



**Sommaire**

**2** Editorial - Le mot de l'interior **3** Nouvelles de la  
FNCGM **4-5** Enquête EHPAGE **6-7** Les modifications  
corporelles au cours de la grossesse - Esping **8** La résistance des  
Annonces algériennes **9** Le mot corps dans tout ça **10-11** Impact de la sti-  
mulation des nerfs sensitifs - Annonces **12-13** Grouse et aliod. **14** Les femmes et  
les gynécologues **15-16** Souvenirs d'un chirurgien de la Grande Guerre (Ba).





Comme vous le savez déjà, notre prochaine conférence prévue à Deauville le 14 novembre 1999 aura pour thème « Les actualités en gynécologie gynécologique ». Il s'agit d'un sujet particulièrement important dans notre pratique quotidienne en perpétuelle évolution. N'oublions pas que lors du dernier sondage de la SoSbis, les femmes percent que notre rôle est celui du dépistage des cancers gynécologiques.

J'aimais vous compter très nombreux à cette journée ce qui témoignait de votre soutien à notre Collège dont la principale vocation reste la formation médicale continue. Nous aurons tous que notre spécialité est menacée et qu'il est indispensable de nous unir et solliciter.

Notre traditionnelle soirée détente préparée par J.-P. Banchère aura lieu au Haras de Boulemont, nous vous y attendons nombreux.

Je tiens à remercier les conférenciers qui ont accepté de venir enrichir nos connaissances et tous ceux qui m'ont aidé dans l'organisation de cette journée.

À la suite de notre conférence sur les violences sexuelles en novembre 1998, le Collège de gynécologie de Normandie a été sollicité pour faire partie d'une commission ayant pour but d'organiser l'accueil et les soins à donner aux victimes. Je remercie C. Fohat d'avoir accepté de représenter le Collège à ces réunions à Rouen et A.-M. Le Hénaff à Caen.

L'équipe organisée par les onze collèges de France et la Fédération se poursuit avec un nouveau cycle de trois ans : 1999, 2000, 2001. Le Collège de gynécologie est chargé d'organiser le module contraception et stérilité prévu en 2001.

Je remercie tous ceux qui ont répondu à l'enquête sur les jugements de la simulation de l'ovulation. Le dépouillement de cette enquête devrait aboutir à une meilleure connaissance de nos pratiques. Le but de cette enquête est de prouver notre compétence dans ce domaine afin de garder la possibilité dans l'avenir de servir et de traiter les femmes consultant pour stérilité.

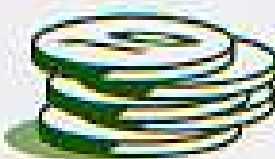
La Fédération ainsi que les onze Collèges de France poursuivent leurs actions pour la défense de la gynécologie médicale, je vous invite à lire attentivement les résultats de l'enquête SoSbis précédemment citée que nous publions dans cette lettre. Il est également intéressant pour votre information de lire les articles parus dans la grande presse et cités par Mme Fohat dans son article page 6.

Bien amicalement,

LA PRÉSIDENTE  
SINGITTE OUVRY-NEVEU

Certains, à grand concert de médias insistent que le "privé" est infodé à l'industrie pharmaceutique et parmi les médecins exerçant dans ce secteur, les spécialistes le seraient plus que les généralistes parés depuis quelques mois (j'allais dire quelques gouvernements) de toutes les vertus, de toutes les qualités et bientôt bientôt en trois mois de formation d'un savoir que d'autres ont mis en conscience et en pratique trois ans à acquérir ! Grâce leur soit rendu s'ils y parviennent sans que cela soit au détriment de la qualité.

Sans la participation financière des laboratoires pharmaceutiques, nous ne pourrions organiser nos congrès. Nous le reconnaissons volontiers. Mais il faut dire — c'est tout à l'honneur de ces firmes qui font la course d'ado à la formation médicale continue — qu'on ne peut en aucun cas les soupçonner de nous trahir. Chacun d'entre nous restant libre de ses prescriptions et suffisamment lucide, informé et honnête pour éviter d'être dépouillé de libre arbitre. La concurrence que se livrent ces laboratoires sur le plan commercial est de plus, garante de cette liberté. Non déstabilisée certes, leur participation reste dans le strict cadre d'une démarche d'information, pas plus chahutante que d'autres (parfois plus insidieuses, plus hostiles, moins utiles, moins instructives) adresses dans la société de consommation. Brève de procès qu'on nous lit à L. "Calomnier ! Il en restera toujours quelque chose."



« Pour l'instant, les deniers de ces laboratoires sont précieux dans ce désert qu'est devenue la participation des organismes officiels de la FMC. En apparence, tout est au point mort ! La participation des EAF est suspendue dans le cadre d'une réforme de la formation médicale. En coulisse : de gros enjeux de "pouvoir" à défaut de trouver les ressources financières à son fonctionnement. En attendant, nous sommes mis dans l'impossibilité d'organiser des séminaires de formation de deux ou trois jours comme par le passé. Souhaitons que ces bonnes dispositions renaissent et nous reviennent sans distorsions risquant de disjoindre pour ces activités la Haute et la Basse Normandie et obliger les organisateurs de ces séminaires à un parcours du combattant pour les mettre sur pied.

Dans ces conditions, les ressources du Collège proviennent des inscriptions aux congrès et les cotisations prennent une importance sensible dans l'équilibre des comptes mais aussi par leur valeur symbolique. Votre participation nombreuse aux congrès — même si cela vous demande parfois un effort (temps pris sur celui de la vie de famille, sur celui des loisirs) est la démonstration de notre audience. Cela est important face aux instances dirigeantes qui visent notre démantèlement. Elle nous rend aussi crédible vis-à-vis des laboratoires. Quant aux cotisations, elles permettent de nous équilibrer. Elles donnent fièvre de notre force, de notre vitalité et sont un cultus et un encouragement à notre action de défense de la gynécologie médicale et à notre mission de formation médicale continue.

## Démocratie CONCERTATION POLITIQUE



Dayz. Estase devant l'acte des enfants.

# La défense de la Gynécologie Médicale

Un communiqué de presse a été élaboré suite à l'enquête menée par la Sofrès à la demande de la FNGGM, il sera diffusé dans la presse grand public et dans la presse médicale, cf l'article page 14.

**N**ous avons rencontré le Docteur Muby\*, gynécologue, présidente de l'association : « Pour la santé des femmes, comité de défense de la gynécologie médicale, » dont le but est de faire pression auprès des ministères pour que l'on forme à nouveau des gynécologues médicaux. Une pétition a été rédigée par cette association et est déjà dans quelques cabinets de gynécologues, des exemplaires seront distribués lors de notre prochaine journée, le 11 novembre à Brasilia.

Des rencontres ont eu lieu avec le Professeur Kay qui s'occupe de la réforme des études médicales (conseiller technique auprès de Claude Allègre), Lauraké bien entendu et compris notre demande, c'est-à-dire la formation en nombre suffisant de gynécologues médicaux afin de répondre aux besoins de la population en ce qui concerne le suivi régulier des femmes et la prévention. Des obstacles se situaient au niveau du Ministère de la santé, certains seraient franchement hostiles à cette formation entre autres le Professeur G. Levy\*\*.

Les médecins généralistes pourraient avoir une capacité en gynécologie après 3 mois de formation !!

Des propositions ont été élaborées par la FNGGM. Une spécialité unique de gynécologue est à l'étude avec un titre commun puis une infirmerie vers la gynécologie médicale, la gynécologie obstétricale et la chirurgie gynécologique mais si cela est placé poserait des problèmes : définir le nombre d'étudiants par filière, faciliter l'accès aux endocrinologues, trouver des services formateurs.

\* Il porte un joli nom : Saturne !  
Mais c'est un Dieu fort inquiétant.  
Cette saison, c'est la gynécologie médicale  
Qui fait les frais de son jeu ! \*

En progression Georges Desrosiers.

Contient 2 articles - Millants  
publiés dans la grande presse :  
n° 22 oct. 98 de "La république"  
n° 111 et n° 234 "Le" de  
12 oct. 98 \*

### Journées de formations

La FNGGM participe aux journées de L'Estim le 7 novembre prochain.

**La neuvième journée scientifique de la FNGGM** se déroulera le 8 janvier 1999 à l'hôtel Intercontinental. Le thème est « La qualité de vie en gynécologie ». L'infertilité, les dysfonctionnements hormonaux, les cancers et la ménopause seront abordés en ce sens.

### Enquête sur la stimulation de l'ovulation

Sur 2 361 gynécologues il y a eu 920 réponses, ce qui voudrait dire que 39,8% des gynécologues pratiquent des stimulations et parmi eux-ci 52,7% prescrivent seulement du Clomid, et 49,5% prescrivent également des gonadotrophines.

### Dépistage du cancer du col

Dans toutes les régions des réflexions sont en cours. D'après M. Palas, directeur de la CPAM de Toulouse, il n'y aurait pas de budget prévu pour cela en Seine-Normandie.

# La grande prématurité en Haute-Normandie

**E**n France la grande prématurité demeure un important problème de Santé Publique. Depuis plusieurs années déjà, les taux de prématurité (< 37 semaines) et de grande prématurité (< 33 semaines soit < 32 semaines et 6 jours) restent stables respectivement à 5,4 et 0,9 % des naissances vivantes. Cependant on ne dispose d'aucune donnée fiable sur la fréquence de l'extrême prématurité (< 27 semaines) ni sur le devenir neuropsychique à long terme de ces enfants.

## De plus des évolutions sensibles ont été observées au cours des cinq dernières années

1. Une augmentation de la prématurité totale et notamment de la grande prématurité liée à une modification des attitudes obstétricales aboutissant à faire des césariennes plus tôt ;
2. Une augmentation des grossesses multiples secondaires aux progrès faits dans les techniques de procréation médicalement assistée ;
3. Une amélioration de l'organisation et des techniques de soins aux nouveau-nés (régionalisation des soins et transfert le week-end, corticothérapie anténatale et post natale, surfactant artificiel, ventilation à haute fréquence, prise en compte de la douleur et implications des parents dans la prise en charge de leurs enfants...) permettant une augmentation des taux de survie parmi les grands prématurés ;
4. Une stagnation, au niveau de la population globale, de la fréquence des handicaps d'origine neurologique, peut-être en rapport avec l'augmentation des taux de survie et d'infirmité motrice d'origine cérébrale de ces grands prématurés.

Ces modifications récentes posent d'importants problèmes éthiques et économiques justifiant une évaluation à long terme pour apprécier le bien-fondé des mesures prises et améliorer encore, si possible, la prise en charge de ces enfants à haut risque neurologique.

## Les objectifs de l'étude ÉPIPAGE\* pilotée par l'unité INSERM 119 (Dr G. Bréart) sont donc ambitieux car multiples :

notamment analyses épidémiologiques de la grande prématurité et de ses causes, description des pratiques obstétricales et pédiatriques, et évaluation de devenir de ces enfants à moyen terme (5 ans) et des conséquences pour leur famille.

Afin d'atteindre ces objectifs, une enquête a été initiée en 1997 dans neuf régions françaises (dont la Haute-Normandie) portant sur tous les enfants nés vivants ou morts entre 22 et 35 semaines et/ou pesant moins de 1500 g ainsi que tous les enfants nés prématurés vivants avant 27 semaines durant l'année 1998. Deux populations témoins serviront de référence : une cohorte d'enfants nés entre 33 et 34 semaines en avril et en octobre 1997 dans chaque région de l'étude, et une cohorte d'enfants nés à terme dans une maternité sur deux de chaque région pendant deux semaines de la même année. La cohorte d'enfants sera constituée sera suivie avec l'aide des pédiatres, des médecins de PMI et des médecins généralistes pendant au moins 5 ans, âge auquel un bilan sera effectué. Après accord parental, un questionnaire maternel ainsi qu'un questionnaire néonatal (en cas de naissance vivante et en l'absence de décès en maternité) ont été

remis pour chaque cas de l'étude. Des questionnaires de suivi ont été ou vont être envoyés aux familles régulièrement 2 mois après la sortie, à 9 mois, à 12 mois et à 24 mois.

## Nous rapportons maintenant quelques résultats chiffrés concernant la grande prématurité en Haute-Normandie durant l'année 97

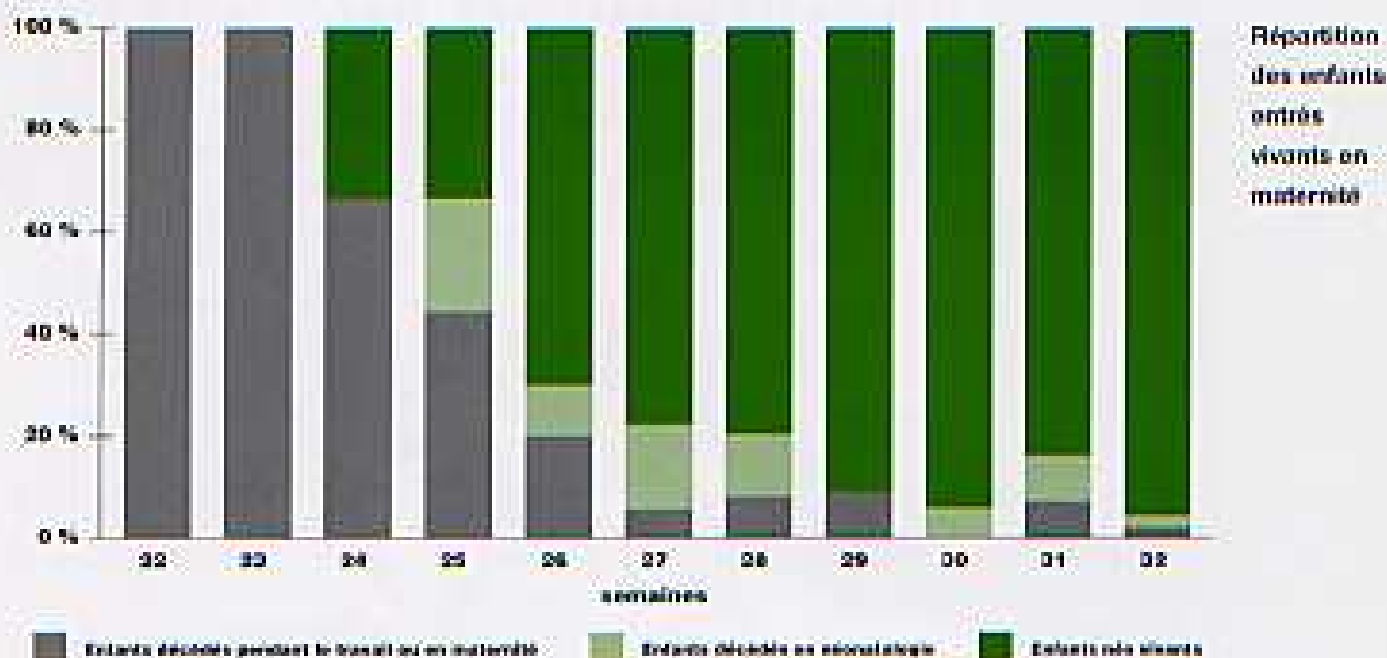
- 387 naissances ont été incluses dans l'enquête ;
- 284 cas (< 33 SA et/ou < 1500 g) dont 45 grossesses gemellaires (16 %) et 2 grossesses triples ;
- 30 témoins (nés entre 33 et 34 SA) ;
- 72 témoins (nés entre 39 et 40 SA) ;
- 447 enfants sont issus de ces grossesses ;
- 333 cas dont 204 (67 %) sont nés vivants et 129 (33 %) nés morts ;
- 41 témoins (33-34 SA) dont 1 seul est né mort ;
- 73 témoins (39-40 SA) dont aucun n'est né mort.

En Haute-Normandie, le nombre de naissances ayant été d'environ 24 000 en 1997 (chiffre provisoire), on peut estimer que le taux de grande prématurité (< 33 SA) est de 12,3 % des naissances et de 0,93 % des naissances vivantes (contre 0,75 % en 1996).

L'analyse du sous-groupe des 224 enfants nés vivant < 33 SA et/ou < 1500 g montre que :

- 13 enfants (6 %) sont nés dans l'Eure et 21 (9 %) en Seine-Maritime ;
- 169 enfants (80 %) sont nés dans les deux centres de niveau III de la région (Rouen et le Havre) ;
- 14 enfants (6 %) sont décédés en maternité, 16 (7 %) sont décédés en néonatalogie et 194 (87 %) sont sortis vivants des services de pédiatrie.

Dans le sous-groupe des 109 enfants nés



morts après 22 SA et < 33,5 et/ou < 1500 g, on dénombre 39 interruptions médicales de grossesse (35 %), 58 morts avant travail (53 %) et 12 morts pendant le travail (11 %).

Vingt-six enfants sont décédés pendant le travail ou nés vivants, décédés en maternité dont 7 entre 22 et 24 SA, 8 à 25 et 26 SA et 3 à 27 et 28 SA.

Les taux de survie sont donc les suivants :

À 26 SA, plus de 60 % des enfants survivent ; à 27 et 28 SA, 80 % et à partir de 29 SA, 90 %.

### La figure montre le devenir (exprimé en %) des enfants arrivés vivants dans les maternités de Haute-Normandie en 1997

Ces chiffres prévisionnels nous autorisent déjà à faire quelques commentaires sur la situation en Haute-Normandie.

1. Les taux de prématurité sont traditionnellement plus bas en Haute-Normandie comparés à la moyenne nationale (5,4 % en France en 1995 [données INSEE] et 4,36 % en Haute-Normandie en 1996). Cependant on note en Haute-Normandie, une tendan-

ce à l'augmentation des taux de grande prématurité entre 1996 et 1997 (0,75 pour 0,93 % des naissances vivantes).

2. La politique de régionalisation des soins a déjà commencé à porter ses fruits puisque plus de 80 % des enfants nés dans les centres de niveau II\*\* après transfert à eux.

3. Les taux de survie de la région de Haute-Normandie sont sensiblement les mêmes que ceux rapportés dans la littérature anglo-saxonne, probablement lié au fait que, entre le transfert à eux, les « percées thérapeutiques et technologiques » sont rentrées dans les habitudes des obstétriciens et des pédiatres. Notamment, il est probable que les prescriptions de corticoïdes avant le transfert de ceux des enfants nous aient permis d'atteindre ces taux de survie en diminuant la fréquence et/ou la gravité de la maladie des membranes hyalines et la fréquence des hémorragies intracérébrales (cause importante de mortalité). L'analyse des causes de décès nous permettra de dire si ces allégations sont exactes. De plus, les possibilités de prise en charge étant mieux connues des obstétriciens, ceux-ci acceptent de transfé-

rer vers les services d'obstétrique et de médecine néonatale des centres de niveau II des enfants de plus en plus jeunes. Sans préjuger de la cause, il faut quand même remarquer que 11 enfants entre 25 et 28 SA sont déclarés morts pendant le travail ou décédés en maternité. Peut-être certains d'entre eux auraient-ils pu être transportés dans un centre de néonatalogie ?

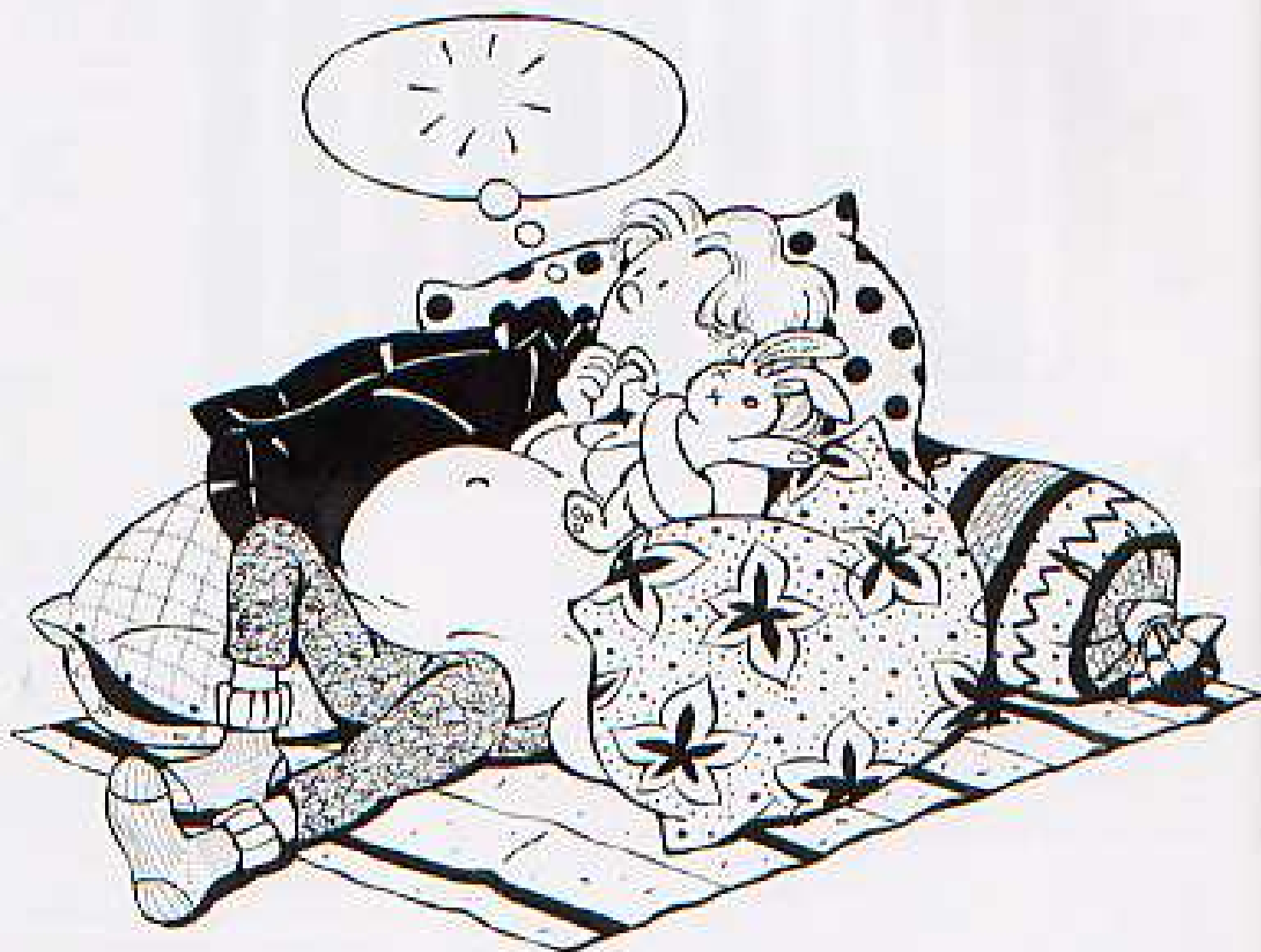
### En conclusion

Les premières données dont nous disposons montrent des évolutions positives dans la prise en charge de la grande prématurité en Haute-Normandie. Mais quel est le prix de ces évolutions ? Sont-elles réellement bénéfiques pour ces enfants et leurs familles ? Faut-il continuer à prendre en charge et à réanimer des enfants nés prématurés ? La réponse à ces difficiles questions éthiques sera probablement résolue par les études longitudinales de suivi à 5 ans de la cohorte constituée en 1997 et 1998.

\* Etude épidémiologique sur les petits jets gestationnels.

\*\* Les centres de niveau II disposent d'une unité de néonatalogie pour assurer les soins spécialisés destinés aux nouveau-nés à risque et d'une unité de réanimation néonatale.

# Les modifications corporelles



La venue d'un enfant est le point d'intrication psyché/soma. Du désir des parents va naître un enfant charnel après neuf mois de modifications psychiques et somatiques. Nous aborderons tout d'abord la grossesse "normale", puis l'étude de grossesses pathologiques soulignera quelques points.

## LES GROSSESSES NORMALES

Le plus souvent, la femme qui "incube" un enfant va bien assumer sa grossesse : les modifications corporelles et physiologiques vont de pair avec "l'idée de l'enfant à venir" et ces transformations mettent le "désir" en forme et en réalité. La mobilité et les réactions du fœtus vont matérialiser le désir d'enfant et achever l'adaptation de la future mère. Une première grossesse transforme "une fille en mère".

Jamais simple, ce changement de statut est d'autant plus aisé que la relation de la future mère avec sa propre mère est bonne. (La réussite de cette identification maternelle permet également la réussite conjugale.) Les modifications corporelles plus tardives et moins importantes lors d'une première grossesse sont habituellement attribuées à une élasticité utérine insuffisante ; on peut penser que se manifeste sur le plan somatique l'ambivalence, propre à tout désir d'enfant, majorée par les modifications psy-

# au cours de la grossesse

chiques d'une première grossesse. L'aspect de la patiente lors des consultations (prise de poids, tonus, habits vestimentaire, signes de séduction (maquillage, coiffure)) présente de conjoint dans la réalité ou le discours, rendent également compte de l'intégration de la grossesse.

De même l'anxiété de l'accouchement, puis dans le post-partum, sont plus les témoins de l'état psychique que des conditions physiologiques de la jeune mère. Enfin le "baby blues" et les conditions de récupération de l'accouchée sont plus liées aux conditions psychiques que somatiques.

## LES DIFFICULTÉS DE LA GROSSESSE

Une grossesse non voulue ou mal assurée s'accompagne habituellement de modifications corporelles tardives et peu importantes (grossesses d'adolescentes.)

Les vomissements insupportables en début de grossesse sont souvent liés à un manque de mariage. La mise à la conscience des conflits intra-psychiques sous-jacents améliore "miraculeusement" les difficultés physiologiques. Les troubles du sommeil ont peut-être la même pathogénie.

Lors de l'anorexie mentale, le conflit "mère-fille" est généralement important, l'image corporelle est au premier plan avec négation de la féminité. Seule une psychothérapie réussie peut permettre la renonciation à une image corporelle androgyne et l'acceptation de la féminité.

Nous nous étudie les retards de croissance intra-utérins :

- Découverte échographique lors de la grossesse : les consultations avec la diététicienne, sans modification de

régime alimentaire ont abouti à la naissance d'enfants de poids normal. Nous attribuons à la qualité relationnelle de la diététicienne se situant en "bonne mère", l'évolution favorable.

- L'étude série de femmes ayant accouché d'un enfant hypotrophique (non diagnostiqué lors de la grossesse et sans cause somatique) a montré le plus souvent une structure psychosomatique avec fonctionnement opératoire (l'efficacité dans la réalité contrecuite le fonctionnement psychique) et incapacité à "imaginer" l'enfant.

Nous n'avons jamais vu de "grossesses nerveuses". Est-ce que cela existe ?

Les psychothérapies des femmes sérieuses sont le plus souvent axées sur leurs mauvaises relations à leur propre mère. L'amélioration de cette relation peut permettre la restauration de la capacité à procréer.

Pour terminer nous citons les futurs pères chez qui on a pu observer des prises de poids inhabituelles et à l'approche de l'accouchement des accidents somatiques tels que coliques néphrétiques et appendicites.

## EN CONCLUSION

On ne peut dissocier psychisme et soma : toute la médecine somatique doit en tenir compte. Ceci est particulièrement vrai pour la gynécologie obstétrique sous tendue par la sexualité et ses éventuelles difficultés.

Désirer un enfant = mettre un enfant au monde = c'est concrétiser le besoin de se perpétuer avec ses difficultés et son ambivalence.

Lors de la grossesse, il importe de ne pas méconnaître l'aspect psychique et d'en tenir compte au même titre que de l'aspect somatique.

# Troisième promotion

Le 3<sup>e</sup> cycle d'Enseignement se déroulera sur 3 ans (1999-2000-2001) et sera révisé :

- 2 sessions de deux jours par an (vendredi et samedi) ;
- le dernier week-end de janvier ;
- l'avant-dernier week-end d'octobre.

## 1<sup>re</sup> Session

### Module de génétique, périconceptologie

29 et 30 janvier 1999

Coordinateur scientifique :  
H. Michard (Paris)

Responsables : Collège de Paris - Ile de France - Adr : D. Serbay  
Collège de Metz - Adr : S. Dur  
Collège de Marseille Provence  
Adr : E. Laplanche-Caillet

## 2<sup>me</sup> Session

### Module d'hormonologie

22 et 23 octobre 1999

Responsables : Collège de l'Ouest  
Adr : F. De Rilhac  
Collège de Lorraine-Est  
Adr : D. Schickels-Perrin

Frais d'inscription : 1.000 F /an.

Le bulletin d'inscription doit être retourné au secrétaire de l'EPILING ou plus tard 15 jours avant le module à venir.

Secrétaire Central de l'Epung :

Dr J.-E. Garnat

2 bis, square Dauterive 59800 Lille

Tel : 03 20 54 66 97

Fax : 03 20 12 98 73

La FNCGM est en voie de faire accréditer l'EPILING en tant qu'organisme formateur de FMC. Cette qualification est en cours de validation.



# La résistance des femmes algériennes

Devant les vagues successives de massacres perpétrés en Algérie durant l'été 1997, 9 personnes de l'agglomération caennaise décident de s'unir en septembre pour crier leur révolte à cette barbarie. Ainsi naît « le collectif contre les massacres en Algérie ».

**P**armi ses 9 personnes, 3 médecins : un pédiatre et deux femmes gynécologues. Ce petit collectif mobilise l'opinion et est rejoint rapidement par de nombreuses associations, syndicats, partis politiques et personnes à titre individuel (39 associations à ce jour). De nombreuses actions de dénonciation et de solidarité sont menées :

• **13 novembre**, marche silencieuse à Caen ; 1 000 personnes ;

• appel à signer à la population : Halte aux massacres... ;

• **20 décembre 1997**, plus de 8 000 signatures sont remises au Préfet de région pour être transmises au gouvernement français. Le texte d'appel est envoyé également à l'Ambassade d'Algérie et au Parlement Européen. Les artistes régionaux s'associent à cette mobilisation ;

• **de janvier à mai 1998**, devant la reprise des massacres collectifs lors du Ramadan, un rassemblement est organisé tous les samedis de 16 h à 17 h, place Pierre Boudiard à Caen.

Celui du 7 mars, veille de la journée de la femme, a été consacré à la solidarité avec les femmes algériennes.

• **1<sup>er</sup> avril 1998** : 6 heures pour l'Algérie : films, débats, théâtre, musiques, lectures de textes-expositions de tableaux régionaux et vendus au profit de l'accueil d'enfants algériens et de l'accueil organisé par le collectif et la PSU, syndicat enseignant ;

Les femmes ont été les cibles privilégiées de la montée de l'intégrisme. Bien avant les assassinats et les massacres collectifs, le statut de la femme algérienne s'est dégradé :

• **Début 1994**, une directive ministérielle (présidence de Chadli) interdit aux femmes de sortir du territoire national non accompagnées d'un tuteur masculin qui peut même être leur fils ;

• **juin 94**, le code de la famille est promulgué « les femmes algériennes n'existent qu'en tant que fille de..., mère de..., épouse de... Elles ne sont pas des individus à part entière ». Ce texte fait d'elles d'éternelles mineures à vie ;

• **1990**, montée de l'intégrisme, du FIS (parti islamiste légalisé en 89). Dans les mosquées, les prêches incitent les hommes à tenir leurs femmes, à surveiller leurs sœurs. Le mot d'ordre du FIS : le voile... de gré ou de force.

Dans le projet islamiste les femmes avaient beaucoup à perdre :

- tribunaux pour juger les mal-pensants ;
- lapidation des femmes adultères ;
- port obligatoire du voile ;
- non mixité ;
- renvoi au foyer des femmes qui travaillent.

Il faut soumettre la femme : règles et interdits deviennent les fers de lance des gardiens de la virginité, de la sexualité, de l'éducation. La femme est diabolisée.

Après l'interruption du processus électoral en janvier 1992 par le gouvernement algérien (élections législatives qui voyaient le FIS exposer la magnité) la violence ininterrompue déferle en Algérie. Le FIS est interdit et passe dans la clandestinité.

• **1993-1994**, vagues d'assassinats commis par les islamistes : enseignants, écrivains, médecins, scientifiques, journalistes, comédiens, chanteurs... les listes sont longues. Celles des personnes à assassiner sont affichées dans les mosquées. Les femmes sont parmi les cibles du FIS : vitriolées, violées, torturées, assassinées ;

• **Le 8 mars 1994**, journée de la femme : l'ultramandat lancé par le FIS pour le port obligatoire du voile est levé. Les femmes manifestent dans la rue, dénonçant la barbarie, les fossoyeurs de l'Algérie moderne et républicaine.

• **1995**, les femmes sont désormais violées massivement : lycéennes, institutrices, journalistes, personnes... égratignées, décapitées, éventrées. L'honneur n'a plus de frontières. Les GIA prennent le relais du FIS, terrorisent la population. Les massacres s'intensifient en 1996, 1997, 1998 (Ramadan).

Pour terminer, je laisse la parole à la cinéaste Hafsa Ziani Krouil qui, lors de la marche des démocrates le 24 juin 1994 (3 000 personnes dans les rues d'Alger) dit :

« On n'a pas peur,  
on ne nous fera pas piler,  
on ne nous fera pas taire »

\* Khadija MESSAOUDI - une algérienne debout - Edition Plume/Le Livre de Poche

Allez au travail,  
à l'école, au  
marché, c'est  
réaliser. Malgré  
la souffrance,  
malgré la barbarie,  
malgré l'insupportable,  
la vie continue...



# "Et mon corps dans tout ça"

**A**près l'accueil et le mot d'ouverture de notre présidente (rasé en raison du retard des prix, les auteurs n'étant arrivés que tardivement), les auteurs de la première partie de la journée sont entrés dans le vif scientifique du sujet.

Le Docteur **Patrick Lelobwa**, endocrinologue à Montpellier, dans une conférence vivement appréciée des auditeurs, nous a fait part de "L'impact des hormones sur l'évolution pondérale et le morphotype de la femme." Le caractère très pratique de cette conférence pourra nous servir pour répondre aux nombreuses questions de nos patientes.

Nous pouvons retenir que :

- l'IMC est en relation avec l'âge, passant de 20 à 20 ans à 26,55 à 60 ans, soit une prise de 10 à 15 kg
- dans l'opinion publique (enquête CERIS 93) les événements (puberté, grossesse, ménopause) et les traitements hormonaux (CO, stimulations) sont en relation avec le poids.

Or bien que 30 % des femmes sous CO disent avoir pris et moyennant 4 kg, les enquêtes, en particulier de **Bringer et Lelobwa**, ne montrent pas de différence significative de prise de poids ni de modification du morphotype avec une population témoins.

- les femmes qui prennent du poids présentent de la masse grasse, en particulier lors des phénomènes de "yo-yo" où il y a perte de masse maigre et prise de masse grasse.
- à la ménopause la prise de poids est surtout liée à l'âge par :
  - + diminution des dépenses énergétiques,
  - + diminution du métabolisme basal,
  - + diminution de la dépense énergétique au cours de la digestion.
- les dépenses énergétiques chez les enfants de parents de poids normal est différente de celles des enfants de parents obèses : c'est génétique.

Les obésités se différencient en :

- obésité androïde sous-cutanée de type 2
- obésité périsplénique de type 3, la plus impliquée dans l'augmentation de mor-

talité en fonction de l'IMC.

- obésité gynéoïde de type 4.

Un rappel de l'action physiologique sur la masse grasse de chaque type d'hormones nous a rafraîchi la mémoire.

En conclusion, la relation entre le poids et l'âge est surtout génétique, en faible partie dépendante des événements hormonaux physiologiques, thérapeutiques et éventuellement pathologiques au cours de la vie. L'influence hormonale agit plus sur le morphotype que sur le poids lui-même.

M<sup>lle</sup> le Docteur **Isabelle Couderc**, médecin de la reproduction, nous a ensuite parlé du "corps de la femme sous influence androgénique".

Rappel de la physiologie des androgènes : sites de production, d'action, de leur évolution au cours des événements de la vie. Rappel des signes cliniques et des différents tableaux de l'hyperandrogénie, de leurs moyens de dépistage, des thérapeutiques en cours et à venir.

La deuxième partie de la matinée, à orientation psychanalytique, sur "les images du corps" a été animée par deux auteurs.

M<sup>lle</sup> le Docteur **Anne Raoul-Daval** nous a fait part de ses expériences, en milieu hospitalier entre autres, de l'impact des femmes devant "les modifications corporelles au cours de la grossesse" lors des grossesses normales mais bien que lors des grossesses non désirées ou non acceptées. Sa conférence a été appréciée à sa juste valeur (cf article page 4).

Le docteur **Pierre Benghasi** nous a traité de "l'anamorphose de l'image du corps et fertilité". Il pense que nous avons découvert ensemble la définition de cette expression : l'ensemble des déformations du corps comme nous l'a révélé Pierre Benghasi avec son miroir déformant, cette image individuelle, subjective et l'autre image groupale, familiale. L'illustration nous en a été faite par le film d'un cas clinique de thérapie familiale menée par Pierre.

Après un noon bienvenu et bien apprécié par l'ensemble des intervenants, auditeurs et participants des laboratoires, les communications de l'après-midi, bien que

classiques, nous ont apportés des informations certainement très ignorées de la plupart d'entre nous, en particulier avec l'icnographie impressionnante que nous a présentée M<sup>lle</sup> le docteur **Catherine Gagnard** dermatologue à Tours lors de sa conférence sur "les possibilités thérapeutiques en dermatologie pour

combattre le vieillissement cutané : peeling, dermabrasion, laser-abrasion." Les résultats sont probants mais "il faut souffrir pour être belle !"

L'icnographie a encore été essentielle dans les présentations de M<sup>lle</sup> le Docteur **Nathalie Bricourt** sur les "Femmes et Quantités" de corps, et le docteur **Daniel Lubbe** sur la Chirurgie "esthétique de visage" : tous deux, chirurgiens plasticiens respectivement à Paris et à Caen, nous ont permis de réfléchir avec eux les possibilités actuelles de leur art et ses limites.

Bien sûr, à un tel résumé n'est impossible à faire, et nous pensons que les nombreux adhérents du Collège qui n'ont pu ou voulu assister à cette journée ont pu puiser des informations d'un grand intérêt.

Notre journée déjà si riche, a été close par deux manifestations purement intellectuelles :

- l'une "amour de la femme"

M<sup>lle</sup> **Françoise Sternbach**, expert à la cour d'appel de Paris et son complice M. **Didier Ludot**, collectionneur et antiquaire de la mode, nous ont relaté "la mode et les accessoires de mode" de la fin du siècle dernier à nos jours. Malgré leur manque d'habitude de ce genre de présentation, ils ont su nous faire apprécier l'importance de l'évolution de ce fait social et ses relations avec la santé (corsets, hygiène...). Nous avons pu aussi admirer les deux jolies robes qu'ils nous ont exposées.

- l'autre a été la prestation éblouissante de la comédienne **Maryvonne Schiltz** dans son interprétation soignée de "l'Éloge de la folie" d'Érasme pour le bonheur des spectateurs, que l'on aura voulu plus nombreux cette soirée.



# Intérêt de la stimulation des nerfs sacrés

## dans les instabilités vésicales et les dysfonctionnements vésico-sphinctériens chroniques

### Historique de l'électro-stimulation vésicale

Les travaux d'électro-stimulation ont tout d'abord été entrepris pour améliorer les dysfonctionnements vésico-sphinctériens neurologiques et l'école de Turghe au États-Unis a apporté une contribution décisive à partir des années 1960. Néanmoins, la possibilité d'obtenir une vidange vésicale par électro-stimulation s'est heurtée à la difficulté d'obtenir de façon synchronisée une relaxation du sphincter urétral lors de la stimulation des racines sacrées avec un courant de haute amplitude.

La possibilité de ces travaux mais avec un courant de basse amplitude (1,5 à 3 volts) a introduit un nouveau champ d'application de l'électro-stimulation. Lors des basses amplitudes de stimulation, il n'est pas provoqué de contractions vésicales mais une neuro-modulation du plancher pelvien qui s'explique par un effet d'électro-stimulation affectant davantage les nerfs somatiques que le système autonome, c'est ce procédé qui trouve son application pour certaines instabilités vésicales.

### Principe et réalisation

Le principe de la neuromodulation est la stimulation de la 3<sup>e</sup> racine sacrée par une électrode-fil introduite à travers le trou sacré postérieur et reliée à un stimulateur MEDTRONIC (quel il en situation sous-cutanée abdominale, assimilable à un "pose-makoc"). Avant l'implantation définitive de l'électrode et du stimulateur, il est réalisé un test per-cutané pour une stimulation temporaire sur une durée de 4 jours (fil au contact de S3 relié à un stimulateur-test externe). Si l'amélioration du score symptomatique dépasse 70 % et si la stimulation est bien tolérée, l'implanta-



Implantation de système de stimulation d'un nerf sacré

tion de l'électrode permanente est réalisée en l'introduisant au contact de la 3<sup>e</sup> racine sacrée, puis en la fixant de façon chirurgicale au périoste, le fil étant tunnelisé pour rejoindre le stimulateur quel il placé dans l'espace sous-cutané abdominal. Les paramètres de stimulation sont déterminés et ajustables grâce à une console de programmation. Les paramètres de départ sont : 1 à 5 volts, 10 à 15 Hz, 2 à 10 sec., ils sont ajustés pour obtenir une absence de douleur et la meilleur efficacité sur le cycle mictionnel. Un réajustement secondaire est habituellement nécessaire, expliqué par l'organisation circadienne comportant un certain degré de fibrose. Les malades sont porteurs d'un petit boîtier portable (programmeur patient) qui leur permet d'arrêter la modulation ou de faire varier l'intensité si elle est gênante, mais uniquement dans les limites qui lui auront été fixées lors de la programmation avec la console. Les mictions s'effectuent normalement sans toucher à la modulation.

A noter qu'aucune section nerveuse n'est réalisée lors de la procédure et que l'explantation ou l'arrêt du stimulateur permet un retour à l'état initial

sans séquelle. Le prix du stimulateur est élevé (40 000 F).

### Trois groupes d'indications

peuvent être schématisés :

– les incontinences par impériosité mictionnelle liée à une instabilité vésicale sensible au miction (contractions vésicales désinhibées au bilan urodynamique). Les traitements par sympatholytiques ont une efficacité estimée à 55 % mais avec des effets secondaires parfois très mal tolérés, notamment à type de sécheresse buccale. La réduction et l'électro-stimulation vaginale permettent des résultats très incertains et mal évalués. L'agrandissement vésical par utilisation d'une anse intestinale est un geste efficace mais plus lourd et dans près de la moitié des cas des résidus obligent à des auto-souffrages.

Il faut en rapprocher les états avec une pollakiurie invalidante associée à des impériosités mictionnelles. Il semble que certaines instabilités vésicales de la sclérose en plaques puisse en bénéficier également.

– le deuxième groupe d'indication concerne les rétentions vésicales chroniques d'ordre fonctionnel, sans

obstacle organique, sans neuropathie périphérique, ni interruption des nerfs pélviques. Ces états d'contractilité ou d'hypocontractilité vésicale associés à un trouble de perception du besoin vésical s'associent fréquemment à des infections urinaires à répétition et comportent un risque de retentissement sur le haut appareil. En l'absence de traitement médical actuellement disponible il est proposé à ces malades le recours aux auto-sondages intermittents ou la sonde à demeure. Une spasticité exagérée du plancher pérvéal et du sphincter urétral en serait la cause. La neuromodulation permet une relaxation de cette spasticité du plancher pérvéal.

- Le troisième groupe d'indications concerne les douleurs chroniques vésicales (sans anomalie organique intrinsèque ni infectieuse ou tumorale) de type cystalgies avec souvent une incontinence à des imperiosités et une pollakiurie.

#### Données de la littérature

Parmi les publications rapportées, Bosch rapporte l'effet de la stimulation en St chez 18 patients présentant une instabilité vésicale et une incontinence par imperiosité mictionnelle. Sur 9 malades une disparition complète de l'incontinence a été obtenue et maintenue sur 2 ans pour les cas les plus anciens. Pour ceux dont l'amélioration a été partielle le nombre de garnitures est passé de 7 à 2 par jour.

Elabbady rapporte l'intérêt de l'électro-stimulation pour un groupe de 50 sujets présentant une rétention chronique vésicale par dysfonctionnement vésical inexplicite. Les 17 sujets qui présentaient un test percuteur positif ont été implantés. Chez ceux qui présentaient une rétention pure, il a constaté 70 % d'amélioration du résidu et même un arrêt des auto-sondages pour 2 d'entre eux. Pour ceux qui avaient une rétention d'urine à d'autres signes fonctionnels et urinaires, la pollakiurie et la douleur ont été améliorées dans 80 % des cas, les imperiosités dans 42 % des cas et le nombre des garnitures diminué dans la moitié.

Ces expériences sont concordantes avec d'autres publications pour attester de l'intérêt de cette méthode, même si d'autres travaux sont nécessaires pour mieux préciser les modalités, les critères de sélection, d'évaluation à long terme. Il faut souligner le décalage entre la fréquence de l'amélioration symptomatique et les modifications plus limitées des paramètres urodynamiques (pression vésicale, capacité et débit). Par ailleurs, certains sujets ont pu arrêter l'électro-stimulation avec une persistance d'un bon résultat.

Weil à Maastricht a un taux de succès de 85 % sur une série de 50 malades avec instabilité vésicale et/ou rétention, dès lors que le test initial est positif.

À Rouen, nous avons implanté depuis 1 an, 4 électrostimulateurs des racines sacrées dont 2 pour instabilité vésicale rebelle aux traitements médicaux. L'amélioration a été nette dans les 4 cas et le stimulateur n'a pas entraîné de gêne pour les patients.

Ainsi, la neuro-modulation des racines sacrées apparaît être une technique très prometteuse, non invasive. Elle trouve sa place dans les instabilités vésicales réfractaires aux traitements médicaux en alternative à la clam-entérocystoplastie. Cependant le prix élevé du stimulateur et le temps nécessaire pour les tests imposent de bien sélectionner les indications.

#### Bibliographie

- BOSCH JL, GROEN J. Sacral (St) segmental nerve stimulation as a treatment for urge incontinence in patients with detrusor instability : results of chronic electrical stimulation using an implantable neural prosthesis. *Journal of Urol*, 1995, 154 : 364-367.
- ELABBADY A, HASSOUNA M, ELHILALI M. Neural stimulation for chronic voiding dysfunction. *Journal of Urol*, 1996, 157 : 2076.
- JANKNECHTIL W, WIELE, EBERMANN P. Improving neuromodulation technique for refractory voiding dysfunction : two-stage implant. *Urology*, 1997, 49 : 1 : 216-222.

## ATELIER DE SÉNOLOGIE EN BASSE-NORMANDIE

Un atelier s'est déroulé à Caen le jeudi 17 septembre 1998 à l'école des manipulateurs en radiologie du CHU en présence de 43 gynécologues bas-normandes.

Nous avons invité le docteur Crozet pour nous commenter le CD-Rom du professeur Uzun « La sénologie au quotidien » CD-Rom qui a été ensuite distribué par les laboratoires Cassanna à tous les participants.

Nous avons ensuite eu la présentation de dossiers dans trois ateliers tournants animés par les docteurs Lerouquin, Boule et Marichel radiologues.

La soirée s'est terminée par une table-ronde concernant la composition de dépistage Mafféide. Le prochain atelier est prévu le 21 janvier 1999.

B. GUIGUES

## 4<sup>e</sup> Journées Nationales de Médecine Fœtale

Du jeudi 25 au dimanche 28 mars 1999 à Morlaix.

Thème : Diagnostic, prise en charge pré et postnatale des affections fœtales.

3 Ateliers pratiques (le soir) : échographie et échographie du cerveau, du cœur, préservation de fœtus hétérozygotes sur les jumeaux conjoints. Tarif préférentiel pour les membres du Collège à jour de leur cotisation. Enseignements et inscriptions : P. COM, tél : 02 31 44 88 01.

LE COLLÈGE DE GYNÉCOLOGIE DE NORMANDIE  
REMERCE VIVEMENT  
LES LABORATOIRES  
RHÔNE-POULENC FIBER  
DE LEUR PARTICIPATION  
FINANCIÈRE POUR  
LA PARUTION DE CE NUMÉRO.

# Grossesse et alcool

Le 4 avril 1998 s'est tenue une journée de formation régionale sur le thème "grossesse et alcool".

Fon original elle était organisée par un collectif médical régional regroupant le Collège de Gynécologie de Normandie, le Cercle des gynécologues obstétriciens hospitaliers non universitaires de Haute-Normandie, les Unions Professionnelles de Haute-Normandie, l'AMPOHM, les services maternité universitaire et non universitaire de Rouen, le GEN, le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes, les services médicaux du Conseil Général, les services maternité des cliniques de Haute-Normandie et des praticiens généralistes et spécialistes, hospitaliers ou libéraux et avec le soutien de la DRASS, du Conseil Régional de Seine-Maritime, des Conseils de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime et de l'Eure, des Unions Professionnelles, des Collèges d'Assurance Maladie.

**D**écrite dans sa forme complète pour la première fois par Lemoine en 1968, le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) regroupe un retard de croissance intra-utérin, une dysmorphie craniofaciale (microcéphalie, philtrum long et plat, retrognathisme, fentes oculaires étroites, petit nez retroussé, front bombé...) une atteinte neurologique allant de l'hyperkinésie au retard mental profond et des malformations pouvant atteindre toutes les parties du corps.

**L'embryofetopathie alcoolique** est maintenant considérée par beaucoup comme la première cause de déficience mentale en Occident (Dr B. Desdunes-Frosio). L'effet tératogène de l'alcool et de son métabolite l'acétaldéhyde dépend de la quantité d'alcool ingérée, de la durée de l'imprégnation alcoolique pendant la grossesse et à un moindre degré de l'ancienneté de l'alcoolisme et des caractéristiques génétiques de la mère et de l'enfant (atteinte similaire chez les jumeaux homozygotes, différente chez les hétérozygotes).

SI est reconnu que les SAF sévères se retrouvent chez les enfants de fortes consommatrices (plus de 3 verres par jour, un verre = 10 g d'alcool); le risque fœtal notamment cérébral existe même

chez les consommatrices modérées (2 à 3 verres par jour) et l'intoxication aiguë occasionnelle (5 verres à la suite) est un facteur de gravité. La prévalence du SAF varie selon les études de 1 à 2 pour 1 000 naissances, une pour 300 au Havre. En France 9,8 % des femmes de plus de 15 ans déclarent consommer au moins 3 verres d'alcool par jour, et la Haute-Normandie est au deuxième rang des régions touchées par la pathologie alcoolique. Chez les femmes enceintes, la fréquence des buvaines excessives est estimée à 4 % avec un risque de 30 à 50 % d'atteinte fœtale.

## Pendant la grossesse,

l'alcool ingéré par la mère traverse le placenta et arrive directement dans la circulation fœtale. Le fœtus est immature pour la detoxication de l'acétaldéhyde et l'alcoolaldéhydase fœtale a une activité très faible.

L'alcool et son métabolite ont une action délétère à toutes les phases du développement cérébral et pendant toute la grossesse (Dr S. Marnet). Leurs effets d'impact sont multiples : inhibition de l'expression de certains gènes de croissance cérébrale, inhibition de la synthèse de l'acide rétinoïque, morphogène important dans le développement du SNC, effet négligé sur les divers systèmes neu-

rotransmetteurs... Ils peuvent entraîner des anomalies de fermeture et de segmentation du tube neural, des agénésies du corps callosus et des dysgénésies du cervelet, des microcéphalies mais aussi des troubles moins sévères à type d'hétérotopies neurogliales ou des anomalies de la mise en place des circuits neuronaux. Peutent s'y associer des malformations cardiaques, rénales, génito-urinaires ou osseuses.

## L'influence

### de la consommation d'alcool

sur le déroulement propre de la grossesse est titré (Dr L. Marpeau) : légère augmentation du risque de fausses couches spontanées précoces, tendance à l'augmentation de la mortalité et de la morbidité néonatale (sauf d'hémorragies rétroplacentaires) non retrouvée dans toutes les études, retard de croissance intra-utérin. La distribution du poids de naissance est titré : de 80 à 160 g selon la consommation maternelle d'alcool. En cas de consommation modérée d'alcool, la taille de l'enfant ne varie pas mais le périmètre crânien est affecté.

À la naissance un syndrome de sevrage peut survenir vers le deuxième ou troisième jour par la suite le bébé va se corriger, le retard statur pondéral également, partiellement et tardivement à la puberté, avec des enfants pâles et maigres que leurs nourrices éventuelles ne feront pas plus grossir que leurs mères (Dr Chabrolle). La microcéphalie persiste.

### La conséquence la plus grave

à long terme est le retentissement sur le développement mental de l'enfant qui peut aller d'un déficit cognitif léger à une déficience mentale sévère. Il est corrélié à la microcéphalie initiale et peut être aggravé par l'environnement post-natal. Au déficit mental et aux troubles du comportement ne s'associent ni infirmité motrice cérébrale ni trouble sensoriel. Les crises convulsives sont rares. La socialisation est difficile, gênée par une hyperkinésie imprévisible et des cond-

liens socio-familiaux souvent difficiles (violence, perturbation des rôles familiaux, marginalisation).

Ces enfants ont besoin d'une prise en charge multidisciplinaire et souvent (un cas sur deux) institutionnelle. Les familles d'accueil corrigent les effets d'une carence éducative ou affective mais ne peuvent effacer les effets délétères de l'alcoolisation anténatale et le déficit mental va persister.

#### C'est dire l'importance de la prévention

qui doit mobiliser tous les acteurs médicaux et sociaux. Une table ronde a permis aux Dr Ducrette gynécologue, au Dr Daine généraliste, au Dr Cidet alcoologue, au Dr Membrez psychiatre et à M. Grandin, vicaire social de nous faire part de leurs expériences, de leurs difficultés et de leurs espoirs.

L'absence de seuil de sécurité (consommation en dessous de laquelle il n'y aurait pas de risque tératogène) conduit à prôner la consommation zéro pendant la grossesse. Les petites consommatrices et les femmes non alcoolodépendantes sont accessibles à une simple information dont l'effet bénéfique a été démontré dans de nombreuses études.

Cette information devrait se placer idéalement en ante-conceptionnel en dehors de la charge affective et culpabilisante de la grossesse ou sinon pendant toute la gestation. Elle peut se faire par des actions médicales, scolaires, par la pré-

sence d'affiches dans la salle d'attente mais surtout par le dialogue médecin-patient.

Ce dialogue est primordial mais devient difficile quand il s'agit de diagnostiquer et de traiter une femme alcoolodépendante. Le médecin ou le vicaire social doit passer outre ses propres représentations culturelles de l'alcool et "de la femme qui boit" et se mettre à l'écoute des patientes sans a priori. Il faut éviter la culpabilisation, la banalisation, l'autoritarisme, les recettes toutes faites. Il faut avoir penser à la responsabilité de l'alcool devant divers dysfonctionnements qu'ils soient somatiques, biologiques, familiaux (séparation...), sociaux (non respect des rendez-vous par exemple), professionnels (absences répétées...), juridiques (incarcération de permis...), et en cas d'autres addictions il faut valider le droit, le pouvoir, réduire la culpabilité.

#### L'élaboration du projet de soins

se fera au mieux en équipe. En cas de grossesse, le serrage est urgent en raison de l'effet tératogène de l'alcool. Il faut en expliquer les bénéfices aux femmes : quel que soit le degré d'alcoolisme de la femme, l'arrêt de l'alcool pendant la grossesse permet la naissance d'un enfant normal.

Chez les alcoolodépendantes selon la définition du DSM-IV (augmentation de la tolérance et présence d'un syndrome de serrage à l'arrêt de l'alcool), le serrage se fera en hospitalisation souvent avec l'aide

de fortes doses de benzodiazépines. Une prise en charge multidisciplinaire devra ensuite soutenir la patiente en écartant et être poursuivie bien au-delà de la substance. La dimension psychiatrique et/ou psychologique ne devra pas être négligée. Les dépressions antérieures sont souvent sous-jacentes, conséquences de carences et de violences relationnelles précoces.

La prénatalité de la grossesse peut temporairement couvrir la faille narcissique présente mais la substitution de l'enfant réel à l'enfant imaginaire est souvent difficile source de troubles de la relation mère-enfant.

Tous les intervenants ont souligné l'importance du travail en réseau pour la prévention du SAF et le traitement de l'alcoolisme maternel, travail long et difficile qui ne peut se faire seul. Cette journée fort intéressante a permis des rencontres et des échanges entre des soignants d'origines diverses mais tous désireux de relever le défi qui constitue l'éradication de l'embryofœtopathie alcoolique. De nouvelles actions de formation sont prévues dans la région.

Une bibliographie ainsi qu'une liste d'adresses utiles et de téléphones du réseau spécialisés en alcoologie en Haute-Normandie est à votre disposition sur simple demande au Collège de Normandie.

Prochain

# congrès



Venez nombreux !

## Actualités en cancérologie gynécologique

Il aura lieu au Casino de Deauville le samedi 14 novembre 1998. Il sera suivi d'une soirée amicale au Haras de Boutevent à Vieux-Pontal ; festin/soirée à l'art culinaire, dîner et soirée Salon avec l'Orchestre "Les Harveys".

Inscription au congrès : membre du collège : 350 F, non membre : 600 F, interne et sage-femme : 100 F. Soirée - participation au dîner : une personne : 150 F, deux personnes : 250 F.

Albert Martin fera preuve de son sens clinique aiguisé en proposant qu'il fallait avant tout, au point de vue des soins, se préoccuper de l'évacuation et des aspects de la résorption de ces débris et s'il ne restait plus rien de donner à chaque blessé une bande élastique.

Les premières manifestations de blessés à blessés datent de 1917.<sup>\*\*\*</sup> Néanmoins, que soit la fin de la guerre quelques cartons radiologiques, tirés sur des lames de métal, se venaient de peindre pour servir de clichés à l'usage des blessés dans la colonne mobile d'un de nos premiers blessés. Grâce à la radiographie, j'ai pu en venir à bout. Voilà, certes, une invention précieuse et qui rend des services considérables. (22/2/1917). La grande préoccupation des chirurgiens était l'infection des plaies. Ils ne disposaient pas de l'antibiothérapie, les moyens disponibles étaient "chimiques" : teinture d'iode, acide phénique, kérosène de Dakin et de Labarraque, n'empêchant pas la prolifération des germes en profondeur. Il fallait donc que la prévention de l'infection découle au maximum de la technique chirurgicale elle-même. Rapidement, les chirurgiens du front s'approprièrent aux conceptions opératoires toutes théoriques de leur supérieurs de l'école qui préconisaient la suture immédiate des plaies alors qu'il fallait en première les débarrasser.<sup>\*\*\*</sup>

Nous arrivons devant une réalité en de larges incisions préventives, dans l'excision extensive des parties souffrantes, dans la recherche et l'excision de corps étrangers, dans l'excision des esquilles ou fragments d'os qui l'on s'attend sans espoir de coaguler sans péril... On amputait "en section plane" pour aller au plus pressé, pour donner le moins possible de peine à l'opéré... Toute cette bandelette partait avec de francs rebonds. Je n'ai pu venir le plus loin, et j'étais au début de novembre et dans l'ordre d'attente quand elle passa dans nos rêves, jusqu'à me réveiller.<sup>\*\*</sup> C'est à cette époque que Carrel propose l'irrigation des plaies au sérum physiologique et baptisé pour ce faire des drains perfusés qui furent désignés comme "C" et qui ont complètement effacé le danger des plaies.<sup>\*\*\*</sup>

Malgré cette précieuse, les chirurgiens pratiquèrent des craniotomies, des arplasties des membres supérieurs et inférieurs, des ligatures artérielles, des trachéotomies de Tozzi, des arthrotomies, des immobilisations de fractures. Un opéré sur dix mourait "des suites opératoires". Dire cela n'était pas reconnaître le mérite des chirurgiens. Albert Martin, à juste titre, protesta contre cette espièrerie ; il eût été plus comarade et conforme à la réalité de dire que les blessés avaient succombé "malgré l'intervention chirurgicale".

Le plus difficile, en conscience, était de juger de l'état des blessés, de décider parmi eux lesquels étaient opérables et d'écarter le plus souvent aux autres (les moments) que le réconfort d'un mot d'encouragement et d'espoir et la prière de quelqu'un qui aime, combat... C'était là qu'il fallait faire preuve avant tout d'esprit clinique et de sagesse, une véritable "poésie des larmes". Car il n'y avait pas de temps

à perdre... Si nous nous immobilisons, nous et notre personnel, pendant des heures près d'un blessé à l'agonie, nous sommes à son tour peut-être victimes, nous devons nous occuper à son hébergement ou le transporter vers une ambulance ou vers un hôpital plus grand de blessés graves qui vont quand même guérir par votre intervention.

Au début de la guerre, les plaies articulaires... nécessitent des débridements... On faisait encore, en lieu des médecins, à l'usage aux blessés de la position. Place aux blessés du ventre, elles arrivaient souvent sur la table d'opération dans les délais incompressibles.<sup>\*\*</sup> Il est impossible, sauf rares exceptions de sauver les blessés de l'abandon avec des blessés au ventre. Les opérés étaient emportés évanouis, le plus tôt possible vers l'arrière. Nous venions les blessés attachés incompressibles après un sans réconfort, de ne se rétablissant pas trop sur le point de vue de beaucoup de ces hommes évanouis vers l'arrière. S'ils ont échappé aux infections immédiates de leurs blessures, ils ont à souffrir toutes les complications plus ou moins vives qu'ils en, éprouveront pendant, passives.

Malgré ces avantages de travail, les chirurgiens du front n'en gardent pas moins leur esprit critique et lucide, surtout sans cesse de mieux comprendre la pathologie rencontrée et d'affiner leur technique opératoire. Pour les grands chirurgiens qui se débattaient dans ces temps dramatiques, tous les blessés représentaient un immense défi de fabrication, même de réflexion pour de progrès techniques.<sup>\*\*\*</sup> "Les deux premières années de la guerre furent, pour les chirurgiens que j'ai vu à l'arrière, des années de recherche pénible, de travail dur, de labeur persévérant, de découvertes, de réflexions incessantes."<sup>\*</sup>

Au fil des années de guerre, les chirurgiens s'enhardissent, portant avec succès, dans les années 17 et 18, des interventions qu'ils n'auraient pas osé pratiquer au début de la guerre. Pour preuve ce récit de Georges Duhard : dans "les sept dernières plaies", livre V des Récits des temps de Guerre, qui ne parut qu'en 1924, le médecin-poète, évoquant Héraire des

derniers opérés de la guerre et notamment celle de Rougnol qui portait une plaie du cœur pour laquelle fut tentée une intervention désespérée, écrit : "si tu vis encore, dans ton barreau noir, rappelle-toi Rougnol, que j'ai tenu entre mes mains, ton cœur glissant et moulu comme un poisson".

L'autre chirurgien Jean-Louis Faure, dans ces lignes, dira à la grande satisfaction de G. Duhard que "seul pouvait écrire ces lignes quelqu'un qui a redressé trois le corps d'un homme entre ses doigts". Ce récit fut lu à la radio nationale le 11 novembre 1981. Quelques jours plus tard, G. Duhard reçut une lettre touchante : "Docteur, je suis Rougnol, je suis vivant, j'ai été épargné et j'ai trois enfants". Quelle belle récompense !

Mes remerciements au Dr Pierre-Albert Martin pour la riche documentation qu'il a gracieusement mise à ma disposition.



Albert Martin

\* G. Duhard, La nuit des âges. \*\* Albert-Louis Faure, Médecin. \*\*\* P. Etienne.