

des tissus, elle acquiert sa gravité et sa ténacité. La prostate longtemps dilatée, longtemps enflammée, ne peut plus revenir sur elle-même ; elle est sclérosée. M. Guépin rappelle ici la pathogénie de cette sclérose qu'il considère comme la cause la plus ordinaire du développement pathologique de la prostate chez le vieillard, de la prostate sénile (Reliquet) avec toutes ses conséquences.

Après une série de considérations sur la marche du processus sclérogène et les causes qui favorisent son développement, l'auteur résume son étude en ces lignes :

L'hypertrophie sénile de la prostate, la prostate sénile, reconnaît ordinairement pour cause première la stagnation des sécrétions dans les glandes prostatiques. Elle est caractérisée, anatomo-pathologiquement parlant, par une "sclérose périglandulaire qui aboutit à la déchéance fonctionnelle des muscles propres de la glande. La sclérose est favorisée dans son développement avant tout par l'âge ; puis par le tempérament ; enfin, par les désordres génitaux, les excès de toutes sortes, en un mot, soit par ce qui congestionne habituellement le petit bassin, soit aussi par ce qui provoque une suractivité anormale de la glande, surtout par ce qui agit dans les deux sens à la fois. Viennent en dernier lieu la bonne chère, la constipation, la stagnation d'urine, dont l'auteur a expliqué le mode d'action et apprécié la valeur dans la pathogénie de la sclérose prostatique.

---

Le médecin ou le chirurgien étant appelé auprès d'une patiente en train d'avorter, quelle conduite doit-il tenir ? Telle est la question que résoud d'une façon pratique M. le Dr Jacob, dans un de ses entretiens gynécologiques (1). Si l'on peut acquérir rapidement la certitude que l'enfant est mort, on s'abstiendra de s'opposer par un moyen quelconque à sa sortie. Au delà de 4 mois de grossesse, l'absence de bruits cardiaques, de mouvements actifs du fœtus seront des signes certains de la mort. Avant le terme de 4 mois, il est difficile d'avoir la certitude de la mort de l'enfant. On se basera sur la cessation brusque des phénomènes sympathiques de la grossesse, l'arrêt de développement du ventre, la montée laiteuse. S'il y a eu écoulement de liquide, on s'assurera immédiatement de sa nature, sanguine ou aqueuse. On examinera soigneusement les lins, les literies, les caillots ; la température pourra renseigner sur l'état de l'œuf. En cas de rupture, il a perdu toute résistance. Les contractions utérines qui suivent la rupture sont un signe pathognomonique.

De légères hémorragies, la dilatation du col, les douleurs et même l'engagement partiel de l'œuf n'indiquent pas absolument un avortement inévitable.

Le médecin considérera "a priori" l'avortement comme évitable, quand le fœtus n'est pas mort et que le sac n'est pas rompu. Il cherchera alors, malgré tout, à empêcher la fausse couche, sans se préoccuper des dires du marade ou de l'entourage.

La patiente sera mise au lit dans l'immobilité la plus complète. La toux, les vomissements, le hoquet seront calmés, s'il y a lieu ; les dou-