

Observation de tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus compliquant l'accouchement ... / par G. Richelot.

Contributors

Richelot, G.

Publication/Creation

[Paris?] : L'Union médicale, 1867.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/ex8mrffq>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

3
OBSERVATION

DE

TUMEURS FIBREUSES INTERSTITIELLES

DE L'UTÉRUS

COMPLIQUANT L'ACCOUCHEMENT

PARTURITION NATURELLE, HÉMORRHAGIE GRAVE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

PAR DÉFAUT DE RETRAIT DU TISSU UTÉRIN

COMPRESSION DE L'AORTE

GUÉRISON DES ACCIDENTS DE L'ACCOUCHEMENT

Lue à l'Académie royale de médecine de Belgique

LE 24 NOVEMBRE 1866

PAR G. RICHELOT,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,

Chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur,

Membre titulaire de la Société de médecine et membre honoraire de la Société médico-pratique de Paris,

Correspondant de la Société impériale académique du département de la Loire-Inférieure,

Associé résidant de la Société d'hydrologie médicale de Paris,

Médecin consultant au Mont-Dore.

PARIS

AUX BUREAUX DE L'UNION MÉDICALE

RUE DU FAUBOURG-MONTMARTRE, 56

1867



OBSERVATION
DE
TUMEURS FIBREUSES INTERSTITIELLES
DE L'UTÉRUS

COMPLIQUANT L'ACCOUCHEMENT

PARTURITION NATURELLE, HÉMORRHAGIE GRAVE APRÈS L'ACCOUCHEMENT
PAR DÉFAUT DE RETRAIT DU TISSU UTÉRIN

COMPRESSION DE L'AORTE

GUÉRISON DES ACCIDENTS DE L'ACCOUCHEMENT

Lue à l'Académie royale de médecine de Belgique

LE 24 NOVEMBRE 1866

PAR G. RICHELOT,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,

Chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur,

Membre titulaire de la Société de médecine et membre honoraire de la Société médico-pratique de Paris,

Correspondant de la Société impériale académique du département de la Loire-Inférieure,

Associé résidant de la Société d'hydrologie médicale de Paris,

Médecin consultant au Mont-Dore.

La compression de l'aorte est un procédé de date assez récente, mais qui a été complètement accepté dans la pratique obstétricale, où il rend d'inappréciables services. En tête des accidents hémorrhagiques que nous combattons aujourd'hui, généralement avec succès, à l'aide de ce moyen puissant, il faut placer ceux qui, tant pour cause le défaut de retrait du tissu utérin, après l'accouchement, dû à la présence de corps fibreux développés dans les parois de l'organe gestateur, ne peuvent recevoir aucune influence salutaire des agents hémostatiques connus, et

déterminaient, avant la connaissance des effets merveilleux de la compression antistatique, une mort aussi rapide qu'inévitable.

Le fait suivant, que j'ai recueilli il y a un certain nombre d'années, et qui était resté inédit, me paraît offrir, à ce point de vue, un grand intérêt pratique.

Voici ce fait :

M^{me} X..., âgée de 27 ans, à l'époque où j'ai recueilli la présente observation, de taille moyenne, de tempérament lymphatique, mais robuste et bien conformée, a joui généralement d'une bonne santé, à cela près d'un état chlorotique très-prononcé vers l'âge de la puberté. Mariée à 18 ans, elle devint enceinte trois fois pendant les trois premières années de son mariage. Chacune de ces trois grossesses se passa sans le moindre accident; les trois accouchements furent naturels et heureux, et les suites de couche furent excellentes. A l'époque de son troisième accouchement, il fut facile de constater que la matrice était dans des conditions parfaitement normales.

Depuis son troisième accouchement jusqu'à sa quatrième grossesse, qui eut lieu cinq ans après, M^{me} X... ne cessa pas de se bien porter. Elle fut réglée parfaitement bien tous les mois; elle n'éprouva jamais de douleurs ni dans les reins, ni dans le bas-ventre, sauf une seule fois, accidentellement, comme il va être dit, ni dans les membres inférieurs; les garde-robes et l'émission des urines furent naturelles et faciles; aucune gêne, aucune pesanteur ne se firent sentir dans le bassin, soit lorsqu'elle était couchée, soit lorsqu'elle était debout ou assise, ni enfin pendant la marche; son attention ni celle de son mari ne furent attirées par aucun développement anormal du ventre. Le seul phénomène morbide, pendant ce laps de temps, fut le suivant : un an avant l'époque du début de sa quatrième grossesse, elle fut prise subitement et sans cause connue de douleurs abdominales extrêmement vives, qu'elle traita elle-même par des applications de cataplasmes, et qui, après l'avoir tenue au lit deux ou trois jours seulement, se dissipèrent graduellement d'une manière complète, pour ne plus revenir.

Le 16 juin 1851, M^{me} X... eut ses règles moins abondamment qu'à l'ordinaire. Cette diminution dans la quantité du sang était une chose tout à fait insolite pour elle. Les époques suivantes manquèrent entièrement; elle était enceinte. Cette quatrième grossesse se passa sans la moindre indisposition. Pendant toute sa durée, M^{me} X... fut remarquable par la fraîcheur de son teint et par sa belle santé. Il n'y eut aucune trace d'infiltration. Toutefois, les personnes avec lesquelles elle avait fréquemment des relations remarquèrent qu'elle était devenue grosse de bonne heure, et en somme son ventre parut plus volumineux à cette grossesse qu'à ses précédentes.

Le 2 mai 1852, à peu près au terme de sa grossesse, ayant pris un bain trop chaud dans la matinée, elle eut un accès de migraine et se coucha. A huit heures du soir, à la suite d'une quinte de toux très-violente, les eaux de l'amnios s'échappèrent en grande quantité par la vulve et continuèrent à couler jusqu'à onze heures. Il se manifesta alors de petites douleurs, de peu de durée, qui n'empêchèrent pas M^{me} X... de s'endormir. A deux heures après minuit, je fus mandé auprès d'elle. Les douleurs s'étaient établies d'une manière régulière. Elles étaient vives et rapprochées. M^{me} X... se leva; elle était forte et pleine d'énergie. Vers quatre heures,

douleurs devinrent expulsives; la tête se présentait en première position du sommet. A 9 heures trois quarts, la tête faisait bomber le périnée.

M^{me} X... se plaça alors sur le lit de misère. A six heures la tête franchit régulièrement la veuve, et, immédiatement après, l'enfant fut lancé avec une force remarquable hors des parties de sa mère.

C'était une fille à terme, de grosseur moyenne, bien conformée, vivace et bien portante.

Au même instant il se manifesta une hémorrhagie des plus graves. Le sang sortait de la vulve en un jet gros comme le petit doigt, et forma rapidement, dans le creux du lit occupé par le corps de la malade, une mare considérable de liquide sur laquelle le jet sanguin tombait avec bruit. Mon premier mouvement fut d'opérer promptement la délivrance pour favoriser le retrait de la matrice. Des tractions exercées avec précaution sur le cordon n'ayant point réussi à faire descendre le placenta, et voyant que je n'avais pas un instant à perdre, je portai immédiatement la main dans la cavité utérine.

Malgré le fait d'agir avec rapidité, je me rendis parfaitement compte de mes sensations. Mes doigts, en arrivant au contact du segment inférieur de l'utérus, le trouvèrent extraordinairement développé, globuleux et d'une dureté remarquable. Ma main, en franchissant l'orifice utérin, éprouva une sensation de rénitence élastique, qui, évidemment, n'était pas normale. Je saisis et embrassai facilement le placenta, qui vint en totalité avec les membranes; toutefois, au moment où je l'attirai vers l'orifice de l'utérus pour l'extraire, je sentis manifestement que sa partie supérieure était pressée comme entre deux surfaces planes rapprochées l'une de l'autre, ce qui ne le serrerait pas assez pour s'opposer à son extraction. En outre, le placenta étant placé en haut et à gauche, la face dorsale, convexe, de ma main se trouva logée dans une excavation à parois épaisses et dures, dépendant de la cavité utérine et répondant à la fosse iliaque gauche de la malade. La rigidité des parois de cette excavation l'avait empêchée de s'écarter; elle était vide.

Le placenta était normal et volumineux; le cordon n'était pas très-gros, mais il était fort et résistant. En opérant la délivrance, j'entraînai au dehors une grande quantité de caillots sanguins, qui s'étaient accumulés dans le vagin.

Après l'extraction du placenta, l'hémorrhagie persista avec la même force. M^{me} X... pâlit; ses pouls s'effacèrent; la syncope devint imminente.

Je me hâtai de placer la malade tout à fait à plat sur le dos, et de la découvrir pour pratiquer la compression de l'aorte. Je fus alors frappé du volume énorme de son ventre, dont je ne saurais tout à l'heure la conformation. Malgré le développement persistant de l'utérus, il me fut facile d'arriver jusqu'à l'aorte ventrale, au-dessus de l'ombilic, et de la comprimer en plaçant sur le vaisseau la pulpe des doigts de la main gauche et en appuyant sur ces doigts avec la main droite. L'effet de cette compression fut immédiat; l'hémorrhagie s'arrêta brusquement. Pendant que je comprimais l'aorte, la garde nettoya la malade, retira le sang dans lequel elle baignait, plaça sous elle du linge blanc, et lui appliqua des serviettes imbibées d'eau fraîche sur l'abdomen et sur les cuisses. La malade avait bu un mélange d'eau et d'eau-de-vie, ce qui avait soutenu ses forces. 2 grammes de seigle ergoté furent administrés en deux doses, à un quart d'heure d'intervalle.

La compression de l'aorte produisit une grande anxiété. La malade me suppliait de cesser

cette compression. Cependant, si, pour la soulager, je soulevais les mains, le flot de sang repartait avec force, et la tendance à l'évanouissement se reproduisait. Ce ne fut qu'après une demi-heure de persévérance, pendant laquelle j'eus à lutter contre ma propre fatigue et contre les plaintes de la malade, qui pouvait à peine respirer, que je pus abandonner le vaisseau. L'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

L'abdomen avait presque le même volume qu'il a ordinairement à terme au moment de l'accouchement. L'utérus, étendu d'une fosse iliaque à l'autre, remontait à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. Un corps dur et volumineux, qu'à un examen superficiel on aurait pu croire logé dans la matrice, s'étendait de la fosse iliaque gauche jusqu'àuprès de l'ombilic, formant une courbe à convexité extérieure. Au-dessous de l'ombilic et un peu à droite, on trouvait une saillie de la grosseur d'un œuf de poule et très-dure au toucher. Tel était l'aspect général du ventre, qu'au premier coup d'œil on était tenté de croire à la présence d'un second fœtus situé dans l'utérus, de telle manière que sa tête aurait répondu à la fosse iliaque gauche de la mère, son dos au flanc gauche, et ses genoux au niveau de la petite tumeur qui venait d'être indiquée.

Mais plusieurs raisons condamnaient cette manière de voir. Ces tumeurs, la petite surtout, étaient placées trop superficiellement pour qu'on pût admettre qu'elles étaient dans la cavité utérine. Lorsque j'avais porté la main dans la matrice pour opérer la délivrance, j'avais trouvé non revenue sur elle-même, il est vrai, mais vide, la portion de cavité utérine qui aurait dû être occupée par la tête de ce second fœtus. Après l'administration du seigle ergoté, la malade avait perçu des contractions utérines, et ma main avait senti manifestement, à travers la paroi antérieure de l'abdomen, le fond de la matrice se contracter et se plisser indépendamment des tumeurs ci-dessus décrites. Ces contractions, auxquelles on devait la cessation de l'écoulement sanguin, auraient amené la sortie d'un second fœtus.

Le diagnostic ne pouvait donc être douteux. Nous avions sous les yeux un nouvel exemple de corps fibreux utérins interstitiels compliquant la grossesse et l'accouchement.

Le lendemain de l'accouchement de M^{me} X..., une consultation eut lieu entre M. le professeur Velpeau, le docteur Chailly et moi. La malade fut explorée avec soin. Cet examen démontra de nouveau la présence de deux corps fibreux utérins de volume inégal. L'un, notablement plus gros qu'une tête d'adulte, s'était développé dans la région latérale gauche et inférieure de la paroi utérine; l'autre, à peu près du volume d'un œuf de poule, comme je l'ai déjà dit, avait pris naissance dans la région antérieure de cette paroi et un peu à droite.

Les suites de cet accouchement furent, quant à la santé générale, aussi heureuses que celles des accouchements précédents. Pendant quelques jours seulement, le pouls présenta une fréquence anormale. Les lochies coulèrent comme à l'ordinaire. Le gonflement des seins eut lieu faiblement et d'une manière tardive. Le ventre conserva longtemps son volume sans diminution. A mesure que les parois de la matrice revinrent sur elles-mêmes, la petite tumeur recendit vers le bassin en s'amoindrissant; mais la grosse tumeur, qui ne pouvait suivre le retrait de la matrice, se redressa, au contraire, et se dessina plus nettement; de sorte qu'à bout de quelques jours, la moitié droite de l'utérus représentait une portion de globe accolée à un corps volumineux, de forme ovoïde, dont la grosse extrémité plongeait dans le bassin et dont la petite s'élevait verticalement à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Après un repos suffisamment prolongé, M^{me} X... s'est levée dans un bon état de santé. Mais les poids de son ventre l'ont forcée de recourir à l'usage d'une ceinture très-souple, sans laquelle la station debout et la marche lui auraient été pénibles, et qu'elle n'a pas cessé de porter jusqu'à ce moment.

Après les lochies a succédé l'écoulement d'une sérosité assez abondante pour imbibber chaque jour à dix serviettes, et répandant une odeur infecte, qui tourmentait beaucoup la malade. Des injections, répétées plusieurs fois par jour, ont remédié à ce dernier inconvénient.

Après le bout de six semaines, un peu de sang s'est écoulé par la vulve. Un mois plus tard, c'est-à-dire deux mois et demi après l'accouchement, les règles se sont établies normalement. Puis, le gonflement séreux a diminué, en même temps que le ventre perdait, en grande partie, sa forme anormale, comme si les tumeurs eussent rétrogradé et repris un volume beaucoup moins considérable.

Je ajouterai, pour compléter l'observation, que plus tard, les corps fibreux se sont développés de nouveau peu à peu, de manière à soulever considérablement la paroi antérieure de l'abdomen ; mais qu'à part la nécessité de soutenir son ventre avec un bandage approprié, M^{me} X... se porte bien.

Dans le cas dont vous venez, Messieurs, d'entendre le récit, une tumeur fibreuse d'un volume considérable (la plus grosse des deux tumeurs avait seule ici de l'importance), développée dans l'épaisseur même de la paroi utérine et faisant corps avec elle, s'est opposée au retrait immédiat de la matrice après l'accouchement, et a donné lieu à une hémorrhagie tellement rapide et tellement abondante, que sans la promptitude du secours qui a été porté à l'accouchée, la mort fût arrivée en très-peu d'instants.

Je ferai remarquer cette circonstance, à savoir, que lorsque je diminuais la pression exercée sur le vaisseau, le flot de sang se reproduisait aussitôt, de sorte qu'on ne peut élever aucun doute sur la réalité de l'effet salutaire produit par la compression de l'aorte.

Cette compression exige une certaine énergie de la part du médecin. La pauvre femme étouffait, et, ne comprenant pas le motif de la violence que j'exerçais sur elle, cherchait à se délivrer de mon étreinte.

Chez M^{me} X..., avant le début de la grossesse, aucun symptôme perçu ou accusé par elle, sauf cette douleur abdominale qui s'était fait sentir un an auparavant et qui ne pouvait point avoir de signification précise, aucun symptôme, dis-je, ni aucun signe extérieur, n'avaient révélé la présence de tumeurs fibreuses utérines. En pareil cas, comment obéir au précepte si rationnel et si impérieux d'éviter la grossesse?

Il y a lieu de croire, toutefois, que ces tumeurs existaient déjà ; mais elles étaient encore volumineuses et pouvaient être contenues, avec la matrice, au moins en grande partie, dans la cavité pelvienne. Cependant, à peine enceinte, M^{me} X... avait vu son ventre acquérir assez rapidement une grosseur insolite, et, au moment de

l'accouchement, la tumeur principale dépassait le volume d'une tête d'adulte : on vit qu'elle remontait au-dessus de l'ombilic.

N'est-ce pas là une preuve que ces productions morbides, participant plus ou moins au mode de vitalité de la matrice, peuvent recevoir, en même temps qu'elle, l'augmentation de vie qui succède au phénomène de la fécondation, et se développer parallèlement avec l'organe gestateur sous l'influence de cet accroissement vital, accidentel?

Je dis *accidentel* avec intention. Il semblerait, en effet, que ce développement causé par les progrès de la grossesse n'est que transitoire, dans certains cas, comme celui de la matrice elle-même. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est qu'après l'accouchement de M^{me} X..., les tumeurs sont rentrées peu à peu dans la cavité pelvienne, en même temps qu'il s'écoulait par la vulve une sérosité fétide d'une abondance extrême, qui paraissait être comme un véritable dégoût. On peut donc dire, avec quelque apparence de raison, que le développement produit dans ces tumeurs par le molimen vital de la grossesse a été momentanée, et que, après la cessation de ce molimen et par suite du retrait organique de la matrice, ces tumeurs sont revenues, plus ou moins exactement, au volume qu'elles avaient auparavant. Après cette perturbation momentanée, elles ont repris la marche lente et progressive qu'on leur connaît.

On a beaucoup écrit sur les corps fibreux utérins, qui viennent compliquer la grossesse et l'accouchement ; mais la plupart des auteurs qui s'en sont occupés n'ont envisagé principalement ces tumeurs, soit au point de vue de l'avortement, soit au point de vue de celui des obstacles mécaniques qu'elles peuvent apporter à l'acte de la parturition, et ont donné, en général, peu d'attention à l'hémorrhagie dont elles peuvent être la cause, à l'origine et moins encore au moyen d'y remédier.

Ce n'est qu'à une époque très-rapprochée de nous que Chaussier signala, avec une insistance particulière, ces productions morbides comme cause d'hémorrhagie mortelle à la suite de l'accouchement. Dans les cas qui étaient parvenus à sa connaissance ou dont il avait été témoin, l'art était resté impuissant. Alors, en effet, la compression de l'aorte n'étant point connue, il n'existait aucun moyen d'arrêter l'écoulement du sang, et la femme était vouée à une mort certaine. De là, pour tous ces cas, la gravité du pronostic.

Un chirurgien distingué de Paris, M. le docteur A. Forget, a publié, sur ce sujet, en 1846, un mémoire très-bien fait, qui a pour titre : *Recherches sur les corps fibreux et les polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement*. « L'observation, dit-il, prouve qu'en général (dans les cas de tumeurs fibreuses compliquant la grossesse) le danger ne commence à devenir sérieux qu'au moment de l'accouchement, qui peut, dans presque tous les cas, être suivi d'

hémorrhagie promptement mortelle. » Mais M. Forget n'indique pas plus que Chaussier la compression de l'aorte comme moyen de conjurer le danger.

Mais, pourtant, à l'époque où M. Forget publiait son intéressant mémoire, la compression de l'aorte avait été introduite dans la pratique obstétricale par Baudelocque. Cette compression, acceptée comme un moyen de combattre les hémorrhagies qui ont pour cause l'inertie de la matrice, était-elle considérée comme inutile et par conséquent comme n'ayant plus de raison d'être dans les cas de tumeurs fibreuses intra-utérines, en raison de la rigidité communiquée aux parois utérines par ces tumeurs? En effet, dans l'article DYSTOCIE du *Dictionnaire de médecine en trente volumes*, signé Désormeaux et Paul Dubois, on lit ce qui suit : « Après l'accouchement, cette portion (la portion saine du tissu utérin) soutenue par celle qui est le siège de la tumeur, ne peut revenir sur elle-même, et il en résulte une hémorrhagie généralement mortelle. »

A nos jours cependant, ce moyen héroïque a été conseillé pour les cas qui nous occupent, notamment par le docteur Chailly, qu'une mort prématurée a récemment consacré à l'art, qu'il exerçait avec une grande distinction. Mais je ne sache pas qu'aucun fait ait été publié où l'on voie la compression de l'aorte arrêter une hémorrhagie foudroyante, produite par la présence de tumeurs fibreuses s'opposant au retrait de l'utérus après l'accouchement. L'observation que je viens d'avoir l'honneur de vous lire est donc, si je ne me trompe, encore seule dans la science.

M. Forget fait remarquer avec raison, et nous venons d'avoir une preuve frappante de la vérité de son assertion, que, chez les femmes atteintes de corps fibreux, le danger ne réside pas tant dans l'accouchement considéré sous le rapport mécanique, puisque souvent l'accouchement peut s'effectuer, que dans l'hémorrhagie qu'il rend, dit-il, presque inévitable l'impossibilité où se trouve la matrice de se rétracter sur elle-même après l'expulsion du fœtus, la contractilité de ses parois étant en quelque sorte paralysée par l'obstacle que lui oppose la présence de ces productions morbides. » Puis il ajoute : « Ce danger est en rapport avec le volume et le nombre des tumeurs. On conçoit, en effet, que si elles ont acquis peu de développement, et si elles sont peu nombreuses, l'utérus puisse s'accroître suivant les dimensions ordinaires de la grossesse, et qu'après l'accouchement sa rétraction puisse s'effectuer. »

Les remarques de notre savant confrère suggèrent quelques réflexions qui ont une importance pratique.

Il n'est pas douteux qu'en général, la présence de tumeurs petites et peu nombreuses dans le tissu utérin n'apporte moins d'obstacle au retrait de la matrice que celle de corps volumineux ou multiples. Mais il ne serait pas exact de dire que le danger de mort, par suite de l'hémorrhagie, bien entendu, est toujours et complètement en rapport avec le volume ou le nombre de ces corps.

En effet, dans les cas qui nous occupent, la grossesse étant arrivée à son terme et le fœtus ayant un volume ordinaire, la matrice a pu se prêter à un développement complet, quels que soient d'ailleurs le volume et le nombre des tumeurs. Ce sont nécessairement les portions saines du tissu utérin qui ont servi à l'ampliation, et elles ont suffi. Donc, également, quels que soient le volume et le nombre des tumeurs, ces mêmes portions saines doivent suffire au retrait nécessaire, après l'expulsion du fœtus. Cette manière de voir, plausible théoriquement, trouve dans le fait qui fait l'objet de ce travail une démonstration évidente : la contractilité utérine s'est exercée pleinement chez M^{me} X...

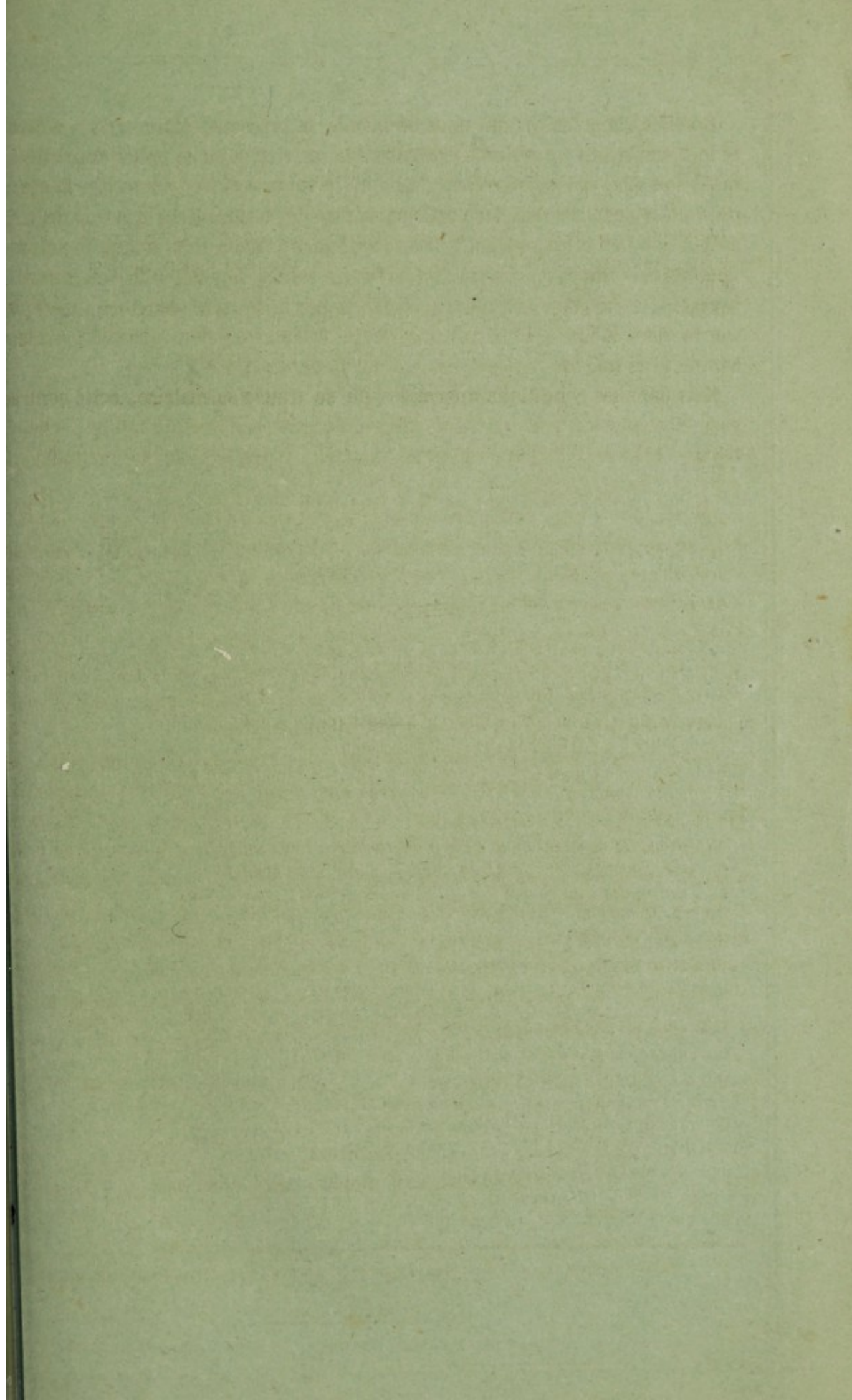
Mais dans les conditions anormales où se trouve la matrice, cette contractilité, pour être mise en jeu, a besoin d'être provoquée par une excitation artificielle. Comme elle ne s'exerce point spontanément, il lui faut un temps plus long pour produire ses effets définitifs.

De là, deux indications pressantes : administrer le seigle ergoté dans le plus bref délai, pour amener les contractions utérines, avant que la vitalité soit éteinte ; et pratiquer immédiatement la compression de l'aorte, pour retenir le sang dans l'organisme jusqu'à ce que le seigle ergoté ait eu le temps de produire son effet spécial. Chez M^{me} X..., après l'administration du seigle ergoté, ma main a immédiatement senti le fond de la matrice se contracter et se plisser. Dans les cas où l'aorte n'est point comprimée, la mort arrive, par la sortie du sang, avant que la contractilité utérine ait eu le temps d'être mise en jeu.

En résumé, il résulte du fait et des considérations qui précèdent, que, dans les cas où des tumeurs fibreuses interstitielles, même volumineuses, déterminent, après l'accouchement à terme, une hémorrhagie utérine de nature à faire inévitablement périr la femme, si elle n'est point secourue, par cela même que la matrice a pu arriver à son développement complet et expulser le fœtus par un travail normal, on doit pouvoir presque toujours arrêter l'hémorrhagie, amener le retrait du tissu utérin et sauver la femme, en comprimant méthodiquement l'aorte et en administrant le seigle ergoté, pourvu que la compression soit faite dès le début de l'hémorrhagie et avant que les forces vitales soient tombées au-dessous de la limite qui est encore compatible avec la vie.

EXTRAIT

De L'UNION MÉDICALE (troisième série), Année 1867



OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

RECHERCHES SUR LES ÉPIDÉMIES DE GRIPPE, et en particulier sur l'épidémie qui a régné à Paris en 1833 (*Archives générales de médecine*). Paris, 1833. — La seconde édition de ces *Recherches*, développées et complétées par l'auteur, a été imprimée dans le tome XIV du *Dictionnaire de médecine ou Répertoire général des sciences médicales*, p. 281. Paris, 1836.

ŒUVRES CHIRURGICALES DE SIR ASTLEY COOPER, traduites de l'anglais et augmentées de notes nombreuses. Paris, 1836.

ŒUVRES COMPLÈTES DE JOHN HUNTER, traduites de l'anglais et annotées. — Ouvrage approuvé par le Conseil royal de l'instruction publique, et honoré des souscriptions du gouvernement. — Quatre volumes grand in-8° de 700 pages, texte compacte, avec un atlas de 64 planches. Paris, 1841.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, de W. MACKENSIE; traduit de l'anglais avec des notes et additions. Paris, 1844.

DU MEILLEUR MODE DE RÉDUCTION DES LUXATIONS VERTICALES DE LA ROTULE. — Paris, 1848.

DE LA SUBSTITUTION DU BLANC DE ZINC AU BLANC DE PLOMB dans l'industrie et dans les arts, au point de vue de l'hygiène. — Paris, 1852.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES ET EN COUCHES. — Paris, 1852.

DE LA PROSTITUTION EN ANGLETERRE ET EN ÉCOSSE. — Paris, 1857.

TRAITÉ DE LA MALADIE VÉNÉRIENNE, par J. HUNTER, traduit de l'anglais par le docteur G. RICHELOT, et annoté par le docteur Ph. RICORD. — Troisième édition, accompagnée de neuf planches, et augmentée de nombreuses notes et additions par le docteur G. RICHELOT. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1859.

CONSULTATION MÉDICALE SUR UN CAS DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES PENDANT LES PREMIERS MOIS DE LA GROSSESSE. — Paris, 1860.

ÉTUDES MÉDICALES SUR LE MONT-DORE. — Premier Mémoire : *Du traitement de l'Asthme par les eaux thermales du Mont-Dore*. Paris, 1859.

ÉTUDES MÉDICALES SUR LE MONT-DORE. — Deuxième Mémoire : *Études cliniques (1^{re} partie) De l'action des eaux thermales du Mont-Dore sur les membranes muqueuses de l'appareil digestif, des voies respiratoires et de l'utérus*. Paris, 1860.

ÉTUDES MÉDICALES SUR LE MONT-DORE. — Troisième Mémoire : *Études cliniques (2^e partie) Effets généraux ou constitutionnels du traitement thermal du Mont-Dore; phénomènes critiques*. Paris, 1861.

ÉTUDES MÉDICALES SUR LE MONT-DORE. — Quatrième Mémoire : *Observations médicales (première série). Observations de catarrhe pulmonaire, de catarrhe intestinal et de catarrhe utérin, traités par les eaux du Mont-Dore*. Paris, 1862.

ÉTUDES MÉDICALES SUR LE MONT-DORE. — Cinquième Mémoire : *Observation d'asthme avec diathèse rhumatismale, traité par les eaux du Mont-Dore; phénomènes critiques très-remarquables; guérison*. Paris, 1863.

ÉTUDES MÉDICALES SUR LE MONT-DORE. — Sixième Mémoire : *Observation de bronchorrhée chronique grave, rebelle à la cure sulfureuse des Pyrénées, traitée avec succès par la cure du Mont-Dore*. Paris, 1864.

ÉTUDES MÉDICALES SUR LE MONT-DORE. — Septième Mémoire : *De la cure thermique du Mont-Dore dans le traitement des affections rhumatismales*. Paris, 1866.