

Quand on sent une résistance, on cherche à l'éviter. La sonde conductrice est introduite en entier dans l'utérus, puis on injecte dans le cordon environ 175 centimètres d'eau boriquée et en même temps on retire en partie la sonde conductrice. Enfin, le bout de sonde Nélaton étant ligaturé, on retire complètement la sonde conductrice et l'on place sur le col un tampon de gaze iodoformée. L'appareil, après avoir servi, est jeté au feu.

Le temps écoulé entre l'introduction du condom et l'accouchement est en moyenne de trente-une heures. S'il vient à provoquer sur son passage une hémorragie ou la rupture des membranes, le condom, en se gonflant, arrête l'issue du sang ou du liquide amniotique.

Pour la provocation de l'accouchement chez la primipare, l'auteur conseille de commencer par essayer du tamponnement du col à la gaze iodoformée, bien que ce procédé recommandé par Hofmeier ne lui ait réussi que dans deux cas sur cinq.—*Archives de tocologie*.

De la fréquence de l'endométrite d'origine puerpérale, par le Dr André BOURSIER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.—Les progrès considérables accomplis depuis ces dernières années en gynécologie ont mis hors de conteste certains faits aujourd'hui complètement acquis. Au premier rang de ces vérités nouvelles doit se placer la démonstration de la nature infectieuse des endométrites, qui a eu pour conséquence immédiate la rénovation complète du traitement de ces affections.

Il y a quelques années déjà, en 1885, Schröder (de Berlin), dans la cinquième édition de son livre : *Maladies des organes génitaux de la femme*, avait émis cette opinion que toutes les métrites devaient être d'origine infectieuse. La démonstration de cette hypothèse ne tarda pas à être faite. Doléris, en 1887, dans son mémoire sur *l'Endométrite et son traitement*; Péraire, dans son excellente thèse inaugurale : *Des métrites infectieuses* (Paris, 1889); ont confirmé la présence des microbes pathogènes dans tous les cas d'endométrite et ont étudié les différentes espèces microbiennes, peu nombreuses à la vérité, que l'on rencontre dans ces maladies. Les recherches plus récentes de Stenschnoeder, de Winter, de Gœnner (de Bale), de Straus et Sanchez Toledo, etc., ont complété ces démonstrations aussi bien pour les métrites blennorragiques que pour les inflammations utérines qui succèdent aux accouchements. Aussi, sans vouloir revenir ici sur cette question pathogénique qui est du plus haut intérêt, nous désirons simplement appeler l'attention sur la fréquence considérable des métrites post-puerpérales. Du reste, cette fréquence particulière a déjà été reconnue par nombre d'auteurs. De Sincety, dans la première édition de son *Manuel pratique de gyné-*