

aussi par ses allures. C'est qu'en effet ces abcès gravidiques présentent ce caractère particulier d'avoir une marche très lente et d'être pour ainsi dire chroniques d'emblée. Il n'y a d'exception que lorsqu'ils surviennent à la suite d'une contusion. Si l'on rapproche cette évolution spéciale de celle que l'on constate chez les accouchées atteintes de mammite puerpérale, on est frappé de la différence considérable que présentent les débuts de ces deux affections en réalité identiques quant à leurs signes objectifs et à leur anatomie pathologique. Dans le premier cas : début lent, insidieux, presque apyrétique et indolore ; dans le second, au contraire, début brusque, avec frisson, fièvre et douleur excessive du sein au moindre mouvement ou au moindre contact.

Les lésions sont les mêmes dans les deux cas. A la coupe, on peut voir un nombre plus ou moins grand de petits abcès miliars répondant chacun à un lobule de la glande. Ils sont distincts et séparés les uns des autres par du tissu granulaire sain et ils occupent plutôt la partie inférieure et externe de la glande. Quand on comprime d'avant en arrière le sein largement incisé, on voit donc les gouttelettes de pus perler de place en place sur les parois de l'incision et on comprend facilement que pour ces abcès sans communication les uns avec les autres, toute incision qui n'ouvre que l'un d'entre eux demeure illusoire pour l'évacuation du pus des foyers voisins.

Quand la suppuration est déjà ancienne, il arrive pourtant que plusieurs petits foyers voisins se réunissent les uns aux autres de telle sorte que tout un lobe de la glande est détruit et qu'à sa place se forme une véritable caverne purulente ; mais les parois de cette caverne sont formées d'une épaisse membrane granuleuse qui arrête les microbes et oppose une barrière à l'inflammation, de sorte qu'il y a là un véritable abcès enkysté.

Ces notions d'anatomie pathologique font deviner combien est peu efficace l'intervention qui se borne à ouvrir d'un coup de bistouri timide les abcès de la mammite puerpérale. Ce qu'il faut, c'est découvrir les cavernes, les vider, les curetter, car il ne faut pas compter après une simple incision sur l'évacuation complète du pus de ces foyers purulents, parce que le tissu glandulaire, peu élastique, ne permet pas aux parois de ces cavernes de se rapprocher et de s'accoler en une cicatrice de guérison. A cet égard, le tissu glandulaire diffère complètement du tissu cellulaire et c'est à cela qu'est due la différence des abcès du sein d'avec les abcès sous-cutanés ordinaires.

Aussi M. Martin a résumé la conduite à tenir dans les préceptes suivants : Quand le diagnostic de mammite puerpérale ou gravidique a été franchement posé, lorsque tout particulièrement l'absence ou le peu d'adénopathie axillaire vous permet de penser à une inflammation glandulaire plus qu'à une suppuration superficielle ou sous-cutanée, il faut inciser au point suspect. Il se peut que deux ou trois centimètres d'épaisseur en plein tissu d'aspect normal séparent du foyer le plus proche de suppuration. Donc incision large et profonde. Si l'on rencontre une caverne purulente, on doit la mettre complètement à découvert, la curetter et la réséquer au besoin en enlevant avec elle un fragment du tissu glandulaire. Si des trajets fistuleux viennent y déboucher, il faut pénétrer à fond avec la sonde cannelée, et sur cette sonde couper franchement, de façon à ne plus laisser aucun tunnel ni "terrier de lapin." Il se peut que de cette façon on ait labouré la mamelle de profondes incisions qui se croisent en divers sens, que même on l'ait coupée en quatre ; il se peut que les incisions soient allées jusque sur le squelette. Peu importe. Si ces larges coups de sabre étaient tous justifiés par de longues fistules intra-mammaires, on fait de la bonne besogne et la malade guérira rapidement.

A ceux qui objectent que l'on a coupé quelques conduits galactophores, M. Martin répond que pour la malade une glande mammaire qui ne sécrète que moitié de la quantité de lait normale vaut

mieux qu'une éponge purulente en permanence sur le thorax pendant des mois et que le tissu cicatriciel consécutif aux incisions est moindre et plus souple que celui des trajets fistuleux supprimés. Enfin bon nombre de ces opérées sont après comme avant leur opération mammaire d'excellentes nourrices.

Quand on s'est assuré qu'il n'y a plus trace de foyer purulent, si petit qu'il soit, il faut se garder de refermer trop tôt la plaie. Pendant quelques jours, par un pansement quotidien, on la maintiendra béante à l'aide de lambeaux de gaze iodoformée ou seulement salolée, s'il y a danger d'intoxication ; puis quand toute trace de suppuration aura disparu, — ce qui ne tarde guère, — on laisse la cicatrisation se faire de la profondeur vers la superficie. On dirige un peu cette cicatrisation en écartant ou en rapprochant au mieux de l'affrontement les lèvres de l'incision. Dans quelques cas, on peut faire une suture superficielle après avivement si les lèvres de la plaie avaient trop de tendance à se recroqueviller.

(Abeille méd.)

Signification du réflexe abdominal en Gynécologie.

Il y a-t-il un réflexe crémastérien chez la femme ?

Par K. BODON.

Après avoir étudié le réflexe abdominal chez 300 femmes, l'auteur conclut que celui-ci peut aider grandement au diagnostic différentiel des phlegmons péri-utérins et de la pelvi-péritonite. Dans la pelvi-péritonite, la réflexe serait affaibli, ou disparaîtrait ; il persisterait dans tous les cas de phlegmons péri-utérins. Le réflexe abdominal n'intéresserait pas seulement les neurologistes, mais aussi les gynécologues. Geigel avait déjà assimilé, à tort, le réflexe crémastérien au réflexe abdominal, qu'il définit ainsi : Lorsqu'on effleure la peau au dessous du ligament de Poupert avec le marteau percuteur, il survient une vive contraction des faisceaux inférieurs du grand oblique au-dessus et le long du ligament de Poupert. Or ce réflexe existe aussi chez l'homme. L'équivalent du réflexe crémastérien chez la femme est la contraction des ligaments ronds qui font basculer le fond de l'utérus en avant. Pour le rechercher, il faut introduire dans l'utérus une sonde qui en trahira les moindres mouvements. Sur quatre femmes soumises à l'expérience, le réflexe ne se montra que chez une, et encore ! ce qui tient sans doute à ce que l'utérus, plus lourd que le testicule, résiste à la contraction des ligaments ronds.

(Progrès Médical)

Le cathétérisme des ureteres par les voies naturelles.

Par le docteur LÉON IMBERT.

Conclusions.—Le cathétérisme des urétères est devenu un moyen diagnostique et thérapeutique d'une indiscutable utilité.

Au point de vue diagnostique :

Il constitue une ressource importante pour l'étude des rétentions rénales septiques et aseptiques.

Il permet de faire, par des constatations directes, le diagnostic des lésions rénales avec une précision inconnue jusqu'ici (rétrécissements et calculs de l'urètre, tuberculose rénale, etc.)

L'exploration du rein non malade est devenu le facteur obligé de toute néphrectomie.

Au point de vue thérapeutique :

Dans toute néphrotomie pour pyonéphrose, avec urètre infranchissable à la sonde, le cathétérisme cystoscopique permettra de noter le siège exact du rétrécissement, et par conséquent de compléter l'intervention par une urétérotomie avec pyélo-urétérostomie, etc.

Les fistules rénales devront toujours être traitées d'abord par ce moyen.

Les rétrécissements de l'urètre, qui se confondent souvent avec