

utérine et qu'elle seconde par un effort volontaire non douloureux. Chez certaines femmes, il est impossible de déterminer l'analgésie seule, la sensibilité à la douleur ne disparaissant qu'avec les autres modes de sensibilité. Parfois enfin on n'obtient de résultats utiles qu'en amenant l'anesthésie complète. Le chloroforme doit être absolument pur. M. Budin conseille de le faire respirer tout à fait au début de la douleur, et cesser quand elle a disparu. La dose doit être augmentée à la fin de la période d'expulsion, quand la tête est à la vulve et que la femme fait de violents efforts. La sortie du fœtus n'est alors nullement douloureuse.

Dans une communication à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie* de Baltimore, en mai dernier, le docteur P. C. WILLIAMS, de Baltimore, s'est fait de nouveau l'avocat enthousiaste et convaincu de l'emploi du chloroforme, tant dans l'accouchement normal que dans le travail compliqué. La douleur est un facteur dont on peut toujours se passer et qu'il est souvent nécessaire de faire disparaître, surtout quand elle est intense, comme, par exemple, chez les primipares. En outre, le chloroforme combat efficacement la rigidité du col, celle du périnée, et rend service dans les cas où il faut intervenir mécaniquement : version, forceps. Pas de danger pour la mère ni pour l'enfant. Aucun danger non plus dans le cas de maladie organique du cœur chez la parturiente. Enfin, et ceci confirme l'assertion de Budin, le chloroforme ne prédispose pas aux hémorrhagies post-puerpérales.

Quant à nous, nous avons administré le chloroforme dans un nombre suffisant de cas d'accouchement pour pouvoir nous prononcer carrément sur son efficacité au cours du travail. Nous l'avons trouvé spécialement utile : 1o dans les cas où la période de dilatation se prolonge outre mesure, surtout chez les primipares ; 2o contre la rigidité de l'orifice utérin et même contre les contractions spasmodiques des fibres circulaires du col ; 3o contre la rigidité du périnée ; 4o dans les cas où il faut intervenir par la version ou le forceps. Nous croyons à la possibilité de retarder, chez un certain nombre de malades, la marche du travail d'expulsion, quand celui-ci progresse trop rapidement et que les parties molles, en particulier le périnée, sont, par le fait, menacées de déchirure. En augmentant un peu la dose d'anesthésique, on obtient, outre la diminution de force des contractions utérines, un relâchement favorable du périnée. Dans aucun cas nous n'avons eu d'hémorrhagie sérieuse. Deux fois seulement, (sur environ 300 cas) la perte de sang fut un peu considérable, mais la dose d'anesthésique administrée avait été trop petite pour pouvoir expliquer l'atonie utérine qui suivit l'expulsion du fœtus. Dans aucun cas, tant pour la version que pour l'application du forceps, nous n'avons poussé jusqu'à l'anesthésie chirurgicale.

*Action comparée du chlorure de méthylène.*—MM. GENTHER et EICKHOLT ont étudié l'action du chlorure de méthylène comparée