le rappel bref et critique des principaux travaux sur la même question, Stickel relate les traits cliniques essentiels et les particularités histo-pathologiques de 13 cas étudiés avec le plus grand soin et qui l'ont conduit à formuler pour le gynécologue et le chirurgien les propositions fondamentales suivantes :

1° *Dans tous les cas de cancers primitifs du sein, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou de l'intestin, il faut, avant de se décider à une opération grave, procéder à un examen attentif des organes génitaux, et se renseigner particulièrement sur l'état des ovaires. Il ne faut pas oublier que ces organes peuvent être déjà malades, alors même que la cavité abdominale est encore entièrement indemne de métastases, alors même qu'aucun ganglion rétro-péritonéal n'est encore infiltré. C'est sur les particularités propres à chaque cas, que le chirurgien jugera s'il doit se borner à une intervention palliative (sur l'estomac par exemple) ou s'il enlèvera simultanément les ovaires dégénérés.*

2° *Quand on se croit en présence d'une dégénérescence cancéreuse ovarique bilatérale, il faut s'efforcer de découvrir un cancer primitif. Et pour l'exploration de l'estomac et de l'intestin, il ne suffit pas de se servir de la simple palpation, car le noyau primitif peut-être encore si petit qu'il soit inaccessible au palper: il faut utiliser tous les moyens de diagnostic pour dépister, éventuellement, un cancer primitif au niveau d'un des autres organes abdominaux.*

R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

