

Les présentations de l'épaule, l'excès de volume du fœtus, la procidence d'un membre, sont les causes *fœtales* le plus fréquemment rencontrés dans les observations.

Quand la rétraction de l'anneau de Bandl est constituée, il est parfois facile, par la simple inspection de l'abdomen, de constater la forme en sablier, en calabasse de l'utérus, mais d'ordinaire c'est seulement en pratiquant le toucher manuel profond que l'on peut affirmer son existence.

Dans certains cas, la longue durée de la période d'expulsion ou bien une difficulté sérieuse survenant dans l'évolution du fœtus, en l'absence de toute autre cause de dystocie, feront penser à cette rétraction.

En pratiquant le toucher, on peut constater que la rétraction porte sur des régions différentes du fœtus. Celui-ci est quelquefois retenu en entier dans le corps utérin. L'anneau rétracté est alors situé au-dessous de lui.

Parfois la tête occupe déjà le segment inférieur, et le point qui supporte la constriction est généralement le cou. On reconnaît alors la rétraction à l'inutilité des tractions faites avec le forceps, soit à l'impossibilité de l'introduction de la main, dans les tentatives de version.

Dans les présentations de l'épaule, l'anneau de contracture passe habituellement en écharpe au-dessus de l'épaule opposé à la présentation, on observe plus rarement les deux dispositions suivantes : les deux épaules et la tête sont situées dans le segment inférieur ; ou bien une partie du tronc a déjà dépassé l'anneau rétréci. Il est très important, au point de vue opératoire, de connaître exactement ces diverses éventualités.

Dans les présentations de siège, la tête dernière peut être arrêtée par une rétraction et fixée "comme dans un véritable étau."

La plus redoutable des complications de la rétraction de l'anneau de Bandl est la rupture de l'utérus, causée ici par l'élongation et l'amincissement des parois du segment inférieur.

Au moment de la délivrance on peut observer aussi, la reproduction de la bande annulaire et consécutivement des hémorragies *post partum* redoutables.

Pendant la version podalique pratiquée dans un utérus rétracté, on rencontre des difficultés à chaque temps de l'opération :

1er temps. La main sera arrêtée par la rétraction de l'anneau, qui cède habituellement après des manœuvres de dilatation manuelle. De plus, la progression de la main et la saisie du bon pied sont rendues difficiles par l'hypertension utérine.

2e temps. Il faut considérer ici deux cas bien distincts. *a)* Le fœtus occupe la cavité du corps de la matrice, et dans ce cas c'est la rétraction utérine et non l'anneau de Bandl qui s'oppose à l'évolution, qui est alors assez facile et exempte de tout danger de rupture. *b)* Il n'en est plus de même quand la partie fœtale est dans le segment inférieur. On éprouvera une première difficulté pour abaisser le siège, ou mieux le pied. Mais pour faire remonter la partie fœtale engagée dans le segment inférieur, au-dessous par conséquent de l'anneau rétracté, il faudra avoir recours à l'un de ces procédés. Pendant qu'une main exerce des tractions sur le membre inférieur abaissé, l'autre main pénètre dans l'utérus et presse de bas en haut sur le globe céphalique pour lui faire franchir le rétrécissement. L'anneau de Bandl résiste fortement, il se forme aux dépens du segment inférieur une sorte de cul-de-sac qui s'exagère par suite des pressions. Pour *débloquer* la tête, on pourra se faire aider par un assistant qui saisira entre les deux mains la sphère céphalique, à travers la paroi abdominale, et la soulèvera en l'entraînant vers le fond de l'utérus. Ce procédé n'est pas sans dangers, car les pressions s'exercent sur les parois du segment inférieur considérablement aminci, et par conséquent peuvent aisément causer une rupture. Aussi doit-on donner la préfé-

rence au procédé suivant que Budin a employé avec succès : le pied amené à la vulve est entouré d'un lacis et confié à un aide, qui ne tirera que quand on le lui dira. L'opérateur "fait alors pénétrer l'extrémité des doigts entre l'anneau de Bandl et la tête ; cette main refoulera l'anneau de dedans en dehors et constituera surtout un plan incliné allant de la cavité cervicale vers la cavité du corps." L'autre main refoule la tête qui glisse facilement sur le plan incliné. Quand la tête a franchi l'anneau rétréci, on prie l'aide de tirer sur le lacis, et l'évolution se produit sans difficultés.

3e temps. La dystocie est moins considérable pendant le 3e temps ; car l'obstacle a été déjà forcé pendant l'évolution. On a noté cependant des faits où le passage de la tête nécessita de fortes tractions et amena la mort de l'enfant.

Pendant toutes ces manœuvres, la seule complication à redouter est la rupture utérine.

Faut-il dans les cas de ce genre avoir toujours recours à la version ? Si l'enfant a succombe, l'embryotomie est seule de mise. Si l'enfant est vivant, et si la rétraction est très forte, le forceps, qui constitue le moyen de choix quand le fœtus ne présente pas le sommet, donne de très mauvais résultats dans les présentations de la face.

(Gaz. Hebdomadaire de médecine et de chirurgie.)

Traitement électrique de la goutte.

par M. le Dr Th. GUILLOZ.

Un double problème thérapeutique s'impose si, avec M. Bouchard, on envisage la goutte comme une auto-intoxication consécutive à un ralentissement de la nutrition entraînant des altérations des tissus, particulièrement des jointures, reconnaissant pour cause immédiatement tangible un dépôt de composés uratiques.

Il convient d'augmenter l'activité nutritive des tissus en les poussant à accomplir, jusqu'à ces termes normaux, leur cycle trophique sans s'arrêter à des produits intermédiaires de désassimilation nuisibles par leur toxicité propre ou par leur insolubilité dans le milieu organique.

Il convient aussi de dissoudre et d'éliminer les déchets existants tout en favorisant, par augmentation de la circulation locale, la réparation des désordres qu'ils ont déjà provoqués.

J'ai d'abord cherché, comme Edison, Labatut, une action locale par transport électrolytique de lithium au niveau des jointures atteintes, mais en employant des courants plus intenses allant jusqu'à 150 à 200 milliampères et passant pendant 20 à 30 minutes. J'ai observé que les goutteux ainsi traités, sans changement dans leur régime, maigrissaient en même temps qu'ils accusaient une amélioration de leur état général. Pensant alors à une action trophique globale du courant continu, j'ai appliqué systématiquement ce courant à d'autres ralentis de nutrition, aux obèses. J'ai pu obtenir chez certains sujets, sans changement de régime alimentaire et dynamique, un amaigrissement allant de 10 kilogr à 15 kilogr avec une moyenne de un kilogr par semaine.

Les urines n'ont donné aucune augmentation de déchets azotés (dosages durée, d'ozate total), ce qui prouve que le muscle n'est pas altéré et que l'amaigrissement se fait aux dépens des graisses et hydrocarbonées, preuve d'une nutrition suractivée.

J'ai examiné, et je reviendrai bientôt sur ce point, l'action des autres modalités électriques sur l'activité de la nutrition.

Je dirai seulement que, dans l'application des courants à haute fréquence, et en prenant l'obèse comme réactif, la méthode d'auto-conduction de M. d'Arsonval m'a seule donné des résultats. Un obèse, qui avait maigri par le courant continu, engraisa sous l'action directe du courant à haute fréquence qui, au bout de quelques jours, fut même appliqué journellement, pendant 2 heures, avec une intensité de 300 à 350 milliampères, mesurée par une lampe de 30