



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 - 1923. — N° 101

A. 54. 22
34
Contribution à l'Etude

DE

**L'HÉMOCLASIE DIGESTIVE
AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Mars 1923.

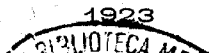
par

Armando E. LAFON

Né à CHIHUAHUA (Mexique) le 18 Février 1898

Examineurs de la Thèse { MM. RIVIÈRE..... professeur. *Président.*
PRINCETEAU professeur.
ANDÉRODIAS agrégé } *Juges.*
LANDE..... agrégé..... }

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE
19, Rue de Berry, 19



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 - 1923. — N° 101

Contribution à l'Etude
DE
L' HÉMOCLASIE DIGESTIVE
AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Mars 1923.

par

Armando E. LAFON

Né à CHIHUAHUA (Mexique) le 18 Février 1898

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE.....	professeur.	} <i>Président.</i>	
		PRINCETEAU	professeur.		
		ANDÉRODIAS	agrégé		} <i>Juges.</i>
		LANDE.....	agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DAGUERRE
19, Rue de Berry, 19

1923



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Clinique chirurgicale.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CHAVANNAZ	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique d'accouchements.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Anatomie.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie générale et histologie.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Physiologie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Médecine Coloniale et Clinique des Malad. exot.	LE DANTEC.
Médecine légale et déontologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Physique biologique et clinique d'étéc. médicale.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Chimie.....	VERGER.	Clinique des Maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Botanique et matière médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Pharmacie.....	CHELLE.	Toxicologie et Hygiène appliquée.....	BARTHE.
	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	SELLIER.
	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie),
CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	N.	Médecine générale.....	CREYX.
Histologie.....	N.	Maladies mentales.....	MICHELEAU.
Physiologie.....	LACOSTE (chargé).	Médecine légale.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	DELAUNAY.		LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Physique biologique et médicale.....	R. SIGALAS (chargé)		DUVERGEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.		PAPIN.
	RÉCHOU.	Obstétrique.....	PÉRY.
Médecine générale.....	N.	Ophtalmologie.....	FAUGERE.
	MAURIAC.	Pharmacie.....	TEULIÈRES.
	LEURET		N.
	DUPERIÉ.		

CHARGÉS DE COURS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVAILLÉ.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	FAUGÈRE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	CREYX.
Cours complém. d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE
LE DOCTEUR ANTOINE LAFON

DE LA FACULTÉ DE PARIS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES BEAUX-PARENTS

A MON PÈRE

*Pour qui ma reconnaissance et ma tendresse
filiales n'égaleront jamais l'inlassa-
ble sollicitude et multiples sacrifices.*

A MA FEMME

A MON FILS

A MADAME F. LACROZE
A MADAME E. S. BALLIAS
A MONSIEUR E. DEPUILLE

*Faible témoignage de ma profonde gra-
titude et de mon affection dévouée.*

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A Paris :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND WIDAL

MONSIEUR LE DOCTEUR WIART

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

pour l'intérêt qu'il m'a toujours témoigné.

MONSIEUR LE DOCTEUR APERT

MONSIEUR LE DOCTEUR VARIOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR OMBRÉDANNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGEU

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LA PERSONNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMELIN

A Bordeaux :

MONSIEUR LE DOCTEUR CASSAËT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude pour sa bienveillance et son précieux enseignement.

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE MAURIAC

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

à qui je suis très reconnaissant pour l'affable accueil qu'il m'a toujours fait et les utiles conseils qu'il a bien voulu me donner.

MONSIEUR LE DOCTEUR MARC RIVIÈRE

CHEF DE CLINIQUE ADJOINT

D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Instigateur de cette thèse qui fut pour moi plus qu'un conseiller, un ami, témoignage de ma profonde reconnaissance et sincère affection.

A MES CAMARADES

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉ

A mon Président de Thèse
MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

**PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX**

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*J'exprime ma reconnaissance pour le
grand honneur qu'il me fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

INTRODUCTION

Les données auxquelles est arrivé le Professeur Widal, en étudiant la fonction protéopexique du foie, sont devenues classiques. On sait en quoi consiste l'épreuve de l'hémoclasie digestive qu'il a proposée pour déceler l'insuffisance de cette fonction et partant, de l'insuffisance hépatique en général. La réaction est caractérisée par plusieurs éléments : leucopénie, hypotension artérielle, inversion de la formule leucocytaire, abaissement de l'indice réfractométrique du sérum et son hypercoagulabilité, fragilité leucocytaire (Mauriac) etc.

Après le Professeur Widal, ses élèves et un peu tous les auteurs, ont entrepris des recherches en vue de la vérification de l'épreuve et de ses applications. Il était tout naturel de se demander quels services l'hémoclasie digestive pratiquée chez la femme enceinte, au foie si fréquemment touché, pouvait rendre aux accoucheurs.

Didier et Philippe, dans deux articles, Powilewicz dans sa thèse (Paris 1921), se sont occupés de la question et sont arrivés à des conclusions analogues à celles du Professeur Widal.

Mais, depuis cette époque, à la suite de Mauriac (de Bordeaux) de nombreux auteurs, dont Aubertin, Lange Tinel et

Santenoise, Arloing et Langeron, Le Calvé, pour ne citer qu'eux et sans parler des auteurs étrangers, ont fait des objections nombreuses à l'application intégrale de l'hémoclasie digestive et à sa signification.

Dans ces conditions, il nous a paru intéressant de refaire quelques expériences dans le même sens que Didier et Powilewicz. C'est le résultat de nos observations que nous avons résumé dans cette thèse.

TECHNIQUE

Le Professeur Widal et ses élèves ont donné une technique très précise de l'hémoclasie digestive. Elle se ramène à ceci :

- 1° Laisser le malade à jeun pendant 5 heures au moins.
- 2° Faire une première prise de sang, à jeun.
- 3° Immédiatement après, faire ingérer au malade 200 grammes de lait.
- 4° Faire ensuite de 20 minutes en 20 minutes, trois nouvelles prises de sang.

Sur le sang ainsi recueilli, on peut rechercher la présence de tous les éléments de l'épreue. Nous nous sommes cantonné à la leucopénie qui, d'après le Professeur Widal lui-même, suffit; en même temps nous avons pris la tension artérielle.

Appliquant très fidèlement la technique préconisée, nous nous avons laissé nos malades à jeun depuis la veille au soir, et fait les prises de sang comme il est indiqué.

Nous avons pratiqué la piqûre à la pulpe du doigt après antiseptie à l'alcool que nous avons laissé évaporer avant de faire usage de la lancette. Avec celle-ci, nous avons toujours incisé assez profondément pour que le sang vienne faire issue sans que des pressions sur le doigt soient nécessaires.

Nous nous sommes servi de l'hématimètre de Hayem-Nachet, en employant toujours la même pipette et la même cellule pour

les quatre numérations successives ce qui a, comme on sait, une grande importance au point de vue de l'interprétation comparative des chiffres trouvés. Pour faire nos dilutions, nous avons employé le liquide suivant :

Acide acétique.....	3	centimètres	cubes
Eau distillée	100	—	—
Solution alcoolique de bleu de méthylène.	1	—	—

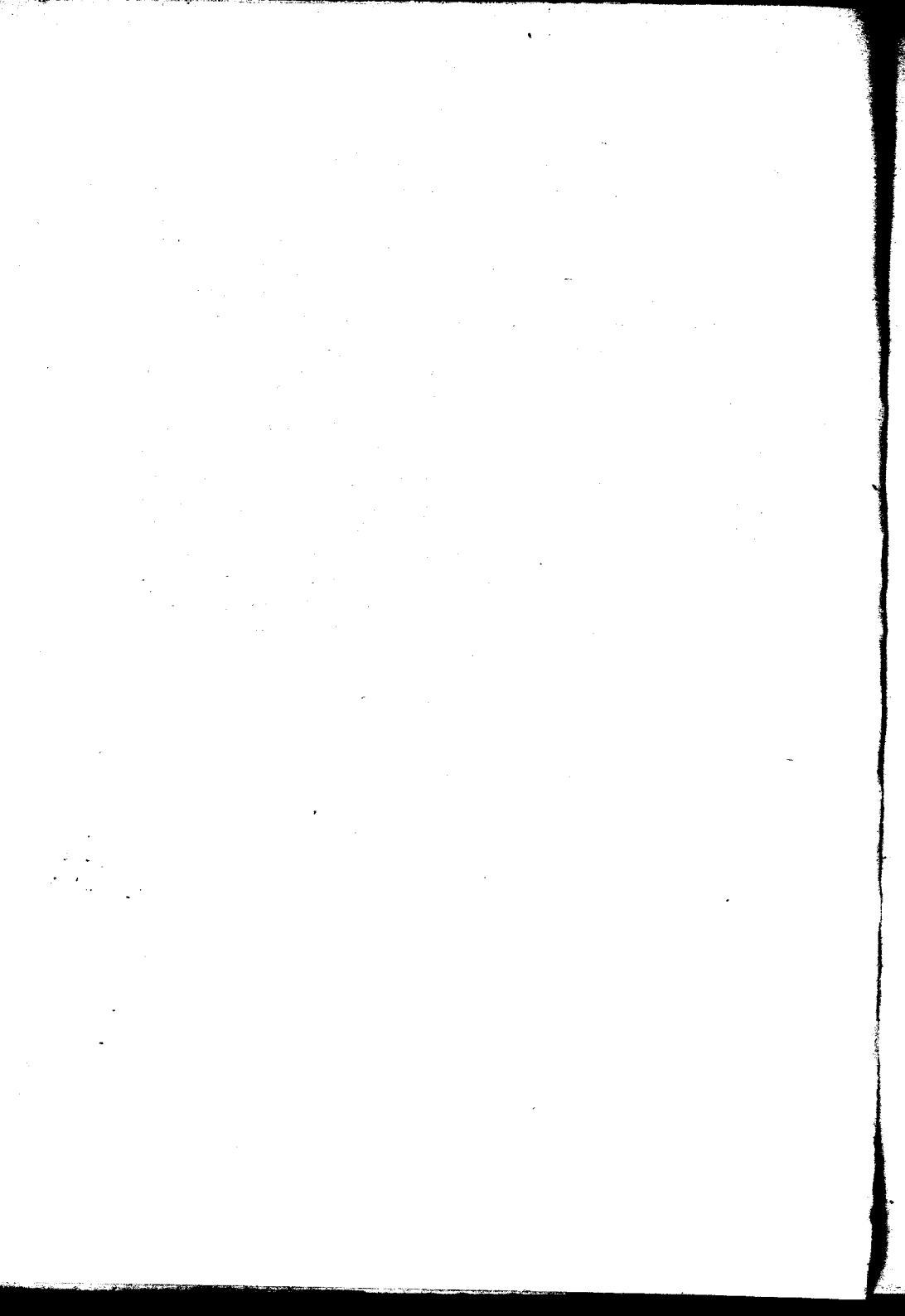
En ce qui concerne les numérations elles-mêmes, nous avons dû faire les mêmes constatations qu'Aubertin dans sa thèse. On ne peut se faire une idée des écarts considérables que l'on trouve souvent entre deux numérations portant sur une même dilution de sang. Cela tient peut-être de la façon peu homogène dont les globules se trouvent distribués dans le liquide. Aussi avons-nous eu soin chaque fois d'agiter convenablement la solution avant de prélever la goutte devant être mise sous le microscope. Et, comme Aubertin, nous avons compté les leucocytes suivant quatre lignes perpendiculaires deux à deux, de manière à explorer la préparation aussi uniformément que possible. Mais, remarquant que malgré toutes ces précautions, nous arrivions à de trop grands écarts, nous nous sommes astreint à faire un grand nombre de numérations.

C'est ainsi que pour chaque prise de sang (chaque nouvelle piqure étant faite sur un doigt différent), nous avons fait systématiquement deux dilutions et trois numérations pour chacune de ces dilutions. Les chiffres obtenus pour chaque épreuve sont donc le résultat des moyennes de toutes les numérations faites pour une même prise de sang.

On verra plus loin que nous avons contrôlé certains résultats positifs par des épreuves à l'eau. Pour cela il nous a suffi de remplacer les 200 grammes de lait par 200 grammes d'eau. Deux fois nous avons poussé plus loin la simplification, nous contentant de faire 4 numérations de 20 minutes en 20 minutes, en laissant la malade parfaitement à jeun.

Nous avons également contrôlé nos résultats par la recherche de l'urobilinurie, considérée comme un des meilleurs signes d'insuffisance hépatique, malgré les critiques qui lui ont été faites. Aubertin entre autres, estime qu'elle constitue un des moyens de diagnostic des plus fidèles d'insuffisance hépatique, tout en étant facile à rechercher. Mais nous sommes incapables, à l'heure actuelle, d'interpréter sa signification de façon satisfaisante. Au cours de nos expériences, nous l'avons réalisée à l'aide de la méthode de Denigès.

Parallèlement à la leucopénie, nous avons recherché l'hypotension chez nos malades. A cet effet, nous nous sommes servi du sphygmomanomètre de Pachon. Nous nous sommes entouré de toutes les précautions classiques d'usage et notamment nous avons laissé nos malades au repos absolu dans la position couchée pendant toute la durée de l'épreuve pour qu'aucun facteur en dehors de l'ingestion du lait ne puisse modifier la tension artérielle. Les chiffres que nous donnons se rapportent aux anciennes maxima et minima.



OBSERVATIONS

Nous avons pu rechercher le choc hémoclastique chez 25 femmes enceintes. Nous croyons pouvoir classer ces femmes de la façon suivante :

- A) Hépatique vraie.
- B) Femmes présentant des signes pouvant être attribués à une insuffisance hépatique latente.
- C) Femmes anormales ; mais non hépatiques.
- D) Femmes enceintes normales.

Dans ces 4 catégories, nous aurons à considérer 3 ordres de résultats :

- 1° Résultats positifs ;
- 2° Résultats discutables ;
- 3° Résultats négatifs.

Il est bon de remarquer qu'en ce qui concerne les résultats discutables, ils se rapprochent plutôt des résultats négatifs.

Nous avons pu reproduire les graphiques de tous nos résultats positifs. Pour les résultats discutables et négatifs on voudra bien se rapporter aux courbes des observations 10 et 13 qui seront prises pour type.

Nos graphiques comportent 3 courbes : celles de la leucocytes en trait plein, celle des maxima en signes ++ et celle des minima en signes ---.



A) **Première catégorie : Hépatique vraie.**

OBSERVATION I

Madame F..., entrée le 16 décembre 1922, 41 ans, journalière.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident, mère morte de cardiopathie à 50 ans; 7 frères et sœurs bien portants, 5 morts en bas âge.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein; règles normales.

Antécédents pathologiques. — Congestion pulmonaire gauche en mars 1922.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse en 1900; forceps; enfant vivant bien portant, nourri au sein;

Deuxième grossesse en 1908 : accouchement normal, enfant vivant, bien portant, nourri au sein;

Troisième grossesse en 1914 : avortement spontané de 2 mois environ;

GROSSESSE ACTUELLE (d'un autre père).

1° *Anamnesticques :*

Dernières règles du 9 au 15 juin 1922.

Apparition des mouvements actifs vers le milieu d'octobre.

Accidents et complications de la grossesse. — La malade, d'une santé parfaite jusqu'au cinquième mois et demi de la grossesse, présente à ce moment des signes de diabète avec glycosurie et amblyopie transitoire :

1° Vers le 6 décembre, la malade voit trouble au réveil. Cet état s'aggrave rapidement et, trois jours après, elle n'y voit plus assez pour se conduire. Le 9, elle voit son médecin, qui la met au régime lacté, qu'elle a fidèlement suivi depuis. Le 11, elle est examinée par le Docteur Fromaget, qui constate une acuité visuelle de 5/10 à droite, 4/10 à gauche, et aucune lésion du fond de l'œil. Le 16, le Docteur Viaud ne constate pas de lésions du fond de l'œil et conclut à une acuité visuelle de 5/10 à droite et 3/10 à gauche.

Le 17 et le 18, la malade trouve que sa vue s'est beaucoup améliorée (vision possible à 5 mètres).

2° A peu près en même temps, apparition d'un *prurit vulvaire* assez intense, obligeant la malade à prendre lotions et bains.

3° *Polydypsie* : la malade dit avoir bu beaucoup d'eau (jusqu'à 6 litres) au début des accidents amblyopiques.

4° *Narcolepsie* : la malade éprouvait également des envies irrésistibles de dormir.

Polydypsie, narcolepsie et prurit vulvaire se sont beaucoup atténués depuis le début.

2° Examens :

A) *Général*. — Appareil digestif : femme presque édentée, ne pouvant préciser le début de la chute de ses dents. Le foie ne déborde pas les fausses côtes et n'est pas douloureux.

Autres appareils : rien à signaler.

B) *Obstétrical*. — Ventre peu développé.

A la palpation, on sent un fœtus de six mois environ, en transverse.

L'auscultation fœtale est positive.

Le toucher ne révèle rien de particulier.

Examens ultérieurs :

18 décembre : hémoclasie digestive très fortement positive.

19 décembre : examen ophtalmologique par le Docteur Viaud; aucune lésion du fond de l'œil. Acuité visuelle très améliorée depuis le 16. Diagnostic : amblyopie transitoire diabétique en voie d'atténuation.

Analyse d'urines : albumine : 0 gr. 05; glucose : 23 gr. 30; urobiline : 0; acétone : forte présence.

20 décembre : sérum bicarbonaté en lavements, 500 gr. Régime : eau rouge, purée de pommes de terre.

21 décembre : la malade est prise de vomissements; au cours des efforts pour vomir, elle rend deux ascaris par la bouche. Lavements de sérum bicarbonaté, 500 gr.

22 décembre : les vomissements continuent; il sort deux nouveaux ascaris. Sérum bicarbonaté : 500 gr. en lavements, 500 gr. intraveineux.

Wassermann = ++ dans le sang.

Quelques frissons, 39°, une heure après l'injection intraveineuse. Trois heures après, plus de température, plus de frissons, la malade se sent beaucoup mieux.

Pression artérielle : Mx : 12. Mn : 8. I : 1.

23 décembre : l'amélioration persiste. Analyse des urines : albumine : 0,07; glucose : 22,55; acétone : forte présence. Pas d'urobiline.

25 décembre : odeur acidulée de l'haleine, céphalée. Sérum bicarbonaté : intraveineux, 300 gr.; en lavements, 500 gr., rendus en partie. Frissons.

26 décembre : plus de vomissements, plus de céphalée; la malade demande à se lever.

29 décembre : de nouveau, vomissements bilieux pendant 24 heures. Sérum bicarbonaté en lavements, 500 gr. Bicarbonaté de soude par voie buccale. Un nouvel ascaris est rejeté dans les vomissements. La malade se plaint d'un point douloureux lombaire très localisé. Urines, 500 gr. seulement. Analyse : albumine : 0,05; glucose : 3,50; acétone : présence.

13 janvier : hémoclasie digestive fortement positive à l'eau.

Analyse des urines : albumine : 0,05; glucose : traces; acétone : faible quantité; urobiline : forte présence.

26 janvier : analyse d'urines : urobiline : présence. Plus d'albumine, plus de glucose, plus d'acétone.

5 février : la malade, après une absence de 10 jours, revient dans le service. De nouveau elle a des vomissements. 500 grammes de sérum glucosé font disparaître ces vomissements et la glycosurie.

La malade se plaint également d'une douleur provoquée par la palpation dans l'hypochondre gauche, s'accompagnant d'hypéresthésie de la paroi. On ne remarque pas une augmentation notable du volume de volume du ventre.

9 février : hémoclasie digestive positive en laissant la malade à jeun.

16 février : aphasie transitoire, motrice pure, précédée de fourmillements dans le bras droit et la jambe droite; sans

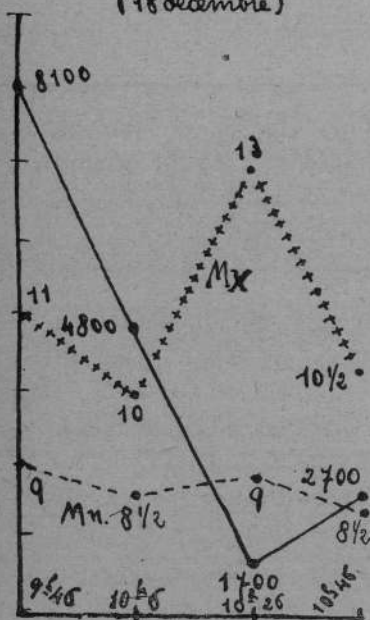
surdité ni cécité verbales. La malade prononce encore quelques mots : « Ah ! mon Dieu ! »

On pratique une saignée de 400 grammes. L'aphasie disparaît rapidement.

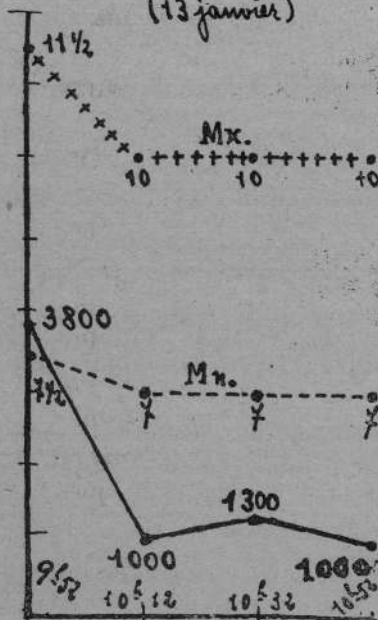
17 février : analyse du sang : urée : 0,15 ; glucose : 0,846.

20 février : monoplégie supérieure droite transitoire, ayant duré 10 minutes environ. Hyperréflexie tendineuse généralisée.

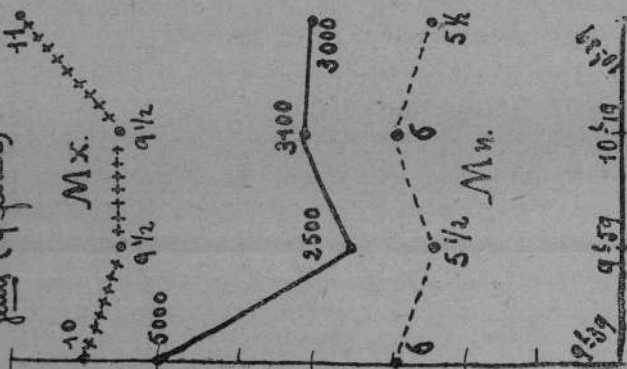
Mme F., avec 200 gr. de lait
(18 décembre)



Mme F., avec 40 gr. d'eau
(13 janvier)



Mme F., avec 100 gr. de lait
(9 février)



B) Deuxième catégorie : Femmes présentant des signes pouvant être attribués à une insuffisance hépatique latente.

1° RÉSULTATS POSITIFS : 3.

OBSERVATION II

Madame Th...., entrée le 10 décembre 1922, 25 ans, sans profession.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein. Premiers pas : 12 mois. Puberté : 13 ans. Règles régulières, abondantes, douloureuses.

Antécédents pathologiques. — Rougeole et coqueluche. En 1918, grippe sérieuse à forme pulmonaire, ayant nécessité un séjour au lit de 17 jours.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse en 1920 : albuminurie pendant la gestation, régime lacté, mais imprudence de régime (charcuterie), ayant déterminé *trois crises d'éclampsie* : la première avant, la seconde pendant, la troisième après l'accouchement. Accouchement spontané : enfant vivant de 2 kilogr., élevé au sein et bien portant. Suites de couches normales. Il n'a plus été fait d'analyse d'urines avant la gestation actuelle.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° Anamnestiques :

Dernières règles du 2 au 4 mars.

Accidents et complications de la grossesse. — *Tube digestif* : nausées sans vomissements, constipation opiniâtre, maux de tête presque quotidiens.

Appareil urinaire : albuminurie pendant le septième mois.

Appareil génital : vaginite granuleuse avec pertes abondantes.

Accidents divers : a présenté vers le troisième mois une douleur thoracique de nature indéterminée.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Examen général.* — *Peau* décolorée, semée de nombreuses taches pigmentaires.

Squelette normal.

Appareil circulatoire : pointe dans le cinquième espace, frémissement à la palpation; à l'auscultation rien d'anormal.

Urines : analyse complète : plus d'albumine ; pas d'urobiline.

B) *Examen obstétrical.* — *Palpation :* utérus entrant facilement en contraction, fœtus engagé, dos à gauche.

Auscultation fœtale positive.

Toucher : vaginite granuleuse, col épais et dur ; bassin normal.

C) *Examens ultérieurs.* — 19 décembre 1922 : recherche de l'hémoclasie digestive : + + + + + . Urée dans le sang : 0,22 centgr.

Accouchement. — 24 décembre 1922, 5 heures : col en voie d'effacement ; poche des eaux rompue. Engagement en O. I. G. A.

Début de la dilatation : 6 h. 30.

Marche de la dilatation : 7 h. 2 Fr., 7 h. $\frac{1}{2}$ 5 Fr., 8 h. grande palmaire.

Dilatation complète : 8 h. 15.

Expulsion naturelle d'un garçon de 3 kilogr. 120 à 8 h. 30.

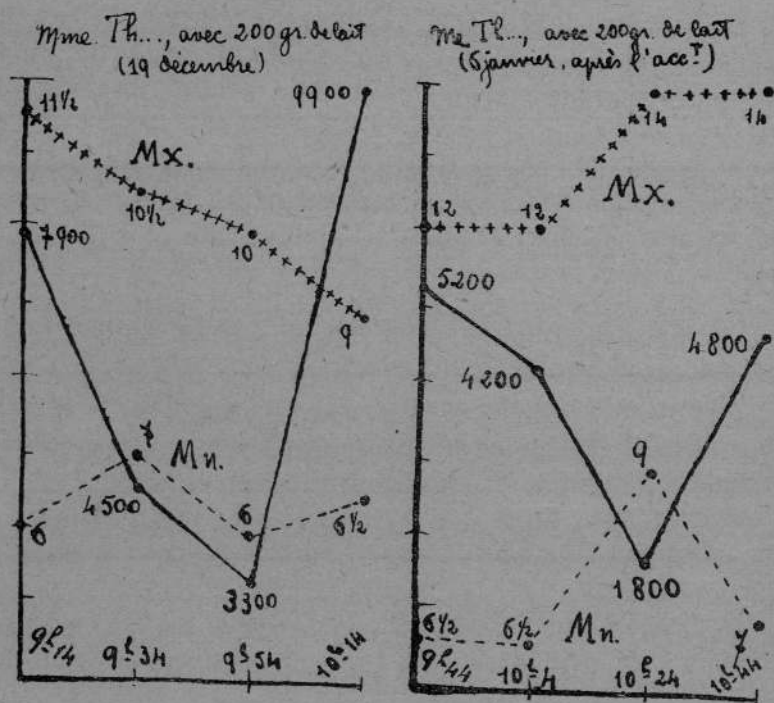
Dégagement en O. P.

Pas de déchirures, quelques traces d'albumine pendant le travail.

Délivrance. — Naturelle et complète.

Suites de couches. — Au quatrième jour, douleur aux points costo-lombaires, à droite surtout. Douleur également le long du trajet des uretères. Lymphangite du sein droit le huitième jour (39° et frissons).

6 janvier 1923 : hémoclasie digestive : + + + +



OBSERVATION III

Madame Berthe C..., entrée le 4 décembre 1922, 17 ans 1/2, journalière.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein. Puberté à 15 ans. Règles régulières, abondantes, indolores, durant 4 à 5 jours.

PRIMIPARE.

GROSSESSE ACTUELLE.

Dernières règles du 10 au 15 mars 1922. Apparition des mouvements actifs en juillet.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : vomissements les deux premiers mois. Pas de constipation.

Appareil urinaire : quelques douleurs lombaires. Mictions normales, pas d'albumine dans les urines.

Appareil génital : pertes blanches abondantes.

Examen à l'entrée :

1° *Général.* — Appareil digestif : aucun signe d'insuffisance hépatique.

Appareil urinaire : douleurs lombaires, pas d'albumine dans les urines.

2° *Obstétrical.* — Utérus de 27 centimètres dévié à droite.

Palpation : tête au détroit supérieur, dos à gauche, membres à droite.

Auscultation fœtale positive à gauche.

Toucher : vulvo-vaginite, col fermé, tête accessible. Promontoire accessible à 10 centimètres $\frac{3}{4}$. O. I. G. A.

Examens ultérieurs :

7 décembre 1922 : O. I. G. A. Albuminurie légère, régime lacté.

21 décembre 1922 : dos à droite, auscultation positive à droite, *siège en bas*.

22 décembre 1922 : version par manœuvres externes facile. Albuminurie de plus de 0,10 centigr. Céphalée légère.

24 décembre 1922 : hémoclasie digestive positive au lait.

7 février 1923 : hémoclasie digestive positive à l'eau.

Accouchement : I pare.

18 février 1923 : à 2 heures, col en voie d'effacement et perte de sang. Utérus de 31 centim. O. I. G. T.

Début du travail à 2 heures.

Début de la dilatation à 10 heures.

Marche de la dilatation : 10 h. 0,50 ; 15 h. 2 Fr. ; 21 h. 2 Fr. (col épaissi et infiltré), membranes épaisses, rugueuses, poche des eaux peu saillante. Administration de 1 gr. 50 de quinine. Les contractions s'arrêtent.

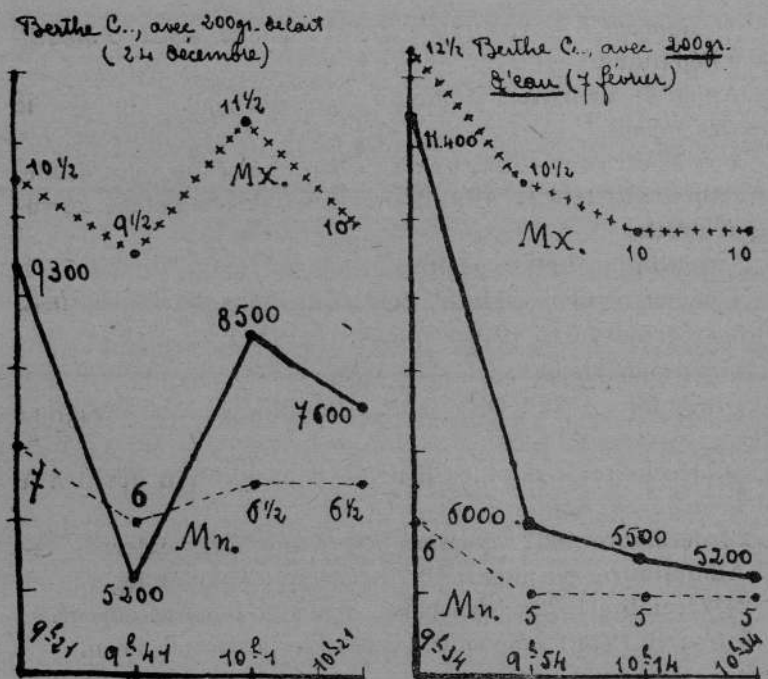
Elles ne reprennent que le 19 vers 10 heures : dilatation de 5 Fr.

Rupture artificielle des membranes à -petite palmaire : liquide amniotique normal.

Expulsion naturelle du fœtus à midi : fille bien portante de 3 kilogr. 385.

Délivrance naturelle par la face fœtale un quart d'heure après l'accouchement.

Suites de couches : normales.



OBSERVATION IV

Madame Clotilde B..., 20 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 53 ans de cancer. Mère bien portante. Une sœur et deux frères morts en bas-âge ; un frère et une sœur bien portants.

Antécédents physiologiques. — Mode d'allaitement ? Premiers pas ? Puberté à 12 ans ; règles régulières.

Antécédents pathologiques. — A 12 ans, néphrite albuminurique s'étant accompagnée d'hématuries. Puis péritonite : pendant 8 jours glace sur le ventre, repos au lit et régime lacté pendant 4 mois. A 18 ans, céphalée diurne très violente pendant un mois.

PRIMIPARE.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques* :

Dernières règles du 10 au 14 avril 1922. Apparition des mouvements actifs en octobre.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : au début, vomissements alimentaires et légère constipation. Pendant les deux premiers mois, céphalées continues.

Appareil urinaire : pas d'albumine dans les urines.

2° *Examen à l'entrée* :

A) *Général.* — Ne présente rien de particulier. Rien chez cette malade ne fait penser à l'insuffisance hépatique à part la céphalée tenace.

B) *Obstétrical.* — Hauteur utérine : 28 centimètres sur la ligne médiane.

Palpation : tête en bas engagée, dos à gauche, petits membres à droite.

Auscultation positive à gauche.

Toucher : tête (sommet) accessible.

3° *Examens ultérieurs* :

17 janvier 1923 : hémoclasie digestive positive avec 200 grammes d'eau. Ni albumine, ni urobiline dans les urines.

10 février 1923 : hémoclasie digestive positive en laissant la malade à jeûn. Ni albumine, ni urobiline dans les urines.

Accouchement. — 1 pare.

17 février 1923 : 7 heures, col en voie d'effacement. Hauteur utérine : 28 centimètres. O.I.D.P.

Début de la dilatation à 8 heures.

Marche de la dilatation : 10 h. 2 Fr.; midi 5 Fr.

Rupture spontanée, précoce des membranes à 7 heures : liquide amniotique normal.

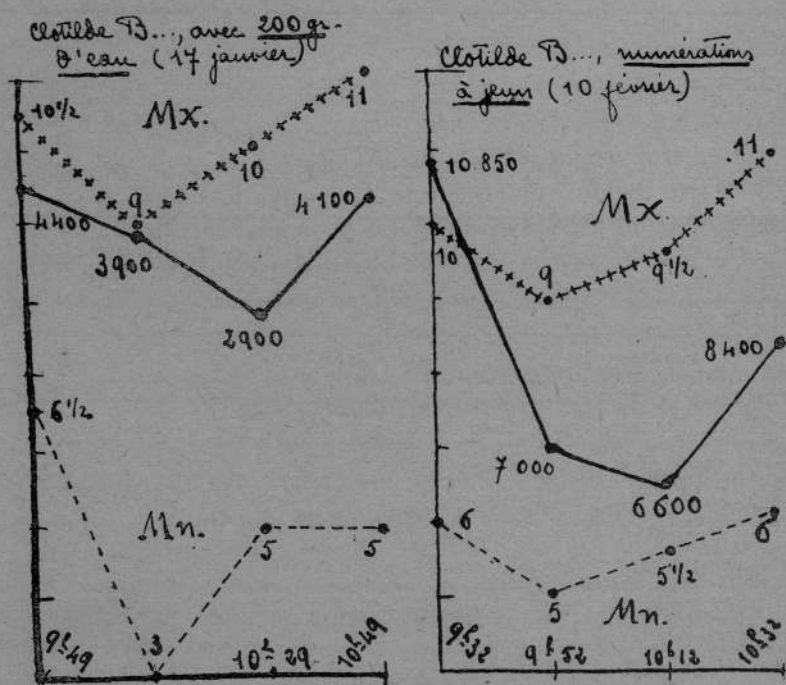
Dégagement en O.P.

Expulsion naturelle du fœtus : garçon bien portant de 3 kilogr. 920.

Épisiotomie : trois points de suture.

Délivrance : naturelle par la face fœtale.

Suites de couches : normales.



2° RÉSULTATS DISCUTABLES : 3.

OBSERVATION V

Madame Albertine B..., entrée le 27 décembre 1922, 16 ans, cultivatrice.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte jeune (hématoméses). Deux frères et trois sœurs bien portants. Un frère mort en bas-âge.

Antécédents physiologiques. — Mode d'allaitement ? Premiers pas ? Puberté à 11 ans ; règles normales.

Antécédents pathologiques. — Rhumes fréquents pendant l'hiver.

PRIMIPARE.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques* :

Dernières règles ? Apparition des mouvements actifs ?

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : vomissements alimentaires pendant un mois. Céphalée sus-orbitaire tenace persistante depuis le début.

Appareil génital : pertes blanches très abondantes. Au début de la grossesse pertes rosées, peu abondantes à l'époque des règles.

2° *Examen à l'entrée* :

A) *Général.* — Appareil digestif : aucun signe d'insuffisance hépatique à part la céphalée habituelle.

Appareil urinaire : point douloureux dans la région costolombaire. Pas d'albumine dans les urines.

B) *Obstétrical.* — Hauteur utérine : 22 centimètres sur la ligne médiane.

Palpation : dos à gauche, petits membres à droite, tête en bas engagée.

Auscultation positive à gauche.

Toucher : col fermé. Tête accessible.

3° *Examens ultérieurs* :

3 janvier 1923 : pyélonéphrite droite avec céphalée sus-orbitaire et point douloureux costolombaire. Traces d'albumine : régime lacté.

4 janvier 1923 : persistance de la céphalalgie ; point douloureux plus accusé. Température : 37°9. Sulfate de soude : 10 grammes.

9 janvier 1923 : hémoclasie digestive discutable ; 9 h. 25 : 4.900, 13½-8 ; 9 h. 45 : 5.100, 13-5½ ; 10 h. 5 : 3.500, 12-6½ ; 10 h. 25 : 8.600, 10-5. Urines : traces d'albumine, pas d'urobiline.

Accouchement. — I pare.

12 janvier 1923 : col en voie d'effacement. O.I.G.A.

Début de la dilatation à 6 heures.

Marche de la dilatation : à 10 h. 5 Fr.; à 11 heures petite palmaire.

Dilatation complète à 11 h. 30.

Rupture spontanée des membranes à dilatation complète.

Dégagement en O.P.

Expulsion naturelle du fœtus à 13 heures : garçon de 3 kilogr. 180.

Déchirure du périnée : deux points de suture.

Délivrance naturelle par la face fœtale.

Suites de couches : grippe avec angine pultacée.

OBSERVATION VI

Madame Lydia C..., entrée le 22 décembre 1922, 29 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein. Premiers pas à 14 mois. Puberté à 17 ans ; règles régulières, abondantes, un peu douloureuses, durant environ huit jours.

Antécédents pathologiques. — Rougeole dans l'enfance ; crise de rhumatisme articulaire aigu en 1916, portant surtout sur les membres inférieurs.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse en 1918 : accouchement normal à terme : garçon bien portant nourri au sein. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse en 1921 : accouchement normal à terme à la clinique : garçon nourri au sein, bien portant. Suites de couches normales.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques* :

Dernières règles du 25 au 28 mai 1922.

Apparition des mouvements actifs à la fin août.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : vomissements glaireux les premiers mois, surtout matutinaux. Pas de constipation.

Appareil respiratoire : bronchite au commencement de décembre qui a duré une quinzaine de jours.

Appareil circulatoire : bruits du cœur normaux.

Système nerveux : *céphalée* persistante pendant toute la durée de la grossesse, diurne et nocturne ; éblouissements, vertiges, crampes dans les orteils.

Appareil urinaire : quelques douleurs lombaires. Pas d'albumine dans les urines.

Accidents divers : en octobre, la malade a eu une perte de sang s'accompagnant de vives douleurs lombaires. Au moment de la bronchite, nouvelle perte de sang pendant 3 jours.

2° Examen à l'entrée :

A) *Général*. — Squelette : raccourcissement et atrophie de la jambe droite : luxation congénitale de la hanche de ce côté.

Appareil digestif : rien ne fait soupçonner l'existence d'une insuffisance hépatique latente, si ce n'est la *céphalée* persistante et la présence d'albumine dans les urines à l'entrée de la malade à la clinique, albumine qui a d'ailleurs disparu.

Seins normaux, bien développés.

B) *Obstétrical*. — Inspection : abdomen longitudinalement développé, utérus dévié à droite. Hauteur utérine : 36 centim.

Palpation : dos à droite, membres à gauche ; tête amorcée.

Auscultation positive à droite de la ligne médiane.

Toucher : promontoire accessible : bassin de la forme luxation congénitale de la hanche avec aplatissement du côté sain.

3° Examens ultérieurs :

8 janvier 1923 : hémoclasie digestive discutable : 9 h. 27 : 4.200, 10 $\frac{1}{2}$ -6 ; 9 h. 47 : 3.900, 10-5 ; 10 h. 7 : 5.200, 10-5 ; 10 h. 27 : 3.000, 10-6. Urines : pas d'albumine, pas d'urobiline.

Accouchement^{re} : III pare.

4 février 1923 : O. I. D. P.

21 heures : dilatation de 1 Fr., poche des eaux intacte.

Dilatation complète à 23 heures 30.

Rupture spontanée des membranes à dilatation complète : liquide aminotique normal.

Dégagement en O. P.

Expulsion naturelle du fœtus à 23 h. $\frac{3}{4}$: garçon bien portant de 3 kilogr. 150.

Délivrance naturelle par la face fœtale.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VII

Madame Olympe G..., entrée le 27 décembre 1922, 27 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Mère morte en couches.

Antécédents physiologiques. — Mode d'allaitement ? Premiers pas à 17 mois. Puberté à 15 ans ; règles normales.

Antécédents pathologiques. — Au début de la cinquième grossesse (commencement 1921), la malade a éprouvé une grande fatigue et a présenté quelques petites hémoptysies. Elle a été traitée à l'hôpital Saint-André par le régime récalcifiant ; on aurait alors porté le diagnostic de tuberculose au début ? La malade a été ensuite en convalescence à la campagne, puis elle est venue accoucher à la clinique où elle a encore souffert d'un point de côté.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse : accouchement à terme. Rétention placentaire. Enfant bien portant. 1914.

Deuxième grossesse : accouchement normal à terme : enfant bien portant nourri au sein. 1916.

Troisième grossesse : accouchement normal à terme : enfant bien portant nourri au sein. 1918.

Quatrième grossesse : accouchement normal à terme : enfant bien portant, nourri au sein. 1920.

Cinquième grossesse : accouchement normal à terme : enfant bien portant, nourri au sein pendant deux mois. 1921.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques :*

Dernières règles du 29 au 31 mars.

Apparition des mouvements actifs en août.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : vomissements et constipation par intermittences au commencement de la grossesse.

Appareil pulmonaire : l'auscultation ne révèle rien de particulier.

Appareil urinaire : pas d'albumine dans les urines.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Général.* — Appareil digestif : aucun signe d'insuffisance hépatique.

Appareil urinaire : traces d'albumine dans les urines.
Seins normaux.

B) *Obstétrical.* — Hauteur utérine : 32 centimètres.

Inspection : abdomen longitudinalement développé, utérus dévié à droite.

Palpation : tête engagée ; dos à gauche, membres à droite.

Auscultation positive à gauche de la ligne médiane.

Toucher : col entr'ouvert, tête (sommet) accessible. Bassin normal.

Diagnostic : O. I. G. A.

3° *Examens ultérieurs :*

10 janvier 1923 : hémoclasie digestive discutable : 9 h. 29 : 6.500, 11-4 ; 9 h. 49 : 6.500, 9½-4 ; 10 h. 9 : 4.900, 10-3½ ; 10 h. 29 : 6.100, 10-4½. Pas d'urobiline dans les urines.

Accouchement. — VI pare.

20 janvier 1923 : à 23 heures, dilatation de 0,50 ; hauteur utérine : 32 centimètres. O. I. G. A.

21 janvier 1923 : à 1 heures, dilatation de 2 Fr. ; à 2 heures, petite palmaire. Dilatation complète à 3 heures.

Rupture spontanée précoce des membranes : liquide amniotique normal.

Expulsion naturelle du fœtus à 3 h. 45 : fille bien portante de 3 kilogr. 225.

Délivrance naturelle par la face fœtale.

Suites de couches normales.

3° RÉSULTATS NÉGATIFS : 2.

OBSERVATION VIII

Madame Catherine H... (X. 8), 31 ans, cultivatrice.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 76 ans de tumeur abdominale. Mère bien portante. Un frère mort de la grippe en 1918 ; deux sœurs bien portantes.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein. Premiers pas à 13 mois. Puberté à 14 ans ; règles normales.

PRIMIPARE.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques :*

Dernières règles du 16 au 22 avril 1922.

Apparition des mouvements actifs en septembre.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : constipation légère. Céphalées frontales très fréquentes. Appareil urinaire : albuminurie légère.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Général.* — La céphalée persiste ; l'albuminurie aussi : régime lacté.

B) *Obstétrical.* — Hauteur utérine : 37 centimètres sur la ligne médiane.

Palpation : tête en bas, engagée ; dos à gauche, petits membres à droite.

Auscultation positive à gauche.

Toucher : tête accessible. O. I. G. A. Bassin normal.

3° *Examens ultérieurs :*

19 janvier 1923 : hémoclasie digestive négative : 9 h. 56 : 4.000, 11-7½ ; 10 h. 16 : 5.800, 10-7½ ; 10 h. 36 : 4.650, 10-8 ; 10 h. 56 : 4.500, 10-8½. Albuminurie, mais pas d'urobilinurie.

En examinant la malade, on s'aperçoit qu'elle présente une grosseur au niveau du cou. Par la palpation, on constate l'existence d'un goître assez volumineux, qui s'accompagne de tachycardie et d'une légère exophtalmie.

Accouchement. — I pare.

30 janvier 1923 : col en voie d'effacement. O. I. G. A.

Marche de la dilatation : 9 h. 0,50 ; 11 h. 1 Fr. ; midi 5 Fr. ; 13 h. petite palmaire ; 13 h. 30, grande palmaire.

Dilatation complète à 14 heures.

Rupture spontanée précoce des membranes : liquide amniotique normal.

Dégagement en O. P.

Extraction du fœtus par une application de forceps au détroit inférieur, pour inertie utérine et souffrance fœtale à 16 heures : garçon vivant de 3 kilogr. 340.

Déchirure du périnée : quatre points de suture.

Délivrance naturelle par la face fœtale.

Suites de couches normales.

OBSERVATION IX

Madame Lucie M..., 25 ans, ouvrière d'usine.

Antécédents héréditaires. — Père en bonne santé ; mère décédée.

Antécédents physiologiques. — Allaitement naturel jusqu'à un an. Puberté à 13 ans ; règles normales.

Antécédents pathologiques. — Rougeole et coqueluche.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse, d'un autre père, à 17 ans ; accouchement normal d'une fille nourrie au sein jusqu'à 17 mois. Suites de couches normales.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques* :

Dernières règles du 10 au 12 mai 1922.

Apparition des mouvements actifs à la fin août.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : vomissements les trois premiers mois. Pas de constipation.

Appareil respiratoire : grippe.

Système nerveux : éblouissements, tournements de tête, syncopes.

Appareil uro-génital : *Albuminurie* ; pertes blanches.

2° *Examen à l'entrée* :

A) *Général*. — Aucun signe d'insuffisance hépatique ; mais *albuminurie*.

B) *Obstétrical*. — Inspection : abdomen longitudinalement développé, utérus dévié à droite. Hauteur utérine : 38 centim.

Palpation : dos à droite, petits membres à gauche.

Auscultation fœtale positive à droite.

Toucher : tête (sommet) accessible.

2 février 1923 : hémoclasie digestive négative : 9 h. 36 : 3.100, 14-6½ ; 9 h. 56 : 4.400, 14-6½ ; 10 h. 16 : 3.100, 13½-6½ ; 10 h. 36 : 3.900, 14½-7.

Accouchement. — II pare.

14 février 1923 : à 4 h. 30, 50 centimes ; hauteur utérine : 40 centimètres. O. I. D. P.

Rupture des membranes la veille à 23 heures. Liquide abondant.

Dilatation complète à 9 h. 30.

Dégagement en O. P.

Expulsion naturelle du fœtus : fille vivante de 4 kilogr. 200.

Délivrance naturelle et complète par la face fœtale.

Suites de couches normales.

C) **Troisième catégorie : Femmes anormales
mais non hépatiques.**

1° **RÉSULTAT DISCUTABLE : 1.**

OBSERVATION X

Madame Rachel A..., entrée le 28 décembre 1922, 24 ans, femme de service.

Antécédents héréditaires. — Pupille de l'Assistance publique.

Antécédents physiologiques. — Allaitement mixte. Premiers pas ? Puberté à 16 ans ; règles normales.

Antécédents pathologiques. — Mari mort en décembre 1922 à Cadillac, probablement de paralysie générale.

PRIMIPARE.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques :*

Dernières règles du 25 mars au 1^{er} avril ; fin avril petite perte rosée.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : ni nausées, ni vomissements.

Appareil uro-génital : vives douleurs lombaires au troisième mois avec constipation ; mais sans albumine ni perte de sang ; guérison au bout de huit jours.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Général.* — Ne présente rien de particulier. Aucun signe d'insuffisance hépatique. Wassermann négatif dans le sang.

B) *Obstétrical.* — Inspection : abdomen longitudinalement développé, utérus dévié à gauche.

Palpation : tête en bas, dos à gauche, pas d'engagement.

Auscultation positive à gauche.

Toucher : tête non engagée.

3° *Examens ultérieurs :*

7 janvier 1923 : hémoclasie digestive discutable. Pas d'uro-biline dans les urines.

Accouchement. — 1 pare.

9 février 1923 : à 10 heures, on trouve une auscultation négative avec une dilatation de 2 Fr. A 15 heures, dilatation de 5 Fr. ; les bords du col deviennent épais : on sent des membranes qui sont appliquées contre le cuir chevelu du fœtus et que l'on déchire. Aucun liquide ne s'écoule. On fait 1 cc. d'hypophysine : les contractions deviennent plus fortes cinq minutes après et la dilatation se complète rapidement.

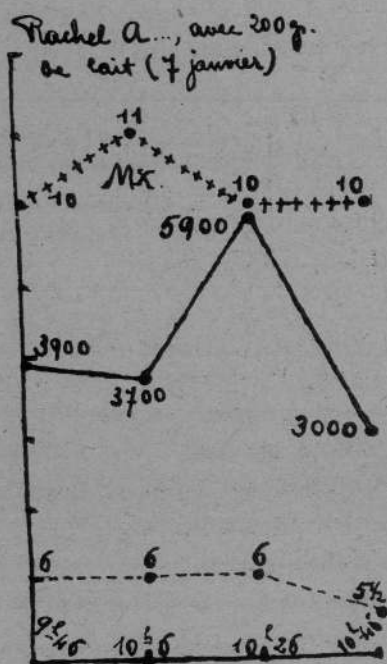
A ce moment, on croit entendre au-dessus de la symphyse des bruits non absolument synchrones au pouls de la mère.

On fait une application de forceps dans l'excavation. On extrait un enfant dont la mort paraît remonter à 24 heures environ.

Episiotomie : cinq points de suture.

Délivrance naturelle par la face fœtale.

Suites de couches normales.



2° RÉSULTATS NÉGATIFS : 5.

OBSERVATION XI

Madame Hélène G..., entrée le 31 janvier 1923 ; ménagère.

Antécédents héréditaires.—Père mort à 48 ans (albumine).

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein jusqu'à un an. Premiers pas à 12 mois. Puberté à 15 ans : règles normales.

PRIMIPARE.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques* :

Dernières règles du 24 au 29 mai 1922.

Apparition des mouvements actifs en août 1922.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil génito-urinaire : pertes blanches très abondantes. Pas d'albumine dans les urines.

Autres appareils : rien à signaler.

2° *Examen à l'entrée* :

a) *Général.* — Appareil digestif : aucun phénomène n'attire l'attention du côté du foie.

Appareil génital : à l'entrée de la malade dans le service, on constate au palper abdominal dans la fosse iliaque droite, le long du bord droit de l'utérus, l'existence d'une tumeur réniforme, sensible au toucher, de la grosseur d'une mandarine environ. Cette tumeur paraît pédiculée et mobile par rapport à l'utérus. La malade n'accuse dans son passé, aucun phénomène douloureux du côté du ventre. La tumeur n'est pas perçue par le toucher vaginal.

Urines : pas d'albumine, pas d'urobiline.

b) *Obstétrical.* — Inspection : ventre en obusier. Hauteur utérine : 35 centimètres sur la ligne médiane.

Palpation : tête en bas, engagée ; dos à droite, petits membres à gauche.

Toucher : sommet accessible. O. I. D. P.

3° *Examens ultérieurs* :

4 février 1923 : hémoclasie digestive négative (très forte hyperleucocytose). 9 h. 52 : 14.900, 12-6 ; 10 h. 12 : 16.200, 10-6 ; 10 h. 32 : 15.000, 16-6 ; 10 h. 52 : 16.600, 9½-6. Ni albumine, ni urobiline dans les urines.

Accouchement. — I pare.

4 février 1923 : à 14 heures, dilatation de 1 Fr., O.I.D.P. La dilatation n'augmente plus jusqu'à minuit.

5 février 1923 : marche de la dilatation : 1 h. 5 Fr. ; 3 h. petite palmaire ; 4 h. grande palmaire.

Dilatation complète à 4 h. 30.

Rupture spontanée précoce des membranes à la dilatation de 1 Fr. Dégagement en O. P.

Expulsion naturelle du fœtus : garçon bien portant de 3 kilogrammes.

Délivrance naturelle par la face fœtale.

Suites de couches. — Au moment de l'accouchement, et immédiatement après, on ne retrouve plus la tumeur.

Le 10 février, vers 4 heures du matin, crise douloureuse au niveau de la fosse iliaque et du flanc gauches. Crise aiguë arrachant des cris à la malade, s'accompagnant de vomissements bilieux. Il est difficile de faire préciser la nature de cette douleur : « comme si j'accouchais, dit la malade, mais sans interruptions. » Cette crise dure 4 à 5 heures et se termine spontanément après l'application de quelques pansements humides chauds sur le ventre.

Quand on examine la malade vers 10 h. 30, le ventre est souple au niveau des deux fosses iliaques, non douloureux. Sur la ligne médiane, on trouve une masse arrondie, remontant au-dessus de l'ombilic, qu'on prend d'abord pour le fond de l'utérus surélevé par la vessie distendue. Mais un examen plus attentif permet de se rendre compte que la vessie est vide et que cette masse, de la grosseur d'une grenade environ, est mobile dans tous les sens et complètement indépendante de l'utérus. L'utérus est en effet involué normalement : petit, en antéversion, son fond ne remontant pas à plus de deux ou trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Entre lui et la tumeur existe un sillon où l'on enfonce facilement les doigts. Les mouvements imprimés à cette tumeur, très mobile, ne se transmettent pas à l'utérus. La consistance de la tumeur est rénitente. On a l'impression qu'il s'agit d'une tumeur liquide, mais possédant une certaine tension.

OBSERVATION XII

Madame Marie H..., entrée le 13 novembre 1922, 25 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Néant,

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein. Premiers pas à 16 mois. Puberté à 15 ans. Règles régulières, douloureuses, assez abondantes, durant quatre à cinq jours.

Antécédents pathologiques. — ?....

PRIMIPARE.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques :*

Dernières règles du 4 au 8 mars 1922.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : aucun trouble notable.

Appareil génital : quelques pertes blanches.

Accidents divers : la malade se plaint d'une sensation d'étouffement au niveau du creux épigastrique.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Général.* — Appareil digestif : aucun symptôme subjectif ni d'insuffisance hépatique.

Appareil urinaire : pas d'albumine dans les urines.

Mamelles : glande bien conformée, aréole secondaire, collostrum à la pression.

B) *Obstétrical.* — Inspection : ventre en obusier, projeté en avant. Utérus développé en hauteur : 38 cm.

Palpation : contractions utérines assez fréquentes. Tête non engagée, mobile au-dessus du détroit supérieur. Sièges à gauche ballotant comme une tête, dos à droite.

Auscultation fœtale positive à gauche.

Toucher : vaginite granuleuse, col non déhiscent. Tête accessible.

Bassin normal.

3° *Examens ultérieurs :*

8 décembre : hydramnios qui semble être survenu progressivement. Troubles de compression (gêne respiratoire dans la position couchée, douleur au creux épigastrique survenus de même progressivement). Régime déchloruré, théobromine.

Douleurs dans la région épigastrique et le flanc droit. Rien du côté des reins, l'uretère et le bassin. Abdomen tendu, mais contractions utérines fréquentes. L'abdomen s'est beaucoup

développé depuis l'entrée de la malade dans le service. Hauteur de l'utérus : sur la ligne médiane, 40 centimètres; 45 jusqu'à la corne utérine droite. Météorisme au creux épigastrique.

Palpation : on sent un pôle fœtal dur et résistant sous les fausses côtes droites, qui paraît être une tête, et un deuxième pôle dans la fosse iliaque gauche. Excavation vide, col long et fermé.

Etant données les difficultés de la palpation, on fait quelques réserves sur la possibilité d'une grossesse gémellaire.

9 décembre : ponction de l'œuf à travers la paroi abdominale. Le liquide clair s'écoule lentement; on en retire 2 litres. Bruits du cœur fœtal normaux. Hauteur utérine après la ponction : 35 centimètres sur la ligne médiane.

10 décembre : vomissements, céphalée. Puis tout disparaît. Les douleurs dans l'épigastre et dans le flanc se calment. Un peu de sensibilité au niveau du point de la ponction. Il paraît n'y avoir qu'un seul fœtus en présentation du siège. A la suite de la ponction, la grossesse continue; mais le liquide se reforme et le ventre reprend progressivement ses dimensions antérieures.

23 décembre : hémoclasie digestive négative :

9 h. 19 : 6100, 12 $\frac{1}{2}$ -8; 9 h. 39 : 7200, 11-8; 9 h. 59 : 9500, 12-9; 10 h. 19 : 9200, 11 $\frac{1}{2}$ -8.

Accouchement :

26 décembre 1922 : utérus de 47 centimètres, douleurs régulières. Col perméable permettant le passage de deux doigts. L'œuf étant tendu, on tente une ponction haute au niveau du pôle inférieur. La malade s'étant débattue, l'incision se trouve élargie. On sent alors la tête, qui est élevée et très ossifiée. On constate alors la présence d'un seul mais gros enfant, avec la tête au-dessus du détroit supérieur, le dos à droite et en arrière, le siège dans le flanc droit.

27 décembre 1922 : les douleurs cessent. L'utérus mesure 42 centimètres. On applique un ballon de Champetier de Ribes à 11 heures. Le ballon est expulsé à 19 h. 30. Le fœtus change de position : dos à gauche.

A 22 heures, la tête est fixée au détroit supérieur : fontanelle postérieure en avant et à gauche. La suture sagittale ne

peut être suivie à cause de la bosse séro-sanguine. Application de forceps en O. I. G. A. Engagement et descente longs; fortes tractions. Après dégagement de la tête, dystocie des épaules. Le bras antérieur apparaît soudain, pendant qu'on cherche à fixer l'épaule antérieure; on achève son dégagement en tirant légèrement sur le pli du coude; mais il se produit une fracture de l'humérus au tiers supérieur.

L'enfant, étonné, respire au bout de quelques minutes, grâce à l'aspiration des mucosités. On obtient le premier cri au bout d'un quart d'heure environ.

Prise du forceps incorrecte : fronto-occipitale.

Rétraction utérine normale.

Délivrance naturelle, 20 minutes après; mais léger état de choc avec affaiblissement du pouls, refroidissement et lipothymie qui cède au bout de quelques instants : huile camphrée, ergotine.

Après l'expulsion, on constate que l'utérus présente une corne droite beaucoup plus développée que la gauche.

Suite de couches : normales. L'enfant meurt le quatrième jour.

OBSERVATION XIII

Madame Marie G..., entrée le 12 novembre 1922, 22 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Deux sœurs mortes en bas âge.

Antécédents physiologiques. — Nourrie au sein. Premiers pas ? Puberté : 14 ans. Règles irrégulières, peu abondantes, non douloureuses, d'une durée de 2 à 3 jours.

Antécédents pathologiques. — Coqueluche à 9 mois, rougeole à 12 ans. Grippe en 1918, nécessitant 8 jours de lit. Albuminurie consécutive pendant 2 mois.

PRIMIPARE.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques* :

Dernières règles du 24 au 28 avril 1922.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : nausées, pas de vomissements. Appétit conservé, constipation opiniâtre. Aucun signe d'insuffisance hépatique.

Appareil urinaire : quelques douleurs lombaires, polyurie et pollakiurie. Urines : pas d'albumine, pas d'urobiline.

Appareil génital : pertes blanches abondantes.

2° Examen à l'entrée :

A) *Général.* — Rien de particulier. Seins normaux.

B) *Obstétrical.* — Inspection : abdomen longitudinalement développé, utérus dévié à droite.

Palpation : tête en bas, dos à gauche.

Auscultation fœtale : positive, mais difficile.

Toucher : tête fœtale accessible.

Bassin : promontoire accessible (10 centimètres), existence d'un faux promontoire.

3° Examens ultérieurs :

20 décembre 1922 : hémoclasie digestive négative.

30 décembre 1922 : céphalée tenace; pas d'albumine.

Accouchement. — Primipare.

11 janvier 1923 : col déhiscent. Utérus de 39 centimètres.

O. I. D. P.

Première contraction douloureuse : 13 heures. Poche des eaux bombée.

Par suite de la tension de l'œuf et de l'arrêt du travail (dilatation ne progressant pas au-delà de petite palmaire), on rompt les membranes le 14 janvier 1923, à 17 heures. Le liquide s'écoule en abondance. Malgré cela, l'abdomen reste tendu.

Reprise des douleurs, qui s'espacent de nouveau, puis disparaissent. A ce moment, dilatation grande palmaire. La femme est très fatiguée. Les bruits du cœur fœtal se modifient. On décide d'intervenir.

La femme sous chloroforme, on complète la dilatation manuellement et on fait une application de forceps. La tête est petite, mal ossifiée, en droite transverse. La saillie du promontoire, très prononcée, rend l'application difficile. L'introduction de la main guide et, de la première branche, fait remonter la tête fœtale, et l'introduction de la deuxième branche est très

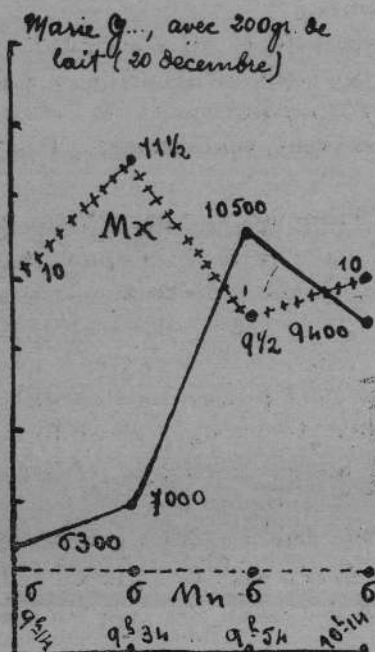
pénible. Cependant, l'extraction est facile : il s'agit d'un petit fœtus (1.900 gr.).

L'abdomen reste toujours volumineux; le doute n'est plus permis : l'introduction de la main droite décèle une nouvelle poche des eaux qu'on rompt. Le liquide sort en abondance. Il s'agit d'une deuxième présentation du sommet. La tête, encore au-dessus du détroit supérieur, est plus ossifiée et plus volumineuse que la précédente. Dans ces conditions, et dans la crainte d'avoir une rétraction du col sur la tête dernière, on abaisse cette tête par expression utérine jusqu'à ce qu'elle s'applique au détroit supérieur, et l'on fait une nouvelle application en gauche transverse. La descente et l'extraction ne présentent pas de difficultés. L'enfant est un peu plus gros que le premier (2 kil. 300). Le cordon est excessivement court.

Délivrance naturelle.

Suites de couches normales.

Les deux enfants meurent à quelques jours d'intervalle.



OBSERVATION XIV

Madame Alberte L..., entrée le 8 décembre 1922, 20 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — N'a pas connu ses parents.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au biberon. Puberté à 12 ans. Règles régulières, assez abondantes, douloureuses, durant 3 à 4 jours.

Antécédents pathologiques. — Scarlatine à 10 ans. Rougeole à 11 ans; pleurésie il y a trois ans, complication d'une grippe qui aurait duré environ trois semaines. Opération il y a un an pour hémorroïdes et fissure anale (dans le service de M. Duvergey).

GROSSESSE ACTUELLE.

PRIMIPARE.

1° *Anamnestiques :*

Dernières règles du 1^{er} au 5 avril 1922.

Apparition des mouvements actifs en août.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : nausées sans vomissements. Pas de constipation. Anoréxie légère.

Appareil urinaire : urines : pas d'albumine.

Appareil génital : pertes blanc jaunâtre, abondantes. Légère perte de sang au cours du huitième mois, qui ne s'est pas renouvelée.

2° *Examen à l'entrée :*

Peau normalement pigmentée. Parenthèse tibiale.

Seins normaux. Aucun signe d'insuffisance hépatique.

Inspection : utérus développé verticalement, dévié à droite, mesurant 33 centimètres.

Palpation : tête amorcée, dos à gauche, membres à droite.

Auscultation fœtale positive à gauche de la ligne médiane.

Toucher : col déhiscent, tête (sommet) accessible. Bassin normal.

3° *Examens ultérieurs :*

21 décembre 1922 : hémoclasie digestive : négative :
9 h. 24 : 5500, 11-7; 9 h. 44 : 6100, 12-7; 10 h. 4 : 5400, 12 ½-7;
10 h. 24 : 7500, 13-7.

30 décembre 1922 : à environ 8 mois et demi de la grossesse, perte d'un flot de liquide blanchâtre avec quelques filets de sang.

31 décembre 1922 : douleurs lombaires vives (pyélonéphrite droite) et sensibilité aux points costo-lombaire et urétéraux. Urines troubles et fièvre. Régime lacté et urotropine. Au toucher, on sent les membranes et la tête qui est engagée.

Accouchement. — Primipare.

Début du travail : 4 janvier 1923, chute de la température.

11 heures : dilatation de 2 francs, poche des eaux bombée, tête élevée. Dans la nuit, situation stationnaire, contractions irrégulières.

5 janvier 1923 : aucune modification. A 16 heures, rupture artificielle de la poche des eaux. Ballon de Champetier de Ribes dans le vagin. A 16 heures, expulsion du ballon. Contractions irrégulières. Dilatation petite palmaire. Col un peu épais relativement dilatable. Tête fixée au détroit supérieur en O. I. D. T.

Application de forceps sous chloroforme ; anesthésie un peu prolongée. Le col résiste. Extraction après tractions modérées. Rotation un peu difficile. Episiotomie. L'enfant, dont la prise était correcte, ne respire pas. Bruits du cœur ralentis. Au bout de deux heures de respiration artificielle, on arrive à obtenir une inspiration par minute. Mais l'enfant meurt une demi-heure après. La ponction lombaire ramène du sang pur.

Délivrance naturelle.

Suites de couches. — *Ictère par rétention*, apparu deux jours après l'accouchement chez une malade ayant présenté une pyélonéphrite droite de la fin de la grossesse et ayant subi une application de forceps sous anesthésie au chloroforme assez prolongée.

OBSERVATION XV

Madame Georgette Y..., 25 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein maternel. Premiers pas à un an. Puberté à 11 ans et demi. Règles abondantes, non douloureuses, régulières.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à 3 ans; grippe à forme pulmonaire en 1919.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse à 22 ans : avortement de 3 mois et demi; curetage.

Deuxième grossesse en 1920 : accouchement à terme. Rupture de la poche des eaux trois jours avant. Utérus tétanisé, tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Procidence du cordon. Auscultation fœtale négative; morphine, puis basiotripsie.

Extraction pénible de la tête. Bras abaissés au crochet. Enfant de 2 kil. 920 sans la matière cérébrale.

Délivrance artificielle : placenta de 600 gr. Fièvre du troisième au sixième jour des suites de couches. Etat satisfaisant à la sortie au quinzième jour. Bassin généralement rétréci avec 8 centimètres et demi de diamètre utile.

Troisième grossesse : avortement de 2 mois en 1920.

Quatrième grossesse le 25 janvier 1922; opération césarienne avant tout début de travail, sous chloroforme. Technique habituelle; aucun incident opératoire. Fille un peu étonnée de 2 kil. 250. Suites de couches normales.

GROSSESSE ACTUELLE.

VPARE.

1° *Anamnestiques :*

Dernières règles : la malade, qui nourrissait, n'a pas eu ses règles depuis sa césarienne.

Apparition des mouvements actifs vers octobre (?). L'âge présumé de la grossesse serait donc de 8 mois et demi.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : vers le commencement de juillet, vomissements ali-

mentaires et nausées pendant environ 3 semaines. Pas de constipation.

Appareil génito-urinaire : pas de pertes, pas d'albumine dans les urines.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Général.* — Ne présente rien de particulier. Aucun signe d'insuffisance hépatique. Seins normaux.

B) *Obstétrical.* — Inspection : abdomen longitudinalement développé, présentant sur la ligne blanche la cicatrice de la césarienne.

Palpation : tête en bas, mobile, dos à gauche, membres à droite.

Auscultation positive à gauche.

Toucher : bassin généralement rétréci; diamètre promonto-sous-pubien de 10 centimètres, faux promontoire de 8 centimètres et demi.

3° *Examens ultérieurs :*

28 décembre 1922 : hémoclasie digestive négative : 9 h. 40 : 6200, 11 $\frac{1}{2}$ -6; 10 h., 7000, 14-7; 10 h. 20 : 7000, 11-6 $\frac{1}{2}$; 10 h. 40 : 9600, 13 $\frac{1}{2}$ -6 $\frac{1}{2}$.

Accouchement. — Vpare.

26 février 1923 : opération césarienne sous chloroforme, avant tout début de travail. Technique habituelle. Aucun incident opératoire. Fille vivante et bien portante.

D) **Quatrième catégorie : Femmes enceintes normales.**

1° **RÉSULTATS POSITIFS : 4.**

OBSERVATION XVI

Madame Anna P..., entrée le 28 décembre 1922, 24 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein pendant 5 mois, puis au biberon. Premiers pas (?). Puberté à 11 ans. Règles régulières, peu abondantes, non douloureuses, durant quatre jours.

Antécédents pathologiques. — Grippe en janvier 1919 ayant duré dix-sept jours. Après l'accouchement d'un enfant mort et macéré, Wassermann légèrement positif. Aucun accident depuis.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnétiques :*

Dernières règles du 27 au 31 mars 1922.

Apparition des mouvements actifs fin juillet.

Accidents et complications de la grossesse. — Rien à signaler. Pas d'albumine dans les urines.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Général.* — Squelette et seins normaux. Aucun signe d'insuffisance hépatique. Pas d'albumine dans les urines. Varices des membres inférieurs.

B) *Obstétrical.* — Inspection : abdomen longitudinalement développé, utérus dévié à droite. Hauteur utérine : 32 centimètres.

Palpation : tête engagée, dos à gauche, membres à droite.

Auscultation fœtale positive à gauche de la ligne médiane.

Toucher : col fermé, tête (sommet) accessible. Bassin normal. O. I. G. A.

3° *Examens ultérieurs :*

3 janvier 1923 : hémoclasie digestive + + + + +

11 janvier 1923 : O. I. G. A.

Accouchement. — Primipare.

22 janvier 1923 : col en voie d'effacement; O. I. G. A.

Début du travail à 9 heures.

Début de la dilatation à 9 h. 30 : 0 fr. 50; 12 h. : 1 fr.; 13 h. : 2 fr.

Dilatation complète à 14 heures.

Rupture artificielle des membranes à dilatation complète; liquide amniotique normal.

Dégagement en O. P.

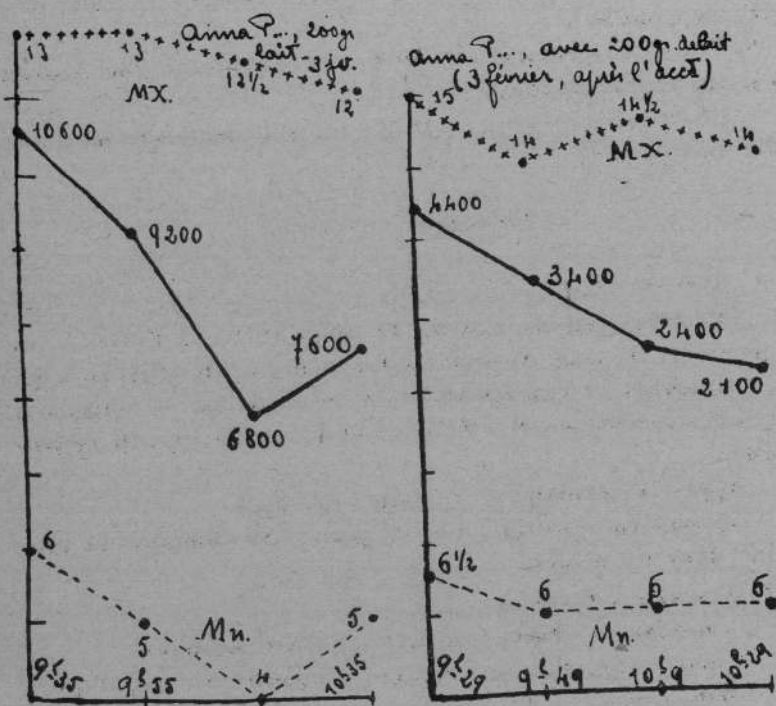
Expulsion naturelle du fœtus à 15 heures : fille bien portante de 3 kil. 130.

Délivrance naturelle par la face fœtale.

Suites de couches normales.

3 février 1923 : hémoclasie digestive + + + + +

Urines : par d'urobiline, pas d'albumine; sucre réducteur :
4 gr. 08.



OBSERVATION XVII

Madame Madeleine G..., entrée le 16 décembre 1922,
32 ans et demi, femme de service.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein maternel jusqu'à 14 mois. Premiers pas (?). Puberté à 15 ans; règles régulières, abondantes, indolores, durant sept à huit jours.

Antécédents pathologiques. — Coqueluche et rougeole.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse en 1911 : fille à terme, morte de broncho-pneumonie à 5 mois et demi.

Deuxième grossesse en 1913 : accouchement à terme; garçon bien portant.

Troisième grossesse en 1916 : accouchement d'un garçon à terme et bien portant.

Quatrième grossesse en 1919 : accouchement à terme d'une fille bien portante.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° Anamnestiques :

Dernières règles du 8 au 11 mars 1922. Le 6 avril, très légère perte de sang. Apparition des mouvements actifs en août.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : vomissements bilieux et alimentaires; pas de constipation.

Appareil circulatoire : quelques crampes.

Appareil uro-génital : pas de pertes. Ni albumine ni urobiline dans les urines.

2° Examen à l'entrée :

A) *Général.* — Peau, squelette et seins normaux.

Appareil digestif : aucun signe d'insuffisance hépatique.

B) *Obstétrical.* — Inspection : utérus de 33 centim., longitudinalement développé, dévié à droite.

Palpation : abdomen tendu ; tête en bas, dos à gauche, membres à droite.

Auscultation foetale positive à gauche de la ligne médiane.

Toucher : col ramolli entr'ouvert, tête non engagée, accessible. Bassin normal.

3° Examens ultérieurs :

29 décembre 1922 : hémoclasie digestive positive.

Accouchement. — Vpare.

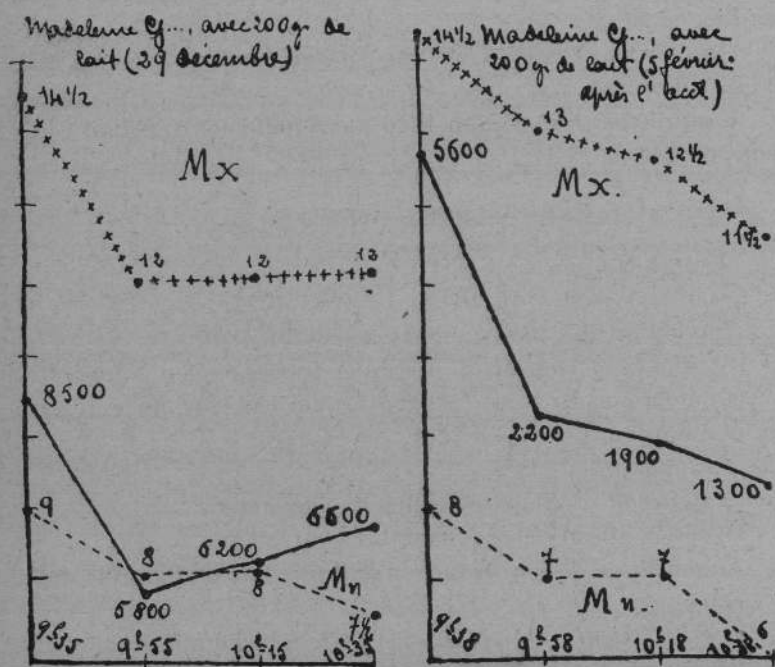
29 janvier 1923 : utérus de 36 centimètres, rupture des membranes ; O. I. G. A. — Liquide amniotique abondant. — Dilatation complète à 16 heures. — Dégagement en O. P. —

Expulsion naturelle du fœtus à 17 heures : garçon vivant de 4 kilogrammes.

Délivrance naturelle à 17 h. 30.

Suites de couches normales.

5 février 1923 : hémoclasie digestive positive.



OBSERVATION XVIII

Madame Fernande F..., entrée le 3 janvier 1923, 35 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein. Premiers pas à 9 mois. Puberté à 11 ans ; règles régulières, abondantes, non douloureuses, durant 4 jours.

Antécédents pathologiques. — Rien de particulier.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse en 1904 : accouchement normal : fille bien portante.

Deuxième grossesse en 1906 : forceps : garçon mort le quatrième jour.

Troisième grossesse en 1907 : accouchement normal : garçon bien portant.

Quatrième grossesse en 1909 : accouchement normal : garçon bien portant.

Cinquième grossesse en 1916 : accouchement normal : fille bien portante.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques* :

Dernières règles du 10 au 14 avril 1922.

Apparition des mouvements actifs fin août.

Accidents et complications de la grossesse. — Nausées et vomissements assez peu fréquents. Varices. Dyspnée légère. Pas d'albumine dans les urines.

2° *Examen à l'entrée* :

A) *Général.* — Seins et squelette normaux.

Dyspnée et varices des membres inférieurs.

Aucun signe d'insuffisance hépatique. Pas d'albumine dans les urines.

B) *Obstétrical.* — Inspection : abdomen longitudinalement développé ; utérus de 36 centimètres.

Palpation : on constate la présence de deux fœtus avec la tête en bas et semblant se faire face.

Auscultation positive sur la ligne médiane.

Toucher : col perméable ; tête (sommet) accessible. Bas-sin normal.

Diagnostic : premier fœtus en O. I. G. A. ; deuxième fœtus en O. I. D. P.

5 janvier 1923 : hémoclasie digestive positive.

Accouchement. — VIpère.

6 janvier 1923 : dilatation de 0,50 ; hauteur utérine : 37 centimètres, Contractions espacées.

Rupture spontanée des membranes à la dilatation de 1 Fr.
Dilatation complète à 8 heures.

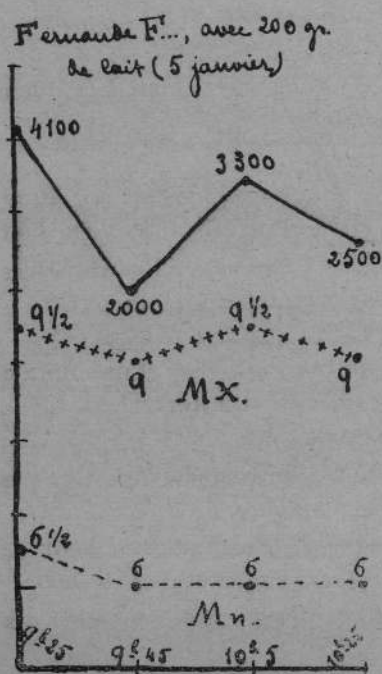
Expulsion du premier fœtus à 8 h. 15 : garçon bien portant de 2 kilogr. 450. Hauteur utérine à ce moment : 31 centim.

Rupture artificielle des membranes pour le deuxième fœtus. Expulsion du deuxième fœtus à 8 h. 45 : garçon bien portant de 2 kilogr.

Délivrance naturelle.

Suites de couches : normales.

16 janvier 1923 : hémoclasie digestive discutable. 9 h. 50 : 2.900, 8-5 ; 10 h. 10 : 2.800, 9-5½ ; 10 h. 30 : 3.900, 10-5½ ; 10 h. 50 : 2.900, 9½-5.



OBSERVATION XIX

Madame D..., entrée le 13 décembre 1922, 25 ans, lingère.

Antécédents héréditaires. — Une sœur morte de méningite à 15 ans,

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein. Premiers pas à un an. Règles normales.

Antécédents pathologiques. — Grippe grave à forme pulmonaire il y a trois ans, ayant duré trois mois.

PRIMIPARE.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques :*

Dernières règles du 5 au 1 mars 1922.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : aucun trouble subjectif.

Appareil uro-génital : pertes blanches abondantes. Pas d'albumine dans les urines.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Général.* — Femme paraissant absolument normale, ne présentant aucun signe d'insuffisance hépatique.

B) *Obstétrical.* — Utérus de 32 centimètres.

Palpation : dos à gauche, tête en bas.

Auscultation fœtale positive à gauche.

Toucher : vaginite granuleuse (tamponnements au nitrate d'argent). Tête engagée. Bassin normal. O. I. G. A.

3° *Examens ultérieurs :*

26 décembre 1922 : hémoclasie digestive positive.

Accouchement. — Ipare.

5 janvier 1923 : col en voie d'effacement, contractions utérines régulières. O. I. G. A.

Rupture spontanée précoce des membranes à la dilatation de 5 Fr.

Dilatation complète à 9 h. le 6 janvier 1923.

Liquide amniotique normal.

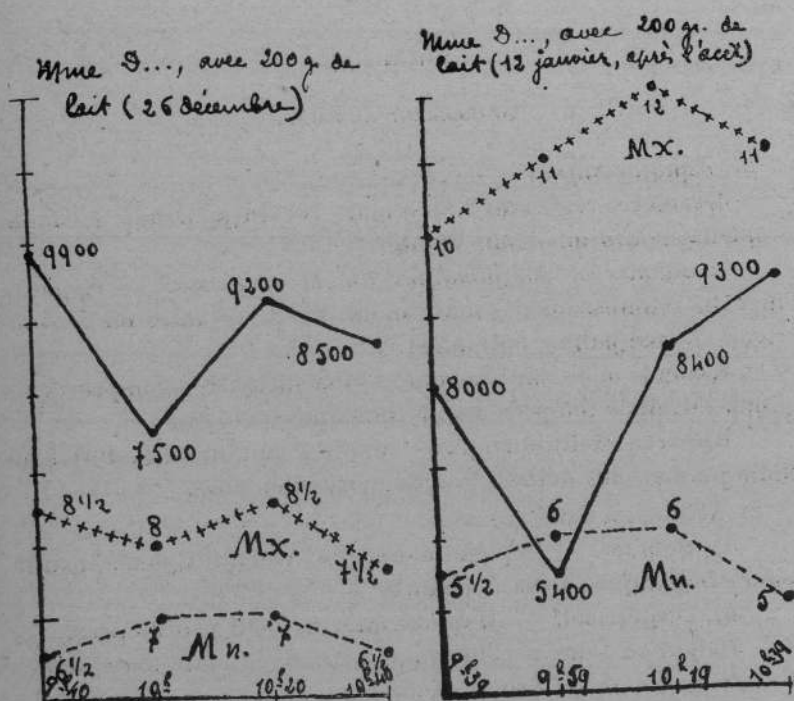
Dégagement en O. P.

Expulsion naturelle du fœtus à 11 h. 15 : fille bien portante de 3 kilogr. 200.

Délivrance naturelle.

Suites de couches normales.

12 janvier 1923 : hémoclasie digestive positive.



2° RÉSULTATS DISCUTABLES : 3.

OBSERVATION XX

Madame Claire F..., entrée le 4 décembre 1922, 33 ans, journalière.

Antécédents héréditaires. — Une sœur décédée à 22 ans de la grippe épidémique.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein jusqu'à un an. Premiers pas à 14 mois. Puberté à 15 ans ; règles régulières assez abondantes douloureuses, durant 5 à 6 jours.

Antécédents pathologiques. — Rougeole. A 7 ans, fièvre intermittente. En 1916, bronchite aiguë, et depuis, toux tous les hivers. Grippe en 1918, ayant duré trois semaines.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Avortement de 3 mois $\frac{1}{2}$ il y a un an.

PRIMIPARE.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques* :

Dernières règles du 2 au 8 mars 1922. Apparition des mouvements actifs au début d'août.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : vomissements matutinaux jusqu'à quatre mois. Anorexie ; constipation opiniâtre.

Système nerveux : céphalée intermittente. Crampes de la jambe droite. Eblouissements, quelques vertiges.

Appareil génito-urinaire : miction douloureuse. Pas d'albumine dans les urines. Pas de pertes blanches.

2° *Examen à l'entrée* :

A) *Général.* — Squelette normal. Aucun signe d'insuffisance hépatique. Seins normaux.

B) *Obstétrical.* — Hauteur utérine : 33 centimètres.

Palpation : noyaux fibromateux dans la paroi abdominale.

Tête engagée, dos à droite, membres à gauche.

Auscultation fœtale positive, à droite.

Toucher : col perméable, tête accessible. Bassin normal.

3° *Examens ultérieurs* :

30 décembre 1922 : hémoclasie digestive discutable : 9 h. 19 : 6.000, 10-6 ; 9 h. 39 : 4.500, 10 $\frac{1}{2}$ -5 $\frac{1}{2}$; 9 h. 59 : 5.800, 10 $\frac{1}{2}$ -5 $\frac{1}{2}$; 10 h. 19 : 4.300, 9-5.

3 janvier 1923 : depuis le 31 décembre 1922, disparition brusque des mouvements actifs, précédée de coliques. Le 2 janvier 1923, auscultation fœtale négative. Toucher : chevauchement marqué des os du crâne.

Accouchement. — Ipare.

3 janvier 1923 : dilatation de 1 Fr. ; poche des eaux intacte. Hauteur utérine : 33 centim. O. I. G. A.

Dilatation complète à midi 45.

Rupture spontanée précoce des membranes.

Liquide amniotique: purée de méconium.

Dégagement en O. P. Expulsion naturelle du fœtus : garçon mort-né de 2 kilogr. 900.

Délivrance naturelle par la face fœtale. Injection intra-utérine iodée.

Suites de couches normales. Wassermann négatif.

OBSERVATION XXI

Madame Alice M..., entrée le 22 décembre 1922, 39 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la typhoïde ; mère atteinte de cardiopathie ; une sœur bien portante.

Antécédents physiologiques. — Allaitement naturel. Premiers pas à 9 mois. Puberté à 14 ans : règles normales, abondantes pendant 6 jours.

Antécédents pathologiques. — Fièvre typhoïde à 27 ans, il y a 12 ans.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse en 1909 : version et forceps pour inertie utérine. Déchirure du périnée. Enfant nourrie au sein ; convulsions.

Deuxième grossesse en 1918 : accouchement spontané mais long : enfant bien portant.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques :*

Dernières règles du 27 mars au 1^{er} avril 1922.

Accidents et complications de la grossesse. — Vertiges fréquents existant avant la grossesse, plus fréquents et plus intenses depuis. Une fois, perte de connaissance pendant 3 heures.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Général.* — Ne présente rien de particulier ; aucun signe d'insuffisance hépatique.

B) *Obstétrical.* — Palpation : tête en bas, dos à gauche, excès de liquide.

Auscultation fœtale positive à gauche de la ligne médiane.

Toucher : tête non engagée.

3° *Examens ultérieurs* :

4 janvier 1923 : hémoclasie digestive discutable : 9 h. 44 : 9.900, 12 ½-6 ; 10 h. 4 : 11.500, 13-5 ; 10 h. 24 : 10.600, 12 ½-5 ; 10 h. 44 : 9.000, 11 ½-5.

Accouchement. — III pare.

7 janvier 1923 : col en voie d'effacement ; poche des eaux intacte. Hauteur utérine : 42 centim. O. I. G. A.

Début du travail à 17 heures.

Marche de la dilatation : 20 h. 2 Fr. ; 21 h. 5 Fr. ; 22 h. P. P. ; 23 h. G. P. — Dilatation complète à minuit.

Rupture artificielle des membranes à dilatation complète.

Liquide amniotique abondant. Dégagement en O. P.

Expulsion naturelle du fœtus : fille de 3 kilogr. 800.

Délivrance naturelle par la face fœtale.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXII

Madame Madeleine B..., 24 ans, corsetière.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 50 ans de tuberculose pulmonaire. Mère bien portante. Deux frères : l'un mort d'hémorragie interne, l'autre vivant atteint de cardiopathie.

Antécédents physiologiques. — Mode d'allaitement ? Premiers pas à 15 mois. Puberté à 15 ans : règles normales.

Antécédents pathologiques. — Neurasthénie mélancolique pendant trois mois en 1919. La malade héberge un tœnia depuis deux ans : trois tentatives d'expulsion sont demeurées sans résultats.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse en 1921 : accouchement normal à terme : enfant bien portant nourri au sein maternel pendant onze mois.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques* :

Dernières règles ? La malade nourrissait encore lorsqu'a débuté la grossesse. Apparition des mouvements actifs à la fin de septembre.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : vomissements en mai pendant 15 jours. Quelques céphalées au début.

Appareil génito-urinaire : pertes blanches très abondantes au début. Pas d'albumine dans les urines.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Général.* — Ne présente rien de particulier. Rien n'attire l'attention du côté du foie.

B) *Obstétrical.* — Inspection : abdomen longitudinalement développé, utérus dévié à droite.

Palpation : tête en bas, dos à gauche, petits membres à droite.

Auscultation positive à gauche.

Toucher : sommet accessible.

3° *Examens ultérieurs :*

18 janvier 1923 : hémoclasie digestive discutable : 9 h. 45 : 5.800, 11-6½ ; 10 h. 5 : 7.000, 9-7 ; 10 h. 25 : 6.800, 9-7 ; 10 h. 45 : 5.300, 8½-7. Ni albumine, ni urobiline dans les urines.

1^{er} février 1923 : grippe avec pharyngite et bronchite légère.

Accouchement. — II pare.

9 février 1923 : à 20 heures, col effacé. O. I. G. A.

Marche de la dilatation : 20 h. 45, 0,50 ; 21 h. 1 Fr.; minuit 2 Fr.; 1 h. 5 Fr.; 2 h. petite palmaire ; 2 h. 15, grande palmaire. Dilatation complète à 2 h. 30.

Rupture spontanée des membranes à dilatation complète.

Dégagement en O. P.

Expulsion naturelle du fœtus : garçon bien portant de 4 kilogr. 350.

Délivrance naturelle par la face fœtale.

Hémorragie post-partum peu grave.

Suites de couches onrmales.

3° *RÉSULTATS NÉGATIFS :* 3.

OBSERVATION XXIII

Madame Jeanne C..., entrée le 20 octobre 1922, 20 ans, journalière.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique mort il y a 16 ans. Mère bien portante. Un frère mort sitôt la naissance.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein. Premiers pas à 9 mois. Puberté à 15 ans. Règles régulières, abondantes, non douloureuses, durant 8 jours.

Antécédents pathologiques. — Rougeole à 10 ans. Grippe à forme pulmonaire en 1918.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse en 1920. Accouchement en juin 1921, Accouchement en juin 1921, à 8 mois, fille vivante, décédée trois semaines après la naissance. Suites de couches normales.

Fausse couche de trois mois fin 1921.

Deuxième grossesse actuelle.

GROSSESSE ACTUELLE. — II PARE.

1° *Anamnestiques :*

Dernières règles du 5 au 13 février 1922.

Apparitions des mouvements actifs : mi-juin.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : vomissements les quatre premiers mois de la grossesse et constipation opiniâtre. Aucune signe d'insuffisance hépatique.

Système nerveux : céphalée intermittente.

Appareil urinaire : quelques douleurs lombaires. Pas d'albumine dans les urines.

Appareil génital : pertes blanches abondantes.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Général.* — Rien à signaler.

B) *Obstétrical.* — Seins normaux.

Inspection : utérus développé verticalement, dévié à gauche. Hauteur utérine : 32 centimètres.

Palpation : tête amorcée, dos à droite, membres à gauche.

Auscultation fœtale positive à droite de la ligne médiane.

Toucher : col déhiscent, un peu effacé, tête accessible.

O. I. D. P.

22 décembre 1922 : hémoclasie digestive négative : 9 h. 17 : 8.300, 12½-8 ; 9 h. 37 : 10.850, 11½-7½ ; 9 h. 57 : 11.200, 10½-6½ ; 10 h. 7 : 12.500, 10½-7.

Accouchement. — II pare.

23 décembre 1922 : col en voie d'effacement ; poche des eaux intacte. O. I. D. A. Le travail s'arrête et reprend le 28 décembre 1922, dans la nuit : la dilatation se fait très rapidement et les membranes se rompent spontanément à dilatation complète. Le liquide amniotique est normal. Le dégagement se fait en O. P. Expulsion naturelle du fœtus : garçon vivant, bien portant de 2 kilogr. 050.

Délivrance naturelle par la face fœtale.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXIV

Madame Adoration L..., 21 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie nerveuse. Mère morte de suites de couches. Un frère et deux sœurs en bonne santé.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au biberon. Puberté à 12 ans : règles non douloureuses, pendant 3 jours, abondantes.

Antécédents pathologiques. — Bronchite à 17 ans.

PRIMIPARE.

GROSSESSE ACTUELLE.

1° *Anamnestiques :*

Dernières règles du 7 au 10 avril 1922.

Apparition des mouvements actifs fin août.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : pendant toute la grossesse, vomissements après les repas, pendant la nuit et le matin au réveil. Pas de nausées. Maux de tête assez fréquents au début.

Autres appareils : rien à signaler. Pas d'albumine dans les urines.

2° *Examen à l'entrée :*

A) *Général.* — Ne présente rien de particulier. Aucun signe d'insuffisance hépatique. Pas d'albumine dans les urines.

B) *Obstétrical.* — Hauteur utérine : 33 centimètres.

Inspection : abdomen longitudinalement développé, utérus dévié à droite.

Palpation : dos à gauche, membres à droite, tête engagée.

Auscultation positive à gauche de la ligne médiane.

Toucher : col ramolli, tête (sommet) accessible. O. I. G. A.

3° *Examens ultérieurs* :

11 janvier 1923 : hémoclasie digestive négative : 9 h. 31 : 4.000, 15-9 ; 9 h. 51 : 5.100, 13½-9 ; 10 h. 11 : 4.200, 14-10 ; 10 h. 31 : 5.800, 13½-9. Ni albumine, ni urobiline dans les urines.

Accouchement. — I pare.

14 janvier 1923 : début de la dilatation.

15 janvier 1923 : rupture des membranes et dilatation complète à 10 heures.

A 10 h. 30, les contractions sont faibles et irrégulières. La malade ne pousse pas. L'auscultation est positive à gauche. La tête est engagée en O. I. G. P. En la soulevant un peu, on fait écouler du liquide amniotique, légèrement teinté de méconium.

A 11 h. 30, la dilatation est complète depuis 1 h. 30. Les efforts d'expulsion restent presque nuls, malgré la stimulation. La tête est arrêtée dans l'excavation en O. I. G. P., sans aucune tendance à la rotation ou à la descente. Les bruits du cœur foetal deviennent assourdis et irréguliers. On décide de terminer artificiellement l'accouchement.

Application de forceps dans l'excavation, précédée de rotation manuelle qui amène la tête en O. I. G. T. La prise étant défectueuse, on enlève deux fois consécutivement le forceps, la mise en place de la branche postérieure étant rendue très difficile par la procidence du cordon en arrière.

On termine l'extraction avec la troisième prise qui est oblique et on constate qu'il existe une circulaire très lâche autour du cou et que le cordon qui a été pris entre la branche du forceps et la tête ne bat plus.

L'enfant en état d'asphyxie blanche, n'est ranimé qu'au bout d'une demi-heure, par l'insufflation au tube de Ribemont. Il pèse 3 kilogr. 070.

Délivrance naturelle ; placenta avec cotylédon abérrant.

Suites de couches. — Endométrite apparue le cinquième jour avec douleur à la palpation utérine (lymphangite), et lochies fétides.

Réaction annexielle et périannexielle gauche avec léger em-pâtement dans la fosse iliaque et le cul de sac gauches.

Au toucher : incisure du col assez profonde du côté gauche.

OBSERVATION XXV

Madame Jeanne Ch..., entrée le 28 décembre 1922, 42 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Un frère et une sœur morts en bas-âge du croup.

Antécédents physiologiques. — Allaitement au sein jusqu'à 18 mois. Premiers pas à 14 mois. Puberté à 11 ans ; règles régulières, abondantes, douloureuses, durant 3 à 5 jours.

Antécédents pathologiques. — Grippe en octobre 1918 avec congestion pulmonaire.

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS.

Première grossesse en 1906 : accouchement à terme en juin 1907 : forceps pour gros enfant, mort à 22 mois du croup. Suites de couches bonnes.

Deuxième grossesse en 1908 : accouchement normal à terme : fille bien portante, nourrie au sein. Suites de couches normales.

Troisième grossesse en 1911 : accouchement normal à terme : fille bien portante, nourrie au sein. Suites de couches normales.

Fausse couche de 2 mois entre la première et la deuxième grossesses.

Fausse couche de 5 mois en avril 1912.

Quatrième grossesse en 1912 : accouchement normal à terme en janvier 1913 : fille bien portante, nourrie au sein. Suites de couches normales.

Cinquième grossesse en 1914 : accouchement normal à ter-

me en avril 1915 : fille bien portante, nourrie au sein, morte à 28 mois de ?

Toutes ces grossesses sont du même père.

GROSSESSE ACTUELLE (d'un autre père).

1° *Anamnestiques* :

Dernières règles du 21 au 23 mars 1922.

Apparition des mouvements actifs fin juillet.

Accidents et complications de la grossesse. — Appareil digestif : vomissements en novembre du type alimentaire. Constipation pendant toute la durée de la grossesse.

Appareil génito-urinaire : pas d'albumine dans les urines. Pas de pertes blanches.

2° *Examen à l'entrée* :

A) *Général.* — Appareil digestif : aucun signe d'insuffisance hépatique.

Pas d'albumine dans les urines.

Seins peu développés ; mamelon bien conformé.

B) *Obstétrical.* — Inspection : abdomen longitudinalement développé. Utérus de 32 centimètres, dévié à droite.

Palpation : tête amorcée, dos à gauche, membres à droite.

Auscultation fœtale positive à gauche de la ligne médiane.

Toucher : col déhiscent ; tête accessible ; bassin normal.

O. I. G. A.

3° *Examens ultérieurs* :

2 janvier 1923 : hémoclasie digestive négative : 9 h. 34 : 5.100, 13-7 ; 9 h. 54 : 5.200, 13-7½ ; 10 h. 14 : 5.900, 11-7 ; 10 h. 34 : 7.300, 12-7.

Accouchement. — VI pare.

24 janvier 1923 : col effacé, utérus de 34 centim. O. I. G. A.

Début du travail à 19 heures.

Début de la dilatation à 20 h. 30, poche des eaux bombée.

Dilatation complète et engagement à minuit.

Rupture artificielle des membranes à dilatation complète : liquide amniotique normal.

Dégagement en O. P.

Expulsion naturelle du fœtus à minuit 30 : fille bien portante de 2 kilogr. 770.

Déchirure périnéale : deux points de suture.

Pas d'albumine dans les urines.

Délivrance naturelle, par la face fœtale à 1 heure.

Suites de couches normales.

TABLEAU GÉNÉRAL DES RÉSULTATS OBTENUS

1° Chez les femmes enceintes :

Catégories	R. positifs	R. discutables	R. négatifs	POURCENTAGES		
				R. P.	R. D.	R. N.
A. Hép. vraie	Mme F. N° 1.			100 %		
B. Femmes pré- sentant des signes pouvant être attribués à I. H. latente	Mme Th. N° 2.			37 1/2 %		
	Berthe C. Clotilde B.	Albertine B. Lydia C. Olympe G.	Catherine H. Lucie M.		37 1/2 %	25 %
C. Femmes anormales mais non hépatiques		Rachel A.	Hélène G. Marie H. Marie G. Alberte L. Georgette Y.		16 1/2 %	83 1/2 %
D. Femmes normales	Anna P. Madeleine G. Fernande F. Mme D. N° 19			40 %		
		Claire F. Alice M. Madeleine B.	Jeanne C. Adoration L. Jeanne Ch.		30 %	30 %
Totaux : 25	8	7	10	32 o/o	28 o/o	40 o/o

2° Chez les femmes accouchées (positives avant) :

Deuxième : B.	Mme Th. N° 2.			100 %		
Quatrième : D.	Anna P. Madeleine G. Mme D. N° 19			75 %		
		Fernande F.			25 %	
Totaux : 5	4	1	0	80 o/o	20 o/o	

INTERPRETATION DES FAITS

La seule lecture du tableau ci-dessus suffirait à donner une idée assez exacte des conclusions qui ressortent de l'étude de nos 25 malades. Nous ne ferons donc ici qu'interpréter ce tableau :

1° *Malades hépatiques vraies.* — Nous n'avons pu malheureusement en observer qu'un seul cas, qui nous a donné un résultat très nettement positif. Mais est-il besoin de remarquer que chez cette malade le diagnostic d'insuffisance hépatique s'imposait d'emblée par la clinique seule. L'épreuve de l'hémoclasie digestive n'a été ici qu'un moyen de contrôle, tout comme la recherche de l'urobiline d'ailleurs positive.

2° *Femmes présentant des signes pouvant être attribués à une insuffisance hépatique latente.* — Avant tout, il faut savoir quels sont parmi ces signes, les plus fréquemment rencontrés. Le plus souvent ils se bornent à de la céphalalgie plus ou moins tenace, des vomissements particulièrement fréquents, une sensation de paresse, de lassitude, et à la présence d'albumine dans les urines. Tous signes bien banals au cours de la grossesse et qui n'ont attiré notre attention que par leur intensité plus grande et leur persistance. Reste l'albuminurie, symptôme qui attire notre attention du côté du foie ; mais dont l'étiologie devra être discutée avant de se prononcer. Quoi qu'il en soit, chez de telles femmes, nous avons trouvé seulement une proportion de 37 ½ pour cent de résultats positifs :

trois fois sur huit femmes. Nous avons eu la même proportion de résultats discutables (37 ½ %). Mais il n'est pas superflu de rappeler que les résultats que nous étiquetons « discutables » se rapprochent bien plutôt des résultats négatifs que des positifs. Nous les classons dans cette catégorie intermédiaire, parce que, comme on pourra s'en rendre compte en regardant les courbes des trois malades en question, l'hyperleucocytose se produit après une phase de légère leucopénie ou que la courbe s'élève lentement et faiblement. Ces résultats ne peuvent en aucun cas être tenus pour positifs, car nous ne considérons comme répondant à une leucopénie réelle qu'une baisse de 2.000 leucocytes au moins. Si nous nous fixons comme minima cette chute de 2.000 globules, c'est que les observations des différents auteurs, de Mauriac en particulier, ont prouvé qu'il fallait se montrer beaucoup plus circonspect qu'on ne le faisait au début, avant d'affirmer la leucopénie, des variations notables dans le nombre des leucocytes pouvant se produire normalement, sans aucune cause apparente, et en dehors de toute ingestion de lait. Cependant ce chiffre de 2.000 leucocytes ne restera pas aussi absolu lorsqu'il s'agira d'un chiffre initial aux environs de 4.000 globules.

En revanche, sur ces 8 femmes, nous avons 2 résultats (25 %) nettement négatifs.

3° *Femmes anormales mais non hépatiques.* — Sur une série de 6 femmes, nous ne notons qu'un seul résultat discutable (16 ½ %) chez une femme ayant présenté une pyélonéphrite légère au troisième mois de la grossesse. Par contre, les 5 autres (83 ½ %) dans l'ordre, un kyste de l'ovaire, deux hydramnios, une pyélonéphrite (ayant fait postérieurement un ictère des suites de couches) et un bassin rétréci (deux fois césarisée), ont toutes donné des résultats très nettement négatifs.

4° *Femmes normales.* — Elles comprennent une série de 10, dont 4 ont présenté des résultats positifs, soit 40 %. Rien chez ces 4 femmes ne fait penser à une insuffisance du foie ; pourtant elles ont réagi d'une façon très nettement positive. Cela paraît assez inattendu : nous constatons, en effet, une proportion de résultats positifs plus forte (40 %) que dans la catégorie B (37 ½ %), chez des femmes qui avaient plus de raisons de présenter de l'insuffisance hépatique. Par contre le pourcentage des résultats discutables diminue un peu chez les femmes normales : il passe de 37 ½ à 30 %. Au contraire, le nombre des résultats négatifs s'accroît : 30 au lieu de 25 %.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur l'ensemble de nos observations, nous nous apercevons que sur 25, nous avons 8 résultats positifs. Sur ces 8, la moitié (4) nous sont fournis par des femmes absolument normales. Les 4 restants appartiennent : 1 à l'hépatique vraie, les 3 autres à des femmes offrant un minimum de signes hépatiques.

Les résultats discutables se répartissent également entre les femmes normales et celles de la catégorie B.

Quant aux résultats négatifs, ils sont fournis : moitié par les malades de la troisième catégorie, moitié par celles de la deuxième (2) et les femmes normales (3 seulement).

En résumé : sur 25 observations, 8 résultats positifs appartenant par moitié aux femmes absolument normales, 10 résultats négatifs fournis en grande partie par les malades de la catégorie C et pour une partie égale par celles de la catégorie B et les femmes normales, 7 résultats discutables observés à parties égales chez les femmes des catégories B et D.

Nous avons contrôlé toutes nos épreuves par la recherche de l'urobiline. Sauf pour l'hépatique vraie, nous n'avons obtenu que des résultats négatifs.

Il nous a semblé intéressant également de refaire l'épreuve de l'hémoclasie digestive après l'accouchement chez certaines femmes ayant présenté auparavant une réaction positive. Sur les 5 cas que nous avons ainsi vérifiés, 4 sont restés nettement positifs; un seul est devenu discutable.

Il nous reste maintenant à envisager la tension artérielle que nous avons prise systématiquement à mesure que nous recherchions la leucopénie. Comme précédemment, nous avons dressé un tableau qui rend bien compte de nos observations:

Il suffira de le lire attentivement pour savoir dans quelles proportions l'hypotension a accompagné la leucopénie, et combien de fois nous avons trouvé de l'hypotension seule portant à la fois sur la maxima et la minima ou sur un de ces éléments seulement.

Ce qui est à noter c'est que tous nos résultats positifs comportent une baisse parallèle du nombre des leucocytes et de la tension artérielle. Globalement, on peut dire que la tension a baissé dans deux fois plus de cas que le nombre des leucocytes : 18 au lieu de 9. Nous avons également remarqué que sur un grand nombre de femmes la tension s'est montrée plutôt basse, surtout en ce qui concerne la minima et qu'il y ait eu ou non hypotension, mais particulièrement dans ce cas. Sans doute l'effet du jeûne est-il pour beaucoup dans ce phénomène. Ce qui est certain c'est que, dans les épreuves que nous avons faites après l'accouchement, la tension s'est montrée plus élevée et que sur 4 résultats positifs et un discutable, trois fois nous avons observé de l'hypertension.

En regardant non plus les tableaux mais les graphiques, on est frappé de voir que même lorsqu'il y a concordance entre leucopénie et hypotension, en certains points les courbes correspondantes se trouvent très écartées l'une de l'autre ; autrement dit, il arrive souvent qu'au

RÉSULTATS CLASSÉS PAR ORDRE D'INTENSITÉ

1° Chez les femmes enceintes :

Leuc. et hypo.	Leucop.	Mx. et Mn.	Mx.	Mn.	Hyperl. et Hypert. s. ou l.
B - 2.		D - 21.	D - 22.	B - 6.	C - 13.
A - 1.		B - 5.	C - 11.		C - 14.
D - 16.		D - 23.	D - 24.		C - 15.
D - 17.			B - 8.		C - 10.
B - 3.			D - 25.		B - 9.
B - 4.			C - 12.		
D - 18.					
D - 19.					
D - 20.					
B - 7.					
Totaux: 10	0	3	6	1	5 = 25
40 %	0	12 %	24 %	4 %	20 %

2° Chez les femmes accouchées :

D - 16.	B - 2.				D - 18.
D - 17.	D - 19.				
Totaux: 2	2				1 = 5
40 %	40 %				20 %

point où la tension est à son maximum, correspond le plus bas chiffre des leucocytes ou vice-versa. Dissociation des éléments dans le temps qui rend les réactions moins nettes.

Tous les résultats que nous avons envisagés ont été obtenus par l'épreuve classique du Professeur Widai, c'est-à-dire en faisant ingérer à nos malades 200 gr. de lait pour provoquer l'hémoclasie digestive. Nous verrons plus loin comment les interpréter. Etudions maintenant ce que nous avons obtenu avec nos épreuves à l'eau et même avec de simples numérations à jeun.

1°. — *Epreuves à l'eau* : 3 malades.

a) Madame F..., hépatique vraie (N° 1).

Réaction avec 200 grammes de lait : leucopénie de 6.400 à la quarantième minute ; hypotension de 1.

Réaction avec 40 grammes d'eau distillée (la malade s'est refusée à en absorber davantage) : leucopénie de 2.800 à la vingtième et à la soixantième minutes. Hypotension de 1 $\frac{1}{2}$.

b) Madame Berthe C..., de la catégorie B (N° 3).

Réaction avec 200 grammes de lait : leucopénie de 4.100 ; hypotension de 1.

Réaction avec 200 grammes d'eau : leucopénie de 5.900 à la quarantième minute et 6.200 à la soixantième ; hypotension de 2 $\frac{1}{2}$.

c) Madame Clotilde B..., de la catégorie B (N° 4).

Réaction avec 200 grammes d'eau : leucopénie de 1.500 à la quarantième minute ; hypotension de 1 $\frac{1}{2}$.

2°. — *Numérations à jeun* :

a) Madame F...

Réaction au lait : 6.400 et 1.

Réaction à l'eau : 2.800 et 1 $\frac{1}{2}$.

Réaction à jeun : 2.500 et $\frac{1}{2}$.

b) Madame Clotilde B...

Réaction à l'eau : 1.500 et 1 $\frac{1}{2}$.

Réaction à jeun : 4.250 et 1.

Que ressort-il de ces dernières expériences ? Les résultats avec la simple ingestion d'eau distillée sont demeurés positifs, et, fait plus troublant encore, 4 numérations successives, de 20 minutes en 20 minutes, pratiquées à jeun chez nos malades, nous ont donné des chutes leucocytaires très nettes. Bien plus, il semble que la leucopénie ait été plus forte avec l'eau et à jeun qu'avec le lait, exception faite pour Madame F..., mais encore faut-il remarquer que, si chez elle le chiffre brut des leucocytes en moins est inférieur à la leucopénie au lait, il n'en est pas moins vrai que, dans la réaction à l'eau et les simples numérations, il s'agissait d'une leucocytose initiale moins élevée (3.800 au lieu de 8.000). Ce dernier fait est précisément très important à noter. Sur toutes les femmes chez lesquelles nous avons fait deux ou trois épreuves, nous n'avons jamais trouvé, à jeun, à des intervalles de temps variables, un chiffre initial de leucocytes identique, à quelques centaines près à celui de l'épreuve précédente. L'écart a toujours excédé 1.000 leucocytes. Variations auxquelles nous ne pouvons rattacher aucune espèce de cause apparente. Pourquoi telle femme qui présente un jour à jeun une leucocytose de 8.000 à 9.000 globules, n'en accuse-t-elle plus que 4 à 5.000 quinze jours après, dans les mêmes conditions ? Phénomène sans conséquences au point de vue de l'appréciation de la leucopénie puisqu'elle dépend du premier chiffre trouvé ; mais qui donne à réfléchir sur l'instabilité de la leucocytose.

Nous avons terminé l'exposé de nos résultats. Jusqu'ici, nous avons simplement constaté les faits ; il nous reste à les interpréter.

Parmi nos observations, une seule se rapporte à une insuffisance hépatique vraie. Elle a réagi d'une façon très

nettement positive. Si donc ce seul résultat devait nous permettre de conclure que l'hémoclasie est positive chez les hépatiques, il nous faudrait ajouter qu'elle ne constitue, chez de telles malades, qu'une simple épreuve de contrôle, véritable luxe, le diagnostic s'imposant par la clinique.

Sur les huit femmes de la catégorie B, présentant quelques signes hépatiques, nous n'avons que 3 résultats positifs ($37 \frac{1}{2} \%$) : ils n'ont pas tous été donnés par les femmes présentant le plus grand nombre de ces signes.

Quant aux malades de la catégorie C, elles n'ont donné aucun résultat positif. Pourtant, parmi elles, nous remarquons un kyste de l'ovaire, affection qui, d'après certains auteurs, donne souvent une hémoclasie positive ; et une pyélonéphrite assez grave ayant fait postérieurement un ictère des suites de couches.

Enfin, parmi les femmes normales cliniquement, les résultats positifs ont été plus nombreux que dans la catégorie B. Le fait est assez surprenant ; mais il faut se rappeler que les femmes de cette catégorie ont été classées d'après les signes qu'elles présentaient et que l'on peut attribuer au foie, mais qui peuvent aussi bien justifier d'une autre origine. Dans ces conditions, on pourrait être autorisé à assimiler les femmes normales à ces malades et dire que les résultats positifs révèlent un hépatisme latent, passant inaperçu cliniquement et décelable seulement par l'épreuve qui est d'une grande sensibilité....

L'argument paraît très séduisant, mais comment expliquer alors les résultats positifs obtenus avec nos épreuves de contrôle à l'eau distillée et les numérations pratiquées à jeun ? Car enfin, il est bien difficile d'admettre que l'insuffisance protéopexique trouve une occasion de se révéler par la simple ingestion d'eau distillée qui ne doit contenir aucune espèce d'albumine. Peut-être la seule absorption du liquide suffit-elle à provoquer l'hémoclasie, mais,

en l'admettant, nous serions déjà en dehors du cadre de la fonction protéopexique. En tous cas, lorsqu'il s'agit de leucopénie obtenue au cours de 4 numérations pratiquées à jeun, il n'est plus permis d'accorder au foie un rôle quelconque dans la production de la crise hémoclasique. Force nous est de penser à d'autres facteurs : facteur nerveux, déséquilibre vago-sympathique ? On a fait, à ce point de vue, de très intéressantes recherches et il se peut qu'il y ait de ce côté une grande part de vérité ; mais il serait téméraire de vouloir l'affirmer à l'heure actuelle d'une façon définitive. En réalité, nous semble-t-il, le problème est encore plus complexe. Il est indéniable que le foie joue un grand rôle dans la production de beaucoup d'hémoclasies ; mais nous pensons qu'à côté de ce facteur, capital dans bien des cas, il en est d'autres (nerveux, etc.) plus ou moins prépondérants et qu'il ne faut pas négliger. Aussi devra-t-on être assez circonspect dans l'interprétation des résultats fournis par l'hémoclasie digestive, surtout si l'on se borne à la recherche de la leucopénie.



CONCLUSIONS

1° Rien n'est plus instable que le nombre des leucocytes. La numération leucocytaire est-elle même délicate et pleine d'embûches. Il est donc nécessaire d'en faire un grand nombre si l'on ne veut pas s'exposer à de lourdes erreurs. De ce fait, l'épreuve est rendue beaucoup moins accessible à la pratique courante.

2° Sur toutes nos observations prises en bloc, on relève 32 % de résultats positifs. Sur ces résultats, au nombre de 8, un seul est justifiable cliniquement et par la recherche de l'urobiline.

3° Doit-on penser à un hépatisme latent pour expliquer les 7 résultats restants ? On est tenté de le faire puisqu'il s'agit de femmes enceintes au foie surmené.

4° Mais l'insuffisance protéopexique ne semble pas pouvoir justifier les réponses positives obtenues avec nos épreuves à l'eau distillée et les 4 numérations pratiquées à jeun. Peut-être s'agit-il là de déséquilibre vago-sympathique ? C'est fort possible ; mais on ne saurait encore l'affirmer d'une façon définitive.

5° Nous sommes enclin à penser que, dans la production de l'hémoclasie digestive, le facteur hépatique n'est pas seul. A côté de lui, dans un milieu aussi complexe et aussi instable que celui du sang, d'autres facteurs, encore incomplètement

déterminés, doivent trouver place, et qu'il nous semble dangereux de négliger dans l'interprétation de l'épreuve.

6° Dans l'ignorance où nous nous trouvons actuellement de l'exacte signification du choc hémoclasique digestif chez la femme enceinte, nous croyons qu'il est prématuré de tirer de ses résultats des indications thérapeutiques.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

MAURICE RIVIÈRE.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 Mars 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- WIDAL, ABRAMI, BRISSEAU, BENARD et JOLTRAIN : Les modifications de l'indice réfractométrique des sérums au cours des crises hémoclasiques. *Mémoires de la Société de Biologie*, 4 juillet 1914, p. 280.
- WIDAL, ABRAMI et BRISSEAU : Sur certains phénomènes de choc observés en clinique. Signification de l'hémoclasie. *Press. Méd.* n° 19, 3 avril 1920, p. 181.
- WIDAL, ABRAMI et IANCOVESCO : 1° Hémoclasie obtenue avec le sang de la veine porte. Fonction protéopexique. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. 171, n° 2, 12 juillet 1920, p. 74.
- 2° Hémoclasie digestive dans l'insuffisance hépatique : *C. R. Acad. des Sciences*, t. 171, n° 3, 19 juillet 1920, p. 148.
- 3° Hémoclasie digestive et hépatisme latent. *C. R. Acad. Sc.*, t. 171, n° 4, 26 juillet 1920, p. 223.
- 4° Hémoclasie digestive et insuffisance hépatique. *P. M.*, 11 décembre 1920, p. 893.
- 5° Crise hémoclasique par ingestion de sucre chez les diabétiques. *P. M.*, n° 13, 12 fév. 1921, p. 121.
- Pierre MAURIAC : A propos de l'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'insuffisance hépatique. *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 13, 10 juillet 1921, p. 373.
- SERVANTIE, PAUZAT et MONOD : Recherches de la crise hémoclasique par ingestion de sucre chez les diabétiques. *J. Méd. Bordeaux*, 25 juin 1921, p. 360.
- MAURIAC et RAGOT : Recherches sur l'hémoclasie. *Idem*.
- Charlotte ERDMANN : Recherches sur la crise hémoclasique de Widal. *P. M.*, 2 septembre 1922, p. 764.

POWILEWICZ : L'hémoclasie digestive chez la femme gravide.
Thèse Paris, 1920-1921.

DIDIER et PHILIPPE : Réaction hémoclasique chez femme enceinte normale. *P. M.*, 15 juin 1921, n° 48, p. 473.

DIDIER : Réaction hémoclasique chez la femme enceinte anormale. *Rev. Gyn. et Obstétr.* 1922, t. 5, p. 366.

LUMIÈRE et COUTURIER : Grossesse et phénomènes de choc anaphylactiques. *C. R. A. des Sciences*, 28 mars 1921, t. 1, p. 772.

Résistance des femelles en gestation aux chocs anaphylactiques et anaphylactoides. *Avenir Méd.*, mai 1922, *C. R. A. S.*, 13 février 1922.

AUBERTIN : Le foie et la tuberculose. *Thèse Bordeaux*, 1920-21.

LANGLE : Hémoclasie digestive chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1920-1921.

KING LI PIN : Etude critique de quelques signes d'insuffisance hépatique. *Thèse Lyon* 1921-1922.

PAGNIEZ et PLICHET : Influence, rapidité ingestion dans hémoclasie digestive. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1^{er} juill. 1921, p. 988.

LENOIR, Ch. RICHET Fils et André JACQUELIN : Azotémie et hémoclasie digest. dans ulcus gastrique. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 février 1921, p. 121.

MAURIAC et CABOUAT : Variations leucocytaires chez l'homme normal. *Paris Médical*, 21 mai 1921, p. 407.

MAURIAC : Globule blanc. *Médecine*, n° 12, 1921, p. 954.

TINEL et SANTENOISE : Variations brusques de la formule leucocytaire sous l'influence d'actions nerveuses immédiates. *C. R. S. B.*, 22 octobre 1921, p. 715.

PAGNIEZ : A propos du précédent. *C. R. S. B.*, 29 oct. 1921, p. 766.

GARRELON et SANTENOISE : Variations leucocytaires et excitabilité du syst. organo-végétatif. *C. R. S. B.*, 19 novembre 1921, p. 903.

MAZZA et IRAETA : *C. R. S. B.*, n° 27, p. 690, 1922.

FERNANDEZ : *C. R. S. B.*, n° 27, p. 706, 1922.

OBREGIA, TONESCO et ROSMAN : *C. R. S. B.*, n° 27, 22 juillet 1922, page 737.

- OLINESCU : *C. R. S. B.*, n° 27, 22 juillet 1922, p. 751.
Paul SCHIFF : *C. R. S. B.*, 1922, p. 1266.
KING LI PIN : *C. R. S. B.*, 1922, n° 21, p. 123.
CLAUDE, TINEL et SANTENOISE : *C. R. S. B.*, 1922, n° 87, p. 1112.
BALLIF : *C. R. S. B.*, 1922, n° 87, p. 1230.
MOUTIER et RACHET : *C. R. S. B.*, 1923, 13 janvier, p. 21, et
C. R. S. B., 1923, p. 23.
GLASER : *P. M.*, 16 septembre 1922, p. 804.
WOLFF : *P. M.*, 1^{er} novembre 1922, p. 948.
MEYER ESTORF : *P. M.*, 13 septembre 1922, p. 792.
ARLOING et LANGERON : *P. M.*, 6 janvier 1923, p. 24.
LE CALVÉ : *P. M.*, 27 janvier 1923, p. 78.
GIRAUD et PARÈS : *P. M.*, 14 octobre 1922, p. 885.
DELAUNAY : Rôle acides aminés dans organisme animal. *Thèse
Bordeaux*, 1910.
MAILLARD : Excrétion urinaire Az. et Ph. (coefficient d'imper-
fection uréogénique) *J. de Phys. et Path.*, t. 11, mars
1909, p. 201.
LANZENBERG : *Thèse de Paris*, 1911-1912.
LABAT : Coefficient d'imperfection uréogénique. *J. M. Bordeaux*,
18 mai 1913, p. 307.

