

[Archives de tocologie des
maladies des femmes et des
enfants nouveau-nés]

| . [Archives de tocologie des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés]. 1885.

1/ Les contenus accessibles sur le site Gallica sont pour la plupart des reproductions numériques d'oeuvres tombées dans le domaine public provenant des collections de la BnF. Leur réutilisation s'inscrit dans le cadre de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 :

- La réutilisation non commerciale de ces contenus ou dans le cadre d'une publication académique ou scientifique est libre et gratuite dans le respect de la législation en vigueur et notamment du maintien de la mention de source des contenus telle que précisée ci-après : « Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France » ou « Source gallica.bnf.fr / BnF ».

- La réutilisation commerciale de ces contenus est payante et fait l'objet d'une licence. Est entendue par réutilisation commerciale la revente de contenus sous forme de produits élaborés ou de fourniture de service ou toute autre réutilisation des contenus générant directement des revenus : publication vendue (à l'exception des ouvrages académiques ou scientifiques), une exposition, une production audiovisuelle, un service ou un produit payant, un support à vocation promotionnelle etc.

[CLIQUER ICI POUR ACCÉDER AUX TARIFS ET À LA LICENCE](#)

2/ Les contenus de Gallica sont la propriété de la BnF au sens de l'article L.2112-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

3/ Quelques contenus sont soumis à un régime de réutilisation particulier. Il s'agit :

- des reproductions de documents protégés par un droit d'auteur appartenant à un tiers. Ces documents ne peuvent être réutilisés, sauf dans le cadre de la copie privée, sans l'autorisation préalable du titulaire des droits.

- des reproductions de documents conservés dans les bibliothèques ou autres institutions partenaires. Ceux-ci sont signalés par la mention Source gallica.BnF.fr / Bibliothèque municipale de ... (ou autre partenaire). L'utilisateur est invité à s'informer auprès de ces bibliothèques de leurs conditions de réutilisation.

4/ Gallica constitue une base de données, dont la BnF est le producteur, protégée au sens des articles L341-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

5/ Les présentes conditions d'utilisation des contenus de Gallica sont régies par la loi française. En cas de réutilisation prévue dans un autre pays, il appartient à chaque utilisateur de vérifier la conformité de son projet avec le droit de ce pays.

6/ L'utilisateur s'engage à respecter les présentes conditions d'utilisation ainsi que la législation en vigueur, notamment en matière de propriété intellectuelle. En cas de non respect de ces dispositions, il est notamment passible d'une amende prévue par la loi du 17 juillet 1978.

7/ Pour obtenir un document de Gallica en haute définition, contacter utilisation.commerciale@bnf.fr.

après l'inoculation de la culture virulente, en d'autres termes, les fœtus ne sont pas suffisamment vaccinés par la mère.

Ces recherches sont un contrôle et une confirmation des résultats obtenus déjà par MM. Strauss, Chamberland, Chambrelant et Moussous, dans des mémoires dont les *Archives de tocologie* ont rendu compte et dont quelques-uns ont été publiés in-extenso.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juillet 1885.

I. — Des soins à donner aux enfants nés avant terme,

Par M. TARNIER.

Messieurs, tout le monde sait que les enfants nés avant terme meurent en grand nombre, et que pour avoir quelque chance de les faire vivre, on doit les entourer de soins particuliers, en tête desquels il faut placer une température relativement élevée et une bonne réglementation de l'alimentation. A ces soins, qui ont été très bien décrits dans un excellent mémoire publié sur ce sujet par notre collègue M. Guéniot, j'ai ajouté deux nouveaux moyens : l'emploi d'une *couveuse* et le *gavage*, qui ont été l'un et l'autre mis à profit pour les deux enfants que je présente aujourd'hui à l'Académie.

La couveuse, dont l'emploi remonte à plusieurs années, a fait ses preuves, et elle est assez connue pour que je sois dispensé de la décrire. Les enfants que j'y place y sont maintenus à une température que j'ai fait varier, suivant les sujets, de 30 à 37 degrés centigrades, et qui est d'autant plus haute que l'enfant est plus faible. Je ne suis pas encore en mesure de préciser quelle est la meilleure température ; cependant je dois dire que je porte habituellement la température à 32 degrés. — Les enfants mis dans la couveuse y restent un temps variable, depuis quelques jours seulement jusqu'à six semaines. On les en retire momentanément chaque fois qu'on veut leur donner des soins de propreté ou les allaiter. Ces soins hors de la couveuse m'avaient, au début, fait craindre des refroidissements nuisibles pour les enfants, mais je n'ai jamais rien observé de semblable.

A l'emploi de la couveuse, j'ai ajouté le gavage. Après quelques tentatives que j'avais d'abord faites de loin en loin, le gavage a été régulièrement mis en usage à la Maternité de Paris, depuis le mois d'oc-

tobre de l'année dernière, et j'en ai déjà fait bénéficier un assez grand nombre d'enfants nés avant terme.

Pour pratiquer ce gavage, je me sers d'un appareil qui est un diminutif de celui que le docteur Faucher emploie pour les adultes. L'appareil de gavage pour les enfants se compose tout simplement d'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge (n° 15 de la filière de Charrière). Au bout de cette sonde on ajuste une cupule en verre qu'on trouve chez tous les fabricants d'instruments de chirurgie et chez tous les herboristes, où elle est vendue comme *bout de sein artificiel* sous le nom de mon excellent ami le docteur Bailly. — Avec ce petit appareil, que chacun peut improviser, rien n'est plus aisé que de gaver un enfant. Celui-ci étant placé sur les genoux de la personne qui va procéder au gavage, la tête légèrement soulevée, la sonde est mouillée, puis introduite jusqu'à la base de la langue, et l'enfant par des mouvements instinctifs de déglutition la fait pénétrer jusqu'à l'entrée de l'œsophage; on pousse alors doucement la sonde pour lui faire parcourir toute la longueur de l'œsophage, où elle chemine très facilement. Après un trajet de 15 centimètres environ, y compris la bouche et l'œsophage, l'extrémité de cette sonde arrive dans l'estomac; on verse alors le liquide alimentaire dans la cupule et bientôt celui-ci, par sa pesanteur, pénètre dans l'estomac et la cupule se vide ainsi que la sonde qui lui fait suite. Après quelques instants on retire la sonde, mais il faut le faire par un mouvement rapide car, si l'on procédait lentement, le liquide alimentaire suivrait la sonde et serait rejeté par régurgitation.

Quel aliment doit-on choisir pour le gavage des enfants? J'ai essayé le lait d'ânesse pur ou coupé soit avec de l'eau sucrée, soit avec du bouillon de viande de boucherie; j'ai obtenu ainsi quelque succès, mais je crois, cela ne vous étonnera pas, que le lait de femme est encore préférable, et la nourrice en pressant son sein peut faire couler directement son lait dans la cupule de verre.

Combien de fois faut-il gaver l'enfant en vingt-quatre heures? Quelle quantité de lait faut-il faire pénétrer dans l'estomac à chaque gavage? Malheureusement il m'est impossible de répondre à ces questions d'une façon précise, car le nombre et la quantité de lait ingéré doivent varier avec l'âge et les forces de l'enfant, aussi bien au début que pendant le cours de l'allaitement par le gavage. Je dirai dans quelques instants comment ces questions ont été cliniquement résolues pour les deux enfants que vous avez sous les yeux. Mais si j'avais à établir une règle

générale, je la formulerais ainsi : Les repas seront d'autant plus nombreux et la quantité de lait ingéré à chaque gavage sera d'autant plus petite que l'enfant sera plus jeune et plus faible. — Huit grammes de lait suffisent pour un gavage lorsque l'enfant est très petit et qu'il est né loin du terme de la grossesse (1).

Avec des gavages trop copieux, il se produit un phénomène très curieux : l'enfant augmente rapidement de volume et de poids, mais cette augmentation est due à un œdème considérable de tout le corps de l'enfant. Comme cet œdème disparaît rapidement avec une alimentation plus modérée, je crois qu'on peut l'expliquer par une *hypernutrition*. Mais si, au lieu de diminuer la quantité du liquide alimentaire, on la maintenait, et surtout si on l'augmentait, on ne tarderait pas à observer des indigestions, et les enfants succomberaient avec de la gastrite et de l'entérite. Là est le danger le plus grand. Pour réussir, il faut que le lait soit ingéré en petite quantité à chaque repas, sauf à multiplier les repas.

L'enfant que j'ai l'honneur de vous présenter est une jumelle née le 8 juin dernier. Elle est restée dans la couveuse du 8 juin au 20 juillet, c'est-à-dire pendant six semaines.

Voici comment son alimentation a été conduite : du 8 au 12 juin, elle a été gavée toutes les heures avec 8 grammes de lait de femme par gavage. — Du 12 juin au 5 juillet, elle a été gavée toutes les trois heures avec 16 grammes de lait de femme par gavage. Dans l'intervalle de deux gavages, la nourrice lui faisait couler du lait dans la bouche ; mais on sait combien il est difficile d'apprécier la quantité de lait ingéré dans ces conditions, car les enfants avalent mal et crachent une partie du lait qu'on leur fait couler dans la bouche. Il en est à peu près de même quand on veut faire ingérer le lait au moyen d'une petite cuiller. A partir du 5 juillet, l'enfant a tété et n'a plus été gavé.

Le poids initial de cet enfant était de 1020 grammes, mais il diminua jusqu'au 29 juin, où il n'était que de 850 grammes ; à partir de ce moment, il remonta progressivement, et l'enfant pèse aujourd'hui

(1) Avec l'appareil que j'ai décrit plus haut, quand on pince la sonde entre deux doigts, afin d'empêcher l'écoulement du lait, et qu'on fait tomber ce liquide dans la cupule, celle-ci contient environ 8 grammes de lait lorsqu'elle est remplie jusqu'au point où elle s'évase brusquement.

955 grammes. Ces différents poids sont indiqués jour par jour sur le tracé graphique que je mets sous vos yeux.

Vous me demanderez de combien la mère de cette jumelle était enceinte quand elle est accouchée ? A ce sujet, je ne sais rien de précis, et ne puis rien affirmer, car les questions de ce genre sont toujours très difficiles à résoudre, et, quelle que soit la solution adoptée, on peut toujours y opposer quelque doute. Tout ce que je peux dire, c'est que la femme a répété à plusieurs reprises qu'elle était à peine enceinte de six mois. Mais c'est là une simple assertion. Toujours est-il que l'enfant ne pesait que 1020 grammes, que sa peau était rouge, à moitié transparente, que ses tissus avaient une consistance gélatineuse. Tous ces caractères concordent et me font penser que cette enfant avait environ six mois quand elle est née. Mais, je le répète, sur ce point je ne peux rien affirmer de précis.

L'autre jumelle de cette femme a été placée dans la couveuse, où elle est restée jusqu'à sa mort. Elle a été nourrie exactement comme sa sœur, dont je viens de tracer l'histoire. A sa naissance, le 8 juin, elle pesait 1105 grammes, c'est-à-dire 85 grammes de plus que sa sœur ; puis son poids est tombé à 1015 grammes, et cette jumelle a succombé le 3 juillet, après avoir vécu vingt-cinq jours. A son autopsie, on n'a trouvé aucune lésion appréciable. Il m'est impossible de dire pourquoi cette jumelle a succombé, tandis que l'autre, la plus petite, a survécu.

Le second enfant que je vous présente est né à Paris, en ville, chez ses parents, qui l'ont gardé pendant trois jours en lui faisant boire un peu d'eau sucrée. Au bout de ce temps, le médecin de la famille ayant déclaré que cet enfant ne s'élèverait pas si on ne le plaçait pas dans une couveuse, il fut apporté à la Maternité, où il entra le 23 mai de cette année. Il fut placé dans la couveuse, où il resta jusqu'au 5 juillet, c'est-à-dire pendant quarante-deux jours.

Du 23 mai au 12 juin, il fit un repas toutes les heures : à toutes les heures impaires, il était gavé avec 8 grammes de lait de femme ; à toutes les heures paires, une nourrice lui faisait couler du lait dans la bouche. A partir du 12 juin, il commença à téter, mais pendant deux jours encore on continua à le gaver quatre fois par vingt-quatre heures. Je dois dire pourquoi le gavage a été continué, alors que l'enfant pouvait téter : c'est que la succion du mamelon fatigue certains enfants, et que les tétées seraient bientôt insuffisantes ; que ces enfants finiraient par s'engourdir et mourir de faim, si on n'avait pas la précaution d'entretenir et de

raviver leurs forces au moyen du gavage pratiqué de temps en temps.— A partir du 14 juin, l'enfant dont il est question ici a pu téter d'une manière satisfaisante, sans avoir besoin d'être gavé.

Au moment de son entrée à la Maternité, trois jours après sa naissance, cet enfant pesait 1100 grammes. Son poids descendit à 1000 grammes, puis il remonta progressivement ; il est aujourd'hui de 1500 grammes.

Les parents de cet enfant affirment qu'au moment de sa naissance il ne pouvait pas avoir plus de six mois et une semaine de vie intra-utérine. Le poids de l'enfant et son apparence me font penser que cette appréciation est probablement exacte.

Je suis convaincu que les deux enfants que vous voyez doivent la vie à la *couveuse* et au *gavage*, et je pense qu'avec ces deux moyens on parviendra à sauver bon nombre d'enfants, qui, sans eux, auraient succombé. Mais au bout de combien de temps de vie intra-utérine un enfant né avant terme peut-il avoir quelques chances d'être élevé ? La loi française admet qu'un fœtus est viable à partir de la fin du sixième mois de la vie intra-utérine (180 jours). Les accoucheurs au contraire professaient il y a peu de temps encore, je pourrais même dire hier, que si les fœtus de six mois sont légalement viables, il est à peu près impossible, en pratique, d'élever les enfants qui naissent dans le cours du septième mois. Aujourd'hui, grâce à la *couveuse* et au *gavage*, le terme de la viabilité admise par les accoucheurs sera plus bas qu'autrefois, car j'ai pu faire vivre quelques enfants qui n'avaient très vraisemblablement que six mois et quelques jours de vie intra-utérine. Pourra-t-on, à l'aide de ces moyens, élever des enfants n'ayant que six mois de vie intra-utérine (180 jours), ainsi que l'admet la loi française ? Je suis disposé à le croire. Pourra-t-on même dans quelques cas exceptionnels, réussir à élever des enfants nés avant le cent quatre-vingtième jour ? Je ne veux pas désespérer d'y arriver.

M. BLOT : Je suis heureux de constater que M. Tarnier paraît se ranger à l'opinion qu'il avait jadis combattue contre un grand nombre de nous, à savoir que la précision, lorsqu'il s'agit de fixer pour les enfants un mode d'administration du lait ou du mélange de lait nécessaire à leur alimentation, n'est pas plus possible que lorsqu'il s'agit d'établir l'âge exact de la vie utérine d'un nouveau-né.

Je rappellerai, à ce dernier point de vue, que le poids de l'enfant ne saurait fournir un moyen suffisant pour fixer cet âge. C'est ainsi que j'ai

rapporté le cas d'un enfant incontestablement né à terme, qui ne pesait que 1300 grammes; et ce faible poids résultait de ce que l'utérus, d'ailleurs bien développé, était parsemé de foyers hémorragiques qui diminuaient son volume d'autant.

Quant à la couveuse, qui donne incontestablement de bons résultats, je lui reprocherai de n'être applicable qu'à l'hôpital, et de ne pouvoir jamais passer dans la pratique.

M. TARNIER : Je vous demande pardon, elle y est passée, et pas par mes mains.

M. BLOT : Il y a d'ailleurs quelque chose de bien plus simple que la couveuse, que l'on rencontre partout et qui remplit le même but, c'est l'ouate dont on entoure l'enfant.

De même pour le gavage, vous pourrez peut-être le faire à l'hôpital, mais je doute fort qu'il soit applicable en ville.

M. FÉRÉOL : J'ai donné mes soins, il y a cinq ans et demi, à un enfant qui n'avait incontestablement pas plus de six mois et demi; il avait cet aspect gélatineux, rouge, les membres grêles que nous montrait tout à l'heure M. Tarnier. Il a été entouré d'ouate et d'eau chaude et surtout il a été merveilleusement soigné par ses deux grand'mères qui, se relayant tour à tour, lui donnaient d'heure en heure une cuillerée à café de lait de nourrice.

M. TARNIER : Je n'ai jamais eu l'intention de prétendre que l'on n'ait point obtenu de brillants résultats avant la couveuse et le gavage; j'ai seulement voulu dire que les succès étaient alors extrêmement rares, tandis qu'aujourd'hui, en ajoutant aux soins d'autrefois les moyens que je viens d'indiquer, on réussira mieux et beaucoup plus souvent.

M. Blot a tenu à rappeler que j'ai déclaré autrefois qu'il fallait déterminer avec précision le mode d'alimentation des enfants nouveau-nés; mais il me croit revenu aujourd'hui à une autre opinion et je penserais que les règles de cette alimentation doivent rester indéfinies; mais il est dans l'erreur. La vérité est que j'ai fait, il y a longtemps, appel à la Commission d'hygiène de l'enfance, à l'Académie, au corps médical entier pour que chacun s'efforce de trouver les règles précises auxquelles l'alimentation artificielle des enfants devait être soumise. Je croupis dans l'ignorance à ce sujet...

M. BLOT. — Nous y croupons tous, et il en sera toujours ainsi.

M. TARNIER. — Je cherche encore le meilleur mode de coupage du lait et, puisque l'Académie n'a pas voulu se charger de cette recher-

che, j'espère arriver un jour à déblayer le terrain sur cette question difficile.

Quant à l'emploi du coton, n'en déplaise à M. Blot, je ne crois pas que jamais il puisse remplacer la couveuse. Mettez-en une montagne, si vous voulez, autour de l'enfant; celui-ci n'en respirera pas moins l'air extérieur; tandis que dans la couveuse, l'air pénétrant dans ses poumons aura une température chaude et bienfaisante.

Voici d'ailleurs une preuve de l'efficacité de la couveuse: Tous les accoucheurs ont vu bon nombre d'enfants pris de sclérème mourir promptement, malgré tous les soins prodigués; M. Depaul (1) a dit que sur vingt enfants pris du sclérème il en mourait seize. Or il suffit de placer ces enfants dans la couveuse pour qu'en vingt-quatre heures la résurrection soit complète; j'ai été un grand nombre de fois témoin de ce fait à la Maternité. Obtenez, si vous le pouvez, de tels résultats avec du coton.

M. BLOT. — Certainement avec du coton et le massage.

M. LE PRÉSIDENT. — M. Tarnier a vu avec quelle attention l'Académie a écouté sa communication; c'est qu'en effet, indépendamment de son intérêt scientifique, elle a le mérite de l'opportunité; à un moment où l'accroissement de la population subit, en France, un ralentissement inquiétant, il n'est pas indifférent d'apprendre de la bouche de M. Tarnier que, grâce à l'emploi de sa couveuse et du mode d'alimentation qu'il appelle le gavage, on peut sauver sept ou huit fois plus d'enfants nés avant terme qu'on ne le faisait avant; quand on est pauvre, il n'y a pas de petites économies.

II. — Note sur l'amputation totale de l'utérus, dans le cas de cancer de cet organe, par M. TRÉLAT.

L'extirpation totale de l'utérus comme moyen curatif du cancer est, on le sait, une opération ancienne. Sans compter des tentatives plus ou moins incomplètes et irrégulières, elle fut exécutée avec succès par Sauter, de Constance, en 1822 et surtout par Récamier en 1829. L'un et l'autre adoptèrent la voie vaginale et le procédé de Récamier est resté le type de l'opération qu'on pratique aujourd'hui par cette même voie.

Quoique heureuses dans leurs premiers effets, ces tentatives restèrent sans imitateurs, et près de cinquante années passèrent pour ainsi dire sans que la question fût reprise. Pourquoi ce long silence, cette éclipse

(1) Depaul. *Dictionnaire encyclopédique*, art. *Nouveau-né*, p. 675 à 690.

prolongée ? Sans entrer dans le détail, on peut dire que l'état des doctrines, la gravité de mieux en mieux connue des complications opératoires, la complète impuissance de la thérapeutique chirurgicale à les combattre, expliquent suffisamment cette réserve, qui n'était alors qu'une prudence de bon aloi.

Il fallait une révolution thérapeutique pour ramener les esprits vers cette question. Les succès de la chirurgie abdominale d'une part, et la puissance des méthodes antiseptiques de l'autre allaient opérer cette transformation.

En 1878, Freund fit connaître sa nouvelle méthode d'extirpation de l'utérus cancéreux. Il agissait par la voie abdominale, c'est-à-dire qu'il faisait d'abord la laparotomie et ensuite l'hystérectomie ou extirpation de l'utérus dans sa totalité. Les premiers succès de cet opérateur frappèrent vivement les témoins, et son opération fut pratiquée en Allemagne sur une assez grande échelle. Peut-être allait-on trouver une thérapeutique efficace contre la désolante et douloureuse affection que constitue le cancer de l'utérus ? Et n'eût-on l'espoir que d'arracher quelques rares victimes à leurs tortures, n'était-ce pas un suffisant motif de tenter une opération audacieuse et même dangereuse ? Ces modestes espérances ne furent point réalisées. Entre toutes les hystérectomies qui sont toujours des opérations graves, l'opération de Freund restait particulièrement grave. Elle donnait une mortalité primitive de 75 0/0, c'est-à-dire des trois quarts des opérées, et le quart restant n'était pas soustrait à une récurrence plus ou moins prompte. La question est aujourd'hui jugée : l'hystérectomie abdominale contre le cancer n'est plus qu'une opération absolument exceptionnelle qui peut être nécessitée par certaines complications menaçantes et comme moyen [d'en] détourner les effets immédiats.

Je me souviens d'avoir fait à la Charité, il y a six ans, une leçon clinique dans laquelle je démontrerais victorieusement que la somme des mois survécus par une série de malades atteintes de cancer utérin traitées sans opération, dépassait de beaucoup celle des mois survécus par une série égale de femmes traitées par la méthode de Freund.

C'est dans le même temps, en 1878-1879, que l'extirpation par la voie vaginale était reprise en Amérique et surtout en Allemagne. Malgré les imperfections du début et certaines irrégularités opératoires encore incomplètement corrigées aujourd'hui, la méthode fit rapidement de nombreux adeptes en Allemagne, en Italie, en Amérique. L'Angleterre et

surtout la France gardaient une prudente réserve. Ici encore, la mortalité, quoique notablement inférieure à celle de l'opération de Freund, restait élevée et les récidives fréquentes.

Bientôt, cependant, les chirurgiens français allaient, après un demi-siècle, réexpérimenter l'opération de Récamier. En juin et juillet 1883, MM. Demons (de Bordeaux) et Péan faisaient connaître à l'Académie les opérations qu'ils avaient faites dans l'année précédente. A Bordeaux, M. Demons avait pour imitateurs MM. Dudon, Mandillon et Lannelongue (de Bordeaux). A cette époque, les statistiques récentes permettaient de fixer la mortalité à 28 0/0, soit un peu plus d'une morte sur quatre opérées. Cette forte diminution de la léthalité opératoire enhardissait les chirurgiens de Bordeaux, qui ont fait aujourd'hui onze de ces opérations. La dernière ne date que de quelques jours ; sur les dix autres on compte cinq guérisons et cinq morts. Mais le détail des observations permet de juger que cette mortalité trop élevée résulte d'accidents qu'on pourra conjurer dans l'avenir, ou de complications qui sont probablement de nature à constituer des contre-indications.

C'est notre distingué collègue, M. Jules Bœckel (de Strasbourg), qui, en juin 1884, introduisit la question devant la Société de chirurgie par la lecture d'une observation qui témoigne à la fois de la puissance opératoire et de la complète impuissance thérapeutique. L'utérus avait été extirpé en totalité, mais déjà les tissus voisins étaient envahis ; il avait fallu enlever des parties friables dans le ligament large et un ganglion gros comme une noix. Pendant ce temps, une petite artère avait nécessité l'application d'une pince laissée à demeure. Cette pince avait saisi l'uretère ; il en résultait une fistule urinaire incurable, dont la malade, guérie de son extirpation utérine, réclamait la guérison. Le hardi chirurgien pratiquait la néphrectomie et tarissait ainsi la fistule urinaire. Mais le cancer avait marché et, au bout de quelques semaines, cette malade, deux fois guérie de graves opérations, succombait à la récurrence généralisée de son cancer.

Cette saisissante communication, promptement suivie de nouveaux documents fournis par M. Demons (de Bordeaux), suscita, dans le sein de la Société de chirurgie, d'importantes discussions plusieurs fois reprises. Les orateurs se partageaient en trois camps, dont l'un n'était guère qu'à l'état de projet. On pouvait compter : les adeptes des opérations partielles, amputation du col à des hauteurs diverses ; les adeptes des petites opérations palliatives, mieux nommées pansements ; enfin on

voyait poindre, chez quelques membres de la Société, l'espoir que la gravité sans cesse diminuée de l'extirpation totale de l'utérus permettrait enfin d'instituer, dans les cas bien choisis, une thérapeutique efficace du cancer de l'utérus par l'amputation totale.

Avec quelques-uns de mes collègues, je déclarais que je n'étais plus opposé à cette opération, et qu'elle serait exécutable le jour où sa mortalité se serait rapprochée de celle des amputations partielles. Je citais à ce moment le cas d'une malade pour laquelle je fus consulté, il y a quatre ans, avec mes excellents collègues MM. Tarnier et Pinard. Les apparences de la santé étaient bonnes, l'utérus était mobile et mobilisable; il y avait un cancer du corps de l'utérus sans ganglions. L'indication opératoire était donc nette et favorable. Néanmoins je n'osai pas exposer cette malade, ayant toutes les apparences de la santé, aux chances d'une mortalité qui se chiffrait alors à 60 pour 100, en mettant les choses au mieux. Cette dame succombait à son cancer cinq mois après notre consultation. On m'a fait dire dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* : treize mois; c'est une erreur, c'est bien cinq mois. Ce cas m'avait donné de vifs regrets, et le joignant à d'autres échecs d'opérations partielles dans des cas analogues, je disais que l'extirpation totale était indiquée dans ces circonstances.

C'étaient là des indices avant-coureurs, mais ce n'était point l'exécution. Il fallait évidemment quelque impulsion nouvelle et déterminante pour triompher des dernières incertitudes. J'estime personnellement que cette impulsion nouvelle s'est produite pendant la session du Congrès français de chirurgie qui s'est tenue au mois d'avril de cette année. Bien que la question n'ait pas été abordée à la tribune, les renseignements fournis par nos collègues, français et étrangers, témoignaient que, sous des influences diverses que j'indiquerai sommairement plus loin, la mortalité de l'extirpation de l'utérus par le vagin s'était de nouveau abaissée d'une façon surprenante. Pendant le cours de la dernière année, quarante et une opérations, pratiquées dans trois services divers, n'avaient fourni que trois morts, 7 pour 100 de mortalité; chiffre à peine croyable, s'il n'eût été affirmé sur documents précis.

Je n'oserais affirmer que ce sont ces renseignements qui ont conduit la main de nos collègues, MM. Tillaux et Terrier; mais ce que je puis affirmer en toute certitude, c'est que c'est eux qui ont triomphé de mes dernières hésitations.

Toujours est-il qu'il y a trois semaines, MM. Tillaux et Terrier com-

muniqueaient à la Société de chirurgie les observations de deux malades atteintes de cancer de l'utérus, opérées par eux d'extirpation totale de l'organe par la voie vaginale et guéries de cette grave opération ; j'annonçais le même jour une semblable opération retardée pour des circonstances particulières. Cette opération a été exécutée le 2 juillet, il y a aujourd'hui dix-neuf jours. La malade est guérie.

Je crois savoir, il est vrai, que très récemment M. Terrier a fait une seconde opération et que la malade a succombé au bout de quelques jours. Une des ligatures profondes avait glissé et l'hémorrhagie consécutive a finalement causé la mort. Ce temps de l'opération : la pose des ligatures sur les vaisseaux du ligament large, est celui qui réclame les plus pressantes améliorations.

Nous avons donc guéri trois malades sur quatre opérées, et tous nous étions à nos débuts contre cette opération ; nous avons sans doute lu, réfléchi et répété sur le cadavre, mais nous n'avions pas l'expérience sur le vivant.

En tenant compte de cette brève histoire, dont je n'ai marqué que les traits saillants, il est évident que le gros argument contre l'extirpation totale de l'utérus par le vagin : la mortalité opératoire, a graduellement perdu de sa valeur et est aujourd'hui à peu près annihilé. Cette décroissance s'est produite sous deux influences : d'abord une antisepsie plus rigoureuse et plus efficace, dont les lavages au bichlorure de mercure et l'iodoforme ont été les agents principaux ; ensuite un meilleur choix des cas, car ici, comme pour toute opération chirurgicale, il y a une opportunité souvent difficile à saisir et des indications que l'on ne transgresse pas impunément.

La grosse question de la récurrence reste, il est vrai, tout entière. Bien que quelques rares malades aient survécu des années, deux ans, trois ans à leur opération, toutes paraissent avoir été victimes d'une récurrence plus ou moins retardée.

Si cette situation devait se maintenir, l'extirpation de l'utérus demeurerait un palliatif toujours discutable, et risquerait de ne point prendre un rang définitif dans la thérapeutique. Mais il faut se garder d'un jugement précipité. Quoique fort ancienne, l'opération est en réalité récente. Son exécution subira sûrement des perfectionnements ; mais ses indications surtout demandent à être complètement revisées. Combien d'opérations ont été faites, ces années passées, dans des conditions où elles n'auraient pas dû être entreprises ! On n'osait pas opérer tôt parce que la léthalité

était grande, et on opérât souvent trop tard pour arracher les malades à une mort dans laquelle on les précipitait.

Si l'avenir continue les promesses du passé, si la mortalité immédiate s'atténue jusqu'aux environs de 10 à 12 pour 100 ; si les médecins, rendus attentifs, et confiants dans la puissance chirurgicale, recherchent des diagnostics précoces et précis ; si tous, médecins et chirurgiens, nous arrivons à la juste formule des indications particulières à chaque variété et à chaque siège de cancer, il n'y a guère lieu de douter que les indications opératoires mieux remplies ne fournissent de nouveaux bénéfices de guérison.

Il ne faut sans doute pas conclure d'un organe à l'autre. Envahis par le cancer, la langue, le sein, le rectum, le testicule se comportent de façons diverses, et cependant nous ne pouvons nous défendre absolument de tirer un heureux présage de la chirurgie des cancers du sein.

Il y a certes longtemps qu'on extirpe ces tumeurs, mais, tant qu'on a considéré ces opérations comme purement palliatives, tant qu'elles n'ont été que tardives et parcimonieuses, elles n'ont donné que des résultats médiocres. Mais aujourd'hui que nous faisons des diagnostics précis sur des tumeurs naissantes, aujourd'hui que pour ces petites tumeurs bien caractérisées nous pratiquons systématiquement l'extirpation totale de la glande et des ganglions de l'aisselle, tous les chirurgiens comptent un nombre encourageant de malades qui survivent depuis quatre, six et dix ans à leur opération.

Cette chirurgie fructueuse n'a d'ailleurs pas encore dit son dernier mot, car le nombre est grand des malades qui ne veulent pas se laisser convaincre et qui attendent une évidence funeste avant de se faire opérer.

Admettons que l'utérus, avec son riche appareil vasculaire sanguin et lymphatique, soit plus rapidement envahi que le sein, admettons que la récurrence y soit plus rapide et plus facile ; n'est-il pas évident cependant que, toute proportion gardée, les mêmes causes doivent produire les mêmes effets et que, pour l'utérus comme pour le sein, on soit en droit d'espérer d'heureux résultats d'une exacte appréciation de l'opportunité opératoire ?

Ce sont là les problèmes de l'avenir. C'est sous cette forme que se pose désormais la question. L'acte opératoire semble jugé ; il a cessé d'être redoutable par lui-même. La question d'efficacité thérapeutique, autrefois voilée, reste seule sur le terrain et appelle un jugement définitif.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 24 juin 1885.

De la Blennorrhagie chez la femme.

M. MARTINEAU fait hommage à la Société de ses *Leçons cliniques sur la blennorrhagie de la femme*.

L'auteur y soutient cette thèse que toute blennorrhagie de l'homme lui a été communiquée par une blennorrhagie de la femme.

La blennorrhagie ne se développe en réalité que par contagion.

Un examen superficiel de la femme pourrait parfois faire croire à l'absence complète de gonorrhée ; mais en examinant de plus près on pourra voir une blennorrhagie vulvaire localisée sur les follicules périurétraux ou sur ceux des petites lèvres, de la fourchette, etc.

M. Martineau signale encore cette particularité curieuse que, sur 4.000 observations de blennorrhagie chez la femme, il n'a vu qu'un seul cas d'arthropathie.

M. C. PAUL. — Je crois que le rhumatisme blennorrhagique chez la femme est beaucoup moins rare que ne semblerait l'indiquer la statistique de M. Martineau. Assez souvent, pour mon compte, j'en ai vu des exemples, et il m'a paru qu'il se localisait plus volontiers au poignet. Il est chronique d'emblée, très douloureux, et il exige un traitement des plus actifs.

M. MOUTARD-MARTIN demande à M. Martineau à quels caractères il a reconnu le rhumatisme blennorrhagique chez l'unique malade qu'il a traitée de cette complication.

M. MARTINEAU. — Ma malade n'était pas arthritique ; elle n'avait qu'une seule articulation envahie, le coude ; l'arthrite, qui était subaiguë, prit un caractère de chronicité d'emblée, dura quatre mois, et ne céda qu'aux révulsifs les plus énergiques, alors que j'avais épuisé vainement toutes les formules efficaces contre le rhumatisme ordinaire.

De plus, chez cette femme, j'ai constaté de l'érythème polymorphe, lequel est pour moi toujours d'origine infectieuse, comme l'arthrite, d'ailleurs, puisque dans le pus des articulations affectées on a trouvé le *gonococcus*, lequel caractérise absolument la blennorrhagie, ainsi que le démontrent tous les travaux récents.

J'ajouterai que la rareté du rhumatisme blennorrhagique à Lourcine est un fait bien connu des médecins qui ont passé par cet hôpital.

L'explication de ce fait me paraît simple, ajoute M. Martineau : il est probable que les femmes affectées de rhumatisme blennorrhagique réclament leur traitement dans les hôpitaux généraux.

M. FÉRÉOL. — J'ai soutenu autrefois cette thèse de la nature infectieuse de la blennorrhagie. Or, je constate avec plaisir que mon opinion est de plus en plus acceptée. En ce qui concerne le rhumatisme blennorrhagique chez la femme, j'ai été plus favorisé que M. Martineau, car souvent dans mon service d'hôpital il s'en est présenté de manifestes exemples.

Les articulations le plus ordinairement envahies ont été le coude, le poignet, le genou.

Et, pour peu qu'on rapproche de cette variété de rhumatisme la forme génitale du rhumatisme décrite par Lorrain, les cas d'arthrite non diathésiques deviennent alors chez la femme très fréquents.

M. HALLOPEAU. — L'érythème polymorphe n'est pas une preuve de la nature infectieuse de l'arthrite blennorrhagique observée par M. Martineau. Il existe, en effet, un érythème polymorphe purement rhumatismal.

M. MARTINEAU. — L'érythème polymorphe d'origine infectieuse a des caractères spéciaux ; il se présente sous forme de papules, vésicules, érythème en plaque, etc. ; en somme, son aspect est beaucoup plus variable que celui de l'érythème polymorphe arthritique, assez simple dans ses manifestations.

Ceci pourrait s'expliquer par la présence aujourd'hui démontrée du gonococcus dans le sang des sujets affectés de blennorrhagie.

M. C. PAUL. — Je signale à l'attention de mes collègues l'arthrite du poignet comme caractérisant le rhumatisme blennorrhagique, et j'espère qu'ils vérifieront mes observations.

M. FÉRÉOL. — J'ai également observé la fréquence assez grande de l'arthrite du poignet chez les blennorrhagiques ; mais le genou est également souvent atteint.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 juin 1885.

Hystérectomie dans le cancer utérin. — M. TILLAUX vient de pratiquer l'hystérectomie vaginale sur une femme de 21 ans, atteinte de

cancer utérin, avec métrorrhagies et état général inquiétant. Les culs-de-sac étaient libres et l'utérus mobile fut amené à la vulve à l'aide d'une pince à érignes. Puis, une sonde ayant été placée dans la vessie, M. Tillaux incisa la muqueuse vaginale en avant, à son union avec le col, et détacha la muqueuse du col jusqu'au péritoine, qui fut incisé transversalement. Il fit la même opération en arrière, si bien que l'utérus ne tenait plus que par ses deux ligaments larges. Le ligament droit put être pris dans le doigt replié en crochet, et il fut lié en masse. Une seconde ligature fut appliquée sur le ligament gauche. Enfin, les deux lèvres de la plaie vaginale ayant été réunies par un seul fil, un drain fut placé dans le péritoine, et le vagin fut bourré de gaze iodoformée. Le drain fut enlevé le quatrième jour, et au vingt-deuxième jour, la malade, guérie, se levait et marchait.

M. TERRIER a fait la même opération sur une femme de 47 ans, pour un épithélioma du col qui saignait beaucoup. Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade guérit.

M. TRÉLAT, qui se dispose à opérer une malade dans des conditions analogues, a fait des recherches sur le cadavre, et a adopté une méthode qui ne diffère pas sensiblement de celle que MM. Tillaux et Terrier ont pratiquée sur le vivant. Mais, comme l'utérus de sa malade est en antéversion prononcée, M. Trélat prévoit qu'il sera particulièrement difficile de le détacher de la vessie, et il se propose d'introduire un cathéter dans l'utérus pour le redresser pendant ce temps de l'opération. Il conseille de joindre au toucher vaginal le toucher rectal, qui renseigne plus complètement au point de vue de la mobilité de l'utérus.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ajoute que si le doigt introduit dans le rectum ne suffit pas pour explorer l'utérus, on peut être autorisé à y introduire la main.

Séance du 28 juillet 1885.

Ablation de l'ovaire. — M. TERRIER communique l'observation d'une femme opérée antérieurement par lui d'un kyste de l'ovaire droit. A la suite de cette opération, se montrèrent des accidents hystérisiformes avec névralgie ovarienne, paraissant siéger du côté de l'ovaire enlevé.

Ces crises et ces douleurs étant devenues intolérables, malgré tous les moyens employés, M. Terrier proposa l'ablation de l'ovaire. L'opération montra qu'il n'existait rien du côté droit (capable d'expliquer la

névralgie); l'ovaire gauche, relié aux parties voisines par des adhérences, fut enlevé après double ligature de son pédicule. Les suites furent simples; la malade était guérie en moins d'un mois; elle n'a eu depuis le moment de sa sortie (1^{er} mars) ni douleurs, ni attaques nerveuses.

M. TRÉLAT, tout en acceptant l'opération de Battey pour des cas déterminés où le diagnostic de l'affection ovarienne peut être fait, pense qu'il faut agir avec circonspection et ne pas se laisser entraîner à la pratiquer sans raison suffisante.

M. Pozzi parle dans le même sens.

M. MARCHAND rappelle que les partisans les plus acharnés de l'opération de Battey en ont beaucoup rabattu, et ont renoncé à l'heure actuelle à la pratiquer contre les accidents généraux de l'hystérie.

Séance du 29 juillet 1885.

I. — *Récidive des kystes paraovariens après les ponctions.*

M. TERRILLON lit un rapport sur ce sujet; s'appuyant sur les nombreux cas de récidive qui ont été publiés et sur sept observations personnelles, il conclut: que dans un grand nombre de cas de kystes paraovariens, la ponction simple ne suffit pas pour amener la guérison définitive.

M. DÉSORMEAUX a obtenu trois cas de guérison définitive par ponction suivie d'injection iodée.

M. TERRIER est heureux d'entendre la communication de M. Terrillon, parce qu'elle confirme pleinement ce que M. Terrier a dit et écrit depuis longtemps sur ces kystes. Il s'étonne que M. Terrillon ait rencontré des kystes paraovariens inclus dans un ligament large: ce doit être rare; car MM. Terrier et Lucas-Championnière n'en ont point rencontré. Enfin, il rappelle que certains kystes multiloculaires peuvent présenter ces apparences de guérison après ponction.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a souvent observé de ces récidives retardées dans les kystes multiloculaires après une ponction.

M. ANGER a opéré un de ces kystes paraovariques récidivés; comme il était muni d'un pédicule, il lia le pédicule et laissa l'ovaire, qui était sain. Quelques heures après, la malade était prise de douleurs abdominales extrêmement violentes et, trois jours après, elle succombait à une péritonite dont le point de départ avait été une ovarite suraiguë.

M. TRÉLAT dépose l'observation d'hystérectomie vaginale pour cancer, à propos de laquelle il a fait, à l'avant-dernière séance de l'Académie de

médecine, une communication doctrinale. (Voir précédemment, Académie de médecine du 21 juillet 1885.)

L'opération eut lieu le 2 juillet : un des tubes fut enlevé le cinquième jour; le second fut enlevé le sixième; vers le dixième jour, la malade accusa une très gênante sensation de cuisson dans le vagin. Actuellement, la malade se lève, marche, est absolument guérie. A propos des différents temps de l'opération, M. Trélat insiste sur les difficultés de la pose de ligatures sur les ligaments larges; là est le temps le plus difficile et le plus pénible de l'opération.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma limité au col de l'utérus dont le corps était hypertrophié par le fait d'une inflammation chronique.

M. TERRIER a fait récemment une quatrième hystérectomie vaginale; l'utérus ne se laissa pas abaisser, il était retenu par des adhérences à la partie postérieure; la pose des ligatures fut, comme toujours, difficile. Les deux premiers jours tout alla bien, puis la malade présenta de la pâleur, de l'accélération du pouls; on put soupçonner une hémorrhagie interne. La malade mourut le sixième jour avec des symptômes de péritonite subaiguë; à l'autopsie, on a trouvé un litre de liquide sanguinolent.

L'hémorrhagie a donc été la cause de mort. On a pu voir que la source de cette hémorrhagie était dans les artères vaginales coupées au niveau de l'insertion du vagin sur le col, d'où l'indication de multiplier les ligatures.

M. TRÉLAT présente un rein qu'il a enlevé il y a quatre jours. La malade, qui était atteinte d'hydronéphrose suppurée, est jusqu'ici dans l'état le plus satisfaisant.

M. Trélat a été à la recherche de l'organe malade par une incision antérieure le long du bord externe du muscle droit. Ce procédé, pratiqué par Langenbuch, pratiqué et conseillé par M. Terrier, est préférable à l'incision postérieure.

M. TERRIER insiste sur les avantages de l'incision antérieure ou antéro-externe dans la néphrectomie. Il tient aussi à appeler l'attention sur un détail de l'observation présentée par M. Trélat. — M. Trélat, professeur de clinique à la Faculté, a un service hospitalier dans des conditions antihygiéniques telles qu'il lui est impossible d'y pratiquer certaines opérations, et qu'il est réduit à demander l'hospitalité à un chirurgien des hôpitaux dont le service est mieux aménagé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 août 1885.

M. DE SINÉTY, en son nom et en celui de M. HENNEGUY, fait une communication sur le microbe de la blennorrhagie. Ces recherches ont été faites sur des femmes : 1° dans tous les cas d'urétrite purulente (sauf un), le gonococcus de Neisser a été trouvé dans le pus, qui était alcalin, par exception, légèrement acide ; 2° dans le cas d'uréthrorrhée, l'écoulement, au contraire, s'est montré acide, et on n'a pas trouvé de gonococcus ; 3° si le pus de l'urèthre s'est quelquefois montré acide, dans tous les cas, sans exception, on a trouvé sur le col utérin et dans les glandes vulvo-vaginales du pus contenant des gonococcus, celui-ci a toujours été alcalin ; 4° des injections quotidiennes de liquide antiseptique, permanganate de potasse, eau oxygénée, sublimé, n'ont pas amené la destruction de ces gonococcus ; on en a retrouvé encore chez certaines malades après un an de ce traitement ; on voit se produire des poussées nouvelles de microbes.

Sur la demande de M. DUMONTPALLIER, M. de SINÉTY déclare, au point de vue pratique, que le traitement susdit a amené la guérison généralement en cinq ou six semaines, et qu'il le considère comme le meilleur, comparativement, par exemple, au nitrate d'argent, qui donne de très mauvais résultats. Mais les liquides employés agissent-ils ici comme antiseptiques ? Telle est la question que pose l'auteur, sans vouloir la résoudre.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Séance du 6 mai 1885.

MATTHEWS DUNCAN. *Ulcérations lupiques des organes génitaux de la femme.* — L'auteur dit que l'ulcération n'est pas un caractère essentiel du lupus. Certaines ulcérations doivent plutôt être regardées comme des excoriations que comme des ulcérations lupiques. Généralement, l'ulcération s'accompagne d'hypertrophie, elle peut siéger sur la hanche, la cuisse, la vessie, le rectum ou une partie quelconque des organes génitaux externes ; en général, elle est dépourvue de sensibilité. Il peut en exister plusieurs. Le lupus minimus est caractérisé par de petites ulcérations. La peau, la muqueuse et le tissu cellulaire sous-cutané sont les

points les plus souvent affectés, mais tous les tissus, excepté les os, peuvent être atteints. L'ulcération peut déterminer tantôt de petites, tantôt de grandes excavations, d'autres fois des perforations; elle ne s'accompagne pas de gangrène. Les ulcérations peuvent cicatriser complètement ou partiellement.

HORROCKS cite un cas en observation dans son service depuis près de deux ans. La malade était une fille célibataire qui n'a jamais été enceinte. Elle se plaint de souffrances au niveau des organes génitaux et d'ardeur en urinant. On voit de petites ulcérations à la base de l'hymen et de la fosse naviculaire. Il n'y a pas d'hypertrophie ganglionnaire, mais, soupçonnant la syphilis, on lui donna des mercuriaux, sans aucun résultat du reste. On appliqua des caustiques de diverse nature, mais la douleur persistait et aucune amélioration ne se manifestait. L'hymen était entièrement détruit et le long de la ligne d'insertion on voyait de petits nodules rouges légèrement ulcérés. Ces nodules différaient complètement des caroncules myrtiformes. On enleva ces tubercules en les grattant avec une curette tranchante et en les sectionnant avec des ciseaux. Le sang s'écoula si abondamment qu'on dut lier deux vaisseaux.

GOODY demande s'il y avait quelque odeur fétide ou écoulement caractéristique quelconque et si l'on pouvait expliquer cette hémorrhagie profuse par les légers signes physiques de l'affection. Il rapporte l'observation d'une femme de 35 ans, très bien portante, qui fut prise tout d'un coup d'une hémorrhagie profuse qu'on dut arrêter par la ligature sous-cutanée. On ne put découvrir aucune cause de cette hémorrhagie, et il pense maintenant qu'il pourrait bien s'agir d'un lupus. Les rapports sexuels étaient douloureux.

CHAMPNEYS demande à Duncan : 1° pourquoi des affections très différentes sont-elles rangées sous le même nom ; 2° pourquoi les appelle-t-on lupus, puisque les micrographes affirment qu'elles ne ressemblent pas au lupus ; 3° comment désignait-on ces maladies avant de les appeler lupus.

DUNCAN répond qu'il a employé le terme *lupus* parce que d'autres l'ont fait ainsi avant lui. *Esthiomène* est également une mauvaise expression. Le mot *lupus* exprime l'idée d'une affection érosive qui comprend des ulcérations, des inflammations, des hypertrophies diversement combinées et qui ne sont ni cancéreuses, ni épithéliomateuses, ni syphilitiques.

WILLIAM DAY. *Fibrome utérin compliquant le travail, traité par*

l'énucléation. — La tumeur se présentait d'elle-même et au-dessus d'elle existait une présentation du siège. Le volume de la tumeur et sa fixité empêchaient l'accouchement de se faire. Après avoir séparé ses connexions sur une grande étendue et lui avoir ainsi donné de la mobilité, on fit l'accouchement par les pieds et l'on enleva la tumeur. Elle pesait trois livres un quart et était constituée par un fibrome mou. Un cas heureux d'énucléation d'un fibrome volumineux, immédiatement après l'accouchement, a engagé l'auteur à adopter ce traitement. La mère et l'enfant se portent bien.

BRAXTON HICKS rappelle à la Société une observation qu'il lui a communiquée, il y a quelques années, où il a fait une incision verticale de la capsule et énucléé la tumeur avec un plein succès. Pour lui, c'est la meilleure manière de faire dans le cas de fibromes sessiles.

Séance du 1^{er} juillet 1885.

PRIESTLEY. — *Notes sur une visite faite aux Maternités du Nord de l'Europe et particulièrement sur les avantages du système antiseptique dans la pratique obstétricale.* — Les hôpitaux qu'il a visités sont ceux de Copenhague, d'Helsingfors et de Pétersbourg. A Copenhague, la méthode antiseptique a été introduite en 1870. A la Maternité, en quinze ans, de 1850 à 1864, la mortalité était de 1 pour 24; de 1822 à 1843, elle était de 1 pour 19. De 1865 à 1874, la mortalité par fièvre puerpérale a été de 1 pour 51; de 1870 à 1874, elle était de 1 pour 87, cette amélioration coïncidait avec l'introduction des procédés antiseptiques. Les conditions hygiéniques de l'hôpital sont parfaites : ventilation, isolement de chaque corps de bâtiment et même de chaque malade. Les infirmiers sont soumis à des purifications périodiques et on ne les laisse pas entrer d'une salle de convalescent dans une salle d'accouchement. Quand une femme a été malade, on soumet son infirmière à des fumigations sulfureuses avec un appareil perfectionné. On fait chaque jour deux irrigations vaginales phéniquées. La literie est faite avec de la toile à voile remplie de paille hachée menu, qu'on détruit après qu'on s'en est servi. Chaque lit possède ses bassins, ses canules, ses seringues, etc. Le placenta et les linges de pansement sont brûlés. Toute patiente soupçonnée d'infection est isolée avec soin. On ne permet pas aux *medical officers* d'assister aux autopsies. Le directeur de l'hôpital y habite et est maître absolu. Au Danemark, les sages-femmes sont obligées d'employer les procédés antiseptiques, ce qui a considérablement réduit la