

LA CLINIQUE

IIe ANNÉE

FEVRIER 189

No. 7

Travaux Originaux.

LETTRE DE SIR WILLIAM HINGSTON.

Au sujet d'une communication sur le cancer, faite au MONTREAL MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY.

Sir William Hingston nous écrit :

Dans votre rapport d'une séance du MONTREAL MEDICO-CHIRURGICAL SOCIETY publié dans le Numéro du mois de décembre de *La Clinique*, rapport qui en somme est correct, je relève, cependant, quelques erreurs dans certaines de mes remarques sur le cancer, que je tiens à corriger. Vous me faites dire :

(1) " Il est contagieux. "

Certainement je n'ai pas voulu donner cette impression ; je ne suis pas le moins du monde de cette opinion, attendu que j'en suis venu, à la suite de mes observations cliniques, à la conclusion que cette maladie (comme Jonathan Hutchison le dit) est le résultat d'une perversion d'une action inflammatoire ou qui tient de l'inflammation.

(2) " Il ne voit pas la nécessité de faire la toilette du creux axillaire. "

J'ai dit cela ; mais j'ai ajouté " dans tous les cas ". Comme question de fait, souvent j'enlève les glandes axillaires, mais seulement quand j'ai la certitude ou que je soupçonne l'existence d'une infection maligne dans cette région ; jamais autrement.

(3) Dans le cancer de la langue, il ne voit pas la nécessité d'enlever toute la langue ou même la moitié ; le seizième suffit ordinairement. "

C'est principalement dans ce paragraphe que j'ai dû être mal compris par l'auteur du rapport, car, avec Syme, je pense et j'ai toujours cru que l'enlèvement partiel de la langue est mauvais en principe. Ma pratique a toujours été ou bien d'enlever toute la langue dans le cancer de cet organe, même si la moitié, le quart ou seulement le seizième se trouve affectée, ou bien, si la maladie est trop avancée, de ne pas intervenir chirurgicalement. En un mot ; je crois et j'ai si souvent exprimé ces vues qu'elles se sont en quelques sortes fixées dans mon esprit à l'état d'aphorisme.

CONSIDERATIONS SUR LA FIEVRE TYPHOÏDE

ET SUR LE

TRAITEMENT PAR LES BAINS FROIDS

PAR M. LE DR MARC CLERGUE, DL LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Vers la fin du mois de février dernier, et dans le cours d'une période sanitaire particulièrement favorable, une épidémie de fièvre typhoïde s'abattait sur Paris. Sa brusque invasion ne laissait pas que d'étonner les médecins, peu habitués à observer les recrudescences de la maladie à cette époque de l'année.

Jusqu'au 10 février, le nombre des typhoïdiques soignés dans les hôpitaux était de 60 environ.

A partir de ce jour la situation change : de 60 le chiffre s'élève à 80 ; le 1er mars 330 typhoïsants étaient en traitement, et le 15 mars le chiffre montait à 580.

A dater de ce jour l'épidémie semble avoir suivi une marche décroissante, et quinze jours après on pouvait la considérer comme terminée.

On s'émut beaucoup dans le monde médical et on voulut connaître les causes de l'épidémie. Dans la séance de l'Académie de Médecine du 20 mars, M. Dujardin-Beaumetz, établit sur des renseignements officiels que l'épidémie était en voie de décroissance et que son apparition lui semblait être en corrélation évidente avec les eaux de la Vanne. En effet, les quartiers de Paris alimentés par l'eau de la Dhuis et de l'Avre avaient joui d'une complète immunité.

D'autre part, en même temps qu'elle se montrait à Paris, l'épidémie sévissait à Sens, ville desservie par la Vanne.

M. Bucquoy, dans une communication faite à l'Académie le 1er avril, attribue, d'après des indications personnelles, la cause de l'épidémie de Paris à une autre petite épidémie de fièvre typhoïde, qui a régné, durant l'hiver de 1892-93 à Rigny-le-Ferron, petite ville sur la haute Vanne.

Si la Vanne n'a été infectée qu'en janvier 1894, cela tient au régime hydrologique de 1893. En effet, l'été de 1893 s'est passé sans pluie. Ce

n'est que vers le milieu de janvier 1894 que la pluie s'est mise à tomber en abondance et a pu entraîner les germes répandus à la surface du sol. Trois semaines plus tard, durée normale de l'incubation, l'épidémie se déclarait à Sens.

Voilà donc une opinion qui semble reposer sur des bases indiscutables. Ce n'est pas la seule, et celle que nous allons reproduire nous paraît tout aussi rationnelle, car elle cadre admirablement avec les faits observés à l'hôpital Bichat.

À l'époque où sévissait l'épidémie, M. Chantemesse citait un fait des plus intéressants : du 8 au 24 février l'aqueduc de la Dhuis étant en réparation, l'eau de cette source était remplacée par de l'eau de Marne prise au drain de St-Maur. Rapprochant les dates de la mise en service de l'eau de Marne avec celle de l'écllosion de la fièvre typhoïde, M. Chantemesse établissait entre ces faits une relation de cause à effet.

Une chose nous a frappé dans les affirmations de MM Bucquoy et Dujardin-Beaumetz. Ces médecins, pour établir l'influence de l'eau de la Vanne, s'appuient sur l'immunité dont auraient joui certains arrondissements de Paris, le XVIIe notamment, alimenté par la Dhuis.

Or l'hôpital Bichat, situé à la porte de Saint-Ouen, à la limite des XVIIe et XVIIIe arrondissements, a reçu pendant l'épidémie 30 dithérientériques dont 22 ont été soignés chez M. Roques. Nous nous sommes livrés à une petite enquête sur le domicile et la provenance de ces malades, et nous pouvons officiellement établir que sur 22 typhiques, 15 habitaient le XVIIe arrondissement ou la plaine de Saint-Ouen et y travaillaient pour la plupart, 3 seulement provenaient du XVIIIe arrondissement alimenté par la Vanne, et 4 de divers autres quartiers.

Cette statistique, malheureusement trop limitée, prouve cependant plusieurs points : 1o. L'immunité du XVIIe arrondissement, signalée à l'Académie de Médecine est des plus relatives, puisque sur 22 malades, quinze appartenaient à cet arrondissement. 2o. En se reportant à l'hypothèse émise par M. Chantemesse sur le rapport de causalité entre la mise en service de l'eau de Marne pour remplacer l'eau de la Dhuis, et l'apparition de l'épidémie, il semblerait, d'après les faits que nous avons observés, que cette explication est très acceptable.

Quoiqu'il en soit, l'étiologie de la dernière épidémie nous paraît des plus complexes, et de toutes les opinions formulées, il ne se dégage qu'un seul fait vraiment indiscutable : c'est que l'épidémie a son origine dans l'eau de boisson.

À l'hôpital Bichat la maladie a revêtu un caractère de malignité très

marqué, principalement au début. Si nous avons observé peu de formes ataxo-adiynamiques graves, en revanche les rechûtes, les hémorrhagies intestinales et les complications de toutes sortes n'ont pas fait défaut.

Du 1er janvier au 25 mai, 30 dothientériques sont entrés à l'hôpital Bichat. Sur ce nombre, 8 ont été soignés chez M. le Dr Lacombe, et 22 dans le service de M. Roques. Nous ne nous occuperons que de ces derniers.

Tous ces malades ont été traités par la baignée froide à l'exception d'une femme entrée le 21 mars dans un état désespéré, et qui a succombé le lendemain, avant l'institution du traitement. Sur les 21 typhiques soumis à la méthode de Brand, 19 ont guéri, deux sont morts.

Ce chiffre, 2 décès sur 21, paraîtra exagéré si on les compare au taux de mortalité fourni par les dernières statistiques. Mais il ne saurait entraîner aucune conclusion, à cause du trop petit nombre des cas traités, et de la gravité de ces cas.

LA METHODE REFRIGERANTE

HISTORIQUE

La baignée froide a existé de tous temps. On en trouve des exemples dans les écrits d'Hippocrate et de Gallien.

Au moyen-âge et jusqu'à la fin du XVIIe siècle, l'hydrothérapie est battue en brèche et finalement proscrite. Il faut, pour retrouver l'emploi de cette méthode, chercher dans les écrits du clergé, des moines et des empiriques.

Au début du XVIIIe siècle, le chanoine Hancock combat les idées de ses contemporains et affirme que le froid est le meilleur remède contre les névres.

Plus tard Hahn (1717), Cyrillo (1730) vulgarisent le procédé. Wright, par ses probantes observations, arrive à convaincre Currie qui règle, peut-on dire, systématiquement sa méthode, et préconise l'affusion froide.

En 1805 Gianinni, modifiant la méthode du médecin écossais, prélu-dait à celle du bain froid, telle qu'elle est appliquée de nos jours. Il introduisait en même temps une grande innovation en nourrissant les fébricitants. C'était la future méthode de Brand.

En France, quelques audacieux, parmi eux Récamier, firent quelques essais aussi timides qu'infructueux.

En Allemagne, la méthode rencontre avec Froelich un champion enthousiaste.

Ennn, dès 1861, Brand n'a cessé de lutter pour vulgariser son traitement qui, quoique appliqué depuis des siècles, porte son nom, tant il l'a fait sien par sa pratique, par ses écrits et par toute sa vie.

Ce mouvement, venu de l'Allemagne, a été suivi en France dès 1873 par l'École de Lyon. Frantz Glénard avait pu pendant sa captivité à Stettin étudier et apprécier les bienfaits du bain froid.

Depuis cette époque, l'École de Lyon tout entière n'a cessé de combattre pour la méthode réfrigérante.

A côté de Glénard, il faut citer, pour la gloire de cette École, les noms de Molière, Triplier, Bouveret, Vinay, Roques, Weill, et tant d'autres...

Ce n'est qu'en 1888 que la méthode est essayée à Paris. A Juhel-Renoy revient l'honneur de cette belle tentative, à ce jeune médecin qui, par une ironique fatalité, devait trouver la mort, il y a quelques mois, dans cette fièvre typhoïde, pour le traitement de laquelle il avait si glorieusement combattu.

A côté de son nom désormais célèbre, hâtons-nous de citer celui de Dieulafoy, qui, dès 1889, applique la méthode de Brand dans son service de l'hôpital Necker. Après avoir fait quelques réserves au début, M. le professeur Dieulafoy est devenu un des plus ardents champions de la méthode. "Le traitement de la fièvre typhoïde, dit-il, le traitement par excellence, celui qui prime tous les autres, j'oserais dire le traitement spécifique, c'est le bain froid. Après avoir étudié de près l'action et les résultats du bain froid, depuis déjà bien des années, après en avoir prescrit des milliers à mes malades de l'hôpital ou à mes malades de la ville, je rends pleinement justice à la méthode de Brand, je suis pénétré de la conviction profonde, absolue, que le bain froid est aussi utile dans la fièvre typhoïde que la quinine dans le paludisme et le mercure dans la syphilis (1)."

Devant les belles statistiques apportées par MM. Dieulafoy et Juhel-Renoy en faveur de la méthode réfrigérante, les résistances faiblirent peu à peu, et on peut dire aujourd'hui sans exagération que la moitié des médecins des hôpitaux de Paris s'est ralliée à la méthode réfrigérante.

Les méthodes actuellement en usage sont fort nombreuses. Citons rapidement l'affusion froide de Currie, chère à Trousseau, le drap mouillé, les lavements froids, la réfrigération par les compresses, les bains tièdes, les bains à température décroissante, le bain tiède progressivement refroidi, de Bouchard, enfin le bain de Dieulafoy qui se rapproche le plus de celui de Brand.

(1) Dieulafoy *Pathol. int.* IIIe vol. 1894.

Il en diffère en ce que la température de l'eau étant primitivement à 230 ou 240, on l'abaisse progressivement à 220, exceptionnellement à 200.

Dans les formes ataxo-adiynamiques, M. Dieulafoy emploie le bain à 200 ou 190.

Nous arrivons maintenant à la méthode que nous avons vu appliquer à l'hôpital Bichat par M. Roques. Si elle s'écarte parfois des prescriptions de Brand, c'est par de faibles détails ; nous indiquerons au fur et à mesure les points qui ont été modifiés.

LE BAIN DE BRAND

La baignoire choisie doit être appropriée à la taille du sujet, et assez haute pour qu'étant à moitié pleine, le malade soit complètement immergé.

L'eau du bain devra être limpide, et, pour peu que le malade présente à la surface de son épiderme, quelques solutions de continuité : pustules d'acné ouvertes, furoncles, etc., on fera bien d'ajouter l'eau du bain d'une solution antiseptique telle que le salol ou le naphthol.

L'eau est renouvelée toutes les vingt-quatre heures, ou plus souvent, selon son degré d'impureté.

La température fixée par Brand est de 150 à 200. Les bains très froids, ceux de 150 degrés seront réservés aux cas très graves. Pour les autres, on doit se contenter de 180 à 200. M. Roques emploie pour les cas ordinaires la température de 210 et pour les cas graves 180 ou 190.

Chez certains malades, auxquels la sensation du froid est particulièrement désagréable, on pourra commencer par un bain de 220, puis, abaissant chaque fois d'un degré, arriver au bout de vingt-quatre heures à 180. M. le professeur Dieulafoy réalise dans un seul bain cette réfrigération progressive.

Du reste, il serait mauvais de s'enfermer dans une formule étroite et de s'imposer une température unique pour tous les cas. "Ce qui doit guider le médecin, le vrai clinicien, dit Juhel-Renoy, c'est l'état général, c'est l'état du système nerveux, du pouls — cette clef de la maladie — aussi bien que l'état de la température fébrile (1)."

De même que le degré de réfrigération, la durée du bain doit être en corrélation avec la résistance de la fièvre. L'effet cherché est annoncé par l'apparition d'un frisson. Ce frisson éclate en général entre la 9e et la 12e minute. Chez certains malades le frisson est plus lent à venir, et

(1) Juhel-Renoy. "Traitement de la fièvre typhoïde", Bibliot. Charcot Debove. Paris, 1892.

il faut dans ces cas, savoir attendre jusqu'à la 15e minute. Si au bout de ce temps, ce qui est très rare, le frisson n'a pas paru, il est bon de sortir le malade de la baignoire et d'abaisser la température du bain suivant.

En règle générale la température sera prise toutes les trois heures ; si elle marque 39° ou plus, le malade sera mis dans un bain dont l'eau aura de 18° à 20° et il y sera maintenu jusqu'à l'apparition du frisson, soit douze minutes environ.

Le température doit être prise toutes les trois heures avant et après le bain, parce que le médecin est ainsi sans cesse au courant de la chaleur fébrile et qu'il assiste d'heure en heure aux péripéties de la lutte contre la fièvre.

La température sera prise dans le rectum. Quelques difficultés que puisse rencontrer cette pratique dans la clientèle civile, il est indispensable d'y astreindre les malades ou leur entourage, en leur faisant comprendre que c'est la façon la plus fidèle et la plus rapide d'observer la fièvre.

D'une manière générale c'est la température qui réglera la fréquence des bains, mais il ne faudrait pas s'en tenir à ce seul guide, car ce malade peut n'avoir qu'une fièvre modérée et être dans un état d'adynamie assez prononcé pour indiquer formellement la balnéation froide, tel autre au contraire, très pyrétique, mais ayant un bon état général, doit être plus rarement et moins rigoureusement baigné.

Bien plus, dans certains cas où la température est peu élevée, presque voisine de l'hypothermie, le malade étant dans un état adynamique très marqué, on doit prescrire les bains froids, car on ne tarde pas à voir, sous leur influence, la température s'élever et reprendre sa marche normale.

Les bains doivent-ils être suspendus la nuit ? En aucune façon. Brand est là-dessus très catégorique. En réponse à ceux qui, sous prétexte de ne pas troubler le repos du malade, suppriment les bains de la nuit : " Peut-on appeler repos, dit-il, l'agitation, l'insomnie, l'accablement de la fièvre, les soubresauts des tendons ? c'est confondre la stupeur avec le repos véritable. Le vrai moment du repos est celui qui suit le bain froid. Douze bains par jour ne suffisent pas à combattre l'effet fâcheux de la suppression des bains de la nuit."

Ainsi les bains seront donnés jour et nuit, sans souci de l'heure, suivant les indications. Les températures seront à cet effet prises le plus régulièrement possible. Il est indifférent de choisir telle ou telle heure, mais une bonne méthode consiste à partir de midi et d'aller, ainsi de

suite, de trois heures en trois heures. C'est celle que nous avons vu pratiquer chez M. Roques.

Après le bain, il ne faut pas, sous prétexte de laisser reposer le malade, trop tarder de prendre la température, ni au contraire se hâter d'introduire le thermomètre sitôt le malade couché, ce serait s'exposer des deux façons à de graves erreurs ; mieux vaut attendre au moins dix minutes, et au plus une demi-heure.

Si c'est la première fois que le malade est baigné, il est bon pour lui éviter une trop brusque sensation, d'asperger sa figure et sa poitrine avec une eau plus froide que celle du bain.

Brand insiste sur la nécessité de la présence du médecin au premier bain, pour rassurer le malade, l'encourager et l'exhorter à la patience.

Une fois le saisissement passé, on procède à l'affusion. L'eau du bain peut servir à cet effet. On en remplit un récipient de petite ouverture et l'on verse lentement, mais d'une façon continue, l'eau, d'une faible hauteur, sur la région de la nuque. Dans les cas intenses Juhel-Renoy préconise de l'eau plus froide, à 10°.

Les affusions sont faites toutes les cinq minutes et pendant deux minutes chacune.

On fait prendre au malade dans sa baignoire quelques gorgées d'une potion alcoolique quelconque.

Des compresses d'eau froide doivent être tenues pendant toute la durée du bain sur la tête des malades.

Vers la douzième minute, moment habituel de l'écllosion du frisson, le bain doit être cessé. Le malade est porté sur son lit. On l'enveloppe, sans l'essuyer, dans une couverture de coton, on ramène sur lui les autres couvertures et on lui donne à boire quelques gorgées de la potion de Todd.

Dans l'intervalle des bains, des compresses froides sont maintenues en permanence sur l'abdomen et renouvelées à mesure qu'elles tiédissent.

"Cas très graves". — Dans les cas où l'intensité des symptômes menace la vie des malades, la technique doit être légèrement modifiée : on prescrit le bain tiède à 26° ou 28° et on le refroidit progressivement jusqu'à 18° ou 20°. De plus ces bains ne doivent pas excéder dix minutes.

Si le danger réside dans l'élévation exagérée de la température en dépit de la réfrigération, il faudra ordonner les bains toutes les deux heures. On les donnera alors très froids, entre 18° et 15°, et on laissera frissonner quelques instants le malade avant de le sortir de l'eau.

Dans le cas où l'adynamie est intense, s'il y a menace de collapsus ou de syncope, on donnera des demi-bains, en immergeant le malade jusqu'à

l'ombilic. La température du bain sera de 28°. On pratiquera pendant quelques minutes l'affusion froide de Currie, et on soutiendra le malade par des potions alcooliques.

Dans tous ces cas graves, il est indispensable que le médecin assiste aux bains et en surveille l'administration.

Telle est la technique suivie à l'hôpital Bichat par le docteur Roques dans la dernière épidémie ; elle est, on le voit, presque identique à celle de Brand.

Quant à la durée de l'administration des bains, elle est subordonnée à la marche de la fièvre et à l'état général des malades. Tant que la température reste élevée, que le pouls est petit, lent, irrégulier, que l'élimination rénale est insuffisante, les bains sont donnés régulièrement. A mesure que les symptômes s'amendent on fait sauter des bains au malade, et ce n'est qu'une fois la défervescence terminée que la balnéation est supprimée.

Mais il est des symptômes que le bain froid seul ne suffirait pas à combattre, et la méthode réfrigérante ne dispense pas des moyens adjuvants que l'on doit utiliser contre les symptômes prédominants. C'est ainsi qu'on devra pratiquer l'antiseptie intestinale à l'aide du naphthol, du salol, des lavements quotidiens au borate de soude et de quelques purgatifs salins, s'il y a lieu. L'asthénie cardiaque sera efficacement combattue par de faibles doses de digitale ou par des injections sous-cutanées de caféine ; des ventouses sèches plusieurs fois répétées, seront utiles dans les cas de congestion pulmonaire intense ; contre le délire on emploiera avec avantage le musc ou le chloral à faible dose.

INDICATIONS DES BAINS FROIDS

Tripiet et Bouveret (1) les ont résumées en deux formules :

- 1°. Il faut baigner le plus grand nombre de fièvres typhoïdes.
- 2°. Il faut les baigner dès le début et le plus tôt possible.

Les bains froids préviennent, dans une certaine mesure, les complications, il faut donc les employer dans tous les cas, aussi bien dans les formes bénignes que dans les formes graves, ataxo-adiynamiques, car les accidents mortels de péritonite ou de perforation intestinale peuvent éclater même dans les cas qui paraissent les plus simples.

Le bain froid s'impose avec plus de rigueur encore dans les fièvres de

(1) Tripiet et Bouveret. "Fièvres typhoïdes et bains froids." Paris, 1886.

moyenne intensité, et l'expectation serait réellement coupable. Ce serait prolonger volontairement l'intoxication et la fièvre, sans compter les dégénérescences viscérales consécutives et les complications quelquefois mortelles.

Il faut baigner les malades dès le début, ou le plus tôt possible. En même temps qu'un spécifique, le bain froid est un prophylactique puissant ; on aura donc d'autant plus de chance de succès et d'autant moins de complications à redouter que l'intervention aura été plus hâtive ; les statistiques en font foi.

Le traitement doit être institué dès le début, et il faut entendre par là le moment où le diagnostic est posé, d'après un ensemble de symptômes, et sans attendre l'apparition de taches rosées lenticulaires. Il est malheureusement peu de cas, à l'hôpital du moins, où il soit possible d'intervenir au début, les malades attendant généralement une semaine, quelquefois même quinze jours pour se présenter dans les services.

À côté des indications générales, il convient de placer les indications spéciales, tirés de l'examen des symptômes cliniques.

En présence d'une dothiëntérie il faut :

10. Abaisser la température.
20. Régulariser et tonifier le cœur et le pouls.
30. Calmer ou tonifier, selon le cas, le système nerveux.
40. Activer le rôle du rein et favoriser la sécrétion urinaire.

Ces différentes indications sont remplies par le bain froid

CONTRE-INDICATIONS

Il en est deux sur lesquelles il est inutile d'insister : la péritonite et la perforation intestinale, qui exigent le repos absolu du malade.

Ces complications sont devenues bien rares avec la méthode de Brand.

Mais il est beaucoup d'autres cas qui demandent à être discutés.

Doit-on baigner un typhique chez lequel existe en même temps une bronchite ou une congestion pulmonaire ? En dépit des détracteurs de la méthode, il faut baigner les malades quand même, car la bronchite dothiëntérique fait partie du processus morbide et est passible du même traitement (1).

Ce qui le prouve bien, c'est l'amélioration des symptômes pulmonaires que l'on observe quelquefois, et l'aggravation que l'on ne rencontre jamais, à la suite des bains froids.

Les hémorragies intestinales ne sont pas davantage un obstacle à la

(1) Dieulafoy. "Loc cit."

balnéation froide. Nous ne voulons pas parler, bien entendu, de ces hémorrhagies qui, par leur extrême abondance, menacent le malade d'une syncope. Il serait dans ce cas imprudent de continuer les bains. Il vaut mieux en sauter quelques-uns, combattre localement l'hémorrhagie par les moyens ordinaires, et attendre pour reprendre l'hydrothérapie, que le température et l'état général du malade fournissent de nouvelles indications.

On trouvera, parmi nos observations, un cas d'hémorrhagie intestinale très abondante, accompagné d'hypothermie, de cyanose des extrémités, pâleur de la face, paresse cardiaque et tendance au collapsus. Chez ce malade les bains ont été momentanément suspendus. L'adynamie fut combattue par la thérapeutique usuelle et par des injections intraveineuse et sous-cutanées de sérum artificiel, dont l'effet fut d'ailleurs remarquable. Les bains ont été repris le lendemain alors que la température était remontée à 39°.

Mais à côté de ces cas très graves, il en est d'autres où les hémorrhagies, bien qu'abondantes, ne contre-indiquent en aucune façon le bain froid, et même, nous dirons mieux, semblent être en quelque sorte une indication. Nous connaissons quelques exemples d'entérorrhagies répétées qui ont disparu à la suite de l'immersion.

Une autre question se présente, relative à l'état du cœur. Les lésions organiques de l'endocarde et des orifices cardiaques, l'affaiblissement du cœur et du pouls, les intermittences et les signes de myocardite sont une contre-indication formelle, s'ils sont très accusés. Il n'est pas douteux que chez un malade atteint d'une affection cardiaque non compensée avec menace d'asystolie, on devra s'abstenir systématiquement du bain froid, et n'y recourir qu'une fois que les symptômes cardiaques auront été améliorés par une médication appropriée.

Cependant, dans certains cas de myocardite assez grave, pourvu qu'il n'y ait ni collapsus, ni algidité, les bains froids sont encore indiqués.

Il n'est pas rare, en effet, de voir le pouls petit intermittent et irrégulier dans l'intervalle des bains, reprendre une certaine force et se régulariser quelques minutes après l'immersion du malade.

De même, si l'auscultation décèle une lésion valvulaire à peine marquée, comme c'est le cas d'un de nos malades, rhumatisant, et n'ayant pour toute complication cardiaque qu'une légère insuffisance aortique, il faut passer outre et instituer le traitement.

Chez le malade en question une attaque de rhumatisme intercurrente a même été amendée par les bains froids.

DIETETIQUE DE LA METHODE REFRIGERANTE

Le régime diététique des malades soumis aux bains froids est une question d'une importance capitale. C'est en effet un principe admis par tous les brandistes, celui qui fut formulé par Currie : que tous ces malades doivent boire beaucoup et être alimentés. Les typhoïdiques baignés sont constamment altérés. Cela tient à ce que leur bouche est plus nette et que leur adynamie est supprimée. Il faut donc leur donner à boire, et abondamment.

“ L'ingestion de grandes quantités de liquides, en même temps qu'elle fournit un dissolvant aux déchets organiques et qu'elle assure leur élimination, favorise la dépuration organique et accroît les oxydations sans augmenter la désintégration élémentaire (1) ”.

La quantité minima que les malades doivent ingérer est de trois litres; dans les cas très fébriles il sera bon de dépasser cette mesure.

De tous les liquides que l'on peut donner aux malades, le meilleur est, sans contredit, le lait. C'est en effet un aliment, une boisson et un durétique ; il remplit de ce fait toutes les conditions voulues.

Malheureusement il est souvent mal supporté, d'autres fois il occasionne un dégoût insurmontable. On pourra dans ces cas masquer son goût à l'aide d'une goutte de cognac, de thé ou de café, ou encore réduire de moitié la quantité donnée, et ajouter du bouillon ou de la limonade vineuse.

M. Dieulafoy prescrit à ses malades deux litres de lait et un ou deux litres d'eau filtrée additionnée de 30 gr. de lactose par litre. Dans le service de M. Roques on donne aux typhiques un litre et demi à deux litres de lait, un à deux litres de limonade vineuse et une potion de Todd.

EFFETS DU BAIN FROID

Les modifications apportées à la maladie par le bain froid sont considérables. Celui qui a vu un typhique avant l'application du traitement, et qui le voit les jours suivants, est frappé de la différence dans l'aspect du malade. Ce que l'on appelle le facies typhique a disparu. On ne voit plus la langue sèche et rôtie, les narines pulvérulentes, les dents fuligineuses ; la stupeur a disparu, le malade s'intéresse à ce qui l'entoure et appréhende le moment où il va être plongé dans l'eau froide.

Les symptômes pulmonaires et cardiaques sont amendés. Le typhoi-

(1) Alb. Robin, “ Leçons de cliniques et de thérapeutiques médicales,” Paris, 1887.

sant ne tousse plus, son cœur bat régulièrement, et le pouls est bon. Plus de météorisme abdominal ; un seul symptôme subsiste, la fièvre, qui sera diminuée et adoucie par le bain.

Mais, de tous les organes, celui dont la fonction a le plus de valeur pour le pronostic, et qui en est la clef, pourrait-on dire, c'est le rein. Or le bain froid a sur la fonction rénale une influence des plus bienfaisantes. Voici comment s'exprime Ch. Vinay à ce propos :

" Le bain froid agit d'une façon étonnante sur la sécrétion urinaire. J'ai montré que la sécrétion urinaire, malgré la persistance de la fièvre, malgré des températures de 40° et au-delà, s'élève parfois à des quantités qu'on ne soupçonnait guère, six à sept litres par vingt-quatre heures. Cette coïncidence d'une pareille polyurie avec des températures élevées, donne au traitement hydrothérapique son cachet original, et, je dois le dire, c'est dans la fièvre typhoïde seulement, qu'on arrive à obtenir des urines aussi abondantes (1) ".

Nous avons, pour notre part, pu vérifier l'exactitude de ces assertions. Les malades soumis chez M. Roques au traitement hydiatique, éliminaient quotidiennement trois, quatre, et même cinq litres d'urine. Or chacun connaît la nocivité des matières extractives contenues dans l'urine. Notre maître M. le docteur Gaucher en a montré le côté local, et a déterminé, en faisant à des animaux des injections quotidiennes de tyrosine, de xanthine, de créatine et de leucine, la néphrite par auto-intoxication. Si ces substances ont une action locale, elles ont aussi une action générale qui donne à la fièvre typhoïde son caractère de malignité.

L'abondance de la sécrétion urinaire est donc le grand secret des succès de la balnéothérapie : plus un malade urinera, plus il éliminera de toxines, et plus vite il s'acheminera vers la guérison.

Roques et Weill, dans un intéressant mémoire, ont relaté leurs expériences sur la toxicité des urines chez les dothiëntériques.

Voici leurs conclusions, en quelques mots :

" Dans la fièvre typhoïde traitée par les bains froids, l'élimination des produits toxiques est énorme dans la période d'état. Le coefficient urotoxique devient cinq à six fois plus considérable qu'à l'état normal. Cette hypertoxicité décroît à mesure que les symptômes généraux s'amendent et que la température diminue, si bien que, l'apyrexie et la convalescence survenant, l'élimination des toxines est terminée et le coefficient redevient normal (1) ".

(1) Ch. Vinay, "Lyon médical," 8 janvier 1888.

(1) Roques, "Revue de médecine," 1890. (Toxicité urinaire des typhiques.)

Mais ce ne sont pas là les seuls bienfaits du bain froid. L'eau possède une action tonique, stimulante dans les formes adynamiques ; elle agit comme un sédatif puissant du système nerveux dans les formes ataxiques. Grâce à l'eau froide, le délire quelquefois violent et accompagné d'hallucinations, cesse rapidement. La céphalalgie, si cruelle pour les malades, la photophobie, les contractions musculaires, disparaissent.

Un autre avantage des bains froids, c'est de maintenir la peau dans un état constant de propreté, nécessaire au bon fonctionnement des glandes sudoripares, qui sécrètent plus activement et ajoutent leur action éliminatrice à celle du rein.

Tous ces bienfaits, nous avons pu les apprécier, en suivant de près les malades de l'hôpital Bichat. Mais il est quelques points, sur lesquels notre maître M. Roques a souvent attiré notre attention, qui sembleraient démontrer que la méthode ne donne pas toujours ce que l'on attend d'elle. Nous voulons parler de certains accidents tels que les rechûtes, les hémorragies intestinales et les poussées d'hémorrhoides, que nous avons fréquemment observées. Trois de nos malades ont eu des rechûtes, un entr'autres en a eu deux successives.

Il y a vingt ou trente ans, les rechûtes, dans la fièvre typhoïde, étaient considérées comme très rares. Il est certain que depuis quelques années elles sont devenues plus fréquentes ; la cause de ce fait est difficile à déterminer. Peut-on l'attribuer à la méthode réfrigérante ? Celle-ci n'abrège pas sensiblement la durée de la maladie, mais l'atténue en quelque sorte. Il semble que le bain froid amoindrit l'action du poison typhique sur l'organisme, et que celui-ci, insuffisamment inoculé, est plus apte à contracter une nouvelle atteinte. Dans l'avenir, quand la pratique des bains froids sera généralisée et plus ancienne, on pourra s'assurer si les récidives, de même que les rechûtes seront plus fréquentes que par le passé. Inutile d'ajouter que ce point de vue purement théorique ne saurait atteindre en rien la méthode hydriatique.

Quant aux hémorragies intestinales et aux poussées d'hémorrhoides, nous en avons observé chez quatre malades. Ces fluxions congestives sont-elles directement et exclusivement imputables à la méthode elle-même ? Sont-elles au contraire sous la dépendance de la maladie, tiennent-elles à un état spécial des malades ou à des prédispositions particulières ? Nous pensons que ces poussées congestives trouvent une explication dans la brusque rétrocession du sang de la périphérie vers le centre sous l'influence du froid. Mais nous donnons cette explication sous toutes réserves, car ce retrait brusque du sang devrait provoquer aussi des congestions sur les autres viscères. Or nous avons vu que non seulement le

bain froid n'aggrave pas la congestion pulmonaire, mais l'améliore quelquefois rapidement. Certaines broncho-pneumonies typhiques ont été guéries par les bains froids, et si on a signalé quelques cas malheureux, c'est sans doute que la technique du traitement n'a pas été suivie avec la correction et la régularité nécessaires.

Les complications ont été assez nombreuses. Nous avons noté une otite double avec suppuration mastoïdienne, qui a nécessité la trépanation de l'apophyse, une périostite du maxillaire inférieur, une hydarthrose du genou droit, une myocardite, et chez beaucoup de malades des éruptions furonculeuses multiples.

Loïn de nous la pensée de mettre toutes ces complications sur le compte de la méthode de Bränd, et de lui reprocher de ne les avoir pas prévenues. Mais nous croyons toutefois, qu'il y a des réserves à faire sur la valeur prophylactique des bains froids.

Du reste, ces quelques desiderata, si le mot n'est pas un peu fort, n'entraînent en aucun façon à la méthode ses incontestables qualités et sa suprématie sur tous les autres traitements. Ici, comme partout, il faut considérer la fin, c'est-à-dire les résultats cliniques et c'est l'examen de ces résultats qui dictera nos conclusions.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I

Fièvre typhoïde de moyenne intensité. — Hémorrhagie intestinale. — Une rechute. — Durée totale, 35 jours. — 49 bains. — Guérison.

Le nommé C... Jacques, tourneur, âgé de 17 ans, entre le 30 avril 1894 à l'hôpital Bichat, Salle Bazin, dans le service de M. le Dr Roques.

Il était malade depuis le 25 mars. Le médecin, appelé chez lui, avait fait le diagnostic de fièvre typhoïde et avait prescrit les bains froids.

Le 5 avril, au soir, le malade a une hémorrhagie intestinale très abondante, qui détermine son entourage à le faire admettre à l'hôpital.

Dans la matinée du 6 avril, c'est-à-dire, le jour de son entrée, le malade est dans un état de prostration très marqué. Son facies est abattu, il répond à peine aux questions qu'on lui pose ; la peau est brûlante. Sur l'abdomen on constate à la partie inférieure quelques taches rosées.

La langue est sèche, rôtie, collante. La rate est grosse. Douleur dans la fosse iliaque droite, diarrhée abondante.

Du côté des poumons, l'auscultation révèle des râles de bronchite.

Les bruits cardiaques sont bien frappés, le pouls est régulier, ample,

La température à son entrée est de 39°. Les urines rouges et chargées de sels contiennent à peine un nuage d'albumine.

Malgré la persistance de l'hémorrhagie le traitement par les bains froids, est institué. Dès les premiers bains, l'état général s'améliore, le facies devient plus satisfaisant, la langue plus humide et les urines très abondantes.

On continue le traitement jusqu'au 15 avril ; dès ce jour, le fièvre descend continuellement, les symptômes s'amendent et le 17, la défervescence est complet.

Quarante-huit heures après, nouvelle poussée fébrile, réapparition des symptômes du début, un peu atténués. Le traitement est repris et la rechûte a complètement évolué le 29 avril. Les urines ont été remarquablement claires et abondantes pendant toute la maladie (3 à 4 litres par jour).

Le malade est sorti le 13 mai complètement guéri.

. OBSERVATION II

Fièvre typhoïde adynamique chez un rhumatisant avec lésion aortique. — Hémorrhagies intestinales. — Durée 32 jours. — 46 bains. — Guérison.

Charles P..., âgé de 20 ans, menuisier.

Sorti un mois auparavant de l'hôpital Bichat où il avait été traité pour une septième attaque de rhumatisme articulaire, le malade entre le 6 avril 1894, salle Bazin.

Il est mal en train depuis 10 jours. Bien que ses réponses soient peu explicites, on peut cependant y reconnaître les symptômes prodromiques de la dithiëntérie.

A son entrée, il a des épistaxis, de la diarrhée. L'aspect de la face est caractéristique. La langue est large, étalée, saburrale.

A la partie inférieure de l'abdomen, l'exploration décèle deux ou trois taches lenticulaires. Il n'en a pas présenté d'autres depuis. La parole est embarrassée, hésitante ; la langue est animée d'un léger tremblement.

Du côté du cœur, on trouve une notable hypertrophie, et l'auscultation fait entendre à la base un deuxième bruit éclatant. Le pouls est régulier, fort et plein.

Dans la poitrine, quelques râles sibilants et ronflants disséminés.

La rate est grosse, la fosse iliaque est le siège d'une odeur vive, exaspérée par la pression. Température, 40°.

Les urines, rares et foncées, contiennent de l'albumine.

Le traitement prescrit est le suivant : bains froids toutes les trois heures, benzonaphтол à l'intérieur, et comme alimentation lait, bouillon et limonade vineuse.

Le premier bain est pris le 7 avril à trois heures du soir. La température descend de 40o 39o 4.

Le 8 avril, hémorrhagie intestinale peu abondante : les bains sont continués et l'hémorrhagie est combattue par la glace et l'opium.

Le 9 avril, l'hémorrhagie a disparu.

Le 10, légère douleur rhumatismale localisée au cou de pied, et frisson intense, qui cèdent à quelques bains froids.

Dans la nuit du 16 avril, hémorrhagie intestinale extrêmement abondante. Le malade a 7 selles consécutives et il remplit chaque fois le bassin de gros caillots noirâtres. L'hémorrhagie est combattue localement et les bains sont maintenus.

Le 17 avril au matin, nouvelle hémorrhagie très violente. Le pouls est liforme, la face pâle, le malade est extrêmement abattu et en proie à une dyspnée intense. M. Frenkel, interne du service, pratique une injection intra-veineuse de 250 gr. de sérum artificiel (formule d'Hayem).

La température qui était voisine de l'hypothermie remonte le lendemain matin, les bains sont continués et le 28 avril la défervescence est complète.

Pendant le traitement une poussée d'hémorrhoides s'est produite qui a persisté pendant toute la durée de la maladie.

A signaler également chez ce malade une éruption de nombreux furoncles, sur tout le corps.

Il est parti le 12 mai pour l'asile des convalescents.

OBSERVATION III

Fièvre typhoïde à évolution normale. — Une rechûte. — Durée totale, 35 jours. — 166 bains. — Guérison.

Le nommé Paul A..., 15 ans et demi, entre le 24 avril 1894 à la salle Bazin. Il était malade depuis trois jours et accusait de la courbature, de la céphalée et une diarrhée abondante. Pas d'épistaxis ni de bronchite.

Il est très abattu, répond à peine aux questions, il a une soif vive et une céphalée intense.

Les battements de cœur sont précipités. Le pouls est régulier, fréquent : 112 pulsations.

La langue est humide, saburrale. — Rate grosse. — Douleur dans la fosse iliaque droite.

Les urines ne sont pas albumineuses. Température, 39o. 8.

Les bains sont donnés sans interruption jusqu'au 8 mai. A partir de ce jour les indications se font de moins en moins sentir et du 8 au 17 il ne prend qu'une vingtaine de bains.

Mais le 18 avril la température remonte à 40o et 41o. Les symptômes du début reparaissent, plus légers. Les bains sont repris et donnés régulièrement jusqu'au 25. A partir du 26, nouvelle défervescence, définitive cette fois, car la température s'est maintenue depuis entre 36o 6 et 35o. A signaler une poussée furonculaire dans la période de défervescence.

OBSERVATION IV

Fievre typhoïde à évolution régulière compliquée d'une hydarthrose. —
Durée, 20 jours. — 94 bains. — Guérison.

Le nommé Charles J..., maçon, âgé de 19 ans, entre le 20 mars à l'hôpital Bichat, salle Bazin.

Il se plaint d'éprouver depuis huit jours une lassitude générale, de maux de tête, en un mot les symptômes prodromiques de la fièvre typhoïde.

Il présente à son entrée un facies prostré, une langue sèche, noirâtre et collante, quelques taches rosées. La rate est grosse. Douleur dans la fosse iliaque droite.

L'auscultation de la poitrine fait percevoir quelques râles de congestion pulmonaire.

Rien au cœur. Le pouls est fort régulier, dicrote.

Les urines sont rares, épaisses et contiennent de l'albumine.

Température rectale, 40o.

Dès le 20 mars les bains froids sont donnés toutes les 3 heures.

Dès les premiers bains, amélioration notable des symptômes, élimination urinaire abondante, un sommeil réparateur succède à chaque bain. La température oscille entre 38o et 39o 8 ; si bien que douze jours après son arrivée, la défervescence est complète.

Dès lors tout semble terminé, lorsque le 30 avril le malade accuse une vive douleur dans le genou droit, et présente les symptômes de l'hydarthrose. Cette complication a retardé son départ de l'hôpital. Le 25 avril il était complètement guéri.

OBSERVATION V

Fièvre typhoïde normale. — Deux hémorrhagies intestinales. — Durée, 29 jours. — 32 bains. — Guérison.

Le nommé D..., âgé de 48 ans, marchand fruitier, entre le 20 mars à la salle Bazin.

Il éprouvait depuis dix jours des frissons, des maux de tête, une lassitude générale et une diarrhée abondante.

A son entrée il n'a point l'air trop abattu. La langue est sèche, rôtie. Quelques taches suspectes sur l'abdomen.

Rate grosse et douleur dans la fosse iliaque droite.

Les bruits du cœur sont normaux. Pouls petit, régulier.

Dans la poitrine, râles de congestion aux deux bases.

Température rectale 39° 2. Urines albumineuses.

Le traitement par les bains froids est institué à partir du 31 mars. Le 25, au matin, une hémorrhagie intestinale se déclare. La température descend à 38°. On combat l'entérorrhagie et on reprend les bains froids.

Le 28, nouvelle hémorrhagie, extrêmement abondante cette fois. La température, de 42° 2 descend à 39°.

Le lendemain, l'hémorrhagie a disparu, et dès lors tout rentre dans l'ordre. Les bains deviennent de plus en plus rares et le 9 avril la guérison est achevée.

A signaler chez ce malade une poussée d'hémorroïdes pendant le traitement, et une éruption furonculaire au moment de la défervescence.

OBSERVATION VI

Fièvre typhoïde de moyenne intensité compliquée d'une otite double avec suppuration de l'apophyse mastoïde. — Durée de la fièvre : 40 jours. — 133 bains. — Guérison.

Le nommé B..., âgé de 18 ans, journalier, entre à la salle Bazin le 2 mars 1894 avec les symptômes d'une fièvre typhoïde datant le huit jours.

Etat de prostration très marqué. Langue rôtie, douleur dans la fosse iliaque droite, rate tuméfiée, diarrhée abondante, taches rosées confluentes sur l'abdomen.

Rien au cœur ni aux poumons. Urines foncées, albumineuses. Température rectale, 40°.

Traitement par les bains froids à 20°. Les bains sont pris sans interruption du 6 au 17 mars. A partir de ce jour, ils sont de plus en plus espacés et le 4 avril la défervescence est complète.

Le 7 avril, la température remonte à 39o 4. En même temps le malade accuse une douleur à l'oreille gauche d'où s'écoule un liquide purulent.

Le 8, 9, 10, 11 avril, les symptômes persistent.

Le 14 avril, douleur à l'oreille droite, écoulement purulent.

Le 18 avril, l'écoulement de l'oreille gauche a disparu, celui de l'oreille droite dure jusqu'au 30 avril.

Le 4 mai au soir, la température remonte à 39o 2. Les apophyses mastoïdes sont très douloureuses. Le malade a des vertiges, des bourdonnements d'oreilles et une céphalée intense.

Le 5 mai au soir, le thermomètre marque 40o 4.

Le 6 mai, le malade passe en chirurgie dans le service de M. le professeur Terrier, où il subit la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Depuis il n'a cessé de se bien porter et il est parti le 7 juin pour l'asile de Vincennes.

A signaler également chez ce malade une éruption de furoncles dans la période de défervescence.

OBSERVATION VII

Fievre typhoïde à évolution normale, compliquée d'une périostite du maxillaire inférieur.—Durée : 26 jours.—90 bains.—Guérison.

La nommée P... Marie, journalière, âgée de 28 ans, entre le 30 avril à l'hôpital Bichat, salle Louis. Elle est mal en train depuis 10 jours : prodromes classiques de la dothiënentérie.

Le 30 avril, à son entrée : stupeur, céphalalgie, insomnie. Langue sèche et tremblante, constipation, météorisme, rate grosse, pas de douleur dans la fosse iliaque, taches rosées très nombreuses.

Aux poumons quelques sibilances et quelques ronchus sonores. Rien au cœur ; le pouls est fréquent et régulier : 96 pulsations. Les urines contiennent un nuage d'albumine.

Le 2 mai le traitement est institué et les bains sont pris régulièrement jusqu'au 14. A partir de ce jour la défervescence s'accuse nettement et le 17 mai elle est définitive.

Le 19 mai, la malade se plaint d'une vive douleur du côté maxillaire inférieur. La région est lisse et tendue, tuméfiée, rouge et douloureuse.

Le 20 mai la fluctuation est manifeste et une incision pratiquée à l'angle inférieur du maxillaire laisse écouler une grande quantité de pus.

Depuis la guérison a repris sa marche, et le 10 juin la malade est sortie, complètement guérie.

OBSERVATION VIII

Fièvre typhoïde de moyenne intensité avec deux rechûtes. — Myocardite consécutive. — Durée : 30 jours. — 179 bains. — Guérison.

Le nommé F. . . , 19 ans, maçon, entre le 9 mars 1894 à la salle Bazin.

Depuis 10 jours il se sentait mal à l'aise, et éprouvait une vive lassitude avec de violents maux de tête. Pas d'épistaxis.

A son entrée il est dans un certain état de prostration. Pas de délire. Parole embarrassée, hésitante. La langue est sèche, rôtie, le ventre un peu ballonné, quelques taches rosées caractéristiques. Douleur dans la fosse iliaque droite, rate tuméfiée, diarrhée abondante.

Rien au cœur et aux poumons, quelques râles de bronchite disséminés.

Les urines rares, foncées renferment de l'albumine en quantité notable.

Température rectale, 40°.

Le 11 mars on prescrit les bains froids. Le malade les prend sans interruption, toutes les trois heures, jusqu'au 24 mars. Ce jour-là la température est redevenue normale et le malade est sorti le 12 mai de l'hôpital.

Le 25 mars, la température remonte à 39° 6 ; les symptômes reparaisent et on reprend le traitement. La fièvre tombe au bout de neuf jours et le 4 avril tout semble terminé.

Le 10 avril au soir, nouvelle poussée fébrile. La température monte subitement à 39° 2 et les symptômes du début sont très atténués. En même temps que cette nouvelle poussée de fièvre le malade présente des phénomènes de myocardite. Les bains froids sont repris malgré cette complication cardiaque et continués jusqu'au 21 avril. Depuis lors la température est redevenue normale et le malade est sorti le 12 mai de l'hôpital. Signalons encore chez ce malade une poussée d'hémorrhoides due vraisemblablement à la surabondance des bains.

CONCLUSIONS

L'épidémie de fièvre typhoïde de 1894 a une étiologie assez complexe ; son origine ne nous paraît pas, du moins, exclusivement imputable à l'eau de la Vanne.

L'immunité dont aurait joui le dix-septième arrondissement, alimenté par la Dhuis, est loin d'être prouvée, si l'on considère que presque tous les typhiques soignés à l'hôpital Bichat provenaient de cet arrondissement.

Nous pensons même, en nous basant sur ce dernier fait, que la véritable cause de l'épidémie de l'hôpital Bichat réside dans la substitution de l'eau de Marne à celle de la Dhuis.

Cette épidémie a revêtu un caractère de gravité très marqué au début.

La méthode de Brand a fourni d'excellents résultats généraux. Elle s'est révélée, une fois de plus, un antithermique puissant, un tonique merveilleux du cœur et des vaisseaux, un névroséniqne de premier ordre.

son action est particulièrement remarquable sur le rein et sur la dépu-
ration urinaire.

— Mais s'il est impossible de douter de son action spécifique, il y a des réserves à faire sur la valeur prophylactique.

En effet, les complications osseuses, articulaires, les hémorrhagies intestinales, les hémorrhoides, les rechûtes, etc., ont été nombreuses relativement au petit nombre de malades traités.

Malgré cela, la méthode des bains froids reste, à notre avis, la médication de choix de la fièvre typhoïde.

Reproduction.

CHRONIQUE GYNOCOLOGIQUE

PAR M LE DOCTEUR FRAISSE

TRAUMATISME DU COL UTERIN PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Les traumatismes obstétricaux du col utérin ont une importance considérable, soit au point de vue de leurs conséquences immédiates, soit au point de vue des troubles ultérieurs dont ils peuvent devenir l'origine.

En ce qui concerne le mécanisme de leur production, ils sont "spontanés" ou "artificiels".

Les premiers se produisent au moment du passage de la partie foetale à travers le col.

Les seconds sont déterminés par le fait d'une intervention.

Dans cette dernière catégorie rentrent les déchirures cervicales provoquées accidentellement, en dehors de la volonté de l'accoucheur, et aussi les traumatismes pratiqués à dessein, c'est-à-dire les incisions libératrices employées comme remède héroïque de l'atresie du col.

DECHIRURES SPONTANÉES.

Chez la primipare, tout accouchement à terme s'accompagne d'une déchirure du col.

Le plus souvent, il s'agit d'un traumatisme léger, d'une simple "fêlure" intéressant le rebord de l'orifice utérin. Mais la laceration peut s'étendre plus loin, et non seulement atteindre mais dépasser l'insertion du vagin ; elle peut même, dans des cas rares, dégénérer en rupture du corps de l'utérus.

Pour plus de clarté, on peut distinguer 4 degrés dans la déchirure obstétricale du col, d'après l'étendue de cette dernière. (1)

1er degré : simple débridement spontané de rebord orificiel ; hémorragie insignifiante ou nulle ; réparation immédiate et rapide. Il n'en reste d'autres traces que l'élongation transversale du méat utérin, stigmate connu d'un premier accouchement.

2e degré : le traumatisme dépasse le rebord orificiel, mais le col est déchiré uniquement dans sa portion externe, sous-vaginale, c'est-à-dire que

(1) Cette division est empruntée aux cours inédits du Dr Doléris.

la lacration s'arrête au niveau de l'insertion du vagin ; de sorte que la structure générale (muscles et vaisseaux) soit de l'utérus soit de la zone para-utérine ne subit pas d'atteinte appréciable. L'intégrité du système sphinctérien qui constitue proprement le col n'est point compromise. Il en résulte une hémorrhagie faible, passagère, qui s'arrête d'elle-même après la sortie de l'enfant. Quant à la solution de continuité, elle se répare par le fait du tassement et de la juxtaposition des parties, à la condition, toutefois, que le milieu demeure aseptique.

Au reste, cette lacération, même incomplètement réunie, ne donne pas lieu à des déformations bien profondes. Quand on examine les traumatismes de cet ordre à une époque assez éloignée de l'accouchement, on voit qu'ils ont été fortement réduits en étendue par le fait de la cicatrisation qui s'est effectuée au niveau de l'angle de la déchirure, de sorte que celle-ci est comblée en partie et paraît être du 1er degré.

Cette déchirure peut être simple, double, multiple ; elle donne lieu aux diverses formes du col qu'on rencontre chez les multipares, bien portantes d'ailleurs, et aptes à une nouvelle fécondation.

Donc, jusque-là, rien de pathologique.

Peu sérieuse, au point de vue traumatique, la déchirure du second degré peut devenir le siège initial de phénomènes infectieux, comme toutes les solutions de continuité du tractus génital. Aussi l'accoucheur doit-il veiller à l'asepsie rigoureuse des surfaces en réparation et ne permettre aucun lavage vaginal en dehors de ceux qu'il pratique lui-même et dont il garde l'entière responsabilité.

3e degré : la lacération dépasse l'insertion du vagin et peut s'étendre jusqu'au péritoine, sans toutefois intéresser ce dernier.

Je rappellerai que l'insertion du vagin constitue réellement la limite au-delà de laquelle commence le territoire vasculaire de la matrice et du tissu péri-utérin. Tous ceux qui ont l'habitude des opérations sur le col savent bien que l'hémorrhagie ne devient réellement appréciable que lorsque la dissection des lèvres atteint réellement la portion sus-vaginale de l'organe, qu'elle augmente à mesure qu'on se rapproche de la région de l'isthme, et qu'au niveau de ce dernier elle présente une abondance de nature à troubler les opérateurs débutants.

De même, au moment où la partie fœtale franchit l'orifice cervical, si la lacération vient à atteindre la portion sus-vaginale du col et le tissu paramétrique qui la double, le traumatisme intéressera presque fatalement une ou plusieurs branches de l'artère utérine, peut-être même l'artère utérine elle-même ; dans tous les cas, il donnera lieu à une importante hémorrhagie.

De plus, cette région de l'utérus, avec sa musculature affaiblie, parcourue en tous sens par de nombreux canaux vasculaires, représente véritablement la "pars minoris resistentiæ" de l'organe. Il s'en suit que la lésion peut s'étendre au loin, soit dans la paroi utérine soit dans le paramètre correspondant, sans toutefois intéresser le péritoine, de sorte que la cavité abdominale est garantie contre toute effraction.

L'étendue de la lésion se traduit par des ruptures vasculaires correspondantes. Il en résulte des hémorragies toujours sérieuses, parfois très graves et qui présentent des dangers analogues à ceux de l'inertie utérine.

Telle est la déchirure profonde et vraiment pathologique, déterminée par l'accouchement.

4e degré : dans d'autres cas, heureusement fort rares, la déchirure ne se borne pas aux territoires susnommés. Dépassant la région de l'isthme, elle rompt la barrière péritonéale et communique avec la cavité de l'abdomen. En d'autres termes, elle dégénère en rupture de l'utérus ou en déchirure équivalente des tissus para-utérins. Ce sont là des accidents extrêmement graves, et dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Nous étudierons simplement la déchirure "profonde", pathologique, celle qui intéresse la portion sus-vaginale du col : accident somme toute, assez fréquent, et dont le traitement comporte des indications bien nettes, bien définies.

D'abord, quel est le mécanisme à la faveur duquel se produit cette rupture spontanée ?

D'une manière générale, elle a lieu lorsque le passage de la partie fœtale s'effectue à travers un orifice cervical de dimensions insuffisantes.

Ces conditions sont réalisées de deux façons : Ou bien, en raison d'une expulsion trop rapide, la dilatation du col n'a pas eu le temps d'atteindre le degré voulu ;—ou bien on a affaire à un col pathologique (sclérose), cicatrices, dégénérescences, etc...), qui résiste (c'est la rigidité classique) ou qui, après avoir résisté un certain temps, cède brusquement en raison de son inextensibilité. Voilà pour le col.

Dans la seconde éventualité, la dilatation s'étant effectuée régulièrement, la partie fœtale offre un volume exagéré.

Cette dernière condition est absolue ou relative. Elle est remplie dans les cas suivants :

- a) volume exagéré de la tête (gros enfant, hydrocéphalie) ;
- b) présentations transversales ;
- c) présentations obliques du sommet et présentations du front ;
- d) procidence des membres à côté de la tête ;

e) certaines monstruosités, etc., etc.

Insiste pas davantage, ces questions étant développées dans tous les livres d'obstétrique.

La déchirure profonde du col se révèle par un symptôme unique, immédiat, et qu'on doit toujours avoir présent à l'esprit : "l'hémorragie".

Trop souvent l'attention de l'accoucheur, tenue en éveil par l'éventualité d'une utérine, méconnaît l'importance des ruptures cervicales et la nature des hémorragies qui en résultent ; d'où fausses routes dans le traitement employé. Il est probable que l'hémorragie, par rupture profonde du col est au moins aussi fréquente, sinon plus, que celle provenant de la non-rétractation de la zone placentaire, et que bon nombre d'accidents attribués à une délivrance défectueuse, ne reconnaissant pas d'autre origine.

L'hémorragie de la déchirure obstétricale du troisième degré (cervicorrhéies des auteurs Allemands) présente des caractères très remarquables, depuis longtemps signalés par Dupraque, et dont Fritsch a donné une bonne description.

Plus précoce que les phénomènes similaires liés à la délivrance, elle apparaît dès que la partie fœtale a franchi le col, ou plutôt un flot de sang au dehors aussitôt après la venue de l'enfant. En d'autres termes, elle est antérieure au décollement et à l'expulsion du placenta.

A considérer de plus près la marche de cette hémorragie, on s'aperçoit qu'après le jet de sang qui a suivi l'expulsion fœtale, un temps d'arrêt se produit. Celui-ci reconnaît pour cause le tassement immédiat des organes pelviens ; le corps de l'utérus s'infléchit sur le col, fait obstacle à la circulation et provoque l'hémostase au niveau de la plaie cervicale.

Un peu plus tard, au moment des contractions de la délivrance, l'utérus se redresse, le sang est chassé des sinus utérins, refoulé en partie vers la brèche traumatique et réapparaît au dehors. Enfin l'hémorragie est tout entière reconstituée par le fait du passage de l'arrière-faix à travers le col et de l'écartement consécutif des lèvres.

En outre de cette marche typique, l'hémorragie cervicale présente un autre caractère : sang liquide, rouge, d'origine artérielle, contrastant par son aspect avec celui que fournissent les sinus restés béants dans le cas d'inertie utérine. Il vient par jets, par saccades, et quelques auteurs ont voulu voir dans cette modalité d'écoulement, certain degré d'isochronisme avec les pulsations maternelles, signe d'une appréciation délicate et par suite sans valeur pratique.

Tandis que se manifeste cette hémorragie, quel est l'état du muscle utérin ? Cette question est de la plus haute importance.

On sait qu'aussitôt après l'expulsion du fœtus, cette portion de l'utérus qui se trouve au-dessus de l'anneau de Bandl et que les Allemands appellent muscle excavé (Hohlmuskel), se rétracte avec énergie, fermant ainsi les orifices vasculaires de la plaie placentaire. L'absence ou l'insuffisance de cette rétraction constitue l'atonie utérine.

Le retrait musculaire se continue, plus faiblement il est vrai au niveau du segment inférieur ; mais il fait complètement défaut dans la région du col, dont les lèvres molles et tuméfiées donnent au doigt la sensation d'une robe mouillée et qui flotte au fond de l'excavation vaginale.

C'est ainsi que se passent les choses dans la grande majorité des cas de rupture cervicale profonde, c'est-à-dire toutes les fois que cette rupture n'est pas compliquée de modifications anormales survenues dans la région du muscle excavé. En d'autres termes, la déchirure du col n'empêche pas plus la rétraction du corps de l'utérus, que les contractions intermittentes qui précèdent et accompagnent la délivrance.

On est donc en présence d'une association, au premier abord paradoxale, de phénomènes qui semblent s'exclure : d'une part hémorragie, d'autre part globe utérin dur et bien rétracté.

La constatation de ce fait suffit en général pour affirmer l'existence d'une lacération profonde du col.

Du reste, la lésion peut être directement reconnue au moyen de l'examen digital, qu'il ne faut jamais négliger.

L'hémorragie d'origine cervicale peut être confondue avec celles qui accompagnent d'autres états pathologiques, tels que :

- a) l'inertie utérine ;
- b) l'adhérence partielle du placenta ;
- c) la déchirure du vagin ;
- d) la déchirure du périnée, de la vulve ou du clitoris.

Chacun de ces états s'accompagne de signes propres qui fixent le diagnostic.

a) dans l'inertie utérine, la matrice reste flasque, distendue, sans contractions.

A la vérité, on peut voir l'inertie se produire simultanément avec la déchirure ou même consécutivement à cette dernière par le fait de l'irruption et de l'accumulation du sang dans la cavité utérine. Pareillement alors se combinent et se surajoutent les symptômes propres aux deux états pathologique. La précocité de l'hémorragie, ses allures particulières et pour ainsi dire typiques font penser à la lésion concomitante du cervix.

Dans ces cas mixtes, assez rares d'ailleurs, où l'hémorragie procède

à la fois et de la déchirure et de l'atonie, l'exploration digitale, aidée de la palpation bimanuelle, suffira pour reconnaître l'existence et même l'étendue du traumatisme.

b) L'adhérence partielle du placenta provient souvent de ce que les arrières-douleurs sont trop faibles et que dès lors le placenta n'est détaché qu'en partie. C'est donc un cas particulier de l'inertie utérine.

A notre avis, l'opinion classique qui admet la fréquence de l'adhérence vraie, pathologique du placenta, donne lieu à de nombreuses objections et même d'être révisée. L'adhérence partielle amène, dit-on, une hémorragie provenant des vaisseaux béants de la partie de la matrice qui correspond au décollement partiel. Mais quel est le mécanisme exact de cette hémorragie ?

Il reste, en cette matière, de nombreux points à éclaircir. Pour nous, nous pensons, avec d'autres, que beaucoup de délivrances artificielles, ont été prématurément exécutées pour obvier à une hémorragie menaçante, laquelle, en réalité, était d'origine cervicale.

Quoi qu'il en soit, dans ces cas rares d'adhérence pathologique du placenta, on constate une forte hémorragie externe, ou bien des signes d'hémorragie interne. Mais l'utérus reste mou et distendu.

c) La déchirure du vagin se traduit par une hémorragie habituellement insignifiante et qui n'a rien de comparable avec celle de la déchirure cervicale profonde.

d) Au contraire, l'hémorragie provenant d'une déchirure du périnée ou du clitoris peut être très intense. Mais le diagnostic de la lésion est aisé par l'examen direct.

Pour résumer ce qui précède, nous proposerons la formule suivante, qui a la valeur d'un aphorisme dans la pratique journalière des accouchements :

"Lorsque l'utérus est bien contracté et qu'il n'existe pas de lésions externes, on peut admettre que toute hémorragie forte provient d'une lésion du col dépassant l'insertion du vagin".

Les traumatismes spontanés du col utérin présentent une importance considérable, bien mise en relief par les auteurs étrangers et que nos classiques paraissent quelque peu négliger.

D'abord, l'hémorragie qui en résulte peut devenir sérieuse, et même inquiétante par son abondance et sa durée. Elle peut aboutir à "un état syncopal grave, à un évanouissement presque continu" (v. observations de Laborde). D'où nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement immédiat.

A côté des dangers de l'hémorragie se placent ceux de l'infection immédiate, soit locale, soit généralisée. Remarquons à ce sujet combien la plaie cervicale se trouve dans des conditions d'infériorité marquée, en ce qui concerne l'éventualité d'une contamination par les germes infectieux venus du dehors.

Le col, en effet, ne participe pas à la contraction utérine. Quand les germes infectieux arrivent à son niveau, ils sont déposés à la bouche de nombreux vaisseaux, veines et lymphatiques, qui, traversant un stroma inerte, restent béants et échappent au processus d'oblitération physiologique si actif dans le reste de l'organe.

En dehors de cette infection primitive directe, la plaie cervicale peut s'infecter secondairement, à la suite d'une décomposition ultérieure des produits contenus dans la cavité utérine.

Tels sont les accidents qui peuvent compliquer la lacération profonde du col dans les premiers jours du "post-partum." Voyons maintenant les suites éloignées de cette lésion.

Deux cas peuvent se présenter, ou bien la déchirure se répare aseptiquement par coaptation des parties, et le col reprend sa forme à peu près normale ; ou bien il se fait une réunion secondaire, les lèvres déchirées granulent et se réunissent à la faveur d'un processus cicatriciel. Il en résulte l'établissement de lésions durables, définitives, qui sont du domaine de la gynécologie.

La cicatrisation "vicieuse" porte sur la paroi utérine et sur la portion de paramètre correspondante : d'où "métrite" et "paramétrite" traumatiques chroniques.

La première est caractérisée par la formation, au sein du parenchyme cervical, d'un tissu scléreux, "cheville cicatricielle" d'Emmet, qui peut devenir le point de départ de phénomènes douloureux intenses. La seconde aboutit à la création de brides cicatricielles paramétriques qui fixent et devient l'utérus ; d'où aggravation des troubles pathologiques. L'étude de ces lésions constitue un des plus importants chapitres de la gynécologie.

La déchirure cervicale profonde et non réparée peut avoir des conséquences mécaniques fâcheuses. Il va sans dire qu'un col déchiré dans toute sa hauteur, y compris l'orifice interne, ne joue plus le rôle de sphincter à l'égard de la cavité utérine ; d'où fécondation rendue plus difficile, et, si celle-ci a lieu, menace sérieuse d'avortement.

Pour le "diagnostic", l'examen direct de la lacération profonde d'origine obstétricale, pratiqué comme l'indique Emmet, montre que cette lésion s'étend d'ordinaire beaucoup plus loin qu'on ne l'aurait cru. L'angle de

la déchirure, bien que comblé en partie par la cicatrisation, est le plus souvent très profond, et situé au delà de la voûte du vagin.

De plus, si on a soin de dilater préalablement l'utérus, au moyen de tentes, le doigt, introduit dans l'intérieur de l'organe, constate que le tissu cicatriciel qui fait suite à cet angle s'étend lui-même à une grande hauteur dans la paroi utérine, ce dont on juge bien par la minceur de cette paroi ; d'où la nécessité de poursuivre très loin l'avivement et l'excision des tissus scléreux. Cette constatation est essentielle, si on veut faire une opération réellement efficace en ce qui concerne la restauration du col.

De même, si, tout en maintenant la déchirure bien ouverte, on examine, au moyen d'un écarteur, le cul-de-sac latéral du vagin qui correspond à la lésion, on voit que la muqueuse propre du vagin pénètre de dehors en dedans dans l'angle même de la déchirure, où elle semble attirée par le retrait cicatriciel, et qu'elle tapisse en partie ce dernier en formant une sorte d'éventail ayant son sommet à l'angle lacéré. Au niveau de cet angle, la muqueuse vaginale est flottante au-dessus du tissu cicatriciel. Cette disposition est importante à connaître pour entreprendre une bonne réparation chirurgicale du traumatisme (1).

Le "traitement" est immédiat ou tardif, suivant qu'on s'attaque à l'hémorrhagie du début ou bien aux lésions chroniques créées par le traumatisme.

Diverses interventions ont été proposées contre l'hémorrhagie de la déchirure spontanée du col utérin. Elles peuvent se ranger sous deux chefs, selon qu'on recherche l'hémostase des surfaces cruentées par une compression directe exercée par les vaisseaux saignants, ou bien qu'on veut obtenir la coaptation de ces mêmes surfaces, de manière à favoriser leur réunion immédiate et primitive.

Dans la première catégorie, nous signalerons les méthodes de Tarnier et de Dührssen ; dans la seconde, le procédé de la coaptation manuelle (Breisky) et celui des sutures appliquées au niveau de la lacération.

D'après Tarnier, cité par Laborde, pour combattre l'hémorrhagie provenant du col, le mieux est d'appliquer dans l'intérieur de la cavité cervicale, au niveau même de la déchirure, des bourdonnets de coton, ou encore des tranches d'amadou, de façon à obturer les vaisseau par compression immédiate ; on complète, s'il y a lieu, par un tamponnement plus ou moins serré du vagin.

Cette pratique donne lieu à quelques remarques ; on peut se demander si l'application de tampons au niveau de la fente traumatique est susceptible d'arrêter une forte hémorrhagie provenant d'une grosse branche de

(1) Emprunté aux Cours inédits du docteur Doléris.

l'utérine ou de l'utérine elle-même. D'autre part, ces corps étrangers, pour peu qu'ils restent longtemps en place ou que leur application soit renouvelée plusieurs fois de suite, peuvent gêner la réunion immédiate de la plaie. Il serait très fâcheux, dans l'espèce, que l'introduction de tampons hémostatiques devint la cause d'une prolifération conjonctive se traduisant plus tard par un tampon cicatriciel.

Ces mêmes observations s'appliquent aux procédés analogues : introduction du sac de Barnes ou de tout autre obturateur dans la cavité du col.

Contre l'hémorrhagie d'origine cervicale, Dührssen propose le tamponnement de tout le conduit utéro-vaginal. Cette méthode consiste à "plomber", pour ainsi dire, l'intérieur de la matrice au moyen d'une bande de gaze stérilisée et iodoformée à 20 o/o, bande longue de mètres, large comme la main et formée de quatre couches. Au niveau du col, on remplace la gaze par des tampons d'ouate salicylée, qui s'imprègnent moins facilement ; on termine enfin par un tamponnement serré des culs-de-sac vaginaux et de tout le vagin avec cette dernière substance. Tout le matériel de tamponnement, absolument aseptique, est contenu dans des tubes stérilisés, qu'on ouvre au moment de s'en servir.

Dans ces derniers temps, Dührssen a étendu les applications de sa méthode, réservée tout d'abord aux cas d'inertie utérine. Il l'emploie contre toutes les effusions sanguines provenant d'un point quelconque du tractus génital et conclut dans les termes suivants : "Aujourd'hui, le médecin possède dans mon procédé un moyen à la fois sûr et inoffensif d'arrêter une hémorrhagie des parties extérieures (vulve, clitoris), ce tamponnement permet de reconnaître, par voie d'exclusion, la source de l'accident.

Pour la technique, nous renvoyons à l'auteur lui-même.

En ce qui concerne l'hémorrhagie de la déchirure cervicale, Dührssen indique son procédé, tout en reconnaissant qu'il est inférieur à l'affrontement et à la suture immédiate des parties déchirées, cette dernière constituant le traitement idéal. "Ma méthode, dit-il, est surtout bonne pour l'accoucheur qui débute. En effet, si elle n'arrête pas à fond une hémorrhagie due à une rupture de l'artère utérine, dans tous les cas elle la diminue notablement, ce qui permet au praticien, qui le plus souvent se trouve seul, de faire les préparatifs nécessaires pour exécuter une suture".

"D'autre part, dit-il encore, ma méthode exige beaucoup moins de précision dans le diagnostic. C'est surtout dans les cas mixtes, où l'hémorrhagie provient à la fois d'une atonie musculaire et d'une lacération cervicale, que mon procédé est utile, parce qu'il arrête du même coup le sang provenant de ces deux sources. Il arrête également l'hémorrhagie fournie par des lésions vaginales ou périnéales, et permet ainsi, dans les cas de

déshirure du clitoris, de reconnaître que l'hémorrhagie ne provient pas de l'intérieur du vagin, etc., etc."

Présenté avec ces réserves, le tamponnement de Dührssen est certainement recommandable. Toutefois, dans les cas ordinaires, non compliqués d'inertie, il cède le pas aux méthodes de coaptation directe, qui vont être maintenant décrites.

Procédé de Breisky.—La source de l'hémorrhagie étant reconnue ou soupçonnée, on introduit dans le cul-de-sac vaginal postérieur, les quatre derniers doigts de la main gauche, la pulpe dirigée en haut.

Une première tentative sans résultat est suivie d'une seconde plus prolongée, mais les échecs sont rare (1). Dans tous les cas, on aurait la ressource de la suture directe de la plaie, procédé que nous allons examiner et qui l'emporte sur tous les autres.

Suture du col.—Elle est considérée par beaucoup d'auteurs (Lomer, H. Coe, Doloris) comme le procédé de choix, auquel on doit immédiatement recourir. Le grand reproche à lui faire, c'est qu'elle n'est point à la portée de tout le monde et qu'elle nécessite une certaine éducation gynécologique. Elle exige de plus un matériel instrumental assez compliqué.

Ces conditions une fois requises, il est certain qu'il s'agit là d'une intervention excellente, pourvu toutefois qu'elle soit pratiquée sous le couvert d'une sévère antiseptie. On emploiera de préférence la suture continue, avec du "juniperus-catgut" un peu fort (No 3 ou 4). Pratiquée séance tenante, la réparation du col doit être parfaite, au point de vue plastique et fonctionnel.

Une autre méthode chirurgicale consiste dans la ligature médiate, à travers la voûte du vagin, de l'artère utérine correspondant à la lésion (1).

(1) Ce n'est autre que la ligature préventive de l'utérine, telle qu'on la pratique par exemple comme temps préliminaire de l'excision haute du col (amputation supra-vaginale de Schroeder).

Cette dernière, exécutée en se guidant sur l'index gauche, serait, d'après Dührssen, plus simple, plus rapide, et exigerait un outillage bien moins compliqué. A ce point de vue, dit-il, elle est pratiquement plus recommandable que la suture des surfaces saignantes. Cette ligature, exécutée sans le secours des yeux et seulement avec l'aide du doigt comme guide, suppose, encore plus que l'opération précédente, l'habitude des interventions gynécologiques.

Pour conclure de ce qui précède, je crois que l'accoucheur, se trouvant en face d'une hémorrhagie cervicale nette et définie, fera bien de recourir tout d'abord au procédé de Breisky, lequel n'exige ni instrumentation, ni préparation spéciales. Il réussira la plupart du temps par ce moyen, sans

préjudice de la suture du col ou encore de la ligature aveugle de l'utérine.

Il va sans dire que ces diverses interventions ne sont possibles qu'avec le secours de l'antisepsie, laquelle, suivant l'énergique expression de Dührssen, doit avoir pénétré dans le sang et dans la chair des praticiens.

Les procédés abondent ; ils seront choisis suivant les particularités des lésions, et, au besoin, combinés entre eux : trachélorraphie d'Emmet, section de Schroeder, dédoublement cervical (procédés à lambeaux) de Dührssen, de Saenger, etc., etc.

Quand le processus scléreux intéresse le paramètre, il faut, dans un premier temps détruire les brides cicatricielles qui immobilisent l'utérus et, au besoin, exciser la cicatrice paramétrique. Après quoi, on répare le col par enlèvement du coin fibreux qui correspond à l'ancienne déchirure ; l'avivement doit tout entier porter sur des parties saines. A. Martin donne un bel exemple de ces interventions complexes.

Les opérations destinées à réparer les déchirures profondes du col sont éminemment physiologiques et conservatrices. Outre qu'elles suppriment l'épine douloureuse, elles permettent au col restauré de remplir son rôle de fermeture et de protection à l'égard de la cavité utérine. A ce dernier point de vue, elles favorisent la conception et le rétention de l'œuf fécondé. C'est ainsi que le Dr Doloris (1) a cru devoir pratiquer une trachélorraphie chez une femme enceinte, en proie à de violente coliques utérines, et constamment sous la menace d'un avortement. Grâce à la fermeture chirurgicale du col, les douleurs ont disparu, et la grossesse s'est poursuivie sans encombre pour aboutir à un accouchement normal.

TRAUMASTISMES ARTIFICIELS

Nous avons donné ce nom aux traumatismes qui résultent d'une intervention.

Au point de vue de leur production, ils peuvent être "accidentels" ou bien "voulus", c'est-à-dire pratiqués dans un but thérapeutique.

Hormis la différence d'origine, la déchirure "accidentelle" du col est assimilable à la déchirure spontanée. Elle se produit en effet dans des circonstances qui réalisent le même mécanisme, c'est-à-dire la disproportion entre les dimensions de l'orifice utérin et celles de la paroi foetale dont on poursuit l'extraction artificielle.

C'est ainsi qu'une déchirure peut être déterminée par une application de "forceps" à travers un col incomplètement dilaté, par les "cranioclastes" ou par le "céphalotribe" ou le "basiotribe", si on opère dans un col résistant ou étroit, la tête étant insuffisamment réduite ; de même, par une

“version” brusquée, suivie d'extraction immédiate ; à plus forte raison par la version forcée.

Dans d'autres cas plus rares, le col éclate à la suite de l'introduction d'instruments dilatateurs trop volumineux, qui fournissent une distension exagérée, ou dont l'application se mesure mal. Les écarteurs métalliques à branches multiples sont susceptibles de produire de telles lésions par le fait qu'une force notable agit sur des surfaces restreintes.

Les fœtus alors reste étranger à la production de l'accident et l'intervention seule doit être incriminée.

Les symptômes et conséquences de la déchirure accidentelle sont les mêmes que dans les traumatismes spontanés : hémorrhagie et infection, avec cette différence que les suites sont encore plus graves. M. Porak a perdu une malade à la suite de l'application de l'écarteur Tarnier. L'une des branches avait déterminé une déchirure cervicale profonde, suivie d'accidents mortels.

Le diagnostic et le traitement sont évidemment les mêmes que plus haut.

Bien différents sont les traumatismes voulus, c'est-à-dire les incisions libératrices pratiquées sur le col pendant l'accouchement. Je vais les examiner avec quelques détails.

La plupart des traités classiques citent la dilatation sanglante du col comme moyen extrême à employer contre l'atésie de cet organe, lorsque tous les autres agents modificateurs ont échoué.

Ils sont d'abord pour qualifier sévèrement cette méthode. Les incisions du col, disent-ils en substance, outre qu'elles créent des portes d'entrée à l'infection, dégènerent très facilement en grandes déchirures au moment du passage de la partie fœtale et constituent autant d'amorces pour la rupture de l'utérus.

Blot et Charpentier, en 1868, ont perdu une femme chez laquelle ils avaient pratiqué 8 petites échancrures sur le rebord du col utérin invinciblement rétracté.

Plus récemment, en 1889, Keller (de Berlin), ayant à terminer un accouchement très pressant, fait la version après avoir pratiqué une petite incision sur la lèvre antérieure. Au moment de l'extraction fœtale, l'incision donne naissance à une immense déchirure double, dont l'une des branches intéresse le paramètre et la vessie et l'autre se continue sur la paroi antérieure de l'utérus et détermine sa complète perforation. Des hémorrhagies répétées enportent la malade.

On pourrait multiplier les citations.

La technique était la suivante : avec un bistouri boutonné et en se

guidant sur l'index gauche, faire sur le rebord de l'orifice cervical, 1, 2, 3, jusqu'à 8 incisions, toutes "très petites" et dirigées le plus possible, vers les commissures.

En résumé, il s'agit là d'un procédé extrêmement dangereux, sorte de pis-aller qui doit être mis en parallèle avec les opérations sérieuses et dont les indications sont réservées pour des cas très graves et heureusement très rares.

Telle était l'appréciation de quelques auteurs concernant la dissection sanglante du col.

D'autre part, bon nombre d'accoucheurs français et on peut dire surtout, les chefs d'école, ont toujours préconisé les incisions multiples chaque fois que cela est jugé nécessaire.

Depuis avait l'habitude de sectionner le col en deux ou trois points, lorsqu'il lui arrivait d'avoir à pratiquer une application de forceps dans un col incomplètement dilaté et qui menaçait de se rompre. C'était également la pratique de Paul Dubois.

Tarnier recommande les incisions multiples dans les cas de col rigide. C'est encore la pratique des élèves de l'école française.

Toutefois il est vrai d'ajouter qu'on s'est surtout préoccupé de restreindre l'usage de ces incisions libératrices et de réagir contre la tendance à les pratiquer trop facilement. Il faut dire encore que, sauf un petit nombre de jeunes accoucheurs, la généralité ne se préoccupait guère de la réparation immédiate des lésions cervicales, produites spontanément ou artificiellement.

Dans ces derniers temps et sous l'impulsion de Dührssen, la question est entrée dans une phase nouvelle.

Bien plus, après avoir réhabilité les incisions du col au point de vue du danger, Dührssen préconise cette méthode comme un procédé courant, inoffensif et susceptible de rendre les plus grands services, lorsqu'elle est pratiquée dans des conditions déterminées et d'après une technique définie.

INCISIONS CERVICALES DE DUHRSSSEN

Proposés d'abord par Skutsch (d'Iéna), elles ont été pratiquées d'une façon courante par Dührssen, et, à en croire ce dernier, avec les résultats les plus satisfaisants.

Leur indication est des plus nettes ; elles s'adressent à la dilatation incomplète de la "portion vaginale" du col ("portio" des Allemands). Quelques détails sont ici nécessaires ; nous les empruntons aux divers écrits de l'auteur de la méthode.

Dans la rigidité du col, considérée en dehors de sa nature et uniquement au point de vue de son siège anatomique, le rétrécissement peut porter, ou sur l'orifice utérin tout seul,—ou sur la portion vaginale du col, — ou sur le cervix tout entier. De là, 3 cas.

a) Dans le premier cas (rigidité de l'orifice, agglutination ou même soudure des lèvres du col), l'obstacle occupe une portion très limitée de l'organe ; il suffit alors d'une simple manœuvre exécutée à l'aide du doigt ou d'un instrument mousse pour amener l'écartement des lèvres et permettre à la dilatation de suivre son cours. Si cette manœuvre ne produit aucun résultat, c'est qu'il s'agit d'une rigidité dépassant l'orifice, c'est-à-dire intéressant la portion vaginale du col. Le cas rentre alors dans la 2^{me} catégorie, la plus commune de toutes, que nous allons examiner.

b) La rigidité intéresse la portion vaginale du col. Cet état se rencontre fréquemment chez les primipares âgées, ou chez les multipares qui n'ont pas accouché depuis longtemps.

Il peut également être la conséquence d'un processus cicatriciel ayant évolué sur le col, à la suite de cautérisations, d'amputations mal réussies ou pratiquées d'après les anciennes méthodes (écraseur, anse galvanique, etc.). Il peut enfin résulter d'un lésus de dégénérescence syphilitique ou carcinomateuse.

Quelle que soit la cause, quand cette rigidité se produit, le col utérin ne se dilate qu'incomplètement, malgré les plus énergiques contractions du reste de l'organe. La portion vaginale, effacée mais non dilatée, s'applique comme un rebord résistant sur la partie fœtale qui se présente.

Ce rebord, plus ou moins épais, prend excentriquement son origine sur le pourtour de l'insertion vaginale, insertion qu'on peut à ce moment reconnaître par le toucher. Chez quelques primipares, ce rebord peut offrir une légère saillie marginale, due au segment interne et non encore effacé de la portion vaginale du col.

Cette rigidité une fois constatée, que peut-il advenir en ce qui concerne la suite de l'accouchement ?

Dans la plupart des cas, il s'agit là d'un état spasmodique, d'un obstacle apparent et transitoire, dont les moyens médicaux (narcotiques, émoullents, etc.), ont facilement raison. Aussi, tant qu'il n'existe aucun danger sérieux pour la mère ou pour l'enfant, est-il indiqué d'attendre.

Dans d'autres cas, quand il s'agit d'un obstacle permanent et non surmontable, il se produit une inertie secondaire de toute la matrice, ou bien une forte distension limitée au segment inférieur, toutes conditions qui se traduisent par une tendance fâcheuse à la rupture utérine.

Enfin, si une rigidité de nature incoercible siège sur un ou plusieurs

points limités de la portion vaginale, il peut arriver que sous l'influence des contractions persistantes, les territoires sains du cervix subissent une distension exagérée par suite de la concentration de l'effet à leur niveau. D'où éclatement plus ou moins profond, pouvant dégénérer en rupture utérine. Le Dr A. Godefroy (de Roubaix) et moi avons relaté dans ce journal un cas de ce genre, terminé par la mort et dans lequel on pouvait suivre la déchirure dans tout son parcours, depuis l'orifice cervical, point d'origine, jusqu'au fond de la matrice.

c) La rigidité intéresse tout le col. Celui-ci est conservé dans toute sa hauteur et sa portion supra-vaginale n'est pas même effacée.

Cette cause de dystocie, beaucoup plus rare que les précédentes, s'observe lorsqu'un prolapsus utérin existait déjà avant la grossesse, ou bien lorsque le col est en état de dégénérescence carcinomateuse "avancée".

Je n'ai pas à m'occuper de la conduite à tenir dans les atresies de cette nature ; qu'il me suffise de faire remarquer que les incisions pratiquées sur la portion vaginale du col ne sont ici d'aucune utilité, puisque l'obstacle s'étend au-dessus de l'insertion du vagin.

Ceci dit, il devient facile d'établir les conditions dans lesquelles la dissection sanglante du col est applicable. Il faut : 1o que toute la portion sus-vaginale du col soit dilatée ; 2o que l'insuffisance de la dilatation soit bornée à la portion vaginale.

Lorsque ces conditions sont remplies, dit l'auteur, et que d'autre part il existe un danger sérieux pour la mère ou pour l'enfant, il est du devoir d'un accoucheur exercé de dilater immédiatement et complètement l'orifice au moyen de 2, 3, jusqu'à 6 incisions "profondes", s'étendant jusqu'à l'insertion vaginale, et de faire suivre cette opération de l'extraction rapide de l'enfant.

Tel est le principe établi par Dührssen ; il va sans dire qu'une antiseptie très sévère est ici de rigueur.

Technique. Les "très petites" incisions qu'on pratiquait autrefois sur le rebord du col étaient dangereuses précisément à cause de leur insuffisance. Elles se transformaient, lors du passage de la tête, en déchirures profondes, atypiques, qui dépassaient l'insertion du vagin et donnaient lieu à de fortes hémorrhagies. Elles constituaient, en un mot, de véritables appels à la rupture utérine.

Dührssen a eu le mérite de renverser les termes du problème ; il a pratiqué d'emblée des incisions suffisantes, c'est-à-dire atteignant l'insertion vaginale, et supprimant, d'après l'hypothèse même, l'obstacle dans toute son étendue. En agissant de la sorte, il pouvait espérer de ne pas voir le traumatisme réglé se transformer en lésion plus profonde.

Cette conception a été vérifiée par l'expérience. L'auteur a pu s'assurer que l'incision ainsi pratiquée ne s'étend pas plus loin, et par conséquent ne donne pas lieu à une hémorrhagie notable.

En d'autres termes, Dührssen a reproduit artificiellement le deuxième degré de la déchirure "spontanée" du col, accident pour ainsi dire normal ou du moins non pathologique (v. p. 2 du mémoire). Il en résulte que la suture subséquente de ces plaies artificielles est chose superflue, la nature se chargeant de leur réparation, comme elle le fait pour les traumatismes de même étendue spontanément produits.

L'intervention étant ainsi légitimée, sa technique est la suivante. Entre le pouce et l'index gauche, on saisit le rebord cervical à l'endroit où l'incision doit être faite ; on place les doigts jusqu'au contact de l'insertion vaginale. Conduisant alors les deux branches de ciseaux de Siebold le long des doigts et jusqu'à cette insertion, on divise toute l'étendue correspondante du col en un ou deux coups de ciseaux.

Si le rebord cervical cède facilement, on peut, au lieu d'employer les doigts, le saisir avec deux pinces tire-balles et inciser entre celles-ci, toujours jusqu'à l'insertion du vagin.

Il est rare qu'une incision suffise. On en fait ordinairement plusieurs, soit vers les commissures, soit dans d'autres directions.

Dans la plupart des cas, comme l'assouplissement des parties molles du détroit inférieur n'a pas eu le temps de s'effectuer, et que d'autre part il convient de faire suivre les incisions cervicales de l'extraction immédiate de l'enfant, Dührssen complète l'intervention par l'ouverture sanglante de la vulve au moyen des incisions vagino-périnéales profondes, dont il a donné ailleurs la technique (1). Nous ne ferons que signaler ces

(1) Dans un récent travail, M. Chaput préconise les incisions vagino-périnéales, pratiquées en dehors de l'accouchement, pour faciliter l'accès des organes pelviens, et semble revendiquer la paternité de cette méthode. Or, bien avant M. Chaput, Dührssen a employé et recommandé l'incision vagino-périnéale profonde (Scheidendammincision) comme temps préliminaire dans les opérations gynécologiques, telles que l'hystérectomie vaginale, lorsqu'on est gêné par l'étroitesse de la vulve ou du vagin. Je pourrais multiplier les citations ; il me suffira de renvoyer à la page 141 de la première édition du manuel de Dührssen, parue en mars 1891. (Gynækologisches Vademecum für Studirende.....).

dernières, dont la description ne rentre pas dans notre sujet.

Indications.—Les principaux cas auxquels s'appliqueraient les incisions profondes du col seraient, d'après l'auteur, les suivants :

1o Accès éclamptiques graves ;

2o Accouchement pénible et long chez les primipares âgées ;

3o Durée exagérée du travail, par suite de la rupture prématurée (et surtout artificielle) de la poche des eaux

L'éclampsie constituée, d'après l'auteur, la principale indication des incisions cervicales profondes. Il met en fait que, grâce à son procédé, on peut, chez une éclampsique grave, entreprendre l'évacuation de la matrice alors que le col est encore complètement fermé, au besoin même dans les dernières semaines de la grossesse. Et il faut reconnaître que son affirmation s'appuie sur des résultats remarquables, obtenus dans les circonstances indiquées. Au surplus, ces tentatives n'ont rien qui doive nous étonner, car nous voyons l'opération Césarienne érigée, à l'étranger, comme méthode de traitement de l'éclampsie (voir Répertoire de ce jour, Revue polonaise).

En ce qui concerne les primipares âgées, c'est un fait reconnu que, chez elles, la mortalité pour la mère et surtout pour l'enfant est beaucoup plus forte que chez les autres parturientes. Dührssen fait remarquer que cette mortalité est liée à la rigidité des parties molles, celles-ci opposant de grands obstacles à la terminaison soit spontanée, soit artificielle de l'accouchement. Or, si par le moyen d'incisions profondes on fait disparaître les résistances tenant au col et aux parties molles en général, l'extirpation devient facile.

De cette façon, la mortalité est ramenée à la normale ; tandis que si l'on abandonne l'accouchement aux seuls efforts de la nature, ou bien si l'on intervient sans le secours des incisions, il survient des accidents qui se traduisent par une mortalité considérable pour la mère et l'enfant, surtout pour l'enfant tout seul.

A l'appui de ces diverses propositions, Dührssen a publié d'importantes séries de cas traités par sa méthode, et dans les conditions que nous venons d'indiquer. Au Congrès de Berlin (1890), il a présenté plusieurs femmes chez lesquelles il avait pratiqué la série libératrice complète (col et périnée) et qui offraient les traces, à peine appréciables, de ces interventions multiples.

Deux cas surtout étaient à remarquer.

Dans le premier, il s'agissait d'une jeune primipare opérée pour des crises très graves d'éclampsie. Portion sus-vaginale dilatée, orifice cervical tout juste perméable au doigt. Six incisions sur le col, une incision vagino-périnéale. Application de forceps aisée ; suites normales pour la mère et l'enfant. A l'examen, on ne retrouve sur le col que les traces des deux incisions latérales, comme s'il s'était agi d'une rupture double et spontanée du second degré.

Le deuxième cas est celui d'une primipare âgée de 46 ans ; poche des eaux rompues depuis 12 heures ; travail arrêté, procidence du bras, utérus fortement retracts sur l'enfant. Trois incisions sur le col, une à la vulve. Version facile, suivie de l'extraction immédiate. L'enfant, venu en état de mort apparente peut être ranimé ; suites normales.

Ce n'est pas tout. Depuis cette époque, si l'on s'en rapporte aux divers écrits de l'auteur, on voit que ce dernier, se familiarisant de plus en plus avec l'emploi de son procédé, en a généralisé l'application bien au delà des indications qui précèdent. Il tend à en faire une sorte d'opération courante, destinée à faciliter et à brusquer l'accouchement, lorsque celui-ci menace de traîner en longueur.

C'est ainsi qu'il utilise le débridement cervical dans les cas de bassins plats ou de bassins généralement rétrécis, soit pour exécuter plus aisément le version, soit pour appliquer le forceps après avoir amené, par des pressions extérieures, l'engagement favorable de la tête.

De même, le procédé serait applicable chez les "primipares", quand on veut faire une application immédiate de forceps, sans attendre que le col ait acquis une dilatation suffisante, ou bien quand on veut faire suivre la version de l'extraction immédiate de l'enfant, alors que le col est encore incomplètement ouvert. Il va sans dire que dans ces cas le débridement du col doit être complété par celui du vagin et du périnée.

L'impression qui se dégage de ces documents, c'est qu'entre les mains de l'auteur, la dilatation sanglante n'est plus une opération de nécessité, mais un procédé de choix, dont l'emploi est surtout indiqué chez les primipares. Cette tendance pourra sembler excessive. Nous retiendrons toutefois une chose, c'est que les incisions cervicales profondes, du moment que l'auteur les conseille et les utilise avec une telle prodigalité, ne donnent pas lieu à des accidents graves. C'est dire qu'entre des mains habiles, elles constituent un moyen discutable sans doute, mais à peu près dénué de danger ; à ce point de vue, la technique de la méthode a bénéficié de l'excès même de sa généralisation.

Depuis que l'obstétrique est entrée dans une ère chirurgicale on voit renaître des opérations tentées autrefois sans succès et abandonnées à cause de leur mauvais renom. C'est ainsi que nous assistons actuellement au réveil de la symphyséotomie. La tentative de Dührssen marque une étape importante dans la réhabilitation des anciens procédés, devenus aujourd'hui viables grâce aux perfectionnements de la gynécologie moderne.

Conclusions.—Il est facile de voir, d'après ce qui précède, que l'auteur poursuit un but des plus élevés : la suppression artificielle et immédiate de tous les obstacles dus aux parties molles et situés au-dessous de l'in-

ersion du vagin. Cette conception, si elle venait à se réaliser aurait une importance considérable et aboutirait à une sorte de révolution dans la pratique des accouchements.

Pour le moment, Dührssen affirme qu'on peut, grâce à son procédé, obtenir les résultats suivants : substitution, à un accouchement long et périlleux, d'une extraction rapide et sans danger ; obtention de produits vivants dans les cas où jusqu'à présent on était réduit à laisser mourir l'enfant ou à le sacrifier par l'embryotomie ou même à faire courir à la mère les risques de la section césarienne. Cette dernière serait réservée pour les cas très rares où la portion sus-vaginale du col ne peut se dilater.

Telle est, dans ses lignes générales, la théorie de l'auteur. On peut, sans partager ses idées en ce qui concerne la généralisation de la méthode, souscrire aux indications très raisonnables qu'il a primitivement établies ; je veux parler de celles qui sont réalisées par l'éclampsie grave, par les atrésies cicatricielles invincibles et limitées à la portion vaginale du col, et peut-être aussi par l'extrême lenteur du travail chez les primipares âgées.

Dans ces conditions, d'ailleurs assez rares, j'estime que l'accoucheur est autorisé à recourir à un procédé qui, somme toute, a fait ses preuves au point de vue de l'innocuité et aussi des résultats obtenus. Personnellement, j'ai le regret de ne l'avoir pas employé dans un cas d'atrésie cicatricielle du col qui, traitée par l'expectation, a donné lieu à une déchirure mortelle de l'utérus.

En résumé, la méthode de Dührssen, basée sur des considérations anatomiques, sur l'expérimentation clinique et sur la constatation des résultats acquis, mérite de fixer l'attention et de figurer au nombre des ressources de l'obstétrique moderne.

N'ayant pas d'expérience personnelle en ce qui concerne l'ouverture sanglante du col pendant l'accouchement, je peux dire toutefois que cette méthode est susceptible de rendre les plus grands services dans le traitement actif de la fausse-couche.

Dans un cas récent, se trouvant en présence d'une fausse-couche au 5e mois et compliquée d'un début d'infection, le Dr Doléris n'a pas hésité à ouvrir dans toute sa longueur, au moyen de deux incisions, le col utérin resté fermé. L'évacuation complète de la matrice est devenue dès lors chose facile et un curetage immédiat, suivi d'irrigation, a permis de supprimer d'un seul coup tous les foyers morbides. Le col a été refermé de suite, par une suture continue, de sorte qu'on n'aperçoit même plus, aujourd'hui les traces de l'intervention.

Dans ce cas, attendre la dilatation spontanée eût été une faute. Le

devoir du médecin était d'intervenir sans retard et d'une manière complète, en raison de l'imminence des accidents infectieux. Les suites, extrêmement favorables, de l'opération, ont fourni une preuve éclatante de l'efficacité des moyens mis en œuvre.

II

OBSTRUCTION INTESTINALE PAR PERITONITE PLASTIQUE

M. Nélaton a communiqué à la Société de chirurgie un cas d'occlusion du rectum qui avait pour cause une rétro-déviatio. Un demi-cercle induré entourait et comprimait la troisième portion de cet intestin. Nous insisterons sur le fait clinique aussi bien que sur l'intervention adoptée.

M. Nélaton a trouvé à l'occasion de pratiquer une opération simple dans une circonstance où le danger, plus apparent que réel, semblait la justifier. Il s'est borné à séparer l'utérus du rectum, c'est-à-dire à inciser le cul-de-sac de Douglas le long de la face postérieure de l'utérus. Le cul-de-sac lui-même était occupé par des adhérences qui unissaient le rectum à l'utérus rétroversé.

Deux points sont intéressants dans cette observation, dont nous n'avons pas malheureusement le compte-rendu in-extenso.

Le premier, qui semble être resté vague aussi bien pour le chirurgien que pour ceux qui ont pris part à la discussion, c'est que dans cette masse épaisse et dure en forme de croissant, qui comprimait le rectum deux éléments existaient sans doute : — d'abord les adhérences péritonéales entre l'utérus et la paroi pelvienne postérieure, fait banal, commun à toutes les pelvi-péritonites, et amenant rarement des troubles vraiment sérieux dans le fonctionnement de l'intestin, — et, d'autre part, l'inflammation du ligament utéro-sacré, dont la portion moyenne, transversale, est appliquée en arrière de l'utérus et dont les deux portions latérales remontent obliquement le long des parois du rectum en se fusionnant en partie avec les faisceaux les plus superficiels de cet intestin.

La paramétrite postérieure, qui est, à proprement parler, l'inflammation de ce ligament, reste limitée aux faisceaux musculaires qui la constituent. La phlegmésie se diffuse par l'épaisseur même du ligament de Douglas, très vasculaire, comme on sait. Il en résulte l'existence d'une masse indurée, épaisse, unissant directement l'utérus au rectum, comme dans certains cancers du col, comme aussi dans certaines apoplexies ou hémorragies interstitielles amenées par des ruptures du ligament d'origine traumatique.

(1) Cette méthode a donné les meilleurs résultats au Dr Doléris, ainsi qu'à moi-même.

Dans tous les cas, la masse inflammatoire a bien la forme en fer à cheval indiquée par M. Nélaton, forme qui n'est autre que celle du ligament utéro-sacré. Quand on incise le cul-de-sac postérieur, on est frappé de sa consistance et de son épaisseur.

Cette donnée, pour singulière qu'elle paraisse, n'en est pas moins fort bien connue des gynécologues. L. Tait a écrit particulièrement sur la paramétrite postérieure et sur les accidents d'obstruction qu'elle est capable de produire.

C'est même un contraste intéressant que cette occlusion intestinale soit plus fréquemment le fait de la paramétrite postérieure que de ces vastes salpingo-ovarites, qui emplissent tout le petit bassin. Quant à la rétro-déviatlon, elle est également de nature à troubler le fonctionnement de l'intestin, mais les occlusions véritables avec tympanisme doivent être, de ce chef, une exception dans la rareté. Il n'est pas impossible même que, quand cet accident se présente, la rétroversion ne soit, comme dans le fait de M. Nélaton, momentanément compliquée de paramétrite.

Le second point, c'est que M. Nélaton a trouvé, pour dégager de ses adhérences l'utérus rétroversé un procédé fort simple, si simple même qu'on n'a pas songé à le faire ressortir.

Voici un fait de rétro-déviatlon. L'utérus résiste à la réduction instrumentale. Le soulèvement de la paroi rectale, pendant les tentatives de réduction, montre l'intime adhérence de la matrice et du rectum. A chaque instant, un gynécologue est arrêté par un obstacle de ce genre, qui rend le redressement impuissant et le pessaire inefficace.

L'incision du cul-de-sac de Douglas qui n'offre point de danger, devient un moyen de faire disparaître cet obstacle. Nous pensons, avec M. Doléris, que cette pratique de l'ouverture du cul-de-sac postérieur a des indications plus fréquentes qu'on ne lui en accorde généralement. On y reviendra sans doute et on le généralisera ; elle peut suffire à bien des interventions. Cette cause, plaidée ici même, de la simplicité et des avantages (1) que présente, dans certains cas, cette manière de faire va trouver tout à l'heure un défenseur bien inattendu, comme on verra dans le paragraphe suivant.

On ne peut donc qu'approuver la conduite de M. Nélaton pour ce qui est du résultat obtenu.

Maintenant, y avait-il une indication bien pressante d'opérer ? Dans une circonstance récente (2), nous avons vu, à la suite d'une paramétrite

(1) "L'Autre voie," Doléris. "Nouvelles Ach.," mai 1891.

(2) La malade avait reçu, à deux reprises, une injection utérine ; l'al-

guille avait sans doute pénétré dans la paroi postérieure, immédiatement au-dessous de la réflexion péritonéale de Douglass ; de sorte que les tissus du paramétrium, dissociés par le liquide de l'injection et le sang, formaient une barre transversale épaisse, indurée, ligneuse, qui comprimait étroitement l'intestin à une assez grande hauteur. Ni les sondes métalliques ni les tubes de caoutchouc ne parvenaient à franchir l'obstacle. Seuls les purgatifs amenaient parfois des débâcles sans mettre fin à l'occlusion.

due elle-même à une tentative d'avortement criminel, chez une malade du Dr Doléris, le tympanisme persista à un degré extrême pendant plus d'un mois. La malade recevait des soins du Dr Marx et l'opération paraissait tous les jours devenir de plus en plus inévitable. Il n'en fut rien et, peu à peu, sous l'influence d'un traitement sur lequel nous ne voulons pas insister, les choses rentrèrent en l'état.

Ce n'est pas à dire que, dans ce cas même, l'incision du cul-de-sac n'eût pu être capable de brusquer la terminaison heureuse. Ces faits sont à retenir, du moment que nous avons la preuve de la possibilité de libérer l'intestin comprimé, chaque fois que la compression tiendra à un exsudat inflammatoire ou autre dans le cul-de-sac postérieur.

III

HYSTERECTOMIE... SANS HYSTERECTOMIE

Le procédé de Péan-Segond entre dans une phase nouvelle. Ce n'est pas nous qui nous en plairons.

M. Segond a déclaré bel et bien qu'il tenait à la priorité dans son rôle de vulgarisateur de la méthode (1). Nous ne voulons point déplaire, et nous continuerons à respecter cette association en gardant au procédé les noms réunis de Péan et de son imitateur.

La communication de M. Nélaton a amené M. Segond à faire connaître un cas nouveau d'hystérectomie pour inflammation des annexes (ce qui est sa pratique habituelle), et pour un fibrome coexistant. Enfin, voilà un cas d'hystérectomie que les adversaires de l'opération n'auront pas à reprocher à M. Segond....

Par malheur il s'est trouvé que le fibrome était une grossesse extra-utérine de la trompe droite. L'histoire clinique est passablement embrouillée : il n'y a donc pas trop matière à critique.

Le point vraiment nouveau, c'est que, rappelant que le "grand argument contre l'hystérectomie vaginale est que cette opération, une fois

(1) Séance de la Soc. de Chirurgie, 16 décembre 1891.

commencée, doit être fatalement conduite jusqu'au bout," M. Segond proteste de la possibilité de s'arrêter en chemin.

Il cite trois cas :

Dans le premier, il commence par ouvrir le cul-de-sac postérieur afin de se diriger directement vers un fibrome diagnostiqué à tort.

Reconnaissant un kyste de l'ovaire, il le vide, l'enlève et laisse en place utérus et annexes.

Dans le second cas, au lieu d'une suppuration pelvienne diagnostiquée à tort, il trouve des caillots sanguins, vide, lave, et draine la poche sans enlever l'utérus ni les annexes.

Dans le troisième, autre erreur de diagnostic. Le cul-des-sac postérieur ouvert permet d'enlever les deux ovaires affectés de néoplasme maligne.

Ce serait ici le cas de paraphraser le mot célèbre "qui veut-on tromper"? ou plutôt "de qui se moque-t-on"? Comment M. Segond n'a-t-il pas réfléchi à l'étrangeté de sa révélation?

Sa conduite, dans les 3 cas précédents, est celle de tous les hommes judicieux, qui pensent qu'il y a toujours intérêt à procéder du simple au composé. On ne pourrait pas le féliciter de la conduite réservée qu'il a tenue dans les trois cas qu'il cite.

Quand à nous, nous pensons qu'il a perdu au moins une bonne occasion de pratiquer très légitimement l'ablation de l'utérus, dans le cas d'épithélioma double de l'ovaire.

Nous n'y eussions pas manqué pour notre compte et certes jamais hystérectomie n'eût été mieux indiquée.

Mais à part ça, où l'auteur voit-il l'hystérectomie dans son affaire et quel rapport y a-t-il entre le morcellement utérin de Péan et l'ouverture du cul-de-sac postérieur? Où qu'on lise le procédé du morcellement de Péan, (Secheyron, Pozzi, communications de Péan lui-même), nulle part il n'est dit que le premier temps de l'opération consiste dans l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Partout, au contraire, on indique la succession des temps suivants : 1o. incision circulaire du col ; 2o. dégagement simultané des deux faces (antérieure et postérieure) du col ; de Péan commence par l'antérieure. Il a signalé, du moins dans ses premières opérations, la nécessité et l'avantage de respecter les culs-de-sac péritonéaux ; 3o. temps, exécuté toujours par M. Péan quand le col n'est le siège d'aucun néoplasme, section bilatérale du col, etc., etc.

MM. Pozzi et Routier n'ont pas manqué de relever la contradiction.

Nous n'insistons pas, d'autant que, dans sa communication, n'ayant fait connaître aucune modification particulière au procédé de Péan autre

que celle qui consiste dans la posture différente de la femme, M. Segond s'en tient, comme il le dit, à la technique de l'inventeur de la méthode.

Bien plus, M. Segond (p. 25 de sa brochure) dit : "Le décollement doit être poursuivi prudemment contre le tissu utérin. On évitera de la sorte la blessure de la vessie ou du rectum, et, suivant le cas, on ouvrira soit le cul-de-sac péritonéal, soit une collection purulente. "Il se peut aussi que le décollement se poursuive jusqu'au bout, sans qu'on ouvre ni le péritoine, ni la moindre collection...."

La vérité est là tout entière et pour qui, comme nous, a vu pratiquer par MM. Péan et Segond une dizaine de ces opérations, il n'est point douteux que l'ouverture du cul-de-sac postérieur n'a jamais été pour l'opérateur l'objectif premier et immédiat.

Dans sa dernière communication, M. Segond a fait ce qu'on appelle franchement un changement de front. Nous ne pouvons que l'en féliciter à nouveau d'une façon générale.

Mais, pour les trois cas particuliers cités, on ne trouvera peut-être pas surprenant que nous réservions notre appréciation.

Car si l'ablation de l'utérus, pratiquée pour de simples catarrhes de la trompe, a bénéficié naguère d'une argumentation si énergique, comment expliquer que l'on s'arrête maintenant après avoir évacué des caillots, enlevé des ovaires dégénérés, vidé et enlevé un kyste ovarique, sans s'être préoccupé de reconnaître sûrement l'intégrité de ceux des organes, ovaires, trompes ou utérus, suivant les cas, qu'on a laissés dans le ventre? dicrete : 104 pulsations à la minute.

Quelle garantie pour la malade? Quelle certitude pour le chirurgien, dans cette manière de faire? Pour en finir, disons qu'apparemment, on joue sur les mots, quand on cite de pareils exemples d'hystérectomie.

L'hystérectomie sans ablation de l'utérus alors! Celle-là, nous en sommes persuadés, trouvera beaucoup d'adeptes....., surtout parmi les malades.

IV

SALPINGO-OVARITE DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

M. Blanc, de Lyon, a présenté à la Société obstétricale et gynécologique de Paris un assez long mémoire sur ce sujet. L'auteur a procédé à l'arrangement de la question plutôt qu'il n'y a introduits d'éléments personnels.

C'est toujours une bonne idée que de présenter avec méthode des

sujets, encore obscurs, surtout lorsque nos traités sont absolument muets à leur égard. Si le même reproche ne peut être adressé aux livres étrangers, c'est apparemment que ce n'est guère qu'en France où l'on voit les questions de gynécologie proprement dites, séparées de l'enseignement et de l'étude de l'obstétrique.

Dans le sujet traité par M. Blanc, nous ne trouvons malheureusement qu'un recueil d'observations intéressantes ; le chapitre pathologique reste tout entier à présenter.

Deux points sont cependant indiqués : l'influence de la pelvipéritonite au point de vue de l'avortement et la possibilité d'infection post-puerpérale éclatant du fait d'une lésion péri-utérine préexistante.

Mmes Lachapelle et Boivin, qui savaient l'obstétrique et la gynécologie, ont indiqué, d'une façon très précise que beaucoup de femmes avortaient parce qu'avant de devenir enceintes, elles avaient une trompe, un ovaire malades. Un mémoire de Mme Boivin porte pour titre : "Recherches sur une des causes les plus fréquentes et les moins connues de l'avortement." Paris, 1828. — Ce titre est la formule même qui résume un fait des cas de cet ordre.

Les mémoires parus depuis une dizaine d'années n'ont fait que rajouter cette constatation pleinement justifiée.

Toutes les femmes qui ont des lésions des annexes n'avortent point cependant. Quelques-unes et même beaucoup conduisent leur grossesse près du terme, sinon tout à fait à terme.

Ces grossesses sont marquées par des phénomènes divers, douleurs, fièvre, mauvais état général, etc., en rapport avec la nature même et le degré des lésions.

Veit, Léopold, etc., ont cité des cas où des femmes ayant dépassé le sixième mois ont brusquement succombé à la péritonite suppurée causée par l'ouverture d'une trompe malade. Ces faits sont exceptionnels. Budin et son élève Chaignaux ont, il y a quelques années, fait remarquer que l'ovaire est parfois douloureux chez les femmes enceintes. Ce fait est hors de discussion ; la cause seule de la douleur est à expliquer. Il est fort probable que quelques-unes des observations rapportées ont trait à des cas de lésions très anciennes des annexes, lésions devenues par conséquent très discrètes, en tout cas fort atténuées par suite de l'action favorable de la gravidité.

Ce n'est pas l'aperçu le moins intéressant que celui-là.

Donc, certaines femmes auraient leur grossesse arrêtée brusquement, d'autres enfin pourraient succomber si une aggravation subite survient ;

et, par contre, quelques-unes pourraient bénéficier de la grossesse et n'éprouver que de la douleur, toujours du fait de la maladie des annexes.

Voilà, ce nous semble, un cadre qui eût bien convenu au travail de M. Blanc, surtout s'il l'avait rempli en se basant sur des considérations d'ordre vraiment scientifique, plutôt que sur de simples énoncés de faits. L'anatomie pathologique est un élément de premier ordre à cet égard. Il nous paraît probable que la forme cicatricielle ou atrophique de la salpingo-ovarite est de nature à offrir beaucoup moins de dangers que la forme kystique ; le pus dans l'ovaire ou dans la trompe, associé à des microbes très virulents, sera d'un voisinage autrement dangereux que quelques adhérences.

Enfin, il n'est pas dit que quelques-unes de ces salpingo-ovarites de la grossesse ne soient des récidives provoquées par un état pathologique grave du col utérin.

Après l'accouchement, la salpingo-ovarite qui est restée muette durant la grossesse, peut provoquer insidieusement les accidents du puerpérisme infectieux. C'est le second point qu'il eût fallu traiter avec grand soin, ce que M. Blanc n'a fait que très superficiellement.

Ces infections qui frappent les femmes accouchées, d'une manière aussi inattendue pour la patiente que pour le médecin, qui semblent de la sorte déjouer les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, sont bien ce que comporte de plus décevant l'art de l'accoucheur.

Assurément, il serait dangereux de trop y insister. Ce serait favoriser sans doute le relâchement des mesures de propreté entrées fort heureusement aujourd'hui dans la pratique, mais il est essentiel de connaître ces formes de la septicémie puerpérale. Ce sont les seules manifestations incontestables de l'auto-infection.

Ce terme, que beaucoup d'auteurs appliquent sans grande raison aux cas pour lesquels la contamination extérieure ne semble pas nettement établie, trouve ici sa pleine justification. M. Doléris a rangé ces faits sous un vocable expressif : "l'infection puerpérale inévitable." Nous retrouvons ce terme employé par lui avec la signification qui précède, dans une discussion de la Société obstétricale.

Les observations rapportées par M. Blanc, à l'effet d'en démontrer la réalité, sont nombreuses et intéressantes ; mais, nous le répétons, le sujet est tout entier à traiter.

Nous espérons que ce n'est là qu'un ébauche qui sera bientôt suivie d'un travail plus complet pour lequel les documents français et tout à fait modernes ne lui manqueront pas, pour peu qu'il veuille se donner la peine de les rechercher.