

et dont l'histoire, par ce motif, n'a pas encore été suffisamment complète. La plupart des auteurs s'accordent à recommander d'introduire un ou deux doigts dans l'ouverture du chaton, et de la dilater peu à peu pour la faire franchir au placenta. M. Dubroca pense que ce procédé par dilatation est fort rarement exécutable.

La cause du chatonnement réside dans un défaut d'équilibre entre les contractions utérines; et les mêmes contractions qui l'ont produit pendant l'expulsion du fœtus, sont encore la cause de sa persistance après. Or, si l'on examine à part la disposition des fibres du fond et celles du pourtour de l'orifice du chaton, on trouve ces dernières fortes, épaisses et très-résistantes, tandis que celles du fond, encore distendues par la présence du placenta, offrent aussi une contraction plus faible que celle de l'orifice. Vaincre la contraction de cet orifice, telle est donc l'indication qui se présente; et l'introduction, non pas d'un seul doigt, mais de plusieurs, est certainement le meilleur moyen de l'obtenir. Mais que devient ce précepte, quand l'ouverture du chaton est tellement petite qu'on ne peut introduire un seul doigt; ou bien quand le cordon ombilical la remplit tout entière; ou enfin quand ses contractions sont tellement fortes qu'aucune puissance ne saurait les vaincre? Les trois observations qui suivent indiqueront les difficultés qui peuvent embarrasser l'accoucheur, et le moyen de les surmonter.

#### CHATONNEMENT COMPLET.

Obs. I. — En 1830, M. Dubroca fut appelé près d'une femme en couches par une jeune femme qui ne trouvait pas le placenta. L'accoucheur examina le sujet, et trouva pendant le cordon ombilical; mais la main, portée dans l'utérus, ne reconnut en effet le placenta nulle part. Il retira sa main déjà engourdie, et fit quelques tractions légères sur le cordon, qui résista totalement. Enfin il saisit de la main gauche; et se servant de lui comme d'un guide certain, il parvint au fond de l'utérus, où il reconnut qu'il s'introduisait par une petite ouverture qu'il remplissait exactement.

C'en était assez pour reconnaître un chatonnement complet. Le chirurgien, qui voyait ce cas pour la première fois, voulut tenter la dilatation, et ne fut pas peu surpris de ne pouvoir introduire même le bout du doigt. Il retira sa main de l'utérus, trempa le bout de l'indicateur dans l'huile, et fit encore de nombreux efforts pour l'introduire dans le chaton, où il parvint enfin après avoir fait des mouvements de rotation pour élargir l'orifice. Il tenta d'introduire un second doigt, mais cela fut impossible; tandis qu'il dilatait d'un côté, l'orifice se resserrait de l'autre, et la présence du cordon gênait encore l'opérateur. Enfin, poussé par l'idée du moment et la nécessité de la délivrance, il plongea tout le doigt dans la partie du placenta qui se présentait, et chercha à le déchirer en imprimant au doigt tous les mouvements possibles. Le placenta fut ainsi réduit en bouillie et en lambeaux qui s'écoulaient successivement par l'ouverture, chassés par les contractions du chaton; et il n'en restait plus à peu près que la grosseur d'un œuf, quand, par une contraction énergique et brusque du chaton, il fut chassé de la cavité, qui n'en fit dès-lors qu'une seule avec celle de l'utérus.

#### CHATONNEMENT INCOMPLÉT.

Obs. II. — Dans un second cas, l'utérus fortement contracté présentait vers sa partie moyenne une forte bride disposée en anneau qui le divisait en deux cavités à peu près égales, une vers le fond, l'autre vers les parties externes. Chacune de ces cavités renfermait la moitié du placenta, qui se trouvait étrangement fortement vers sa partie moyenne par les contractions de l'anneau. Le cordon ombilical allait s'implanter sur la portion de placenta logée dans la cavité postérieure. La disposition était telle qu'elle rappelait absolument l'image d'un étrangement herniaire.

Quelques tractions furent exercées sur le cordon, mais inutilement. L'accoucheur essaya d'introduire le doigt dans l'anneau; ce fut impossible. Il saisit la portion de placenta qui lui avait sous la main, et tira sur elle avec modération; mais le placenta était tellement serré, qu'il serait plutôt renversé l'utérus.

Enfin les douleurs de délivrance étant totalement impuissantes, quoique fortes, il se décida à écraser le placenta. Après avoir réduit en bouillie toute la portion extérieure de cet organe, il enfonce l'index dans l'anneau utérin, à travers la substance même du placenta qui le bouchait, et déchira toutes les portions de ce corps qui vinrent s'offrir à l'ouverture par l'effet des contractions utérines. Après dix minutes environ la cavité postérieure chassa brusquement le peu qui restait du placenta, et la délivrance fut complète. A l'instant même il n'y eut plus qu'une seule cavité dans l'utérus.

#### CHATONNEMENT COMPLET.

Obs. III. — Dans ce troisième cas l'anneau utérin était plus large; on pouvait y introduire plus facilement deux doigts, et le cordon qui le traversait était parfaitement libre. L'accoucheur procéda par la dilatation, qui se fit à un faible degré, mais pas assez pour laisser passer en masse un placenta d'ailleurs fort volumineux. Il fallut donc le déchirer peu à peu, et le dernier tiers à peu près fut expulsé en entier par une brusque contraction de la cavité postérieure de l'utérus.

Tel est le procédé que M. Dubroca appelle *par érosion*. Pour le mettre à exécution, il faut revenir plusieurs fois dans l'utérus, attendu que le doigt est bientôt fatigué; ne détacher le cordon que le plus tard possible, parce qu'il sert de guide pour retrouver l'orifice du chaton;

graisser le doigt avec soin afin d'avoir plus de facilité à l'introduire; enfin il serait utile, si on pouvait prévoir le cas, de ne pas couper l'ongle du doigt pour opérer, afin de rendre l'érosion du placenta plus prompte et plus facile.

On s'est demandé à quelle époque avait lieu le chatonnement durant la grossesse ou durant la parturition. La première et la troisième observations auraient pu servir à résoudre le problème. En effet, l'enfant étant né vivant et bien portant, et le cordon ombilical étant étroitement serré par l'orifice du chaton, l'enfant serait mort-né infailliblement, si cette striction du cordon avait seulement existé dès le début du travail. On sait parfaitement d'ailleurs aujourd'hui que le chatonnement du placenta appartient aux phénomènes de la parturition.

### III. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU MOXA DANS LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE CHRONIQUE, par M. ARCHAMBAULT-REVERDY, secrétaire-général de la Société médicale de Tours.

L'hépatite chronique est peu connue, et conséquemment, dans la plupart des cas, la médication qui lui est opposée peu convenable. Doit-on considérer comme des variétés de l'hépatite chronique l'induration simple, le squirrhe, le cancer, la cyrrhose et quelques autres dégénérescences moins fréquentes? C'est l'opinion de M. Reverdy. Cependant on ne doit pas en conclure qu'il conseille l'emploi du moxa dans tous ces cas indifféremment. Voici d'abord ce qu'il entend par hépatite chronique. « C'est cet état particulier d'induration du foie qu'on reconnaît ordinairement à une tumeur rénitente et peu douloureuse à la pression, située profondément dans l'hypocondre droit, sans douleur lorsqu'on ne la touche pas, et ne faisant éprouver d'autre sentiment que celui d'un poids plus ou moins incommode; à la teinte jaune de la peau, qui est même quelquefois sèche et rude au toucher; à la nature et à la quantité des urines, qui sont rares, très-colorées et déposent un sédiment brunâtre plus ou moins abondant; à la qualité des évacuations alvines, qui sont décolorées; à la fréquence, et surtout à la petitesse du pouls; à la teinte verdâtre dont les conjonctives sont colorées; au malaise qu'excite le coucher sur le côté droit; enfin, à l'enflure progressive des extrémités inférieures. » Cette maladie, qui offre un grand nombre de degrés, depuis la simple induration jusqu'à la désorganisation complète de l'organe, ne peut réclamer le même traitement à toutes les époques de sa durée. Au début, alors qu'il n'y a encore qu'un simple ralentissement vital, une paresse de tous les organes abdominaux, on peut arrêter le cours de la maladie en stimulant ces organes; et le moyen le plus actif de stimulation que connaisse M. Archambault-Reverdy, c'est le moxa; mais quand l'affection est parvenue à son plus haut point de développement, il ne s'agit plus de stimuler; il faut au contraire réparer autant que possible la désorganisation qui s'opère incessamment. Ce n'est donc que pendant la première période que l'auteur conseille l'emploi du moxa, qui jouit de la propriété d'exciter fortement les tissus sur lesquels il est appliqué, de pénétrer plus ou moins profondément dans les parties situées au-dessous, et d'établir à la peau un centre de flusion vers lequel se portent nécessairement les liquides formant l'induration qu'on veut dissiper.

L'auteur rapporte six observations qui prouvent l'efficacité du traitement qu'il conseille. Sa manière d'appliquer le moxa n'offre rien de spécial; il emploie le moxa de coton, et en met ordinairement trois à la fois au centre de l'engorgement. Dans plusieurs des cas qu'il rapporte, l'amélioration se manifesta au bout d'un petit nombre de jours. Ainsi, chez le sujet de la première, trois jours après cette application, les urines coulaient déjà en plus grande abondance; à la constipation, existant depuis long-temps, avait succédé une diarrhée des plus copieuses; la peau était déjà moins jaune et l'enflure des jambes diminuée sensiblement. Ce n'est que quand l'action du moxa a déjà produit une amélioration manifeste qu'il y joint celle des purgatifs.

M. Archambault pense que le moxa est encore utile quand l'induration a déjà passé à l'état de squirrhe, et conseille au reste le même traitement que dans la première période; et il termine son travail en le résumant dans les propositions suivantes.

1° Le moxa ne guérit qu'en déterminant dans les tissus une réaction salutaire.

2° Il n'est jamais indiqué que dans les cas où il faut stimuler.

3° Il est souvent avantageux d'en faire précéder l'usage par une application de sangsues au siège.