
Dépôt Institutionnel de l'Université libre de Bruxelles /
Université libre de Bruxelles Institutional Repository
Thèse de doctorat/ PhD Thesis

Citation APA:

Guillery, H. (1855). *Dissertation sur la pelvimétrie et les différents modes de délivrance dans les cas d'étroitesse extrême du bassin* (Unpublished doctoral dissertation). Université libre de Bruxelles, Faculté de Médecine – Médecine, Bruxelles.

Disponible à / Available at permalink : <https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/292986/3/0ec65c66-c070-48c4-b9bb-ee375d58e1ae.txt>

(English version below)

Cette thèse de doctorat a été numérisée par l'Université libre de Bruxelles. L'auteur qui s'opposerait à sa mise en ligne dans DI-fusion est invité à prendre contact avec l'Université (di-fusion@ulb.be).

Dans le cas où une version électronique native de la thèse existe, l'Université ne peut garantir que la présente version numérisée soit identique à la version électronique native, ni qu'elle soit la version officielle définitive de la thèse.

DI-fusion, le Dépôt Institutionnel de l'Université libre de Bruxelles, recueille la production scientifique de l'Université, mise à disposition en libre accès autant que possible. Les œuvres accessibles dans DI-fusion sont protégées par la législation belge relative aux droits d'auteur et aux droits voisins. Toute personne peut, sans avoir à demander l'autorisation de l'auteur ou de l'ayant-droit, à des fins d'usage privé ou à des fins d'illustration de l'enseignement ou de recherche scientifique, dans la mesure justifiée par le but non lucratif poursuivi, lire, télécharger ou reproduire sur papier ou sur tout autre support, les articles ou des fragments d'autres œuvres, disponibles dans DI-fusion, pour autant que :

- Le nom des auteurs, le titre et la référence bibliographique complète soient cités;
- L'identifiant unique attribué aux métadonnées dans DI-fusion (permalink) soit indiqué;
- Le contenu ne soit pas modifié.

L'œuvre ne peut être stockée dans une autre base de données dans le but d'y donner accès ; l'identifiant unique (permalink) indiqué ci-dessus doit toujours être utilisé pour donner accès à l'œuvre. Toute autre utilisation non mentionnée ci-dessus nécessite l'autorisation de l'auteur de l'œuvre ou de l'ayant droit.

----- **English Version** -----

This Ph.D. thesis has been digitized by Université libre de Bruxelles. The author who would disagree on its online availability in DI-fusion is invited to contact the University (di-fusion@ulb.be).

If a native electronic version of the thesis exists, the University can guarantee neither that the present digitized version is identical to the native electronic version, nor that it is the definitive official version of the thesis.

DI-fusion is the Institutional Repository of Université libre de Bruxelles; it collects the research output of the University, available on open access as much as possible. The works included in DI-fusion are protected by the Belgian legislation relating to authors' rights and neighbouring rights. Any user may, without prior permission from the authors or copyright owners, for private usage or for educational or scientific research purposes, to the extent justified by the non-profit activity, read, download or reproduce on paper or on any other media, the articles or fragments of other works, available in DI-fusion, provided:

- The authors, title and full bibliographic details are credited in any copy;
- The unique identifier (permalink) for the original metadata page in DI-fusion is indicated;
- The content is not changed in any way.

It is not permitted to store the work in another database in order to provide access to it; the unique identifier (permalink) indicated above must always be used to provide access to the work. Any other use not mentioned above requires the authors' or copyright owners' permission.

DISSERTATION

SUR LA PELVIMÉTRIE

ET LES DIFFÉRENTS

MODES DE DÉLIVRANCE

DANS LES CAS

D'ÉTROITESSE EXTRÊME DU BASSIN.

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLES

PAR

HIPPOLYTE GUILLERY

(DE CHARLEROI),

Docteur en sciences, en médecine, chirurgie et accouchements;
Professeur adjoint à l'Université de Bruxelles; Professeur de physique au Musée royal de l'Industrie;
Médecin des pauvres de Koekelberg.



BRUXELLES,

IMP. ET LITH. DE CH. VANDERAUWERA,

MONTAGNE-AUX-HERBES-POTAGÈRES, 25.

1855

UNIVERSITÉ DE BRUXELLES.

MM. TIELEMANS, Recteur.
VERHAEGEN aîné, Administrateur inspecteur.
F. DE CONTRERAS, Secrétaire-trésorier.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

MM. DE ROUBAIX, Président,
PIGEOLET, Secrétaire,
GLUGE,
GRAUX,
HAUCHAMPS,
LEBEAU,
MEISSER,
MOREL,
ROSSIGNOL,
SEUTIN,
THIRY,
A. UYTTERHOEVEN,

Professeurs.

MM. LEQUIME,
VANHUEVEL,
V. UYTTERHOEVEN,

Professeurs honoraires.

MM. CROCO, docteur agrégé, chef des travaux anatomiques.
P. DELVAUX, docteur agrégé.

Vu l'article 18 du règlement du 26 janvier 1842, ainsi conçu : « Toute thèse qui serait imprimée » sans l'approbation du Président (de la faculté que la chose concerne) sera considérée comme non » avenue et étrangère à l'Université. Du reste, les opinions étant libres, les recipiendaires peuvent » présenter au public les résultats, quels qu'ils soient, de leur conviction personnelle; l'Université » n'entend à cet égard rien approuver ni imputer. »

Le Président de la Faculté de Médecine de l'Université de Bruxelles autorise l'impression de la présente thèse, présentée par M. Hippolyte Guillery, docteur en médecine, etc., sans entendre approuver ni imputer les opinions de l'auteur.

Bruxelles, le 5 novembre 1855.

DE ROUBAIX, D. M.

DISSERTATION

SUR LA PELVIMÉTRIE

ET LES DIFFÉRENTS

MODES DE DÉLIVRANCE

DANS LES CAS

D'ÉTROITESSE EXTRÊME DU BASSIN.

Le problème de la délivrance dans les cas d'étroitesse extrême du bassin peut être compté au nombre des plus épineux de l'art chirurgical. Aucun des moyens que nous possédons pour le résoudre ne doit être employé exclusivement aux autres, aucun ne doit être rejeté. La conduite de l'opérateur doit être motivée par les données du problème et par les modes de solution qui lui sont accordés.

Les données du problème sont :

- Les diamètres et la forme du bassin mathématiquement déterminés ;
- Les dimensions de la tête du fœtus ;
- L'époque de la grossesse et le temps du travail ;
- Le lieu de la délivrance ;
- Les circonstances de vie, de mort et de maladie de la mère et de l'enfant.

Les modes de solution sont :

- L'accouchement prématuré artificiel ;
 - La symphyséotomie et la pubiotomie ;
 - L'opération césarienne ;
 - L'embryotomie ;
 - L'avortement provoqué.
-

PREMIÈRE PARTIE.

DE LA PELVIMÉTRIE.

L'art de mesurer les diamètres du bassin porte le nom de pelvimétrie. Les opérateurs qui nous ont précédé ont fait des efforts constants pour arriver à la possession d'un instrument exact : de là le grand nombre des pelvimètres qui ont été proposés et abandonnés tour à tour, jusqu'à la découverte d'un instrument de précision répondant à toutes les exigences d'un examen scrupuleux. Énumérons les pelvimètres les plus connus dans la science ; indiquons les défauts des uns pour mieux faire apprécier les qualités des autres.

PELVIMÈTRES EXTERNES.

Les pelvimètres externes, parmi lesquels nous citerons le compas d'épaisseur de Baudelocque, les pelvimètres de Kluge et de Davis, le mécomètre de Chaussier et l'instrument de M^{me} Boivin dépourvu de sa courte branche, s'appliquent par l'une de leurs extrémités sur l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire, et par l'autre extrémité sur la face antérieure du pubis. Le diamètre antéro-postérieur du bassin est égal à la distance entre les deux extrémités, diminuée de huit centimètres, dimension présumée des épaisseurs du sacrum et du pubis.

Pour que ce résultat fût exact, il faudrait que les parties osseuses et les parties molles qui les entourent ne présentassent jamais de variation d'épaisseur, et que les points d'application de l'instrument fussent toujours rigoureusement déterminables. L'existence de ces conditions étant en opposition avec les faits observés, il faut en conclure que la mensuration externe est insuffisante, bien que seule applicable dans certains cas.

PELVIMÈTRES INTERNES.

LE DOIGT EXPLORATEUR.

Le plus simple de tous les pelvimètres internes est bien certainement le doigt. On l'introduit dans le vagin, le sommet appliqué sur le promontoire, et le bord radial sous l'arcade pubienne; on marque avec l'index de l'autre main le point de contact extérieur : le diamètre cherché est égal à la longueur trouvée, moins dix-huit à vingt millimètres (8 à 9 lignes), dimension présumée de la symphyse augmentée de l'obliquité de direction du mensurateur. Or, cette obliquité de direction n'est pas la même chez tous les femmes, non plus que l'épaisseur de la symphyse; nous pouvons donc dire que le doigt est un instrument peu certain, quand il s'agit de déterminer des dimensions exactes. Comme instrument d'exploration, le doigt est, au contraire, l'instrument le plus précieux que nous puissions mettre en usage. Toute mensuration pelvienne sera précédée d'une exploration attentive exécutée par le doigt; ajoutons encore que le doigt sera le conducteur nécessaire de toute branche appartenant à un instrument de mensuration.

PELVIMÈTRE D'ASDRUBALI.

Le doigt est à peine assez long pour mesurer le diamètre antéro-postérieur d'un bassin bien conformé; c'est pour parer à cet inconvénient qu'Asdrubali introduisait l'index dans un dé conique, placé à l'extrémité d'une règle portant les divisions du pied. S'il gagnait sous le rapport de la dimension en longueur, l'instrument d'Asdrubali perdait la qualité essentielle du doigt, le toucher.

PELVIMÈTRE DE STEIN AÎNÉ.

Une tige de bois, munie d'un curseur mobile, à la façon de la mesure des cordonniers, tel est le pelvimètre de Stein aîné. L'extrémité se place sur l'angle du sacrum, la tige appliquée sous l'arcade du pubis, le curseur arrêté sur le mont de Vénus. Les inconvénients du doigt restent, les avantages en sont perdus.

PELVIMÈTRE DE CRÈVE.

Crève ne se sert d'une tige de bois, que pour porter sur l'angle sacro-vertébral l'extrémité d'un fil, qui se tend par l'autre extrémité sous l'arcade pubienne. Ce pelvimètre a toutes les imperfections des pelvimètres précé-

dents, plus l'erreur produite par la déviation du fil, toutes les fois que la matrice ou le fœtus descendent assez bas pour le dévier de la ligne droite.

PELVIMÈTRE DE RITGEN.

Une tige, munie à son extrémité supérieure d'une plaque mobile, s'applique par cette extrémité sur l'angle sacro-vertébral. Un bras recourbé glissant sur la tige s'applique sur le pubis. On déduit, pour l'épaisseur de la symphyse, six lignes de la longueur trouvée. Variation dans le nom et dans la forme, persistance dans l'erreur.

MÉTHODE DE BAROVERO.

Cette méthode consiste à introduire dans le vagin l'index et le médius ; ces doigts sont écartés jusqu'aux points de contact avec les parties osseuses, dans le sens du diamètre que l'on veut mesurer. L'écartement des doigts est maintenu par l'introduction entre leurs bases d'un corps étranger quelconque. Les doigts sont retirés, et leur écartement mesuré directement.

Le vagin se laissera-t-il distendre suffisamment ? Les doigts seront-ils assez longs ? Les doigts resteront-ils dans le même degré d'écartement en passant dans la vulve ? — Les praticiens n'hésiteront pas à donner à ces questions une réponse négative.

PELVIMÈTRE DE STARCK.

Il était composé d'une rondelle de liège ou d'ivoire percée de deux trous, par lesquels passaient les extrémités d'un cordon pour former une anse. Dans celle-ci, on engageait le pouce et l'index d'une main, pendant que, de l'autre main, on tenait les deux extrémités tendues. Ainsi entourés, ces doigts s'introduisaient dans le vagin aussi haut que possible, appliquant l'anse contre le sacrum, la rondelle derrière le pubis. La distance était estimée, après l'extraction de l'appareil, par la position du disque sur le cordon. On mesurait les autres diamètres en variant la direction des doigts.

L'introduction entière de la main dans les organes génitaux de la femme, opération douloureuse quand le vagin n'y est pas disposé par le travail, impossible quand une partie du fœtus est plus bas que le plan sacro-pubien, la difficulté de maintenir les rapports du cordon et de la rondelle, tels sont les défauts de cet instrument.

Kurzwichs a modifié le pelvimètre de Starck, en donnant à l'index un anneau passé dans l'anse du cordon, et au pouce un dé surmonté d'un œillet, pour recevoir les deux extrémités.

PELVIMÈTRE DE KOEPPE.

Cet instrument consiste en un bracelet de cuir qu'on fixe sur l'avant-bras, et auquel est rivée une plaque offrant une rainure, le long de laquelle sont tracées les divisions du pied. Un curseur se meut dans cette rainure dirigé par l'extrémité d'un fil qui traverse un anneau destiné à l'index, et va s'attacher à un autre anneau destiné au pouce. Les doigts déterminent par leur écartement la marche du curseur sur la rainure.

PELVIMÈTRE DE WIGAND.

Cet instrument consiste en une boîte ronde et plate, dont le centre sert de pivot à deux bras mobiles terminés chacun par un anneau, l'un pour l'index et l'autre pour le pouce. Ces doigts armés des anneaux sont introduits dans le vagin, et leur degré d'ouverture est indiqué par une échelle graduée tracée sur le pourtour de la boîte.

Cet instrument ne diffère des derniers pelvimètres que nous avons décrits ni par le mode d'action, ni par les inconvénients que nous avons signalés.

PELVIMÈTRE DE SIMÉON.

Ce pelvimètre est formé d'une tige recourbée à son sommet, et offrant à cette extrémité un canal pour le passage d'un fil qui s'attache, d'une part, à un anneau, de l'autre, à un curseur glissant le long de la tige. Une main maintient cette tige appliquée par sa courbure derrière le pubis; tandis que l'index de l'autre main, passé dans l'anneau, le dirige vers la base du sacrum : la marche de l'anneau se mesure par la marche du curseur sur l'instrument.

Pour que ce pelvimètre puisse être employé avec exactitude, il faudrait que les parois du vagin n'offrissent jamais de résistance à la distension; que le col de la matrice ou quelque partie du fœtus ne déviassent jamais le fil de la ligne droite. Lorsque les branches descendantes du pubis sont trop rapprochées, ou qu'un vice quelconque des organes génitaux empêche de porter le doigt sur la saillie sacro-vertébrale, cet instrument devient inapplicable.

PELVIMÈTRE DE STEIN LE JEUNE.

C'est un perfectionnement du grand pelvimètre de Stein l'ainé; il consiste en une pince à anneau, dont les branches, d'inégale longueur, sont concaves par devant et courbées en sens contraire à leur extrémité supé-

rière ; à l'autre extrémité, elles sont munies d'une lame graduée qui marque le degré d'écartement des deux sommets. L'une des branches s'applique sur le promontoire, l'autre derrière la symphyse du pubis ou bien dans la direction d'un diamètre diagonal ou du diamètre transversal.

L'inextensibilité du vagin avant le travail, la présence de la tête ou des fesses de l'enfant, sont autant de circonstances qui s'opposent à l'application de cet instrument. Ces mêmes objections s'appliquent au grand pelvimètre d'Aitken, espèce de pince droite ; au pelvimètre d'Osiander, ressemblant à un compas dont les jambes seraient recourbées en dehors ; et au pelvimètre de Jumelin, composé de trois tiges droites, dont l'une sert de rapporteur.

PELVIMÈTRE DE COUTOULY.

Il est formé de deux branches qui glissent l'une dans l'autre, comme une mesure de cordonnier. La branche inférieure est creuse, la supérieure pleine et numérotée. Elles portent chacune à son extrémité interne une équerre en bec de canne ; et à l'extrémité externe un crochet pour les maintenir et les faire mouvoir. On les introduit fermées dans le vagin : la postérieure s'appuie par son sommet contre l'angle du sacrum, pendant que l'antérieure est attirée derrière le pubis. Les numéros mis à découvert indiquent l'écartement des équerres. Ce serait le plus exact des intro-pelvimètres, s'il était toujours applicable et bien appliqué.

PROCÉDÉ DE PELVIMÉTRIE DU DOCTEUR CAMILLE LAUWERS.

Ce médecin s'exprime en ces termes, dans les *Annales de la Flandre occidentale* :

« Une sonde de Mayor et un morceau de carton coupé carrément, voilà tout l'appareil qui est nécessaire pour mon procédé. Si je désire connaître le diamètre sacro-pubien (celui qui est le plus souvent rétréci), je porte : 1^o le bec de la sonde contre l'angle sacro-vertébral, et un coin du carton sur un point noir marqué sur le mont de Vénus, vis-à-vis du bord supérieur du pubis. J'applique l'extrémité saillante contre le limbe du carton, sur lequel je dessine la direction de l'instrument, marquant avec attention le point où tombe son pavillon. La sonde étant retirée et remplacée exactement sur le carton, rien de plus facile que de mesurer la distance qui en sépare le bec du coin susnommé : c'est la distance sacro-prépubienne. Je porte : 2^o le bec de la sonde dans le vagin contre le bord supérieur du pubis, ou si, pour un motif quelconque, cette voie ne me permet pas d'atteindre ce bord, je passe ma sonde dans le canal de l'urètre. Le coin du carton est remis contre ce point noir, la direction et l'extrémité de

la sonde sont dessinées sur le carton. Puis le tout étant retiré de nouveau, la sonde étant replacée sur les traces qu'elle a laissées sur le papier rigide, la distance du bec au coin me donne l'épaisseur du pubis, laquelle, étant défalquée de la première mesure, m'apprend quelle est la longueur que je cherchais. »

Cette méthode nous paraît capable de donner un résultat satisfaisant, lorsque, pris au dépourvu, on n'a pas le temps de se munir d'un instrument spécial de pelvimétrie.

Nous ne comprenons son application qu'au diamètre antéro-postérieur du bassin. Remarquons en passant que l'introduction et le maintien de la sonde dans l'urètre de la femme sont difficilement supportés, à cause de l'irritation qui en est la conséquence.

INTRO-PELVIMÈTRE DE M^{me} BOIVIN.

L'intro-pelvimètre de M^{me} Boivin est composé de deux branches : la première, très-longue, courbée à son extrémité interne, droite et numérotée dans le reste de son étendue, s'introduit dans le rectum et s'applique sur le promontoire ; la deuxième, courte, recourbée en sens contraire de la première, présente au milieu une entaille latérale pour sa jonction avec celle-ci, et à son extrémité inférieure une vis qui sert à les assujettir l'une sur l'autre : cette branche s'introduit dans le vagin derrière le pubis. Lorsqu'elles sont articulées et fixées dans leurs positions respectives, les divisions laissées à découvert marquent la distance des sommets des deux tiges.

C'est à M^{me} Boivin que nous devons d'avoir évité la distension douloureuse du vagin, causée par l'introduction simultanée et l'écartement des deux tiges de l'instrument. Ce pelvimètre constitue un véritable progrès dans la science ; mais on peut encore lui objecter que :

1° Le sommet de la branche rectale ne s'introduit que difficilement jusqu'à l'angle sacro-vertébral et ne s'y maintient pas d'une manière assez certaine ; 2° le sommet de la branche vaginale manque de fixité dans son application derrière le pubis ; 3° cet instrument ne peut mesurer que le diamètre antéro-postérieur du bassin.

PELVIMÈTRES DE WELLENBERGH.

Wellenbergh a inventé deux pelvimètres : le premier est un compas d'épaisseur à trois branches d'inégales longueurs : l'antérieure et la postérieure, boutonnées, s'appliquent en dehors, l'une sur le mont de Vénus, l'autre à la région des lombes, pendant que la moyenne, susceptible d'être

changée, s'appuie en dedans, sur la base du sacrum ou derrière la symphyse du pubis pour en apprécier les épaisseurs.

Le second est composé de deux tiges seulement, la mensuration du sacrum obtenue par le premier étant reconnue inutile : la première est introduite dans le vagin et fixée par l'index sur le promontoire ; la seconde tige est munie d'une boîte quadrilatère, dans laquelle glisse une règle graduée, dont l'extrémité s'applique et se fixe par un tour de vis sur le mont de Vénus. L'instrument étant retiré des parties de la femme, on note la mesure obtenue. Après avoir substitué à la branche interne une autre branche plus courte et plus courbe, on procède à la mensuration de l'épaisseur du pubis. On déduit le second chiffre du premier, et le reste est l'étendue du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur.

Ces pelvimètres sont, à cause de leur forme, d'une application difficile chez les primipares et chez les femmes dont le travail est avancé ; ils réclament le secours d'un aide et ne donnent pas la mesure des diamètres diagonaux.

PELVIMÈTRES DE M. VANHUEVEL.

Convaincu de la nécessité d'une mensuration rigoureuse pour porter à la femme contrefaite des secours éclairés et salutaires à sa délivrance, le chirurgien de la Maternité de Bruxelles fut frappé de l'imperfection des instruments employés par ses devanciers et de l'incertitude de leurs résultats.

Il entreprit la résolution de ce problème difficile, et dans un mémoire publié en 1840, et adressé à la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, il donna la description de deux pelvimètres nouveaux. Le travail de M. Vanhuevel fut accueilli avec faveur par une Commission composée de MM. Langlet, Rieken, Marinus, Meisser, Mouremans et Seutin. La Société décida, sur la proposition de M. Meisser, que deux cents exemplaires du mémoire de M. Vanhuevel seraient imprimés aux frais de la Société et offerts en hommage à l'auteur.

Le pelvimètre proposé par M. Vanhuevel reposait sur le principe de géométrie suivant : Étant donnés deux côtés d'un triangle et l'angle qu'ils comprennent, on peut déterminer le troisième côté. Il se composait d'un arc de cercle passant sous le périnée et fixé, par un prolongement de sa gaine, à une ceinture appliquée sur les hanches de la femme. Une tige vaginale s'attachant à cet arc servait à former en deux fois un triangle renversé, dont le sommet se trouvait en bas et le côté cherché (la base) se trouvait en haut. On reproduisait cette figure sur un rapporteur, et on mesurait le troisième côté, ou l'étendue cherchée.

En 1841, M. Vanhuevel adressa à la Société de Médecine de Gand un mémoire dans lequel il proposa des modifications importantes à son pel-

vimètre géométrique. Cette Société montra le même empressement à encourager les efforts du savant modeste et laborieux qui retirait la pelvimétrie de l'incertitude et de l'état d'enfance où elle était restée jusqu'à lui.

M. Vanhuevel a fait subir bien des modifications à son instrument ; mais l'histoire de ces perfectionnements n'entrant pas dans le cadre de notre travail, nous nous bornerons à donner la description des trois derniers instruments que l'auteur a créés.

Le petit pelvimètre géométrique, ou simplement petit pelvimètre de M. Vanhuevel, est composé de deux tiges cylindriques, dont le diamètre est de 4 à 5 millimètres, articulées entre elles au moyen d'une noix ou boîte articulaire, qui forme de l'instrument une espèce de compas dont les jambes s'allongent, se raccourcissent et tournent dans tous les sens. La branche interne ou vaginale est longue de 50 centimètres, aplatie en spatule à ses deux extrémités ; elle est courbée à sa partie supérieure. Dans sa partie inférieure, elle présente un sillon destiné à recevoir une vis qui en fixe la position dans la boîte articulaire. A l'extrémité de ses deux tiers inférieurs, elle est munie d'un anneau et d'un crochet destinés au pouce ou au petit doigt.

La branche externe est longue de 19 centimètres ; elle est munie à sa partie supérieure d'une vis de pression perpendiculaire à sa direction et munie d'un bouton terminal, et à sa partie inférieure d'une petite palette légèrement oblique.

Une vis gauche, à trois filets, munie d'un bras de levier, est placée sur la partie latérale de la boîte articulaire, dont elle serre les valves en fixant tout l'appareil.

La branche vaginale, conduite par un ou deux doigts, est appliquée contre le promontoire, pendant que l'extrémité de la vis de pression est amenée au devant du pubis en contact avec un point de la peau marqué d'une tache d'encre. Si le dégagement de l'instrument présente quelque difficulté, on a recours à la vis de pression. Cette vis étant remise en place, on mesure la distance qui sépare l'extrémité de la branche vaginale du bouton terminal de la vis de pression.

On mesure par un procédé semblable l'épaisseur du pubis. Cette deuxième dimension, retranchée de la première, donne la valeur du diamètre antéro-postérieur.

Il est facile de concevoir comment, avec le même instrument, on parviendrait, par un procédé analogue, à mesurer les autres diamètres du bassin.

L'intro-pelvimètre est composé :

1° D'une tige urétrale aplatie et courbée d'avant en arrière, sur laquelle glisse supérieurement un bras qui se recourbe en haut et en arrière pour soutenir une vis de pression, laquelle s'applique contre le mont de Vénus. En bas, la tige urétrale passe dans un coulant qui pivote sur une lame lon-

gitudinale, placée de champ et munie en arrière d'une pointe mousse ; en avant, d'une vis qui sert à fixer les mouvements du coulant, et qui forme une seconde pointe en traversant la lame.

2° D'une tige vaginale, relevée à son extrémité interne, droite et plate en travers dans le reste de son étendue, portant deux anneaux : l'un en avant pour l'index gauche, l'autre en arrière pour le pouce de la même main. Cette tige, sur sa longueur, présente plusieurs petits trous équidistants, destinés à recevoir les pointes de la lame longitudinale dont il a été question ci-dessus.

Pour appliquer ce pelvimètre, on introduit l'index gauche dans le vagin derrière le pubis ; de la main droite, on fait pénétrer la tige urétrale dans le canal de même nom, et l'indicateur dans le vagin sent si le sommet de la tige a atteint le bord supérieur de cet os : la soutenant alors avec la main gauche, on remonte de la droite le bras mobile jusque sous le bord inférieur du pubis ; et en serrant modérément la vis contre le mont de Vénus, on fixe la tige dans sa position. On bouche ensuite avec du savon blanc ou du saindoux les petits trous de la tige vaginale ; l'index gauche est passé dans l'anneau interne, le pouce dans l'externe ; de la main droite on porte un peu à gauche la tige urétrale, et l'index armé de la tige vaginale est porté de champ dans le conduit vulvo-utérin. Quand le sommet est placé contre le promontoire, on approche la tige urétrale de la vaginale, et l'on fait pénétrer les pointes de la plaque longitudinale dans deux trous de la seconde tige : un tour de vis arrête tout mouvement. Enfin, on sépare les deux tiges l'une de l'autre ; on les détache avec précaution pour les retirer, la vaginale d'abord et l'urétrale ensuite, après avoir détourné la vis serrée contre le mont de Vénus. La tige vaginale présentera deux trous débouchés pendant l'opération ; en remplaçant les pointes de l'autre tige dans ces mêmes trous, on retrouvera à l'extérieur la même position qu'à l'intérieur du bassin. Il suffit d'approcher une mesure des deux sommets pour connaître la distance du bord supérieur du pubis à la base du sacrum.

Cet instrument est d'une simplicité et d'une exactitude mathématiques ; il ne s'agit de faire aucune déduction.

Chez les vierges, le branché vaginale pourrait être employée comme branché rectale, l'exactitude serait la même avec un peu plus de précautions.

Cet instrument ne peut mesurer que le diamètre antéro-postérieur. L'usage a appris que la sensibilité de l'urètre rend son application difficile.

Le pelvimètre universel (*fig. 1*) est composé de deux branches ; l'une fixe, l'autre mobile. La première, ou branché interne, longue de 30 centimètres, légèrement courbée et aplatie à son sommet, porte un anneau-crochet vers le milieu de sa longueur, et plus loin un arc de cercle non gradué ; elle s'articule en bas comme un compas ordinaire avec le prolon-

gement d'une gaine quadrangulaire qui loge l'extrémité inférieure de l'autre tige.

La seconde, ou branche externe, susceptible d'être à volonté allongée ou raccourcie, porte à son extrémité supérieure une vis horizontale pour faciliter le dégagement de l'instrument après son application. Courbée en dehors, et cylindrique dans sa partie supérieure, elle devient droite et rectangulaire dans sa partie inférieure, et pénètre dans la gaine articulée à la première. Cette gaine, ouverte à ses deux extrémités, présente dans sa paroi externe une rainure pour recevoir une arête de la branche, qui l'empêche de s'échapper de la boîte : sur sa paroi interne se fixe un ressort à pointe, traversant cette paroi et se logeant dans un petit trou de la branche, de manière à empêcher les mouvements d'élévation et d'abaissement. Quand on soulève le ressort, la pointe sort du trou de la branche, qui devient mobile ; le ressort lâché presse sur la branche et la maintient à toute hauteur.

L'arc de cercle attaché à la branche interne s'applique contre le côté droit de la branche externe. Un curseur à claire-voie est traversé à angle droit par cette dernière et par l'arc de cercle lui-même. Du côté opposé passe une vis de pression à bras de levier, qui, en serrant ces deux pièces l'une contre l'autre, arrête tout mouvement.

Avant de commencer la mensuration, il faut déterminer les points extérieurs sur lesquels l'instrument doit porter. On marquera sur la peau, au moyen d'une plume non taillée trempée dans l'encre, le point qui correspond en arrière à la base du sacrum, les points qui correspondent latéralement aux extrémités du diamètre transverse du détroit abdominal, et ceux qui correspondent en avant au bord supérieur du pubis, et au bord des éminences ilio-pectinées, au côté externe de l'artère crurale.

« Pour y parvenir sans difficulté, dit M. Vanhuevel, on cherche d'abord le tubercule de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire. Si on ne le rencontre pas, que l'on tende en travers de cette région une ficelle appuyée sur la partie supérieure et moyenne de l'une et l'autre crête iliaque ; puis, à 4 centimètres au-dessous de cette ligne, sur le milieu du sacrum, qu'on fasse une marque d'où l'on conduira le cordon obliquement, en avant et en bas, vers le haut des parois cotyloïdiennes et du mont de Vénus. Les doigts, portés en dehors et en dedans du bassin, rectifieront au besoin la position de la ficelle, qui doit suivre la direction inclinée du détroit supérieur. Alors on indique le long du cordon les points à conserver. Aux éminences pectinées et au pubis, on fera les marques à 4 ou 6 millimètres plus bas que le contour décrit, afin de mieux rencontrer le resserrement de ce détroit. »

S'agit-il de mesurer le diamètre antéro-postérieur, on porte un ou deux doigts de la main gauche dans le vagin jusque sur le promontoire. La main droite tient le compas ouvert, la branche externe est abaissée dans sa

gaine. On introduit la branche interne le long des doigts de la main gauche : ces doigts appliquent son extrémité contre le promontoire, la branche est maintenue par le pouce gauche passé dans le crochet. L'index, le médius et le pouce de la main droite saisissent la branche externe, l'élèvent ou l'abaissent, et appliquent le bouton de la vis sur la tache faite au mont de Vénus, vis-à-vis la symphyse pubienne. L'annulaire appuie sur le levier de la vis de pression et fixe la branche. On retire l'instrument des parties de la femme et on note la distance qui sépare les deux sommets.

Les deux branches du compas sont mises de niveau, et par un procédé analogue on cherche l'épaisseur du pubis. Cette distance est soustraite de la première, et le reste indique la longueur du diamètre antéro-postérieur. L'auteur recommande dans ces applications de l'instrument de ne faire qu'effleurer la peau avec le bouton de la vis horizontale.

On agira de la même manière pour les diamètres diagonaux, et le procédé sera à peu près le même pour le diamètre transversal et pour un diamètre quelconque du bassin.

De tous les pelvimètres connus, ce nouvel instrument de M. Vanhuevel est celui qui l'emporte par la simplicité, par l'exactitude, et surtout par la possibilité de son application à tous les diamètres du bassin. Mais ici, comme dans tous les arts, il faut que l'exercice habitue la main du praticien à l'emploi de l'instrument.

DIMENSIONS DU BASSIN A L'ÉTAT NORMAL.

	Diamètre antéro-postérieur.	Diamètre transverse.	Diamètre oblique.	Diamètre sacro-cotyloïdien.
Détroit supérieur. . . .	0,115 . . .	0,135	0,12 . . .	0,10 à 0,105
Détroit inférieur.. . .	0,11 à 0,12	0,11	0,112 à 0,115	
Excavation.	0,12 à 0,13	0,12	0,12 . . .	

DE LA PELVIGRAPHIE.

La pelvigraphie est l'art de représenter par une figure plane les diamètres et les contours du bassin.

Martin paraît être le premier qui ait songé à donner le plan du détroit supérieur du bassin. L'instrument qu'il a proposé pour atteindre ce but ressemble au pantographe des dessinateurs.

Son pelvigraphe est composé d'une tige courbe, qui parcourt l'intérieur du bassin et s'attache extérieurement à des tringles articulées marquant sur une planchette la figure du détroit supérieur : il n'est applicable que sur le squelette du bassin.

Au moyen du pelvimètre universel de M. Vanhuele il est possible de résoudre le problème de la pelvigraphie, et nous allons décrire le procédé que nous proposons pour atteindre ce but.

Supposons qu'il s'agisse du détroit supérieur. On commencera par déterminer sur la femme, avec une plume non taillée trempée dans l'encre, le point A correspondant à la base du sacrum et le point B correspondant à la symphyse pubienne. On mesure par le pelvimètre la distance qui sépare ces deux points. Sur une feuille de papier (fig. 2) on trace une ligne droite A'B' égale à la distance AB.

On joint sur la femme le point A au point B au moyen d'une ficelle légèrement tendue, qui circonscrit le côté gauche du bassin.

On détermine la position de la ficelle, comme il a été dit plus haut, de manière qu'elle soit dans le plan du détroit supérieur, puis on prend sur le trajet de cette ficelle un certain nombre de points, suivant l'importance de leurs positions. Soient ces points C, D, E, correspondants : le premier à l'éminence ilio-pectinée, le second à l'extrémité du diamètre transverse, et le troisième à la symphyse sacro-iliaque.

On mesure par le pelvimètre la distance AC et la distance BC ; on construit sur le papier le triangle A'B'C' égal au triangle ABC, puisqu'ils ont les trois côtés égaux chacun à chacun ; le triangle A'B'D' égal au triangle ABD et le triangle A'B'E' égal au triangle ABE.

Suivant le même procédé, on déterminera pour le côté droit, par une triangulation semblable à celle du côté gauche, les points H', K', L' respectivement homologues aux points C', D', E'. Si par ces huit points A', E', D', C', B', H', K', L', on fait passer une courbe, elle représente la courbe décrite par la ficelle sur le bassin de la femme. Il est vrai que par le procédé suivi les parties droite et gauche de cette courbe peuvent n'être pas dans un même plan ; mais, dans les viciations du bassin, il arrive ordinairement que les deux moitiés symétriques du bassin se développent dans des plans différents : voilà pourquoi nous avons opéré séparément à droite et à gauche.

Au moyen du pelvimètre on cherche les épaisseurs correspondantes aux huit points de la courbe extérieure, et on détermine sur la figure, par les distances trouvées, les nouveaux points A'', E'', D'', C'', B'', H'', K'', L''. Si par ces points on fait passer une courbe, cette courbe sera celle du détroit supérieur. Rien n'empêcherait, pour obtenir un résultat plus exact, d'opérer sur un plus grand nombre de points.

La distance A'B' représente le diamètre antéro-postérieur, les distances A'C', A'H' représentent les diamètres obliques, et les lignes B'E', B'L'' représentent les distances de la symphyse pubienne aux symphyses sacro-iliaques.

La seule erreur inhérente au procédé est relative au diamètre trans-

verse, lorsque la figure de droite et la figure de gauche ne sont pas dans le même plan ; dans ce cas, l'erreur sera rectifiée par la pelvimétrie.

On nous objectera que, dans chaque moitié du bassin, nous supposons dans le même plan des points qui peut-être n'y sont pas.

Nous répondrons qu'il suffit que la pelvigraphie donne des positions relatives : quand elle ne donne pas des dimensions exactes, elle donne des projections.

Corrigée par la pelvimétrie, elle donnera des figures exactes et elle sera pour cette dernière un auxiliaire utile lorsqu'il s'agira de déterminer si, avec des dimensions connues, les contours du bassin permettent telle ou telle opération d'obstétrique.

Nous avons pensé que pour éviter la triangulation employée pour tracer sur le papier la courbe décrite par la ficelle, on pourrait se servir d'un instrument ainsi composé : une tringle métallique, de la forme d'un prisme quadrangulaire plus haut que large, est courbée sur le plat en forme de demi-circonférence de cercle. La longueur de cette demi-circonférence est telle qu'elle peut circonscrivre, à quelques centimètres de distance, la moitié du bassin de la femme. De centimètre en centimètre, la demi-circonférence est percée de trous qui peuvent admettre des vis de pression. Les deux vis extrêmes sont introduites et placées de telle manière que l'une corresponde avec la base du sacrum, et l'autre avec la symphyse du pubis. On cherche à placer le demi-cercle dans le plan du détroit supérieur, puis on adapte autant de vis de pression que l'on veut avoir de points de la courbe externe du bassin. Les extrémités des vis sont trempées dans l'encre et marquent sur la peau les points du contact. L'instrument étant placé sur une feuille de papier, on marque les points correspondants aux extrémités des vis, et on obtient ainsi le même résultat que par la triangulation.

On continue comme par le procédé précédemment décrit.



DE LA CÉPHALOMÉTRIE.

Nous ne connaissons aucun moyen de mesurer directement les diamètres de la tête du fœtus lorsque le travail de l'accouchement n'est pas commencé et arrivé au point de permettre la dilatation du col de l'utérus ; mais nous connaissons les dimensions moyennes de ces diamètres d'après des mensurations exécutées sur différentes têtes et à différents âges de la vie fœtale.

Chez le fœtus à terme, ces dimensions sont :

Diamètres longitudinaux	{	Occipito-mentonnier. . . .	0,133
		Occipito-frontal. . . .	0,113
		Sous-occipito-bregmatique. .	0,093
Diamètres transverses. .	{	Bi-pariétal.	0,09 à 0,095
		Bi-temporal	0,08
Diamètres verticaux . .	{	Trachélo-bregmatique . .	0,09
		Fronto-mentonnier . . .	0,98

Suivant M. Vanhuevel, elles sont les suivantes, depuis sept jusqu'à neuf mois.

ÉPOQUES.	DIAMÈTRE BIS-AURICULAIRE IRRÉDUCTIBLE.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL RÉDUCTIBLE.
A 7 mois. . . .	de 0,054 à 0,061	de 0,067 à 0,074
A 8 mois. . . .	de 0,061 à 0,067	de 0,074 à 0,081
A 9 mois. . . .	de 0,067 à 0,074	de 0,081 à 0,088 ou 0,094

Remarquons un fait sur lequel M. Vanhuevel a porté depuis longtemps son attention : c'est que l'appréciation du diamètre le plus essentiel de la tête doit porter, non pas sur le diamètre bi-pariétal réductible pendant le travail, mais bien sur le diamètre bis-auriculaire ou bi-zygomatique, lequel est complètement irréductible. C'est ce qu'a fait M. Vanhuevel sur un grand nombre de têtes.

Il n'est absolument nécessaire de connaître les dimensions de la tête que dans un seul cas, et ce cas le voici :

Supposons qu'après la mensuration d'un bassin rétréci, l'accoucheur se décide à employer la section du fœtus vivant ; une seule considération pourrait l'arrêter : les dimensions de la tête ne sont-elles pas, par exception, telles que l'accouchement pourrait avoir lieu au moyen de quelques tractions modérées, opérées en se servant du forceps. Et déjà M. Vanhuevel avait posé ce précepte : qu'aussitôt après l'application de son forceps-scie on essaierait la délivrance par quelques tractions. Pour éviter toute méprise à cet égard, nous avons prié le fabricant M. Bonneels de vouloir bien marquer un trait sur les deux branches du manche du forceps-scie que nous possédons. Ces traits (*fig. 5*) sont à une distance du point d'articulation égale à la distance de ce point à la ligne qui mesure le plus grand écartement des deux cuillers. Le forceps-scie étant fermé, ce plus grand écartement des cuillers est de 7 centimètres ; les traits sont écartés d'un centimètre.

Si le forceps étant appliqué sur la tête du fœtus, les traits sont écartés de quatre centimètres, on peut en conclure que le diamètre de la tête, compris entre les cuillers, est de dix centimètres. Or, on peut presque toujours déterminer par le toucher quel est le diamètre de la tête en rapport avec les cuillers, et attendu que les diamètres de la tête ont entre eux des rapports constants, l'un d'eux étant connu, les autres le seront aussi.

Cette méthode n'est qu'approximative, mais nous la croyons suffisante.



DE L'ÉPOQUE DE LA GROSSESSE

ET DU TEMPS DU TRAVAIL.

I.

L'époque de la grossesse devra être déterminée avec le plus grand soin toutes les fois qu'il s'agira d'un accouchement prématuré artificiel. La possibilité d'obtenir un enfant viable et la nécessité de franchir un détroit rétréci, avant que les diamètres du fœtus n'aient atteint des dimensions plus grandes que les diamètres du bassin, font de la détermination de l'époque de la grossesse une question qui demande une solution exacte. Le fœtus n'étant viable que vers la fin du septième mois, c'est à la détermination de cette époque que nous devons nous arrêter. « Pour arriver, dit M. Moreau, à un résultat satisfaisant, on commence par s'informer du nombre d'époques menstruelles supprimées, on compte le nombre de jours écoulés depuis celui où la dernière évacuation a cessé; on compare le nombre des jours, celui des époques avec la manifestation des mouvements du fœtus, si déjà ils ont eu lieu : rapprochant ensuite ces données des signes fournis par le toucher, on arrive à déterminer à quelques jours près l'époque de la grossesse.

Desormeaux dit que sans donner au retard des menstrues et à l'époque où les mouvements du fœtus ont commencé à être sensibles plus de confiance que ces deux circonstances n'en méritent, on ne doit jamais négliger d'en tenir compte, et il ne faut pas compter le commencement de la grossesse précisément de l'époque où les règles auraient dû paraître, mais bien d'une quinzaine de jours plus tôt; en effet, on a observé de tout temps que la conception a le plus souvent lieu dans les jours qui suivent la fin de la période menstruelle.

M. Paul Dubois établit que pour trouver la solution de cette question

on peut puiser des renseignements à plusieurs sources différentes : 1° les souvenirs de la femme touchant l'époque où elle est devenue enceinte et les sensations particulières qu'elle a éprouvées, et qui ont pu lui faire croire à une grossesse ; 2° l'époque de la suppression des règles ; 3° les mouvements du fœtus, 4° le développement graduel et régulier de l'utérus.

Tels sont d'après M. Cazeaux les signes de la grossesse au septième et au huitième mois.

Signes rationnels : 1° Tumeur abdominale volumineuse, arrondie, fluctuante, convexe, saillante surtout sur la ligne médiane, et dans laquelle on sent quelquefois des inégalités fœtales. 2° Effacement complet de la dépression ombilicale, dilatation de l'anneau ; quelquefois même, pendant les efforts, saillie de la peau de l'ombilic. 3° Vergetures nombreuses sur la peau du ventre. 4° Quelquefois état variqueux et œdémateux des membres inférieurs et de la vulve. 5° Granulations vaginales, écoulement leucorrhéique abondant. 6° Du côté des seins, coloration plus foncée de l'aréole centrale, extension de l'aréole mouchetée ; quelquefois vergetures nombreuses sur la peau du sein, écoulement du lait, développement complet des tubercules glandiformes. 7° Persistance de la kystéine dans l'urine.

Signes sensibles : 1° A sept mois, le fond de l'utérus s'élève à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic ; à huit mois, à quatre ou cinq. 2° L'organe s'incline presque toujours à droite. 3° Mouvements actifs violents. 4° Bruits du cœur et de soufflet. 5° Ballotement très-net dans le 7^e mois, plus obscur dans le 8^e. 6° Le ramollissement envahit le col un peu au-dessus de l'insertion du vagin. Le col est ovoïde chez les primipares et semble avoir diminué de longueur : chez les autres, c'est un cône à base inférieure, largement ouvert, et dans lequel le doigt peut faire pénétrer toute la première phalange. Le quart supérieur du col est encore dur et fermé.

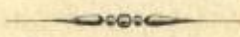
« Les praticiens savent que la suppression des règles, les premiers mouvements du fœtus et les changements survenus au corps ainsi qu'au col de la matrice, dit M. Vanhuevel, ne précisent pas toujours l'époque de la grossesse. L'incertitude où l'on est à cet égard laisse une lacune véritable dans la question de l'accouchement prématuré artificiel. A deux ou trois semaines près, et même davantage chez les femmes replètes, il est très-difficile, en général, de deviner l'âge de l'enfant intra-utérin. »

II.

1^{er} temps. La femme éprouve des douleurs qui semblent avoir les reins pour point de départ, et s'irradient autour de l'abdomen. Pendant ces dou-

leurs, peu fréquentes dans le principe, l'utérus se durcit; on peut s'en assurer en plaçant la main sur le ventre. Le col de la matrice s'ouvre chez les primipares. Chez les femmes qui ont eu des enfants, les bourrelets qui constituent les lèvres du museau de tanche s'effacent... Les douleurs augmentent en fréquence et en intensité. Les bords du col s'aminçissent; ils sont tendus pendant les contractions; les membranes sont tendues, pressent sur le col, le dépassent sous forme d'un segment de sphère. Les parties de la génération deviennent plus humides; du sang se mêle aux glaires... Les douleurs deviennent plus vives; pendant leur durée, le pouls prend de l'ampleur et de l'accélération. Le visage se colore, la langue se sèche; quelques femmes éprouvent des nausées, quelques-unes se désespèrent, disent qu'elles ne sentent rien avancer et qu'elles n'accoucheront jamais. Le col de la matrice se dilate, son bord s'efface complètement, le vagin ne forme plus avec elle qu'une seule cavité. Le fœtus est plus accessible au toucher.

2^e temps. Les douleurs se dirigent vers le bas; elles ont pour but d'expulser le corps contenu dans l'organe. Elles sont aidées par la contraction des muscles abdominaux. Les douleurs sont plus fortes et plus rapprochées, cependant les temps de repos qui les séparent sont plus complets. Quelques femmes s'endorment d'un sommeil bientôt interrompu par une nouvelle douleur. La poche des eaux proémine; elle se rompt. Le fœtus appuie sur le périnée; le périnée cède et prend une forme sphérique; la vulve s'entr'ouvre, et, sous l'impulsion d'une douleur nouvelle et plus forte, le fœtus franchit ce dernier obstacle, l'accouchement a lieu. Il s'en faut de beaucoup que les choses se passent chez les femmes contrefaites comme chez celles qui ont le bassin régulier; mais un praticien exercé pourra toujours reconnaître les modifications qui appartiennent à un rétrécissement pelvien.



DU

LIEU DE LA DÉLIVRANCE.

Il paraît bien démontré aujourd'hui que les opérations pratiquées par suite d'étroitesse du bassin réussissent plus souvent à la campagne qu'à la ville, et plus souvent au domicile de l'opérée que dans les hôpitaux.

Les campagnardes respirent un air plus pur et mènent une vie plus active : leur système nerveux est moins irritable, leur sang plus oxygéné ; elles résistent mieux aux maladies, et elles supportent mieux les lésions traumatiques.

Les femmes des villes ont d'ordinaire une constitution plus détériorée. Le poumon ne suffisant pas à l'hématose, la matrice s'engorge, et la leucorrhée s'y établit. Reçues dans les hospices pour y faire leurs couches, elles sont soumises à l'influence d'un milieu malsain. Les soins de propreté, l'aération continue, le renouvellement suffisant des objets de couchage et des vêtements ne suffisent pas pour rendre ces lieux salubres. « Ce qu'il y a de plus pernicieux pour les femmes en couches, dit M. Vanhuelel, c'est le voisinage, c'est l'encombrement d'autres femmes en couches. » Puis il continue :

« De cette agglomération constante naissent des miasmes qui imprègnent tout le local, et dont les effets sont plus ou moins appréciables selon les dispositions individuelles et certaines conditions de l'air. Les femmes qui ont beaucoup souffert dans le travail, celles qui sont affaiblies par les maladies ou les pertes sanguines ressentent plus tôt l'action miasmatique que les autres. Ces miasmes sont absorbés surtout à la surface pulmonaire par l'acte de la respiration ; ils se mêlent continuellement au sang, le vicient, et le premier phénomène vital qui en résulte, c'est la fièvre, effort de la nature pour repousser ce principe malfaisant. Le second phénomène, c'est un travail d'élimination par les voies excrétoires : de là, diarrhée, lochies fétides ; et comme ces liquides, se reproduisant sans cesse avec la cause qui les engendre, ne sont pas expulsés au moment de leur formation, ils restent en contact avec la muqueuse intestinale et utérine, sont résorbés en

partie, et vont augmenter encore les sources de l'infection. Toute l'économie en est bientôt saturée : les veines et les vaisseaux lymphatiques s'enflamment, charrient du pus ; les séreuses s'affectent et sécrètent une sérosité albumineuse ; les organes s'altèrent, et la mort arrive au milieu de la décomposition du sang, de la désorganisation générale. L'expérience a prouvé que le meilleur remède à opposer à l'invasion du mal, c'est l'éloignement des malades du foyer d'infection. Malheureusement, dans les hospices, ce moyen n'est pas toujours exécutable. »

Parmi les hospices de la maternité, on peut à juste titre citer celui de Bruxelles pour la propreté et le bon ordre qui y règnent ; cependant, on ne peut en bannir les épidémies. Cherchant à améliorer les conditions hygiéniques de cet établissement, M. Vanhuevel, en 1838, a fait supprimer les alèzes confectionnées avec une étoffe de laine pliée et cousue, que l'on plaçait sous les femmes en couche pour recueillir les lochies.

Il prit une de ces alèzes ayant déjà servi, mais parfaitement lavée et remise au magasin. Il la plaça sur un vase de métal hermétiquement fermé et contenant de l'eau à une température élevée. Bientôt la salle où l'on opérait se remplit d'une odeur fade, nauséabonde, rappelant l'odeur corrompue des lochies. On peut juger par cette expérience de la persistance des miasmes et de l'impossibilité de les dissiper. Les alèzes ont été remplacées par de la toile gommée, les matelas supprimés et remplacés par de simples paillasses, dont on lave souvent le contenant, et dont on renouvelle souvent le contenu. Depuis quelque temps, les linges sont lavés à la vapeur. Ces perfectionnements ont donné les résultats les plus satisfaisants.

Nous avons vu un praticien habile, M. le docteur Hoebeke, réussir treize opérations césariennes sur seize, et se prévaloir de ses succès pour établir des règles qu'il voulait imposer aux chirurgiens des hôpitaux, sans tenir compte qu'il avait opéré à la campagne, et en faisant des aveux qui prouvent à l'évidence, que les règles qu'il établit, ont été mieux suivies par ces derniers que par lui-même.

Nous pourrions citer des opérations graves que nous avons pratiquées chez des malheureux privés des premières nécessités de la vie. Ces malades habitaient la pauvre commune de Koekelberg. Nous leur avons procuré de la paille fraîche, des lits de sangle, des couvertures et des draps neufs, et nous avons eu le bonheur de réussir, lorsque de prime-abord tout paraissait être contre nous.

Nous citerons une opération césarienne pratiquée par trois honorables confrères dans une ruelle étroite d'un de nos faubourgs les plus peuplés et les plus malsains, chez une femme de 37 ans, chétive, pâle, usée par le travail, minée par la maladie : l'opération présenta des circonstances des plus défavorables, et cependant la femme vit encore : elle fut complètement et rapidement guérie.

Ne pourrait-il pas y avoir dans les maternités des lits de sangle, des toiles à paille, des couvertures et des draps de lit neufs, ou au moins désinfectés par le chlore? et lorsqu'il s'agirait de pratiquer une opération grave d'obstétrique, reconnue mortelle dans les hôpitaux, le chirurgien, accompagné de ses aides, se transporterait au domicile de l'opérée. Les objets de première nécessité seraient prêtés. On éviterait ainsi l'influence délétère de l'encombrement, et on laisserait à la malade les douceurs et les consolations de la vie de famille. Il nous paraît que la chose mérite bien d'être essayée.

DE LA VIE,
DE
LA MORT ET DE LA MALADIE
DE
LA MÈRE ET DU FOETUS.

Il est essentiel de pouvoir déterminer d'une manière certaine la vie ou la mort d'une femme et de l'enfant qu'elle porte dans son sein. Les signes de la mort chez la femme n'appartenant pas au sujet spécial que nous traitons, nous n'avons pas à nous en occuper. Nous constaterons seulement que la mort de celle-ci n'entraîne pas immédiatement la mort de son fruit; et que le chirurgien, prévenu à temps, peut frayer à l'enfant vivant une voie artificielle à travers les organes morts de la mère. Des faits authentiques prouvent que des enfants ont dû la vie à des opérations pratiquées une demi-heure après le dernier soupir de leur mère. Quelques auteurs ont publié que ce délai pourrait être de dix, de quinze et même de vingt-quatre heures.

Une femme fut assassinée par son mari à coups de couteau, dont un pénétra dans la matrice et blessa le fœtus qui y était renfermé. Il fut retiré vivant par la gastro-hystérotomie, qui ne fut pratiquée que quarante-huit heures après la mort de la mère.

Tout Paris sait que la malheureuse princesse Pauline de Schwarzenberg périt des suites d'une brûlure survenue dans une fête donnée chez l'ambassadeur d'Autriche, son beau-frère; elle était enceinte, et l'enfant fut trouvé vivant quoiqu'elle n'eût été ouverte que le lendemain de l'accident. (GARDIEN, *Dictionnaire des Sciences médicales*.)

Ce qui manque à ces deux observations, c'est la constatation régulière de la mort de la mère. La vie du fœtus n'est-elle pas une preuve que la vie (au moins la vie végétative) de la mère s'est prolongée plus qu'on ne l'avait cru ?

Mais s'il est important de pouvoir déterminer la mort de la mère, il l'est

bien plus encore de pouvoir déterminer celle du fœtus, cette circonstance pouvant à elle seule indiquer que tel moyen de délivrance sera préféré aux autres. L'absence des bruits du cœur bien constatée par plusieurs explorations faites à quelques heures d'intervalle, après le sixième mois, annonce d'une manière certaine la mort du fœtus, si du reste on est certain de l'existence de la grossesse.

Les autres signes de mort sont : l'absence des mouvements de l'enfant ressentis par la mère ; l'écoulement du méconium mêlé aux eaux de l'amnios ; l'abaissement de la température et la corruption de ces eaux ; la flaccidité au toucher de toutes les parties du fœtus ; enfin la lenteur du travail.

Lorsque le cordon est en prolapsus, ou qu'il peut être saisi par les doigts de l'accoucheur, l'absence de battements dans cet organe et sa mollesse au toucher sont des signes plus certains de la mort de l'enfant.

Nous avons consacré une partie de notre travail à l'examen des différents procédés proposés pour mesurer les rétrécissements de la ceinture osseuse du bassin ; mais ces rétrécissements ne sont pas la seule cause qui puisse influencer la détermination de l'homme de l'art. Les exostoses, l'ostéosarcome, les tumeurs osseuses seront appréciés par le doigt et par la pelvimétrie. Les opérations nécessitées par un rétrécissement du bassin peuvent être gênées ou compromises par un œdème ou un thrombus considérable des grandes lèvres, par des tumeurs fongueuses, polypeuses ou fibreuses du col ou du corps de l'utérus, par des tumeurs appartenant à l'ovaire, à la trompe, au rectum, à la vessie, au tissu cellulaire du bassin, ou bien enfin par des tumeurs herniaires. Elles peuvent être gênées ou compromises par la rigidité du col ou l'obliquité de son orifice, par l'agglutination de l'orifice externe, par la tuméfaction ou l'allongement de la lèvre antérieure, par des abcès des lèvres du col, par le cancer ou par l'oblitération complète de cet organe, ou par des obliquités de l'utérus. Ces différents obstacles seront appréciés par le chirurgien, et entrерont en ligne de compte dans la détermination qu'il prendra ; leur diagnostic est ordinairement facile, et leur étude approfondie n'appartient pas au cadre que nous nous sommes tracé.

Les maladies du fœtus sont d'une importance bien plus grande, car elles entraînent assez souvent sa mort dans un temps déterminé. Il est donc essentiel de pouvoir en faire un diagnostic exact, pour ne pas compromettre la vie d'une mère pour celle d'un enfant qui porte en lui les germes d'une mort prochaine et inévitable.

L'hydrocéphalie pourra être reconnue par le toucher, à une surface large et peu convexe qui recouvre tous les points du détroit supérieur sans s'y engager. Dure pendant les contractions, cette surface est molle et élastique pendant les repos. Le doigt reconnaîtra des parties osseuses séparées pa

des intervalles larges et des fontanelles de la dimension de la paume de la main. Cette maladie compromet si gravement la vie de l'enfant, qu'il ne faut pas penser à la ménager pour conserver la vie de la femme, et la céphalotomie, pour peu que l'on éprouve de difficultés, est à employer de prime-abord.

L'hydrothorax se reconnaît au développement du thorax, à l'écartement des pièces osseuses qui en forment la charpente, et à la fluctuation qui existe dans leurs intervalles. L'ascite détermine une tumeur large et fluctuante qui remplit l'excavation du bassin pendant le travail. Ces affections sont pour la vie du fœtus aussi compromettantes que l'hydrocéphalie.

Des tumeurs de différente nature pourront être diagnostiquées quelquefois, et acquerront un caractère de gravité suivant leurs sièges et leurs symptômes.

Les fœtus anencéphales, acéphales, cyclopes, anops pourront être reconnus par le toucher. Et nous pouvons dire, en général, que si les affections du fœtus ne sont pas reconnues, elles doivent être soupçonnées. Tel est, par exemple, le *spina bifida*.

N'oublions pas enfin que la vie de l'enfant est soumise à des chances connues par les tables de mortalité, chances souvent moins favorables pour le fruit de la femme malade et pour l'orphelin. Ces chances doivent être prises en considération dans la conduite de l'accoucheur.

SECONDE PARTIE.

DE

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

On entend par accouchement prématuré artificiel l'expulsion d'un fœtus vivant et viable, provoquée par l'art avant le terme voulu par la nature, dans le but de conserver la mère et l'enfant.

C'est en 1736 que les médecins les plus renommés de la Grande-Bretagne se réunirent à Londres pour discuter cette question, et déclarèrent que chez les femmes dont l'angustie pelvienne et la viabilité du fœtus sont bien établies, il est permis de provoquer l'accouchement prématuré. Macaulay eut le premier l'occasion de justifier la décision de ses compatriotes, et il eut de nombreux imitateurs.

Cette opération eut du retentissement en Allemagne : Antoine Mai de Heidelberg, la proposa en 1799, et Wenzel la pratiqua en 1804 ; Reisinger la vulgarisa par la publication d'un ouvrage remarquable.

En Hollande, Salomon, Wellenbergh et Schow la pratiquèrent plusieurs fois avec succès. Lovati la répandit en Italie.

C'est en 1779 que Roussel de Vauzesme la proposa en France ; Fodéré la défendit contre les attaques de Baudelocque et de son école. En 1850, M. Burchardt, à Strasbourg, en fit l'objet d'une thèse qui fit sensation. En 1851, M. Stolz la pratiqua et son succès fut complet.

En Belgique, M. Marinus, dans un ouvrage présenté en 1857 à la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, s'est déclaré partisan de cette opération. La Commission, par l'organe de MM. Seutin et Langlet, déclara partager l'opinion de l'auteur : que l'accouchement prématuré

n'offre rien d'immoral ni de criminel ; mais est au contraire une ressource précieuse dans mainte circonstance d'angustie pelvienne.

M. Vanhuevel, en élevant la pelvimétrie au rang des sciences mathématiques, donna à l'accouchement prématuré son dernier degré de précision, et il fut le premier qui le pratiqua dans notre pays.

Le docteur Simonart, de Wavre, prosecteur à l'Université de Bruxelles, a publié, en 1843, une dissertation complète sur ce sujet. Cette thèse devait être soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine, mais déjà le jeune savant ressentait les premiers symptômes de la maladie cruelle qui devait le ravir à la science et à sa patrie. Le jour indiqué, Simonart dut garder la chambre : la thèse fut publiée, mais non défendue.

Les défenseurs de l'accouchement prématuré se sont attachés à disculper cette opération du reproche d'illégalité et d'immoralité que lui adressaient ses adversaires. Nous ne suivrons dans leurs digressions ni les uns, ni les autres. Contentons-nous de remarquer que MM. Capuron et Baudelocque, qui donnent à cette opération le nom de crime, quand il s'agit d'un bassin rétréci, déclarent qu'elle est un devoir dans une hémorrhagie grave.

Toute action pour être criminelle doit pécher par sa moralité ou par ses résultats. Or, nous agissons au grand jour, entourés de confrères expérimentés, avec le consentement de la famille intéressée ; nos intentions ne peuvent donc pas être suspectées. Chaque jour marque un nouveau progrès dans la science : le législateur attend son dernier mot, et quand il sera prononcé, le précepte de la science se confondra avec l'article de la loi ¹.

Nous vivons sous des magistrats éclairés, et nous ne connaissons que par l'histoire ces temps où Galilée avait à répondre devant l'Inquisition.

Il est constaté aujourd'hui que l'accouchement provoqué sauve au moins les dix-neuf vingtièmes des mères et plus de la moitié des enfants, tandis que l'opération césarienne sacrifie près des deux tiers des mères, que l'embryotomie les met en danger, et que la symphyséotomie en fait succomber près de la moitié. La connaissance de ces résultats suffirait à nous débarrasser de la question de moralité. Nous n'avons donc plus qu'à nous occuper des indications de l'accouchement prématuré et des meilleurs procédés à mettre en usage pour le pratiquer.

Les conditions requises pour l'accouchement prématuré sont : 1^o que l'époque de la grossesse soit entre sept mois et huit mois et demi ; 2^o que le fœtus soit vivant et viable ; 3^o que le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal soit de neuf centimètres au maximum et de soixante-huit millimètres au minimum.

¹ Des doutes s'étant glissés dans l'esprit d'une famille touchant le côté dogmatique de cette opération, le casus fut soumis à l'archevêché de Malines. Une solution franchement approbative ne tarda pas à être donnée, comme on devait s'y attendre. (Simonart.)

Ritgen a donné le tableau suivant des diverses époques auxquelles il faut opérer, en regard des différents degrés d'angustie pelvienne.

Dans un bassin de 0,081 agir à la 37^e semaine.

"	0,079	"	36 ^e	"
"	0,076	"	35 ^e	"
"	0,074	"	31 ^e	"
"	0,072	"	30 ^e	"
"	0,070	"	29 ^e	"

Si l'accoucheur parvenait à constater une grossesse gémellaire, il retarderait l'époque de l'opération, en tenant compte de cette observation, que des jumeaux sont toujours moins développés qu'un fœtus unique.

L'angustie pelvienne n'est pas la seule indication de l'accouchement prématuré. En Angleterre, on l'a étendu à tous les cas où les opérations césarienne et sigaultienne, et même la céphalotomie, devaient être pratiquées. Mai le proposa en cas de mort du fœtus. Busch a admis comme décidée la question de savoir, s'il ne conviendrait pas de l'employer dans les maladies de la mère, dont la grossesse augmente chaque jour le danger, et qui, de leur nature, doivent amener la mort avant le terme naturel du travail, porter une atteinte funeste aux jours du fœtus, ou lui inoculer le germe de dyscrasies dangereuses. MM. Carus et Ritgen veulent aussi l'appliquer dans la grossesse tardive, et l'ont employé, avec Riecke, Lovati, Hayn, etc., lorsque le fœtus meurt habituellement peu de temps avant le terme de la gestation. Lyne et Hunter l'ont encore proposé dans les métrorrhagies et dans la rétroversion utérine; MM. Ingleby et Conquest, dans les cas de vomissements opiniâtres, ou d'affaiblissements extrêmes vers la fin de la grossesse. M. Lovati, de Pavie, en retira un beau succès dans un cas analogue. Duclos réussit dans l'hydramnios; Siebold dans l'ascite et l'hydrothorax; le professeur Thiry et le docteur Casier l'ont employé avec succès dans un cas d'œdème général compliqué d'éclampsie : on l'a aussi tenté bien des fois dans l'insertion anormale du placenta sur le col utérin; et enfin M. Paul Dubois en obtint le plus beau résultat chez une naine, à qui la céphalotomie avait été nécessaire pour terminer une grossesse précédente.

Les moyens propres à provoquer l'accouchement prématuré sont généraux ou locaux. Parmi les premiers nous citerons : le seigle ergoté, le castoreum, le borax, la sabine, la rhue, le safran, la cannelle, les cantharides, l'aloès, la saignée générale plus ou moins répétée, les bains généraux et les pédiluves irritants.

Le seigle ergoté est toujours funeste à l'enfant, lorsque l'expulsion ne

suit pas de près le développement des contractions utérines. Sous son influence ces contractions, au lieu d'être intermittentes comme les contractions normales, sont continues avec des moments d'exacerbation. Si ces contractions sont permanentes, elles doivent entraver la circulation utéro-placentaire et déterminer la mort du fœtus. Le seigle ergoté ne peut avoir des avantages que lorsque la dilatation du col est complète ou sur le point de l'être.

Le castoreum jouit d'une grande vogue dans le nord de l'Europe pour provoquer et entretenir les douleurs utérines. Son action n'a pas été bien expérimentée dans nos contrées.

Le borate de soude est employé en Allemagne pour ranimer et régulariser les contractions utérines; mais ses propriétés obstétricales ont été contestées.

La sabine et la rhue sont d'une action incertaine et souvent dangereuse. Le safran et la cannelle n'ont que peu de vertu.

Les cantharides sont plus certaines, mais aussi plus meurtrières.

L'aloès détermine plus souvent des inflammations intestinales que l'expulsion du fœtus.

La saignée réussit rarement lorsqu'elle est employée d'une manière désordonnée : employée avec mesure, elle prévient l'expulsion au lieu de la provoquer.

Les bains généraux et les pédiluves irritants sont des moyens incertains et dangereux, en cas de succès, par les congestions qu'ils déterminent dans l'utérus.

« L'effet que ces médicaments produisent sur l'utérus, dit M. Moreau, résulte moins d'une action élective que d'une action générale, stimulante ou déplétive, qui va retentir plus particulièrement sur cet organe à cause de son état spécial. »

Les moyens locaux ou essentiellement actifs sont les suivants :

1° Les frictions hypogastriques et les titillations sur le col utérin ; 2° la perforation des membranes ; 3° la dilatation du col utérin ; 4° le tamponnement du vagin ; 5° le décollement des membranes.

1° Les frictions sur la partie antérieure du ventre et sur le fond de la matrice ont été conseillées par le professeur d'Outrepoint ; elles doivent être fréquemment renouvelées. Ritgen y joignit l'excitation directe portée sur le col de la matrice par un ou plusieurs doigts. Ce procédé est généralement abandonné : l'irritation qu'il produit est trop faible pour déterminer le travail avec certitude. Suivant M. Moreau, il serait dangereux chez une femme primipare, pléthorique et disposée aux inflammations.

2° La perforation des membranes ou ponction de l'œuf est la méthode la plus ancienne, elle passe encore pour la plus sûre. Elle fut employée par Macaulay. L'opération se fait au moyen d'une canule de vingt-deux centi-

mètres de longueur, courbée selon la courbure de l'arc pelvien, et armée d'un trocart dont l'extrémité est cachée. Il faut agir de manière à ne blesser ni la mère ni le fœtus. MM. Stolz, Merriman, Salomon, Fodéré, Macaulay, Mai, Reisinger, Ritgen, Wenzell et Vanhuevel conseillent de n'évacuer que la quantité d'eau nécessaire pour provoquer le travail; ils veulent éviter la compression directe de la matrice sur le fœtus et sur le placenta.

M. Meissner, de Leipzig, pour obvier à cet inconvénient, a proposé une modification qui consiste à ponctionner l'œuf à sa partie la plus élevée, près du fond de l'utérus, au lieu de le ponctionner dans son segment inférieur. L'auteur décrit ainsi l'instrument dont il se sert : « Il se compose d'une canule et de deux mandrins, dont l'un est terminé par un bouton arrondi et l'autre par un dard. Les deux mandrins sont successivement glissés dans la canule selon le besoin. Celle-ci est longue de trente-deux centimètres, épaisse de quatre millimètres et exactement courbée comme l'arc d'un cercle dont le diamètre aurait quarante centimètres; à son extrémité inférieure, sur sa convexité, est soudé un anneau qui sert en même temps à bien la fixer et à connaître la direction de son bec, lorsqu'elle est introduite dans l'utérus. » M. Meissner procède à l'opération de la manière suivante : la femme est debout, l'opérateur, à genoux devant elle, s'assure avec la main gauche de la position du col, puis il dirige sur la face palmaire de l'index la canule armée du mandrin mousse jusque dans la partie supérieure de la cavité du col et la pousse jusqu'à ce qu'elle ait franchi l'orifice interne; il la fait glisser entre les parois utérines et les membranes, jusqu'à la hauteur d'environ 27 centimètres au-dessus du col. Il s'assure que l'extrémité de la sonde n'appuie pas sur le fœtus, il remplace le mandrin olivaire par le trocart et perfore les membranes. Il retire alors le trocart, laisse écouler par la canule une cuillerée de liquide et il retire la canule elle-même. Le liquide s'écoule goutte à goutte, lubrifie et prépare les voies; les douleurs se déclarent et l'accouchement se termine ordinairement au bout de 36 ou 48 heures. L'auteur possède quatorze observations dans chacune desquelles il est dit que la mère et l'enfant furent sauvés.

3° Kluge est l'auteur de la méthode par la dilatation. La femme étant placée comme pour une exploration de l'utérus, le speculum est appliqué et le col mis à découvert. Au moyen d'une pince à polypes, l'opérateur introduit dans le museau de tanche un fragment d'éponge préparée à la ficelle et taillé en forme de cône. Cette première introduction pourrait être facilitée par l'introduction préalable de l'extrémité du doigt, et chez les primipares par le dilateur de Busch ou pince à trois branches. L'éponge s'imbibé des sucs sécrétés par les parois environnantes, elle augmente de volume, force le col à se dilater et réagit sur les fibres de la matrice. Au bout de douze heures, on remplace la première éponge par une

autre plus volumineuse. Cette seconde opération suffit ordinairement; le travail se déclare franchement, et le fœtus est bientôt expulsé.

Quelques opérateurs soutiennent l'éponge introduite dans le col par une éponge introduite dans le vagin, et celle-ci par un bandage en T. Ces précautions ne sont pas d'une nécessité absolue.

M. Kilian, professeur à l'Université de Bonn, emploie un procédé mixte : il dilate préalablement le col de la matrice avec un cône d'éponge préparée et enduite de cire, d'huile d'amandes douces et de beurre de cacao. Ensuite, il désobstrue le col au moyen d'une tige mousse en gomme élastique, cachée dans la canule d'un trocart; cela fait, il remplace la tige de gomme par le trocart lui-même, au moyen duquel il perce les membranes.

M. le docteur Pigeolet, professeur à l'Université de Bruxelles, recommande d'introduire l'éponge jusqu'à ce qu'elle soit en contact avec l'orifice utérin du col de la matrice. Toutes les parties du col s'effacent dans les derniers temps de la grossesse, le bord interne seul persiste. C'est donc à lui, l'agent de l'occlusion et de la dilatation de la matrice, qu'il faut s'adresser.

4° M. Schœller, de Berlin, se contente de tamponner le vagin avec des pelotes de charpie imbibées d'huile ou recouvertes de cérat, et munies d'un fil pour en faciliter l'extraction. L'irritation déterminée par le tampon suffit à la provocation de l'accouchement prématuré. C'est en 1859 que M. Schœller fit le premier essai de sa méthode, et il réussit complètement. Depuis, il a fait cinq opérations semblables, et quatre fois les enfants sont venus vivants. (Cazeaux.)

M. Pigeolet préconise dans ses leçons l'emploi d'une bouteille en gomme élastique, dont le diamètre est de 6 à 7 centimètres lorsqu'elle est remplie d'air non comprimé. Cette bouteille est munie d'un col étroit de la longueur de 35 à 40 centimètres. L'instrument vidé d'air est introduit dans le vagin : l'opérateur le dilate, en l'insufflant par l'extrémité du col, sur la longueur duquel il applique une ligature pour le fermer.

Afin de retenir cet instrument dans le vagin, M. Pigeolet propose d'appliquer devant la vulve un opercule métallique, garni et maintenu à la manière des bandages herniaires, et percé dans son milieu d'un orifice destiné au passage du col de la bouteille. Suivant ce professeur, l'instrument par sa présence détermine sur le col une action dont résulte la contraction utérine. L'instrument dont il est ici question avait été proposé dans le principe pour arrêter les hémorrhagies; mais, de même que dans toutes les méthodes de tamponnement, son action trop longtemps prolongée finirait par amener le mal qu'on voulait éviter.

5° Cette méthode est connue sous le nom d'Hamilton. L'opération se pratique au moyen de l'index, dont on a raccourci l'ongle, ou au moyen

d'une sonde mousse. On détache les membranes dans l'étendue de cinq à huit centimètres, en évitant de les percer. Riecke se sert d'une sonde courbe en corne. Mampe, qui dans ces derniers temps a vanté les avantages de cette méthode, se sert d'une sonde en gomme élastique. Les auteurs modernes (Cazeaux et Simonart) accusent cette méthode d'impuissance et d'incertitude. Dans les cas où elle a paru réussir, ils attribuent le succès plutôt à l'irritation produite sur le col par l'introduction des corps étrangers, qu'au décollement lui-même. M. Pigeolet professe la même opinion.

M. Simpson la releva du discrédit dans lequel elle était tombée, par l'invention d'un instrument que nous allons décrire, et au moyen duquel nous n'avons eu que des succès. La sonde de M. Simpson se compose d'une tige métallique pleine, cylindrique, d'une longueur totale de trente-deux centimètres, et de quatre millimètres de diamètre. Elle est munie à sa partie inférieure d'un manche dont les deux surfaces parallèles sont perpendiculaires au plan de courbure de la tige métallique : l'extrémité supérieure est munie d'un renflement olivaire. La courbe s'accuse à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. La tige présente dans sa courbure trois renflements légers en forme de grains de chapelet. L'instrument porte, à compter de sa partie supérieure, les divisions du pied anglais, marquées de pouce en pouce par des rainures.

Pour opérer avec l'instrument de M. Simpson, la main droite saisit le manche, pendant que l'index de la main gauche, introduit dans le vagin, dirige la partie supérieure. L'instrument s'introduit sans effort, l'index gauche apprécie les degrés d'introduction au moyen des rainures et des renflements que nous avons décrits. Le degré d'introduction est en proportion avec le développement de l'utérus et l'époque de la grossesse. Il s'agit alors d'opérer le décollement dans tout le pourtour de la paroi interne de l'utérus. La main droite agit sur le manche et lui imprime un mouvement de rotation, tantôt à droite, tantôt à gauche ; il ne faut rien brusquer ; si l'instrument s'arrête, on revient sur ses pas, puis on retourne à l'obstacle : on parvient toujours et en peu de temps à opérer le décollement voulu. Les douleurs se déclarent ; on recommence l'opération si on le juge nécessaire : douze à vingt-quatre heures suffisent ordinairement à déterminer un travail régulier et une ouverture de col suffisante à l'expulsion du fœtus.

C'est à la méthode du décollement par l'instrument de M. Simpson que nous donnons la préférence, et tels sont nos motifs :

Nous ne risquons en aucune manière de blesser la mère ou le fœtus.

Nous conservons intactes la poche des eaux et son action sur la dilatation du col ; nous préservons le fœtus et le placenta de la pression directe exercée par les parois utérines.

Si nous agissons par l'excitation produite sur le col par l'instrument, nous agissons aussi par une action propre au décollement.

L'appareil de Simpson est d'une simplicité extrême, et son emploi n'exclurait pas, au besoin, la ponction des membranes et les autres procédés que nous avons décrits.

M. Cohen a fait connaître, en 1846, un procédé qui consiste dans des injections d'eau de goudron ou d'eau pure dans la matrice. Suivant ce procédé, M. Steitz, de Hambourg, a pratiqué l'accouchement prématuré artificiel dans dix cas, et toujours avec le plus grand succès. Cet opérateur se sert d'un tuyau en argent, vissé à une seringue ordinaire d'enfant : la femme étant placée sur le dos ou sur le côté gauche, il introduit une main dans le vagin et fait glisser sur ses doigts la sonde, qu'il fait pénétrer de deux pouces environ dans l'utérus. S'il éprouve quelque résistance, il cherche par quelques mouvements de va-et-vient à faire passer la sonde sans employer d'effort, et il y réussit, dit-il, toujours. L'injection terminée, la femme reste encore un quart d'heure environ dans la même position, pour que le liquide ne s'écoule pas immédiatement. Une heure ou tout au plus deux heures après l'injection, se montraient les premiers signes du travail : douleurs sourdes dans le bassin, envies d'uriner, raccourcissement de la portion vaginale, effacement du col, dilatation de l'orbite utérin. Cette première période durait quelquefois douze heures seulement, d'autres fois jusqu'à six jours. Jamais il ne survint d'hémorrhagie ni d'accidents d'aucune nature, et la marche du travail ne fut jamais troublée. Une seule injection suffit pour provoquer le commencement du travail ; on n'eut recours à des injections ultérieures que pour hâter la marche de ce dernier. Cette méthode avait été recommandée, en 1823, par Schweighaeuser (*Presse médicale*).

M. le professeur Scanzoni, de Wurzburg, prenant pour point de départ la sympathie étroite qui existe entre les glandes mammaires et la matrice, a pensé qu'une excitation des nerfs de la mamelle pourrait produire le travail de l'accouchement. A cet effet, l'auteur se sert de deux appareils à succion, composés d'une bouteille en gomme élastique munie d'un tube en verre évasé en entonnoir. On comprime la bouteille pour en expulser l'air, et on applique l'instrument qui, en se dilatant pour reprendre sa forme, agit à la manière d'une ventouse.

Nous reproduirons une observation d'accouchement prématuré provoqué par ce moyen.

M. le docteur Kiwisch von Rotterau, professeur d'accouchements à Prague, a proposé les douches utérines ascendantes. Le réservoir est placé à l'étage supérieur, un tuyau terminé par une canule à injections amène le liquide jusqu'au bord du lit de la femme ; les douches se donnent de deux en deux

heures. Au bout de dix à vingt douches, le travail est en pleine activité. Cette méthode est adoptée à la Maternité de Vienne.

On a proposé, dans le but de retarder et même d'éviter l'accouchement prématuré, de diminuer le volume du fœtus par le régime débilitant, et par l'administration de l'iodure de potassium : ces deux moyens sont jusqu'à ce jour restés sans succès. Nous citerons deux faits à l'appui de notre assertion.

M^{me} L., de stature médiocre, très-nerveuse, frêle et délicate, avait déjà eu trois couches des plus pénibles à cause du volume excessif de ses enfants. Enceinte pour la quatrième fois, elle vint réclamer nos conseils. Son bassin, assez régulier, n'offrait que trois pouces environ de diamètre antéro-postérieur au détroit abdominal. Elle fut soumise dès le principe à un régime sévère... Une saignée de huit onces était pratiquée toutes les sept à huit semaines.

Cette dame, ne satisfaisant pas son appétit à chaque repas, devint d'une faiblesse et d'une maigreur remarquables. Au commencement du neuvième mois de la gestation, le ventre était énorme, sans fluctuation prononcée. Croyant à un développement considérable du fœtus, nous engageons M^{me} L. à se soumettre à l'accouchement prématuré artificiel. Après la dilatation du col, les eaux se cassent; une main se présente; le pelotonnement est nécessaire. Nous extrayons un enfant hydrocéphale et sans vie qui, de l'avis du père de la famille, surpassait en volume tous les produits précédents. (VANHUEVEL.)

M^{me} T... avait eu cinq couches malheureuses; atteinte d'un rétrécissement du bassin, dont le diamètre antéro-postérieur n'était que de 8 centimètres, elle n'avait pu être délivrée qu'au moyen du forceps, et chacun de ses enfants était mort par la longueur et la difficulté du travail. Enceinte pour la sixième fois, elle consulta M. le professeur Vanhuevel, qui lui prescrivit l'iodure de potassium à la dose de trois décigrammes par jour, dans le but de diminuer le volume de l'enfant et de pratiquer un accouchement prématuré. M^{me} T... laissa passer le temps de l'opération convenue, et accoucha à terme d'un enfant mort, de la longueur de quarante-deux centimètres et du poids de trois kilogrammes. De l'avis des parents, il surpassait ses aînés en grosseur.

« Nous en avons, dit Baudelocque, secouru quelques-unes, consumées de marasme et conservant à peine un souffle de vie, qui ont donné le jour à des enfants du poids de neuf à dix livres; d'autres, qui avaient acquis de la force et de l'embonpoint, et dont la masse s'était accrue du poids de trente à trente-cinq livres, quoique leurs enfants ne pesassent que de six à six livres et demie. »

« Combien de fois, dit M. Vanhuevel, ne remarque-t-on pas des femmes débilitantes, valétudinaires, vivant avec sobriété, mettre au monde des enfants robustes, tandis que d'autres, vigoureuses et se nourrissant bien, n'en engendrent que de très-déliés? C'est que la nutrition et l'accroissement du fœtus n'ont point de rapport absolu avec la nutrition de la

mère, ces deux organisations étant distinctes et pour ainsi dire indépendantes. »

OBSERVATIONS.

Première observation.

M....., âgée de 29 ans, rachitique, ayant été délivrée trois fois par la perforation du crâne, était à la trente-sixième semaine de sa grossesse, lorsque M. Meissner fit la ponction d'après sa méthode, le 24 janvier 1856, à trois heures de l'après-midi. Il s'écoula beaucoup d'eau ; 54 heures après la ponction, commença le travail, et au bout de trois heures l'orifice était entièrement dilaté, et l'enfant présentait le coccyx. On laissa encore passer une heure ; puis on se décida à faire l'extraction par les pieds ; les premiers temps de l'opération se passèrent très-bien ; mais lorsque les épaules furent dégagées, on s'assura que la tête était encore retenue au détroit supérieur ; on appliqua le forceps et on fut assez heureux pour amener un garçon vivant. La mère l'a nourri, et il est aujourd'hui plein de santé. Le diamètre antéro-postérieur du bassin a 75 millimètres.

La même femme, de nouveau enceinte en 1857, était arrivée à la trente-sixième semaine de sa grossesse. Le 15 novembre, M. Meissner fit la ponction de l'œuf très-haut ; pendant la nuit subséquente, il s'écoula beaucoup d'eau, mais les contractions ne commencèrent que 58 heures après l'opération. Le travail dura cinq heures, au bout desquelles vint au monde, sans autre secours de l'art, une petite fille, qui prit bientôt le sein de sa mère et continua à bien se porter.

Cette femme avait le bassin assez spacieux pour laisser passer la tête d'un enfant assez volumineux, elle devint de nouveau enceinte, et M. Meissner résolut de ne provoquer l'accouchement que dans la trente-septième semaine de la grossesse.

Le 17 avril 1858, on entreprit la ponction, qui présenta une difficulté que M. Meissner n'avait jusqu'alors pas rencontrée ; il ne put découvrir, avec l'extrémité supérieure de la sonde, aucune partie élastique, caractère d'une membrane distendue : toujours il tomba sur des parties de fœtus, il n'osa donc faire avancer le trocart ; mais son habitude dans ce genre d'opérations lui permit de découvrir un repli des membranes et de l'entamer avec la pointe du trocart, pendant qu'il recommandait à la mère de conserver la plus parfaite immobilité. Après avoir enfoncé le trocart à 4 millimètres, il fit passer la canule par-dessus et le retira ; il ne s'écoula point de liquide : ce n'est qu'après avoir placé la femme sur le dos qu'on vit quelques gouttes de liquide sortir par l'extrémité inférieure de la sonde ; l'instrument fut retiré, et la femme se livra à

ses occupations ordinaires. Durant la nuit subséquente, il s'écoula quelque liquide par le vagin.

Le lendemain, dix-huit heures après la ponction, le travail d'accouchement commença : en peu d'heures, l'orifice était complètement dilaté et la tête fortement appuyée sur le détroit supérieur ; il se forma bientôt une tumeur sur le vertex, et M. Meissner, commençant à craindre pour l'enfant, se décida à appliquer le forceps et amena bientôt un garçon vivant, non sans avoir exercé quelques fortes tractions. La mère a nourri son enfant, qui se porte encore très-bien aujourd'hui.

Dans cette observation, nous avons vu combien il peut devenir quelquefois difficile de faire la ponction de l'œuf lorsqu'il y a peu d'eau, et que ce n'est qu'une main très-habile qui oserait, dans ce cas, entreprendre l'opération. Ce cas nous apprend encore combien le volume de la tête et la fermeté des os du crâne peuvent augmenter dans huit jours, vers la fin de la gestation. (*Annales de Gynécologie et de Pédiatrie* du docteur Martin Schoenfeld. — Avril 1851.)

Deuxième observation.

La fille P., de Strasbourg, âgée de 29 ans, rachitique, contrefaite, en était à sa troisième grossesse. Les deux premières couches avaient été très-laborieuses, tellement que, pour la délivrer, des accoucheurs habiles se virent obligés de perforer le crâne du fœtus. Enceinte pour la troisième fois, elle s'adressa à M. Stoltz, pour savoir de lui s'il ne serait pas possible de la faire accoucher d'un enfant vivant. — La taille de cette femme est de trois pieds quatre pouces ; elle a double courbure de la colonne vertébrale, la première à droite, la seconde à gauche. La hanche droite est plus élevée que celle du côté opposé ; elle a les jambes arquées, les muscles chancelants. Le bassin, mesuré extérieurement avec le compas d'épaisseur de Baudelocque, présente les dimensions suivantes : d'un trochanter à l'autre, 12 1/2 pouces ; d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre, 5 1/2 pouces. En portant le doigt dans le vagin et suivant la direction du diamètre antéro-postérieur, on arrive facilement à l'angle sacro-vertébral. — Convaincu de l'impossibilité d'un accouchement naturel, M. Stoltz se décida à provoquer la délivrance. Prenant pour point de départ le jour indiqué par la fille P... comme étant celui de la conception, il choisit le 27 septembre pour procéder à l'opération : la grossesse était au 252^e jour, ou à la 35^e semaine (8^e mois). — Le 27, à 10 heures du matin, il fit coucher la femme en travers sur le lit ; il introduisit l'indicateur et le médius de la main gauche dans le vagin, jusqu'au col de la matrice, et fit glisser, entre deux doigts, une éponge préparée à la ficelle, longue de deux pouces moins un quart, épaisse de six lignes à sa base, arrondie à son sommet, enduite de cérat, et saisie avec une pince à polypes courbe. Elle fut conduite doucement jusqu'à l'orifice externe du col, dans lequel l'extrémité s'engagea. On retira ensuite la pince, on saisit l'éponge avec les deux doigts de la main gauche, et on la poussa lentement et progressivement jusqu'à la base, dans le col. Elle fut maintenue un moment en place pour l'empêcher de descendre, puis on introduisit dans le vagin une éponge ordinaire, de

forme ovulaire, et du volume d'un œuf de dinde. A chaque éponge, était attaché un petit ruban pour en faciliter l'extraction. L'introduction de l'éponge préparée dans le col causa peu de douleur. — Cette opération terminée, la femme fut couchée horizontalement, le bassin un peu élevé. Les douleurs commencèrent à se faire sentir à une heure; elles durèrent toute la journée et toute la nuit. Le 28, elles étaient moins fréquentes: le 29, on retira les éponges, non sans peine. Le col était presque entièrement effacé. M. Stoltz décolla les membranes, en introduisant un doigt entre elles et le segment inférieur. Cette manœuvre excita des contractions énergiques. Il sentit la face à 11 heures: le crâne était alors au détroit supérieur. — Cependant les douleurs se calmaient, on les réveilla par l'introduction d'une seconde éponge plus longue et plus volumineuse que la première (deux pouces six lignes de long sur sept d'épaisseur à sa base). — Le 30, on retira cette nouvelle éponge, laquelle avait rompu les membranes en se dilatant; mais la tête n'avancait pas; elle restait toujours dans la même position. « Je me disposais, dit M. Stoltz, à appliquer le forceps, mais en introduisant la main dans la matrice je sentis la tête avancer, et je prévis que l'accouchement se ferait spontanément dans une heure; il en était six. » — En effet, il eut lieu à 7 heures moins un quart. — L'enfant, du sexe féminin, respira et jeta bientôt des cris. Quoique petit, il était potelé et bien nourri; il avait 16 pouces 6 lignes en hauteur. — Cinq minutes après la sortie du fœtus, la délivrance se fit naturellement. — Six jours après ses couches, la mère se leva; quinze jours après, elle fit sa première sortie. — Mais j'ai oublié de dire qu'elle toussait et qu'elle avait craché du sang. Forcée de sevrer son enfant, celui-ci maigrit, dépérit et succomba le 6 janvier, à l'âge de 3 mois 7 jours. Elle-même alla mourir de phthisie à l'hôpital, le 28 mai, 8 mois après ses couches. — Le bassin examiné, on constata: que le diamètre antéro-postérieur avait 3 pouces 5 lignes; le transversal, trois pouces 7 lignes; la hauteur de la symphyse pubienne, 1 pouce 5 lignes.

(Emprunté à la clinique de M. STOLTZ. — SIMONART.)

Troisième observation.

M^{me} T., rachitique, avait eu six couches malheureuses terminées par le forceps et des efforts violents. Redevenue enceinte, elle s'adressa à nous. Notre premier soin fut de mesurer son bassin, dont le diamètre antéro-postérieur est de huit centimètres. Le doigt explorateur constate, au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite une exostose de la grosseur d'une demi-noix. Nous lui proposons l'accouchement prématuré artificiel, et elle accepte. A la fin de la 32^e semaine, le 2 juillet 1833, à midi, nous opérons le décollement des membranes par la sonde de M. Simpson. A huit heures du soir, le travail était en pleine activité, le col dilaté, la poche des eaux proéminente. M. Vanhuevel, sous les auspices de qui cette opération était faite, rompt la membrane amnios et constate une présentation du sommet. Les douleurs se succèdent, violentes et presque continues; la tête s'arrête au détroit supérieur, forme une boursoufflure considérable et ne bouge pas. Le 4, au matin, nous nous décidons à une application de forceps, et nous amenons un enfant vivant et bien constitué. M^{me} T... se rétablit promptement.

L'enfant mourut quelques jours après.

Quatrième observation.

Une femme enceinte, atteinte d'un rétrécissement du bassin, entra à la clinique d'accouchements de Wurzburg, où l'on décida qu'on essaierait l'accouchement prématuré, à l'aide de l'excitation des glandes mammaires, par l'appareil de M. le professeur Scanzoni.

Le 25 février, vers la 32^e semaine de la grossesse, l'instrument fut appliqué pendant deux heures, le matin, et autant de temps le soir. Le 26 et le 27, l'appareil fut appliqué trois fois par jour.

Dès la troisième application, on remarqua un raccourcissement de la portion vaginale de l'utérus et une légère dilatation de l'orifice, sans que la femme éprouvât aucune douleur.

Celles-ci se montrèrent le 27, après la sixième application, et augmentèrent dans la nuit : le col était entièrement effacé et la poche des eaux commençait à faire saillie.

Après la rupture de cette dernière, on procéda à l'extraction par les pieds, et l'on amena un fœtus de quatre livres et demie (poids de Nuremberg), qui ne tarda pas à donner des signes de vie par des cris assez forts.

La mère se rétablit promptement et put quitter l'hôpital le neuvième jour. L'enfant tomba malade le cinquième jour et mourut trois jours après.



DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

ET

DE LA PUBIOTOMIE.

Si enim natura ossa capitis non perfecerit in utero, neque suturas ullas his effinxerit, ut deflexis ossibus et utcumque compresso capite fœtus in enixu facilius expellantur utero, exeantque foràs : quantò magis in dilatandis maternis ossibus sagax et provida eadem erit, contra eorum opinionem qui ista ossa dilatari negant. Præterea ignobiliores partes nobilioribus semper ministrant et obsequuntur, necnon continentes seu externæ, non tantum dilatari, sed etiam secari tutò possunt, ut internis succuratur, ut Galenus ait. At nemo sanè est mediocriter in Medicinâ versatus, qui non noverit pueros in utero contentos multò nobiliores esse maternis ossibus, pelvim, ut vulgò loquimur, constituentibus. (SEVER. PINEAU, cap. X, opuscul. et physiolog. et anatom. lib., II.)

On trouve dans un ouvrage publié en 1633 par un médecin français, nommé Delacourvée, qu'appelé auprès d'une femme enceinte, et morte dans les derniers jours de sa grossesse, il divisa la symphyse pubienne avec un rasoir pour avoir plus facilement l'enfant. En 1766, Plenck, dans une circonstance à peu près semblable, fit d'abord la section césarienne; n'ayant pu extraire la tête fortement engagée dans l'excavation, il pratiqua la synchondrotomie, et en obtint, dit-il, un succès prompt et facile. (CAZEAUX.)

Si l'on reconnaît dans les passages précédents l'idée et l'application de la section de la symphyse pubienne; il n'en est pas moins vrai que c'est à Sigault que revient le mérite d'en avoir fait une méthode et de l'avoir le premier pratiquée avec succès sur la femme vivante. Encore étudiant, lorsqu'il soumit son projet à l'Académie de chirurgie, il fut éconduit par la docte Assemblée.

En 1775, il défendit son invention dans une thèse qu'il soutint à Angers.

En 1777, aidé d'Alphonse Leroy, il obtint son premier succès en opérant la femme Souchet, qu'il sauva ainsi que son enfant. Sigault eut des partisans dévoués et des adversaires passionnés. Le monde médical offrit alors le spectacle d'une lutte acharnée, symphysiens contre césariens, jusqu'à ce que le temps, qui modère tout, satisfît chacun d'eux, et les confondit dans une même opinion.

« M. Sigault, dit Baudelocque, n'avait proposé cette opération que pour les cas, extrêmement rares, où la mauvaise conformation du bassin ne laissait d'autre ressource que l'opération césarienne; mais ayant franchi, pour ainsi dire, dès le premier pas, les bornes étroites dans lesquelles il l'avait circonstrite, ses partisans ne lui en assignèrent aucune, et on le vit, ainsi qu'eux, la pratiquer sur des femmes qui étaient accouchées précédemment par les seuls efforts de la nature, ou qui l'ont fait depuis. Les uns la substituèrent à la patience, dont ils auraient dû s'armer, et les autres à l'application méthodique des doigts; ceux-ci à l'extraction de l'enfant par les pieds, et ceux-là à l'usage du forceps et des crochets. Tous, dès lors, ne trouvèrent que des difficultés insurmontables dans l'accouchement, et des moyens, que dans la section du pubis; car on la fit plus de fois dans l'espace de quatre à cinq années, qu'on n'avait fait la césarienne dans le cours de vingt à vingt-cinq, et peut-être même d'un demi-siècle. Pendant ce trop long instant de délire, il semblait que l'art des accouchements se réduisit à la dextérité nécessaire pour bien exécuter cette opération; encore osa-t-on publier qu'elle « était peu de chose en elle-même, et que le traitement à sa suite faisait tout. »

De pareils excès ne sont plus possibles aujourd'hui : la pelvimétrie, ce flambeau de l'art, assigne ses limites à chaque opération. Nous étudierons bientôt celles de la section pubienne.

M. de Cambon, écuyer, premier chirurgien de la duchesse de Lorraine et de Bar, à Mons, est, après MM. Sigault et Leroy, celui qui a pratiqué le plus de fois la section du pubis, et qui paraît l'avoir faite avec le plus d'avantage. Les opérations de M. de Cambon ont été rapportées et commentées par M. Knap, qui est aujourd'hui le doyen des chirurgiens belges.

Si l'on opère la section du cartilage interpubien, les pubis s'écartent spontanément d'un centimètre à deux centimètres et demi; cet écartement peut être augmenté en appuyant sur les crêtes iliaques, mais l'expérience démontre qu'il ne peut pas, sans danger de déchirer les ligaments sacro-iliaques antérieurs, être porté au delà de cinq centimètres. Les extrémités des pubis décrivant des arcs de cercle autour des articulations sacro-iliaques, le diamètre antéro-postérieur augmente de deux millimètres pour un centimètre d'écartement interpubien. Or, cet écartement peut

être de cinq centimètres, donc le diamètre antéro-postérieur peut augmenter d'un centimètre. La tête du fœtus appuie sa convexité entre les extrémités des pubis, et cet engagement peut être évalué à quatre ou six millimètres. L'augmentation totale est donc de quatorze à seize millimètres. Les autres diamètres du bassin augmentent d'autant plus en proportion de l'écartement interpubien, qu'ils sont dans une direction plus parallèle à cet écartement.

L'opération de Sigault serait donc praticable toutes les fois que, l'accouchement prématuré ayant été négligé, l'extraction au moyen du forceps ayant été vainement tentée, la vie de l'enfant bien reconnue, le diamètre antéro-postérieur serait de six centimètres et demi au moins, et de huit centimètres au plus.

Cependant la statistique a parlé, et, suivant Baudelocque, sur quarante et une opérations, vingt-sept femmes seulement survécurent, et treize enfants seulement naquirent vivants.

Et encore parmi ces vingt-sept femmes échappées aux dangers de l'opération, plusieurs, par suite de la déchirure des ligaments sacro-iliaques, furent atteintes d'inflammations redoutables de ces articulations et d'infirmités qui empoisonnèrent leur existence.

Il n'est pas étonnant que devant de tels désastres, les praticiens instruits aient généralement abandonné une voie aussi dangereuse et aussi meurtrière.

L'opération se pratique de la manière suivante : Le mont de Vénus ayant été rasé, le rectum vidé, la femme est placée dans la même position que pour l'application du forceps ; une sonde est introduite et maintenue dans l'urètre, la vessie est vidée, et l'urètre porté à droite. Un aide tire vers le haut la peau qui recouvre le pubis ; alors l'opérateur, armé d'un bistouri droit et solide, fait une incision qu'il commence à un travers de doigt au-dessus du pubis et qu'il termine à gauche du clitoris : cette incision, dirigée dans le sens de la symphyse, comprend toutes les parties molles. Il incise le ligament interpubien, ayant soin d'éviter la vessie. Aussitôt ce ligament divisé, les pubis s'écartent et le reste de l'accouchement est abandonné à la nature. Le forceps et la version interviennent en cas de besoin. La délivrance faite, les pubis sont rapprochés et maintenus par un bandage approprié. Il faut trois ou quatre mois pour que la consolidation de la symphyse soit complète. Dans quelques cas, cette consolidation ne s'est jamais opérée, un tissu cellulo-fibreux s'est organisé dans l'espace interpubien, et ce tissu a acquis un degré de solidité assez considérable pour que les opérées puissent marcher.

M. Imbert, chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité de Lyon, propose d'opérer de la manière suivante : Les grandes lèvres étant écartées, et le canal de l'urètre déjeté à droite ou à gauche, au moyen de la sonde,

un bistouri en rondache est porté derrière le pubis, dans l'enfoncement qui résulte du tiraillement de l'urètre, et qui fait remonter la muqueuse dans ce sens à près d'un pouce de hauteur. Le bistouri est alors dirigé en haut et en avant, il divise successivement d'arrière en avant le cartilage articulaire : les ligaments restent intacts et forment une espèce de ceinture membraneuse qui s'oppose au trop grand écartement des pubis.

Le procédé de M. Stolz consiste à diviser par la méthode sous-cutanée un des pubis, près de la symphyse, au moyen de la scie à chaînette. A droite ou à gauche de la symphyse, à la hauteur de la crête pubienne, l'opérateur pratique une petite boutonnière ; il y introduit une aiguille longue et recourbée, à laquelle est attachée la scie à chaînette ; il en dirige la pointe suivant la face postérieure de l'os et la fait sortir à proximité du clitoris. La scie est munie de ses poignées ; quelques mouvements de va-et-vient divisent le pubis.

M. Galbiati, de Naples, propose de scier les deux pubis et d'agrandir le diamètre antéro-postérieur par l'écartement de la paroi antérieure du bassin.

L'expérience n'a pas encore prononcé sur la valeur de ces différents procédés. Toutefois, nous ferons remarquer que la symphyséotomie et la pubiotomie étant susceptibles de recevoir tous les perfectionnements de la chirurgie moderne, il est certain que ces opérations peuvent être pratiquées aujourd'hui avec plus de certitude et sans entraîner aux dangers d'autrefois. Le chirurgien de nos jours, qu'il divise la symphyse ou qu'il scie un des pubis ou les deux pubis à la fois, n'emploiera jamais qu'une méthode sous-cutanée. Les pubis, après l'opération, tardent-ils à se consolider, il emploiera les ruginations proposées par M. Guérin.

Pour éviter les dangers, qui résultent pour les ligaments sacro-iliaques, d'un trop grand écartement des pubis, nous proposons une ceinture dont la partie médiane, large et rembourrée, s'appliquerait contre le sacrum et les symphyses sacro-iliaques, et dont les deux extrémités contourneraient le bassin, entre les os des îles et les articulations coxo-fémorales, pour venir se joindre sur la face antérieure du pubis. Ces extrémités seraient munies, l'une d'une boucle, et l'autre d'une lanière de cuir perforée, pour recevoir la pointe de la boucle, de trous répétés de centimètre en centimètre. Quand il s'agirait d'opérer, la ceinture serait placée, bouclée suivant les dimensions de la femme et maintenue par deux sous-cuisses.

En supposant que l'on veuille obtenir un écartement de cinq centimètres, on donnerait à la ceinture un relâchement égal ; mais la ceinture, une fois bouclée, deviendrait une barrière infranchissable à un écartement plus considérable. Les ligaments sacro-iliaques ne seraient pas exposés à être rompus, et le sacrum, maintenu sur le même plan que les os iliaques,

ne tendrait pas à se porter en avant et à diminuer le diamètre antéro-postérieur.

Les manœuvres du forceps, de la version et de l'embryotomie seraient exécutées sans danger. L'opération finie, le bassin serait ramené à ses dimensions premières.

Sigault, Camper et Sarey ont proposé des ceintures dans le but de réunir les pubis après l'opération; mais nous ne croyons pas qu'ils se soient servis de leurs appareils pour limiter l'écartement des os du bassin pendant l'opération même.

Les modifications que nous avons indiquées et proposées feront-elles de la symphyséotomie et de la pubiotomie des opérations capables à elles seules d'opérer des délivrances dans certains cas donnés? L'expérience répondra à cette question.

En attendant, nous croyons pouvoir dire avec raison : Ces opérations ne méritent ni les excès d'éloges, ni les excès de blâme dont elles ont été les objets, et nous maintenons que, fussent-elles seulement employées pour reculer les limites de l'accouchement prématuré et de l'embryotomie, elles n'en seraient pas moins des ressources précieuses, bien dignes d'être étudiées.

« Cette opération, dit M. le professeur Simon, qui n'atteint aucun organe important, qui semble être indiquée par le relâchement et l'infiltration des symphyses pubiennes pendant les derniers temps de la grossesse, dont le but est d'agrandir les voies naturelles...., a été jugée avec trop de précipitation et de sévérité. Je pense, qu'employée dans des circonstances convenables, et pratiquée suivant les principes les plus avantageux, elle peut être couronnée d'un succès complet, c'est-à-dire sauver la mère et l'enfant. C'est une ressource à laquelle il ne faut pas entièrement renoncer; il est incontestable qu'elle offrira des chances de réussite, lorsqu'on la pratiquera sur un bassin dont le détroit inférieur n'est pas vicié, ne présentant, par exemple, qu'une simple barrure, ou bien quand l'étréitesse du détroit abdominal portera principalement sur le diamètre oblique et sur les lignes sacro-pectinées et sacro-cotyloïdiennes. J'ai pratiqué trois fois cette opération : chaque fois l'enfant a été amené vivant; deux fois la femme a guéri; une troisième fois, l'opérée a succombé des suites d'une hémorrhagie utérine, arrivée le quatrième jour après l'accouchement. »

OPÉRATION CÉSARIENNE.

L'opération césarienne consiste à inciser les parois abdominales et la matrice de la femme pour ouvrir une issue à l'enfant, lorsqu'il y a impossibilité physique que l'enfant sorte par les voies naturelles.

D'après le plan de notre travail nous ne considérons cette impossibilité que lorsqu'elle est occasionnée par l'étroitesse du bassin.

L'origine de l'opération césarienne appartient à l'antiquité.

Selon la fable, Apollon retira Esculape du sein mort de sa mère; et selon Virgile, Lycas naquit de la même façon. La loi de Numa défendait d'enterrer une femme enceinte, sans lui avoir ouvert le ventre pour en retirer son fruit. Cette loi existe encore dans l'Eglise romaine, dans le but non-seulement de conserver la vie de l'enfant viable, mais encore dans le but de donner le baptême au fœtus, quelle que soit l'époque de la gestation.

Valère-Maxime attribue à l'opération césarienne la naissance du philosophe Gorgias; et Pline, à propos des présages heureux qui accompagnent la naissance de certains hommes, s'exprime en ces termes : « Auspicatus enecta parente giguntur : sicut Scipio Africanus prior natus, primusque Cæsarum a cæso matris utero dictus : qua de causa et Cæsones appellati. Simili modo natus est Manilius, qui Carthaginem cum exercitu intravit. » (Liv. 7, chap. 9.)

Le premier cas bien authentique d'opération césarienne pratiquée sur la femme vivante est raconté par Nicolas de Falcon et date de 1491. Nufer la pratiqua en 1500, et son observation nous a été transmise par Gaspar Bauhin. Enfin, en 1581, F. Rousset publia dans un livre devenu célèbre un grand nombre de cas qui tous avaient été couronnés de succès. (CAZEAX.)

L'ouvrage de Rousset fut pour la section césarienne ce que le premier succès de Sigault avait été pour la symphyséotomie; c'est-à-dire le point de départ d'un engouement aussi blâmable que dangereux, car il est positif que cette opération fut pratiquée plusieurs fois sans indication précise.

Repoussée par Paré, Guillemeau, Mauriceau et Delamotte, elle eut pour défenseurs Gaspar Bauhin, Sprengel et Simon.

Après avoir été l'objet d'une étude suivie et basée sur les résultats obtenus, elle a été définitivement admise par Levret, Baudelocque, Capuron, Gardien et tous les auteurs classiques modernes.

Au nombre des succès remarquables, nous citerons les suivants : Sonnius, chirurgien de Bruges, opéra sa femme sept fois. Un chirurgien de Paris, au rapport de Bartholin, opéra sa femme cinq fois. M. Charlton, d'Edimbourg, rapporte l'histoire d'une femme opérée quatre fois. Le docteur Rouvin, de Lagny, opéra la même femme deux fois en deux ans. M. J. Bosch a obtenu quatre succès sur cinq opérations; il a opéré deux fois la même femme; cette femme et ses deux enfants vivent encore. M. Vandenschrick, de Hal, a opéré deux fois la même femme avec succès. Le docteur Hoebeke a pratiqué seize fois l'opération césarienne, et treize fois avec succès. M. Bodart a réussi à la Maternité de Gand; mais cet établissement est situé *extra muros*. En regard de ces succès, citons quelques défaites : Les Maternités de Paris, Berlin et Bruxelles n'ont enregistré que des revers. Jacquemier dit que l'opération césarienne n'a jamais réussi dans les hôpitaux de Paris. M. Chailly dit : « Nous n'avons pas dans les murs de Paris un seul exemple d'une femme qui ait survécu à l'opération césarienne. »

« Pour ma part, dit M. le professeur Simon, j'ai pratiqué vingt-trois fois l'opération césarienne en ville et à la Maternité, le plus souvent dans cet établissement; j'ai obtenu dix-huit enfants vivants : quatre fois seulement j'ai été assez heureux pour sauver la mère. »

Somme toute, il est reconnu aujourd'hui que des malheureuses soumises à la section césarienne, près des quatre-cinquièmes (0.79 suivant Kayser) ont succombé. En présence de ces chiffres nous devons reconnaître que l'opération césarienne est l'une des plus redoutables de la chirurgie. Et les praticiens devraient y renoncer à jamais relativement à la mère, si elle n'était la seule ressource dans les rétrécissements portés à un degré tel que les instruments d'embryotomie ne sont plus applicables.

Mais puisque ces rétrécissements existent, nous devons faire de l'opération césarienne une étude sérieuse et chercher à en améliorer les résultats.

De tous les auteurs modernes qui se sont occupés de la gastro-hystérotomie, M. le professeur De Roubaix est, sans contredit, celui qui a traité la question de la manière la plus savante et la plus logique. Dans un travail publié en 1850, l'auteur se pose les questions suivantes :

1° La gravité de l'opération césarienne dépend-elle du danger des incisions qu'il faut pratiquer?

2° Les dangers de l'opération césarienne sont-ils inhérents à quelque vice dans les procédés opératoires, ou dans l'administration des soins consécutifs?

3° Les suites funestes de l'opération césarienne peuvent-elles être occasionnées par les circonstances au milieu desquelles on la pratique?

4° Y aurait-il moyen de diminuer les chances d'insuccès en modifiant la pratique généralement suivie dans l'exécution de l'opération césarienne?

Pour résoudre la première question, l'auteur divise en trois catégories les organes qui se présentent sous le couteau césarien : les parois abdominales, le péritoine, la matrice.

La lésion des parois abdominales se comporte à la manière des plaies ordinaires. La séreuse abdominale est intéressée sans danger dans plusieurs circonstances : la herniotomie, la paracenthèse, des coups d'épée, de baïonnette, de balle, etc. S'appuyant sur l'analogie, l'auteur rappelle que les plaies pénétrantes de la poitrine se guérissent facilement, quand elles ne donnent lieu ni à des hémorrhagies intérieures, ni à l'accès de l'air. Il en est de même des plaies du crâne, lorsque la dure-mère et l'arachnoïde ont été lésées. Dans l'opération de la cataracte par abaissement, et dans la ponction de l'hydrocèle, des séreuses sont encore perforées sans danger. Enfin, M. Guérin ouvre par son procédé les hyarthroses siégeant dans les articulations les plus sensibles. La gravité de la lésion d'un organe est en raison de la complication de sa structure et de l'importance de ses fonctions physiologiques. Or, la structure des séreuses est des plus simples, et leurs usages se réduisent à favoriser la locomotion et le frottement des viscères et des vaisseaux les uns sur les autres.

L'auteur reconnaît que la lésion de la matrice attaque un organe beaucoup plus important et plus compliqué dans sa structure. Comparée à une amputation de l'avant-bras, la section de l'utérus offre en plus la division de la séreuse et celle de la muqueuse. Nous savons ce qu'il faut penser de la blessure de la séreuse, et tous les chirurgiens pratiquent, chaque jour, sans accidents, des solutions de continuité dans la bouche, le nez, l'anus.

D'ailleurs, la matrice n'est-elle pas blessée dans la résection du col, dans l'hystérotomie vaginale, et dans l'extraction du placenta adhérent?

Abordant la deuxième question, l'auteur établit que par les procédés ordinairement mis en usage, l'air et le sang, et quelquefois le liquide amniotique entrent dans la cavité abdominale, et souvent des anses d'intestin se mettent en contact immédiat avec l'air. On enlève les caillots de la matrice et on s'assure que le col est libre, on touche ordinairement avec des styptiques les parois incisées; on refoule les intestins, on nettoie la cavité abdominale, puis on procède à la suture des bords de la plaie extérieure, en laissant, au-dessus du pubis, une ouverture pour permettre aux lochies et au pus de s'écouler, en suivant une mèche qui pénètre à cet effet jusque dans la matrice. Il est convaincu que ces circonstances sont fatales

et qu'elles compromettent toutes plus ou moins la vie de la mère.

Après avoir établi combien les opérations sous-cutanées sont innocentes en comparaison des dangers de ces mêmes opérations exécutées au contact de l'air, l'auteur signale l'entrée de l'air dans les veines de la matrice comme un accident auquel on n'a pas assez songé, et qui cependant doit se produire souvent. D'après M. Forget, de Strasbourg, les phlébites par introduction de l'air sont bien plus dangereuses que les inflammations veineuses ordinaires. Quant au sang répandu dans le péritoine, quelle sera son action ultérieure? Ici l'auteur s'éclaire des expériences directes faites sur des animaux par MM. les professeurs Gluge et Thiernesse. « Il résulte des observations de ces Messieurs que les phénomènes varient suivant la quantité de liquide épanché. Ainsi, si une petite dose de sang seulement est versée dans l'abdomen, l'endosmose peut reporter le liquide sans accidents appréciables dans le système circulatoire; si la quantité a été plus considérable, une partie seulement est résorbée, et l'autre devient le siège d'un travail d'organisation qui donne lieu à la formation de fausses membranes. Dans le cas d'un épanchement plus abondant, une minime quantité du liquide est absorbée ou convertie en membranes, et la majeure partie de la masse se convertit en pus. »

L'auteur établit une différence entre le liquide sécrété lentement et graduellement par la membrane séreuse, comme dans l'hydropisie, et le liquide qui fait une irruption subite dans la cavité séreuse, alors surtout qu'il contient des détritres, des grumeaux et qu'il subit un commencement de corruption. Il cite un fait remarquable : c'est celui d'une femme chez laquelle une injection d'eau poussée dans le péritoine par une fausse route amena des coliques atroces, qui furent suivies de la mort au bout de quelques heures.

Les lochies sont composées de sang, de sérosité sanieuse, puis d'un liquide puriforme mêlé souvent de différents détritres et de caillots plus ou moins putréfiés. Pourquoi établir par une mèche de charpie une communication qui les conduise dans l'abdomen, quand elles peuvent s'écouler par le col et par le vagin?

Leur composition explique les résultats que produira leur contact avec le péritoine. Et cependant, la plupart des auteurs ont recommandé de détruire les adhérences qui pourraient s'établir pendant le cours du traitement entre l'utérus et les parois abdominales!

Passant à la troisième question, l'auteur démontre qu'il ne faut pas attendre pour pratiquer l'opération césarienne que le travail soit très-avancé et que l'utérus soit fatigué des efforts inutiles qu'il a exécutés. L'opérateur évitera de blesser les parties de la mère en essayant d'extraire le fœtus par les voies naturelles. A plus forte raison n'attendra-t-il pas que la matrice soit le siège d'un travail inflammatoire, ou que, déchirée par la

violence de ses contractions, elle ait poussé son fruit dans la cavité abdominale.

Le moment d'élection est celui où la poche des eaux est formée, et le col suffisamment dilaté pour qu'il puisse donner un passage facile aux liquides qui doivent s'écouler de la matrice.

Mais une fois le moment arrivé, l'accoucheur ne doit plus craindre qu'une chose, c'est d'exposer les jours de la femme par une temporisation imprudente.

Répondant à la quatrième question, M. le professeur De Roubaix donne les règles à suivre pour pratiquer l'opération césarienne, en évitant toutes les causes dont il a démontré l'influence.

« Il faudrait, dit-il, que la pratique suivie se distinguât par les caractères suivants :

» 1^o Empêcher l'entrée de l'air dans la cavité abdominale et dans les sinus utérins ;

» 2^o Éviter l'épanchement du sang et des eaux de l'amnios dans le péritoine ;

» 3^o Faire les incisions de telle manière que la réunion par première intention puisse être tentée, et offrir toutes les garanties désirables pour la non-apparition du travail suppuratoire ;

» 4^o Prévenir l'entrée des lochies dans l'abdomen ;

» 5^o Prémunir contre les dangers d'une inflammation consécutive les organes divisés ;

» 6^o Exécuter l'opération en temps opportun, dans les circonstances les plus favorables à la malade.

» Voici la manière dont nous pensons qu'il conviendrait de procéder pour remplir toutes les conditions qui viennent d'être énumérées.

» Le travail de l'accouchement étant commencé, on le laisse marcher jusqu'à ce que le col soit suffisamment dilaté, et que la poche des eaux soit bien formée. Pendant le temps que met la nature à parvenir à ce résultat, on vide le rectum au moyen d'un lavement, et l'on s'occupe à confectionner, dans une place voisine, le lit sur lequel la femme sera placée pendant et après l'opération. Sur ce lit, qui est étroit, et confectionné d'ailleurs comme les lits ordinaires, on place au-dessus du premier drap une large toile cirée, recouverte d'alèzes, et destinée à préserver le matelas sur lequel l'opérée devra rester. Au-dessus des alèzes, un coussin en crin, ou un drap plié en plusieurs doubles est posé à l'endroit où reposeront les lombes, afin de faire bomber autant que possible la matrice pendant les incisions, et de présenter au sang une pente naturelle vers le pubis. Quand le moment d'élection est arrivé, la femme est portée sur ce lit, ainsi disposé, où on lui fait fléchir légèrement les cuisses pour relâcher les parois abdominales et permettre à l'opérateur d'écarter facilement les lèvres de la

plaie après l'incision. C'est alors que le chirurgien pratique le cathétérisme pour vider la vessie, et dispose les aides qui doivent maintenir les parois abdominales. L'un de ces aides est placé à droite de la femme, du même côté que l'opérateur, mais près de la poitrine. Il prend une position qui le mette à l'aise et lui permette de ne point trop se fatiguer pendant la durée de l'opération. L'autre aide fait de même, et prend position à gauche de la cuisse gauche de la patiente. L'opérateur fait exécuter quelques mouvements de glissement des parois abdominales sur la matrice, soit latéralement, soit de bas en haut, pour écarter les intestins qui pourraient s'être logés entre elles, et il constate par la percussion que son but est complètement atteint avant d'aller plus loin. L'aide de gauche applique alors la paume de la main droite sur la partie de l'abdomen qui correspond au fond de l'utérus, en prenant bien garde que le contact soit parfait, et que la pression qu'il exerce soit partout égale. L'aide de droite applique de la même manière la main gauche sur les points que regarde le côté gauche de l'organe utérin, puis la main droite sur le côté droit. Entre les deux mains de cet aide, il y a assez de distance pour que le chirurgien puisse manœuvrer à son aise, mais pas assez cependant pour qu'un espace puisse se former entre les parois abdominales et la matrice après les incisions. Les éminences thénar et hypothénar des mains, ainsi appliquées, viennent appuyer sur le dos de la main du premier aide, de manière à ce que les trois mains réunies représentent une puissance en forme de fer à cheval, ouvert en bas, vers le pubis, et limitent le domaine des parties livrées aux manœuvres de l'opérateur.

» Nous regardons les fonctions de ces deux aides comme étant d'une importance telle, que s'ils n'ont point l'intelligence nécessaire pour les remplir convenablement, ils compromettent presque à coup sûr le succès de l'opération. Il leur faut beaucoup de tact et de présence d'esprit pour graduer la compression uniforme qu'ils doivent exercer, suivant les nécessités des différents temps de la gastro-hystérotomie, et pour suivre convenablement le retrait qu'éprouve la matrice après le retrait de la poche des eaux, l'extraction de l'enfant et celle de l'arrière-faix. Il leur faut aussi une force de volonté suffisante pour ne point céder à la fatigue qui résulte d'une position longtemps soutenue, et, sous ce rapport, il est bon d'avoir à sa disposition un troisième aide, chargé d'appuyer convenablement sur les mains des deux premiers, si elles tendaient à fléchir avant l'application du pansement.

» Tout étant ainsi disposé, l'opérateur, placé à droite du bassin de la femme, procède avec un scalpel convexe à l'incision des parois abdominales sur la ligne blanche et prolonge la division des parties depuis l'ombilic jusqu'à un pouce environ au-dessus du pubis. Nous préférons de beaucoup la section de la ligne blanche (bien entendu quand il n'y a pas d'indications

spéciales) à celle d'autres points du ventre, que MM. Ritgen, Physick et Baudeloque neveu ont conseillé d'ouvrir; car elle donne lieu à une hémorrhagie bien moindre, n'oblige point ordinairement à pratiquer des ligatures, permet d'exécuter une suture bien plus exacte, et se prête ainsi beaucoup mieux à une réunion par première intention. En pratiquant cette première incision, le chirurgien divise successivement la peau, puis l'aponévrose, puis une très-petite portion du péritoine. Arrivé là, il recommande aux aides de bien veiller à ce que l'air ne puisse pénétrer dans l'abdomen, puis, au lieu d'introduire le doigt par l'ouverture péritonéale, ainsi qu'on le recommande généralement, il passe doucement une sonde cannelée derrière le péritoine, en ayant soin de raser plutôt cette membrane que la matrice, et il exécute sur ce conducteur le débridement des parties qui restent à couper. La matrice étant mise à nu, une seconde incision divise cet organe sur la ligne médiane, c'est-à-dire à l'endroit où les vaisseaux et les nerfs sont le moins nombreux et où les fibres circulaires sont le plus rares. Cette solution de continuité doit intéresser toute l'épaisseur de l'utérus, jusque sur la face externe de la poche des eaux ou du placenta, et elle doit être assez étendue pour que l'extraction de l'œuf n'amène point une contusion par trop considérable des bords de l'ouverture. Les flots de sang qui s'échappent pendant qu'elle est pratiquée ne doivent nullement passer dans le péritoine, si les aides ont bien compris leur devoir, et il est bon, du reste, de leur recommander en ce moment de renforcer un peu la compression qu'ils exercent, afin de diminuer un peu l'hémorrhagie et d'empêcher la pénétration de l'air dans les veines ouvertes.

» Lorsqu'on est arrivé à ce temps de l'opération, le moment est venu de rompre la poche amniotique par le vagin, si les eaux ne sont pas déjà écoulées, ou si l'opérateur a jugé convenable d'attendre jusqu'alors avant de les expulser, afin de pouvoir faire ses incisions sur des organes plus distendus. Quand l'amnios est évacué et que l'utérus est déjà revenu sur lui-même sous l'influence des pressions méthodiques des aides, et du vide qui s'est formé dans son intérieur, on divise ce qui reste encore de la paroi interne du globe utérin au fond de l'incision, et on débide, soit par la méthode que l'on a employée pour les parois abdominales, soit, ce qui vaut mieux ici, sur le doigt préalablement introduit par l'ouverture. On procède ensuite à l'extraction de l'enfant d'après les règles ordinaires, et on enlève le placenta. L'aide de gauche peut en ce moment introduire son indicateur gauche, recourbé en guise de crochet, dans l'ouverture de la matrice pour empêcher le retrait trop brusque de l'organe, en l'attirant doucement vers la plaie extérieure. On conçoit du reste que le rôle des deux aides est encore plus important pendant que l'on débarrasse l'organe gestateur du produit de la conception, et immédiatement après la délivrance, que pen-

dant les premiers temps de l'opération. L'hémorrhagie produite par la section des sinus utérins, le décollement du placenta et le dégorgement de la matrice durent parfois quelque temps encore après la sortie du fœtus et de ses annexes. Il est rationnel d'attendre, pour procéder à la réunion de la plaie abdominale, que l'écoulement sanguin ait complètement cessé, et que l'ouverture utérine soit suffisamment rétrécie par le retrait de l'organe. La compression exercée par les aides et l'enlèvement avec les doigts des caillots qui restent dans la matrice, y compris ceux qui pourraient se trouver vers le col et contrarier plus tard l'écoulement lochial, favoriseront singulièrement l'apparition prompte de ce résultat. Il serait dangereux, pour l'obtenir, d'appliquer le froid, les acides ou les styptiques sur les lèvres de la plaie, car on les placerait dans des conditions peu propres à la réunion immédiate, et on les disposerait à un travail de suppuration qui pourrait amener de graves inconvénients.

» Après que l'hémorrhagie a cessé, l'opérateur nettoie les parties avec les doigts, et sans eau, puis il exécute la suture des parois abdominales, non pas seulement dans la partie supérieure de la solution de continuité, mais dans toute son étendue jusqu'au pubis. Pour que la coaptation soit plus exacte, il convient même qu'il emploie la suture entortillée, comme dans le bec-de-lièvre. Il mettra cependant un ou deux points séparés à l'extrémité pubienne de la plaie, pour le cas où il faudrait abandonner plus tard la réunion immédiate. Il cherchera ensuite à préserver la plaie des tractions que les muscles pourraient exercer sur elle, soit au moyen de bandelettes de sparadrap assez longues pour passer jusques en dehors du grand bassin, soit au moyen de lanières de collodion employées à la manière de M. le professeur André Uytterhoeven. L'angle inférieur de la plaie ne renfermera ni mèche, ni charpie, ni siphon.

» L'opération étant ainsi terminée, le chirurgien s'occupera de remplacer la compression exercée jusqu'alors par les aides, au moyen d'un bandage convenablement appliqué. Pour cela, après avoir recouvert la plaie d'un linge cératé et fenêtré, il placera sur ses côtés, jusqu'aux crêtes iliaques et les arcades crurales, des remplissages disposés méthodiquement d'après les formes bien connues des organes, et surtout de manière à ce qu'ils agissent uniformément sur l'utérus. Ces remplissages, qui seront composés d'ouate, d'étope ou d'amadou, seront recouverts d'une grande compresse et d'un bandage de corps, que l'on pourra serrer ou relâcher à volonté, ou mieux d'un bandage amidonné léger, que l'on coupera ensuite en avant, si des indications nouvelles viennent à l'exiger. De cette manière on mettra les parties dans les conditions les plus convenables pour prévenir les réactions inflammatoires, et empêcher l'écoulement du sang et des lochies par les voies insolites qui ont été pratiquées.

» La femme, après avoir été pansée, ne doit pas être transportée dans

un autre lit, de peur que les mouvements inséparables de ce transport ne viennent à déranger les pièces de l'appareil et à déterminer dans le bas-ventre des frottements douloureux et nuisibles. On se borne à enlever doucement le coussin qu'on avait placé sous les lombes et à changer les alèzes qui auront été mouillées par le sang et par les eaux de l'amnios. On recommande le repos le plus absolu, et, pour donner aux muscles abdominaux une situation telle qu'ils exercent une douce compression sur la matrice, on place les jambes, non pas dans la position fléchie, mais dans l'extension modérée, c'est-à-dire dans la position ordinaire et naturelle.

» Pendant les premiers jours qui suivront l'opération, on pratiquera le cathétérisme au moins trois fois par jour, afin d'empêcher que la vessie, en se dilatant, n'aille agir d'une manière défavorable sur les parties qui tendent à se réunir. On introduira fréquemment le doigt indicateur dans le col de la matrice, pour s'assurer qu'aucun obstacle n'y gêne l'évacuation naturelle des lochies. On évitera les injections, qui, du vagin, pourraient s'insinuer dans l'utérus et en contrarier la cicatrisation. On veillera surtout à mettre le bandage en harmonie avec les changements de volume qui s'opéreront dans l'organe utérin, et à le resserrer de temps en temps pour que sa compression soit toujours uniforme. Si, contre toute attente, la réunion par première intention venait à échouer, il va sans dire que l'on couperait au-dessus du pubis les sutures à points séparés qu'on y avait pratiquées, et que l'on traiterait alors la plaie à la manière des plaies suppurantes. S'il survenait des symptômes d'une métrite-péritonite, on les combattrait de bonne heure par un traitement énergique. »

On a reproché à M. De Roubaix d'avoir été trop absolu en prescrivant d'éviter l'entrée de l'air et l'épanchement des liquides dans la cavité abdominale. Quelles que soient l'attention et l'habileté des aides, ils ne pourront jamais atteindre ce résultat que d'une manière relative. On a encore objecté que l'auteur n'établit aucune distinction entre les opérations qui se pratiquent à la campagne, à la ville et dans les hôpitaux. Si vous évitez avec soin le contact du péritoine avec l'air, le sang, les eaux de l'amnios et les lochies, ne devez-vous pas aussi prescrire de soustraire la surface pulmonaire aux éléments volatilisés de ces substances corrompues ?

M. Hoebeke rapporte que, dans une opération césarienne qui fut couronnée d'un succès complet, il reconnut à son arrivée près de la malade la rupture de l'utérus et la chute dans la cavité péritonéale, non-seulement de l'enfant, mais encore de l'arrière-faix, du sang et des eaux de l'amnios. C'était à Aigem.

A Velsique-Ruddershove, l'opération fut pratiquée dans les circonstances les plus défavorables par le défaut d'aides intelligents ; la cavité abdominale est restée ouverte plus d'un quart d'heure, exposée à l'air ; les intestins, échappés de la cavité, durent être refoulés à plusieurs reprises. La matrice

contenait deux jumeaux et cependant le succès fut complet. (*Presse médicale*, 7 juillet 1850.)

Ces deux observations ne prouveraient-elles pas que l'air des champs a plus contribué au succès que la régularité de l'opération.

« Quant aux insuccès en général, dit M. Hoebeke, et en particulier pour les opérations pratiquées à Bruxelles, soit en ville, soit à la Maternité, ils doivent non pas être attribués à l'opération elle-même, mais à la durée du travail, à l'épuisement de la femme, à la métrite qui existait déjà avant l'opération, aux diverses tentatives infructueuses faites pour délivrer ces malheureuses par les voies naturelles. »

« Pour conjurer les dangers de cette opération, dit M. Didot, il suffit de la pratiquer au commencement du travail, lorsque les douleurs commencent à devenir expulsives, que le col est bien aminci et souple, et sa dilatation suffisante pour espérer qu'il ne mettra pas obstacle à l'écoulement des lochies. »

Quelques praticiens n'attendent pas la dilatation du col, mais opèrent au premier signe de travail, prétendant que le succès est d'autant plus probable que l'éréthisme utérin est moins prononcé au moment de l'opération (VAN HUEVEL).

En regard de ces préceptes, trop sages et trop connus pour n'être pas toujours suivis quand la chose est possible, citons quelques observations d'opérations exécutées à la Maternité de Bruxelles.

Le 26 février 1845, Barbe T., 25 ans, rachitique, primipare, entre à la Maternité pendant la nuit. Elle était en travail depuis le 24; le 25, les eaux s'écoulèrent, et lors de son entrée le col est ouvert comme deux frans. L'enfant se présente par le vertex, il est vivant. On donne à la femme un bain général et un lavement. L'opération est pratiquée dans la journée. L'enfant est en état d'asphyxie. On le rappelle à la vie. La femme meurt le quatrième jour de l'opération.

Le 25 septembre 1845, Marie J., 22 ans, rachitique, primipare, entre à la Maternité vers le soir. Elle est en travail depuis le matin : contractions faibles et peu fréquentes; col ouvert comme deux frans, membrane des eaux intacte; enfant vivant. L'opération est remise au lendemain; pour calmer les douleurs, lavements laudanisés : cessation des douleurs; sommeil pendant plusieurs heures.

Le 24 au matin, calme complet, nulle contraction utérine. Bain général de deux heures. Opération faite au milieu du jour. L'enfant est extrait vivant. La mère meurt le 29 suivant.

Le 27 octobre 1845, Joséphine D., 18 ans, rachitique, primipare, entre à la Maternité à sept heures du matin. En travail depuis la veille; elle a le col tout dilaté, les membranes entières. Fœtus vivant. Accès d'éclampsie à neuf heures, saignée du bras; opération faite à dix heures; enfant bien portant. Mort de la femme le 30 suivant.

Pétronille V., primipare, rachitique, entre à la Maternité le 21 juin 1847; à

onze heures de la nuit. En travail depuis la veille; elle perdit ses eaux vers cinq heures du soir : on ne peut atteindre le col à cause de sa hauteur. Douleurs faibles et rares. Pour les calmer, on administre des lavements laudanisés. Opération le lendemain à dix heures du matin; mort de la femme à dix heures du soir.

L'opération n'ayant rien présenté de particulier, on attribue la mort à une sidération nerveuse.

L'épouse E, 52 ans, rachitique, primipare, entre à la Maternité le 1^{er} janvier 1850. Douleurs faibles depuis la veille; les eaux s'écoulent spontanément. Col encore long et ouvert pour admettre le bout du doigt. Disparition complète des douleurs jusqu'au 3 janvier. Dans la journée, les douleurs se réveillèrent un peu sans que le col en éprouvât une plus grande dilatation. Le 4 au matin, on fit l'opération, mort de l'enfant. Mort de la femme le 14 suivant.

Ces observations ne prouvent-elles pas que le moment d'élection n'a jamais été négligé à la Maternité de Bruxelles? D'ailleurs, la réputation de MM. Seutin et Vanhuelel n'est-elle pas une garantie suffisante que là, plus que partout ailleurs, on a observé toutes les règles de l'art?

Il y a des défaites qui sont des chefs-d'œuvre, et des succès que la science ne peut admettre. Le succès de Jacques Nuffer, le châtreur, mérite de fixer notre attention; mais il n'élève pas son auteur au rang de chirurgien.

Le petit bonheur, comme le dit M. Seutin, tiendrait-il une grande place dans le succès de cette opération?

Nous croyons qu'il faut dans cette grave question tenir compte de toutes les opinions, et discuter la valeur de chacune d'elles. Tâchons de joindre la salubrité de l'air de la campagne à la bonne organisation de nos hôpitaux et à l'habileté de nos opérateurs, et à force de recherches et de précautions nous diminuerons le nombre de nos revers.

En 1840, M. Godefroy, de Mayenne, ayant remarqué que la section utérine reste béante et séparée par un espace de trois à quatre centimètres, se décida à la fermer par quelques points de suture. « A cet effet, dit-il, des aiguilles furent garnies de fils doubles et cirés; puis, j'enfonçai mes aiguilles de dehors en dedans pour le côté droit, de dedans en dehors pour le côté gauche, à quelques millimètres des bords de la plaie, en comprenant toute l'épaisseur de l'utérus. Trois fils ainsi placés, l'un au milieu, deux aux extrémités, furent serrés légèrement et arrêtés par un double nœud, près duquel ils furent coupés. La réunion était parfaite, alors la matrice fut complètement abandonnée à elle-même. » La guérison fut complète.

Déjà le *Journal de médecine* de 1770 rapporte qu'un chirurgien, ayant fait l'incision extérieure trop haut, en fit une autre obliquement en-dessous, etc. Il pratiqua ensuite trois points de suture à la matrice et cette opération eut tout le succès possible. (BAUDELLOCQUE.)

M. Didot, dans un travail publié en 1830 dans les *Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique*, propose deux nouveaux procédés de suture utérine. « Deux indications, dit l'auteur, sont à remplir : 1^o procurer la réunion immédiate et sans suppuration, si possible, des plaies utérine et abdominale ; 2^o fournir une libre issue aux fils et aux ligatures employés pour atteindre ce premier but. »

Les procédés de M. Didot ont pour caractère commun de ne comprendre que les deux tiers intérieurs de l'épaisseur de la paroi utérine, en n'entamant point le tiers extérieur ou péritonéal. A cet effet, l'aiguille entre par la paroi interne de la matrice et sort par la surface d'incision ; elle suit un chemin inverse pour la lèvre opposée. Ils diffèrent en ce que, dans le premier, les nœuds sont serrés en agissant à la fois par l'extérieur et par la vulve ; tandis que, dans le second, les trois nœuds étant serrés par le dehors, et les trois ligatures amenées dans l'intervalle qui sépare le point moyen du point supérieur, ces fils sont solidement fixés sur une sonde de petit calibre, en gomme élastique, et engagés avec elle entre les lèvres de la matrice, malgré leur affrontement exact, puis dirigés vers la vulve.

Les procédés de M. Didot n'ont pas encore été soumis à l'expérience.

M. Seutin désapprouve la suture utérine, parce qu'il la croit propre à exciter l'inflammation et difficile à appliquer.

« Pour ce qui est de la suture de la matrice, dit M. Hoebeke, quand l'hystérotomie est pratiquée dans le moment favorable, ce moyen de réunion est toujours inutile ; il serait même, dans ce cas, une cause d'insuccès. Quand l'opération césarienne est pratiquée après un travail long et douloureux, après qu'on a fait de nombreuses tentatives pour délivrer la femme par les voies naturelles, la matrice, dans ces circonstances, étant déjà le siège d'une inflammation, la suture est encore contre-indiquée, ne pouvant qu'augmenter ou entretenir la phlogose utérine. Enfin, la suture de l'utérus ne me paraît applicable que dans certains cas où les femmes sont très-faibles, où la matrice est dans un état de collapsus tel, qu'il est impossible de réveiller ses contractions. »

Pour l'extraction de l'enfant, tous les auteurs admettent qu'il faut mettre les grands diamètres du tronc et de la tête en rapport avec la direction de la section utérine. On attendra que la matrice se contracte et expulse le placenta pour faire la délivrance.

Si pendant l'opération les intestins s'échappent de l'abdomen, M. le professeur Verbeck, de Gand, conseille de soulever fortement les bords de la plaie, et les intestins se réduisent d'eux-mêmes.

Avant de coudre les parois abdominales, M. Vandenschrieck, de Hal, abaisse au devant des intestins le grand épiploon, pour les mettre à l'abri du contact de l'air et les préserver de l'inflammation. (VANHUEVEL.)

Si, dans l'état actuel de la science, nous demandons à la statistique quelles

sont les chances que donne l'opération césarienne à la mère et à l'enfant ; si nous puisons nos chiffres dans l'ouvrage de Kayser, et si, à l'exemple de M. Cazeaux, nous considérons successivement le problème au point de vue de la durée totale du travail, et au point de vue du temps qui s'est écoulé depuis la rupture des membranes, nous arrivons aux résultats suivants :

DURÉE TOTALE DU TRAVAIL.

CHANCES DE LA MÈRE.

164 cas	{	24 heures.	20 succès	40 insuccès.
		de 25 à 72.	34 »	41 »
		plus de 72.	8 »	21 »

CHANCES DE L'ENFANT.

158 cas	{	24 heures.	42 succès	16 insuccès.
		de 25 à 72.	48 »	24 »
		plus de 72.	11 »	17 »

CONCLUSIONS : Jusqu'à 72 heures la durée du travail paraît être sans influence fâcheuse pour la mère.

Les chances de l'enfant sont en raison inverse du temps du travail.

RUPTURE DES MEMBRANES.

CHANCES DE LA MÈRE.

112 cas	{	avant ou 6 heures après. . .	20 succès	19 insuccès.
		de 7 à 24 » . . .	14 »	21 »
		plus de 24 » . . .	15 »	25 »

CHANCES DE L'ENFANT.

106 cas	{	avant ou 6 heures après. . .	34 succès	3 insuccès.
		de 7 à 24 » . . .	25 »	7 »
		plus de 24 » . . .	19 »	18 »

CONCLUSIONS : Les chances de la mère et celles de l'enfant sont en raison inverse du temps écoulé depuis la rupture des membranes.

On voudra bien admettre que ces tableaux sont l'expression exacte de ce qui se passe dans la pratique. En effet, le principe du temps d'élection étant universellement admis, le chirurgien, pour des motifs faciles à comprendre, sera souvent appelé trop tard pour l'appliquer.

Or, nous tirons du premier tableau :

1° Que sur 100 opérations 62 femmes succombent.

2° Que sur 100 opérations 64 enfants sont sauvés.

Nous pouvons donc dire : L'opération césarienne sacrifie 62 femmes pour

obtenir 64 enfants, dont les trois quarts n'atteindront pas dix-huit mois, dont les deux tiers seulement atteindront trois ans, et dont la moitié n'atteindra pas vingt-cinq ans. (Tables de mortalité pour les villes et les campagnes de la Belgique: *Annuaire de l'Observatoire*, par M. QUETELET.)

Nous tirons du second tableau :

1° Que sur 100 opérations 58 femmes succombent.

2° Que sur 100 opérations 75 enfants sont sauvés.

Nous pouvons donc dire : L'opération césarienne sacrifie 58 femmes pour 75 enfants, dont 54 à peine atteindront dix-huit mois, 48 atteindront trois ans, et trente-six à peine atteindront 25 ans.

Pour mieux faire comprendre notre raisonnement, présentons-le sous une autre forme.

L'opération césarienne pratiquée sur cent femmes met en jeu cent vies de femmes et cent vies d'enfants.

Or, d'après le premier tableau, 35 femmes survivent et avec elles 64 enfants dont le nombre, trois ans après, sera réduit à 42, ce qui donne un total ainsi composé : 80 individus, dont 38 femmes et 42 enfants de trois ans.

D'après le second tableau, 42 femmes survivent et avec elles 75 enfants, dont le nombre, trois ans après, sera réduit à 48, ce qui donne un total ainsi composé : 90 individus, dont 42 femmes et 48 enfants de trois ans.

Bien que ces résultats paraissent assez satisfaisants, ils ne donnent pas encore une compensation suffisante, même en ne sortant pas de la question des chiffres.

Mais combien cette compensation ne devient-elle pas illusoire, quand on considère que l'enfant est un orphelin, courbé sous le poids d'une cachexie, et auquel nous ne tenons que par les liens qui l'attachent à celle qu'on sacrifie.

La femme est unie au monde par les liens de la société, par l'amour de la famille, quelquefois par l'existence d'autres enfants. N'est-ce pas en sa faveur que le médecin doit employer les ressources de son art ? « Le plus ancien de tous les principes de morale, la base de toute justice médicale, dit M. Cazeaux, c'est qu'il faut traiter les malades comme nous nous traiterions nous-mêmes ou nos parents les plus chers : eh bien ! quel est le médecin qui, forcé de choisir, en pareil cas, entre la vie de sa femme et celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein, hésiterait à autoriser le sacrifice de ce dernier ? »

Concluons donc que l'opération césarienne ne doit être nécessairement appliquée que dans les cas où l'embryotomie devient difficile et dangereuse (moins de 4 centimètres de diamètre antéro-postérieur). Susceptible d'être améliorée, elle reprendra peut-être, dans l'avenir, sur l'embryotomie le terrain qu'elle a perdu. Nous n'en désespérons pas.

Le double prix qu'elle nous donne, en cas de réussite complète, nous fait un devoir de chercher ses perfectionnements et nous ferait un bonheur de son triomphe.

Au moment de mettre sous presse, nous recevons un travail de M. le docteur Metz, d'Aix-la-Chapelle. — Abandonnant les moyens ordinaires, qu'il reconnaît insuffisants, ce chirurgien prévient et combat la fièvre traumatique par le froid. L'opération est pratiquée suivant les préceptes que nous avons admis. Les parois abdominales sont réunies par des points de suture. Le pansement se fait en entourant l'abdomen d'un linge plié en plusieurs doubles, et attaché avec des épingles. L'accouchée est placée dans un lit chauffé d'avance, puis immédiatement on applique sur le ventre des compresses d'eau froide, souvent renouvelées, et, quelques heures après, des compresses d'eau glacée. On y joint des fragments de glace administrés par la bouche et des lavements d'eau froide. Cette médication est continuée aussi longtemps que le froid fait éprouver à la malade une sensation agréable. Si, dans le principe, il se présente des symptômes nerveux, l'auteur administre l'opium à haute dose. Les soustractions sanguines ne seront exécutées qu'avec ménagement et d'après des indications précises.

De 1837 à 1850, l'opération césarienne a été pratiquée huit fois d'après ce système, et une seule fois l'opération a été funeste à la mère, les huit enfants ont vécu.

Notre confrère M. le docteur Crocq a vu opérer M. le docteur Metz, et il a pu s'assurer par lui-même de l'efficacité de la méthode de cet auteur.

OBSERVATIONS.

Première observation.

Opération césarienne, suivie de guérison, par M. le docteur Leenaert, de Zonhoven (Limbourg).

Dans la nuit du 2 au 3 juin dernier, je fus éveillé vers trois heures du matin pour porter secours à une femme en travail, habitant la commune de Zolder, canton de Beeringen. Arrivé vers quatre heures auprès de cette femme, je l'examinai immédiatement couchée au lit, et, pour éclaircir mon diagnostic, je la touchai aussitôt après dans la position debout, et bientôt j'étais convaincu que dans aucun cas l'enfant ne pouvait être retiré par les voies naturelles. Néanmoins, je portai encore mon attention sur la conformation extérieure du bassin, en faisant relever les habillements, et je remarquai une obliquité très-prononcée des os coxaux et une inclinaison très-forte du bassin. Ayant rassuré la femme, je

demandai immédiatement l'adjonction d'un confrère. Le choix tomba sur mon ami Fruyens, de Coursel. Mon confrère arriva vers huit heures du matin, examina également la femme, et nous décidâmes l'opération à l'instant même.

Conditions de la femme : Thérèse Laho, âgée de 37 ans, épouse Verminsen, appartient à la classe ouvrière sans travail. Cette misérable créature avait eu antérieurement trois enfants : le premier à l'âge de 25 ans, dont elle accoucha facilement ; le second à l'âge de 27 ans ; cet accouchement fut laborieux, mais naturel. Depuis lors, elle perdit l'usage de ses membres inférieurs, et resta sept à huit ans dans cet état. A l'âge de 33 ans, elle devint encore enceinte ; l'accouchement fut très-long et excessivement laborieux ; l'enfant succomba presque immédiatement ; aussi, la sage-femme qui l'assista eut soin de la prévenir des dangers d'une quatrième grossesse : outre la paraplégie dont la femme Verminsen fut atteinte, cette grossesse se compliqua encore d'hydropisie. Après ce troisième accouchement, on lui conseilla l'huile de baleine ; elle en prit copieusement, et insensiblement elle finit par recouvrer l'usage de ses membres à tel point, que la marche ne fut aucunement gênée durant la quatrième grossesse. Au moment où nous commençâmes l'opération, le travail durait depuis quatorze heures et demie. La femme éprouvait des douleurs très-violentes ; elle avait le poulx misérable, la figure décomposée, la langue sèche ; de temps en temps, il y avait hoquet et renvoi. Cependant, malgré son épuisement, son moral se soutint, et elle accepta avec une grande résignation la seule ressource qui lui restait.

L'opération fut bientôt faite, et nous extrayâmes un beau garçon dont l'embonpoint contrastait singulièrement avec la faiblesse de la mère. Après avoir débarrassé la matrice, nous réunîmes la plaie par six points de suture entortillée, et nous la pansâmes comme d'habitude. L'opération terminée, la femme fut replacée au lit, et nous prescrivîmes un régime légèrement tonique, de l'eau rougie au tiers par du vin. La femme, que nous avions jugée rendue à la terre, car notre pronostic n'avait été que trop facile, passa, à notre grand étonnement, les six premiers jours sans accident, le poulx se relevant peu à peu ; et grâce aux soins empressés de personnes charitables, qui, en soulageant sous tous les rapports la misère, nous ont dignement secondés, la femme et l'enfant sont aujourd'hui dans un état de santé parfaite. (*Observateur médical de Courtrai.*)

Deuxième observation, communiquée par M. Delvaux, chirurgien-accoucheur.

La nommée Agée de 37 ans, domiciliée rue des Mécaniciens, à Molenbeek-St-Jean, d'une constitution rachitique, atteinte d'ostéomalaxie, a été accouchée, l'année passée, au moyen du forceps, avec la plus grande difficulté ; l'enfant est mort-né, la mère a été dangereusement malade.

Cette femme est redevenue enceinte ; l'ostéomalaxie ayant fait des progrès, il était probable que les moyens employés précédemment n'auraient pas suffi à sa délivrance.

Étant arrivée au terme de sa grossesse, et ressentant de petites douleurs, elle fit appeler son accoucheur, M. Raymaekers, qui constata par le toucher un com-

mencement de travail et un vice de conformation tel, qu'il prévît la difficulté qu'il y aurait à terminer l'accouchement.

Il revint quelques heures après avec son confrère M. Vandenbosche; le travail avait fait des progrès; les eaux étaient écoulées; la matrice était fortement inclinée en avant, de manière qu'on n'arrivait qu'avec peine à toucher son col, qui est assez dilaté pour admettre le bout du doigt. l'enfant présentait le sommet de la tête au détroit supérieur.

Le travail continue à faire des progrès; le col de la matrice se dilate de plus en plus; la tête de l'enfant reste dans la même situation : on tente l'application du forceps, l'introduction d'une branche se fait bien, mais l'application de la seconde est impossible.

C'est dans ces circonstances que ces messieurs me firent demander. Après avoir obtenu les renseignements précités et avoir reconnu la viabilité de l'enfant et la difformité du bassin, nous jugeâmes l'opération césarienne comme seule capable de sauver la mère et l'enfant.

Après avoir fait administrer la femme, l'opération fut pratiquée de la manière suivante : la patiente est placée sur une table garnie d'oreillers et d'alèzes, la tête et la poitrine médiocrement élevées, les genoux un peu fléchis : on s'assure que la vessie est vide. Alors l'opérateur fait sur la ligne blanche une incision de la longueur de six pouces et quelques lignes, s'étendant de l'ombilic au-dessus du pubis. Le péritoine est incisé sur une sonde cannelée, et la matrice mise à découvert; celle-ci est incisée couche par couche : l'opérateur introduit le bistouri boutonné, guidé par le doigt indicateur, et il prolonge l'incision en proportion de la plaie des parois du ventre.

Le placenta se présente à l'ouverture de la matrice; il est décollé et amené au dehors. L'enfant présente la partie postérieure du tronc, il est amené par les pieds, il est vivant.

La mère supporte cette opération avec courage et résignation; elle ne jette aucun cri. Dans un mouvement imprévu, une grande partie des intestins fait irruption. La réduction en est faite immédiatement, puis on opère le pansement.

La plaie est réunie par cinq points de suture, au moyen d'épingles entourées de fil, comme dans l'opération du bec-de-lièvre. Entre les épingles, on place des bandelettes agglutinatives, qui réunissent parfaitement les bords.

De la charpie, des compresses et un bandage de corps complètent le pansement.

Nous avons renouvelé les pansements le moins possible : au bout de quelques jours, le cinquième, nous avons pu enlever les épingles, et la plaie a marché à grands pas vers la cicatrisation. Nous avons eu à combattre une légère métropéritonite, qui s'est déclarée le troisième jour.

La femme était, au bout de la troisième semaine, complètement rétablie.

Troisième observation, communiquée par M. Vanhuevel.

L'épouse C....., 35 ans, rachitique, ayant été délivrée une première fois à l'aide

de l'avortement médical avant le sixième mois de sa grossesse, entre à la Maternité de Bruxelles, le 31 juillet 1855. Par le pelvimètre universel, on trouve 15 lignes pour diamètre sacro-pubien au détroit supérieur, et 9 lignes pour le sacro-cotyloïdien gauche. Le col utérin est encore un peu long et fermé supérieurement. En attendant le travail, on prescrit une cuiller d'huile de ricin qui produit quelques selles.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 août, les douleurs se déclarent. A 6 heures du matin, le col est ouvert comme une pièce de 2 francs; les eaux sont entières, les contractions régulières et bien développées. On procède immédiatement à l'opération, dans le quartier le plus salubre de l'hospice, après avoir mis la femme sous l'influence du chloroforme. Sous l'ouverture des parois abdominales, le bord droit de l'utérus, couvert de gros vaisseaux sanguins, se présente à l'incision. On est obligé de refouler l'organe pour amener sa paroi antérieure en avant. La plaie abdominale est prolongée en haut et à gauche de l'ombilic. La matrice ayant été ouverte, la poche des eaux percée, on extrait un fœtus vivant. Une hémorrhagie utérine se déclare; on fait l'extraction du placenta. Le sang continue de couler de l'intérieur de la matrice et des lèvres de l'incision. On touche celles-ci avec du sulfate de cuivre et l'on administre le seigle ergoté. On attend quelque temps pour faire la suture des parois abdominales, jusqu'à ce que l'hémorrhagie ait cessé. Après le pansement, on prescrit une potion vineuse avec de l'eau de cannelle orgée, pour combattre la grande faiblesse de l'opérée.

La journée du 2 août se passe assez bien : quelques tranchées utérines, poulx calmes, ventre indolore. — On passe la sonde dans le canal de l'urètre et dans le col utérin.

Le 3, la nuit a été bonne; la malade a reposé; le poulx reste calme, la peau moite, la langue fraîche, le visage bien composé, le ventre non douloureux; — cathétérismes, sonde passée dans le col utérin; soins de propreté, diète, boissons douces.

Le 4, état moins satisfaisant : le poulx s'accélère, le ventre se ballonne et devient sensible à la pression; écoulement lochial. — Prescription : lavement simple, 1/2 grain de calomel d'heure en heure, cathétérismes, soins de propreté, diète.

Le 5, légère amélioration : il y a eu deux selles la veille; repos de plusieurs heures pendant la nuit, poulx plus calme, langue nette, ventre ballonné, mais peu sensible, miction, écoulement lochial. — Prescription : frictions mercurielles sur les membres abdominaux, cataplasme à la camomille ordinaire sur le ventre, diète.

Dès le 6, les symptômes vont en s'aggravant. Il se fait un écoulement considérable de sérosité par la plaie de l'abdomen qui reste très-ballonné. Les traits s'altèrent, les forces diminuent, les syncopes surviennent, et la mort arrive le 8, à 3 heures du matin.

Autopsie. — Injection des vaisseaux du péritoine dans toute son étendue, sans épanchement; parois utérines saines, incisées dans le fond incliné en avant, et sur la face antérieure de l'organe. — Mensuration du bassin au détroit supérieur :

Diamètre transversal.	4 pouces 3 lignes.
— antéro-postérieur.	17 lignes.
— diagonal gauche.	11 lignes.

Toutes ces mesures sont prises en dehors du vagin; déduction faite de 2 lignes pour sa double paroi, il reste 15 lignes d'avant en arrière et 9 lignes diagonalement.

Quatrième observation, extraite de l'ouvrage de M. le docteur Metz.

La nommée Catherine K..., d'Aix-la-Chapelle, ne sut marcher qu'à l'âge de cinq ans, et jusqu'à huit ans elle fut atteinte de rachitisme : à la suite de cette affection, le système osseux subit de grandes déformations. A l'âge de 28 ans, elle devint grosse, et le 2 mai 1849 les douleurs commencèrent; sa taille était de 3 pieds 8 pouces; le promontoire était facile à atteindre avec le doigt, et porté vers le côté droit du bassin; la distance à la symphyse pubienne était de 2 pouces et demi. La femme étant placée sur les genoux et sur les coudes, on n'arrivait qu'avec peine au col de la matrice. Pendant que je consultai avec quelques collègues sur l'état de cette malheureuse, les eaux s'écoulèrent sous l'empire de fortes douleurs. Nous commençâmes l'éthérisation; mais il nous fut impossible d'obtenir une insensibilité complète, à cause de l'intensité toujours croissante des douleurs; cependant, la sensibilité paraissait considérablement amortie. Le ventre fut relevé et maintenu par les mains des aides dans une position convenable. Après l'ouverture des parois abdominales, l'examen nous fit reconnaître une place très-étendue à la partie supérieure de l'utérus, qui se distinguait du reste du parenchyme par une plus grande élévation et une plus grande souplesse. La pensée que là pouvait se trouver l'insertion du placenta se confirma, et en conséquence l'hémorrhagie fut abondante. Après l'extraction de l'enfant vivant, une grande partie du paquet intestinal fit hernie et ne put être réduit qu'avec beaucoup de peine.

Premier jour. Après plusieurs heures de l'usage du froid, la patiente, vers le soir, se trouva assez bien; la langue et la peau étaient humides; après plusieurs lavements d'eau froide, elle eut une garde-robe copieuse et liée, et des urines fréquentes. Après deux heures d'un sommeil réparateur, le sensorium était libre, le ventre peu douloureux. La sécrétion de la partie inférieure de la plaie était complètement arrêtée, ce qui doit être attribué en grande partie à ce que la proéminence du ventre s'était affaissée sur la plaie, et l'avait fermée presque complètement. Pour obvier à cet inconvénient, le ventre fut soulevé et maintenu par de fortes éponges placées des deux côtés de la plaie.

Le troisième jour, l'état de l'opérée n'était pas satisfaisant. La nuit avait été agitée par de violentes douleurs dans le bas-ventre, le ventre gonflé, tendu, très sensible surtout du côté droit, le pouls fréquent, serré, la respiration courte et précipitée avec dyspnée, de fréquentes éructations et des envies de vomir. Tout en continuant notre traitement, nous prescrivîmes une saignée générale, vingt sangsues et le calomel associé à l'opium.

Le septième jour, les points de suture furent en partie enlevés et les emplâ-

tres renouvelés. La soif avait beaucoup diminué, les garde-robes, la sécrétion du lait et celle des lochies étaient régulières. Les pilules de glace et les lavements furent suspendus, tandis qu'au contraire les enveloppes de glace furent continuées jusqu'au huitième jour; alors, elles commencèrent à devenir pénibles et furent remplacées par des compresses imbibées d'eau froide.

Le onzième jour, tous les symptômes de fièvre avaient disparu, et le froid n'était plus supportable; mais plusieurs jours après, des douleurs déchirantes ayant été ressenties dans le bas-ventre, nous fîmes usage de cataplasmes de farine de lin chauds.

Le 23 mai, le vingtième jour de l'opération, Catherine K... était complètement guérie et se promenait au jardin par un beau temps.

Plusieurs mois après cette époque, lorsque je l'examinai, la cicatrice de la plaie du ventre ne présentait plus qu'une ligne rouge très-mince et à peine de la largeur du dos d'un couteau.

Cinquième observation, recueillie par M. le docteur Messow, en 1849.
Extraite de l'ouvrage de M. le docteur Metz.

L'épouse N. K., âgée de trente ans, avait dès sa plus tendre enfance souffert de la maladie anglaise. Le même sort avait atteint sa sœur jumelle, à laquelle les docteurs Kesselkaut et Metz avaient, en 1843, à cause d'angustie pelvienne, opéré la perforation du crâne du fœtus et la céphalotryptie. Lorsquel, le 27 novembre, le docteur Messow fut appelé chez la nommée N. K., il la trouva en mal d'enfant, au terme normal de sa grossesse, le col de la matrice ouvert, les eaux fœtales écoulées, la tête de l'enfant élevée, volumineuse, ballottant sur le doigt. A côté de la tête se trouvait le cordon ombilical, dont les pulsations étaient faibles et lentes. Le diamètre antéro-postérieur ne présentait pas plus de deux pouces et demi. A l'ouverture de l'utérus, une artère donnant lieu à une hémorrhagie dut être comprimée par un aide jusqu'au moment du retrait de la matrice, et jusqu'à l'extraction du placenta, implanté sur la paroi antérieure.

Dès le commencement, l'emploi du froid fut suivi minutieusement, et l'état de la patiente se montra de prime abord dans les conditions les plus favorables, en ce que toutes les fonctions s'établirent d'une manière parfaitement naturelle. La prescription fut continuée jusqu'au cinquième jour; mais alors elle ne fut plus supportée. Des vomissements fréquents, qui s'étaient montrés du troisième au neuvième jour, furent d'abord attribués à plusieurs jours de constipation. Des purgatifs légers furent administrés. On commença à soupçonner la présence de vers intestinaux, et l'administration d'un vermifuge justifia cette opinion par la perte d'une grande quantité de vers. Les efforts des vomissements avaient amené la déchirure de trois points de suture qui furent aussitôt rétablis. Vers le quatorzième jour, tous les points de suture furent enlevés; la plaie était cicatrisée jusqu'à un pouce et demi du bord inférieur, espace par lequel les sécrétions qui se réunissaient furent nettoyées par de fréquentes injections d'une infusion d'espèces aromatiques. Quoique ces injections fussent renouvelées plusieurs fois par jour, elles ne purent cependant réussir à conjurer tous les accidents consécutifs

à l'opération. Par la stagnation continuelle d'un liquide purulent et fétide, le coin de la plaie prit une tendance à s'enflammer, il devint brûlant, et pendant deux semaines une masse considérable de fragments de tissus graisseux, gangrenés se détachèrent de la profondeur. En même temps que ce fâcheux état de la plaie abdominale, une *phlegmatia alba dolens* de toute la jambe gauche se déclara le quinzième jour; elle s'étendit depuis l'articulation de la cuisse jusqu'au pied. Plusieurs jours après se manifesta une pleurésie du côté droit, qui disparut vingt-quatre heures après son début, par une saignée locale, pour faire place à une *phlegmatia alba dolens* du côté droit de la poitrine, succédant à la même affection du membre supérieur.

Pour ce qui concerne le caractère génétique-anatomique de cette *phlegmatia alba dolens*, elle était sans contredit une résorption purulente avec inflammation secondaire du tissu cellulaire sous-cutané et intra-musculaire. Au commencement, les parties souffrantes furent relevées et frictionnées avec de l'onguent hydrargyrique, tandis qu'à l'intérieur, le calomel fut administré. Plus tard, quand on s'aperçut que la gangrène se manifestait dans des points séparés, les parties souffrantes furent peintes avec de la teinture d'iode, remède qui, en pareil cas, modifie et désinfecte, et nous donna ici le plus heureux résultat.

A l'usage interne, la liqueur chlorée fut administrée; l'écorce de quinquina ne fut pas prescrite, parce que les fonctions digestives étaient enrayées, et le quinquina ne pouvait qu'empirer cet état. Plus tard les extrémités furent entourées d'ouate, et la compression au moyen de bandes fut ajoutée comme moyen très-efficace de résolution.

Après la septième semaine, la cicatrice était parfaite.



DE L'EMBRYOTOMIE.

L'embryotomie est une opération par laquelle on divise le volume du fœtus pour en faciliter l'extraction à travers un bassin rétréci.

La partie du fœtus qui offre le plus de résistance est la tête, et de tous les diamètres de la tête les seuls vraiment irréductibles sont les diamètres de la base du crâne. Ces diamètres appartiennent à un cercle qui a pour centre le corps du sphénoïde; et qui est constitué, en avant, par le frontal et les maxillaires supérieurs; sur les côtés, par les temporaux; et en arrière, par l'occipital.

La division de ce cercle doit être le but de tout instrument d'embryotomie.

Ce principe admis, nous n'avons pas à nous occuper des instruments destinés à entamer la voûte supérieure du crâne, tels que les ciseaux de Smellie, de Levret, de Denman et de Naegèle, les perforateurs d'Assalini, de Hayn, de Bigeon, le terebellum de Dugès, aidés ou non des tire-tête de Levret et de Danavia. Tous ces instruments destinés à donner issue à la matière cérébrale peuvent diminuer les diamètres réductibles de la tête, mais ils seront sans action sur les diamètres du cercle que nous avons décrit.

Le crochet aigu de Levret est aussi dangereux que le crochet mousse de Mauriceaux est insuffisant.

Rueff, au seizième siècle, se servait pour écraser et arracher les os de la tête d'une pince composée de deux branches s'articulant par leur partie moyenne, et présentant à leur partie supérieure une cuiller non fenêtrée. L'instrument s'appliquait à la manière du forceps ordinaire.

M. Baudelocque neveu modifia l'instrument de Rueff, en plaçant à l'extrémité des manches une vis de rappel, mise en jeu par un levier, et destinée à rapprocher les cuillers par son action sur les manches. Cet instrument pouvait être appliqué dans un bassin rétréci à 5 centimètres, suivant son plus petit diamètre.

M. Cazeaux a modifié l'instrument de M. Baudelocque : 1° en lui don-

nant sur le bord une courbure analogue à celle du forceps de Levret; 2° en augmentant la courbure des cuillers; et 3° en faisant une entablure plus large au niveau de l'articulation.

Les trois céphalotribes que nous venons de citer agissent sur les diamètres irréductibles de la tête, en brisant les os d'une manière irrégulière, et en donnant naissance à des esquilles dont l'action sur les organes de la mère sera d'autant plus à redouter, que les efforts de traction seront plus considérables.

Ces instruments s'appliquent sur les côtés du bassin, ils ne diminuent les diamètres transversaux de la tête, par rapport au bassin, qu'en augmentant les diamètres antéro-postérieurs. Si la tête est engagée, ils détermineront dans le sens antéro-postérieur une pression capable de contondre les organes de la mère et même de disjoindre les articulations du bassin. Il est arrivé à M. Vanhuevel de produire un écartement de 15 millimètres dans l'articulation sacro-iliaque gauche. Si la tête est encore libre au-dessus du détroit supérieur, ils augmenteront la difficulté de l'engagement. C'est en vain que par un mouvement de rotation on chercherait à changer les rapports: non-seulement cette manœuvre est difficile, sinon impossible, et toujours dangereuse dans un bassin rétréci, mais encore elle serait sans résultat dans l'étroitesse absolue.

L'art obstétrical ne possédait donc aucun instrument parfait d'embryotomie, quand le chirurgien de la Maternité de Bruxelles vint étonner le monde savant par l'application de la scie à chaînette au forceps modifié.

C'est en 1842 que M. Vanhuevel publia son procédé, encore bien incomplet le jour de sa naissance; car si les instruments s'imaginent dans le cabinet, il n'y a que l'usage qui les perfectionne. Les premières modifications furent publiées à Paris, en 1843, dans les *Annales d'obstétrique*; et à Bruxelles, en 1844, dans les *Archives de la médecine belge*, rédigées par M. le docteur Debiefve. C'est en 1848 que l'inventeur adopta la disposition actuelle, qu'il n'a plus que légèrement modifiée depuis. Le docteur Hippolyte Jorez, en 1848, et le docteur Achille Feigneaux, en 1849, l'ont spécialement décrite dans leurs publications.

M. Vanhuevel adopte (fig. 3) la courbure du forceps d'Hatin; mais il modifie cet instrument en donnant plus de longueur aux manches, qu'il garnit de bois à leur surface externe, et aux cuillers, dont il réduit la largeur à quatre centimètres. L'articulation plus solide se fait par un entablement à mi-fer avec un clou mobile. Chaque cuiller est creusée d'une coulisse qui, partant de la partie inférieure de l'articulation, suit le bord supérieur du châssis et vient se terminer à un centimètre environ de l'extrémité supérieure. Cette coulisse communique, dans toute son étendue, avec l'extérieur par une rainure à bords parallèles, taillée aux dépens de la face interne du châssis: dans sa coupe transversale, elle représente une

croix. La partie supérieure de la croix correspond à la rainure, les branches transversales reçoivent une lame d'acier conductrice de la scie, la branche inférieure reçoit la scie à chaînette.

Les lames conductrices, courbées de manière à s'adapter aux coulisses, sont munies à leur extrémité supérieure d'un œillet correspondant à la rainure et destiné au passage de la scie. Ces lames sont crénelées tout le long de leur bord inférieur, et elles sont munies à leur extrémité inférieure d'une petite pointe servant à désigner leur face externe, et à les accrocher au moyen des pointes de la clef.

Le forceps étant articulé, on commence par introduire la scie dans les œillets des lames conductrices, puis les lames sont introduites dans leurs coulisses respectives, entraînant la scie avec elles. La scie va donc d'une cuiller à l'autre, à une distance du point d'articulation déterminée par l'enfoncement des lames dans leurs coulisses. Les dents de la scie sont dirigées vers les sommets des cuillers.

Un peu au-dessous du point d'articulation, chacun des manches est muni à son bord inférieur d'un petit anneau destiné à recevoir la clef. La clef est munie à son extrémité supérieure de cannelures destinées à agir sur les crénelures des lames conductrices. Au moyen d'un engrenage, elle est pliée à angle droit; elle suit la direction du manche du forceps et s'articule sur l'extrémité recourbée de la branche femelle. La clef est munie d'un manche de bois, et son extrémité inférieure se termine par une fourche dont la fente peut agir sur le clou mobile de l'articulation du forceps, et dont les pointes, légèrement courbées, peuvent agir sur les pointes des lames conductrices pour les retirer de leurs coulisses.

Lorsque le forceps-scie est articulé, que les lames conductrices sont introduites avec la chaîne dans leurs coulisses respectives, que la clef articulée au manche s'engrène avec les lames conductrices, et que les extrémités de la scie sont munies de poignées, on dit que l'instrument est armé.

S'agit-il, dans une présentation de la tête, de faire une application de l'instrument, la femme est placée comme pour une application de forceps ordinaire. Les branches de l'instrument sont chauffées et enduites d'un corps gras à leur surface externe. La branche mâle est introduite la première, la femelle la seconde; on articule. On essaye quelques tractions, tant pour s'assurer de la bonne position de l'instrument, que pour vérifier si la tête offre des dimensions trop supérieures à celles du bassin. C'est le moment de la céphalométrie.

On réunit les manches au moyen d'un cordon noué. On arme l'instrument. Un aide tient le manche du forceps de la main gauche, pendant que de la main droite il imprime un mouvement de rotation à la clef. L'opérateur saisit les deux extrémités de la scie, et il la met en mouvement. La scie n'est munie de dents qu'à sa partie moyenne: l'opérateur, pour évi-

ter de blesser la femme, n'agit avec la partie moyenne que quand il sent la scie en contact avec le fœtus. La rotation de la clef doit être réglée par la parole de l'opérateur : la scie marche-t-elle avec aisance, il dit : Avancez. Sent-il un obstacle, il dit : Arrêtez. Quelquefois, on fait un pas en arrière pour retrouver la régularité qu'on a perdue.

Ordinairement, la sortie de la pulpe cérébrale accompagne l'action de la scie.

On s'aperçoit que la section est terminée à ce que les cannelures de la clef ont agi sur toutes les crénelures des lames conductrices. Alors ces lames ont atteint les sommets des cuillers, et la scie avec elles.

On retire la scie, en détachant une poignée et en tirant l'autre extrémité; on désarticule la clef; on retire les lames conductrices, et on opère des tractions sur le forceps. Souvent on amène le segment détaché; quelquefois le fœtus entier; quelquefois l'instrument lâche prise; quelquefois encore la nature suffit à se débarrasser du produit mutilé de la conception.

Si les tractions éprouvent une grande résistance, on retire le forceps. La main droite, munie d'une forte tenette, guidée par la main gauche, introduite dans le vagin, on cherche à saisir les segments du fœtus. On opère des tractions lentes et modérées, on imprime un léger mouvement de torsion, on fait concourir les efforts de l'opération avec les efforts de la nature, et l'on arrive presque toujours à une délivrance facile sans intéresser les organes de la femme.

Cette tenette, dont M. Vanhuevel est l'inventeur, est composée de deux branches articulées de côté par un clou à large tête et par une entaillure. Les mors sont larges d'environ 28 millimètres, l'un est garni de dents et l'autre de trous correspondants. L'un des manches se termine par un crochet mousse, et l'autre par un anneau destiné aux doigts. Les deux manches peuvent être réunis par un crochet.

Si l'extraction des segments présentait de grandes difficultés, on pourrait tenter une deuxième section, en changeant la direction de l'instrument.

Si l'enfant se présentait par les pieds, naturellement, ou par suite de la version, le procédé opératoire serait le même, et l'extraction des segments serait beaucoup plus simple et plus facile. Enfin, quelle que soit la partie du fœtus qui se présente à l'ouverture du bassin, dès que le forceps est applicable, la scie pourra toujours en diviser le volume et en rendre l'extraction plus facile.

Le forceps-scie ne s'appliquera jamais avant la dilatation du col et l'assouplissement complet du segment inférieur de la matrice.

On évitera de tenter avant son application aucune autre manœuvre de délivrance : toutes les violences exercées avant ou pendant l'opération sont autant de chances d'insuccès.

Après l'opération, la femme est mise au lit et surveillée attentivement pendant quelques jours.

M. Vander Eecken a proposé un crochet mousse renfermant une scie à chaînette, fixée à un sommet mobile. Le crochet étant appliqué, on rejoint son extrémité au moyen d'un conducteur, dans l'intérieur duquel on fait passer le sommet mobile et la chaîne. Le crochet et le conducteur forment un tout continu, maintenu par un aide. Cet instrument a été proposé pour opérer la détroncation.

Dans un mémoire présenté en 1849 à l'Académie de médecine, M. Didot a proposé, sous le nom de *diatrypteur*, un instrument composé de deux leviers articulés, l'un droit, l'autre courbe, constituant une puissance à bascule destinée à disjoindre et à morceler les os du crâne. Dans l'intérieur de la branche droite glisse une tige métallique, dont l'extrémité porte un dard qui rentre et sort à volonté. L'instrument présente une longueur totale de quarante centimètres. « L'action du diatrypteur commence, dit l'auteur, où finit celle du forceps-scie. » Cependant son application exige l'introduction de la main.

M. Didot propose encore, pour désarticuler les os de la tête, un dé en acier à sommet crochu et à queue flexible, dont il coiffe son index.

Dans son mémoire, M. Didot établit un parallèle entre son instrument et celui de M. Vanhuelel. L'Assemblée nomma deux commissions : l'une, à Bruxelles, composée de MM. Seutin et Marinus; l'autre, à Liège, composée de MM. Didot et Simon, chargées de vérifier l'application des deux méthodes, afin de fixer, suivant les cas, l'opportunité de chacune d'elles. Après dix-huit mois d'expérimentations, les deux commissions ont fait leurs rapports. M. Marinus et M. Simon, rapporteurs, admettent que le diatrypteur est un perce-crâne perfectionné; mais ils ajoutent que les *perforateurs* ne conviennent que pour évacuer la pulpe cérébrale ou un liquide contenu dans une cavité.

Après avoir fait une application de forceps-scie, suivie du succès le plus complet, M. Marinus passe en revue toutes les applications de cet instrument faites antérieurement. Il constate 27 succès sur 56 opérations.

Encore fait-il observer que parmi les insuccès, trois sont dus à des déchirures de la matrice ou du vagin, constatées avant l'opération, un est occasionné par un épanchement au cerveau succédant à une éclampsie, et quatre enfin ont pour cause des gangrènes de la matrice, résultant d'un long et pénible travail.

M. Simon rapporte six observations de forceps-scie, suivies de cinq succès. L'insuccès s'explique par les lésions graves dont la malade était déjà atteinte à son entrée à la Maternité. Puis il termine en ces termes :

« Pratiquant les accouchements depuis plus de trente ans dans une ville de quatre-vingt mille âmes; placé depuis environ le même nombre

d'années à la tête de l'hospice de la Maternité de la même ville, j'ai souvent été appelé à terminer des accouchements que la mauvaise conformation du bassin de la femme rendait contre nature. J'ai eu à lutter contre toutes les difficultés, contre tous les obstacles que cette cause de dystocie peut créer : pour les surmonter, pour les vaincre, j'ai mis en usage à peu près tous les moyens que l'art possède. J'ai cherché à les apprécier à leur juste valeur, je les ai comparés entre eux, je les ai jugés d'après les résultats que j'ai obtenus. Eh bien ! fort de l'expérience que j'ai acquise, sincère et de bonne foi dans mes appréciations, ne considérant dans la question que son côté scientifique, et parlant par conviction, je place le forceps-scie du docteur Vanhuevel au-dessus de tous les instruments qui ont été inventés jusqu'à présent pour diminuer le volume de la tête du fœtus. Aucun d'eux ne peut lui être comparé pour la facilité de l'opération et l'innocuité de son action, pour le peu de douleur qu'il occasionne à la femme, et surtout pour le beau et grand résultat qu'il produit. Il n'en sera pas du forceps-scie comme de tant de prétendues découvertes que la même époque voit naître et mourir. Conçu d'après une idée neuve, qui appartient tout entière à notre savant compatriote, il n'est ni la pâle copie, ni la mauvaise contrefaçon d'aucun instrument connu. Je lui prédis un avenir brillant. Bientôt, j'en ai la certitude, les praticiens de tous les pays s'empresseront d'en propager l'usage. Invention vraie, bonne, utile, cet instrument restera dans la pratique, et ne sera jamais abandonné par ceux qui, après l'avoir étudié, l'auront une fois appliqué. Si la première place dans l'arsenal de l'accoucheur appartient au forceps ordinaire, la seconde doit de toute justice appartenir au forceps-scie de M. Vanhuevel.

« Je termine en disant hautement, sans crainte d'être accusé de partialité ou de flatterie : Honneur et gloire à notre compatriote, au docteur Vanhuevel, qui a doté l'art obstétrical d'un chef-d'œuvre, auquel son nom doit rester éternellement et invariablement attaché. »

En 1831, M. Didot proposa à l'Académie une modification du forceps-scie : il veut faire disparaître l'idée de forceps pour ne plus avoir qu'un céphalotome. Dans son instrument, les cuillers du forceps sont remplacées par des tiges uniques, dans l'intérieur desquelles se trouvent les gaines cruciales. Ces tiges présentent une largeur de 16 millimètres, et peuvent être appliquées sans difficulté dans des rétrécissements où ne peut pénétrer le forceps-scie, dont les cuillers sont plus de deux fois plus larges.

Tels sont les motifs qui ont déterminé M. Vanhuevel à donner aux cuillers du forceps-scie une largeur de 4 centimètres : En dessous de cette mesure, l'extraction des segments du fœtus devient une opération difficile et dangereuse pour la femme. Plus les cuillers seront larges, plus les parties de la femme seront à l'abri de l'action de la scie. Enfin,

M. Vanhuelel veut conserver l'idée et la forme du forceps, car cette forme peut être d'une grande utilité dans l'extraction des segments.

M. Camille Bernard, d'Apt, auteur du forceps assemblé, a proposé d'appliquer une scie à chaînette à son forceps modifié. Ce chirurgien superpose les cuillers de son instrument et les introduit à la fois. C'est seulement après leur introduction, qu'il les écarte et qu'il articule les deux branches. S'agit-il d'appliquer la scie, les deux cuillers superposées sont introduites avec la scie passant par leurs extrémités supérieures. En écartant les deux branches du forceps, la scie s'applique sur le fœtus : la section se fait de haut en bas.

L'expérience n'a pas encore décidé de la valeur de cet instrument.

Le forceps-scie est pour nous l'instrument le plus parfait d'embryotomie. Son rôle commence où l'application du forceps ordinaire exige des tractions capables de contondre les parties de la femme, en compromettant la vie de l'enfant, et il finit au dernier degré de la possibilité de son introduction. Nous avons assisté à plus de vingt opérations de forceps-scie, nous avons nous-même appliqué cet instrument dans trois circonstances différentes, et nous ne lui connaissons que des succès. C'est surtout dans les hôpitaux, là où l'opération césarienne ne réussit jamais, que le forceps-scie peut être appelé l'instrument de délivrance par excellence. Son application est incontestablement indiquée toutes les fois que la mort du fœtus est constatée. Elle est encore indiquée dans les hôpitaux, le fœtus fût-il vivant, lorsque le retard apporté dans son application pourrait être préjudiciable à la conservation de la mère.

Enfin, dans quelque lieu que l'on opère, les chances de l'opération césarienne étant connues, ne vaut-il pas mieux appliquer le forceps-scie sur un enfant vivant, et sauver la mère à coup sûr, que de faire courir à celle-ci les chances de la gastro-hystérotomie ?

Les chiffres que nous avons posés dans le chapitre précédent répondent affirmativement à cette question.

Qu'on le croie bien, ce n'est pas sans y avoir mûrement réfléchi que nous avons porté l'instrument tranchant sur la tête du fœtus vivant.

L'opération césarienne ne nous a donné que des résultats inattendus : des succès au milieu des circonstances les plus défavorables, des revers quand tout semblait promettre des succès, enfin une statistique décourageante. L'embryotomie est une opération régulière lorsqu'elle est pratiquée dans des limites convenables et en temps opportun : si elle exige un sacrifice immense, elle donne un succès certain. Si tous nos désirs plaident pour la première, notre raison nous attache à la seconde.

Du reste, nous n'agirons jamais seul dans de telles alternatives ; nous éclairerons la malheureuse mère sur les chances que lui donne chacune des deux opérations, nous en instruirons son mari et les personnes

qui l'entourent. Nous demanderons leur opinion à des confrères expérimentés, et nous n'agirons qu'après une délibération consciencieuse, et avec le consentement de la femme.

Les praticiens anglais pensent presque unanimement que toutes les fois que l'embryotomie peut rendre l'accouchement possible, le fœtus doit être sacrifié.

« Notre vote, dit M. Cazeaux, sera contre l'opération césarienne dans tous les cas où elle n'est pas indispensable au salut de la mère. »

« De ces deux ressources de l'art, dit M. Vanhuevel, la première (l'embryotomie) est devenue une opération innocente pour la mère, *quand on la pratique en temps opportun et dans des limites convenables* ; la seconde, au contraire, est excessivement grave, incertaine, et, quelles que soient les précautions dont on l'entoure, presque toujours mortelle dans les hôpitaux. Si je n'envisage ici la question qu'au point de vue de la femme, c'est que sa conservation est plus importante que celle du fœtus, et que la possibilité de les sauver l'une et l'autre au moyen de l'hystérotomie est une éventualité trop chanceuse pour oser y compter. D'ailleurs, la vie de celui-ci est subordonnée à la volonté de celle-là, puisqu'il faut le consentement de la mère pour pouvoir l'opérer ; or, en s'y refusant, elle occasionne la mort du fœtus au bout de quelques heures, sans qu'aucune loi puisse la contraindre à se sacrifier pour lui...

« Comment donc qualifier la pitié des médecins qui n'osent porter un instrument meurtrier sur un fœtus condamné à mourir ? Je ne saurais non plus approuver la conduite de ceux qui cherchent à obtenir, ou plutôt à arracher par de fausses promesses, le consentement à une opération dont la femme ignore les conséquences. Si son bassin est tellement vicié qu'il ne reste que la section du ventre pour la délivrer, rien de mieux que de lui cacher les dangers de cette unique ressource ; mais quand il y a encore un autre moyen de délivrance moins chanceux pour elle, il est du devoir de l'homme de l'art consciencieux de dire ce qu'on doit craindre ou espérer de l'un et de l'autre procédé opératoire. Alors la femme et sa famille pourront, en connaissance de cause, se résoudre à tel sacrifice qui leur conviendra.

« Ni la loi civile ni la loi religieuse n'obligent la femme à se faire éviscérer pour sauver son fruit. L'Église catholique lui prescrit bien de donner la vie spirituelle à l'enfant qui ne sait pas naître ; mais le baptême peut être administré sans avoir recours à cette sanglante opération. Aussi la mère, et l'accoucheur qui tue un être pour en sauver un autre, ne sont pas répréhensibles devant la loi. Bien plus, en n'intervenant pas à temps, l'homme de l'art laisse périr le fœtus, expose les jours de la femme, et risque, au lieu d'une tombe, d'en ouvrir deux. »

« Que dire, dit M. Simon, du précepte posé par certains accoucheurs,

qui, étant d'avis, pour épargner la mère, de sacrifier l'enfant, veulent cependant attendre que celui-ci soit mort avant de le morceler ?

« C'est un conseil funeste qui peut donner lieu aux plus graves accidents pour la mère. Et d'abord, quelle différence y a-t-il à attendre avec patience la mort du fœtus, ou à le faire périr avec l'instrument ? Dans le premier cas, c'est tuer l'enfant par omission, indirectement ; dans le second, c'est le tuer d'une manière directe ; or, le résultat sera toujours le même. Mais par une semblable conduite, à quels dangers n'expose-t-on pas la mère ? L'utérus se contractant avec force, et ayant à lutter contre des obstacles insurmontables, peut produire le décollement partiel ou total du placenta, et par là donner lieu à des hémorrhagies plus ou moins graves. Cet organe peut se rompre, et l'enfant passer en partie ou en totalité dans la cavité abdominale. Des accidents nerveux, des attaques d'éclampsie peuvent être le résultat de cette coupable inaction. Après l'accouchement, la métrite, la péritonite, la phlébite peuvent survenir. »

L'usage du forceps-scie se généralise tous les jours ; c'est la meilleure preuve de son mérite. On verra par les observations qui suivent, qu'il suffit d'être habitué aux opérations chirurgicales pour faire manœuvrer cet instrument, et qu'il a donné des résultats heureux à tous ceux qui l'ont employé.

OBSERVATIONS.

Première observation, extraite des *Considérations sur l'embryotomie et l'opération césarienne*, par M. VANHUEVEL.

Ce n'est qu'en adoptant une marche franche et décidée qu'on peut espérer obtenir des succès. Je dois avouer cependant y avoir manqué quelquefois ; mais les revers m'ont bientôt appris qu'on a tout à perdre en ne sachant point à temps prendre un parti convenable. L'observation suivante en est une nouvelle preuve.

Le 5 décembre dernier, je fus appelé dans la soirée par deux confrères rue du Cabas chez la femme Frosti, âgée de 26 ans, primipare, à terme et en travail depuis cinq jours. Quoique d'une constitution assez robuste, elle porte les traces du rachitisme dont elle a été affectée dans son enfance. Les tibias et les fémurs sont arqués en avant ; la région lombaire est fortement ensellée. En pratiquant le toucher, on arrive facilement à la saillie sacro-vertébrale ; il y a gonflement des organes génitaux externes, de la paroi antérieure du vagin, du canal de l'urètre et du col de la vessie. L'orifice utérin est ouvert d'un peu plus d'une pièce de cinq francs ; les bords en sont durs et épais, les eaux écoulées depuis quatre jours.

C'est le sommet qui se présente, fixe et immobile, sur l'ouverture du bassin : le cuir chevelu, gonflé, ne permet pas d'en distinguer la position. La matrice est étroitement contractée sur le corps du fœtus qui, depuis l'avant-veille, ne donne plus signe de vie. La femme est fatiguée, le pouls accéléré sans offrir de plénitude ; la peau est chaude et sèche.

Mesuré par le petit pelvimètre géométrique, le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal n'a que 18 lignes d'étendue ; les autres diamètres ne semblent pas viciés.

L'engagement cette malheureuse à entrer à la Maternité, où elle est reçue le même soir. On la met immédiatement au bain tiède, et on lui fait des injections continues dans le vagin pendant plus d'une heure. Le col, après le bain, paraît un peu moins dur ; l'espace sacro-pubien est de nouveau mesuré et donne la même étendue, 18 lignes.

Comme la mort de l'enfant est évidente, et l'état de la matrice peu favorable pour l'opération césarienne après cinq jours d'un laborieux travail, nous sommes également éloignés, mes confrères et moi, de l'idée d'y recourir. Je propose l'application du forceps-scie, pour diminuer la pression de la tête sur les organes du bassin et favoriser la dilatation ultérieure du col. Cet avis ayant été adopté, les deux cuillers de l'instrument sont introduites *sans aucune difficulté* ; l'articulation se fait de même, et la section est achevée en 5 minutes ; mais le cerveau ne s'écoule pas. Je retire la chaînette, les lames conductrices de la scie, puis l'une et l'autre branche du forceps, sans que la femme se soit plainte d'aucune douleur pendant toute l'opération.

Les contractions utérines sont assez fréquentes durant la nuit. Le matin, 6 décembre, le col est entièrement dilaté, mais la tête conserve son immobilité au-dessus du détroit. La matrice est resserrée sur le fœtus. On essaye de faire l'extraction des segments : quelques fragments de la voûte sont seulement entraînés par la pince. La femme est remise au bain et saignée. A 5 heures de l'après-midi, les tenettes et le crochet mousse sont employés de nouveau sans résultat. On tente alors d'aller à la recherche des pieds pour faire la version. Malgré les attitudes favorables données à la patiente, *la main étroite et délicate* de la maîtresse sage-femme, aidée même de mes pressions sur son coude, ne peut pénétrer assez avant pour arriver aux extrémités inférieures : elle est arrêtée par la saillie sacro-vertébrale, et serrée derrière la tête comme dans un étau. Après de longues tentatives et des peines infinies, elle parvient enfin à l'épaule, puis au bras gauche qu'elle amène, ne pouvant pas aller au delà. On tire sur ce membre dans l'espoir d'éloigner la tête et d'approcher le tronc de l'entrée du bassin ; les chairs s'allongent considérablement, et finissent par se rompre au niveau de la fracture qu'il y avait à l'humérus, sans que l'épaule se soit engagée dans le détroit ; la tête seulement s'en est écartée un peu. Toutes les manœuvres, durant depuis plus d'une heure, sont suspendues de l'avis des médecins présents. La femme est remise au bain pour prévenir autant que possible les fâcheux effets de nos tentatives.

Dans la nuit suivante, les contractions utérines continuent, sans apporter aucun changement à la position.

Le 7 au matin, l'état général est assez satisfaisant, malgré tous les précédents défavorables; il n'y a que très-peu d'accélération du pouls, de sensibilité au ventre, mais la matrice reste contractée. — On répète le bain tiède et les injections plusieurs fois dans la journée, l'écoulement vaginal étant devenu fétide. Vers le soir, la fièvre se déclare; la face est pâle, la langue légèrement sèche, le pouls accéléré, petit, la peau un peu chaude. On craint l'invasion de la fièvre de résorption. — Bain tiède, injections, sulfate de quinine.

Pendant la nuit, frisson général suivi de délire : — 12 sangsues derrière les oreilles, sinapismes aux pieds.

Le 8 au matin, le calme de l'esprit est revenu, mais les signes d'une altération profonde dans l'économie sont manifestes. La matrice est moins dure que la veille. Dans une consultation où assistaient MM. Fallot, Seutin, Thiry et d'autres médecins, il fut arrêté qu'on ferait un dernier effort pour délivrer la femme par le pelotonnement. En conséquence, on la met d'abord sous l'influence du chloroforme; puis la maîtresse sage-femme parvient à glisser lentement la main et le bras gauches dans la matrice, arrive à un pied sans pouvoir atteindre l'autre, et l'amène seul jusqu'au détroit supérieur. Là, il est saisi par la tenette, et attiré avec peine jusqu'à la vulve. On y attache un lacs, au moyen duquel on exerce de fortes tractions sur ce membre, mais sans obtenir aucun résultat. On introduit de nouveau une main dans les organes, pour aller à la recherche de l'autre membre abdominal. Témoin de ces longues et inutiles manœuvres, M. Seutin demande à essayer à son tour : il fait de grands efforts pour pénétrer dans le détroit supérieur, accusant une pénible sensation d'écrasement au dos de la main pressée contre la saillie sacro-vertébrale. Il parvient enfin à accrocher l'aine de l'enfant et à l'abaisser; le corps et la tête sortent ensuite sans difficulté, grâce au forceps-scie, qui avait coupé la voûte et une partie de la base du crâne. La putréfaction était déjà avancée. Le segment détaché est retiré avec le placenta.

Après une injection d'eau tiède dans la matrice, on remet la femme au lit, et on continue l'usage de la quinine. Le soir, retour du délire, de la fièvre, suivis d'affaissement et de mort vers le matin.

Autopsie 24 heures après le décès. Épanchement séroso-purulent dans la cavité abdominale; commencement de production de fausses membranes; utérus développé, très-peu rouge à l'extérieur, de couleur noirâtre à l'intérieur, à la profondeur d'une ligne au moins; tumeur fibreuse, comme une grosse noix, dans la paroi antérieure au-dessus du col; déchirure en travers du vagin, de 9 à 10 lignes, vis-à-vis la saillie sacro-vertébrale.

Mensuration du bassin sur le cadavre.

Diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal :

Par le compas d'épaisseur, après déduction. 5^p — 6^l.

Par le doigt indicateur. 2^p — 9^l.

Par le compas, après l'ouverture du ventre. 1^p — 8^l.

Le pelvimètre géométrique, pendant le travail, n'avait rapporté que 1 pouce 6

lignes ; mais on doit tenir compte du gonflement extraordinaire de la paroi antérieure du vagin et du col de la vessie, qui avait disparu en grande partie après la délivrance et la mort.

Cette observation est curieuse à plus d'un titre. Remarquons d'abord la mensuration exacte avec le pelvimètre géométrique, constatée par la mesure prise sur le cadavre ; 2° la facilité d'application du forceps-scie, bien que le bassin n'eût pas 20 lignes d'ouverture ; 3° la dilatation complète du col après la section du crâne ; 4° la persistance du resserrement du corps de la matrice, malgré l'emploi non interrompu de moyens relâchants ; 5° l'impossibilité de vaincre sa résistance et d'y faire pénétrer une main délicate de femme pour opérer la version ; 6° l'immense difficulté de pelotonner le fœtus, bien que la gangrène eût déjà relâché les parois utérines ; 7° la lésion du vagin que ces efforts ont occasionnée, et enfin l'extrême facilité pour la sortie de la tête sciée, malgré l'étroitesse considérable du bassin.

Deuxième observation, M. VANHUEVEL (même ouvrage).

Elisabeth B...., 25 ans, rachitique, primipare, à terme et en travail depuis la veille, entre à la Maternité le 11 novembre 1848. Elle n'est haute que de 3 pieds 9 1/2 pouces ; ses extrémités inférieures sont fortement courbées, les reins très-déprimés et la colonne lombaire déviée à droite.

Par le petit pelvimètre géométrique, la diamètre sacro-pubien abdominal ne donne que 2 pouces 1 ligne. Le travail est peu avancé, les douleurs faibles. En attendant leur accroissement, la femme est mise au bain tiède. Le lendemain 12, même moyen, et injections vaginales pour favoriser l'ouverture du col. Quand les eaux sont écoulées, on sent le sommet de la tête en position transversale, l'occiput répondant à la fosse iliaque droite. L'enfant est vivant.

La mère ne voulant pas se soumettre à l'opération césarienne, on a recours au forceps-scie, après l'ondoiement du fœtus. Le col est souple et presque entièrement dilaté. L'introduction de l'instrument se fait avec facilité, la section de la tête s'opère en 5 minutes, sans aucune souffrance pour la femme. La masse cérébrale s'écoule presque en totalité. Le segment postérieur et le forceps sont extraits ensemble ; l'antérieur l'est, par le petit crochet mousse, avec un peu plus de lenteur et de peine ; enfin, le corps du fœtus paraît au dehors ; il est de volume ordinaire. Toute l'opération a duré 15 minutes.

Après la délivrance, on porte la femme au lit. Le soir, le poulx est légèrement accéléré, la matrice dure. Une potion laudanisée et un cataplasme sur le ventre calment ce trouble passager.

Le 15, état très-satisfaisant. Le 14, dans la soirée, poulx accéléré, peau chaude, lochies odorantes, ventre un peu ballonné. Prescriptions : injections, cataplasmes sur le ventre, diète, et, pour le lendemain matin, bain général, suivi de l'usage de 4 grain de calomel toutes les heures.

Le 15, amélioration ; cependant le poulx conserve de l'agitation, les lochies quelque odeur, les selles un peu de fétidité ; mais la diète, les injections, les cata-

plasmes enlèvent bientôt tous ces inconvénients. Le 6^e jour après les couches, la convalescence est complète, et la femme sort de la Maternité le 12^e jour, entièrement rétablie.

Troisième observation.

Ce cas s'est présenté en ville, dans la clientèle de M. le professeur ROSIGNOL, qui en a recueilli et rédigé l'observation.

Madame S....., éprouvant les premières douleurs de l'accouchement, me fait appeler dans la matinée du 24 février 1850. Cette dame est âgée de 22 ans, de très-petite taille, primipare et à terme. Les douleurs qu'elle ressent, depuis quelques heures, sont faibles, ne revenant qu'à de longs intervalles. Le col de la matrice n'est pas complètement effacé; son orifice est à peine entr'ouvert. Dans cette exploration, le doigt est arrêté en arrière par la saillie sacro-vertébrale, et ne mesure de ce point à l'arcade du pubis que deux pouces et demi. La moitié gauche du bassin est un peu rétrécie. On observe à l'extérieur : ensellure assez forte, inflexion à droite de la colonne vertébrale, incurvation en dehors des fémurs et légère claudication. Du reste, Madame S..... jouit d'une bonne santé.

L'impossibilité de l'accouchement naturel reconnue, je priai les parents de cette dame de m'adjoindre notre collègue, M. Vanhuevel.

25 février. — Depuis la veille, les douleurs ont continué, mais toujours faibles et à de longs intervalles qui ont permis plusieurs heures de sommeil pendant la nuit. Le col de la matrice est entr'ouvert comme une pièce d'un franc. On reconnaît une présentation du sommet de la tête.

Nous mesurons avec M. Vanhuevel, et à l'aide du petit pelvimètre de cet auteur, qui a été nommé *pelvimètre géométrique*, bien à tort sans doute dans le sens étymologique du mot, mais admissible cependant si l'on considère que cette dénomination n'a d'autre but que d'exprimer la précision de l'instrument, et nous trouvons pour le diamètre rétréci ou sacro-pubien 2 *pouces 3 lignes*.

Il n'y avait donc plus de doute possible, et nous devions opter pour l'opération césarienne ou l'embryotomie. Le choix de la mère et des parents ne fut pas douteux, bien que l'enfant vécût, et l'embryotomie fut décidée. Dès lors, il ne s'agissait plus que d'attendre le moment opportun de l'opération, c'est-à-dire la dilatation suffisante du col de la matrice.

Le 26 et le 27, les douleurs augmentent peu à peu d'intensité et de fréquence; la poche des eaux fait saillie et se rompt dans la nuit. L'orifice utérin continue à se dilater, et son ouverture équivaut à une pièce de 5 francs; néanmoins ses bords offrent encore de la rigidité.

La malade, incessamment tourmentée par les douleurs, ne soupire qu'après l'opération qui doit la délivrer. Le pouls est plein et fort, la face injectée, la tête pesante. Bain général; injections émollientes, répétées plusieurs fois par jour; saignée de 8 onces.

Le 28 seulement, dans l'après-midi, le col paraît assez souple et dilaté pour permettre l'application du forceps-scie. Les mouvements de l'enfant ont complètement cessé depuis la veille. Le sommet de la tête, fortement déprimé, tend à

s'engager dans le détroit supérieur. M. Seutin s'adjoint à nous pour l'opération, qui n'est faite que dans la soirée.

L'introduction des branches du forceps et leur articulation, la section de la tête et l'extraction de l'enfant n'offrent aucune difficulté. En moins de 20 minutes, ces trois temps de l'opération sont terminés, sans avoir occasionné la moindre douleur à la patiente. En retirant le forceps, on amène le segment postérieur, complètement détaché; quant à l'anérieur, il est entraîné, ainsi que le corps auquel il tient, par une forte pince à dents de loup. La section avait eu lieu en suivant une ligne qui, partant de la partie moyenne de l'occiput, aboutit à la peau, à l'union de la lèvre supérieure avec l'aile du nez, passant à droite à un travers de doigt, à gauche à deux travers de doigt au-dessus du conduit auditif externe. Le fragment détaché emporte la voûte du crâne et une grande partie de la face. La tête dépassait un peu le volume ordinaire.

Le placenta étant adhérent contre nature, et l'écoulement sanguin presque nul, on abandonne la délivrance aux contractions utérines, sollicitées par le seigle ergoté.

Avant de porter l'opérée dans son lit, on lui fait une injection dans le vagin avec de l'eau tiède.

La nuit est très-calme; l'extraît d'ergot n'a produit que de faibles douleurs utérines, qui ont interrompu le sommeil.

Le lendemain matin 29, état général très-satisfaisant; la sérosité sanguinolente qui s'écoule des parties a un peu d'odeur; le décollement du placenta ne s'est point fait. On introduit une main dans la matrice pour le détacher, et on l'amène en entier. — Injections dans le vagin, diète, boissons émollientes.

Dans la journée, expulsion de quelques caillots sanguins; néanmoins, la matrice reste un peu volumineuse.

Sous l'influence des cataplasmes, des injections et d'un régime convenable, l'utérus revient peu à peu sur lui-même. On n'observe ensuite aucun phénomène différant de ceux d'un accouchement naturel, sauf de petits accès de fièvre intermittente, qui cèdent promptement à l'emploi du sulfate de quinine.

Le 6 mars, M^{me} S..... est tellement bien, qu'on lui permet de rester sur son canapé plusieurs heures par jour. A partir de ce moment, elle ne tarde pas à reprendre son genre de vie habituel.

Quatrième observation, extraite du rapport de M. le docteur MARINUS, à l'Académie royale de Médecine.

Jeanne D..., trente-deux ans, à terme de sa seconde grossesse, délivrée la première fois par le forceps ordinaire, entrée à la Maternité le 5 avril 1854. Les eaux de l'amnios sont écoulées depuis la veille; le col utérin est dilaté, le fœtus est vivant, en position de l'épaule gauche derrière la cavité cotyloïde gauche, avec issue du bras et du cordon ombilical. On pratique la version podalique avec la main gauche, du côté droit de la mère. Après la sortie de la partie inférieure du tronc, on éprouve beaucoup de résistance pour dégager les épaules; on ne parvient qu'à abaisser un seul bras. La tête, à son tour, offre un obstacle in-

surmontable à l'action des doigts et du forceps ordinaire. Le fœtus ayant cessé de vivre, on se décide à terminer l'accouchement à l'aide du forceps-scie. L'introduction de cet instrument, et la section du crâne de la base au sommet, se font avec une merveilleuse facilité. L'extraction de l'enfant, dès lors, a lieu sans difficulté.

La délivrance terminée, on pratique une injection vaginale, la femme est placée séparément, et on prescrit une potion calmante.

Le 6, la nuit a été assez calme; émission des urines; cependant, le matin, on trouve le pouls accéléré, la peau chaude, la respiration gênée; il y a de la toux, un point de côté, le ventre est douloureux. — Saignée de dix onces; tartre émétique, trois grains dans une boisson diacodée, boissons tièdes, cataplasmes sur le ventre, diète.

Le 7, pouls accéléré et dur, peau chaude, gêne de la respiration, toux, matité du côté droit de la poitrine, langue saburrale, ventre sensible, lochies odorantes. Le sang tiré la veille offre une couenne inflammatoire. — Saignée du bras, tartre émétique, cataplasmes, injections, diète.

Le soir, persistance des symptômes inflammatoires. — Répétition de la saignée, continuation des autres moyens.

Le 8, respiration plus libre, toux moins fréquente, pouls ralenti, peau humide, langue chargée, ventre ballonné, peu sensible, lochies odorantes. — Tartre émétique, frictions mercurielles, cataplasmes, injections, diète.

Le 9, amendement de tous les symptômes. — Continuation des frictions mercurielles, des injections, des cataplasmes et de la diète.

Le 10, pouls accéléré, peau chaude, langue sèche, ventre ballonné, lochies peu abondantes, non fétides. Les phénomènes qui avaient apparu du côté de la poitrine n'ont plus rien d'inquiétant. — Frictions mercurielles, injections, cataplasmes, diète.

Le 11, pouls calme, peau humide, langue blanche, ventre ballonné, indolore. — Même traitement que la veille, et bouillons légers.

Du 12 au 14, l'amélioration va en augmentant.

Le 15, il se manifeste un commencement de salivation : on supprime les frictions mercurielles.

Le flux salivaire fut très-abondant, la convalescence fut assez longue, et la femme qui fait le sujet de cette observation quitta l'hospice entièrement guérie, le 21 mai suivant.

Cinquième observation, extraite du rapport de M. MARINUS, à l'Académie royale de Médecine.

Pauline V..., épouse W..., 22 ans, rachitique, primipare, entre à la Maternité le 27 septembre 1851, à sept heures du soir. Le travail a commencé le matin : la poche des eaux est rompue, le cordon ombilical prolapsé, le col utérin ouvert à peu près de la grandeur d'une pièce de cinq francs, mais encore résistant et dur. C'est le sommet de la tête qui se présente; il est très-élevé au-dessus du pubis. L'index atteint l'angle sacro-vertébral, tourné du côté droit. En ville,

on a, deux fois déjà, essayé d'appliquer le forceps sans qu'on y soit parvenu. A l'extérieur, la moitié gauche du bassin paraît beaucoup plus développée que la moitié droite; les extrémités inférieures sont courbées en sens divers. Par le petit pelvimètre géométrique, le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal présente deux pouces deux lignes; les autres diamètres n'ont point été mesurés, à cause de l'excessive sensibilité de la femme.

Immédiatement après son entrée à l'hospice, la femme fut mise dans un bain, et on fit des injections vaginales.

A neuf heures du soir, le col est encore dur, le vagin chaud, le ventre sensible à la pression, le poulx plein et accéléré. — Saignée de douze onces, qui se couvre d'une couenne inflammatoire.

Le 28, à huit heures du matin, les douleurs ont été assez fortes et fréquentes pendant la nuit; le poulx est accéléré, le ventre sensible, le col moins dur, mais guère plus dilaté que la veille; les fluides brunâtres qui s'écoulent des parties commencent à exhaler de l'odeur. Plusieurs médecins sont présents. Dans le but de favoriser la dilatation du col, on convient de recourir immédiatement à l'application du forceps-scie. M. Vanhuevel désirant que je fisse moi-même cette application, pour m'assurer davantage de la facilité de l'opération, je procédai à l'introduction du forceps-scie; puis je fis agir la scie à chaînette pendant que M. Vanhuevel tenait *seul* l'instrument et faisait marcher la clef de nouveau modèle. Nous remarquâmes l'extrême facilité avec laquelle les lames dentées étaient poussées dans leurs coulisses. La section crânienne achevée, le forceps fut détaché, et le segment postérieur, comprenant tout le sommet du crâne, l'occiput et les chairs de la partie postérieure du cou, fut extrait, non sans peine. Le fœtus était en position directe, la face tournée en avant.

Quant au segment antérieur, placé au-dessus du pubis, on ne put l'abaisser ni par la tenette, ni par le crochet mousse, à cause de son élévation et du resserrement du col utérin. On décida alors d'attendre une dilatation plus complète.

La femme fut de nouveau mise au bain, et pendant ce temps on répéta les injections. Vers midi, il survint un violent frisson. A une heure, une nouvelle réunion de médecins eut lieu, et chacun fut frappé de l'odeur de putréfaction répandue dans la chambre de travail. Le poulx est petit, accéléré, la face grippée, le ventre sensible; le segment de la tête du fœtus est descendu un peu plus bas, sans qu'il y ait pour cela dilatation complète du col. Pour empêcher le progrès de la fièvre de résorption, on crut devoir terminer l'accouchement à tout prix. Le forceps-scie fut réappliqué comme forceps ordinaire; des tractions fortes et prolongées opérèrent peu à peu la dilatation et finirent par amener la tête dans l'excavation du bassin. A la suite de longs efforts, on parvint enfin à dégager la figure de dessous le pubis. Un lac fut attaché autour du tronçon de la tête; une personne d'abord, puis deux, réunirent leurs forces pour faire descendre les épaules; ce ne fut qu'après être parvenu à glisser un crochet mousse sous une aisselle, qu'il fut possible, en tirant à la fois sur la tête et sur l'épaule, de vaincre la résistance de la matrice. Finalement, le fœtus fut extrait. Il était assez gros et putréfié; l'épiderme s'en détachait par lambeaux.

Bientôt une légère hémorrhagie se déclara. On essaya d'extraire le placenta;

mais le col, qui s'était refermé en partie, s'y opposa. Après plusieurs tentatives, on finit cependant par attirer l'arrière-faix. Des injections d'eau tiède furent pratiquées dans le vagin et l'orifice utérin; la femme fut placée à part, et soumise immédiatement à l'usage du sulfate de quinine et d'une potion contenant quelques gouttes d'acide hydrochlorique.

Le 29 au matin, l'opérée a dormi une bonne partie de la nuit; l'émission des urines s'est faite naturellement; le poulx est assez calme, le facies assez bon; la langue est humide, le ventre indolore; les lochies sont un peu fétides; il y a eu une selle odorante et molle. — Sulfate de quinine, quinze grains; potion acidulée; injections fréquentes dans l'utérus, qui déterminent la sortie de plusieurs flocons noirâtres nageant dans le liquide; bouillon faible.

Vers le soir, un frisson se manifeste; le poulx s'accélère; le ventre reste indolore; les lochies deviennent plus fétides. — Injections légèrement chlorurées, frictions mercurielles.

Le 30, le poulx est devenu plus calme; les lochies conservent de l'odeur, le ventre devient sensible. On avait continué les moyens prescrits la veille, mais la malade s'était vivement opposée aux frictions qui déjà la première fois l'avaient irritée. A la visite du chef de service, elle réclame sa sortie de l'établissement, qu'elle quitte dans l'après-dinée.

La maîtresse sage-femme de l'hospice a suivi le traitement de l'opérée chez elle. Heureusement son habitation est propre et bien aérée. Elle a continué le sulfate de quinine, les injections, les soins de propreté, et suivi un régime convenable. Peu à peu les lochies, de noirâtres et fétides qu'elles étaient, sont devenues jaunes et inodores. Les seins se sont gonflés; quelques accès intermittents ont encore reparu; enfin cette femme a repris graduellement son genre de vie habituel, et se trouve aujourd'hui, quinzième jour de ses couches, presque entièrement rétablie.

Sixième observation, extraite du rapport de M. le professeur Simon, à l'Académie royale de Médecine.

Marguerite L..., épouse L. C..., âgée de trente-quatre ans, primipare, à terme, et en travail depuis trois jours, entre à l'hospice de la Maternité de Liège la nuit du 8 au 9 octobre 1851.

Je me rends auprès de cette femme vers les cinq heures du matin. Le toucher, que je pratique immédiatement, me fait connaître : 1° que le col utérin, mince et souple, offre une dilatation égale aux dimensions d'une pièce de cinq francs; 2° que les membranes sont rompues; 3° que l'enfant présente le sommet, en position occipito-cotyloïdienne gauche; 4° que la tête est fixe et immobile au-dessus du détroit supérieur; 5° enfin, que la saillie sacro-vertébrale est très-prononcée, et que le doigt y arrive sans difficulté.

Les eaux sont écoulées depuis la veille. Les douleurs ont atteint leur *sumum* d'intensité, et la matrice est fortement contractée sur le fœtus. Cette femme, d'un tempérament lymphatique, d'une taille au-dessous de la moyenne, nous déclare que son enfance a été exempte de toute maladie; mais qu'à douze ans, vers l'époque

de la puberté, elle fut atteinte de vives douleurs dans les membres inférieurs, puis de faiblesse, et d'une paralysie à peu près complète qui l'empêcha de marcher jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Nous ne trouvons aucune trace de rachitisme; seulement, nous remarquons le long de la colonne vertébrale les cicatrices de nombreux moxas.

La sage-femme qui avait été appelée, voyant, dans la soirée du 8 octobre, que le travail n'avancait pas, malgré de fortes et vives douleurs qui existaient déjà depuis longtemps, réclama le secours d'un accoucheur. M. le docteur Malherbe, ayant été demandé, constata un vice du bassin, et engagea fortement la patiente à se rendre à l'hospice de la Maternité, où il vint lui-même vers les six heures du matin.

Nous mesurâmes le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur; il ne nous donna qu'une longueur de deux pouces trois-quarts.

L'impossibilité de l'accouchement naturel étant établie, une autre question restait à résoudre : l'enfant était-il encore vivant ? Le bruit cardiaque n'est pas entendu. La femme dit qu'elle sent toujours les mouvements actifs. Malgré tout le vague de cette assertion, je me décide à tenter une application de forceps. Après l'avoir convenablement placé, nous fîmes, mon collègue et moi, des tractions assez fortes et assez bien dirigées pour faire descendre la tête, si l'engagement avait été possible. Convaincus de l'inutilité de nos efforts, ne voulant pas réduire le crâne en l'écrasant, et désirant sauvegarder les organes de la femme, je dégagai l'instrument, et le remplaçai par le forceps-scie, après avoir, dans le doute, ondoyé l'enfant. La section crânienne fut promptement exécutée dans la direction de l'occiput au menton, et du pariétal droit vers la joue gauche. Je retirai la chainette et les conducteurs, qui, volontairement et à dessein, n'avaient pas été poussés jusqu'à l'extrémité des cuillers. Immédiatement après, le docteur Malherbe tire sur le forceps : bientôt la masse cérébrale s'échappe, les deux segments se rapprochent, chevauchent et sont amenés à la vulve. Alors, j'enlève l'instrument pour ménager le périnée, fortement distendu et menacé de rupture; puis je saisis avec les doigts le segment supérieur par son extrémité occipitale, et je l'entraîne au dehors. Là, je le prends à pleine main, après l'avoir enveloppé de linge, et, comme il tient encore au segment inférieur par les parties molles de la face, qui n'ont pas été divisées, je tire dessus, ce qui fait basculer la base du crâne, qui se dégage par son extrémité mentonnière, et l'enfant est extrait sans difficulté.

La délivrance faite, on place la femme au lit; on prescrit des boissons rafraichissantes et des injections émollientes dans le vagin.

Le lendemain 10 octobre, fièvre intense, le poulx donne cent dix pulsations par minute; le ventre est douloureux. Saignée de quinze onces, cataplasmes, diète.

Le 11, la fièvre est notablement diminuée; le poulx est en dessous de cent. Le ventre est encore sensible, vers la fosse iliaque droite. Quinze sangsues sur cette région, cataplasmes, diète.

Le 12, la douleur du ventre a disparu, il n'y a plus de fièvre, le poulx donne soixante et quinze pulsations.

Le 13, calme complet; les lochies coulent, la femme demande des aliments.
Le 14, convalescence franche, les seins sont un peu gonflés.

Le 15, le 16 et le 17, l'amélioration se soutient. Le 18, l'accouchée demande à sortir de la Maternité. Elle sort le 19, complètement rétablie.

Septième observation, communiquée par M. le docteur Grandry, de Tilleur-lez-Liège.

Marie P..., épouse B..., demeurant dans la commune de Saint-Nicolas, rachitique dès son enfance, a déjà, en 1850, été accouchée par moi et le confrère Vauthier, au moyen de l'embryotomie, n'ayant pu parvenir à l'accoucher à l'aide du forceps ordinaire, que nous parvenions cependant à appliquer et à articuler. Il y a environ six mois, je vis cette femme, qui me dit qu'elle était encore enceinte, mais qu'elle était bien résolue à souffrir longtemps avant de nous faire chercher, parce que, disait-elle, si nous nous étions moins pressés la première fois, elle aurait accouché aussi facilement qu'une autre femme.

Elle me fit chercher le vendredi 14 juillet, à 8 heures du matin, je m'y rendis vers 10 heures. Les premières douleurs avaient commencé le mercredi soir; elle ne put se coucher de toute la nuit; les eaux étaient écoulées depuis le jeudi à trois heures du matin, par conséquent depuis environ trente heures. Les douleurs avaient continué très-fortes toute la journée du jeudi, et avaient cessé complètement dans la nuit du jeudi au vendredi.

Je touche immédiatement et je parviens à l'angle sacro-vertébral; j'estime à trois pouces environ, comme nous l'avions déjà fait au premier accouchement, l'étendue du diamètre antéro-postérieur; le col était entièrement dilaté, la tête me parut un peu engagée au détroit supérieur, mais je reconnus bientôt qu'il n'y avait réellement d'engagé qu'une tumeur très-grosse, pâteuse, sans élasticité, et qui me parut plus froide que les parties environnantes. Je ne pus reconnaître positivement la position. La femme n'avait plus ressenti les mouvements de son enfant depuis la veille, je ne parvins pas à entendre le bruit cardiaque. Je voulus faire chercher le confrère Vauthier qui, comme je l'ai dit, m'avait assisté au premier accouchement, mais l'heure était peu convenable pour le trouver chez lui, et l'état de cette malheureuse femme était vraiment désespéré. Comme nous avions échoué la première fois, je ne fis aucune tentative avec le forceps ordinaire, et me décidai sur-le-champ pour l'application du forceps-scie, dont je m'étais muni en partant, et au maniement duquel je m'étais préalablement exercé d'après les conseils et les démonstrations qu'avait bien voulu me donner mon estimable ami, Monsieur le professeur Simon. Les deux branches furent facilement introduites et articulées; en introduisant la main pour placer la seconde branche, je rencontrai une anse du cordon ombilical qui ne donnait aucune pulsation, ce qui me mit tout à fait à l'aise; les conducteurs, armés de la scie, furent aussi facilement introduits: aussitôt, je fis jouer celle-ci; et en moins d'un quart d'heure, le crâne était complètement scié, n'ayant pour tout aide qu'un ouvrier armurier, à la vérité très-intelligent, qui tenait le forceps pendant que je sciais et faisais moi-même avancer les conducteurs dans les

coulisses. Mon forceps-scie est construit d'après la dernière modification. La scie et les conducteurs furent aussitôt retirés; ébloui par mon succès, je retirai aussi le forceps, sans penser à m'en servir pour extraire la tête; mais je parvins à l'extraire facilement ainsi que le tronc, à l'aide des fortes tenettes qui sont adjointes au forceps-scie: la tête était divisée de l'occiput à la bouche. La délivrance se fit quelque temps après. Les suites des couches n'ont rien présenté de particulier, si ce n'est une grande faiblesse, qui, aujourd'hui, 23 août n'est pas encore tout à fait dissipée.

Huitième observation, communiquée par M. le docteur J. Carlier, de St-Josse-ten-Noode.

Madame N. . . ., âgée de 21 ans, en mal d'enfant depuis six heures, me fit demander pour sa délivrance, le 3 octobre 1853 à une heure du matin. Primipare, d'une taille très-petite, d'une constitution lymphatique, cette jeune femme était accablée de fatigue et de douleurs. Les contractions utérines se succédaient sans intermittences, elle demandait sa délivrance à tout prix. Je pratique le toucher et j'observe un rétrécissement du bassin tel que j'acquies la conviction qu'un accouchement naturel n'est pas possible.

Le col de la matrice est complètement dilaté, les membranes rompues, le fœtus mort et en position occipito-iliaque gauche.

Je fais demander mon confrère le docteur Guillery. L'un après l'autre nous mesurons le détroit antéro-postérieur du bassin par le petit pelvimètre de M. Vanhuevel et nous obtenons le même résultat, 45 millimètres. Le toucher nous apprend que les deux moitiés latérales du bassin sont symétriques, le diamètre transverse paraît avoir sa dimension normale; les pubis se recourbent en dedans et leur symphyse se rapproche de la base du sacrum; le bassin ressemble à un 8.

Le forceps-scie fut appliqué sans difficulté, la section du fœtus et l'extraction des segments se firent en quelques minutes, sans que la femme ait accusé la moindre souffrance. J'étais entré chez elle à une heure, nous en sortions à deux heures et demie. La convalescence a marché régulièrement. Madame N. . . est complètement rétablie.

Neuvième observation, communiquée par M. Vanhuevel. Accouchement laborieux. — Présentation du tronc et issue des deux bras. — Décollation du fœtus avec le forceps-scie. — Mort de la femme par rupture utérine.

L'épouse d'Antoine C..., 35 ans, bien conformée, tertipare, entre à la Maternité le 2 octobre 1853, à neuf heures du soir. Le travail s'est déclaré la veille; les eaux sont écoulées, et l'on a tenté en ville de la délivrer par la version. A son entrée à l'hospice, elle a le col tout dilaté. Le fœtus présente le flanc gauche, avec sortie au dehors du bras correspondant; la main droite se fait sentir au détroit

supérieur derrière le dos, qui correspond à la paroi postérieure du bassin, la poitrine à la paroi antérieure de cette cavité, la tête étant dirigée vers la fosse iliaque gauche, les fesses vers la fosse iliaque droite (première du flanc gauche). La matrice est fortement resserrée sur l'enfant. Pour relâcher cet organe, on a recours au bain général tiède, aux injections et aux lavements laudanisés. Le pouls est petit et accéléré, les douleurs modérées. Peu à peu le haut du tronc s'engage dans l'excavation pelvienne, le bras gauche descend jusqu'à l'épaule et la main droite arrive à la vulve, passant derrière le corps. Il y avait lieu de croire à la possibilité d'une évolution spontanée, mais la version était devenue impraticable. Tout à coup la femme est prise de frissons, de vomissements verdâtres, de ballonnements épigastriques; les douleurs cessent; la face est pâle et même un peu bleuâtre. On réunit les élèves pour procéder à l'opération, en présence de M. le professeur Lados, de Gand. On applique d'abord le grand crochet mousse sur le cou de l'enfant pour l'abaisser, pendant qu'un aide tire sur les deux bras, afin d'opérer la décollation au moyen d'un bistouri ou de forts ciseaux. N'ayant pu y parvenir, on retire le crochet, et l'on place devant et derrière le cou du fœtus les deux branches du forceps-scie dans une position transversale, la nouvelle courbure des cuillers répondant à la fosse iliaque gauche. La section s'achève promptement. L'instrument dégagé, on tire sur les deux bras, et le corps est amené sans peine. La tête (l'index dans la bouche, le pouce sur le moignon du cou) n'offre guère plus de difficultés. Toute l'opération n'a pas duré cinq minutes.

Après la délivrance, le ventre reste ballonné et sensible, le pouls fréquent et petit. Les sangsues, les cataplasmes, les frictions mercurielles ne diminuent pas ces symptômes alarmants.

Le 5, à 9 heures du matin, l'opérée est prise d'une hémorrhagie utérine. Le seigle ergoté en lavement, les injections aluminées, quelques cuillerées de vin avec de l'eau de cannelle parviennent à l'arrêter; mais vers midi la face pâlit, des sueurs froides se déclarent et la femme expire quelque temps après.

A l'autopsie, on a trouvé la matrice déchirée à sa partie antérieure et inférieure, dans une assez grande étendue; traces d'inflammations péritonéales.

Bien qu'il ne s'agisse pas ici d'angustie pelvienne, nous avons reproduit cette observation pour prouver que le forceps-scie est applicable sur toutes les parties du fœtus.

Dixième observation.

Le 19 août 1854 à 3 heures du matin, M. Van Dyck, chirurgien-accoucheur, nous fit appeler pour l'aider à délivrer la femme d'un pauvre tisserand de la commune de Koekelberg. Cette femme ressentait de fortes douleurs depuis 48 heures, et déjà deux applications du forceps ordinaire avaient été faites vainement. A notre arrivée, les eaux étaient écoulées; le col, peu dilaté, mais dilatable, formait à son segment postérieur une tumeur dure, arrondie et irréductible; le cordon était en prolapsus; l'enfant mort était en position occipito-sacrée. Au

premier aspect, la patiente paraît bien conformée, elle est d'une taille ordinaire, primipare, âgée de 24 ans. Dans son enfance elle a été atteinte de rachitisme et n'a su marcher qu'à quatre ans.

Mesuré au moyen du petit pelvimètre de M. Vanhuevel, le diamètre antéro-postérieur est de 68 millimètres; les deux moitiés du bassin sont symétriques. L'indication était précise : nous appliquons le forceps-scie, et nous opérons quelques tractions; mais sans résultat; nous armons l'instrument. En quelques instants la section est terminée, la pulpe cérébrale s'est écoulée. L'instrument est désarmé; nous essayons quelques tractions modérées, la tête paraît s'engager, puis elle reste immobile. Nous retirons le forceps. Les deux segments de la boîte crânienne sont fortement appliqués l'un contre l'autre; ce n'est qu'avec peine que nous parvenons à saisir le segment antérieur au moyen de la pince à dents-de-loup, et quand nous voulons l'attirer au dehors, le pubis nous offre une résistance invincible.

Nous plaçons la femme sur les coudes et sur les genoux, et nous recommençons nos tractions sur le segment antérieur devenu inférieur, en dirigeant nos efforts en avant et en haut, et nous parvenons à l'extraire. Le reste du corps fut amené sans difficulté. La scie avait divisé symétriquement les pariétaux, le sphénoïde, et les temporaux derrière les articulations du maxillaire inférieur. Le segment antérieur était le masque du fœtus.

L'opérée fut placée dans un lit modeste emprunté au dispensaire de la commune; soumise à un régime sévère, elle se rétablit promptement.

DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ.

L'avortement provoqué est l'expulsion de l'œuf, par un procédé médical, avant le terme de la viabilité.

La légalité de l'avortement provoqué dans un but médical est la conséquence de la légalité de la section du fœtus vivant; elle est la conséquence de ce pouvoir de la femme de se refuser à toute opération dangereuse pour elle, et d'amener par son refus la mort de son enfant.

L'avortement provoqué sera permis toutes les fois que les dimensions du bassin ne permettront pas l'accouchement prématuré artificiel, et que la femme sera décidée à sacrifier son fruit à sa propre existence; ou bien enfin lorsque, l'embryotomie n'étant pas praticable, la femme réclame avec instance qu'on la mette à l'abri des dangers de l'opération césarienne.

Nous n'ignorons pas combien cette pratique peut, au premier abord, paraître en opposition avec la morale et avec nos lois, et combien l'abus qu'on en pourrait faire (bien entendu, sans sortir de la légalité), serait contraire à nos mœurs et à la dignité de notre art. Une femme demande l'avortement et l'obtient. Viendra-t-elle, dans quelques mois, se placer vis-à-vis de nous dans les mêmes conditions, et devons-nous, et pourrions-nous trancher le nœud gordien de la même manière?

La loi, qui reconnaît le mariage de la femme contrefaite, doit en tolérer les conséquences. Chaque jour, des considérations de convenances ou de fortune forment, en opposition avec les vœux de la nature, des unions nécessairement stériles ou meurtrières, qui trouvent dans toutes les religions modernes des prêtres qui les bénissent.

Le médecin accepte avec résignation ce qu'il ne peut empêcher. Son rôle est souvent pénible; mais il sait se mettre et se maintenir à la hauteur de sa mission: écoutant avant tout la voix sacrée de l'humanité en péril, il soulage toujours et le plus possible.

La moralité de l'avortement, provoqué dans un but médical, est reconnue en Angleterre. En France cette opération a pour partisans MM. Paul Dubois et Velpeau.

« Ne nous arrêtons pas, dit M. Vanhuevel (*Mémoire sur les divers moyens...*, 1^{re} édition, p. 9), à discuter si les lois de la morale nous autorisent à décider du sort d'un enfant intra-utérin. Rappelons-nous qu'il s'agit seulement de conformation vicieuse à l'excès, où l'impossibilité de l'accouchement à terme est bien constatée. Si la femme, prévenue de l'obstacle à sa délivrance naturelle, réclame avec instance notre secours, pourquoi le médecin ne pourrait-il pas la soustraire au danger d'une opération par trop souvent mortelle? Pourquoi, assisté d'un ou deux collègues, ne sacrifierait-il pas un embryon à peine ébauché, pour conserver une femme adulte, peut-être déjà mère, ou tout au moins liée au monde par des rapports nombreux? En agir ainsi, n'est-ce pas entre deux maux choisir le moindre? »

Le même auteur (dans le n° du 18 juillet 1852 de la *Presse médicale*), s'exprime en ces termes : « Je suis partisan de l'avortement médical qui, pour l'innocuité, est à l'embryotomie ce que celle-ci est à l'opération césarienne. Donc, à la demande de la femme, je provoquerais l'avortement, afin d'éviter plus tard sa section ou celle du fœtus. A plus forte raison déterminerais-je la sortie de l'œuf, en cas de rétroversion irréductible de la matrice, d'hémorrhagie utérine intarissable, de convulsions rebelles, de vomissements incoercibles, toutes les fois enfin que la grossesse mettrait la vie de la femme en danger. Seulement, pour éviter la méprise ou l'abus, on ne devrait recourir au fœticide que : 1° en cas de nécessité absolue ; 2° avec le consentement ou le désir de la femme ; 3° en présence et d'après l'avis de plusieurs médecins capables. On n'aurait jamais à craindre alors que cette précieuse ressource de l'art devint, entre des mains infâmes, un moyen de crime et de spéculation. »

Simonart, dans sa Dissertation sur le sujet qui nous occupe, invoque les arguments suivants : « Mais, s'écrie-t-on, dans l'avortement vous sacrifiez nécessairement un être sur lequel vous n'avez pas droit de vie, tandis que l'opération césarienne le sauve le plus communément ! Nous rencontrons ici l'objection la plus sérieuse, le pivot sur lequel semble devoir rouler toute l'accusation, la pensée qui a sans doute arrêté la main de plus d'un homme de l'art. Hâtons-nous donc de soulever l'épée de Damoclès et de renverser l'hydre menaçante. Or, en principe, avons-nous davantage droit de vie sur la mère ? Et lui laisser subir l'opération césarienne, n'est-ce pas la vouer à une mort presque certaine ? N'est-ce pas la pousser à cette triste extrémité que de négliger l'avortement quand il en est temps encore ? Et si la femme se refusait à l'opération césarienne, aurait-on le droit de la pratiquer malgré elle ? En l'abandonnant aux seules forces de la nature, on sacrifie et la mère et l'enfant ; en faisant l'embryotomie, le fœtus est mort et la vie de la femme en danger. »

Ajoutons que pour sauvegarder la moralité de cette opération, il

serait bon que le médecin dût en faire la déclaration à l'officier de l'état civil. Cette déclaration serait inscrite dans un registre *ad hoc*. Nous ne décrirons pas les procédés à employer pour pratiquer l'avortement; ils sont les mêmes que pour l'accouchement prématuré. Nous nous bornerons à poser ce précepte, que c'est aux procédés chirurgicaux qu'il faut donner la préférence.

L'opération faite, le placenta sera extrait sans retard. La femme, retenue au lit, sera soignée minutieusement jusqu'à ce qu'ait disparu toute trace de congestion à la matrice.



CONCLUSIONS.

Dans l'état actuel de la science :

La pelvimétrie est le guide de l'accoucheur dans l'angustie pelvienne.

Les pelvimètres les plus sûrs sont le petit pelvimètre et le pelvimètre universel de M. Vanhuevel.

La pelvigraphie est un corollaire de la pelvimétrie.

L'accouchement prématuré artificiel est une ressource précieuse lorsque, l'époque de la grossesse étant positivement connue, le plus petit diamètre du bassin est de 9 centimètres au *maximum* et 68 millimètres au *minimum*.

La symphyséotomie ne mérite pas l'abandon dans lequel on l'a laissée : perfectionnée par les découvertes de la chirurgie moderne, elle est praticable toutes les fois que, l'extraction au moyen du forceps ayant été vaine-ment tentée, la vie de l'enfant étant bien reconnue, le plus petit diamètre du bassin est de 8 centimètres au plus et de 65 millimètres au moins. La symphyséotomie peut agrandir le domaine de l'accouchement prématuré, et le domaine de l'embryotomie en cas de mort de l'enfant.

Ce qui s'applique à la symphyséotomie s'applique aussi à la pubiotomie.

L'opération césarienne est la seule ressource que nous possédions lorsque le rétrécissement du bassin ne permet pas l'embryotomie, quel que soit l'état de l'enfant. De toutes les opérations obstétricales, c'est elle qui mérite le plus de fixer l'attention des accoucheurs. Si nous connaissons un procédé par lequel la guérison de la femme fût la règle et sa mort l'exception, l'opération césarienne serait employée de préférence à la section du fœtus vivant et à l'avortement provoqué.

Le rôle de l'embryotomie commence lorsque l'emploi du forceps ordinaire exige des efforts capables de contondre les parties de la femme en compromettant la vie de l'enfant, il finit lorsque le plus petit diamètre du bassin est réduit à 4 centimètres. Dans les Maternités, l'opérateur préférera l'embryotomie à l'opération césarienne, l'enfant fût-il vivant. Dans la

pratique civile, la section du fœtus vivant est indiquée et légale si la femme refuse de subir l'opération césarienne.

Le forceps-scie ou céphalotome de M. Vanhuevel est le plus parfait de tous les instruments d'embryotomie.

L'avortement provoqué peut être pratiqué, à la sollicitation de la femme, dans le but d'éviter une embryotomie dangereuse ou l'opération césarienne.

Toute opération d'obstétrique exige le concours de plusieurs médecins éclairés.



Fig. 1.

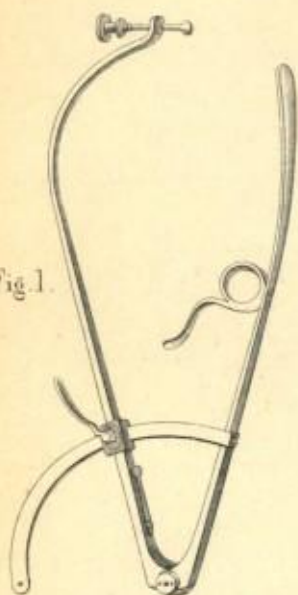


Fig. 5.

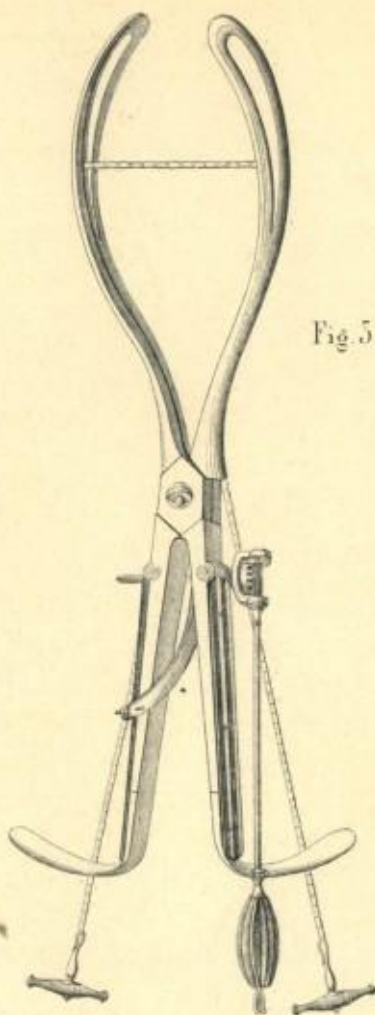


Fig. 2.

