Cours complet d'accouchemens et de maladies des femmes et des enfans / par Jules Hatin.

Contributors

Hatin, Jules, -1839.
Francis A. Countway Library of Medicine

Publication/Creation

Paris : J.B. Baillie, 1832.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/phrmygj9

License and attribution

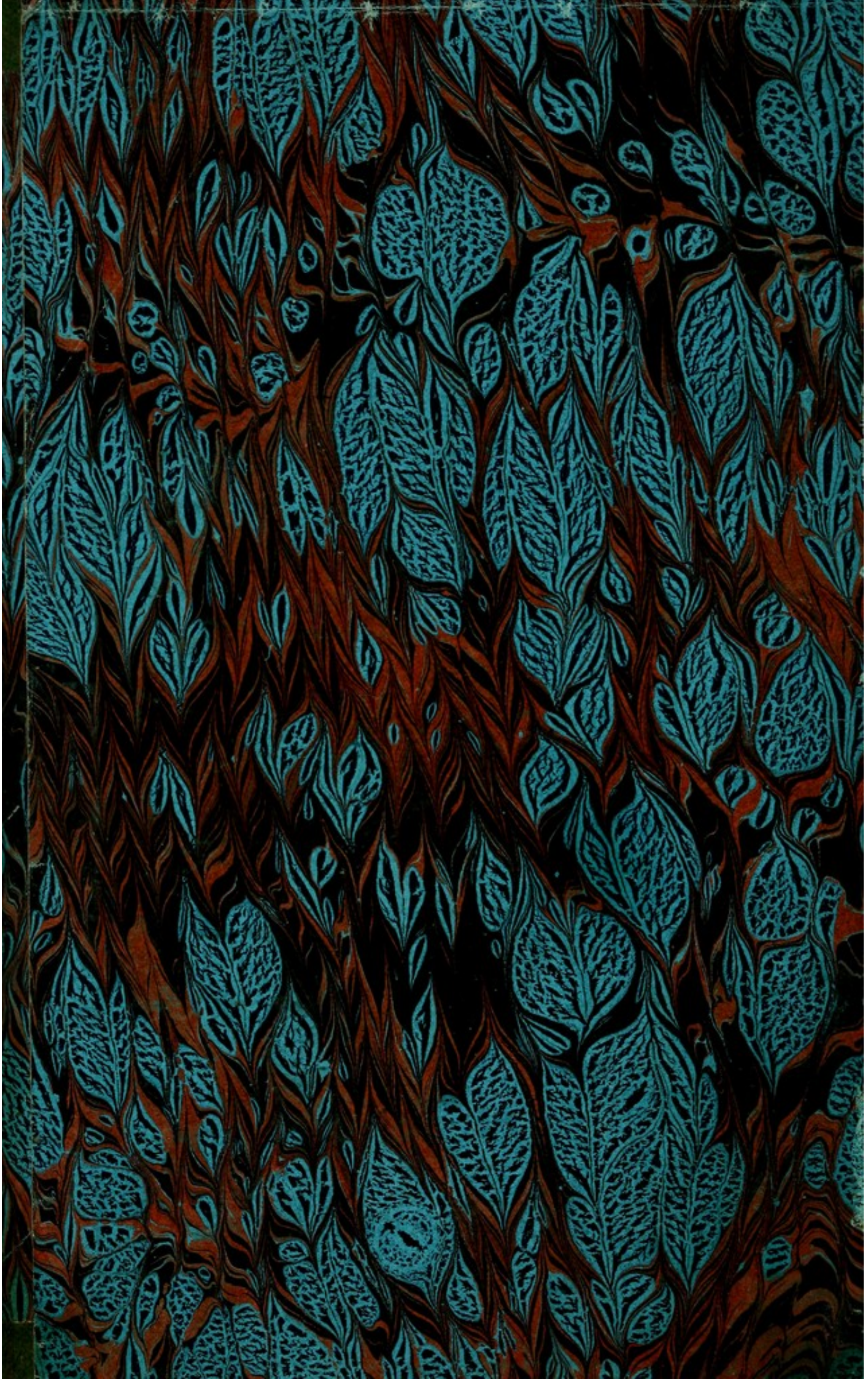
This material has been provided by This material has been provided by the Francis A. Countway Library of Medicine, through the Medical Heritage Library. The original may be consulted at the Francis A. Countway Library of Medicine, Harvard Medical School. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

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

wellcome collection

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





Dec. 2d 1854

My dear Stored.

Having ceased my "connexion" with the fair sex chronically, I send you a work which perhaps you have not on your shelves. It may to you be valueless as affording any new light, but please regard it as an earnest of the good will and interest of one, who has ever hailed with pleasure your deserved and ever increasing success & reputation, and who has always been and will ever be proud to be

Yours sincerely

Wm Lee Lewis.

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Ottawa

http://www.archive.org/details/courscompletdacc00hati

COURS COMPLET

D'ACCOUCHEMENS

ET DE

MALADIES DES FEMMES

ET DES ENFANS;

AVEC 24 PLANCHES, DONT UNE COLORIÉE, ET 8 TABLEAUX SYNOPTIQUES.

Par Jules HATIN,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris; agrégé à la même Faculté; professeur particulier d'Accouchemens, de maladies des Femmes, de maladies des Enfans et de médecine légale; membre de l'Académie royale des Sciences, Inscriptions et Belles-Lettres de Toulouse, correspondant de la Société royale de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de la même ville; membre de l'Académie de Pise; académicien de l'Athénée de Forli; correspondant de la Société médico-chirurgicale de Bologne, du Cercle chirurgical de Montpellier, de la Société de médecine pratique de la même ville, de la Société médicale de Tours, de la Société de médecine de Rouen, du Cercle médical (ancienne Académie de Paris): titulaire de la Société anatomique, ex chirurgien interne de première classe des hôpitaux, membre de la Société physico médicale de Moscou, etc., etc.

Prix : 6 fr. 50 c.

Paris.

J. B. BAILLIÈRE.
GERMER BAILLIÈRE.
CROCHARD.
Mlle DELAUNAY.
DEVILLE CAVELLIN.
JUST ROUVIER.

LIBRAIRES, RUE ET PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

1832.

25 A 172.

A

Monsieur

Le Duc de Broglie,

PAIR DE FRANCE.

MONSIEUR LE DUC,

Que votre modestie ne repousse pas la dédicace de cet ouvrage. Votre nom auquel se rattachent tant de services rendus préviendra favorablement mes lecteurs, et, lorsque j'aurai voulu vous donner un témoignage de ma reconnaissance, je n'aurai fait qu'ajouter à ma dette, en me couvrant de votre égide.

J'AI L'HONNEUR D'ÊTRE,

MONSIEUR LE DUC,

Votre très humble et très obéissant serviteur,

J. HATIN.

A

Monsieur

LE BARON ALIBERT,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN EN CHEF DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, ETC., ETC.

Au savant qui sut toujours se faire pardonner la supériorité du talent par le charme du caractère et la bonté du cœur.

Hommage de son disciple reconnaissant,

J. HATIN.

Préface.

La science des accouchemens, comme toutes les créations humaines, ne reste pas stationnaire; chaque jour les conquêtes de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie la conduisent à un plus haut degré de perfection : on dirait que les secours qu'elle reçoit de ces diverses branches de la médecine, liées par des principes communs, par des services mutuels, sont destinés à la régénérer d'une

manière successive. Des idées neuves renversent des théories consacrées par l'habitude et respectées par le temps ; des méthodes nouvelles réclament des procédés nouveaux ; l'enseignement lui-même, ébranlé dans ses fondemens, se modifie, change complétement comme l'application des règles qui constituent la partie pratique de la science, l'art des accouchemens.

C'est à ces révolutions partielles, à cette mobilité rationnelle de principes qu'il faut attribuer le grand nombre de Traités d'accouchemens, publiés depuis 20 ans. Et si, malgré cette multitude d'ouvrages, on ne trouve pas encore aujourd'hui un livre où cette spécialité (l'obstétrique) soit exposée d'une manière complète, élevée au niveau des connaissances actuelles, et présentée sous une forme commode pour l'étude, c'est cette marche progressive et constante de la science vers le perfectionnement, qu'il faut en accuser.

Cependant, croirait-on que des praticiens d'un âge mur, recommandables d'ailleurs par leur savoir, s'écrient chaque jour avec une conviction, souvenir de confiance dans leurs premières études, qu'on ne peut rien ajouter à ce qui a été fait, que

tout a été porté au plus haut degré de perfection ! Remontez, disent-ils, à la source, étudiez les auteurs, étudiez ceux qui ont réuni les faits pour en former des systèmes réguliers ; ils vous apprendront tout ce qu'il faut savoir : c'est là que vous trouverez la lumière !

Sans doute, les faits importans isolés ou réunis en faisceaux, les déductions lumineuses, les excellens conseils qu'on rencontre dans les ouvrages des auteurs des 17 et 18e siècles, ne sont pas à dédaigner ; loin de là ! ils ont concouru à fonder l'édifice de la science ; ce sont les bases de la pyramide du chancelier *Bacon*. Mais vainement on chercherait dans leur ensemble la réunion des connaissances qu'exige aujourd'hui la profession d'accoucheur. Quelle distance, sous le rapport de la précision, de la clarté, de l'enchaînement et de la savante distribution des faits et des préceptes, entre un travail écrit alors et un article de Désormeaux modestement publié dans un dictionnaire de médecine !

Si vous doutez encore du pas immense qu'a fait la science, allez entendre les maîtres de notre époque. Malheureusement pour l'instruction, les leçons de la plupart d'entre eux sont inédites, et les œuvres de Désormeaux se trouvent éparses

dans des ouvrages qu'on ne saurait se procurer qu'à grands frais.

Après cela, il faut bien reconnaître que les travaux de quelques auteurs modernes ont rendu de véritables services ; mais déjà la science qui grandit à vue d'œil les a débordés, et leur reproche le temps qui s'est écoulé depuis leur apparition. D'ailleurs, les praticiens, comme les élèves, les accusent avec raison d'être trop courts ou trop longs et souvent obscurs. Parcourez l'un des plus récens, et vous verrez si l'on peut taxer ce jugement de sévérité : partout des dissertations diffuses, interminables, hérissées à chaque pas de mots qui, pour être grecs ou latins, ne sauraient être français.

Nous savons bien que l'auteur de ce dernier ouvrage n'est pas le seul qui se soit livré à ce goût pour les phrases et pour le néologisme, mais il semble avoir voulu renchérir sur tous les autres.

Une des causes qui, autant que les défauts que nous venons de signaler, ont rendu l'étude des accouchemens longue et difficile, c'est le grand nombre de divisions inutiles dont on a surchargé tous les ouvrages. Les auteurs auraient dû sentir que, pour être vraiment classiques, il suffisait de présenter avec précision et simplicité l'état de la science.

Au lieu de cela ils n'ont fait qu'ajouter aux difficultés, en délayant les idées des autres et en ajoutant des subdivisions aux divisions déjà établies. Il en est cependant quelques-uns qui ont commencé leur tâche avec succès, mais qui ont fini par perdre en route le but qu'ils s'étaient proposé.

Ces imperfections, dans des ouvrages qui devaient apprendre aux adeptes le point où la science était arrivée, ont fait généralement sentir le besoin d'un livre qui joignît à l'exposé des préceptes des auteurs celui des idées nouvelles; qui offrît à la classe nombreuse des élèves, à tous les praticiens qui ne peuvent se livrer à de longues recherches, faute de temps ou d'ouvrages trop dispendieux, la science concentrée et pour ainsi dire élaborée.

Ce besoin, si vivement senti, nous avons cru pouvoir le satisfaire. Cette prétention paraîtra sans doute, au premier abord, pleine de vanité, puisqu'elle exprime l'engagement de mieux faire que ceux qui ont écrit avant nous; mais qui ne sait qu'à talent égal et même à talent inférieur les derniers venus ont toujours de grands avantages? Les erreurs reconnues chez les devanciers garantissent d'erreurs semblables; leurs recherches sont un

champ fertile qu'on exploite ; leurs pensées se fécondent par la pensée d'autrui, et, pour peu que le sujet ait été médité, on est conduit à des idées nouvelles, à des améliorations notables. Et, d'ailleurs, pour arriver là, il ne faut que vouloir, car la science ne refuse à personne le don de quelque vérité nouvelle, sur-tout lorsqu'on l'étudie avec zèle et persévérance.

Cependant, si notre ouvrage ne doit avoir lui-même que le succès dû à son opportunité, c'est que le temps présent a aussi ses erreurs, ses illusions scientifiques, ses ridicules. Aussi nous résignons-nous d'avance et de bonne grâce à écouter la critique quand elle parlera, et la supériorité lorsqu'elle se montrera.

Pour reculer cet instant, autant que nos forces nous l'ont permis, nous avons rédigé notre travail en nous montrant également curieux de ce qui est ancien et de ce qui est nouveau. C'est dans cette même intention que, depuis de longues années, nous avons rassemblé en faisceaux toutes les idées émises dans les cours par les professeurs actuels.

C'est encore dans le même but que nous nous sommes entretenu de notre sujet avec les hommes

les plus éclairés, avec les savans du jour, dont nous citerions ici les noms, si nous ne craignions qu'on ne vît dans cet acte de reconnaissance une preuve d'ostentation.

Nos efforts auront-ils été vains ? le jugement des élèves qui seront devenus praticiens en lisant notre ouvrage et en suivant nos leçons nous l'apprendra ; il leur suffira, d'ailleurs, pour partager la conviction que nous avons déjà, de comparer le temps qu'ils auront mis à compléter leurs études, avec celui qu'auront employé ceux de leurs condisciples qui se seront engagés dans une autre voie.

Mais il faut que l'opinion puisse anticiper sur ce jugement, et, pour cela, nous allons tracer en deux mots la marche que nous avons adoptée, et les améliorations qui nous appartiennent.

Quoique notre ouvrage soit un traité spécial d'accouchemens, il serait resté évidemment imparfait, si nous nous étions borné à l'exposition de ce qui a trait aux couches proprement dites.

Nous avons dû commencer par montrer en quoi la science des accouchemens s'appuie sur l'anatomie et sur la physiologie. Après avoir traité des accouchemens naturels, de ceux qu'on nomme contre nature,

et des devoirs de l'accoucheur, nous nous sommes occupé des maladies des femmes, en ce qui est propre à leur sexe, puis des maladies des enfans, au moment et peu de temps après leur naissance.

Enfin, pour que notre ouvrage puisse suffire au praticien dans tous les cas, nous n'avons rien omis de ce qui appartient à l'hygiène et à la thérapeutique.

L'étude des différentes manœuvres applicables aux accouchemens contre nature nous ayant toujours paru difficile et fastidieuse, nous avons cru devoir tout tenter pour arriver à la simplifier. Pour cela, nous avons divisé l'intérieur du bassin en deux moitiés latérales, une gauche et une droite, et réduit les positions de l'enfant à deux principales (1),

(1) Ces deux positions principales correspondent, la première au côté gauche, et la seconde au côté droit du bassin. Toutefois, en n'admettant que ces deux positions, nous n'avons pas voulu dire que chacune des parties de l'enfant ne pouvait se présenter que de deux manières; loin de là, nous admettons toutes les positions imaginables; mais nous avons voulu démontrer que, sous le rapport des manœuvres à pratiquer, on peut très bien réduire, par la pensée, à deux positions principales toutes celles que l'enfant peut affecter aux détroits du bassin. Il nous sera très facile, quand nous serons arrivé à la partie pratique de notre cours, de démontrer la vérité de cette assertion.

Une autre remarque importante à faire, c'est que les deux

pour chacune des parties qu'il peut présenter à l'ouverture de la matrice (1). Nous avons constamment, depuis 15 ans que nous professons les accouchemens et que nous nous livrons à la pratique, constaté les avantages de cette économie de positions. D'ailleurs, nous le déclarons hautement, ces retranchemens, si bien motivés par le peu de réalité de la plupart des positions indiquées dans les espèces de vocabulaires que contiennent les traités d'accouchemens, sont fondés sur des observations qui nous sont propres, et sur celles d'un grand nombre de praticiens distingués. Il faut ajouter que cette méthode donne en un instant la clef de toutes les autres positions que peut affecter le fœtus et des manœuvres qu'elles réclament.

positions auxquelles nous ramenons toutes les autres, demandent la même manœuvre, à cela près, pourtant, qu'on se sert d'un côté, de la main droite, et de l'autre, de la main gauche.

(1) On sait que l'enfant, au moment du travail, peut alternativement présenter à l'orifice utérin tous les points de sa surface, comme la tête, les pieds, les genoux, les fesses, les régions antérieure, postérieure et latérales du tronc. C'est bien à tort que quelques auteurs, entre autres Merriman et M^me^ Lachapelle, ont nié la possibilité des positions du dos et du ventre, car ces présentations ont été plusieurs fois observées.

Si nous voulions chercher la preuve des avantages que présente cette nouvelle manière de faire, nous la trouverions dans les progrès rapides que font chaque jour les élèves qui suivent nos cours.

Nous avons, en outre, essayé de réaliser dans notre ouvrage diverses améliorations réclamées par les lecteurs instruits. C'est ainsi que, pour rendre nos descriptions plus claires, nous avons apporté un soin scrupuleux dans le choix et la confection des planches dont nous les avons fait suivre. Il fallait parler aux yeux en même temps qu'à l'intelligence; le peu de vérité de la plupart des figures ajoutées jusqu'ici dans les ouvrages, autant que leur nombre excessif ou insuffisant, nous en faisait un impérieux devoir. Nous avons gardé un juste milieu en prenant ce qui doit être présenté, et en faisant disparaître la confusion et l'omission.

Du reste, le choix des planches, leur disposition, la marche de nos descriptions, ou plutôt la méthode que nous avons adoptée est telle, nous le croyons, qu'elle atteindra son but en serrant davantage les liens qui nous unissent à nos élèves et en les attachant à nos démonstrations. Cette réflexion s'applique d'ailleurs à toutes les classes de lecteurs

car, si notre livre est à la portée de ceux qui n'ont aucune connaissance anatomique ou physiologique, puisqu'il offre un cours complet spécial d'anatomie et de physiologie, les docteurs praticiens y trouveront aussi les moyens de surmonter toutes les difficultés que la rareté de certains cas ne leur permettrait pas de résoudre spontanément.

Nous voulions faire suivre cette préface d'une esquisse de l'histoire de la science des accouchemens ; mais, nous l'avouons, nous avons regardé les détails historiques comme des accessoires étrangers au véritable objet de notre travail et propres à distraire l'attention de son principal but. L'histoire de la science doit être mise à part ; c'est la science elle-même qu'il faut présenter.

Nous avouerons aussi que nous avons cru pouvoir nous dispenser de viser à l'élégance du style ; voulant être avant tout clair et précis, nous avons constamment préféré l'expression qui rendait notre pensée plus nettement ; c'est peut-être là, du reste, la seule élégance qui convienne à la science des accouchemens, et, n'en déplaise à certains auteurs, toute fleur de rhétorique nous paraît ici un contresens : *Ornari res ipsa negat, contenta doceri.*

Il est bon, ce nous semble, de dire aussi que nous

n'avons admis que les expressions accréditées par l'usage et consacrées par le langage du jour, comme par le plus grand nombre des auteurs. C'était, selon nous, le meilleur moyen d'être compris par tout le monde.

Puissent les hommes de l'art apporter quelque bienveillance dans la lecture de notre ouvrage, et apprécier nos efforts d'après notre désir d'être utile !

PLAN

DE L'OUVRAGE.

Nous avons divisé notre livre en trois parties bien distinctes.

La 1re a trait aux accouchemens proprement dits;

La 2e comprend les maladies dont les femmes peuvent être affectées durant la grossesse, au moment du travail de l'accouchement, et pendant le temps des suites de couches;

La 3e se compose des maladies qui peuvent atteindre les enfans dans l'intérieur même de la matrice, au moment de leur expulsion, et peu de temps après l'accouchement.

PREMIÈRE PARTIE.

Accouchemens.

Comme il est reconnu qu'on ne peut se livrer avec fruit à l'étude des accouchemens, qu'après avoir acquis des connaissances assez étendues en anatomie et en physiologie, il nous a paru convenable de subdiviser notre première partie en trois sections, savoir : une pour l'anatomie, une seconde

pour la physiologie, et une troisième pour la pratique proprement dite.

PREMIÈRE SECTION.

ANATOMIE.

I. Dans cette première section nous avons traité, avec détails, de tous les organes qui servent à la génération, à la grossesse et à l'accouchement.

Ainsi, nous avons décrit avec un soin minutieux, tous les os qui entrent dans la composition du bassin, toutes les articulations qui réunissent ces os entre eux pour en former une espèce de canal, et, lorsqu'il s'est agi de ce dernier, nous avons fait tous nos efforts pour en rendre l'étude plus facile, moins fastidieuse et, partant, plus profitable aux élèves.

Négligeant, à dessein, les détails purement anatomiques, nous ne nous sommes appesanti que sur les points qui pouvaient offrir quelque intérêts ous le rapport des accouchemens.

La surface interne du bassin a principalement fixé notre attention ; nous avons fait connaître, avec un soin tout particulier, ses détroits et son excavation, sans rien omettre d'important concernant les diamètres et les axes.

II. Passant ensuite à l'étude du bassin vicié, nous avons exposé avec détails toutes les espèces de déformations que l'on rencontre le plus ordinairement. Nous en avons indiqué les causes, le mécanisme et les effets sur la terminaison de l'accouchement. Nous avons traité, dans un article à part, des moyens à

l'aide desquels on peut arriver à connaître les dimensions du canal osseux, quels que soient l'espèce et le degré du vice de conformation dont il est affecté.

Examinant ensuite le bassin dans l'état frais, nous avons fait connaître ceux de ses diamètres dont l'étendue se trouve diminuée par la présence des organes qui tapissent son intérieur.

III. Après avoir terminé l'histoire des parties dures, nous avons passé à celle des parties molles.

Nous avons décrit, avec toute la précision dont nous sommes capable, les organes connus sous le nom de génitaux externes, tels que le pénil ou mont de Vénus, la vulve, les grandes lèvres, le clitoris, les petites lèvres, le vestibule, le méat urinaire, l'entrée du vagin, la membrane hymen, les caroncules myrtiformes, la fosse naviculaire et la fourchette.

Nous avons décrit avec le même soin les organes génitaux internes, tels que le vagin, la matrice, les trompes utérines, les ovaires, les ligamens larges et les ligamens ronds. Nous avons fait connaître chacune de ces parties dans sa situation, ses rapports, sa forme, ses dimensions, sa structure et ses usages.

IV. Mais ce n'était point assez que d'étudier ces différens organes dans leur état de bonne conformation: il fallait encore exposer toutes les anomalies qu'ils peuvent présenter; c'est ce que nous avons fait, en nous bornant, toutefois, à ce qu'il y a de plus essentiel et de plus positif.

Nous avons, dans un article à part, traité de l'hermaphrodisme.

DEUXIÈME SECTION.

PHYSIOLOGIE.

L'étude physiologique des organes de la génération mérite toute l'attention de ceux qui étudient la science des accouchemens; aussi avons-nous cru devoir ne rien négliger pour arriver à jeter quelque jour sur les points les plus obscurs.

Nous avons successivement parlé ;

1° *De la menstruation*, cette importante fonction qui précède toutes les autres et paraît être le *sine quâ non* de la génération (les femmes non règlées sont en général inaptes à se reproduire). Nous en avons indiqué les causes, les signes, les époques, la périodicité, le siége, la durée, la terminaison, en même temps que nous avons fait connaître les qualités et la quantité du sang que les femmes perdent à chaque période.

2° *De la Fécondité.*

3° *De la Stérilité.*

4° *De la Génération*, cette grande fonction qui a pour but la reproduction de l'espèce. Nous avons passé en revue les principaux systèmes émis pour en expliquer le mécanisme. Il eût été fastidieux et sans aucun profit pour les élèves, d'exposer toutes les extravagances qui ont été débitées à ce sujet.

5° *De la Conception* et des signes qu'on a regardés comme pouvant faire connaître qu'elle vient d'avoir lieu.

6° *De la Grossesse*, que nous avons divisée en *vraie* et en *fausse*, en *utérine*, *extra-utérine* et *interstitielle*.

En parlant de la grossesse utérine, nous avons eu soin d'appeler l'attention des lecteurs sur les grands changemens qui surviennent du côté de la matrice, sous le rapport de son volume, de sa forme, de sa situation, de sa direction, de son organisation, de ses propriétés, et sur les phénomènes sympathiques qui en résultent.

Nous n'avons non plus rien négligé pour mettre les élèves à même d'apprécier les signes qui ne laissent aucun doute sur l'existence de la grossesse, tels que le ballottement, les mouvemens actifs du fœtus, les battemens de son cœur, et ceux du placenta.

Passant à l'étude des grossesses *extra-utérines*, nous les avons divisées en celles *des trompes*, *des ovaires*, *de l'abdomen*, et en celles qui ont leur siége dans l'épaisseur même des parois de la matrice. Nous avons successivement passé en revue leurs causes, leurs signes, leur marche, leurs terminaisons, et les indications particulières qu'elles présentent.

A. Nous avons cru devoir, à cette époque de notre cours, parler *des soins hygiéniques* que réclament les femmes enceintes sous le rapport des facultés intellectuelles, de l'habitation, de l'exercice, du repos, des alimens, des boissons, des vêtemens, des bains, des évacuans et de la saignée.

B. Nous avons aussi cru devoir, pour compléter

l'histoire de la grossesse, en ce qui concerne la mère, parler *du toucher*, cette opération si utile, et que l'on considère, avec raison, comme la boussole de l'accoucheur. On devine bien qu'en traitant d'un point aussi important, nous n'avons omis aucun des détails qui pouvaient mettre les élèves à même de pratiquer l'opération avec le plus de fruit possible.

C. Arrivant ensuite à l'étude du produit de la conception, nous avons à dessein négligé d'entrer dans de trop minutieux détails, afin de ne pas faire perdre de vue aux lecteurs le but qu'ils se proposent en étudiant les accouchemens. Sans doute il est bon d'être profond en tout, mais lorsqu'on veut seulement devenir accoucheur il faut s'occuper de toute autre chose que d'embryologie.

Les points sur lesquels nous avons cru devoir surtout insister sont ceux qui, en se rattachant d'une manière toute directe au mécanisme de l'accouchement naturel, peuvent être d'une grande utilité dans la terminaison des accouchemens contre nature. Ainsi nous nous sommes principalement occupé du fœtus à terme; nous avons indiqué avec précision son poids, son volume, ses dimensions, les mouvemens qu'il peut exécuter dans ses différentes parties, les caractères qui distinguent chacune de ses régions. Puis, pour ne rien omettre d'important, nous avons fait une étude toute particulière de ses parties principales, sous le rapport de l'accouchement, telles que la tête, les épaules et le siége.

D. Les dépendances du fœtus ne nous ont occupé que d'une manière toute secondaire; cependant nous nous sommes efforcé de démontrer tout ce que le placenta, les membranes, le cordon ombilical et les eaux de l'amnios offrent de plus remarquable.

E. Les fonctions principales du fœtus, telles que la nutrition, la circulation, et la locomotion ont été l'objet d'un chapitre à part.

7° *De l'accouchement.* Ce point, le plus important de tous, devait sur-tout fixer notre attention, car il est l'objet principal des études auxquelles se livrent ceux qui suivent nos cours.

Sans tenir compte de ce qui a été dit par quelques accoucheurs, qui sacrifient toutes les améliorations possibles à l'habitude qu'ils ont de professer de telle ou de telle autre manière, nous n'avons admis que deux grandes classes d'accouchemens, savoir : ceux qui se font seuls, c'est-à-dire par les seules forces de la femme, et ceux qui, ne pouvant être abandonnés à la nature, réclament impérieusement les secours de l'art; les premiers se nomment *accouchemens naturels*, les seconds, *accouchemens contre nature*.

Mais ces derniers ne peuvent pas toujours être terminés de la même manière; aussi les avons-nous divisés, 1° en ceux qui peuvent être terminés à l'aide de la main seule, 2° en ceux qui réclament l'emploi des instrumens mousses, du forceps en particulier, 3° en ceux qui exigent impérieusement l'emploi des instrumens tranchans.

L'accouchement naturel a dû nous occuper d'abord; nous en avons indiqué les *causes*, les *signes* et les *phénomènes*, que nous avons rapportés à quatre principaux, savoir : 1° *La douleur;* 2° *la dilatation du col de la matrice, la formation et la rupture de la poche des eaux ;* 3° *l'expulsion du fœtus ;* 4° *celle du placenta*, connue sous le nom de délivrance.

1° La douleur, comme on le sait, peut avoir deux caractères principaux; aussi nous sommes-nous efforcé de bien faire connaître les signes à l'aide desquels on parvient à distinguer les deux espèces de douleurs. L'une est *fausse*, dit-on, et ne sert en rien à l'accouchement; l'autre est *vraie*, et c'est par elle que l'expulsion du fœtus a lieu. La première se reconnaît à son siège, à l'irrégularité de sa marche et à l'absence de toute contraction du côté de la matrice; la seconde se reconnaît principalement à la dureté que prend l'utérus pendant que la femme souffre; ce phénomène peut être perçu au moyen de la main appliquée sur le ventre, ou du doigt introduit dans le vagin ;

2° Nous avons cru devoir comprendre dans le second phénomène la *dilatation du col*, la *formation* et la *rupture de la poche des eaux*, parce que toutes ces choses se passent en même temps et qu'elles sont inséparables les unes des autres. Ainsi, c'est pendant que

(1) L'expression (*fausse*) employée ici pour indiquer que les douleurs ne portent pas sur la matrice est tout-à-fait impropre, car il n'y a pas de fausses douleurs; et si nous la conservons, c'est pour ne rien changer au langage adopté par le plus grand nombre des accoucheurs.

le col se dilate que la poche des eaux se forme, que les membranes se déchirent, et que les eaux de l'amnios s'écoulent. Il nous eût été, sans doute très facile, à l'exemple de beaucoup d'auteurs, de multiplier à l'infini les temps de l'accouchement, mais c'eût été, selon nous, créer des difficultés sans le moindre profit pour les élèves;

3° L'expulsion du fœtus a dû nous occuper d'une manière toute particulière, car c'est dans le mécanisme de l'accouchement naturel que se trouve tout le secret des manœuvres que l'on doit pratiquer dans les accouchemens contre nature; et, en effet, sans une connaissance parfaite de ce qui se passe dans l'accouchement naturel, il est bien impossible de rien entreprendre avec certitude; ajoutez, d'ailleurs, qu'on expose toujours la mère et l'enfant a des dangers plus ou moins grands.

Nous avons décrit, avec un soin tout minutieux, le mécanisme de l'accouchement naturel dans les quatre positions diagonales du sommet de la tête, des pieds, des genoux et du siége. Nous n'avons rien omis de ce qui pouvait aider à reconnaître ces différentes présentations, mais nous nous sommes soigneusement abstenu de tous détails superflus.

F. En traitant des soins que l'accoucheur doit à la femme pendant le travail, nous avons successivement parlé du *régime*, de *la position à donner à la femme pour accoucher*, de *l'époque à laquelle elle doit se placer sur le lit*, et des *moyens propres à favo-*

riser la terminaison de l'accouchement, tels que la saignée, les fumigations, les bains, les demi-bains, les injections, la pommade de belladone, le seigle ergoté, les lavemens, le cathéterisme, la rupture des membranes, etc;

4° La délivrance naturelle méritait tous nos soins; aussi n'avons-nous rien négligé de ce qui pouvait éclairer le lecteur sur ce dernier temps du travail.

La délivrance a souvent été l'occasion d'accidens graves; nous avons dit ce qu'il fallait faire pour les éviter sûrement.

Nous avons aussi indiqué avec détails les soins que l'accoucheur doit à la femme après qu'elle a été délivrée.

Enfin nous avons traité, dans un chapitre à part, de tout ce qui a rapport aux suites de couches, et en particulier, des lochies, des tranchées, de la fièvre de lait, de l'hygiène des femmes en couches.

G. Les soins qu'on doit à l'enfant, depuis sa naissance jusqu'au sévrage, ont été détaillés avec toute l'attention qu'ils méritaient. Nous avons successivement parlé : 1° de la position qu'il convient de lui donner aussitôt après sa sortie du sein de sa mère; 2° de la section du cordon ombilical; 3° de sa ligature, 4° du nettoiement de l'enfant; 5° du petit appareil qu'il convient de placer autour du cordon ombilical, 6° de l'emmaillottement; 7° de l'air que l'enfant doit respirer; 8° de la lumière qu'il doit recevoir; 9° de la chambre qu'il doit habiter; 10° des vêtemens

dont il doit être couvert ; 11° de l'allaitement par la mère ; 12° de l'allaitement par une nourrice ; 13° du choix de cette dernière ; 14° de l'allaitement au biberon ; 15° du sévrage ; 16° de l'éducation morale.

TROISIÈME SECTION.

PRATIQUE PROPREMENT DITE.

Nous avons compris dans cette 3e section tout ce qui a rapport aux accouchemens contre nature. Ici les femmes ne peuvent plus être abandonnées à elles-mêmes : leur état exige plus ou moins impérieusement les secours de l'art.

Les causes qui obligent à agir n'étant pas toujours de la même nature, nous avons cru devoir les diviser en trois classes.

Dans la 1re classe nous avons rangé tous les accidens qui peuvent survenir du côté de la mère et de l'enfant, et compromettre leur existence si l'art ne vient pas à leur secours. De ce nombre sont :

Du côté de la mère : l'hémorragie, les convulsions, l'épuisement, les syncopes, l'inertie de la matrice, son obliquité exagérée, le resserrement de son orifice sur le col de l'enfant, une hernie irréductible, un anévrysme, la rupture de la matrice, celle du vagin, l'asthme, la présence de plusieurs enfans dans l'utérus.

Du côté de l'enfant : la sortie prématurée du cor-

don ombilical, son peu de longueur, son excès de longueur, enfin l'hémorragie qui peut survenir dans l'intérieur des membranes, après la rupture de l'un des vaisseaux ombilicaux.

Dans la 2e classe, nous avons dû parler de toutes les positions vicieuses que peut prendre l'enfant dans l'intérieur de la matrice. On sait combien il importe à l'accoucheur de connaître à fond tout ce qui se rattache à ces positions, puisque c'est de cette connaissance parfaite que dépend en grande partie le succès des manœuvres. Comment, en effet, parviendrait-on à terminer un accouchement contre nature, si, au moment d'agir, on ne savait parfaitement de quelle manière l'enfant est situé ?

Les différentes positions que peut affecter le fœtus, dans l'intérieur de la matrice, sont extrêmement nombreuses, si on n'a égard qu'aux parties que l'enfant peut alternativement présenter au centre du bassin, et à leurs rapports avec les parties environnantes ; mais en considérant les manœuvres que réclament ces diverses positions, on s'aperçoit bientôt que leur nombre peut être singulièrement réduit. Nous avons donc cru devoir nous appliquer à simplifier, autant que possible, cette partie importante de notre travail, persuadé que nous pouvions le faire sans jeter la moindre incertitude dans l'esprit des élèves. Nous avions d'ailleurs pour garant notre pratique de tous les jours, car tous nos élèves se félicitent de pouvoir, en un temps très court, étudier et

savoir la manœuvre de tous les accouchemens contre nature.

Quelques auteurs, et, en particulier, Merriman et madame Lachapelle, n'admettent pas les positions des régions antérieure et postérieure, parce que, disent-ils, la direction des contractions de la matrice est telle qu'elles tendent toujours à ramener le fœtus par le côté. Nous sommes loin d'être de cet avis; car, outre que l'explication donnée n'est point satisfaisante, plusieurs praticiens dignes de foi ont dit avoir rencontré ces positions; nous avons eu nous-même occasion de les observer plusieurs fois.

Dans la 3e classe, nous avons dû placer les vices de conformation et les maladies dont la mère et l'enfant peuvent être affectés; bien entendu qu'il n'a été question que de ceux qui, en augmentant le volume du fœtus, ou en diminuant la capacité du bassin de la mère, peuvent s'opposer à la terminaison naturelle de l'accouchement. Ainsi, *du côté de la mère*, nous avons successivement parlé des vices de conformation par étroitesse du bassin, et de toutes les tumeurs qui, en se développant dans sa cavité, en diminuent plus ou moins la capacité. Nous avons dit aussi quelques mots des déplacemens de l'utérus et des divers états de son col, qui peuvent apporter des obstacles au passage du fœtus.

Nous avons traité, dans un autre article, des monstruosités que l'enfant peut présenter, de l'hydrocéphale, de l'hydrothorax, de l'ascite et des di-

verses tumeurs qui, en naissant de la surface de son corps, augmentent son volume au point d'empêcher l'accouchement d'avoir lieu.

H. Après avoir indiqué les différentes causes capables de rendre l'accouchement contre nature, nous avons dû passer à l'étude des manœuvres à l'aide desquelles on parvient toujours à délivrer les femmes; mais avant tout, il nous a paru indispensable d'exposer les signes au moyen desquels on peut reconnaître que l'enfant, renfermé dans la matrice est mort, ou vivant, car le choix du parti à prendre, quand il s'agit de terminer l'accouchement, dépend bien souvent de l'état dans lequel se trouve l'enfant. Ainsi, dans tel cas où, celui-ci étant vivant, on devrait avoir recours à la symphyséotomie ou à l'opération césarienne, il faut, lorsqu'il est mort, pratiquer sur lui toutes les opérations nécessaires à la terminaison de l'accouchement.

J. L'accoucheur, appelé auprès d'une femme qui réclame ses soins, a trois moyens à sa disposition pour opérer l'extraction du fœtus, savoir : 1° la main seule; 2° les instrumens mousses; 3° les instrumens tranchans.

Le choix de ces différens moyens est toujours déterminé par le genre de cause qui met obstacle à la terminaison de l'accouchement.

K. Avant de passer aux manœuvres proprement dites, nous avons dû indiquer : 1° le temps où il

convient d'agir ; 2° les précautions à prendre ; 3° la position qu'il faut donner à la femme au moment de l'opération ; 4° les soins qui regardent l'accoucheur en particulier ; 5° la manière dont le baptême provisoire doit être administré; 6° le choix qu'il faut faire de l'une ou de l'autre main ; 7° l'instant où il convient le mieux de pénétrer dans les parties; 8° enfin, les règles à observer pour manœuvrer avec succès.

L. Passant alors aux différentes présentations du fœtus, nous avons successivement parlé des positions des pieds, de celles des genoux, du siége, de la tête et des régions antérieure, postérieure et latérales du tronc.

M. Après avoir indiqué les signes à l'aide desquels on peut arriver à reconnaître chacune des parties du fœtus et les rapports que ce dernier présente dans les diverses positions qu'il peut affecter, nous avons exposé avec détails les manœuvres applicables à chacune de ces positions.

C'est ici le cas de dire ce que nous avons fait pour rendre l'étude des accouchemens contre nature moins aride, moins fastidieuse, et, partant, plus profitable aux élèves.

Depuis long-temps, on sentait le besoin de réformes importantes ; les accoucheurs les plus célèbres, et en particulier notre vénérable professeur Dubois, disaient chaque jour qu'on pouvait apporter dans le manuel des accouchemens contre nature de nom-

breuses modifications. Nous avons donc cru devoir faire tous nos efforts pour arriver à simplifier autant que possible cette partie importante de l'art.

Avons-nous réussi dans notre entreprise, et la manœuvre des accouchemens, envisagée comme nous l'avons fait, est-elle devenue plus simple, plus facile à comprendre et à retenir, moins embarrassante dans son exécution, plus sûre dans ses résultats? c'est ce qu'il nous sera facile de démontrer.

Autrefois les accoucheurs admettaient une multitude de positions, et, comme pour mettre le comble aux difficultés, ils assignaient à chacune de ces positions une manœuvre particulière; ainsi, par exemple, ils reconnaissaient 96 positions pour le tronc seul, et prétendaient que ces 96 positions demandaient 96 manœuvres différentes. Il résultait de ce grand nombre de positions et de manœuvres des difficultés à chaque pas, des contradictions choquantes et un dégoût prononcé de la part des élèves pour l'étude de l'art; aussi ne trouvait-on, alors, que fort peu d'hommes habiles dans la pratique des accouchemens.

A une époque moins reculée, les accoucheurs ont bien senti tous les avantages qu'on pourrait retirer d'une réforme devenue tout-à-fait indispensable. Il fallait de toute nécessité diminuer le nombre des positions et sur-tout celui des manœuvres, en ayant soin de les rendre plus simples dans leur application. Il fallait, par un arrangement nouveau, attirer l'attention des élèves et les ramener à l'étude d'une

science qu'ils avaient jusqu'alors beaucoup trop négligée.

Déjà plusieurs auteurs recommandables étaient parvenus, à force d'études, à introduire dans le manuel d'heureuses modifications ; mais il restait encore beaucoup à faire.

Depuis, quelques accoucheurs fort habiles, sans doute, se sont efforcés de continuer ce qu'avaient commencé leurs devanciers; mais, tout en améliorant les choses, ils ne sont point arrivés à ce degré de simplicité qu'il nous a paru possible d'apporter dans l'exposé des positions et des manœuvres qui leur sont applicables, et, cependant, pour y arriver il ne fallait qu'étudier avec soin toutes les manœuvres, les rapprocher les unes des autres, les comparer entre elles et grouper dans une même catégorie toutes celles qui avaient entre elles le plus de ressemblance.

En procédant ainsi, nous sommes arrivé aux résultats les plus satisfaisants.

Ainsi, nous avons pu diviser le bassin en deux moitiés latérales, et ramener toutes les positions du fœtus à deux principales, une pour le côté gauche et une pour le côté droit.

Mais ce n'était point encore assez : il fallait, pour plus de simplicité, démontrer que ces deux positions principales pouvaient, quant à la manœuvre, être réduites à une seule. Et, en effet, il n'y a de différence entre la manœuvre du côté gauche et celle du côte droit que dans le choix de la main qu'on introduit

dans les parties; car, hors cela, on fait exactement avec la main gauche ce que l'on fait avec la droite; les manœuvres sont donc absolument semblables. Citons pour exemple les positions de la tête au détroit supérieur du bassin :

1re Position *du sommet de la tête* au détroit supérieur (côté gauche du bassin de la mère). Nous comprenons dans cette première position toutes celles dans lesquelles l'occiput répond au côté gauche du bassin, depuis la cavité cotyloïde jusqu'à la symphyse sacro-iliaque.

Rapports généraux : l'occiput regarde toujours à gauche du bassin et la face toujours à droite. La région latérale gauche du tronc est toujours dirigée en arrière. Les pieds sont toujours au fond de la matrice.

Indications générales : l'accouchement devant être terminé à l'aide de la main seule, il faut toujours refouler la tête et aller chercher l'extrémité abdominale pour terminer par les pieds.

Manœuvre générale. Le côté gauche du tronc étant toujours dirigé en arrière, *on se sert toujours de la main gauche* pour manœuvrer; *on refoule toujours la tête à gauche* de la mère, en même temps qu'avec la main droite, appliquée sur le ventre, *on incline le corps de l'utérus du côté opposé*, afin de rapprocher, autant que possible, les extrémités abdominales du fœtus du détroit supérieur du bassin. Après avoir ainsi refoulé la tête à gauche

et incliné le corps de l'utérus à droite, *on parcourt toujours la région latérale gauche du tronc* jusqu'aux membres abdominaux qu'on ramène de manière à terminer *toujours en seconde position des pieds.*

Nous avons donc eu raison, en ayant égard à la manœuvre, de n'admettre qu'une seule position pour tout le côté gauche du bassin de la mère, puisque, dans tous les cas, les rapports généraux du fœtus, les indications à remplir et les manœuvres sont absolument les mêmes.

2^me^ Position *du sommet de la tête au détroit supérieur* (côté droit du bassin de la mère). Si nous sommes arrivé à démontrer qu'il convient de n'admettre, *quant à la manœuvre,* qu'une seule position du fœtus pour tout le côté gauche du bassin, il nous sera bien facile de prouver que la même application doit être faite au côté droit.

Nous avons donc dû comprendre dans notre seconde position toutes celles de la tête dans lesquelles l'occiput répond au côté droit du bassin, depuis la cavité cotyloïde jusqu'à la symphyse sacro-iliaque.

Ici, la région latérale droite du fœtus étant constamment dirigée en arrière, *on devra, dans tous les cas, se servir de la main droite* pour manœuvrer; *on refoulera toujours la tête à droite de la mère, en même temps qu'avec la main gauche appliquée sur le ventre on inclinera le fond de l'utérus du côté opposé.*

On parcourera ensuite toute la *région latérale droite* du fœtus jusqu'aux membres abdominaux qu'on

ramènera de manière à terminer toujours en 1re position des pieds.

Maintenant, si nous avons démontré qu'on doit faire avec la main droite exactement la même chose qu'avec la main gauche, pourquoi se refuserait-on à admettre qu'il n'y a véritablement pour toutes les positions de la tête au détroit supérieur du bassin, qu'une seule et même manœuvre, avec cette différence, toutefois, qu'il faut agir avec la main gauche, du côté gauche, tandis que du côté droit il faut agir avec la main droite.

Ce que nous venons de dire, pour les positions de la tête au détroit supérieur du bassin, s'applique tout naturellement à celles des pieds, des genoux, du siége et du tronc avec ou sans issue d'un bras.

Ainsi donc les élèves n'auront plus à étudier qu'une seule manœuvre pour chacune des parties que l'enfant peut alternativement présenter, et, de cette manière, ils pourront, en quatre ou cinq leçons, connaître à fond tout le manuel des accouchemens contre nature. L'étude de la manœuvre ne sera plus pour eux un sujet de dégoût et d'inquiétude, et l'humanité, nous osons le dire, y trouvera son profit.

N. Quant au forceps, nous nous sommes efforcé d'apporter, dans son application, les mêmes modifications que dans les manœuvres qui se font à l'aide de la main seule, et nous croyons bien fermement que l'étude de cette partie du manuel paraîtra autant simple que possible. Nous n'avons rien négligé

dans l'exposition des règles qu'il est indispensable de suivre pour procéder avec méthode à l'application de l'instrument. Ainsi, après avoir donné une courte description du forceps, nous avons dit, 1° de quelle manière les branches doivent être introduites dans les positions directes et diagonales ; 2° dans quel sens les courbures des cuillères doivent être dirigées ; 3° comment la main, qui sert de guide aux branches, doit être placée, soit que la tête se trouve encore dans la matrice, soit qu'elle ait déjà franchi le détroit supérieur du bassin ; 4° de quelle manière l'instrument doit être tenu ; 5° les précautions à prendre pour rendre son introduction plus facile et moins douloureuse ; 6° la position qu'il convient de donner à la femme ; 7° celle que l'accoucheur lui-même doit prendre pendant l'opération ; 8° enfin de quelle manière les mains doivent être disposées au détroit supérieur et au détroit inférieur du bassin.

O. L'enclavement de la tête, selon son épaisseur, nous a paru devoir fixer notre attention. Depuis longtemps, on disait que les branches du forceps se trouvant appliquées l'une sur la face et l'autre sur l'occiput, il fallait absolument, après avoir surmonté l'obstacle, changer la disposition de l'instrument, en le retirant du bassin pour le réappliquer ensuite sur les régions temporales de la tête et dans le sens du diamètre occipito-mentonnier ; mais cette manœuvre secondaire, si on voulait l'exécuter, serait toujours longue et difficile pour l'accoucheur, très

douloureuse pour la femme, en même temps que sans aucun profit.

Il nous a donc paru plus convenable de faire éprouver à la tête son mouvement de rotation, et de l'extraire ensuite sans déranger le forceps de la place qu'il occupe. Le mouvement de rotation doit être d'autant plus facile à exécuter qu'en cherchant à ramener l'occiput sous le pubis, on fait passer la tête d'un diamètre plus petit dans un diamètre beaucoup plus grand. Une fois le mouvement de rotation opéré, on peut très bien, moyennant quelques précautions, extraire la tête sans changer encore la position du forceps. On devra donc toujours donner la préférence à une manœuvre qui présente tous les avantages de celle proposée avant nous, sans en avoir les graves inconvéniens.

P. Les positions de la face, lorsqu'on veut obtenir le redressement de l'occiput, présentent souvent de très sérieuses difficultés ; aussi nous sommes-nous appliqué à en simplifier autant que possible les manœuvres. Nous avons indiqué, dans une note placée à la fin de l'ouvrage, les modifications qui nous ont paru devoir être apportées dans la manœuvre de ces positions.

Après avoir passé en revue toutes les positions de la tête dans lesquelles le forceps doit être appliqué, nous avons présenté un résumé, concernant l'application de cet instrument, qui pourra être d'un grand secours pour les élèves.

Q. Le levier est un instrument dont l'emploi est difficile, peu sûr, et quelquefois dangereux; aussi n'en avons-nous parlé qu'afin de trouver l'occasion de dire ce que nous pensons de son usage.

R. Les crochets mousses et les lacs ont été l'objet d'articles à part.

S. Après avoir exposé tout ce qui avait rapport aux accouchemens contre nature des deux premières classes, c'est-à-dire de ceux qui peuvent être terminés à l'aide de la main seule, ou des instrumens mousses, nous avons dû passer à l'étude des accouchemens contre nature de la 3^{me} classe, c'est-à-dire de ceux qui réclament impérieusement l'emploi des instrumens tranchans.

C'est ici sur-tout qu'il nous a fallu nous appliquer à être clair et précis, car les cas auxquels on a affaire, dans cette 3^{me} classe, sont le plus souvent graves, et le parti à prendre dépend toujours de la connaissance exacte que l'on a de l'état des parties.

Il fallait, avant tout, exposer avec méthode les différentes causes qui peuvent mettre dans la nécessité d'agir, et sur-tout indiquer avec précision l'espèce d'opération applicable à chaque cas en particulier.

Nous avons successivement parlé :

1° *De l'embryotomie ;* opération qui consiste à mutiler le fœtus pour en diminuer le volume. Il nous a fallu indiquer avec détails les cas dans lesquels il convient de pratiquer l'opération, et ceux dans lesquels il faut s'en abstenir.

2° *De la symphyséotomie ;* opération qui consiste à diviser la symphyse des pubis pour agrandir les diamètres du bassin de la mère, lorsqu'il y a disproportion entre eux et le volume de l'enfant. Ici, comme pour l'embryotomie, nous avons dû faire connaître les cas où il convient de pratiquer l'opération et ceux qui la contre-indiquent. Nous avons dû aussi indiquer le degré d'écartement possible sans lésion des symphyses sacro-iliaques, les bénéfices que l'on peut retirer de l'opération relativement à l'accouchement, le temps où il convient d'agir, les règles à observer en pra i-quant l'opération, les soins consécutifs qui doivent être administrés à la femme, enfin les résultats qu'on peut espérer par rapport à la mère et à l'enfant.

3° *De l'opération césarienne.* Ici, après un court historique, nous avons dû faire connaître les cas dans lesquels l'opération doit être pratiquée, ceux dans lesquels il y a contre-indication, le temps où il convient d'agir, les instrumens et pièces d'appareil nécessaires, le lieu où l'opération doit être pratiquée de préférence, les inconvéniens des méthodes latérales, des divers procédés proposés par MM. Ritgen, Physick et Baudeloque neveu, les avantages de la méthode qui consiste à diviser les parois du ventre et de la matrice, en suivant la direction de la ligne blanche, les soins qu'il convient de prendre avant l'opération, la position qu'il faut donner à la femme et aux aides, les règles à observer en pratiquant l'opération, le traitement consécutif, enfin les résultats qu'on peut espérer de l'opération.

4° *De l'opération césarienne vaginale*; opération qui consiste à inciser la matrice à travers le vagin, lorsque l'orifice du col manque, ou qu'il n'est pas dilatable, ou bien encore lorsqu'il est fort élevé et qu'on ne peut le ramener au centre du bassin.

5°. Enfin de la *Gastrotomie ;* opération qui consiste à diviser les parois de l'abdomen dans un point quelconque de leur étendue, lorsque l'enfant s'est développé ailleurs que dans la matrice, ou lorsqu'après s'y être développé il a été projeté dans le ventre à travers une déchirure survenue pendant le travail de l'accouchement. Nous avons indiqué avec soin tout ce qu'il importe de connaître pour pratiquer l'opération avec méthode.

IV. *La Délivrance contre nature* est sans contredit un des points pratiques les plus difficiles et qui demande le plus de connaissances, car, ici, la moindre faute peut avoir les plus fâcheux résultats.

Avant de parler du procédé opératoire, nous avons dû mettre sous les yeux du lecteur les différentes causes qui peuvent rendre la délivrance contre nature, savoir : l'hémorrhagie, les convulsions, les syncopes, l'inertie de la matrice, le resserrement du col, l'adhérence contre nature du placenta, son enkistement, etc., etc.

Passant ensuite au procédé opératoire, nous avons dit de quelle manière l'accoucheur devait s'y prendre pour extraire le placenta, soit qu'il ne tienne plus

à la matrice, soit que ses adhérences aient résisté aux contractions de l'organe.

V. Nous avons placé, à la fin de notre 1re partie, huit tableaux synoptiques représentant tout ce qu'il y a de plus important dans la science. Nous croyons bien que ces huit tableaux seront fort utiles aux élèves, puisqu'il leur suffira d'y jeter un coup d'œil pour se rappeler ce qu'ils auraient pu oublier après avoir lu l'ouvrage dans tous ses détails.

DEUXIÈME PARTIE.

Maladies des Femmes.

Dans cette seconde partie de notre ouvrage, nous nous sommes principalement attaché à traiter des maladies qui affectent le plus ordinairement les femmes, soit à l'âge de la puberté, soit pendant la grossesse, soit au moment de l'accouchement, soit enfin pendant le temps des suites de couches.

Nous avons traité, dans un article à part, de certaines maladies qui, lorsqu'elles surviennent pendant la grossesse, exigent, dans leur traitement, d'importantes modifications.

Nous aurions pu sans doute nous étendre davantage, mais c'eût été manquer notre but.

N'ayant voulu considérer la femme que sous le rapport de ses fonctions génitales, nous avons dû ne parler que des maladies qui se rattachent d'une ma-

nière plus ou moins directe à ces fonctions ; en traitant d'autres maladies, nous eussions empiété sur le domaine de la médecine ou de la chirurgie proprement dites.

UN PREMIER CHAPITRE a été consacré aux *maladies qui attaquent le plus souvent les jeunes filles à l'âge de la puberté*, telles que l'aménorrhée, la dysménorrhée, la ménorrhagie, la chlorose, l'hystérie, la nymphomanie, la leucorrhée, et l'anaphrodisie.

UN SECOND CHAPITRE comprend les *maladies qui affectent le plus ordinairement les femmes durant la gestation :* ces maladies sont divisées en plusieurs sections.

La première a rapport aux organes de la digestion. Les maladies qui se trouvent classées, dans cette section, sont le ptyalisme, l'odontalgie, la gastralgie, l'anorexie, les nausées, les vomissemens, les appétits dépravés, la constipation, la diarrhée, le ténesme, les coliques, les hernies, la rétention et l'incontinence d'urine.

La seconde section comprend toutes les lésions qui portent sur la circulation ; telles que la pléthore sanguine, la céphalalgie, l'épistaxis, l'hémorragie alvéolaire, les palpitations, l'hémoptysie, l'hémathémèse, l'hémorragie utérine, l'hémorragie fœtale, la syncope, les hémorrhoïdes, les varices, et l'œdème.

La troisième section a été consacrée aux maladies de la respiration, telles que la toux et la dyspnée.

La quatrième aux lésions de la locomotion.

La cinquième aux lésions des sens, telles que les névroses de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, etc.

La sixième, enfin, aux maladies qui ont pour siége les organes de la génération ou le produit de la conception, telles que le prurit des parties génitales, le prolapsus de la matrice, celui du vagin, l'anté-version, la rétro-version, l'anté-flexion, la rétro-flexion, les obliquités de l'utérus, sa hernie, l'avortement, les môles placentaire, fibrineuse ou vésiculaire, les polypes, l'hydropisie de la matrice, celle de l'amnios, l'épanchement de sang dans l'utérus, la tympanite utérine, l'hydropisie de l'ovaire, la fausse grossesse.

Nous avons fait suivre cette dernière section de deux articles à part, l'un sur l'influence que peut avoir la grossesse sur les maladies, l'autre sur l'influence que peuvent avoir les maladies sur la grossesse.

Un troisième chapitre comprend toutes les *maladies qui peuvent être occasionées par l'accouchement*, telles que l'emphysème, la rupture du sternum, la contusion des organes génitaux, la déchirure du périnée, le renversement de la matrice, celui du rectum, l'hémorragie, le thrumbus vulvaire, l'infiltration des organes génitaux externes, l'inflammation du vagin, celle des grandes lèvres, les fistules uréthro, vésico,

et recto-vaginales, les accidens des lochies, les tranchées utérines, la métrite, l'inflammation des annexes de l'utérus, la péritonite puerpérale, la névrite, les éruptions cutanées, l'engorgement des membres abdominaux.

Un 4e chapitre traite des *maladies de la lactation*, telles que le spasme des mamelles, les lésions du mamelon, l'engorgement inflammatoire connu sous le nom de *poil*, l'écoulement involontaire du lait, sa rétention, sa sécrétion trop abondante, son défaut complet.

Un 5e chapitre, enfin, a été consacré à l'exposé des modifications qu'il convient d'apporter dans le traitement des maladies en général, pendant la grossesse, et dans celui de la syphilis en particulier.

TROISIÈME PARTIE.

Maladies des Enfans.

Dans cette troisième et dernière partie, nous avons eu pour but d'examiner les vices de conformation et les principales maladies dont l'enfant peut être affecté en venant au monde ou peu de temps après sa naissance.

Dans un premier chapitre nous avons traité de tous les vices de conformation que l'enfant peut ap-

porter en naissant, tels que rétrécissemens, occlusions, imperforations, adhérences et divisions contre nature, prolongemens, excès, défaut, déviations de parties.

Dans un 2e chapitre, nous nous sommes occupé des maladies que l'enfant peut apporter en naissant, comme la syphilis, la cyanose, l'hydrocéphale, l'hydrorachis, l'hydrothorax, l'ascite, l'hydrocèle, les hernies de l'ombilic, de l'aîne et du cerveau.

Le 3e chapitre a été consacré aux maladies qui peuvent être le résultat de l'accouchement; ainsi nous avons successivement parlé de l'allongement de la tête du fœtus, de l'apoplexie, de la syncope, des contusions, des plaies, des luxations et des fractures.

Enfin, dans un 4e et dernier chapitre, nous avons dû exposer les principales maladies qui peuvent se manifester immédiatement ou peu de temps après la naissance, comme la rétention du méconium, la diarrhée, la chute du rectum, les tranchées, le vomissement, l'ictère, les aphthes, l'ophtalmie, la rétention et l'incontinence d'urine, le séjour prolongé des testicules dans le pli des aînes, l'inflammation, le fongus, les ulcérations et l'hémorragie de l'ombilic, les efflorescences cutanées, l'erythême, la suppuration des oreilles, les gerçures, les convulsions, enfin l'œdème et la variole.

Nous nous sommes toujours attaché dans nos descriptions à être clair et concis, en ayant soin toutefois de ne rien omettre d'important; de cette manière nous croyons avoir atteint le but que nous nous sommes proposé, celui de mettre les élèves à même d'étudier, sans dégoût et en peu de temps, les accouchemens et toutes les maladies qui s'y rattachent.

COURS COMPLET

D'ACCOUCHEMENS

ET DE

MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANS.

PREMIÈRE PARTIE.

PREMIÈRE SECTION.

ANATOMIE DES PARTIES DE LA FEMME QUI SERVENT A LA GÉNÉRATION, A LA GROSSESSE ET A L'ACCOUCHEMENT.

DES PARTIES DURES.

Du sacrum.

Le sacrum est un os impair situé à la partie postérieure du bassin, entre les deux os des iles, au dessous de la colonne vertébrale et au dessus du coccix.

Sa forme est celle d'un triangle aplati d'avant en arrière et recourbé sur sa face antérieure.

Pour l'étudier avec méthode, il convient de le diviser en deux faces, l'une externe et l'autre interne, en deux bords latéraux, en base et en sommet.

La face externe est irrégulièrement convexe; elle présente dans son milieu une rangée d'éminences que l'on

nomme apophyses épineuses des fausses vertèbres du sacrum; au dessus de la première, existe une ouverture triangulaire qui commence le canal sacré; au dessous de la dernière, existe une gouttière longitudinale qui termine le même canal; les bords de cette gouttière offrent à leur extrémité inférieure un petit tubercule qui s'unit quelquefois aux cornes du coccix. De chaque côté de la rangée d'apophyses épineuses, on remarque une gouttière superficielle percée de quatre trous qu'on nomme sacrés postérieurs; et plus en dehors une surface raboteuse où se fixent les ligamens qui unissent le sacrum à l'os des iles.

La face interne est concave dans le sens de sa longueur, et présente dans son milieu quatre lignes transversales qui indiquent le lieu où se sont réunies les pièces dont le sacrum est formé dans le jeune âge. Entre ces lignes existent des gouttières superficielles qui affectent aussi une direction transversale. Sur les parties latérales existent deux rangées de trous qu'on nomme sacrés antérieurs; ces trous sont taillés obliquement dans l'épaisseur de l'os, et forment en dehors autant de gouttières dans lesquelles les nerfs sacrés sont reçus de manière à n'être point comprimés par la tête du fœtus, lorsqu'elle arrive dans l'excavation du bassin.

Les bords latéraux présentent, dans leur moitié supérieure, une surface articulaire qui s'unit à l'os des iles. Dans le reste de leur étendue, ils donnent attache aux ligamens sacro-sciatiques.

La base est la partie la plus large et la plus épaisse de l'os; elle est dirigée en haut et un peu en avant. Elle présente, à sa partie moyenne, une facette ovalaire qui s'articule avec le corps de la dernière vertèbre des lombes. De chaque côté de cette facette articulaire existe une surface plane qui concourt a former les fosses iliaques internes; en arrière, on voit s'élever deux apophyses articulaires qui s'unissent à celles de la dernière vertèbre des lombes.

Le sommet présente une petite facette ovalaire transver-

salement, plus saillante en arrière qu'en avant, et qui s'articule avec la base du coccix.

Le sacrum, dans le très-jeune âge, est composé de cinq pièces qui se soudent ensuite et ne forment plus qu'un seul os dans l'âge adulte.

Du coccix.

Le coccix est situé au dessous du sacrum dont il a la forme, en petit.

Sa face externe est légèrement convexe et inégale.

L'interne, concave selon sa longueur, répond à l'intestin rectum.

Les bords latéraux donnent attache aux ligamens sacro-sciatiques.

La base présente en avant une surface ovalaire transversale qui s'articule avec le sommet du sacrum, et en arrière deux petites éminences ou *cornes* qui s'unissent aussi au sacrum.

Le sommet est tuberculeux, et donne attache au muscle releveur de l'anus.

Le coccix est composé de trois pièces qui diminuent insensiblement de largeur, depuis le haut de la première jusqu'à l'extrémité inférieure de la dernière. Ces trois pièces sont liées entre elles de manière à jouir long-temps de quelque mobilité. Elles finissent cependant par se souder ensemble pour ne plus former qu'une seule pièce.

De l'os des iles.

L'os des iles est pair; situé à la partie antérieure et latérale du bassin, dont il forme, avec son semblable, plus des trois quarts. Il est irrégulièrement quadrilatère, large à ses extrémités, retréci à sa partie moyenne et comme tordu sur lui-même.

On le divise en deux faces, l'une externe et l'autre in-

terne; en quatre bords, un supérieur, un inférieur, un antérieur et un postérieur.

Face externe. Elle présente, supérieurement, la fosse iliaque externe qui, dans l'état frais, est remplie par les muscles fessiers : au milieu, la cavité cotyloïde qui reçoit la tête du fémur : inférieurement, la fosse sous-pubienne et le trou sous-pubien; ce dernier, dans l'état frais, est bouché par une membrane qui s'attache à sa circonférence.

La face interne présente supérieurement, et en avant, la fosse iliaque interne; en arrière une surface articulaire semblable à celle qui existe sur les bords du sacrum; et plus loin, des inégalités qui donnent attache aux ligamens sacro-iliaques.

Au dessous de la fosse iliaque interne existe un rebord saillant, concave et mousse qui fait partie du détroit supérieur du bassin.

Tout ce qui est au dessous de ce rebord osseux concourt à former l'excavation du bassin. Cette partie de l'os présente, d'arrière en avant, une surface carrée qui répond à la cavité cotyloïde, le trou sous-pubien, la face interne du corps du pubis et de sa branche descendante; enfin, la surface interne de l'ischion et de sa branche ascendante.

Bord supérieur. On le nomme communément crête iliaque : il est incliné en dehors, contourné en forme d'*S* italique, plus épais en avant et en arrière qu'à sa partie moyenne, et donne attache aux parois abdominales.

Bord inférieur. Il est divisé en deux parties, l'une verticale et l'autre oblique. La première présente une empreinte articulaire qui concourt à former la symphyse des pubis; la seconde, renversée en dehors, concourt à former l'arcade du même nom.

Bord antérieur. Il est concave et présente de haut en bas l'épine iliaque antérieure et supérieure; une petite échancrure; l'épine iliaque antérieure et inférieure; une large coulisse par où passe le tendon commun aux muscles psoas et iliaque; l'éminence ilio-pectinée; une surface triangu-

laire et horizontale ; enfin, l'épine et l'angle du pubis.

Bord postérieur. Il est assez irrégulier et presente, de haut en bas, l'épine iliaque postérieure et supérieure ; une petite échancrure ; l'épine iliaque postérieure et inférieure ; la grande échancrure sciatique ; l'épine du même nom ; une petite échancrure ; enfin, la tubérosité sciatique.

L'os des iles est composé dans le jeune âge de trois pièces osseuses, *l'ilium*, *l'ischium et le pubis*. A l'âge de puberté, ces trois pièces sont réunies et ne forment plus qu'un seul et même os ; il est donc tout-à-fait inutile de les étudier séparément, comme beaucoup d'accoucheurs l'ont fait jusqu'à présent.

DES ARTICULATIONS DU BASSIN.

Les quatre os qui entrent dans la composition du bassin sont réunis entre eux par quatre articulations qui portent généralement le nom de symphyses.

De la symphyse des pubis.

La symphyse des pubis est formée par le rapprochement des surfaces ovalaires qui constituent la portion verticale du bord inférieur des os des iles.

Ces surfaces sont encroûtées de cartilage et légèrement convexes, ce qui fait qu'elles ne se touchent que dans une petite étendue près de la surface interne de l'os : dans l'endroit où elles sont en contact, existe une petite synoviale. Autour de ce point d'articulation se trouvent des fibres ligamenteuses concentriques très-serrées qui vont directement d'une surface articulaire à l'autre et représentent une espèce de coin dont la base est dirigée en avant et le sommet en arrière.

Les autres moyens d'union sont, 1° le ligament triangulaire qui complète la partie supérieure de l'arcade des pubis et s'attache de chaque côté à la partie supérieure et interne de ses branches ; 2° des fibres ligamenteuses très-

serrées qui s'entrecroisent de diverses manières au devant de l'articulation.

La symphyse des pubis, selon M. Capuron, est tout-à-fait immobile dans l'état naturel; M. Desormeaux croit au contraire qu'elle jouit d'une certaine mobilité; son opinion est justifiée par la disposition de l'articulation.

Des symphyses sacro-iliaques.

Les symphyses sacro-iliaques sont le résultat du rapprochement des surfaces articulaires qui se trouvent, les unes sur les bords latéraux du sacrum, les autres à la partie supérieure et postérieure de la face interne des os des iles.

Ces facettes articulaires sont inégales, recouvertes d'une lame cartilagineuse, et appliquées l'une à l'autre de telle sorte que leurs saillies et leurs enfoncemens se reçoivent mutuellement. Dans beaucoup de points il existe une substance jaunâtre dont la nature est inconnue, et qui devient plus consistante à mesure que les femmes avancent en âge.

Les principaux moyens d'union sont, 1° *en avant*, plusieurs bandes ligamenteuses qui passent transversalement d'un os à l'autre; 2° *en arrière*, de forts trousseaux ligamenteux qui s'étendent de la partie latérale et postérieure du sacrum à la partie voisine de l'os des iles; 3° *en haut*, les ligamens ilio-lombaires qui, du sommet des apophyses transverses de la dernière vertèbre des lombes, se portent directement à la partie postérieure de la crête iliaque; 4° *en bas*, les ligamens sacro-sciatiques qui se fixent par leur base à la partie postérieure des crêtes iliaques, aux bords du sacrum et du coccix, et par leur sommet, savoir, le grand à la tubérosité sciatique, et le petit à l'épine du même nom.

Ces ligamens ne servent pas seulement à affermir les articulations sacro-iliaques, ils concourent encore à compléter inférieurement la cavité du bassin.

Les symphyses sacro-iliaques jouissent d'un peu de mobilité.

De l'articulation sacro-coccygienne.

L'articulation sacro-coccygienne résulte du rapprochement des facettes elliptiques que présentent la pointe du sacrum et la base du coccix.

Cette articulation est affermie,

1° Par un fibro-cartilage qui est placé entre les surfaces articulaires;

2° Par un ligament sacro-coccygien antérieur qui se porte de la face antérieure du sacrum à celle du coccix;

3° Par un ligament sacro-coccygien postérieur qui, des bords de la gouttière qui termine le canal sacré, s'étend à la face postérieure du coccix;

4° Enfin, par deux petits ligamens qui, des cornes du sacrum, vont se fixer à celles du coccix.

Les différentes pièces osseuses qui forment le coccix sont unies entre elles de la même manière.

Les articulations du coccix jouissent ordinairement d'une assez grande mobilité, en arrière et en avant; mais cette mobilité se perd avec l'âge, et c'est ce qui rend l'accouchement plus difficile chez les femmes qui accouchent pour la première fois dans un âge avancé.

De l'union du bassin avec la colonne vertébrale.

L'articulation du sacrum avec la colonne vertébrale a lieu par trois points différens, savoir : par le milieu de sa base avec le corps de la dernière vertèbre lombaire, et par ses apophyses articulaires avec celles de la même vertèbre. La face inférieure du corps de la dernière vertèbre des lombes est coupée fort obliquement, de manière qu'elle est beaucoup plus saillante en avant qu'en arrière; la facette ovalaire de la base du sacrum offre une semblable disposition, d'où il suit que de la réunion de ces deux surfaces doit nécessairement résulter une saillie en avant : c'est à cette saillie qu'on donne le nom d'angle sacro-vertébral.

Les ligamens qui affermissent cette articulation sont, 1° un fibro-cartilage placé entre les surfaces articulaires, et qui, plus épais en avant qu'en arrière, augmente encore par cette disposition la saillie de l'angle sacro-vertébral; 2° la fin des ligamens vertébraux antérieur et postérieur qui de la dernière vertèbre des lombes se portent au sacrum; 3° la fin du ligament sur-épineux qui se continue sur la crête médiane du sacrum; 4° un ligament inter-épineux qui se fixe au bord inférieur de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire, et au bord supérieur de l'apophyse épineuse de la première fausse vertèbre du sacrum; 5° un ligament jaune qui unit les lames entre elles; 6° enfin les capsules qui entourent les apophyses articulaires.

L'articulation du sacrum avec la colonne vertébrale jouit d'une mobilité assez marquée.

De l'articulation du bassin avec les membres inférieurs.

Cette articulation est une double énarthrose : elle résulte du contact de la tête des fémurs avec les cavités cotyloïdes.

Ses moyens d'union sont, de chaque côté, *un ligament inter-articulaire* qui, du fond de la cavité cotyloïde, se porte à la tête de l'os de la cuisse; *un ligament capsulaire* qui, du pourtour de la cavité cotyloïde, s'étend à la base du col du fémur; *un ligament cotyloïdien* qui augmente la profondeur de la cavité cotyloïde.

Les articulations coxo-fémorales jouissent de mouvemens très-étendus dans tous les sens.

DU BASSIN DANS L'ÉTAT SEC.

Le bassin est une espèce de canal osseux, situé à la partie inférieure du tronc entre la colonne vertébrale qui appuie sur sa partie moyenne et postérieure, et les fémurs qui s'articulent avec ses parties moyennes, latérales et antérieures.

Sa forme est celle d'un cône tronqué dont la base serait dirigée en haut et en avant, et le sommet en bas et en arrière.

On le divise en surface externe, en surface interne, en base et en sommet.

La surface externe, peu importante sous le rapport des accouchemens, se subdivise en quatre régions, une antérieure, une postérieure et deux latérales.

La région antérieure présente, dans son milieu, la symphyse des pubis; de chaque côté, les fosses sous-pubiennes et les trous sous-pubiens, et plus en dehors les cavités cotyloïdes.

La région postérieure offre à considérer tout ce que nous avons indiqué en traitant de la face postérieure du sacrum et du coccix. Elle offre de plus une partie des ligamens sacro-sciatiques.

Les régions latérales présentent les fosses iliaques externes, les cavités cotyloïdes, les échancrures, les épines, les tubérosités sciatiques, et une portion des ligamens du même nom.

La surface interne du bassin comprend le grand bassin, le détroit supérieur, l'excavation et le détroit inférieur.

Le grand bassin se divise en quatre régions, une antérieure, une postérieure et deux latérales.

La région antérieure n'existe que dans l'état frais, et est entièrement formée par les parois abdominales.

La région postérieure présente dans son milieu la fin de la colonne vertébrale, et sur les côtés la trace des symphyses sacro-iliaques.

Les régions latérales sont formées par les fosses iliaques internes.

Le grand bassin, mesuré du milieu d'une crête iliaque à l'autre, a dix pouces environ de largeur, et neuf pouces seulement au niveau des épines iliaques antérieures et supérieures. Sa plus grande profondeur est de trois pouces et demi. Son étendue d'avant en arrière ne saurait être déter-

minée au juste, à cause de l'extensibilité des parois abdominales.

Le détroit supérieur ou *abdominal* est ce rebord osseux qui sépare le grand bassin du petit. Il commence de chaque côté au milieu de l'angle sacro-vertébral, descend obliquement sur le bord inférieur des fosses iliaques, et va se terminer à la symphyse des pubis. Sa forme est variable: quelquefois il représente un cœur de carte à jouer, un triangle ou un cercle, mais le plus souvent il affecte une forme elliptique.

On mesure communément l'étendue du détroit supérieur par quatre diamètres, savoir : un antero-postérieur qui s'étend de l'angle sacro-vertébral à la symphyse des pubis, son étendue est de quatre pouces; un transversal qui s'étend d'un côté du bassin à l'autre, son étendue est de cinq pouces dans l'état sec, mais de quatre seulement dans l'état frais, à cause des muscles psoas qui le diminuent d'un demi-pouce de chaque côté : enfin, deux obliques qui s'étendent, de chaque côté, de la symphyse sacro-iliaque à l'éminence ilio-pectinée du côté opposé, leur étendue est de quatre pouces et demi.

Le détroit supérieur est disposé de telle manière, chez la femme debout, que sa partie postérieure est beaucoup plus élevée que l'antérieure. Son inclinaison est égale alors à un angle de 35 à 40 degrés.

L'axe du détroit supérieur peut être représenté par une ligne imaginaire qui, partant de l'ombilic de la femme, irait se rendre à la partie inférieure du sacrum.

Le petit bassin a la forme d'un canal fortement recourbé en avant et coupé perpendiculairement à son axe, à ses deux extrémités; on le divise en quatre régions, une antérieure, une postérieure et deux latérales.

La région antérieure est légèrement concave d'un côté à l'autre, et présente la partie postérieure de la symphyse et du corps des pubis, et l'orifice interne des trous sous-pubiens.

La région postérieure est formée par la face antérieure du sacrum et du coccix ; elle comprend aussi la face interne d'une partie des ligamens sacro-sciatiques.

Les régions latérales sont presque planes, inclinées en haut et en dedans, et présentent les trous sciatiques, une surface carrée qui répond à la cavité cotyloïde, et de plus la surface interne des épines sciatiques qui, plus saillantes en dedans du bassin que les parties situées en avant et en arrière d'elles, donnent par cette disposition naissance de chaque côté à deux plans inclinés, un antérieur et un postérieur : ce sont ces plans inclinés qui impriment à la tête le mouvement de rotation nécessaire pour replacer son diamètre antéro-postérieur dans le sens du plus grand diamètre du détroit inférieur ; le plan antérieur d'un côté fait glisser sous l'arcade des pubis la partie de la tête qui est dirigée en avant, et le postérieur, du côté opposé, fait glisser dans la courbure du sacrum celle qui se trouve dirigée en arrière.

Le petit bassin, mesuré du milieu de la symphyse des pubis au milieu du sacrum, présente environ cinq pouces, et quatre pouces et demi seulement d'un côté à l'autre. Sa paroi antérieure a dix-huit lignes de hauteur, la postérieure quatre pouces et demi (sans suivre sa courbure), les latérales trois pouces et demi seulement.

L'axe du petit bassin peut être représenté par une ligne courbe qui, passant par le milieu du canal, suivrait à peu près la courbure du sacrum.

Le détroit inférieur ou *périnéal* n'est autre chose que l'ouverture inférieure du bassin. Son contour est osseux en avant et sur les côtés, tandis qu'en arrière il est presque tout ligamenteux ; sa forme est irrégulièrement arrondie. On le mesure de même que le détroit supérieur par quatre diamètres, savoir : un antéro-postérieur (cocci-pubien) qui s'étend de la pointe du coccix à la partie inférieure de la symphyse des pubis : un transversal (bi-sciatique) qui va d'une tubérosité sciatique à l'autre : et deux obliques qui s'étendent, de chaque côté, du milieu de l'arcade des pubis au

milieu du ligament sacro-sciatique du côté opposé. Tous ces diamètres ont généralement quatre pouces d'étendue ; mais l'antéro-postérieur peut être porté jusqu'à cinq pouces par la rétrocession du coccix.

L'axe du détroit inférieur peut être représenté par une ligne imaginaire qui, partant du milieu de la troisième pièce du sacrum, viendrait passer entre les tubérosités de l'ischion, vers leur partie antérieure. Cette ligne croise, dans l'excavation, l'axe du détroit supérieur et forme avec lui un angle obtus dont le sinus est en devant.

La base du bassin est formée, *en avant* par le bord antérieur des os des iles ; *en arrière* par la base du sacrum ou plutôt par la face supérieure de la quatrième vertèbre des lombes et les ligamens ilio-lombaires, puisqu'on est dans l'habitude de laisser ces parties en place ; et sur *les côtés* par le bord supérieur des os des iles.

Le sommet du bassin est formé, *en avant* par l'arcade des pubis, *en arrière* par la pointe du coccix, et *sur les côtés* par les tubérosités et les ligamens sciatiques.

L'arcade des pubis a quinze à vingt lignes de largeur en haut, deux pouces et demi au milieu, quatre pouces en bas. Ses bords ont environ deux pouces de hauteur et sont déjetés en dehors, ce qui favorise notablement la sortie du fœtus.

DU BASSIN DANS L'ÉTAT FRAIS.

Le bassin chez la femme vivante est environné d'un grand nombre de muscles qui se portent les uns à la poitrine et les autres aux membres abdominaux. Ces muscles, tous situés à l'extérieur du bassin, sont peu utiles à connaître, sous le rapport des accouchemens ; aussi nous bornerons-nous à exposer ici ceux qui, en tapissant son intérieur, peuvent apporter des changemens plus ou moins notables dans ses dimensions.

Grand bassin. Ses dimensions sont diminuées de chaque côté par la présence des muscles psoas et iliaques et par celle du cœcum à droite et du colon iliaque à gauche.

Détroit supérieur. Les muscles psoas et iliaques et les vaisseaux et nerfs iliaques, en passant sur ses côtés, réduisent l'étendue de son diamètre transversal à quatre pouces. Mais ces parties molles se laissent facilement déprimer, surtout si on les met dans le relâchement ; le diamètre transversal reprend alors une partie de ses avantages.

Petit bassin. Sa capacité est diminuée, *en avant* par les muscles obturateurs internes, releveurs de l'anus et la vessie : *en arrière* par le rectum : *sur les côtés* par les muscles pyramidaux et les vaisseaux et nerfs sciatiques. Le tissu cellulaire, surtout lorsqu'il est chargé de beaucoup de graisse, concourt aussi à rétrécir l'excavation du bassin.

Détroit inférieur. L'espèce de plancher qui ferme le bassin inférieurement et que traversent l'anus en arrière, le vagin et l'urètre en avant, se compose de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des muscles sphincters de l'anus, transverses du périnée, constricteurs du vagin, ischio-caverneux, ischio-coccygiens et releveurs de l'anus.

DES VICES DE CONFORMATION DU BASSIN.

On dit que le bassin est vicié toutes les fois que ses dimensions s'éloignent en plus ou en moins de celles qui lui sont naturelles.

Les vices de conformation du bassin se divisent naturellement en ceux par excès et en ceux par défaut d'amplitude.

Première espèce.

Vices de conformation par excès d'amplitude.

Le bassin peut offrir une trop grande largeur, sans que sa forme en soit notablement altérée.

Au premier coup-d'œil, ce vice de conformation semble devoir être une chose très-heureuse pour la mère et pour l'enfant, puisque l'accouchement doit être plus facile et plus prompt ; mais l'expérience prouve que cette amplitude,

en apparence favorable, entraîne presque toujours de nombreux et de graves accidens, voici les plus ordinaires :

Du côté de la mère. *Dans l'état de vacuité*, le prolapsus, l'ante et la rétro-version de l'utérus sont très-fréquens, et il est bien difficile d'y remédier. *Dans l'état de grossesse*, les obliquités de la matrice peuvent être exagérées et donner lieu à des accidens plus ou moins nombreux. *Pendant l'accouchement*, la matrice que le détroit supérieur ne soutient pas, est poussée dans l'excavation du bassin, et quelquefois elle fait saillie dans l'ouverture de la vulve. D'un autre côté, l'accouchement ayant lieu trop rapidement, la matrice peut se renverser ou bien être frappée d'inertie. Enfin les parties génitales externes qui n'ont pu être dilatées par degrés sont souvent le siége de déchirures plus ou moins considérables.

Du côté de l'enfant. L'accouchement se faisant très-rapidement, et la femme pouvant être surprise lorsqu'elle est encore debout, l'enfant est projeté sur le sol, il entraîne avec lui le cordon ombilical, le placenta, la matrice, et peut éprouver lui-même des lésions plus ou moins graves, si sa chute n'est pas mortelle.

Deuxième espèce.

Vices de conformation par défaut d'amplitude.

Le bassin peut être naturellement étroit sans que sa forme présente une altération remarquable. Cette étroitesse, lorsqu'elle n'est pas portée trop loin, n'oppose pas toujours à l'accouchement un obstacle insurmontable ; ainsi toutes les fois que le bassin présente encore trois pouces et demi d'avant en arrière, on a lieu d'espérer que l'accouchement se terminera naturellement, surtout si l'enfant n'est pas très-volumineux.

Les vices de conformation avec altération de la forme du bassin se rencontrent bien plus fréquemment que les deux espèces précédentes.

Les causes prédisposantes sont, la mollesse première des os, ou leur ramollissement après qu'ils ont été solides.

Les causes occasionelles, toutes les pressions exercées sur le bassin ainsi ramolli. Le plus ordinairement ces pressions sont le résultat du poids du corps; ainsi, dans la station, le bassin se trouve comprimé entre la colonne vertébrale, qui tend à abaisser la base du sacrum, et les fémurs qui font rentrer en dedans du bassin les cavités cotyloïdes et par suite les pubis. Dans l'attitude assise, le poids du corps est transmis au plan sur lequel repose le bassin, et, lorsque cette position est trop long-temps continuée, il arrive que le sacrum se porte en avant et acquiert une trop grande courbure, ou bien que les tubérosités sciatiques se dévient en divers sens. La pression exercée par des vêtemens trop serrés ou par les bras d'une nourrice inattentive peut, d'après certains auteurs, s'opposer à l'évasement du grand bassin. D'autres causes peuvent encore donner lieu aux vices de conformation du bassin : tels sont, d'après M. Desormeaux, les coups, les chutes, la carie, les fractures, la syphilis en produisant des exostoses.

Les vices de conformation peuvent affecter tous les points du bassin, mais l'expérience prouve que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est bien plus souvent vicié que les autres parties du canal. Le ramollissement n'affecte pas toujours la totalité du bassin, et dans ce cas, il est clair que le vice de conformation ne doit porter que sur le point qui est ramolli.

Les différentes espèces de vices de conformation peuvent être tellement variées qu'il serait impossible de les exposer toutes; nous nous bornerons donc à indiquer ici les principales.

Grand bassin. Le plus ordinairement les fosses iliaques internes sont rapprochées de la ligne médiane, ce qui gêne plus ou moins le développement de la matrice dans les derniers temps de la grossesse. Plus souvent encore l'une des fosses iliaques affecte seule cette direction vicieuse, et dans

ce cas, la matrice devient nécessairement oblique du côté opposé. Ces vices de conformation peuvent être portés à des degrés bien différens.

Détroit supérieur. *Le diamètre antéro-postérieur* peut être rétréci, ou parce que l'angle sacro-vertébral se porte trop en avant, ou parce que le pubis se porte trop en arrière, ou bien encore parce que ces deux parties se sont mutuellement rapprochées l'une de l'autre. Les degrés de ce vice de conformation sont extrêmement variables; on a observé tous ceux qui peuvent être intermédiaires entre cinq ou six lignes et quatre pouces.

Le diamètre transversal peut, de même que l'antéro-postérieur, présenter un rétrécissement plus ou moins considérable, mais cette espèce de vice de conformation est assez rare, parce qu'aucune cause puissante ne tend à rapprocher les côtés du bassin l'un de l'autre.

Les diamètres obliques sont fréquemment viciés parce qu'une cause puissante tend à produire leur rétrécissement: ainsi, dans la station, lorsque les cavités cotyloïdes sont ramollies, la tête des fémurs, qui reçoit tout le poids du tronc, ne manque guère de les repousser du côté de la symphyse iliaque opposée. Le vice de conformation peut n'affecter qu'un des côtés du bassin et être porté à des degrès très-variables. On trouve dans les collections de la Faculté de Paris plusieurs bassins sur lesquels il n'existe pas plus d'un pouce entre la cavité cotyloïde d'un côté et l'angle sacro-vertébral.

Remarque. Le détroit supérieur du bassin, pour être rétréci dans un sens, ne perd pas toujours de son étendue en circonférence, car il peut gagner dans un sens ce qu'il perd dans l'autre: ainsi le diamètre antéro-postérieur est-il trop petit? le transversal est trop grand; celui-ci est-il notablement rétréci? l'antéro-postérieur a gagné de l'étendue. De même pour les diamètres obliques, quand une seule des cavités cotyloïdes a été déprimée, le côté opposé du bassin présente ordinairement plus de largeur que dans l'état naturel.

Excavation du bassin. *Le diamètre antéro-postérieur* peut être rétréci par la dépression du pubis, ou bien encore, parce que le sacrum, au lieu d'une concavité, présente une surface plane ou même convexe. On trouve dans les cabinets de l'Ecole des bassins qui offrent cette double disposition.

Quelquefois l'étendue trop considérable de ce diamètre tient à ce que le sacrum est trop concave; dans ce cas, le même diamètre des deux détroits, ou de l'un d'eux seulement, est rétréci dans une même proportion.

Le diamètre transversal peut, de même que l'antéro-postérieur, présenter différens degrés de retrécissement, mais rarement l'étroitesse est portée au point d'empêcher l'accouchement. Les épines sciatiques sont quelquefois trop saillantes en dedans du bassin; mais jamais elles ne peuvent se ficher dans la tête du fœtus comme on l'a prétendu.

Détroit inférieur. *Le diamètre antéro-postérieur* peut être retréci, ou bien parce que le sacrum et le coccix se portent trop en avant, ou bien encore parce que la symphyse des pubis est trop longue (*barrure*) et s'incline trop en arrière. Ce vice de conformation peut être porté fort loin, ses degrés sont d'ailleurs très-variables.

Le diamètre transversal est souvent rétréci par le rapprochement des tubérosités sciatiques. Dans ce cas, l'arcade des pubis devient nécessairement plus étroite.

Remarque. Le détroit inférieur, pour être retréci dans un sens, ne perd pas toujours de son étendue en circonférence, car de même que le supérieur, il gagne presque toujours dans un sens ce qu'il perd dans l'autre; ainsi, quand l'antéro-postérieur est trop petit, presque toujours le transversal est trop grand, *et vice versâ.*

La même remarque s'applique aux deux détroits du bassin, relativement l'un à l'autre; ainsi, quand le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est trop petit, le même diamètre du détroit inférieur est trop grand *et vice versâ;* pareillement, quand le diamètre transversal du dé-

troit supérieur est trop petit, le même diamètre du détroit inférieur est trop grand *et vice versâ*.

Outre les vices de conformation que nous venons d'examiner, il peut exister à l'intérieur du bassin des exostoses ou autres tumeurs qui en diminuent plus ou moins la capacité.

Effets des vices de conformation du bassin sur la terminaison de l'accouchement, et indications qu'ils présentent.

Lorsque le détroit supérieur est très-large et l'inférieur très-petit, l'accouchement marche d'abord très-rapidement, mais ensuite il se ralentit. Le contraire a lieu quand les détroits présentent une disposition inverse.

Lorsque le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne présente plus que trois pouces et demi d'étendue, l'accouchement naturel est encore possible, en supposant toutefois l'enfant bien conformé.

Lorsqu'il ne présente que trois pouces, l'emploi du forceps est indispensable.

Entre trois pouces et deux pouces et demi, l'opération de la symphysiotomie est indispensable, quand l'enfant est vivant; mais quand il est mort, on doit avoir recours à l'embryotomie.

Entre deux pouces et demi et deux pouces, l'opération césarienne est indispensable, si l'enfant est vivant; mais s'il est mort, il est peut être encore possible d'avoir recours à l'embryotomie.

Au dessous de deux pouces, il faut dans tous les cas pratiquer l'opération césarienne, car, à ce degré de viciation, le démembrement de l'enfant dans la matrice serait peut être plus dangereux pour la mère que l'opération césarienne elle-même.

Toutefois, les règles que nous venons d'établir ne peuvent être qu'approximatives, car on a vu plusieurs fois l'accouchement se terminer naturellement, bien que le diamètre antéro-postérieur ne présentât plus que deux pouces et demi

d'étendue ; dans ces cas à la vérité le fœtus était très-petit et l'ossification de la tête peu avancée.

Lorsque le bassin n'est rétréci que d'un côté, si l'occiput du fœtus se dirige du côté opposé, l'accouchement peut encore se terminer seul ; dans le cas contraire, il faut opérer la version, afin de ramener la partie la plus volumineuse de la tête dans le côté le plus large du bassin.

Lorsque l'excavation est très-étroite, la progression et la rotation de la tête sont empêchées. Lorsqu'elle est trop large, la sortie du fœtus est encore difficile à cause de la profondeur de l'angle que forment les axes du bassin par leur rencontre.

L'étroitesse du détroit inférieur peut offrir à l'accouchement les mêmes obstacles que le détroit supérieur, cependant elle présente généralement moins de gravité, en ce qu'il est plus facile d'agir sur la tête du fœtus.

Moyens de connaître les vices de conformation du bassin.

Deux moyens existent pour arriver à la connaissance des vices de conformation du bassin, *l'examen extérieur* et *l'examen intérieur*.

L'examen extérieur est le seul auquel on puisse se livrer lorsque la femme est encore vierge.

Les caractères qui peuvent alors frapper l'accoucheur varient, selon l'espèce de difformité dont le bassin est affecté. Les hanches peuvent être trop rapprochées ou inégalement élevées ; le pubis peut être trop saillant, trop déprimé ou trop long : l'arcade des pubis trop resserrée ; les tubérosités sciatiques trop rapprochées ou inégalement élevées ; enfin la face postérieure du sacrum peut être trop saillante ou trop enfoncée. L'œil et le toucher suffisent ordinairement pour apprécier ces différens caractères ; mais pour avoir une idée plus exacte de la capacité du bassin, il convient d'avoir recours à un pelvimètre ; et dans ce cas, le compas d'épaisseur de Baudelocque est d'un grand secours. C'est surtout pour

mesurer l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur que cet instrument a été imaginé, cependant il peut encore servir à mesurer d'autres points du bassin. Veut-on connaître la largeur du grand bassin ? on place les boutons du compas sur les crêtes iliaques, et la tige qui traverse le manche de l'instrument indique l'écartement qui les sépare ; il convient toutefois de diminuer, sur l'étendue indiquée par le compas, l'épaisseur des os. Veut-on mesurer l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur? on applique l'un des boutons sur la symphyse des pubis et l'autre sur l'apophyse épineuse de la première fausse vertèbre du sacrum ; on diminue ensuite sur l'écartement trouvé deux pouces et demi pour l'épaisseur du sacrum, un demi-pouce pour celle des pubis, et ce qui reste d'étendue représente celle du diamètre sacro-pubien. M. Desormeaux observe que cet instrument ne présente pas toujours le degré de certitude que son inventeur y a attaché ; cependant il est le seul qu'on puisse employer, lorsque l'hymen existe encore.

Lorsque la femme a été défloree, on peut introduire le doigt dans le vagin et acquérir une connaissance plus exacte de l'intérieur du bassin. Veut-on mesurer le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ? On porte l'indicateur jusque sur le milieu de l'angle sacro-vertébral ; on marque extérieurement avec l'indicateur de l'autre main l'endroit où vient correspondre la symphyse des pubis, et on retire ensuite le doigt pour le porter sur une mesure ; on diminue un demi-pouce à cause de l'obliquité de la ligne, et l'étendue qui reste est celle du diamètre sacro-pubien. L'indicateur introduit dans le vagin offre encore cet avantage, qu'en le promenant dans la cavité du bassin, on peut juger d'une manière assez exacte de l'étendue des diamètres transversal et obliques, de la profondeur du sacrum, de la saillie des épines sciatiques, de la longueur des pubis. On peut encore par son moyen mesurer le diamètre cocci-pubien, en portant son extrémité sur la pointe du coccix et en se

comportant ensuite comme nous l'avons dit pour le même diamètre du détroit supérieur. Seulement ici, il n'y a point de déduction à faire. Enfin, s'il existe dans l'excavation une exostose ou quelque autre tumeur, le doigt les fait encore reconnaître.

Le pelvimètre que Coutouly avait imaginé pour mesurer l'intérieur du bassin, et qui ressemble beaucoup à l'instrument dont se servent les cordonniers pour prendre la mesure du pied, est tout-à-fait abandonné à cause de son inexactitude et des inconvéniens attachés à son introduction.

DES PARTIES MOLLES.

Les parties molles de la femme qui servent à la génération, à la grossesse et à l'accouchement, se nomment communément parties génitales, et se divisent en externes et en internes.

DES PARTIES GÉNITALES EXTERNES.

Les parties génitales externes comprennent le pénil ou mont de Vénus, la vulve, les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris, le vestibule, le méat urinaire, l'entrée du vagin, la membrane hymen ou les caroncules myrtiformes, la fosse naviculaire, la fourchette et le périnée.

Le pénil ou mont de Vénus est cette éminence large et arrondie que l'on remarque au devant du bassin, entre les aines. Elle est plus ou moins saillante, selon la conformation du bassin et l'embonpoint de la femme. Elle est constituée par les pubis, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau qui se couvre de poils à l'âge de la puberté.

La vulve est cette espèce de fente qui s'étend depuis la partie inférieure du mont de Vénus jusqu'à la partie anté-

rieure du périnée ; elle est plus grande chez les femmes qui ont eu des enfans que chez les autres.

Les grandes lèvres sont ces deux replis qui bordent latéralement la vulve, et se réunissent en avant et en arrière pour former les commissures. Leur face externe répond à la partie supérieure et interne des cuisses ; leur face interne répond à l'ouverture de la vulve. Leur bord supérieur est adhérent, l'inférieur est libre et arrondi.

Les grandes lèvres sont composées d'un prolongement de la peau en dehors, d'une membrane muqueuse en dedans, d'un tissu cellulaire graisseux entre ces deux membres, enfin d'artères, de veines, de vaisseaux lymphatiques et de nerfs.

Les grandes lèvres protégent toutes les autres parties génitales externes, et entretiennent leur vive sensibilité. Elles servent aussi à l'ampliation de la vulve lors de l'accouchement.

Les petites lèvres naissent des parties latérales du clitoris et vont se terminer sur les côtés de l'entrée du vagin. Elles sont aplaties et relativement plus développées chez le fœtus et l'enfant nouveau né que chez l'adulte. Leur face externe répond à la face interne des grandes lèvres, l'interne répond au méat urinaire et à l'entrée du vagin. Leur bord supérieur est adhérent, l'inférieur est libre et convexe.

Les petites lèvres sont formées par la membrane muqueuse qui tapisse la vulve, par du tissu cellulaire, des glandes, des vaisseaux et des nerfs. Elles servent de même que les grandes lèvres à l'ampliation de la vulve.

Le clitoris se presente sous forme d'un tubercule allongé, situé au dessous de la commissure antérieure des grandes lèvres, entre la symphyse des pubis à laquelle il tient par son ligament suspenseur et le canal de l'urètre auquel il adhère par un tissu cellulaire assez lâche. Le clitoris est beaucoup plus saillant chez le fœtus et l'enfant nouveau-né que chez l'adulte; sa structure ressemble beaucoup à celle

de la verge chez l'homme ; en effet, on y trouve un petit gland recouvert d'une espèce de prépuce, et un corps caverneux dont les deux racines vont se fixer aux branches des pubis et des ischions, chaque racine a son muscle ischio-caverneux.

Le clitoris est le siége de la volupté chez les femmes ; il entre en érection pendant l'acte vénérien.

Le vestibule est cet espace triangulaire légèrement concave qui se trouve au dessous du clitoris et entre les petites lèvres. Il ne présente rien de particulier.

Le méat urinaire forme l'ouverture antérieure du canal de l'urètre. Il est situé entre le vestibule et le vagin dans lequel il forme une saillie remarquable. L'espèce de bourrelet dont il est environné présente l'orifice excréteur de quelques glandes muqueuses. Pendant la grossesse, le méat urinaire est tiré en dedans du bassin, et souvent on a beaucoup de peine à le découvrir.

Le canal de l'urètre fait suite au méat urinaire et s'étend jusqu'au col de la vessie ; sa longueur est d'un pouce environ ; sa largeur est plus considérable que chez l'homme ; sa direction, horizontale pendant la vacuité de la matrice, devient presque perpendiculaire dans les derniers temps de la grossesse, circonstance importante à noter quand on est obligé de pratiquer le cathétérisme. L'urètre est en rapport supérieurement avec le clitoris et inférieurement avec le vagin dans lequel il forme une saillie longitudinale fort remarquable. Il est composé en dehors d'un tissu spongieux, et en dedans d'une membrane muqueuse. Ses usages sont de transmettre les urines en dehors.

L'orifice du vagin est situé à la partie inférieure de la vulve, entre le méat urinaire et la fosse naviculaire. Il est étroit chez les vierges et constamment bordé par une membrane que l'on nomme hymen. Cette membrane, qui n'est autre chose qu'un repli de la muqueuse de la vulve, peut se présenter sous plusieurs formes : tantôt c'est une espèce de croissant dont la concavité regarde la symphyse

des pubis, ou la grande lèvre du côté opposé; d'autres fois c'est une espèce de cercle membraneux troué vers son milieu.

L'orifice du vagin est large chez les femmes qui ont été défloréés, plus large encore chez celles qui ont eu des enfans : son pourtour présente alors trois ou quatre et quelquefois cinq ou six petits tubercules qui résultent de la déchirure de l'hymen : on les nomme caroncules myrtiformes.

La fosse naviculaire est un petit enfoncement transversal placé entre l'orifice du vagin et la commissure postérieure ou *fourchette* : elle n'existe réellement qu'autant que l'hymen et le frein sont entiers.

La commissure postérieure ou fourchette n'est autre chose que la réunion des grandes lèvres en arrière. Elle présente chez les filles une espèce de bride, plus ou moins marquée, qui disparaît ordinairement lors du premier accouchement.

Le périnée est l'espace compris entre la commissure postérieure ou fourchette et l'anus. Son étendue naturelle est d'un pouce environ, mais il est susceptible d'une extension considérable au moment de l'accouchement. Son milieu est traversé d'arrière en avant par une ligne saillante que l'on nomme raphé.

VICES DE CONFORMATION DES PARTIES GÉNITALES EXTERNES.

Le pénil ou mont de Vénus peut être trop saillant, trop déprimé, ou trop allongé. Ces différens états indiquent toujours quelque vice de conformation du côté du bassin.

La vulve peut être naturellement ou accidentellement trop étroite ou même ne pas exister. Une incision pratiquée dans le sens connu de la vulve suffit pour corriger ce vice de conformation. Le pansement doit être fait de manière à obliger chaque lèvre de la plaie à se cicatriser séparément : il suffit pour cela de les séparer par une bandelette de linge enduite de cérat.

Les grandes lèvres peuvent être trop courtes et ne point couvrir les autres parties génitales externes ; elles peuvent être trop longues ou affectées de diverses tumeurs qui en altèrent plus ou moins la forme. Si ces tumeurs étaient disposées de manière à nuire aux fonctions de la génération, il faudrait procéder a leur enlèvement, si toutefois la chose était possible.

Les petites lèvres peuvent adhérer l'une à l'autre, ou bien se prolonger de beaucoup au-delà des grandes lèvres, ce qui rend la progression et le coït difficiles. Dans le premier cas, une incision suffit pour séparer les petites lèvres, dans le second, l'excision est indiquée.

Le clitoris présente quelquefois une longueur et un volume démesurés, ce qui peut apporter plus ou moins de trouble dans les fonctions génitales. D'un autre côté les femmes qui sont affectées de ces vices de conformation sont souvent en proie à des passions qui dégradent leur santé en même temps qu'elles blessent la morale. L'excision du clitoris est le seul moyen qui convienne en pareil cas.

Cette opération a été pratiquée plusieurs fois avec succès. M. le professeur Richerand en rapporte un exemple fort remarquable dans son excellente Nosographie.

Le bourrelet qui entoure *le méat urinaire* est quelquefois si volumineux qu'il fait saillie hors des grandes lèvres et que son excision devient nécessaire.

L'orifice du vagin peut être entièrement oblitéré par la membrane hymen épaissie, ou bien encore par le rapprochement de ses bords. Dans ces deux cas, il faut pratiquer une incision cruciale et introduire des mèches dans le vagin afin d'obliger la cicatrice à se faire isolément, et aussi pour donner à l'ouverture ses dimensions naturelles.

Les caroncules myrtiformes prennent quelquefois un développement tel que leur résection devient nécessaire.

DES PARTIES GÉNITALES INTERNES.

Les parties génitales internes comprennent le vagin, la matrice, les trompes utérines et les ovaires; on est dans l'habitude d'y joindre les ligamens larges et les ligamens ronds.

Du vagin.

Le vagin est un canal membraneux destiné à établir communication entre les parties génitales externes et les internes.

Il est situé au centre du petit bassin, entre l'urètre et la vessie, d'un côté, et le rectum de l'autre.

Il s'étend obliquement de la vulve au col de la matrice, ce qui lui a fait donner le nom de canal *vulvo-utérin*. Sa longueur est de cinq à six pouces, sa largeur d'un pouce environ; mais il est susceptible d'une grande dilatation, puisqu'au moment de l'accouchement il acquiert un diamètre égal au volume du fœtus. Il est d'ailleurs un peu plus étroit à ses extrémités qu'à sa partie moyenne.

Le vagin ressemble à un cylindre légèrement comprimé d'avant en arrière, recourbé du côté des pubis et coupé obliquement à ses extrémités, de telle sorte que sa paroi antérieure a moins d'étendue que la postérieure.

Pour l'étudier avec méthode, il faut le diviser en surface externe, en surface interne et en deux extrémités, l'une supérieure et l'autre inférieure.

La surface externe presente quatre régions :

L'antérieure, légèrement concave, est recouverte supérieurement par le péritoine, et en rapport dans le reste de son étendue avec la vessie et le canal de l'urètre.

La postérieure, légèrement convexe, est aussi recouverte dans sa partie supérieure par le péritoine; sa partie moyenne

adhère au rectum, sa partie inférieure en est séparée par l'épaisseur du périnée.

Les régions latérales, moins étendues que les précédentes, répondent supérieurement aux ligamens larges, plus bas au tissu cellulaire du bassin, et inférieurement aux muscles releveurs de l'anus.

La surface interne est parsemée de rides dont les unes, peu nombreuses et situées près du col utérin, affectent toutes sortes de directions, tandis que les autres, beaucoup plus nombreuses et situées près de la vulve, affectent toutes une direction transversale. Ces dernières sont coupées à angle droit par deux lignes saillantes (colonnes de Haller) qui règnent dans toute la longueur des parois antérieure et postérieure du vagin. Ces deux lignes se terminent ordinairement à l'hymen par un tubercule plus ou moins saillant. Les rides du vagin ont pour but principal de servir à son allongement pendant la grossesse et à son ampliation lors de l'accouchement. On remarque de plus à la surface interne du vagin un grand nombre de trous par où passent les mucosités qui lubrifient le canal, et supérieurement des taches rondes, blanchâtres ou livides, dont on ignore entièrement la cause.

L'extrémité supérieure est coupée obliquement au dépens de la paroi antérieure du canal, et embrasse le col de la matrice de telle sorte que celui-ci fait en arrière une saillie beaucoup plus considérable qu'en avant.

L'extrémité inférieure répond à la partie postérieure et inférieure de la vulve, et forme l'entrée du canal.

Le vagin est composé à l'extérieur d'une membrane cellulo-vasculaire assez épaisse et fort dense, et à l'intérieur d'une membrane muqueuse qui se continue supérieurement avec celle de l'utérus et inférieurement avec celle de la vulve.

Sa partie inférieure est environnée d'un tissu spongieux érectile, dense et grisâtre qui forme une couche large d'un pouce environ et épaisse de deux à trois lignes. Ce tissu est

recouvert par deux muscles que l'on nomme constricteurs, et qui de la partie inférieure du corps du clitoris vont se confondre en arrière avec les muscles transverses du périnée et sphincter externe.

Il entre encore dans la composition du vagin, des artères fournies par les hypogastriques, des veines qui suivent le même trajet que ces artères, des nerfs qui viennent des dernières paires sacrées, et peut être aussi des lymphatiques.

De la matrice.

La matrice est un des principaux organes de la génération, servant surtout à la gestation et à l'accouchement.

Elle est située dans le petit bassin entre la vessie et le rectum, au dessous des intestins grêles et au dessus du vagin. Sa partie supérieure est un peu inclinée en avant et à droite, et sa partie inférieure un peu en arrière et à gauche.

La matrice ressemble assez bien à une poire aplatie d'avant en arrière, dont la partie la plus large serait dirigée en haut et la plus étroite en bas.

Pour l'étudier avec méthode, on la divise généralement en surface externe et en surface interne.

La surface externe se subdivise en deux faces, l'une antérieure et l'autre postérieure ; trois bords, dont deux latéraux et un supérieur ; trois angles, dont deux supérieurs et un inférieur.

La face antérieure est légèrement convexe, large en haut, étroite en bas, et en rapport, supérieurement, avec les intestins grêles, inférieurement avec la vessie.

La face postérieure est un peu plus convexe que l'antérieure, et en rapport supérieurement avec les intestins grêles, inférieurement avec le rectum.

Les bords latéraux sont enveloppés par les ligamens larges, et répondent aux côtés du bassin.

Le bord supérieur correspond au fond de l'organe ; il est

arrondi, situé transversalement et recouvert par les intestins grêles.

Les angles supérieurs sont mousses, arrondis, et donnent insertion, en avant aux ligamens ronds, au milieu aux trompes utérines, et en arrière aux ligamens des ovaires.

L'angle inférieur constitue ce qu'on appelle le col de la matrice, il forme à la partie supérieure du vagin une saillie d'environ cinq à six lignes. Sa forme, chez la femme qui n'a point eu d'enfans, est celle d'un petit cône dont le sommet dirigé en bas présente une fente transversale, à peine sensible, qui divise son épaisseur en deux lèvres, une antérieure plus volumineuse et une postérieure moins volumineuse; cette différence d'épaisseur tient à ce que l'ouverture est plus en arrière qu'en avant.

Chez la femme qui a eu des enfans, le col a perdu sa forme conoïde, il est plus gros, plus court, et ordinairement assez ouvert pour admettre l'extrémité du doigt; son pourtour est inégal et présente dans certains points des échancrures plus ou moins prononcées qui résultent des déchirures occasionées par les accouchemens antécédens.

La surface interne de la matrice est villeuse et parsemée de follicules muqueux; on la divise ordinairement en deux parties, une pour le corps et l'autre pour le col.

La cavité du corps est triangulaire; on y distingue une face antérieure, une face postérieure, trois bords, dont deux latéraux et un supérieur, et trois angles dont deux supérieurs et un inférieur.

Les deux faces sont contigues l'une à l'autre, et présentent ordinairement à leur partie moyenne une ligne verticale peu saillante.

Les trois bords résultent du rappprochement des parois et sont légèrement concaves. Les deux angles supérieurs présentent les orifices extrêmement ténus des trompes utérines : l'angle inférieur s'ouvre dans la cavité du col.

La cavité du col est ovalaire chez les femmes qui n'ont

pas eu d'enfans, et triangulaire chez celles qui en ont eu. Elle présente deux faces, une antérieure et une postérieure, deux bords latéraux et deux ouvertures, une supérieure et l'autre inférieure. Les faces et les bords présentent la même disposition que dans le corps de l'organe; l'ouverture supérieure communique avec la cavité du corps, et forme ce que l'on appelle *l'orifice interne* de la matrice. L'ouverture inférieure communique avec le vagin et constitue l'orifice externe ou le *museau detanche*.

Organisation. La matrice est composée de trois membranes, d'artères, de veines, de vaisseaux lymphatiques, et de nerfs.

La membrane extérieure est fournie par le péritoine. La moyenne ou tissu propre, constitue à elle seule presque toute l'épaisseur du viscère; elle est d'une couleur grisâtre et d'une structure dense, serrée et peu connue; c'est cette membrane qui devient musculeuse pendant la grossesse. La membrane interne ou muqueuse est très-mince, très-adhérente au tissu propre, et contient un grand nombre de follicules muqueux surtout vers la partie inférieure du col : elle se continue supérieurement avec la membrane muqueuse des trompes, et inférieurement avec celle du vagin.

Les artères de la matrice viennent des hypogastriques et des spermatiques.

Les veines suivent le même trajet que les artères, et forment dans l'épaisseur de l'organe des cavités particulières auxquelles on a donné le nom de *sinus utérins*. Ces cavités se dilatent considérablement pendant la grossesse.

Les vaisseaux lymphatiques sont très-nombreux, et acquièrent un volume considérable chez les femmes enceintes.

Les nerfs viennent du grand symphatique et des paires sacrées.

Dimensions. La matrice dans son état de vacuité pré-

sente environ trois pouces de longueur, deux pouces de largeur vers son fond, et sept à huit lignes seulement vers son col. Ses parois ont environ six lignes d'épaisseur.

Des trompes utérines.

Les trompes utérines sont deux conduits vermiformes contenus dans les ailerons moyens des ligamens larges et destinés à établir communication entre les ovaires et la matrice. Elles partent des angles supérieurs de cette dernière, et se portent en serpentant vers les côtés du bassin. Leur longueur est de quatre à cinq pouces. *Leur extrémité interne* tient à la matrice, *l'externe* est libre et terminée par un morceau frangé que l'on nomme pavillon; la plus longue des franges est fixée à l'extrémité externe de l'ovaire.

La cavité des trompes est capillaire du côté de la matrice, elle va en s'élargissant jusqu'au milieu de leur longueur où elle se rétrécit un peu pour se dilater de nouveau, et se termine ensuite par une ouverture assez étroite qui communique avec le péritoine.

La structure des trompes est la même que celle de la matrice.

La membrane muqueuse se prolonge, en dehors, au-delà des deux autres pour former ce qu'on appelle le pavillon.

Les artères viennent des spermatiques. Les veines les accompagnent.

Les vaisseaux lymphatiques sont assez nombreux.

Les nerfs sont fournis par les plexus rénaux.

Des ovaires.

Les ovaires sont deux petits corps ovoïdes, rugueux à leur surface, aplatis d'avant en arrière et contenus dans l'aileron postérieur des ligamens larges. *Leur extrémité interne* tient à l'angle supérieur de la matrice au moyen d'un ligament particulier qui a environ un pouce et demi de longueur.

Leur extrémité externe tient au pavillon des trompes, par la plus longue de ses franges.

Les ovaires sont composés de deux membranes, d'un tissu propre, de vaisseaux et de nerfs.

La plus extérieure des membranes est fournie par le péritoine.

Celle qui est au dessous appartient à l'organe ; elle est fort adhérente au tissu propre dans lequel elle envoie un grand nombre de prolongemens.

Le tissu propre est mou, celluleux, grisâtre, et contient dans son épaisseur quinze ou vingt petites vésicules remplies d'un liquide clair, et quelquefois rougeâtre ou jaunâtre. Les unes plus petites qu'un grain de millet sont situées profondément, d'autres qui ont le volume d'un grain de chenevis sont tout à-fait à la surface.

Les vaisseaux des ovaires sont fournis par les spermatiques, et les *nerfs* par les plexus rénaux.

Les ovaires servent évidemment à la génération, puisque toute femme qui s'en trouve privée est incapable de se reproduire.

Des ligamens larges.

Les ligamens larges soutiennent la matrice en sa place et forment, avec elle, une cloison transversale qui divise la cavité du bassin en deux loges, une antérieure qui contient la vessie et une postérieure qui contient le rectum.

Les ligamens larges présentent deux faces et quatre bords.

Des deux faces, l'une antérieure répond à la vessie, et l'autre postérieure répond au rectum.

Des quatre bords, *le supérieur* se divise en trois ailerons qui contiennent, savoir : *l'antérieur*, le ligament rond ; *le moyen*, la trompe utérine; et *le postérieur*, l'ovaire et son ligament.

Les bords inférieur et externe tiennent au bassin. *L'interne* se continue avec le péritoine qui recouvre les faces de l'utérus.

Les ligamens larges sont formés par deux lames du péritoine entre lesquelles se trouvent les principaux vaisseaux et nerfs de la matrice.

Des ligamens ronds.

Les ligamens ronds sont deux cordons blanchâtres légèrement aplatis, plus étroits à leur partie moyenne qu'à leurs extrémités, contenus dans l'aileron antérieur des ligamens larges. Ils naissent des angles supérieurs de la matrice, traversent les anneaux du bas-ventre et vont se terminer dans le tissu cellulaire des aînes, du pénil et des grandes lèvres.

Les ligamens ronds, d'après les recherches de M. le professeur Cruveilhier, ne sont autre chose que des prolongemens du tissu de la matrice. Ils reçoivent des vaisseaux sanguins, des lymphatiques et des nerfs.

Leurs usages ne sont pas bien connus.

Des ligamens antérieurs et postérieurs.

Le péritoine, en se réfléchissant des faces de la matrice sur le rectum d'un côté et sur la vessie de l'autre, donne naissance de chaque côté à deux replis semi-lunaires qui ne sont bien sensibles que lorsqu'on exerce sur eux quelques tractions. Ils paraissent concourir à fixer la matrice dans la place qu'elle occupe.

VICES DE CONFORMATION DES PARTIES GÉNITALES INTERNES.

Le vagin, chez certaines femmes, est tellement étroit qu'il rend impossibles les fonctions du mariage. Cette étroitesse, qui peut être naturelle ou accidentelle, bornée à un point du canal ou étendue à toute sa longueur, doit être combattue au moyen de l'éponge préparée, ou à l'aide de mèches dont on gradue chaque jour le volume.

Dans quelques cas le vagin est divisé en deux ou en plusieurs loges par des brides membraneuses qu'il est ordinairement très-facile de détruire.

Quelquefois les parois du canal sont exactement réunies depuis le col utérin jusqu'à l'ouverture de la vulve; d'autres fois l'oblitération n'affecte que la partie inférieure du canal. Ces adhérences contre nature peuvent être congéniales ou avoir été déterminées par quelqu'inflammation. Lorsque le vagin est oblitéré dans toute sa longueur, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de le rétablir ; mais quand le vice de conformation n'atteint que la partie inférieure du canal, l'opération est simple et ordinairement suivie de succès : bien entendu qu'avant d'agir il faut être certain que la matrice existe, sans quoi l'opération serait pratiquée en pure perte.

Le vagin ne s'étend pas toujours jusqu'à la matrice; on l'a vu se terminer par une espèce de cul-de-sac, à peu de distance de la vulve ; on l'a vu aussi s'ouvrir dans le rectum et dans la vessie : enfin son absence a pu être constatée chez quelques femmes.

La matrice est quelquefois divisée en deux ou en plusieurs lobes ; elle peut être double, ainsi que le prouve une pièce déposée dans les cabinets de l'École. Sa cavité, chez quelques femmes, est divisée en deux loges par une cloison longitudinale : chez d'autres, il n'existe aucune trace de cette cavité.

Son col est susceptible d'un allongement très-considérable ; il peut, d'après M. Gardien, offrir jusqu'à neuf pouces de longueur.

La matrice s'ouvre quelquefois dans le rectum, ce qui n'entraîne pas toujours la stérilité : enfin elle peut manquer, ainsi que le prouve un fait récemment observé à l'Hôtel-Dieu.

Les *trompes utérines* sont, chez certaines femmes, oblitérées dans un ou plusieurs points de leur longueur.

Les ovaires peuvent être mal conformés ou ne pas exister, d'après le rapport de plusieurs auteurs.

Tous les vices de conformation qui portent sur la matrice, les trompes utérines ou les ovaires, sont généralement au dessus des ressources de l'art.

DES HERMAPHRODITES.

Les parties de la génération peuvent présenter, chez la femme de même que chez l'homme, certains vices de conformation, qui, en offrant l'apparence des deux sexes réunis, ont pu faire croire à l'hermaphrodisme.

Ainsi, par exemple, on rapporte les observations de jeunes garçons qui auraient pu être considérés comme appartenant à l'un et à l'autre sexes, parce qu'ils présentaient au-dessous du pénis une fente plus ou moins profonde qui divisait le scrotum en deux parties. Pareillement on a vu des petites filles qui auraient pu être regardées comme appartenant aux deux sexes, parce qu'elles avaient le clitoris fort développé; mais presque toujours un examen attentif des parties a bientôt fait reconnaître le véritable sexe auquel appartenaient ces individus.

Cependant, il faut bien avouer que dans quelques cas, rares à la vérité, il a été fort difficile, durant la vie, de distinguer le véritable sexe; mais il n'en reste pas moins démontré aujourd'hui, malgré l'opinion de Tiedmann, de Meckel et de beaucoup d'autres physiologistes, qu'il ne saurait y avoir de véritables *hermaphrodites* dans l'espèce humaine.

Voici comment s'exprime à ce sujet M. le professeur Richerand, dans son excellente physiologie : « L'hermaphrodisme, ou la réunion des deux sexes dans le même individu, est impossible dans l'homme et dans la grande famille des animaux à sang rouge. Les recueils d'observations n'en présentent aucun exemple avéré; et tous les hermaphrodites qu'on a pu voir jusqu'ici n'étaient que des êtres mal conformés, dont les organes mâles imparfaitement ébauchés, ou l'appareil féminin trop développé, rendaient le sexe équivoque. Aucun ne s'est montré capable d'engendrer à lui seul un être semblable à lui-même; le plus grand nom-

Dans le second cas, le mamelon ne peut être que difficilement introduit dans la bouche de l'enfant, et toujours alors la succion est extrêmement difficile, si même elle n'est pas impossible. D'ailleurs, lorsque les femmes ont le mamelon ainsi développé, il arrive souvent que le lait s'écoule continuellement et de lui-même au dehors, et que l'enfant ne trouve plus dans sa mère de quoi suffire à ses besoins. On est alors dans la nécessité de soutenir le nourrisson au moyen du lait de vache ou de chèvre.

Hollier a vu une femme chez laquelle un des mamelons était double. (*Dict. des Sc. méd.* en 18 vol.)

M. Nauche dit, dans son ouvrage sur les maladies propres aux femmes, que le mamelon est quelquefois contourné et tellement appliqué sur la mamelle, que les orifices des conduits lactifères ne peuvent être mis à découvert.

Les mamelles sont parfois placées au milieu de la poitrine. Leur excessive petitesse empêche la sécrétion du lait ou la rend trop peu abondante; leur volume excessif, surtout lorsqu'il provient d'une accumulation de graisse, nuit à la lactation; il jaillit alors de ces organes un lait peu abondant, trop épais et d'une digestion difficile. (M. Nauche *loc. cit.*) M. Capuron prétend que ces deux états opposés des mamelles n'ont le plus souvent aucune influence sur la sécrétion du lait; mais nous avons, en ce moment même, sous les yeux plusieurs exemples qui viennent à l'appui de l'opinion de M. Nauche.

Enfin, les mamelles peuvent être au nombre de trois, quatre et même cinq, ou manquer entièrement.

DEUXIÈME SECTION.

PHYSIOLOGIE DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION.

DE LA MENSTRUATION.

On donne ce nom à l'écoulement de sang qui a lieu par les organes génitaux de la femme, depuis la puberté jusqu'à l'âge du retour. Cet écoulement a lieu tous les mois, excepté pendant la grossesse et l'allaitement. C'est de toutes les fonctions propres au sexe, celle qui se manifeste la première.

Epoque de la première période menstruelle. Le climat, la constitution et le genre de vie des femmes sont autant de causes qui font varier l'époque de la première période menstruelle.

En France et dans les pays tempérés, les femmes commencent à être réglées vers l'âge de 12 à 14 ans; dans les pays très-chauds, à l'âge de 8 ou 9 ans (1); et dans les pays très-froids, vers 19 ou 20 ans.

Les femmes d'une constitution forte, pléthorique et sanguine, ou d'un tempérament nerveux, sont ordinairement plus tôt réglées que celles qui sont lymphatiques et débiles. Les femmes qui vivent dans la mollesse, le luxe, et au milieu de toutes les voluptés, sont bien plus tôt réglées que celles qui vivent tranquilles et à l'abri de toute espèce de passions. Le régime influe aussi d'une manière notable sur l'époque de la première menstruation; ainsi, l'usage habituel des excitans comme le café, le vin pur, les liqueurs spiritueuses, hâte la première apparition des règles.

(1) Il n'est pas rare, dans ces pays, de voir des petites filles réglées dès les premiers mois de leur existence.

Causes de la menstruation. Elles sont tout-à-fait inconnues, et c'est à tort que l'on a regardé comme telles l'influence de la lune, la phléthore de la matrice, etc.

Les règles paraissent être le *stimulus* propre aux organes de la génération, puisque les femmes qui s'en trouvent privées sont généralement inaptes à se reproduire.

Signes de la première éruption des règles. Les parties de la génération prennent un accroissement subit et très-marqué ; le mont de Vénus et les grandes lèvres se couvrent d'un léger duvet. Les seins se developpent et deviennent douloureux. Leurs aréoles prennent une teinte plus foncée. Un sentiment de chaleur et de pesanteur se fait sentir dans le bassin ; des tranchées utérines se manifestent ; des tiraillemens douloureux ont lieu dans les reins, dans les aînes, dans les cuisses. Une lassitude générale invite au repos. La circulation éprouve un trouble plus ou moins marqué ; le pouls devient fréquent, irrégulier, parfois intermittent ; une congestion bien manifeste s'établit du côté de la tête, les femmes se plaignent de bouffées de chaleur, de douleurs et de pesanteur à la tête, d'étourdissemens, de bourdonnemens d'oreilles : le visage devient souvent le siége de plaques rouges ou de boutons nombreux qui se manifestent aussi quelquefois dans d'autres régions du corps ; les yeux perdent leur éclat, s'enfoncent et s'entourent d'une aréole bleuâtre ; le nez est quelquefois le siége d'une hémorragie plus ou moins abondante. La respiration est souvent difficile, suspirieuse ; la voix plus rauque que de coutume. Les fonctions digestives s'altèrent ou se dépravent ; les sécrétions sont plus abondantes. Souvent les femmes sont irritables, tristes, moroses, inquiètes, craintives.

A ces symptômes nombreux succède bientôt, par les parties de la génération, un écoulement d'abord séreux, puis purement sanguin, puis séreux. Toutefois, il n'est pas rare de rencontrer, dans le monde, des femmes chez lesquelles l'écoulement sanguin n'est ni précédé ni suivi d'écoulement séreux.

Aussitôt que le sang a commencé à couler, tous les symptômes énoncés disparaissent, et la santé des femmes se rétablit jusqu'à ce qu'une nouvelle période surviennent et soit annoncée par une grande partie des mêmes symptômes.

Périodicité des menstrues. La première période des règles n'est pas toujours immédiatement suivie de la seconde; il se passe quelquefois un temps très-long avant que cette seconde période se manifeste. Une fois bien établies, les règles reviennent ordinairement tous les mois. Il n'est cependant pas rare de rencontrer certaines femmes qui sont réglées deux fois chaque mois, et d'autres qui ne le sont que toutes les six semaines, ou bien encore tous les deux ou trois mois. En général, les périodes sont d'autant plus rapprochées que les femmes habitent un climat plus chaud, et qu'elles se livrent davantage à la bonne chère et aux plaisirs de l'amour. On cite des femmes qui n'ont été réglées que pendant le temps de leur grossesse.

La durée de chaque période est variabe selon le climat, le tempérament des femmes et leur genre de vie. Le plus ordinairement, chaque période de règles dure trois ou quatre jours; cependant il n'est pas rare de voir l'écoulement se prolonger durant huit, dix et même quinze jours.

La quantité du sang que perdent les femmes à chaque période est variable; quelques auteurs l'ont évaluée à quatre, six ou huit onces, d'autres à plusieurs livres. Il est évident qu'il ne peut y avoir rien de fixe à cet égard. En général, les femmes des pays chauds, celles qui sont adonnées à la bonne chère et aux plaisirs, perdent beaucoup plus que celles qui se trouvent dans les circonstances opposées.

Qualités du sang des règles. Le sang des règles n'est point impur comme le croyaient les anciens. On sait aujourd'hui qu'à moins qu'il ait long-temps séjourné dans le vagin, ou que les femmes soient infectées de quelque virus, le sang des règles est de même nature que celui qu'on pourrait tirer d'une autre partie du corps.

Siége des règles. Le sang vient le plus ordinairement

de la cavité du corps de la matrice; quelquefois cependant il vient en même temps de son col et même de l'intérieur du vagin, ce qui explique comment les règles peuvent continuer de couler pendant les premiers mois de la grossesse et même pendant toute sa durée.

Par quels vaisseaux le sang des règles est-il fourni? Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point. Baudelocque dit avoir de fortes raisons de penser qu'il vient des sinus utérins. M. Capuron pense au contraire qu'il est exhalé par les extrémités capillaires des artères utérines; mais comment expliquer alors le développement que prennent les sinus utérins à chaque période de la menstruation?

Siége accidentel des règles. Lorsque par une cause quelconque les règles sont gênées ou empêchées dans leur cours, elles éprouvent quelquefois une déviation et sont remplacées par des hémorragies qui ont lieu tantôt par l'estomac ou les poumons, d'autres fois par le nez ou l'anus, etc. M. Gardien rapporte l'observation d'une jeune fille de la Salpétrière qui offrit à elle seule un grand nombre de déviations.

La première fois elle eut ses règles par de petites plaies qu'elle avait aux jambes.

La deuxième fois, par des boutons qui s'étaient développés à son bras gauche.

La troisième fois, par un panaris survenu à son pouce gauche.

La quatrième fois, par deux plaies ayant leur siége, l'une à l'angle nasal de l'œil gauche, l'autre à la paupière supérieure.

La cinquième fois, par le nombril.

La sixième fois, par la malléole interne gauche.

La septième fois, par l'oreille gauche.

Et lorsque le sang eut cessé de couler par ces différentes voies, il survint des hémorragies nasales et des vomissemens de sang.

Evacuations supplémentaires. Certaines femmes qui n'ont jamais été réglées ou qui ont cessé, accidentellement, de

l'être, sont prises chaque mois d'un dévoiement qui dure plusieurs jours ; d'autres, d'un écoulement blanc par le vagin ; d'autres, enfin, d'éruptions à la peau.

Cessation des menstrues. Cette époque est ordinairement en rapport avec celle de la première période. Il est de remarque que les règles cessent de bonne heure, quand elles se sont manifestées plus tôt que de coutume, *et vice versâ.* Cependant on peut, d'une manière générale, fixer leur cessation entre 40 et 45 ans. Sans doute il existe des exceptions, puisqu'on cite des femmes qui ont été réglées jusqu'à 60, 70 et même 80 ans, mais ces cas ne se sont encore présentés que très-rarement.

Lorsque la menstruation est sur le point de finir, elle devient fort irrégulière dans sa marche ; tantôt l'écoulement est plus fréquent, d'autres fois il se fait attendre plusieurs mois. Les périodes n'ont plus la même durée qu'auparavant ; la quantité du sang n'est plus la même ; enfin arrive le moment où tout écoulement cesse.

Cette époque, que l'on appelle vulgairement *l'âge critique*, *l'âge du retour*, est souvent accompagnée de troubles plus ou moins graves dans l'économie : chez beaucoup de femmes, pourtant, l'écoulement cesse sans donner lieu à la moindre incommodité.

DE LA FÉCONDITÉ.

Une fois la menstruation établie, les femmes sont ordinairement aptes à être fecondées. On rapporte, il est vrai, des observations qui tendent à prouver que la fécondation a pu avoir lieu avant l'établissement des règles, ou après leur cessation ; mais ces exceptions rares ne pourraient infirmer la loi commune.

L'aptitude à la fécondation fait, en général, supposer qu'il existe un rapport convenable entre les individus, et que les parties de la génération sont bien conformées. Cependant beaucoup de femmes ont pu concevoir bien que leurs parties génitales fussent affectées de vices de conformation.

DE LA STÉRILITÉ.

La stérilité est l'inaptitude des femmes à concevoir et à devenir mères.

Ses causes sont difficiles à établir, surtout si les femmes sont bien conformées. La plupart des vices de conformation des organes génitaux, certaines maladies de la matrice, des trompes ou des ovaires, l'absence des règles, etc., n'ont pas toujours empêché la fécondation d'avoir lieu. On ne peut donc réellement regarder comme cause de la stérilité, que l'oblitération totale du vagin, celle de l'orifice de la matrice ou l'absence de quelques-unes des parties essentielles à la génération.

DE LA GÉNÉRATION.

La génération est cette fonction par laquelle les êtres vivans se reproduisent.

Dans l'espèce humaine, elle est le résultat du rapprochement des deux sexes.

Son mécanisme a de tout temps excité la curiosité des physiologistes, et, pourtant, malgré leurs nombreuses recherches, ils n'ont pu encore soulever le voile, et se sont bornés à émettre des hypothèses. Voici les principales.

D'abord, on ne vit dans les ovaires de la femme que des organes chargés de secréter une liqueur prolifique semblable à celle de l'homme, et on crut alors que la formation du fœtus était le résultat du mélange de ces deux semences. Mais ce système, qui était celui d'Hippocrate, d'Empédocle, de Galien, etc., ne fut pas compris par tous de la même manière ; les uns crurent que la semence de la femme n'avait besoin que d'être vivifiée par celle de l'homme pour prendre la forme du fœtus ; d'autres imaginèrent qu'il se passait dans le mélange des semences quelque chose d'analogue à ce qui s'observe dans la cristallisation des sels.

Mais ces différens systèmes des séministes étaient sans aucun fondement, puisque les ovaires ne sécrètent point de sperme, et que la liqueur que rendent certaines femmes, au moment de la copulation, n'est autre chose que des mucosités fournies par les glandes du vagin.

Plus tard les ovaires furent regardés comme renfermant de véritables œufs qui, après avoir été fécondés par la semence du mâle, se gonflaient et déchiraient leur enveloppe pour se rendre dans la matrice, en cheminant par le canal des trompes. Mais ces œufs, personne ne les avait vus, et les fauteurs même de ce système étaient loin d'être d'accord entre eux. Cependant, cette explication fut en faveur pendant près d'un siècle.

Au bout de ce temps, Lewenoek crut apercevoir dans la semence du mâle, à l'aide du microscope, plusieurs millions d'animalcules qui, pendant le temps des amours, se mouvaient avec beaucoup de vivacité. Dès-lors les prétendus œufs des ovaires ne furent plus considérés que comme autant de vésicules destinées à recevoir ces animalcules.. Restait à expliquer comment un si grand nombre d'individus ne donnait, le plus souvent, naissance qu'à un seul fœtus; on crut alors trancher la difficulté en disant que ces petits êtres se livraient, entre eux, un combat à mort, et que le vainqueur de tous montait seul à l'ovaire!

On sent aisément tout le ridicule d'un pareil système et on est bien forcé d'avouer qu'on ne sait encore rien de positif sur le mécanisme de la génération. Cependant il s'est trouvé des auteurs qui, plus pénétrans que les autres, ont cru qu'il était possible de créer à volonté des mâles, des femelles, des hommes d'esprit, des hommes remarquables par leurs formes, etc.; mais on devine bien que ce ne ne fut là qu'un rêve de l'imagination.

Ce qui paraît certain, c'est que l'homme et la femme concourent chacun pour leur part à la formation du fœtus; en voici la preuve : qu'un nègre s'unisse à une femme blanche, l'enfant qui naîtra de cette union ne sera ni tout-

à-fait noir ni tout-à-fait blanc, mais il tiendra le milieu entre ces deux couleurs. Le même phénomène se remarque chez les animaux : qu'un cheval, par exemple, s'accouple avec une ânesse, il ne résultera de cet accouplement ni un cheval ni un âne, mais bien un animal mixte, c'est-à-dire un mulet.

DE LA CONCEPTION.

La conception, d'après Baudelocque, est l'union qui se fait dans le sein de la femme des principes nécessaires à la formation de l'enfant et de ses dépendances.

On pense généralement qu'elle a lieu dans les ovaires : beaucoup de faits viennent à l'appui de cette opinion.

Signes de la conception. Aucun de ceux que l'on a indiqués ne saurait faire connaître si la femme vient de concevoir. Quelle foi ajouter, en effet, à ce spasme, à ce frémissement intérieur, à ce sentiment de volupté, à ces changemens nombreux de la face, du col, de la voix, etc. ? Outre que ces signes sont communs à d'autres états de la femme, ne les a-t-on pas rencontrés lors même que la copulation n'avait pas été suivie de fécondation?

DE LA GROSSESSE.

Définition. On donne généralement le nom de grossesse à l'état de la femme qui a conçu et porte en elle le produit de la conception.

Cet état dure jusqu'à l'accouchement qui arrive ordinairement au bout de neuf mois, quelquefois plutôt, quelquefois plus tard.

On divise généralement la grossesse en *vraie* et en *fausse*. La première est constituée par un ou plusieurs fœtus, la seconde par des affections qui, en amenant l'augmentation de la matrice et du ventre, simulent jusqu'à un certain point la véritable grossesse. Mais, ainsi que l'observe un auteur recommandable, le nom de fausses grossesses ne con-

vient nullement à ces affections, qui doivent être désignées chacune par le nom qui lui est propre.

La vraie grossesse, relativement au siége qu'elle occupe, peut être divisée en *utérine*, *extra-utérine* et *mixte* (1).

DE LA GROSSESSE UTÉRINE.

On appelle ainsi celle qui a son siége dans la cavité de l'utérus.

Elle est *simple* quand il n'y a qu'un fœtus, *composée* quand il y en a plusieurs, *compliquée* lorsque, outre le fœtus, la matrice renferme une grande quantité d'eau, une mole, un polype, des hydatides, etc.

Signes de la grossesse utérine. Ils peuvent être divisés en *rationnels* et en *sensibles*.

Les signes rationnels sont fort nombreux, et peuvent être distingués en *locaux* et en *généraux*.

Les premiers se tirent de la suppression des règles et des changemens qui surviennent du côté de la matrice et du ventre.

Les seconds portent sur les différens troubles excités dans l'économie par l'influence sympathique qu'exerce la matrice sur les autres organes.

Suppression des règles. Le plus ordinairement les règles se suppriment aussitôt que la femme est enceinte ; mais cette suppression, pouvant tenir à toute autre cause, ne doit être que d'un faible poids dans le diagnostic de la grossesse.

D'un autre côté, la présence des règles ne saurait être considérée comme une preuve de la vacuité de la matrice, puisque, chez certaines femmes, l'écoulement peut continuer durant toute la grossesse.

CHANGEMENS DU CÔTÉ DE LA MATRICE ET DU VENTRE. Le développement de la matrice et du ventre suffit, dans le plus grand nombre des cas, pour établir de fortes présomptions

(1) Dans la grossesse *mixte*, le fœtus est situé dans l'épaisseur des parois de l'utérus.

en faveur de la grossesse; et cependant ce double phénomène ne doit être classé que parmi les signes rationnels, puisqu'il est commun à la grossesse et à beaucoup de maladies.

Les changemens que la matrice éprouve, durant la grossesse, sont relatifs à son volume, à sa forme, à sa situation, à sa direction, à sa texture et à ses propriétés.

Changemens relatifs au volume. Aussitôt que la conception a eu lieu, la matrice augmente de volume, et son accroissement d'abord lent, devient ensuite très-rapide; de telle sorte qu'à la fin de la grossesse son diamètre longitudinal est de douze pouces environ, le transversal de neuf et l'antéro-postérieure de huit et demi.

Changemens relatifs à la situation. Lorsque la matrice est chargée du produit de la conception, elle éprouve d'abord un abaissement plus ou moins marqué; mais bientôt elle se relève et prend de nouveaux rapports avec les parties qui l'environnent.

A trois mois révolus, son fond répond au rebord du détroit supérieur du bassin; à quatre mois, il dépasse ce détroit de plusieurs travers de doigts; à cinq mois, on le trouve à trois travers de doigts au dessous de l'ombilic; à six mois, un peu au dessus de ce point; à sept mois, dans la partie inférieure de la région épigastrique, et à huit mois, dans le fond de cette même région. Pendant le neuvième mois, le fond de la matrice ne s'élève plus, au contraire, il descend presque toujours, et ce phénomène est d'autant plus marqué que l'époque de l'accouchement approche davantage.

Mais la matrice ne s'élève pas toujours d'une manière aussi régulière que nous venons de le dire; par exemple, lorsque les parois du ventre ont été grandement dilatées par des grossesses antécédentes, ou par certaines hydropisies, l'utérus semble acquérir de la largeur aux dépens de sa longueur, et dans ce cas il peut arriver que le fond de l'organe ne dépasse point l'ombilic à la fin de la grossesse. Cette

circonstance est bien importante à noter, pour éviter toute méprise, lorsqu'il s'agit de déterminer l'époque de la grossesse.

Changemens relatifs à la forme. Dans les premiers mois de la grossesse, la matrice conserve sa forme triangulaire. A compter du troisième, son corps devient sphéroïde ; enfin, vers le sixième mois, l'organe commence à s'allonger et à prendre une forme ovoïde ; c'est alors que le col éprouve des changemens bien remarquables ; il se ramollit, perd graduellement sa longueur et se dilate. A la fin de la grossesse, il est entièrement effacé, et on ne trouve plus à la partie inférieure de la matrice, qu'une ouverture plus ou moins large dont les bords présentent généralement peu d'épaisseur.

Changemens relatifs à la direction. La matrice, en s'élevant, devrait, naturellement, suivre la direction de l'axe du détroit supérieur ; mais le plus souvent elle s'incline en avant, à droite, à gauche ou en arrière de cet axe, et constitue ce que l'on nomme les *obliquités.*

L'antérieure est la plus fréquente : elle est caractérisée par la saillie du ventre au devant et par la présence du col utérin en arrière. Ses causes sont la flaccidité des parois abdominales, l'inclinaison du bassin en avant et la saillie de la colonne lombaire.

L'obliquité latérale droite vient ensuite, pour la fréquence : elle est caractérisée par la saillie du ventre à droite et par la présence du col utérin à gauche. Les causes qui la déterminent sont la présence du rectum et du colon iliaque à gauche ; ces intestins presque toujours remplis de matières fœcales obligent la matrice à se porter à droite ; le paquet des intestins grêles refoulé à gauche, à mesure que l'utérus s'élève, concourt encore à maintenir cette obliquité.

L'obliquité latérale gauche est rare, et ses causes inconnues. Elle est d'ailleurs caractérisée par la saillie du ventre à gauche, et par la présence du col utérin à droite.

L'obliquité postérieure a lieu toutes les fois que les parois

abdominales, par leur résistance, obligent la matrice à s'élever parallèlement à la colonne vertébrale, c'est-à-dire en arrière de l'axe du détroit supérieur. Le ventre est alors peu saillant et le col utérin est situé derrière les pubis.

Ce que nous avons dit de la situation du col, relativement aux obliquités, peut souffrir quelques exceptions; ainsi Levret, Baudelocque et autres disent l'avoir trouvé dirigé du même côté que le fond de l'organe.

Lorsque la matrice s'incline à droite ou à gauche elle éprouve une rotation sur elle-même, de sorte que l'un de ses bords se dirige en avant et l'autre en arrière. C'est le gauche qui vient en avant dans l'obliquité latérale droite, et *vice versâ*. Cette circonstance est importante à noter quand il s'agit de pratiquer l'opération césarienne.

Changemens relatifs à la texture. Ces changemens comprennent la couleur, l'épaisseur, la densité et tout ce qui est relatif au développement des membranes des artères, des veines, des vaisseaux lymphatiques et des nerfs.

Couleur. La matrice qui dans l'état de vacuité est de couleur blanchâtre, devient pendant la grossesse d'un rouge prononcé, ce qui s'explique par l'abondance du sang qu'elle reçoit alors.

Epaisseur. Dans le commencement de la grossesse elle est plus considérable que dans l'état de vacuité. A quatre mois elle est à peu près la même. Vers la fin de la grossesse, l'endroit qui répond à l'insertion placentaire est plus épais que de coutume, le reste du corps conserve son épaisseur naturelle. Le col seul a subi un amincissement sensible. Toutefois, ainsi que l'observe M. Désormeaux, les parois de la matrice peuvent être moins épaisses que de coutume, lorsquelles ont été distendues outre mesure.

Densité. aussitôt que la conception a eu lieu, la matrice se ramollit, et ce changement devient d'autant plus marqué que la grossesse est plus avancée. Ce phénomène tient évidemment à ce que l'organe reçoit beaucoup plus de liquides que dans l'état de vacuité.

La membrane péritonéale s'allonge sans s'amincir, à mesure que la matrice se développe ; les ligamens larges disparaissent en partie, leurs lames s'écartent et s'appliquent à la matrice.

La membrane moyenne (ou tissu propre) devient évidemment musculeuse : les fibres qui la composent alors présentent tous les caractères des muscles les mieux prononcés. Elles affectent, les unes une direction transversale, d'autres une direction longitudinale, d'autres une direction oblique. Toutes forment des plans dont la disposition est difficile à bien reconnaître.

La membrane muqueuse devient plus rouge, elle s'étend et se déplisse, les follicules muqueux qu'elle contient augmentent de volume et de secrétion, surtout du côté du col.

Le tissu cellulaire de la matrice se développe aussi d'une manière très-remarquable ; ses fibres s'allongent et ses aréoles prennent plus de largeur.

Les artères deviennent moins flexueuses à mesure que l'organe s'accroît, et leur calibre augmente d'une manière très-sensible.

Les veines éprouvent les mêmes changemens, mais à un plus haut degré. Leur dilatation, à l'endroit qui répond au placenta, devient tellement grande, que certaines d'entre elles pourraient admettre l'extrémité du petit doigt. C'est peut-être à tort que quelques anatomistes ont donné le nom de sinus à ces dilatations veineuses.

Les vaisseaux lymphatiques, dont le nombre est prodigieux, prennent aussi un accroissement fort considérable ; on en a vu dont le calibre égalait celui d'une plume d'oie.

Les nerfs, d'après Hunter, augmentent aussi sensiblement de volume.

Changemens dans les propriétés. La matrice, recevant beaucoup de sang et sa nutrition étant fort active, jouit d'une chaleur inaccoutumée et d'une exquise sensibilité ; elle est d'ailleurs susceptible de contractions très-énergiques,

propriété qu'elle doit aux changemens qui se sont opérés dans son tissu propre.

Quelles sont les causes qui obligent la matrice à se dilater pendant la grossesse? Sans rapporter ici toutes les hypothèses émises par les auteurs, nous dirons avec M. Desormeaux que « deux causes agissent de concert pour opérer le « développement de l'utérus, savoir, la turgescence des pa- « rois de l'organe et l'action dilatante de l'œuf; mais la pre- « mière est plus efficace dans le commencement de la gros- « sesse, tandisque vers la fin c'est l'autre qui prédomine ».

Phénomènes généraux. L'étroite sympathie qui existe entre la matrice et le reste de l'économie explique facilement les désordres qui surviennent chez certaines femmes aussitôt qu'elles sont enceintes; mais ces troubles, quelque nombreux qu'ils soient, ne sauraient apprendre rien de positif sur la grossesse, car ils peuvent tenir à une tout autre cause. En effet, il suffit que l'utérus ou ses annexes deviennent le siége d'une affection quelconque pour que la plupart d'entre eux se manifestent.

Digestion. Beaucoup de femmes, aussitôt qu'elles ont conçu, sont affectées de dégoûts, de nausées, de rapports, de vomissemens, de diarrhée ou de constipation. Certaines d'entre elles ont l'appétit insatiable et ne montrent de goût que pour un seul aliment : d'autres ne recherchent que des substances plus ou moins nuisibles ou qui ne servent pas ordinairement à l'alimentation, comme la terre, la craie, le plâtre, le charbon, le sel, le poivre, le vinaigre, les citrons, les araignées, etc. M. Capuron rapporte qu'une femme voulait à toute force qu'on lui servît à manger l'épaule d'un boulanger qu'elle avait vue en passant. La plupart de ces phénomènes cessent ordinairement vers le troisième ou le quatrième mois de la grossesse.

Sécrétions. La bile semble être sécrétée en moindre quantité, ce qui pourrait bien expliquer les mauvaises digestions des femmes enceintes et les taches brunâtres qui se manifestent sur leur peau. La sécrétion de la salive est souvent

très-abondante, et les femmes sont affectées de ptyalisme. Les urines sont plus limpides, quelquefois sédimenteuses. Souvent les parties génitales sont inondées de mucosités. Les seins augmentent successivement de volume et deviennent plus sensibles ; le mamelon s'allonge et prend, ainsi que l'aréole qui l'entoure, une teinte plus foncée ; souvent il laisse écouler d'abord un liquide visqueux et transparent, puis du véritable lait.

La respiration est quelquefois difficile, courte, suspirieuse, oppressée. Certaines femmes sont tourmentées par une toux sèche, continuelle et souvent convulsive. Le timbre de la voix est plus ou moins altéré.

La circulation n'éprouve pas toujours des changemens appréciables, cependant le pouls devient quelquefois fréquent et vif, plein et dur; d'autres fois il est lent, faible, irrégulier. Chez quelques femmes, le sang se porte en abondance vers certaines parties du corps, et de là différentes hémorrhagies. Le sang tiré des veines se couvre ordinairement d'une couenne blanchâtre comme dans les maladies inflammatoires. Le caillot qu'il forme est volumineux et consistant.

La nutrition paraît être moins active dans le commencement de la grossesse, mais ensuite elle le devient davantage, et beaucoup de femmes jouissent alors de la plus brillante santé; d'autres, moins nombreuses, deviennent languissantes et semblent dépérir chaque jour.

La locomotion est rarement troublée dans le commencement de la grossesse ; cependant il est des femmes qui, aussitôt qu'elles sont enceintes, éprouvent une aversion prononcée pour toute espèce de mouvement; mais, lorsque la grossesse est fort avancée, le poids de la matrice et le relâchement des symphyses, quand il existe, rendent la marche plus ou moins pénible, plus ou moins douloureuse. Chez certaines femmes la station est tout-à-fait impossible.

Facultés intellectuelles et sensoriales. L'influence de la

grossesse sur ces facultés a peut-être été exagérée ; cependant il est vrai de dire que certaines femmes, lorsqu'elles sont enceintes, ont l'intelligence plus faible, le jugement moins sûr, l'imagination plus mobile, plus disposée à s'alarmer, la volonté plus changeante (*Moreau*). D'autres, plus rares, montrent durant leur grossesse plus de force et plus d'élévation dans les idées.

Le moral n'est pas toujours exempt de modifications ; certaines femmes éprouvent un penchant à la tristesse, à la jalousie, à la haine, à la cruauté.

Les sens extérieurs sont aussi susceptibles de troubles très-variés. Ils peuvent être moins développés, pervertis ou abolis.

PHÉNOMÈNES DUS A L'ACTION MÉCANIQUE DE L'UTÉRUS. Lorsque la grossesse est fort avancée, l'utérus remplit la cavité abdominale, comprime fortement tout ce qui l'avoisine, et détermine ainsi différens accidens.

Les digestions redeviennent lentes, difficiles, et souvent les femmes sont en proie à des vomissemens opiniâtres.

La respiration est d'autant plus gênée que le refoulement du diaphragme est plus considérable.

Les vaisseaux se trouvant comprimés par le développement et le poids de la matrice, la circulation des liquides est rendue très-difficile, et de là l'œdème et les varices des membres inférieurs et des parties génitales.

La vessie pressée par l'utérus ne se distend qu'incomplètement, et les femmes éprouvent fréquemment le besoin d'uriner.

Le vagin s'allonge et se rétrécit à mesure que la matrice s'élève ; mais, dans les derniers temps, sa partie supérieure s'évase lorsque le col se confond avec le corps de l'organe.

Le canal de l'urètre est aussi entraîné par l'utérus, et sa direction, au lieu d'être presque horizontale, est alors presque perpendiculaire ; il est bien important de tenir compte de cette

nouvelle disposition de l'urètre, lorsqu'on est appelé à sonder les femmes dans les derniers temps de la grossesse.

Les ligamens larges disparaissent à mesure que la grossesse avance ; et, lorsque la matrice est entièrement développée, leur bord supérieur ainsi que les ligamens ronds, les trompes utérines et les ovaires, se trouvent en quelque sorte accolés à ses parties latérales.

SIGNES CERTAINS DE LA GROSSESSE UTÉRINE. On regarde avec raison comme tels, 1° les *mouvemens actifs du fœtus*, qui deviennent ordinairement sensibles entre le quatrième et le cinquième mois de la grossesse ; 2° le *ballottement*, mouvement passif que l'on obtient vers la même époque en donnant une secousse à la matrice (voy. l'art. *Toucher*); 3° enfin, les *battemens du cœur du fœtus, et ceux du placenta*, qu'on distingue aussi vers le milieu de la grossesse.

Les battemens du fœtus sont doubles et tellement précipités qu'il est impossible de les méconnaître. Ceux du placenta sont simples, isochrones au pouls de la mère et accompagnés d'un bruit particulier que l'on compare à celui d'un soufflet. Ces deux espèces de battemens s'obtiennent au moyen de l'oreille ou du stéthoscope appliqués sur le ventre de la femme (1), ou bien encore au moyen du *métroscope* de M. Nauche, espèce de tube recourbé dont l'une des extrémités s'applique immédiatement à la matrice, par le vagin, et l'autre à l'oreille de l'accoucheur. M. Nauche assure qu'à l'aide de son instrument on entend les battemens plus tôt, et d'une manière plus distincte.

Les signes certains de la grossesse manquent quelquefois, et c'est alors qu'on se trouve dans le plus grand embarras quand il s'agit de prononcer sur l'état de la femme.

(1) On ne saurait préciser au juste l'endroit, la position de l'enfant n'étant pas plus fixe que l'insertion du placenta : cependant le plus ordinairement on entend les pulsations du fœtus à la partie antérieure et latérale gauche de l'abdomen, et celles du placenta au côté opposé.

Diagnostic des grossesses utérines composées.

Est-il des signes à l'aide desquels on puisse reconnaître, pendant la grossesse, si l'utérus contient plusieurs enfans? On a regardé comme tels les vomissemens opiniâtres, le volume considérable du ventre, sa division en deux moitiés latérales par une rainure longitudinale, la dyspnée, les varices, l'enflure des membres abdominaux et des parties sexuelles, la difficulté du ballottement, les mouvemens qui se font sentir des deux côtés de l'abdomen dans des points éloignés, etc. ; mais tous ces signes ont été observés dans la grossesse simple, de telle sorte qu'ils ne sauraient en rien éclairer le diagnostic des grossesses composées.

L'auscultation pourrait, dans certains cas, fournir des données plus positives ; en effet, si les pulsations fœtales et placentaires se faisaient entendre dans des points différens et bien distincts, il y aurait certitude que la matrice contient plusieurs enfans ; mais, dans le plus grand nombre de cas, ce n'est qu'au moment de l'accouchement et après la sortie du premier enfant qu'on acquiert la certitude que la matrice contenait plus d'un fœtus.

Diagnostic des grossesses compliquées.

Il est assez facile de reconnaître la présence d'une grande quantité d'eau dans la matrice; en effet, le volume considérable de l'organe et la fluctuation très-manifeste qu'on y rencontre ne laissent guère de doute sur l'espèce de complication. Mais il n'en est pas de même lorsque la matrice renferme, en même temps qu'un fœtus, une môle, un polype ou des hydatides : alors il est presque toujours impossible de reconnaître la complication. Cependant, quand nous traiterons en particulier de la présence de ces différens corps dans l'utérus (voy. *Maladies des femmes*), nous essayerons de jeter quelque jour sur leurs signes distinctifs.

Diagnostic relatif au sexe.

Peut-on connaître, pendant la grossesse, quel est le sexe

de l'enfant contenu dans la matrice ? On a dit que la femme qui portait un garçon avait le visage bien coloré ; qu'elle était plus vive et plus gaie ; que la grossesse était moins pénible ; que les mouvemens de l'enfant se faisaient sentir plus tôt ; que l'obliquité de la matrice était latérale droite ; que les parties droites de la femme jouissaient d'une vitalité plus grande, etc., et, par contre coup, on a pensé que la femme qui portait une fille devait se trouver dans des conditions tout-à-fait contraires.

Est-il besoin de réfuter de pareilles hypothèses ? et n'est-il pas évident, pour quiconque raisonne, que le sexe ne peut être reconnu qu'après que l'enfant est sorti du sein de sa mère.

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

Définition. On appelle grossesses extra-utérines toutes celles qui ont leur siége hors de la cavité de la matrice.

Espèces. On en distingue quatre espèces, savoir, 1° celle de la trompe, 2° celle de l'ovaire, 3° celle de la cavité abdominale, 4° celle qui a son siége dans l'épaisseur des parois de la matrice.

La grossesse de la trompe est la plus fréquente de toutes : vient ensuite celle de la cavité abdominale (1) ; puis celle de l'ovaire ; puis, enfin, celle qui a lieu dans l'épaisseur des parois de l'utérus.

Les trois premières ayant entre elles beaucoup de rapports, nous les étudierons ensemble.

Causes des grossesses extra-utérines. La direction vicieuse des trompes, leur mauvaise conformation, leur brièveté, le boursoufflement de leur membrane interne, la présence de mucosités épaissies, le spasme de ces tubes occa-

(1) Quelques auteurs ont nié l'existence de la grossesse abdominale primitive ; mais les exemples qu'on possède maintenant sont si évidens que le doute ne saurait plus être permis

sioné pendant le coït par le plaisir, la crainte, la surprise, l'indignation, enfin leur obturation après le coït, ont été regardés comme autant de causes des grossesses tubaires et abdominales.

Quant aux grossesses ovariennes, on a pensé que les membranes de l'ovaire plus dures que de coutume ne se laissaient point déchirer, et qu'elles retenaient ainsi l'ovule après sa fécondation.

L'œuf qui se développe hors de l'utérus a, comme celui qui est contenu dans cet organe, deux membranes (*le chorion et l'amnios*). Le fœtus a son placenta et son cordon ombilical ; il paraît seulement que le placenta est moins épais et d'un tissu plus dur, surtout dans les grossesses ventrales. Dans un cas rapporté par W. Tumbull, il était si mince qu'on l'aurait pris pour une membrane, et ses vaissseaux si petits qu'on pouvait à peine en suivre la trace avec le scalpel. L'œuf contracte des adhérences avec les parties avec lesquelles il se trouve en rapport, et il s'établit, par l'intermédiaire du placenta, une communication entre ses vaisseaux et ceux des parties voisines (*Désormeaux*).

Signes des grossesses extra-utérines. Ils se divisent en *rationnels* et en *sensibles*. Les premiers peuvent être absolument les mêmes que dans la grossesse utérine, et, en cela, ils ne sauraient servir au diagnostic différentiel. Les seconds ne sont percevables que vers le quatrième ou le cinquième mois de la grossesse, et portent principalement sur l'état dans lequel se trouve la matrice, relativement au volume du ventre et à l'époque présumée de la grossesse.

Ainsi, le ventre est-il fort développé et les mouvemens de l'enfant sensibles ? Si le toucher par le vagin fait reconnaître que la matrice est à peu près dans son état naturel, on aura la certitude qu'elle ne contient point le produit de la conception. Toutefois on ne devra pas s'en laisser imposer par l'accroissement notable que cet organe éprouve dans le principe, bien que le produit de la conception soit hors de sa cavité.

Cet accroissement n'est jamais en rapport avec le volume

du fœtus. M. Désormeaux rapporte qu'au neuvième mois d'une grossesse tubaire, la matrice présentait 5 pouces de long sur 3 de large, et 12 à 15 lignes d'épaisseur. On a quelquefois rencontré le museau de tanche entr'ouvert et ses lèvres ramollies; mais, le plus ordinairement, le col n'a éprouvé aucun changement; il est également long, aussi dur, aussi épais que dans l'état de vacuité.

La matrice ne reste pas dans la place qu'elle occupe naturellement; elle est presque toujours déjetée, vers l'un des points du bassin, par le kyste qui contient le fœtus.

Signes qui peuvent faire distinguer les grossesses extra-utérines entre elles. On a dit que dans les grosseses de la trompe et de l'ovaire la matrice éprouvait un accroissement notable, tandis que rien de semblable ne se remarquait dans la grossesse abdominale; mais un fait cité par M. Désormeaux prouve bien évidemment la fausseté de cette assertion. On a dit que les mouvemens du fœtus étaient plus libres dans les grossesses abdominales que dans celles des trompes et des ovaires; que la matrice était plus mobile dans la grossesse de l'ovaire que dans celle de la trompe, etc.; mais tous ces signes sont tellement équivoques qu'ils ne sauraient apprendre rien de positif; aussi s'accorde-t-on généralement à dire qu'il est impossible de reconnaître, pendant la vie, le lieu précis qu'occupe le fœtus dans les grossesses extra-utérines : une observation de Bry prouve même qu'il est souvent fort difficile de s'assurer si le fœtus est ou n'est pas contenu dans l'utérus. (*Désormeaux.*)

Marche des grossesses extra-utérines. Il est rare qu'une grossesse extra-utérine parvienne à neuf mois; presque toujours elle est interrompue dans son cours, vers le troisième ou le quatrième mois, par la mort du fœtus qui ne reçoit pas une nourriture suffisante, ou bien encore par la rupture du kyste dans lequel il était contenu. Dans le premier cas, le produit de la conception se dessèche et séjourne pendant un temps plus ou moins long dans le corps de la femme, ou bien il se putréfie et se fait jour à travers les intestins,

les voies urinaires, le vagin, ou bien encore à travers les parois abdominales. Dans le second cas le fœtus passe dans la cavité abdominale, et détermine les mêmes accidens que la rupture de l'utérus.

Lorsque la grossesse extra-utérine a pu parvenir à son terme, on a souvent vu se manifester un travail semblable à celui qui se déclare au terme d'une grossesse utérine : ainsi on a eu occasion d'observer un commencement de dilatation, l'écoulement d'un fluide aqueux, de quelques mucosités, d'un peu de sang, la contraction du kyste (*Baudelocque*).

Indications que présentent les grossesses extra-utérines. Beaucoup de chirurgiens et entre autres Levret et Sabatier, pleins de confiance dans les ressources de la nature, ont conseillé d'abandonner les femmes à elles-mêmes plutôt que de les soumettre à une opération qu'ils regardaient comme toujours mortelle, à cause de l'hémorrhagie qui suit le décollement du placenta. Mais les craintes de ces auteurs étaient évidemment exagérées, et ne suffisent pas, ainsi que l'observe Baudelocque, pour faire rejeter l'opération. D'ailleurs on peut abandonner le placenta à lui-même, et attendre qu'il vienne se présenter à la plaie; et, en supposant même qu'il restât dans le ventre, sa putréfaction serait toujours moins redoutable qu'auparavant, puisque celle du fœtus ne s'y joindrait pas, et que d'ailleurs on pourrait, au moyen d'injections, empêcher aux fluides putrides de séjourner dans l'économie. Des observations bien anthentiques prouvent que, par cette opération, on a pu sauver tout à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant.

GROSSESSE DANS LE TISSU DE L'UTÉRUS.

Dans cette espèce de grossesse, la propre substance de l'utérus renferme le fœtus, sans qu'un kyste le sépare du tissu de ce viscère. M. Breschet a réuni dans un même Mémoire toutes les observations connues jusqu'à ce jour : elles

ont entre elles la plus grande ressemblance, et il suffira d'en exposer une pour les faire toutes connaître.

« Madame B..... éprouvait les malaises et les incommodités qui accompagnent fréquemment la grossesse, lorsque, le 10 juin 1823, elle offrit des symptômes graves, tels que vomissemens de tous les alimens pris quelques heures auparavant, etc. Bientôt après, des douleurs vives se manifestèrent vers l'hypogastre et s'étendirent jusqu'au rectum; la malade éprouva des défaillances et un sentiment général d'affaiblissement; enfin la pâleur de la face et des lèvres, la petitesse du pouls et des syncopes prolongées indiquèrent que madame B.... était dans un danger réel. »

« On recommanda le repos, et l'on prescrivit une potion antispasmodique. Les douleurs durèrent pendant toute la nuit, et augmentèrent d'intensité. L'abdomen, d'abord insensible sous la pression de la main, devint douloureux, et les lipothymies furent bientôt plus fréquentes. Le doigt porté dans le vagin fit reconnaître un développement très-marqué de l'utérus, sans dilatation du col. La malade déclarait être enceinte de trois mois; 20 *sangsues sur l'abdomen*, *demi-bain*.»

« Tous les symptômes continuèrent, sans remission, jusqu'au lendemain 11 juin, et, à 9 heures du matin, la malade expira en sortant du bain.

Nécropsie. « Le ventre ouvert, on découvrit dans la cavité du bassin un épanchement considérable de sang, en partie liquide et en partie coagulé. L'utérus, quoique dilaté, n'avait pas franchi le détroit supérieur; il offrait une déchirure à sa base, un peu à gauche. Cette déchirure avait intéressé le péritoine et le tissu de l'organe, sans établir de communication entre la cavité abdominale et celle de l'utérus. A travers cette ouverture accidentelle de la matrice sortait un fœtus enveloppé dans ses membranes.

« L'utérus, long de 5 à 6 pouces, sur 4 de largeur, présente une cavité qui contiendrait un œuf de poule, et dans laquelle nous avons trouvé beaucoup de mucosités

ou d'albumine, et une membrane qui est certainement la caduque de *Hunter*, ou l'épichorion de *Chaussier*.

« L'épaisseur des parois de l'utérus est de 16 à 18 lignes : ainsi, cet organe est beaucoup plus volumineux, et ses parois plus épaisses que dans l'état de vacuité. »

« Les ovaires sont sains, la trompe utérine droite oblitérée dans sa moitié supérieure ; celle du côté gauche dans toute son étendue. »

« La cavité contenant le fœtus s'est formée dans l'épaisseur de la substance du fond de l'utérus, au-dessus de l'insertion de la trompe gauche. Cette cavité n'est tapissée par aucune membrane ; assez grande pour contenir un petit œuf de poule, sa surface inégale présente l'orifice d'un grand nombre de vaisseaux ou sinus utérins. Dans ces sinus étaient engagés des cotylédons en forme de pinceaux vasculaires, qui constituent les rudimens du placenta. La cloison qui sépare cette cavité de celle de l'utérus a un demi-pouce d'épaisseur ; mais la paroi supérieure, c'est-à-dire celle qui correspond à la base de l'utérus et sur laquelle existe la déchirure, n'a que deux lignes d'épaisseur. On peut cependant reconnaître que cette paroi est formée de deux élémens distincts : 1° le péritoine ; 2° la substance de l'utérus. Je fais cette remarque, parce que des physiologistes ont pensé que, dans cette espèce de grossesse extra-utérine, l'ovule glissait et se logeait entre le péritoine et l'utérus.

« Le fœtus avec ses enveloppes a 3 pouces environ de longueur. La face externe du chorion présente, dans un nombre de points, au lieu d'un placenta régulier, des cotylédons qui ne tiennent au chorion que par des pédicules longs et filiformes. Un des cotylédons est encore engagé dans un des sinus utérins, et fait adhérer l'œuf à la mère. »

Causes. « 1° On a pensé qu'il pouvait exister dans ces grosseses extra-utérines une pénétration des germes ; que les deux individus appartenaient à la même fécondation, et que l'un avait pénétré l'autre ; mais cette explication ne saurait être admise, car, dans les cas de pénétration,

c'est moins un enfant que les débris d'un fœtus que l'on a découvert, tandis que dans la grossesse extra-utérine dont nous parlons, l'embryon ou le fœtus offrait tous les caractères d'un individu qui se développait, et dont la mort avait précédé ou suivi de très-près celle de la mère.

2° Quelques personnes ont dit que l'ovule avait glissé le long de la trompe utérine jusque sur le corps de l'utérus, en se plaçant sous le péritoine ; mais la dissection a fait justice de cette supposition.

3° On s'est demandé s'il n'était pas possible, que l'ovule, parvenu dans la trompe utérine, ait trouvé ce canal oblitéré dans sa partie inférieure, et qu'alors, en vertu de cette force qui tend à le porter dans la cavité utérine, il se soit frayé une voie jusque dans l'épaisseur du tissu de l'organe.

4° Peut-on supposer que la matrice était divisée en deux loges, l'une supérieure et l'autre inférieure, séparées l'une de l'autre par une cloison incomplète qui, par le fait de la grossesse, serait devenue complète ? Mais on ne connaît aucun exemple d'utérus ainsi conformé, et les matrices bilobées ont toujours offert une cloison parallèle à leur longueur.

5° M. Breschet pense qu'on pourrait trouver une explication du phénomène dans une disposition anatomique de la trompe de Fallope. On sait que ce conduit, vers son extrémité utérine, présente intérieurement l'orifice de plusieurs sinus utérins, ou l'embouchure de canaux vasculaires quelquefois très-apparens et très-dilatés. N'est-il pas possible que l'ovule se soit arrêté à l'un de ces orifices, qu'il l'ait dilaté peu à peu, et que, poussé constamment par la force péristaltique de la trompe, au lieu d'arriver dans la cavité utérine, il se soit creusé une cavité dans le tissu de l'utérus, vers son fond et plus ou moins près de l'insertion de la trompe ?

Signes. Le Mémoire de M. Breschet n'en traite pas d'une manière spéciale ; mais on voit, par l'observation de madame B...., qu'ils sont les mêmes que dans les autres grossesses

extra-utérines ; c'est ici surtout que la matrice doit être plus pesante et moins mobile.

Marche. La même que dans les autres grossesses extra-utérines ; seulement, ainsi que l'observe M. Breschet, dans cette dernière espèce, l'œuf doit éprouver plus de difficultés à se développer.

La terminaison et les indications à remplir n'offrent rien de particulier.

DES FAUSSES GROSSESSES.

« On a donné ce nom aux affections qui, en augmentant le volume de l'utérus ou seulement de l'abdomen, simulent la grossesse. Cette dénomination ne peut être conservée, car la grossesse existe ou elle n'existe pas, et dans ce dernier cas il faut donner un nom propre à chacune des affections qui peuvent la simuler (*Désormeaux*). » Nous parlerons avec détail de ces affections quand nous serons arrivés à traiter des maladies des femmes.

HYGIÈNE DE LA FEMME PENDANT LA GROSSESSE.

Facultés intellectuelles. La susceptibilité de la femme s'accroît par l'état de grossesse, et les impressions qu'elle reçoit sont alors beaucoup plus fortes ; de là, la nécessité de lui épargner toute espèce d'émotion; le chagrin, la haine, la jalousie, la colère, la frayeur, une joie excessive, les plaisirs de l'amour, etc., pourraient, chez elle, avoir les suites les plus funestes.

L'imagination de la femme enceinte demande aussi beaucoup de ménagemens ; on doit soigneusement éloigner d'elle tout ce qui pourrait l'affecter désagréablement, comme la vue d'individus hideux, mutilés, contrefaits, etc., non pas dans la crainte chimérique que l'enfant n'apporte en naissant les mêmes difformités, mais parce que toute agitation violente

pourrait déranger sa santé, et par suite porter atteinte à celle du fœtus.

Habitation. Il importe beaucoup qu'une femme enceinte habite un appartement sain. L'air qu'elle respire doit être pur, et non chargé d'exhalaisons qui pourraient déterminer l'avortement. Il n'est pas jusqu'aux odeurs les plus suaves, qui ne puissent nuire aux femmes grosses ; car chez elles la fonction de l'odorat peut être tellement pervertie, qu'une odeur qui plaisait avant la grossesse devienne alors insupportable. Un air trop chaud rend les fonctions languissantes : un air trop froid détermine des accès de toux qui peuvent occasioner l'avortement.

Exercice et repos. Les femmes enceintes doivent prendre un exercice modéré ; c'est le seul moyen d'affermir la santé, de prévenir beaucoup d'incommodités, et de favoriser le développement du fœtus. La promenade à pied convient surtout ; les exercices qui, comme l'équitation, impriment au corps des secousses trop brusques, doivent être interdits, car ils pourraient avoir les plus graves inconvéniens.

Les femmes grosses ont plus de propension au sommeil que les autres, et pour cette raison les veilles prolongées ne manqueraient pas de leur être nuisibles. Le lit destiné au repos ne doit pas être trop mou, car il aurait le double inconvénient de produire l'affaiblissement et de disposer aux pertes ; il convient qu'il soit placé dans une chambre où l'air se renouvelle facilement.

Alimens et boissons. Une femme enceinte doit manger peu, sûrtout dans le commencement de sa grossesse, et les alimens dont elle fait usage doivent être simples, de facile digestion, et nutritifs sous un très-petit volume : il convient de proscrire ceux de haut goût. Toutefois, il ne faut pas toujours contrarier les désirs, en apparence dépravés, qu'ont certaines femmes, à moins pourtant qu'ils ne portent sur des substances dangereuses, car ils sont quelquefois un avertissement de la nature, qui fait connaître ce qui conviendrait le mieux à l'estomac de ces femmes.

Les boissons légèrement acidulées, et l'eau mêlée avec un tiers de bon vin vieux, conviennent par dessus tout aux femmes enceintes. Il faut que ces boissons soient à une température modérée, car celles qui sont chaudes affaiblissent les organes de la digestion, et celles qui sont trop froides déterminent une impression qui peut être dangereuse. Les boissons spiritueuses doivent être défendues, car elles pourraient occasioner des pertes. Les femmes qui ont l'habitude du thé ou du café peuvent en continuer l'usage, en y mêlant une plus grande quantité d'eau ou de lait.

Les vêtemens doivent être en rapport avec la saison, et toujours assez lâches pour ne comprimer ni les seins, ni l'abdomen; car autrement ils gêneraient l'importante fonction des mamelles, et s'opposeraient au libre développement de la matrice. Il importe aussi que les membres abdominaux soient exempts de toute constriction, afin que la circulation n'éprouve aucun obstacle.

Des bains, des évacuans, de la saignée. Les bains tièdes conviennent parfaitement aux femmes d'un tempérament nerveux, et souvent, chez elles, ils sont les meilleurs antispasmodiques; mais ils doivent être interdits à celles qui sont douées d'une constitution molle et lymphatique, car ils ne feraient qu'accroître les incommodités qu'elles éprouvent déjà. Cependant la propreté exige qu'elles en prennent quelquefois, mais alors leur température doit être très-peu élevée, et leur durée autant courte que possible.

Les bains tièdes conviennent surtout dans le premier et dernier mois de la grossesse : dans le premier, ils calment les accidens nerveux auxquels les femmes sont souvent en proie; dans le dernier, ils relâchent les parties génitales et les disposent à l'accouchement.

Les lavemens préparés avec des substances émollientes doivent être employés toutes les fois qu'il y a constipation; ceux qui sont préparés avec des substances purgatives pourraient occasioner des accidens.

La saignée convient toutes les fois que les femmes sont

pléthoriques, et qu'elles éprouvent les symptômes d'une congestion au cerveau, tels que somnolence, céphalalgie, étourdissemens, etc. Le besoin de cette saignée se fait le plus ordinairement sentir vers le quatrième ou le cinquième mois de la grossesse ; cependant on peut sans inconvénient la pratiquer à toute autre époque, pourvu que les symptômes de pléthore existent.

DU TOUCHER.

Le toucher consiste ordinairement à introduire un ou plusieurs doigts dans le vagin pour explorer la partie inférieure de la matrice, en même temps qu'avec l'autre main appliquée sur l'abdomen on cherche à reconnaître les changemens qui ont pu survenir du côté du fond de l'organe. Le toucher se pratique aussi quelquefois par le rectum ; et souvent il est utile d'avoir successivement recours à ces trois modes d'exploration.

Le toucher est de la plus haute importance en accouchemens, et c'est avec raison qu'on le regarde comme la boussole de l'accoucheur.

C'est par lui qu'on reconnaît la bonne et la mauvaise conformation du bassin, et l'état des parties molles de la génération. C'est par le toucher qu'on reconnaît la grossesse, ses différentes époques, ses espèces ; c'est par le toucher qu'on distingue les douleurs de l'enfantement de celles qui lui sont étrangères ; c'est le toucher qui fait connaître les époques du travail, la partie que présente l'enfant, la position qu'elle affecte et la marche qu'elle suit en traversant le bassin. C'est enfin par le toucher qu'après la sortie de l'enfant, on reconnaît si la matrice revient sur elle-même, si le placenta s'engage, et par quel point de sa surface il se présente, etc.

Pour retirer du toucher tous les avantages qu'il peut offrir, il est indispensable de bien connaître à l'avance l'état

normal des parties que l'on touche; car, sans cette connaissance préliminaire, il est tout-à-fait impossible d'apprécier les changemens que ces parties éprouvent pendant la grossesse.

Position de la femme. Si la grossesse ne fait que commencer, ou s'il s'agit d'étudier l'état du bassin ou des organes qu'il contient, la femme doit être couchée sur le dos, la tête fléchie sur la poitrine, les cuisses sur le ventre et les jambes sur les cuisses. De cette manière, les parois abdominales étant relâchées, il devient très-facile, en les déprimant, d'explorer toutes les parties qu'on a intérêt de connaître. Mais, si au contraire il s'agit de constater exactement la position de la matrice, sa pesanteur, sa mobilité, les changemens survenus du côté de son col; si enfin on veut procéder à la recherche du ballottement, il convient mieux que la femme soit debout.

Dans tous les cas, le rectum et la vessie doivent être vidés à l'avance, afin que par leur volume ils ne gênent point l'accoucheur dans ses recherches.

Position de l'accoucheur. Si la femme est couchée sur le dos, l'accoucheur doit se placer à droite du lit, quand il touche de la main droite, et à gauche, quand il touche de la main gauche.

Si la femme est debout, il se place devant elle, met un genou en terre, et tient l'autre élevé afin de fournir un appui à la main qui explore les parties.

Disposition de la main. La plupart des accoucheurs recommandent d'allonger l'indicateur et de fermer les autres doigts et le pouce dans la paume de la main. Cette disposition convient toutes les fois qu'on n'est pas obligé d'aller très-loin pour rencontrer les parties qu'on cherche; mais, dans le cas contraire, il vaut mieux placer le pouce au-devant des pubis et les trois derniers doigts sur le périnée. De cette manière, en effet, on est plus sûr d'arriver au col de la matrice.

L'indicateur doit être enduit *d'un corps gras*, afin que son introduction devienne plus facile, et que l'accoucheur soit

à l'abri de l'absorption des virus dont les organes de la femme pourraient être infectés.

Lorsqu'on veut introduire le doigt dans les parties, on applique son bord radial sur le périnée de la femme, et on le ramène ensuite d'arrière en avant jusqu'à ce que l'on rencontre l'ouverture de la vulve dans laquelle on pénètre en écartant les grandes lèvres.

Ordre à suivre dans l'opération du toucher. Les parties extérieures doivent toujours être examinées avant celles qui se trouvent situées plus profondément. Ainsi l'accoucheur doit commencer par étudier l'ouverture inférieure du bassin, celle du vagin, les grandes lèvres, les petites lèvres, le canal de l'urèthre et le rectum; parcourir ensuite le vagin, et s'assurer de l'intérieur du bassin; constater l'état du col de la matrice et les changemens qu'il a pu éprouver, s'il s'agit d'une grossesse avancée; enfin, chercher avec soin le ballottement, en donnant une petite secousse à la partie de la matrice sur laquelle repose l'enfant; le plus souvent c'est entre le col et la symphyse des pubis qu'il faut placer le doigt; le fœtus s'élève aussitôt au milieu des eaux de l'amnios; mais, plus pesant qu'elles, il retombe bientôt sur le doigt qui l'a déplacé. C'est au choc que produit cette chute qu'on donne le nom de ballottement.

Quelques auteurs conseillent, pour rendre ce choc du fœtus plus sensible, de presser la matrice de haut en bas immédiatement après l'avoir pressée de bas en haut; mais cette précaution est le plus souvent inutile, et presque toujours il suffit de soulever la matrice par le vagin pour obtenir le ballottement. Pour que ce signe important de la grossesse puisse être perçu, il faut que la matrice contienne une certaine quantité d'eau d'amnios, et que le fœtus ait acquis un poids assez considérable. En général, c'est entre le quatrième et le cinquième mois de la grossesse que le ballottement devient sensible.

Après avoir ainsi étudié toutes les parties qui peuvent être touchées par le vagin, l'accoucheur doit appliquer

l'autre main sur l'abdomen, afin de s'assurer du volume du corps de l'utérus, de son élévation et de sa direction.

Bien entendu que, pour tirer des conclusions de tous les changemens que l'on a pu rencontrer, il est indispensable de se bien rappeler tout ce qui est relatif au développement de l'utérus pendant la grossesse (Voy. page 43).

DU PRODUIT DE LA CONCEPTION.

Le produit de la conception comprend le *fœtus*, les *membranes*, les *eaux de l'amnios*, le *placenta* et le *cordon ombilical*.

DÉVELOPPEMENT DU GERME.

Lorsque le germe contenu dans l'ovaire a été fécondé, il est transmis par la trompe dans l'intérieur de la matrice, où il se développe pendant les neuf mois que dure la grossesse.

Le temps que met le germe à parcourir la trompe n'est pas encore bien connu. On pense généralement qu'on ne trouve rien dans l'utérus avant le huitième jour. Home a rencontré à cette époque, chez une femme, un ovule membraneux sur lequel on distinguait déjà deux points opaques. Mais quelles sont les parties primitivemént formées ? On l'ignore entièrement, et toutes les opinions émises à ce sujet sont autant d'hypothèses.

DE L'EMBRYON.

On donne généralement ce nom au germe pendant les trois premiers mois de la grossesse. M. Ollivier (Dict. des Sc. m.) observe qu'il est plus convenable de l'appeler ainsi pendant les quatre premiers mois, puisque ce temps est nécessaire pour que toutes ses parties soient bien distinctes.

Vers trois semaines, l'embryon, dit le même auteur, commence à être bien distinct ; il est oblong, vermiforme, renflé à son milieu, obtus à une extrémité, terminé en

pointe mousse à l'autre. Sa consistance est gélatineuse; sa longueur est de 2 à 3 lignes, et son poids de 2 à 3 grains.

Vers six semaines, la consistance de l'embryon est plus grande et ses parties plus distinctes; la tête a considérablement augmenté de volume, relativement aux autres parties. Les yeux sont indiqués par deux petits points noirs; il n'y a encore aucun vestige de nez; la bouche est marquée par une fente transversale; il n'existe pas trace de col; les battemens du cœur sont distincts; les membres thoraciques et abdominaux sont indiqués par de petits bourgeons arrondis. L'embryon a 5 ou 6 lignes de longueur, et pèse 19 grains environ.

Vers deux mois, deux petits orifices marquent l'entrée des conduits auditifs; le nez, les paupières et le col commencent à se dessiner : les membres sont plus saillans. Le cordon ombilical n'est point encore contourné en spirale, il a 4 à 5 lignes de longueur. On commence à distinguer les rudimens des organes extérieurs de la génération. L'embryon a de 12 à 15 lignes de longueur et pèse de 2 à 4 gros.

Vers deux mois et demi, tous les organes que nous venons de nommer sont plus développés. La tête, proportion gardée, est toujours beaucoup plus volumineuse que les autres parties. Les lèvres se développent et commencent à fermer la bouche, les auricules se distinguent, le col existe encore à peine; les parois de la poitrine deviennent apparentes; les membres sont plus developpés, et les doigts et les orteils commencent à se dessiner. Le cordon se contourne en spirale; la vésicule ombilicale cesse ordinairement d'exister à cette époque. L'embryon a 18 lignes à 2 pouces de longueur, et pèse une once à une once et demie.

Vers trois mois, le volume de la tête est moins disproportionné. Le globe de l'œil se dessine; la membrane pupillaire et les points lacrymaux sont distincts; le col existe; les membres s'allongent; les ongles commencent à paraître; l'anus est distinct des parties génitales; les tégumens ont plus de consistance. L'embryon a 6 pouces de longueur, et pèse environ 3 onces.

Vers quatre mois, toutes les parties de l'embryon sont très-distinctes, et c'est alors seulement que le nom de fœtus lui convient réellement. La tête est proportionnellement moins grosse ; ses fontanelles et ses satures sont très-larges ; la face est encore peu développée. Les yeux, les narines et la bouche sont fermés. Les articulations des doigts et des orteils sont visibles ; les parties génitales sont très-developpées et le sexe bien distinct. La peau est couverte d'un léger duvet, quelques cheveux courts et blanchâtres se remarquent sur la tête. Le fœtus a 7 ou 8 pouces de longueur, il pèse 6 à 7 onces, et commence à exécuter quelques mouvemens sensibles.

Vers cinq mois, toutes les parties du corps sont encore mieux proportionnées. Le fœtus a 10 pouces environ de longueur ; il pèse 8 à 10 onces, et ses mouvemens musculaires sont plus prononcés.

Vers six mois, le fœtus a 12 à 14 pouces de longueur, et pèse de 12 à 16 onces. Sa peau est bien organisée ; ses ongles sont déjà assez solides ; le scrotum est vide et les pupilles encore fermées.

Pendant le septième mois, les différentes parties du fœtus se régularisent ; la membrane pupillaire disparaît ; les testicules descendent dans les bourses ; la peau se couvre d'un enduit blanchâtre et sébacé ; les cheveux sont plus longs et plus foncés ; le fœtus présente 14 à 16 pouces de longueur.

A huit mois, le fœtus est long de 16 à 18 pouces, et pèse environ 4 ou 5 livres ; son accroissement paraît s'effectuer principalement en épaisseur.

Dans le neuvième mois, le fœtus présente 18 à 20 pouces de longueur, et pèse 6 à 7 livres ; des poils très-distincts remplacent le duvet des sourcils et des paupières. Les ongles sont bien conformés ; l'insertion du cordon ombilical correspond à peu près au milieu de la longueur du corps.

ATTITUDE DU FOETUS DANS LA MATRICE.

La tête du fœtus occupe le plus ordinairement la partie

la plus déclive de l'utérus. Cette position peut n'être pas fixe jusque vers le milieu de la grossesse ; mais, une fois cette époque passée, le fœtus conserve toujours la même position et ne saurait en changer, puisque sa longueur dépasse de beaucoup l'étendue des diamètres antéro - postérieur et transversal de l'utérus. Il faut toutefois excepter les cas où la matrice est largement développée et le fœtus très-petit : alors, en effet, la position de ce dernier ne saurait être fixe à aucune époque de la grossesse.

Dans les cas ordinaires, le fœtus est courbé sur sa partie antérieure, la tête fléchie sur la poitrine, les bras portés en devant et les mains appliquées sur la face ; les cuisses sont fléchies sur le bassin, les genoux écartés et les jambes croisées de manière que le talon droit répond à la fesse gauche, et le talon gauche à la fesse droite. Le fœtus ainsi courbé représente une espèce d'ovoïde de 10 pouces de longueur, dont les deux extrémités sont représentées l'une par la tête et l'autre par le siége.

DU FOETUS A TERME.

De sa division.

On peut considérer au fœtus à terme quatre grandes régions, une antérieure, une postérieure, deux latérales ; et deux extrémités, l'une supérieure et l'autre inférieure.

La région antérieure comprend la face proprement dite, le devant du cou, de la poitrine, du ventre, du bassin, des cuisses et des jambes.

La région postérieure comprend l'occiput, la nuque, le dos, les lombes, le siége, et la partie postérieure des cuisses et des jambes.

Les régions latérales comprennent les côtés de la tête et du cou, les épaules, les côtés de la poitrine, les flancs, les côtés du bassin, ceux des cuisses et des jambes.

L'extrémité supérieure est représentée par le sommet de la tête, et l'*inférieure* par les pieds.

Nous indiquerons les caractères propres à chacune de ces

régions du fœtus, lorsque nous traiterons des positions en particulier.

Des parties principales du fœtus à terme sous le rapport de l'accouchement.

DE LA TETE DU FOETUS; DE SES DIMENSIONS ET DE SES MOUVEMENS.

La tête du fœtus séparée du tronc présente la forme d'un ovoïde légèrement aplati en différens sens. Elle est composée de deux parties bien distinctes, l'une supérieure qu'on nomme voûte du crâne, l'autre inférieure qu'on nomme sa base. La première est composée de pièces osseuses séparées les unes des autres par des intervalles membraneux qu'on nomme les uns fontanelles, les autres sutures. Cette disposition fait que la voûte du crâne, lorsqu'elle est comprimée, peut diminuer de volume par le rapprochement ou le chevauchement des différens os qui la composent. La base est tout-à-fait irréductible.

Division de la tête du fœtus. Cinq régions et deux extrémités.

Les régions sont le vertex ou sommet, la base, la face proprement dite et les régions temporales.

Les extrémités sont représentées l'une par le tubercule occipital, et l'autre par le menton.

Le sommet de la tête offre des parties qu'il importe à l'accoucheur de connaître. Les principales sont, sur la ligne médiane, la fontanelle antérieure, qui est large et quadrilatère; la suture sagittale, et la fontanelle postérieure, qui est étroite et triangulaire. Sur les côtés se trouvent les branches de la grande suture coronale, les bosses pariétales, et les branches de la suture lambdoïde.

La base du crâne ne se présente jamais au toucher, à moins que la tête n'ait été séparée du tronc : elle présente peu d'intérêt sous le rapport des accouchemens.

La face proprement dite offre des caractères tellement tranchés qu'il est impossible de la méconnaître, à moins

pourtant que les parties molles qui recouvrent les os n'aient éprouvé un gonflement considérable. Les principaux caractères qui distinguent la face sont, sur la ligne moyenne, la petite suture coronale, le nez, le bord alvéolaire supérieur, la bouche, le bord alvéolaire inférieur et le menton : sur les parties latérales se trouvent les bosses coronales, les orbites et les yeux, les pommettes et les angles de la mâchoire inférieure.

Les régions latérales présentent en avant la fontanelle antérieure et inférieure, au milieu la suture écailleuse du temporal, et en arrière la fontanelle postérieure et inférieure ; mais dans l'état frais ces régions sont surtout reconnaissables par la présence des oreilles.

Dimensions de la tête du fœtus. On mesure ordinairement la tête du fœtus par cinq diamètres et deux circonférences.

Le diamètre occipito-frontal, qui va de l'occiput au front, a une étendue d'environ 4 pouces et quart.

Le diamètre occipito-mentonnier, qui va de l'occiput au menton, a 5 pouces et quart environ.

Le diamètre bi-pariétal, qui s'étend d'une bosse pariétale à l'autre, a 3 pouces et demi.

Le diamètre vertical, qui va du sommet de la tête à la base du crâne, a une étendue d'environ 3 pouces et demi.

Le diamètre bi-mastoïdien, qui s'étend d'une apophyse mastoïde à l'autre, a 2 pouces et demi à 3 pouces.

La grande circonférence divise la tête perpendiculairement en deux hémisphères latéraux ; son étendue est de 14 à 15 pouces.

La petite circonférence la divise perpendiculairement en deux moitiés, l'une antérieure et l'autre postérieure ; son étendue est de 10 à 11 pouces.

Mouvemens de la tête sur le tronc. La tête peut être fléchie sur la poitrine, renversée sur le dos, inclinée sur l'une ou l'autre épaule ; elle peut aussi décrire un quart de rotation ; ce dernier mouvement, s'il était porté trop loin, pourrait, en déterminant une lésion de la colonne vertébrale et de la moëlle épinière, occasioner la mort de l'enfant.

DU TRONC DU FOETUS ET DE SES DIMENSIONS.

Le tronc du fœtus, à cause de la réduction dont il est susceptible, s'accommode presque toujours à la forme du bassin, et rarement il apporte des obstacles à la terminaison de l'accouchement.

Les épaules, mesurées transversalement, présentent un diamètre de 4 pouces et demi, réductible de plus d'un pouce par la simple pression.

Le siége, mesuré d'un os iliaque à l'autre, offre une étendue de trois pouces. Il est d'ailleurs susceptible de réduction par l'affaissement des cartilages qui séparent les 14 pièces osseuses dont il est alors formé.

Mouvemens du tronc. Le tronc du fœtus peut se courber en avant, en arrière et sur les côtés ; la courbure en avant est la plus étendue, la plus facile et celle qui a le moins d'inconvéniens.

DES EXTRÉMITÉS DU FOETUS.

Le volume des extrémités du fœtus est trop peu considérable pour opposer un obstacle réel à la terminaison de l'accouchement ; aussi ne sont-elles importantes à connaître que sous le rapport des mouvemens dont elles sont susceptibles.

De la connaissance exacte de ces mouvemens dépend, bien souvent, le succès des manœuvres auxquelles on se livre dans les accouchemens contre nature ; et la complète ignorance de leur mécanisme a causé tantôt de très-grandes difficultés, tantôt des lésions plus ou moins graves, telles que des luxations ou des fractures, etc.

De tous les mouvemens dont sont susceptibles les extrémités du fœtus, ceux qui consistent dans l'extension et l'abduction doivent surtout être ménagés ; car, portés très-loin, ils ne manqueraient pas d'être suivis d'accidens.

CONCLUSIONS TIRÉES,

1° De la comparaison des diamètres du bassin de la mère avec ceux des parties principales du fœtus; 2° de la direction différente des axes du bassin de la mère; 3° de la différence de longueur des parois antérieure et postérieure de ce canal osseux.

1°. Les plus grands diamètres du fœtus dépassent en étendue les plus petits diamètres du bassin de la mère; mais les plus grands diamètres du bassin de la mère ont une étendue plus considérable que celle des plus grands diamètres du fœtus; d'où il suit que, pour que l'accouchement se termine naturellement, il faut, de toute nécessité, que les plus grands diamètres du fœtus correspondent toujours aux plus grands diamètres du bassin de la mère, et les plus petits aux plus petits.

2°. Les plus grands diamètres pour l'accouchement, au détroit supérieur du bassin, sont les obliques; tandis qu'au détroit inférieur le plus grand est l'antéro-postérieur; d'où il suit que les parties les plus larges du fœtus, placées obliquement au détroit supérieur, doivent, dans la suite du travail, éprouver un mouvement de rotation, pour se trouver convenablement placées au détroit inférieur.

3°. Les trois axes du bassin représentent une espèce de ligne courbe, dont la concavité répond au pubis et la convexité au sacrum; le fœtus, en se dégageant, doit nécessairement suivre cette direction.

4°. La paroi postérieure du petit bassin a 5 pouces d'étendue, tandis que l'antérieure n'a que 18 lignes. Cette différence de longueur explique pourquoi, *l'occiput devant toujours sortir le premier dans l'accouchement par le sommet de la tête*, les deux premières positions sont toujours beaucoup plus favorables que les deux dernières; puisque, dans le premier cas, l'occiput, pour sortir du bassin, n'a que 18 lignes à parcourir, tandis que dans le second il doit suivre une étendue de près de 5 pouces.

DES DÉPENDANCES DU FOETUS.

On comprend sous ce nom les membranes, les eaux de

l'amnios, le placenta et le cordon ombilical ; nous y joindrons la vésicule ombilicale et l'allantoïde pour avoir occasion d'en dire quelques mots.

DES MEMBRANES.

Les membranes qui enveloppent le fœtus sont au nombre de trois : la plus extérieure se nomme *épichorion;* la moyenne, *chorion ;* l'interne, *amnios.*

De l'épichorion (*membrane caduque*). L'existence de l'épichorion, bien qu'en aient dit certains auteurs, ne saurait être mise en doute. Sa présence, à l'intérieur de la matrice, a été constatée dans les grossesses utérines et dans les grossesses extra-utérines. Dans les premières, elle précède la descente de l'ovule.

La membrane épichorion, dans le principe, n'est autre chose qu'une matière séro-albumineuse, semi-fluide, en partie concrète et qui remplit la cavité utérine. Sa surface est hérissée de flocons saillans et de filamens (Ollivier); du deuxième au quatrième mois, elle forme autour de l'œuf une double enveloppe, excepté à l'endroit où le placenta s'insère. Des deux feuillets qui forment cette double enveloppe, l'un correspond à la surface interne de la matrice, et y adhère par des *prolongemens filamenteux ;* on l'appelle *caduque utérine;* l'autre correspond à la membrane chorion, et lui adhère assez intimement ; c'est la *caduque réfléchie.* A mesure que la grossesse avance, ces deux feuillets diminuent d'épaisseur ; l'interne, poussé par l'œuf, se rapproche de l'externe, et disparaît vers le milieu de la grossesse.

A l'époque de l'accouchement, la membrane caduque est simple, plus épaisse que les autres, et recouvre la membrane chorion jusqu'à la circonférence du placenta, où elle se termine. La membrane mince et transparente qui existe sur la face utérine du placenta, lui est tout-à-fait étrangère (Dict. des Sc. m.)

La disposition qu'affecte la membrane caduque, relative-

ment à l'œuf, dépend de ce que celui-ci, en descendant dans la matrice, pousse au devant de lui cette membrane, qui tapisse alors toute la surface interne de l'organe.

Quelques auteurs, entre autres Chaussier et Meckel, n'admettent point cette explication. Ils pensent que l'ovule, en arrivant dans la matrice, pénètre de suite au milieu de la substance qui doit par suite former la membrane épichorion, de telle sorte que, selon eux, toute la surface extérieure de l'œuf se trouverait recouverte par cette dernière membrane.

Béclard admettait la première explication; mais il pensait que la membrane caduque se refermait derrière l'ovule à mesure que celui-ci pénétrait dans l'intérieur de la matrice. La première explication paraît être la seule admissible.

La membrane caduque n'est point percée au niveau des trompes et du col de la matrice, comme l'avait pensé Hunter; elle envoie dans ces conduits des prolongemens membraneux.

La membrane caduque a une demi-ligne d'épaisseur, elle est transparente, d'un blanc jaunâtre, et d'une consistance molle et pulpeuse. Elle contient un grand nombre de vaisseaux, et fixe l'œuf à la matrice.

Du chorion. Le chorion est situé entre l'épichorion et l'amnios; il forme l'enveloppe extérieure du germe avant son entrée dans la matrice. Dans le principe, cette membrane est opaque, épaisse et résistante : sa surface externe est parsemée de granulations qui deviennent de plus en plus apparentes dans le point où le placenta doit se développer; partout ailleurs elles finissent par disparaître.

Au moment de l'accouchement, la membrane chorion devenue mince, transparente et peu résistante, adhère aux membranes caduque et amnios, et au placenta dans l'endroit où elle lui correspond.

Après avoir tapissé la face fœtale de ce corps spongieux, la membrane chorion se réfléchit sur le cordon ombilical, et lui forme une gaîne qui l'accompagne jusqu'à l'ombilic du fœtus, où elle se confond avec le derme.

La structure du chorion est peu connue ; il paraît ne contenir dans son tissu, ni vaisseaux lymphatiques, ni nerfs; on doute même qu'il contienne des vaisseaux sanguins.

De l'amnios. L'amnios est la membrane la plus intérieure de l'œuf; il est en rapport par sa face externe avec le chorion, dont il se trouve séparé, dans les deux premiers mois de la grossesse, par un liquide qu'on a nommé *fausses eaux de l'amnios* ; par sa face interne, l'amnios est en contact immédiat avec les eaux et le fœtus.

La disposition de l'amnios, relativement au placenta et au cordon ombilical, est absolument la même que celle du chorion. Arrivé à l'ombilic du fœtus, l'amnios se confond avec l'épiderme des parois abdominales.

La membrane amnios, dans les premiers temps de la gestation, est extrêmement mince, molle, analogue à la rétine, et forme un petit sac suspendu dans la partie supérieure du chorion qui l'entoure; au moment de l'accouchement, elle est encore très-mince, presque diaphane, blanchâtre, élastique et plus résistante que le chorion (Olliv.).

Sa structure est la même.

Pèndant la grossesse, les membranes, prises collectivement, ont pour usages principaux de fixer l'œuf à la matrice, de favoriser le développement de cette dernière, et de contenir les eaux qui protégent le germe.

Au moment de l'accouchement, elles concourent puissamment à la dilatation du col utérin.

DES EAUX DE L'AMNIOS.

On appelle ainsi le liquide dans lequel le fœtus est plongé durant la grossesse.

Les eaux de l'amnios sont évidemment fournies par la mère, et non par le fœtus, ainsi qu'on l'a prétendu : en effet elles existent lorsque le fœtus est encore imperceptible, et participent aux diverses altérations que peuvent présenter les

humeurs de la mère; ainsi, elles deviennent jaunâtres, lorsqu'on administre à cette dernière du safran; elles acquièrent la propriété de blanchir le cuivre lorsqu'on lui administre du mercure. Cependant Meckel pense que dans les derniers temps de la grossesse ce liquide est en partie sécrété par le fœtus : cette opinion ne compte guère de partisans.

La quantité des eaux de l'amnios varie depuis quelques onces jusqu'à plusieurs livres : elles sont d'ailleurs plus abondantes, relativement au fœtus, dans les premiers temps de la grossesse qu'à l'époque de l'accouchement.

Les eaux de l'amnios sont ordinairement limpides, transparentes, grasses au toucher, d'une odeur nauséabonde, d'une saveur légèrement salée : quelquefois elles sont troubles, noirâtres, floconneuses, et répandent une odeur infecte. Elles sont formées d'eau, d'albumine, d'hydrochlorate de soude, de soude, de phosphate de chaux (Vauquelin), d'acide hydrophtorique (Berzélius), et enfin d'un gaz composé d'acide carbonique et d'azote (Lassaigne et Chevreul).

Quelques auteurs pensent qu'après le sixième mois de la grossesse l'albumine se décompose pour former l'enduit blanchâtre dont le corps du fœtus est couvert à sa naissance; mais il est bien plus probable que cet enduit est le résultat d'une sécrétion du fœtus, puisqu'il paraît à l'époque où les follicules sébacés se développent, et qu'on le rencontre abondamment là où ces follicules sont nombreux (Dict. des Sc. m.).

Les eaux de l'amnios ne servent point, comme on l'a dit, à nourrir l'enfant : elles le tiennent dans l'isolement pendant la grossesse, et préviennent ainsi toute espèce d'adhérence. Elles favorisent son développement et ses mouvemens, et le garantissent des chocs extérieurs qui pourraient compromettre son existence. Pendant le travail, elles aident à la dilatation du col, en agissant à la manière d'un coin, et facilitent l'accouchement en lubréfiant les parties que l'enfant doit traverser.

Fausses eaux. Quelques auteurs ont pensé que les eaux qui s'écoulent quelquefois avant l'accouchement s'étaient

amassées entre les membranes et qu'elles ne venaient pas de la cavité de l'amnios. Mais, chez les femmes qui ont présenté ce phénomène, on n'a trouvé aucune espèce d'écartement entre les membranes ; de telle sorte que l'existence de ces fausses eaux ne saurait être démontrée. Il est bien plus probable qu'alors le liquide était sorti de la cavité de l'amnios, à travers une ouverture survenue au-dessus de l'orifice du col utérin. MM. Gardien et Capuron pensent que ces eaux peuvent venir des enveloppes d'un autre fœtus, mort et dissous peu de temps après la conception ; ils pensent aussi que, dans certains cas, on a pu s'en laisser imposer par les urines que les femmes rendent souvent involontairement dans les derniers temps de la grossesse.

DU PLACENTA.

On donne le nom de placenta au corps spongieux et vasculeux qui se trouve à l'extérieur des membranes chorion et amnios.

Le placenta n'existe pas d'abord, et ce n'est guère que vers le second mois de la grossesse que les premiers rudimens commencent à se manifester dans l'endroit où le chorion correspond immédiatement à la surface interne de l'utérus. Ces premiers rudimens ne sont autre chose que des granulations vasculaires qui, d'abord séparées les unes des autres, se rapprochent à mesure qu'elles se développent, et se réunissent ensuite pour former un corps touffu qui est le placenta.

Au terme de l'accouchement, le placenta présente sept à huit pouces de *diamètre*; un pouce environ *d'épaisseur* à son centre, et quelques lignes seulement à sa circonférence. Il est le plus souvent ovalaire et aplati en deux sens. *Sa face utérine* est convexe et partagée en un grand nombre de cotylédons arrondis et réunis entre eux au moyen d'un tissu celluleux et vasculaire très-mou, disposé en forme de membrane (Dict. des Sc. m.). *La face fœtale* est concave et recouverte par les membranes chorion et amnios; elle présente un grand

nombre de ramifications artérielles et veineuses qui, en se réunissant, forment le cordon ombilical. Celui-ci s'insère, le plus ordinairement, à la partie moyenne de cette face fœtale (*placenta en ombrelle*) : d'autres fois, il s'insère tout près du bord (*placenta en raquette*). *La circonférence* du placenta est mince et plus ou moins irrégulière : son étendue est de vingt-quatre pouces environ.

Structure. Le placenta est éminemment celluleux et vasculaire. Il est rougeâtre, mou, très-friable; chaque lobe, dont il est composé reçoit une artère et une veine particulières qui se divisent à l'infini et ne communiquent point, d'après Wrisberg, avec celles des lobes voisins. On trouve encore dans l'épaisseur du placenta un grand nombre de prolongemens membraneux fournis par la membrane qui recouvre sa face utérine et par le chorion. Le placenta ne paraît pas contenir de nerfs, de vaisseaux lymphatiques ni de glandes.

Variétés. Le placenta est quelquefois très-volumineux, d'autres fois très-petit. Il peut être très-épais ou très-mince et comme membraneux; il peut aussi présenter dans sa forme les mêmes variétés que dans son volume; ainsi il peut être arrondi, ovalaire, divisé en deux ou en plusieurs lobes, plié sur lui-même en forme de rein, etc. Dans ce dernier cas, le cordon ombilical s'insère dans une espèce de scissure que présente alors le bord du placenta.

Quand la matrice contient deux fœtus, il y a ordinairement deux placentas qui sont isolés, ou bien réunis de manière à paraître n'en former qu'un seul à deux cordons. Quelquefois la réunion n'est pas aussi complète. Ordinairement les fœtus sont contenus chacun dans une poche particulière; quelquefois pourtant ils sont renfermés dans la même cavité.

Un fait, rapporté par un médecin américain, tendrait à prouver que le placenta peut ne pas exister.

Lieu d'insertion. Le placenta s'insère le plus ordinairement au fond de la matrice; mais il peut également s'im-

planter dans tous les autres points de sa surface interne, même sur son orifice.

Moyens d'insertion. Les avis ont été long-temps partagés à ce sujet : les uns ont comparé l'adhérence du placenta à la greffe des végétaux; d'autres, à ces plantes parasites qui s'attachent aux arbres pour en tirer leur nourriture; d'autres enfin ont pensé qu'il y avait engrenure entre les lobes de ce corps et la surface interne de la matrice. Mais il est aujourd'hui démontré que l'adhérence a lieu au moyen d'un tissu cellulaire plus ou moins dense, et des vaisseaux qui de la matrice vont au placenta.

Mode de communication du placenta avec la matrice. Ce point d'embryologie a été le sujet de nombreuses contestations. Beaucoup d'auteurs ont prétendu que les vaisseaux de la matrice ne communiquaient pas directement avec ceux du placenta, et ils se sont appuyés de faits plus ou moins concluans. D'autres, en plus grand nombre, ont été d'avis contraire, et n'ont pas manqué de preuves pour soutenir leur opinion, que les expériences récentes du docteur David Williams viennent encore confirmer; de telle sorte qu'il est très-probable que la circulation utéro-fœtale s'opère par l'intermédiaire de vaisseaux non interrompus (Dict. des Sc. m.).

Usages du placenta. Le placenta a tour-à-tour été comparé, pour ses usages, au poumon, au foie, à la rate, au cœur, etc.; mais le plus grand nombre des physiologistes pense aujourd'hui qu'il est le principal moyen d'union et de communication entre la mère et l'enfant, et que sa fonction principale consiste à recevoir de la mère, pour les transmettre au fœtus, les sucs nécessaires à sa nutrition.

DU CORDON OMBILICAL.

Le cordon ombilical s'étend du placenta à l'ombilic du fœtus. Il n'existe pas dans les premiers mois de la grossesse, si on en croit la plupart des anatomistes, et l'embryon est

alors immédiatement appliqué à ses enveloppes, par un point qui correspond à la région abdominale. Mais M. Ollivier dit l'avoir observé, de la manière la plus évidente, sur un assez grand nombre d'œufs abortifs, dont la formation ne datait pas d'un mois, et il avait alors cinq ou six lignes; d'où cet auteur conclut que, si l'embryon est immédiatement uni à ses membranes, dans le commencement, cette union ne doit exister que pendant un intervalle de temps très-court. Dans le principe, le cordon n'est point contourné en spirale, et ce n'est qu'après le deuxième mois qu'il commence à présenter cette disposition.

Jusqu'à la fin du troisième mois, le cordon ombilical contient une partie du canal intestinal; une partie ou la totalité de la vésicule ombilicale; les vaisseaux omphalo-mésentériques, qui s'étendent de cette vésicule à la paroi postérieure de l'abdomen; probablement l'ouraque (Dugès), et enfin les vaisseaux ombilicaux.

A l'époque de la naissance, le cordon ombilical n'est plus composé que de la veine et des deux artères ombilicales, d'une substance gélatiniforme (*Gélatine de Wharton*), qui entoure ces vaisseaux, et d'une enveloppe commune formée par les membranes chorion et amnios.

La veine ombilicale est plus grosse à elle seule que les deux artères qu'elle contourne en spirale; elle naît du placenta par une infinité de radicules qui, en se réunissant de proche en proche, finissent par ne plus former qu'un seul tronc. La veine ombilicale parcourt toute la longueur du cordon, se repliant souvent sur elle-même, et donnant ainsi naissance à des nodosités plus ou moins nombreuses et plus ou moins considérables. Parvenue à l'ombilic de l'enfant, la veine ombilicale se sépare des deux artères, et va gagner la scissure du foie en passant dans l'épaisseur du ligament suspenseur, fournit à droite et à gauche un assez grand nombre de rameaux, et se divise ensuite en deux branches principales, dont l'une va se rendre à la veine cave ascendante, sous le nom de *canal veineux*, et l'autre dans le sinus de

la veine porte. La veine ombilicale est dépourvue de valvules.

Les artères ombilicales naissent des hypogastriques dont elles semblent être la continuation ; plongent d'abord un peu dans l'excavation du bassin, sur les côtés de la vessie, après quoi elles remontent derrière la paroi antérieure de l'abdomen, en se rapprochant l'une de l'autre, jusqu'à l'ombilic. Là elles se réunissent à la veine, descendent tout le long du cordon, en décrivant de nombreuses flexuosités, et se terminent dans le placenta par un nombre infini de ramifications, dont quelques-unes seulement communiquent avec la veine ombilicale.

Le cordon ombilical paraît dépourvu de nerfs et de vaisseaux lymphatiques.

Sa longueur moyenne est de 22 pouces ; son volume ordinaire égale celui du petit doigt. Mais ces dimensions sont sujettes à de nombreuses variétés : ainsi on a rencontré des cordons qui n'avaient que deux pouces de longueur, d'autres qui avaient jusqu'à cinq pieds. De même on en a vu de très-grêles et de très-volumineux.

Lorsque le cordon est très-court, il est fortement tiraillé pendant la grossesse ; ce qui peut occasioner la rupture des vaisseaux ombilicaux, ou bien le décollement du placenta. Pendant l'accouchement, ce vice du cordon peut donner lieu au renversement de la matrice, si les adhérences du placenta sont encore très-fortes.

Lorsque le cordon est très-long, il peut former plusieurs circulaires autour du col, du tronc, ou des membres du fœtus. Les circonvolutions qui sont autour du col peuvent se serrer et faire périr l'enfant, ou l'exposer à l'apoplexie (*Gardien*). Le cordon très-long est susceptible de se nouer de diverses manières ; mais ces nœuds, quels que soient leur nombre et leur forme, ne nuisent jamais au développement du fœtus.

Lorsque le cordon est très-grêle ou très-volumineux, il cède facilement aux moindres tractions exercées sur lui.

Le cordon ombilical établit durant la grossesse une communication directe entre la mère et l'enfant. A la naissance, la portion des vaisseaux ombilicaux qui se trouvait enfermée dans l'abdomen s'oblitère et devient ligamenteuse. Celle qui reste au dehors se détache dans le lieu de son insertion à l'ombilic.

DE LA VÉSICULE OMBILICALE ET DE L'ALLANTOÏDE.

La vésicule ombilicale et l'allantoïde sont deux petites poches membraneuses, tout-à-fait distinctes l'une de l'autre, et dont l'existence chez l'homme, quoi qu'en aient dit certains auteurs, paraît constante jusqu'au troisième mois de la grossesse.

La vésicule ombilicale est située d'abord à la face antérieure et inférieure de l'embryon, mais elle s'en éloigne progressivement à mesure que le cordon se forme, de sorte qu'au deuxième mois elle se trouve adhérente à la face fœtale du placenta près l'insertion du cordon, entre les deux membranes fœtales (Dict. des Sc. méd. 18 vol.).

La vésicule ombilicale est d'autant plus volumineuse que l'embryon est plus jeune : son diamètre est ordinairement de trois lignes environ dans le principe. Elle est formée par une membrane granuleuse, translucide et très-résistante ; elle renferme un liquide limpide d'abord, mais qui devient insensiblement blanchâtre, diminue de quantité, s'épaissit et finit par s'endurcir (Dict. des Sc. méd.).

Ses usages paraissent être de fournir à l'entretien de l'embryon, jusqu'à ce que le cordon ombilical soit formé : alors ses fonctions cessent entièrement, les vaisseaux ombilicaux puisant dans le sang de la mère les matériaux qui doivent servir à la nutrition du germe.

L'allantoïde est située, de même que la vésicule ombilicale, entre le chorion et l'amnios. Sa forme est allongée, ses parois sont très-minces. On a cru que dans le principe elle communiquait avec la vessie au moyen de l'ouraque ; et à cause de cette communication présumée, on a regardé le liquide

qu'elle renferme comme étant de l'urine; mais, outre que cette communication n'est pas parfaitement démontrée, de nouvelles recherches ont prouvé que le liquide a quelque analogie avec celui que contient la vésicule ombilicale; d'où l'on est naturellement porté à penser que les usages de cette seconde vésicule sont absolument les mêmes que ceux de la première.

FONCTIONS DU FOETUS.

Nutrition.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point important de l'embryologie : toutefois nous nous abstiendrons de reproduire ici leurs discussions, et nous nous bornerons à dire ce qui nous paraît le plus probable. Or il nous semble démontré, 1° que, dans les premiers temps de la grossesse et avant la formation du cordon ombilical, l'embryon se nourrit aux dépens du fluide contenu dans la vésicule ombilicale et l'allantoïde; 2° que les eaux de l'amnios peuvent bien n'être pas étrangères à son développement, sans y être pourtant indispensables; 3° qu'une fois le cordon établi, les vaisseaux ombilicaux puisent dans le sang de la mère les principaux matériaux de la nutrition.

Cette manière de voir est d'ailleurs en rapport avec les faits observés dans la pratique : en effet, n'a-t-on pas vu des enfans naître pleins de vie et de santé, bien que les eaux de l'amnios se fussent écoulées long-temps avant l'accouchement? et ne sait-on pas que bien souvent les enfans sont victimes ou de la compression du cordon ombilical ou d'une hémorrhagie?

Les sécrétions qui s'observent chez le fœtus ne se manifestent pas toutes à la même époque; il en est qui s'opèrent de très-bonne heure, d'autres qui n'ont lieu qu'à une époque assez avancée de la grossesse.

L'appareil urinaire paraît exécuter ses fonctions dès les premières périodes de la vie intra-utérine; en effet, à cette

époque les reins offrent déjà un développement assez considérable, et la vessie contient de l'urine.

Le foie commence à paraître entre la première et la troisième semaine ; mais ce n'est guère qu'entre le cinquième et le sixième mois qu'on reconnaît de la bile dans la vésicule.

Le canal intestinal renferme dans les premiers mois un liquide dont les propriétés changent successivement jusqu'à la naissance, et qui paraît être exclusivement excrémentitiel (Dict. des Sc. méd.).

La peau, vers le sixième mois, sécrète un fluide gras, visqueux et blanchâtre semblable à la matière sébacée du gland et de la vulve.

Respiration.

L'existence de cette fonction chez le fœtus paraît être mise hors de doute par les savantes recherches de Vésale, Béclard, etc. : ainsi Vésale a vu des fœtus de mammifères exécuter des mouvemens de respiration dans l'eau de l'amnios. Béclard, en ouvrant des femelles de chien, de chat, de lapin, a vu distinctement dans les fœtus, à travers les membranes et l'eau de l'amnios, des mouvemens respiratoires consistant dans l'ouverture de la bouche, l'agrandissement des narines et l'élévation simultanée des parois du thorax. Il paraît, d'après les expériences de ce dernier, que les eaux de l'amnios pénètrent assez profondément dans le poumon des fœtus pendant l'acte de la respiration. (Dict. des Sc. méd.).

Circulation.

Le sang de la mère parvenu dans la veine ombilicale parcourt tout le trajet de cette veine ; arrivé sous le foie, il se divise en deux colonnes principales, dont l'une va se rendre au sinus de la veine porte, et l'autre à la veine cave inférieure en parcourant le trajet du canal veineux : le sang qui a été porté dans le foie retourne dans la veine cave inférieure en passant par les veines hépatiques. Tout le sang qui est contenu dans la veine cave inférieure passe dans l'oreillette

gauche du cœur à travers le trou de Botal ; de l'oreillette gauche il va dans le ventricule gauche, et celui-ci le chasse dans l'aorte supérieure, qui le porte à la tête, au col, aux extrémités thoraciques, etc. Cette première colonne de sang, après avoir fourni à toutes les parties que nous venons d'indiquer, est rapportée dans l'oreillette droite du cœur au moyen de la veine cave supérieure ; de l'oreillette droite le sang passe dans le ventricule droit, et de ce dernier dans l'artère pulmonaire : là il se divise en trois colonnes dont deux très-petites vont aux poumons, tandis que la troisième plus volumineuse traverse le canal artériel pour aller se jeter dans l'aorte, un peu au-dessous de sa crosse. Cette dernière colonne de sang parcourt tout le trajet de l'aorte descendante et fournit à toutes ses branches ; arrivée près de l'angle sacro-vertébral, elle se divise en deux colonnes principales (*iliaques primitives*) qui se subdivisent bientôt, chacune en deux autres colonnes (*iliaques, externe et interne*) dont l'une va se distribuer aux extrémités abdominales pour être ensuite rapportée dans la veine cave inférieure, tandis que l'autre retourne au placenta, en suivant le trajet des artères ombilicales. Ces derniers vaisseaux font donc l'office de veines, tandis que la veine ombilicale fait l'office d'artère.

D'après ce que nous venons de dire, il est évident que le sang artériel n'arrive aux parties inférieures du fœtus qu'après avoir déposé dans les supérieures ce qu'il avait de plus nutritif : cette circonstance explique très-bien pourquoi, au moment de la naissance, la tête et les membres thoraciques sont beaucoup plus développés que les autres parties du corps.

Changemens qu'éprouve la circulation du fœtus dans les derniers temps de la grossesse, pendant le travail de l'accouchement et au moment de la naissance.

Tant que le fœtus est renfermé dans le sein de sa mère, la circulation se fait par les voies indiquées précédemment ; mais le sang n'est pas toujours également distribué ; ainsi, à mesure que la grossesse avance et que le fœtus approche de

son entier développement, le trou de Botal et le canal artériel se rétrécissent progressivement, une moindre quantité de sang les traverse tandis qu'une plus grande quantité se porte aux poumons, et c'est ainsi que préludent en quelque sorte les changemens importans qui doivent survenir plus tard.

Au commencement du travail de l'accouchement, les vaisseaux utérins, comprimés par les contractions de l'organe, diminuent de calibre et ne transmettent plus au placenta qu'une très-petite quantité de sang. Plus tard, toute espèce de circulation entre la mère et l'enfant cesse, ou parce que le placenta est entièrement détaché de la matrice (1), ou parce qu'il est fortement comprimé, et alors la veine ombilicale ne porte plus au fœtus que le peu de sang qu'elle reçoit des artères ombilicales. Mais ce sang qui a déjà circulé dans ses vaisseaux n'est plus propre à le nourrir ; aussi sa vie ne tarderait-elle pas à s'éteindre si l'accouchement ne se terminait promptement. Enfin il peut arriver que le cordon ombilical éprouve une compression telle que toute circulation devienne impossible dans les vaisseaux : alors le sang s'arrête dans les artères ombilicales, s'accumule de proche en proche dans l'aorte, le canal artériel, le côté droit du cœur, la veine cave supérieure, enfin dans les vaisseaux du cerveau, et de là cet état apoplectique dans lequel les enfans naissent si souvent.

Aussitôt que l'enfant est né, la respiration s'établit, les poumons se dilatent et la circulation se fait comme chez l'adulte : alors le trou de Botal, le canal artériel et les vaisseaux ombilicaux s'oblitèrent. Ce nouveau mode de circulation est intimement lié à la respiration de l'enfant, puisqu'il persiste tant que celle-ci est libre, et qu'il cesse aussitôt qu'elle vient à être suspendue ; dans ce dernier cas, le sang reprend la route qu'il suivait avant la naissance.

(1) Quand le placenta est ainsi détaché, si la matrice vient à tomber dans l'inertie et que l'accouchement tarde trop à se terminer, l'enfant peut périr d'hémorrhagie; car le sang qui continue de circuler du fœtus au placenta se perd continuellement à la surface de ce dernier.

Mouvemens.

Les mouvemens du fœtus ne sont en général sensibles que vers le milieu de la grossesse ; mais il ne s'ensuit pas qu'ils ne commencent qu'à cette époque. En effet le fœtus se meut beaucoup plus tôt, mais sa faiblesse et le volume d'eau qui l'entoure empêchent que ses mouvemens puissent être aperçus.

DE L'ACCOUCHEMENT.

L'accouchement peut être défini l'expulsion naturelle ou l'extraction par l'art du fœtus hors du sein de sa mère. De là deux espèces d'accouchemens, le *naturel* et le *contre-nature*.

DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL.

On appelle ainsi celui qui se termine par les seules forces de la nature. Son époque ordinaire est la fin du neuvième mois (270 *jours*). Quelquefois pourtant il se fait avant ce terme ; par exemple, à 7 mois et à 8 mois : on l'appelle alors *prématuré*. Dans d'autres circonstances il n'a lieu qu'après les 9 mois révolus, et on le nomme alors *tardif*. Dans le premier cas, on suppose qu'il a fallu à la nature moins de 9 mois pour conduire le fœtus à son entier développement ; tandis que dans le second on imagine qu'il lui a fallu plus de neuf mois pour lui donner la force nécessaire aux fonctions de la vie. Les accouchemens prématurés et tardifs ne sauraient maintenant être mis en doute, et la loi regarde comme légitimes les enfans qui naissent entre le sixième mois révolu (180 *jours*) et la fin du dixième mois (300 *jours*).

Les *causes* qui font que l'accouchement se termine plutôt à la fin du neuvième mois qu'à toute autre époque sont entièrement inconnues, et tout ce qu'on a dit à ce sujet se réduit à quelques hypothèses toutes dénuées de fondement.

Il n'en est pas de même des causes efficientes de l'accou-

chement; celles-ci sont aujourd'hui bien connues, et on sait à quoi s'en tenir sur l'opinion des anciens qui prétendaient que l'enfant jouait un rôle actif au moment de sa naissance: comment en effet pourrait-on conserver quelque chose de cette opinion quand on voit tous les jours l'utérus se débarrasser de fœtus privés de vie?

C'est donc la matrice qui, par ses contractions réitérées, chasse au dehors l'enfant qu'elle contient dans sa cavité. Cette action de la matrice est bien, il est vrai, soutenue ordinairement par les contractions du diaphragme, des parois abdominales et même par celles de tous les muscles de l'économie; mais cette participation n'est pas indispensable, puisqu'on a vu l'utérus se débarrasser lors-même que la vie animale était entièrement éteinte.

Signes précurseurs de l'accouchement. Lorsque la grossesse n'a plus que quelques jours à parcourir, la matrice s'abaisse, la respiration devient plus libre et les digestions plus faciles; la femme se sent plus légère, plus alerte dans ses mouvemens; quelquefois pourtant elle se plaint d'anxiété, d'abattement, de pesanteur dans le bassin, de trouble dans l'excrétion des urines et des matières stercorales. Enfin, le terme de la grossesse arrive et le travail de l'enfantement se déclare.

Premier phénomène.

Des douleurs.

Les douleurs qui accompagnent le travail de l'accouchement sont de deux sortes; les unes *vraies*, portent sur la matrice et servent à l'expulsion du fœtus; les autres *fausses*, sont tout-à-fait étrangères à l'accouchement.

Les vraies douleurs dépendent des contractions utérines et sont ordinairement régulières dans leur marche. Faibles et éloignées (*mouches*) dans le commencement du travail, elles se succèdent ensuite avec d'autant plus de force et de rapidité que l'accouchement est plus près de se terminer. Les

vraies douleurs sont surtout reconnaissables à la dureté qu'acquiert le globe de la matrice, à la raideur de son col, à la tension des membranes à travers ce dernier, et au calme parfait qu'elles laissent après elles.

Les fausses douleurs n'ont point de siége fixe : elles se font sentir, tantôt dans la région des reins, tantôt du côté de la vessie, d'autres fois dans le canal intestinal, etc., mais jamais elles ne portent sur la matrice ; aussi ne remarque-t-on, pendant leur durée, aucun signe de contraction du côté de cet organe. Les fausses douleurs sont très-irrégulières dans leur marche, et ne laissent jamais après elles ce calme parfait qui suit ordinairement les vraies douleurs.

Les vraies et les fausses douleurs peuvent exister ensemble chez la même femme ; c'est alors le cas de dire, avec M. Capuron, « que la femme accouche *avec* de fausses douleurs, et non *par* de fausses douleurs, » puisqu'il est reconnu que ces dernières sont tout-à-fait étrangères à l'accouchement.

Deuxième phénomène.

Dilatation du col de la matrice ; formation et rupture de la poche des eaux.

La dilatation du col est l'effet immédiat des contractions de l'utérus. Toutefois, lorsque le travail est déjà avancé, la poche des eaux et plus tard la tête du fœtus, en s'engageant dans cette ouverture, en favorisent singulièrement la dilatation.

Le col de la matrice, toutes choses égales d'ailleurs, se dilate beaucoup plus lentement dans un premier accouchement que dans ceux qui le suivent ; de même sa dilatation, dans tous les cas, est moins prompte au commencement qu'à la fin du travail. Lorsque le col est entièrement dilaté, la matrice forme avec le vagin un canal non interrompu. A cette époque, les parties sont lubrifiées par d'abondantes mucosités qui se teignent de sang.

A mesure que la dilatation du col s'opère, les membranes qui contiennent les eaux de l'amnios s'engagent à travers l'orifice, et forment là une poche qui s'accroît par degrés et devient d'autant plus volumineuse que le travail est plus avancé.

La poche des eaux est le plus ordinairement arrondie, régulière et ne dépasse l'orifice de la matrice que lorsqu'il est complètement dilaté; quelquefois pourtant, lorsque les membranes sont d'une texture très-lâche, elles s'allongent dans le vagin sous forme de boyau. La poche des eaux est molle quand la matrice est dans son état de repos; elle est au contraire dure pendant la contraction de l'organe. Une fois le col assez ouvert pour laisser passer la tête du fœtus, la poche se rompt et les eaux de l'amnios s'écoulent au dehors (1). Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement, et les membranes se déchirent quelquefois ou trop tôt ou trop tard. Dans le premier cas, le travail est souvent interrompu, et la dilatation du col ne s'opère plus qu'avec beaucoup de lenteur et de difficulté : dans le second, l'accouchement est retardé, le fœtus pousse au-devant de lui les membranes et naît *coiffé*, comme on le dit; mais cette circonstance, que le monde regarde comme heureuse, peut à l'instant même donner lieu aux accidens les plus fâcheux, tels que le renversement de la matrice, l'hémorrhagie foudroyante et l'asphyxie de l'enfant: heureusement on peut presque toujours prévenir ces accidens en opérant la déchirure des membranes.

Pendant ce second temps du travail et principalement vers sa fin, il se manifeste, dans les fonctions de l'économie, un trouble plus ou moins marqué qui ne fait que s'accroître encore pendant l'expulsion du fœtus; le pouls devient plus fort et plus fréquent; la respiration se précipite; quelquefois des vomissemens ont lieu; la chaleur du corps aug-

(1) Quelquefois les membranes se rompent au-dessus de l'orifice de la matrice; les eaux ne s'écoulent qu'en partie, et la poche continue de se distendre à chaque douleur.

mente ; la peau se couvre de sueur ; le visage s'anime et se colore ; souvent il survient de la somnolence et quelquefois du délire.

Troisième phénomène.

Expulsion du fœtus.

Une fois le col de la matrice entièrement dilaté, et les membranes rompues, le fœtus pressé de toute part s'engage dans le bassin qu'il traverse en suivant la marche que nous allons décrire. Bien entendu que nous supposons, du côté de la mère, un bassin bien conformé, des forces suffisantes, et l'absence de toute espèce d'accidens ; du côté du fœtus, une bonne conformation et une présentation du sommet de la tête, des pieds, des genoux ou du siége.

Mécanisme de l'accouchement naturel par la tête.

L'accouchement naturel par la tête ne peut avoir lieu que dans les quatre positions suivantes :

Première position.—*Rapports principaux* (1). L'occiput répond à la cavité cotyloïde gauche, et le front à la symphyse sacro-iliaque droite. La région postérieure du tronc regarde en avant et à gauche, l'antérieure en arrière et à droite : les pieds sont au fond de la matrice.

Mécanisme. Pressée par les contractions de la matrice, la tête se fléchit sur la poitrine, et son diamètre occipito-mentonnier devient parallèle à l'axe du détroit supérieur : elle parcourt ainsi toute l'excavation du bassin ; mais, arrivée près du détroit inférieur, elle rencontre les plans inclinés qui lui impriment un mouvement de rotation, l'occiput glisse sur le plan incliné antérieur gauche et vient se placer sous l'arcade des pubis, tandis que la face glisse sur le plan

(1) Ici, et toutes les fois qu'il s'agira des positions, nous nous bornerons à indiquer les rapports principaux du fœtus avec sa mère, parce que ceux-ci étant connus, les autres le seront naturellement. D'ailleurs les détails minutieux, dans lesquels sont entrés quelques auteurs à ce sujet, nous paraissent tout-à-fait inutiles et même nuisibles en ce qu'ils laissent presque toujours de la confusion dans l'esprit des élèves.

incliné postérieur droit pour aller dans la courbure du sacrum. Dès-lors, le plus grand diamètre de la tête se trouve en rapport avec le plus grand diamètre du détroit inférieur, et rien ne s'oppose plus à la sortie de cette partie du fœtus, si ce n'est pourtant la résistance des parties génitales externes. Toujours pressée par les contractions de la matrice, la tête s'avance de plus en plus et opère graduellement la dilatation de la vulve. Après chaque douleur elle remonte plus ou moins haut dans l'excavation du bassin. Enfin, lorsque la résistance des parties génitales est vaincue, la tête franchit au dehors. Dans ce moment, l'occiput roule sous l'arcade des pubis, et les différens points de la face se dégagent successivement au devant de la commissure postérieure. Devenue libre, la tête reprend ses rapports naturels avec le tronc ; l'occiput se dirige vers l'aine du côté gauche, et la face vers la partie postérieure et interne de la cuisse droite. Ce mouvement de restitution n'a rien qui doive surprendre, puisque le tronc n'a point participé au mouvement de rotation que la tête a dû éprouver pour franchir le détroit inférieur (1).

Les épaules engagées obliquement au détroit supérieur parcourent l'excavation du bassin ; et, lorsqu'elles sont arrivées au détroit inférieur, elles rencontrent les plans inclinés qui leur impriment, de même qu'à la tête, un mouvement de rotation. L'épaule droite est ramenée sous l'arcade des pubis, et l'épaule gauche dans la courbure du sacrum. Dans ce moment la tête change de rapports ; la face vient regarder directement la partie moyenne et interne de la cuisse droite, et l'occiput la partie moyenne et interne de la cuisse gauche. L'épaule qui est en arrière paraît bientôt à la vulve qu'elle franchit, tandis que celle qui est sous le pubis lui sert de point d'appui.

Une fois les épaules au dehors, le reste du corps est ex-

(1) On a remarqué que dans ce moment la tête, au lieu de reprendre la position qu'elle avait au détroit supérieur, se tourne quelquefois en deuxième position.

pulsé ordinairement avec une grande rapidité, à cause de l'amincissement progressif du fœtus.

Deuxième position. *Rapports principaux.* L'occiput répond à la cavité cotyloïde droite, et la face à la symphyse sacro-iliaque gauche. La région postérieure du tronc regarde en avant et à droite, et l'antérieure en arrière et à gauche; les pieds sont au fond de la matrice.

Mécanisme. Le mécanisme de la deuxième position est absolument le même que celui de la première; seulement les mouvemens de rotation se font dans un sens inverse.

Troisième position. *Rapports principaux.* L'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque droite, et le front à la cavité cotyloïde gauche. La région postérieure de l'enfant est dirigée en arrière et à droite, et l'antérieure en avant et à gauche. Les pieds sont au fond de la matrice.

Mécanisme. Le mécanisme de l'accouchement naturel, dans cette troisième position, diffère peu du mécanisme de la première, puisque les mêmes diamètres du fœtus se trouvent correspondre aux mêmes diamètres du bassin de la mère; seulement ici c'est la face qui vient en dessus.

Ainsi, au détroit supérieur, la tête se fléchit sur la poitrine, l'occiput plonge le premier dans l'excavation. Arrivée près du détroit inférieur, la tête rencontre les plans inclinés qui lui impriment un mouvement de rotation; l'occiput glisse sur le plan incliné postérieur et latéral droit, pour aller se placer dans la courbure du sacrum, tandis que la face glisse sur le plan incliné antérieur et latéral gauche, pour venir se placer sous l'arcade des pubis. L'occiput, recevant alors toutes les contractions de la matrice, parcourt la courbure du sacrum, du coccix et du périnée, en même temps que la face remonte dans le bassin et se fléchit à outrance sur la poitrine. Bientôt l'occiput commence à paraître à la vulve, qu'il dilate par degrés; après chaque douleur, il remonte plus ou moins haut dans l'excavation du bassin. Enfin, la résistance des parties génitales externes étant vaincue, la région occipitale de la tête franchit au dehors, en suivant l'axe

du détroit inférieur ; mais bientôt, prenant appui sur la commissure postérieure, elle se renverse en arrière, et les différens points de la face se dégagent au dessous de la symphyse des pubis.

Devenue libre, la tête du fœtus reprend ses rapports naturels avec le tronc ; l'occiput se dirige vers la partie postérieure et interne de la cuisse droite, et la face vers l'aine du côté gauche.

Les épaules engagées obliquement au détroit supérieur parcourent l'excavation du bassin. Arrivées près du détroit inférieur, elles rencontrent les plans inclinés qui leur impriment un mouvement de rotation : l'épaule droite va se placer dans la courbure du sacrum, et l'épaule gauche sous l'arcade des pubis. La tête en même temps change de rapports ; la face se tourne vers le côté interne de la cuisse gauche, et l'occiput vers la même région de la cuisse droite.

L'épaule qui est en arrière franchit la première, tandis que celle qui est sous le pubis lui sert de point d'appui.

Une fois les épaules au dehors, le reste du fœtus se dégage sans difficulté.

Quatrième position. *Rapports principaux*. L'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque gauche, et la face à la cavité cotyloïde droite. La région postérieure du fœtus est dirigée en arrière et à gauche, et la région antérieure en avant et à droite. Les pieds sont au fond de la matrice.

Mécanisme. Le mécanisme de la quatrième position est absolument le même que celui de la troisième, si ce n'est que les mouvemens de rotation se font dans un sens inverse.

Nota. Ces deux dernières (les 3^{me} et 4^{me}) peuvent se convertir naturellement, savoir : la troisième en seconde, et la quatrième en première.

Les deux premières positions sont beaucoup plus avantageuses que les deux dernières, en ce que, l'occiput s'engageant aisément sous l'arcade des pubis et remontant ensuite au-devant de la symphyse, le reste de la tête sort avec facilité. Au contraire, dans les deux dernières positions, l'occiput ne pouvant franchir qu'après avoir parcouru toute la courbure

du sacrum, du coccix et du périnée, et qu'après que la face s'est fléchie à outrance sur la poitrine en remontant dans le bassin, l'accouchement est des plus difficiles.

La tête est de toutes les parties du fœtus celle qui se présente le plus souvent. Sur 20,517 accouchemens observés à la Maternité dans l'espace de quinze ans, son sommet s'est présenté 19,730 fois; savoir 15,715 fois en 1re position; 3,701 fois en 2e; 109 fois en 3e; et 92 fois en 4e. Six fois l'occiput s'est trouvé placé immédiatement derrière le pubis, et deux fois seulement au devant du sacrum. Dans deux cas l'occiput répondait vers le bord de la fosse-iliaque gauche, et dans 103 autres la position particulière ne put être déterminée.

Mécanisme de l'accouchement naturel par l'extrémité abdominale du fœtus.

POSITIONS DES PIEDS.

Les pieds se présentent dans quatre positions principales : le fœtus est disposé de telle manière que les cuisses sont fléchies sur le bassin, et les jambes sur les cuisses, les talons appliqués au siége.

PREMIÈRE POSITION. *Rapports principaux*. Les talons répondent à la cavité cotyloïde gauche, et les orteils à la symphyse sacro-iliaque droite.

La région postérieure du fœtus est dirigée en avant et à gauche, et l'antérieure en arrière et à droite. La tête est au fond de la matrice.

Mécanisme. Pressés par les contractions de la matrice, les pieds franchissent sans difficulté l'excavation et le détroit inférieur du bassin. Le siége arrive à son tour; mais, lorsqu'il rencontre les plans inclinés, il éprouve un mouvement de rotation par lequel la hanche gauche vient se placer sous le pubis, et la droite dans la courbure du sacrum (1). La hanche

(1) Ce mouvement de rotation n'a pas lieu lorsque le siége est très-petit ou le bassin de la mère très-large, et dans ce cas le siége sort obliquement.

qui est en arrière se présente bientôt et sort la première, tandis que celle qui est en dessus lui sert de point d'appui. Le siége, après qu'il est au dehors, reprend insensiblement la position qu'il avait avant que d'éprouver son mouvement de rotation. Le tronc parcourt l'excavation du bassin, et les bras restent appliqués sur ses parties latérales et antérieures, à moins qu'ils ne se relèvent sur les côtés de la tête. Les épaules s'engagent obliquement au détroit supérieur; et, lorsqu'elles sont arrivées au détroit inférieur, elles tournent de manière à se placer, l'une sous le pubis, et l'autre dans la courbure du sacrum : une fois au dehors, elles reprennent leur position première.

La tête s'engage obliquement au détroit supérieur, le menton se fléchit sur la poitrine. Arrivée au détroit inférieur, elle éprouve son mouvement de rotation; la face va se placer dans la courbure du sacrum, et l'occiput vient sous l'arcade des pubis. Le menton parcourt alors toute la courbure du sacrum, du coccix et du périnée, et se présente bientôt à la vulve. Les différens points de la face se dégagent au-devant de la commissure postérieure, et l'occiput sort en dernier lieu.

Deuxième position des pieds. *Rapports principaux*. Les talons répondent à la cavité cotyloïde droite, et les orteils à la symphyse sacro-iliaque gauche. La région postérieure du fœtus est dirigée en avant et à droite, et l'antérieure en arrière et à gauche.

Mécanisme. Le même que dans la première position, à cela près que les mouvemens de rotation se font dans un sens inverse.

Troisième position des pieds. *Rapports principaux*. Les talons répondent à la symphyse sacro-iliaque droite, et les orteils à la cavité cotyloïde gauche. La région postérieure du tronc est dirigée en arrière et à droite, et l'antérieure en avant et à gauche.

Mécanisme. Le mécanisme de l'accouchement naturel, dans cette troisième position, ne diffère du mécanisme de

la première qu'en ce que la région antérieure du fœtus vient en dessus. Du reste tous les mouvemens se font dans le même sens.

Ainsi, les pieds, pressés par les contractions de l'utérus franchissent sans difficulté l'excavation et le détroit inférieur du bassin. Le siége, parvenu aux plans inclinés, tourne de telle manière que la hanche droite vient se placer sous le pubis, tandis que la hanche gauche va dans la courbure du sacrum (1); il franchit ensuite au dehors et reprend sa position première.

Les épaules s'engagent obliquement au détroit supérieur, parcourent l'excavation; et, arrivées au détroit inférieur, elles tournent dans le même sens que le siége. La tête, à son tour, arrive au détroit supérieur; elle se présente obliquement et le menton se fléchit sur la poitrine; parvenue au détroit inférieur, elle éprouve un mouvement de rotation au moyen duquel l'occiput se dirige dans la courbure du sacrum, et la face sous l'arcade des pubis.

L'occiput parcourt alors toute la courbure du sacrum, du coccix et du périnée, tandis que la face remonte dans le bassin; mais bientôt la nuque, prenant appui sur la commissure postérieure, se renverse en arrière, et la face se dégage de dessous le pubis. L'occiput sort en dernier lieu.

Quatrième position des pieds. *Rapports principaux.* Les talons répondent à la symphyse sacro-iliaque gauche, et les orteils à la cavité cotyloïde droite. La région postérieure du fœtus regarde en arrière et à gauche, et l'antérieure en avant et à droite.

Mécanisme. Le même que dans la seconde position, à cela près que la région antérieure du fœtus vient en dessus.

Nota. Ces deux dernières positions peuvent se convertir naturellement, savoir : la 3^{e} en seconde, et la 4^{e} en première; ces conversions, lorsqu'elles ont lieu, sont favorables à la terminaison de l'accouchement.

(1) Ici, comme dans la première position, le mouvement de rotation n'a pas lieu, si le siége du fœtus est très-petit ou le bassin de la mère très-large.

POSITIONS DES GENOUX.

Les genoux peuvent, comme les pieds, se présenter dans quatre positions principales. Le fœtus est disposé de telle manière, que ses jambes sont fléchies sur ses cuisses et celles-ci sur le bassin.

PREMIÈRE POSITION. *Rapports principaux*. La partie antérieure des jambes répond à la cavité cotyloïde gauche, et la partie antérieure des cuisses à la symphyse sacro-iliaque droite. La région postérieure du fœtus regarde en avant et à gauche, et l'antérieure en arrière et à droite.

DEUXIÈME POSITION. *Rapports principaux*. La partie antérieure des jambes répond à la cavité cotyloïde droite, et la partie antérieure des cuisses à la symphyse sacro-iliaque gauche. La région postérieure du fœtus regarde en avant et à droite, et l'antérieure en arrière et à gauche.

TROISIÈME POSITION. *Rapports principaux*. La partie antérieure des jambes répond à la symphyse sacro-iliaque droite, et la partie antérieure des cuisses à la cavité cotyloïde gauche. La région postérieure du fœtus regarde en arrière et à droite, et l'antérieure en avant et à gauche.

QUATRIÈME POSITION. *Rapports principaux*. La partie antérieure des jambes répond à la symphyse sacro-iliaque gauche, et la partie antérieure des cuisses à la cavité cotyloïde droite. La région postérieure du fœtus regarde en arrière et à gauche, et l'antérieure en avant et à droite.

Mécanisme de l'accouchement naturel dans les quatre positions des genoux. Le mécanisme de l'accouchement dans ces quatre positions est absolument le même que dans les positions correspondantes des pieds; seulement ce sont les genoux qui se présentent les premiers.

POSITIONS DU SIÉGE.

Le siége, de même que les pieds et les genoux, se présente dans quatre positions principales. Le fœtus est disposé de telle

manière, que ses cuisses et ses jambes sont relevées et appliquées à la surface antérieure du tronc.

Première position. *Rapports principaux.* La partie postérieure du sacrum répond à la cavité cotyloïde gauche, et la partie postérieure des cuisses à la symphyse sacro-iliaque droite. La région postérieure du fœtus est dirigée en avant et à gauche, et l'antérieure en arrière et à droite. La tête est au fond de la matrice.

Deuxième position. *Rapports principaux.* La partie postérieure du sacrum répond à la cavité cotyloïde droite, et la partie postérieure des cuisses à la symphyse sacro-iliaque gauche. La région postérieure du fœtus est dirigée en avant et à droite, et l'antérieure en arrière et à gauche.

Troisième position. *Rapports principaux.* La partie postérieure du sacrum répond à la symphyse sacro-iliaque droite, et la partie postérieure des cuisses à la cavité cotyloïde gauche. La région postérieure du fœtus est dirigée en arrière et à droite, et l'antérieure en avant et à gauche.

Quatrième position. *Rapports principaux.* La partie postérieure du sacrum répond à la symphyse sacro-iliaque gauche, et la partie postérieure des cuisses à la cavité cotyloïde droite. La région postérieure du fœtus est dirigée en arrière et à gauche, et l'antérieure en avant et à droite.

Mécanisme de l'accouchement naturel dans les quatre positions du siége. Pressé par les contractions de la matrice, le siége s'engage obliquement au détroit supérieur du bassin. Arrivé au détroit inférieur, il éprouve un mouvement de rotation au moyen duquel l'une des hanches va se placer dans la courbure du sacrum, et l'autre sous l'arcade des pubis. La hanche qui est en arrière se dégage la première, tandis que celle qui est sous le pubis lui sert de point d'appui. Le tronc franchit sans beaucoup de difficultés, bien que les membres abdominaux soient appliqués à sa région antérieure. Enfin, les épaules et la tête se présentent successivement et franchissent absolument de la même manière que dans les positions correspondantes des pieds.

DE LA CONDUITE DE L'ACCOUCHEUR AUPRÈS DE LA FEMME QUI RÉCLAME SES SOINS.

Lorsqu'on est appelé près d'une femme qui se croit sur le point d'accoucher, on doit s'assurer, 1° si elle est enceinte, car il n'est pas sans exemple qu'une femme ait présenté la plupart des signes de la grossesse et même du travail de l'accouchement sans être véritablement enceinte (*voyez* les signes de la grossesse); 2° en la supposant grosse, si elle est à terme; dans ce cas, le col de la matrice est entièrement effacé. 3° Si elle est en travail, alors la matrice se contracte pendant les douleurs; 4° si le bassin est bien conformé; 5° si la matrice est située convenablement; 6° si les parties génitales sont bien disposées pour donner passage au fœtus; 7° enfin si ce dernier n'est pas trop volumineux, et s'il est placé convenablement.

Lorsqu'il est reconnu que la femme doit accoucher, il faut s'occuper, 1° de son régime pendant le travail; 2° de la position qu'elle doit prendre pour accoucher; 3° des moyens qui peuvent favoriser sa délivrance.

Régime. Lorsque le travail ne fait que commencer, on peut accorder aux femmes quelques alimens, si elles en désirent; mais ils doivent toujours être légers et de facile digestion. Si le travail est fort avancé, il ne faut rien accorder, à moins pourtant qu'il n'y ait épuisement, car alors il serait convenable de permettre quelques cuillerées de bon bouillon ou de consommé, afin de relever les forces abattues.

Les boissons ne doivent être données qu'en petite quantité, surtout vers la fin du travail : celles qui conviennent le mieux sont la limonade, l'eau d'orge, l'eau sucrée, l'eau de groseille, l'eau de chiendent, etc. Le vin excite le vomissement, et dispose aux pertes et à l'inflammation; cependant, quand les femmes sont très-faibles et que le travail languit, il peut être utile de leur accorder quelques cuillerées d'*alicante* ou de *malaga*.

Position. La position que prennent les femmes au moment d'accoucher varie selon le pays qu'elles habitent : les unes se placent debout, d'autres sur le côté, d'autres sur les genoux, d'autres enfin sur des chaises faites exprès ; mais toutes ces positions sont plus ou moins gênantes, et quelques-unes même ne sont pas exemptes de danger. Il convient donc beaucoup mieux de faire coucher les femmes sur le petit lit usité en France; là, en effet, elles peuvent se mouvoir à volonté, l'enfant n'est point exposé à tomber sur le carreau, et l'accoucheur est à son aise. Voici de quelle manière on dispose les choses : on met sur un lit de sangle un premier matelas, que l'on étend comme si on voulait faire le lit pour se coucher; par-dessus ce premier matelas on en place un second plié en deux, et dont la partie moyenne vient correspondre au milieu du premier (1); on couvre le tout de toiles cirées et d'alèzes, afin que le lit ne soit pas gâté par les liquides qui devront s'écouler de la matrice : on dispose ensuite deux draps et une couverture comme à l'ordinaire. La tête de la femme doit être soutenue par des oreillers, en même temps que ses pieds prennent appui contre une barre transversale fixée à l'extrémité du lit.

Époque à laquelle la femme doit se placer sur le lit. Si la femme est exempte de toute espèce d'accident, elle peut, à la rigueur, ne se mettre sur le lit qu'au moment où la dilatation du col est entièrement effectuée; mais si elle est faible et menacée de syncope ou de convulsions, si elle est disposée aux pertes ou au prolapsus de la matrice, si enfin elle est affectée d'une obliquité exagérée, elle doit rester couchée pendant toute la durée du travail. Dans ce dernier cas, il convient qu'elle se place sur le côté du tronc, opposé à celui vers lequel s'incline la matrice. Quand les femmes sont affectées d'asthme, ou d'hydropisie, on est souvent obligé de les accoucher debout ou assises pour éviter la suffocation.

(1) L'élévation que présente ce second matelas est destinée à recevoir le siége de la femme et à le mettre bien à découvert, afin que la sortie du fœtus ne soit point gênée.

Moyens propres à favoriser la terminaison de l'accouchement. La saignée convient aux femmes pléthoriques, robustes, surtout lorsque la rigidité du col de la matrice s'oppose à sa dilatation. *Les fumigations émollientes, les bains, les demi-bains et les injections* peuvent ensuite être employés avec avantage. Quelques personnes prétendent avoir retiré de bons effets de l'application, sur les bords du col, de la pommade de belladona (℞ *ext. de bellad.* ʒ *ij; eau distill.* ℥ *ij; pommade simple*, ℥ *ij*).

Il arrive quelquefois que le travail de l'enfantement se ralentit ou cesse complètement. Les moyens à employer alors varient selon la cause présumée. La femme est-elle robuste, pléthorique, la saignée doit encore être employée. Est-elle dans un état opposé, ce sont les spiritueux et les cordiaux qu'il convient d'administrer. Soupçonne-t-on une affection nerveuse, il faut avoir recours aux anti-spasmodiques, tels que le sirop diacode, les gouttes anodines de Sydenham, ou l'éther; les bains ne doivent pas non plus être négligés. Enfin, un moyen excellent pour ranimer un travail languissant ou suspendu, c'est le *seigle ergoté*. Il est aujourd'hui bien reconnu que cette substance n'a pas les inconvéniens qn'on lui a reprochés, et que presque toujours elle réussit à ranimer les douleurs de l'enfantement. On l'administre le plus ordinairement en poudre, à la dose de 12, 18, 24 ou 30 grains dans un demi-verre d'eau sucrée, dans de l'eau rougie, du bouillon, de la tisane, etc. : on peut aussi l'administrer dans des confitures. Voici comment s'exprime, à cette occasion, M. le docteur Villeneuve, à qui nous sommes redevables d'un excellent mémoire sur ce médicament : « Comme on ignore ordinairement le degré d'action que « cette substance est susceptible d'exercer chez la personne « à laquelle on l'administre, et qu'il y aurait de grands in- « convéniens à déterminer un accouchement trop prompt, « on n'en porte guère de prime-abord la dose au-delà de 20 « grains, donnés en une seule fois, ou en deux, plus ou « moins rapprochées. Mais, si au bout d'un certain temps

« après l'ingestion de ce médicament, une heure par exem-
« ple, il n'en résulte aucun effet sensible vers l'utérus, on
« peut en donner de nouveau une égale quantité, en une
« seule fois; s'il devenait nécessaire d'en administrer une
« troisième, on pourrait porter la dose à 30 grains. Dans le cas
« où, au bout d'un certain temps, cette troisième dose
« ne produirait aucun effet, il serait possible d'en donner
« une quatrième du même poids, après quoi la prudence
« veut qu'on s'arrête, quelle que soit d'ailleurs la lenteur
« du travail ou le degré d'inertie de la matrice. »

Lorsque le seigle ergoté ne peut être administré par la bouche, on le donne en lavement et de la manière suivante : on fait bouillir un à deux gros de seigle en poudre ou concassé, dans un demi-setier d'eau, on passe et on administre en une seule fois. Dans le cas d'insuffisance ou d'insuccès d'une première dose, on peut réitérer de même que dans l'autre mode d'administration (M. Villeneuve).

Les lavemens simples sont indispensables quand le rectum, distendu par des matières stercorales durcies, fait dans l'excavation du bassin une saillie plus ou moins considérable.

Le cathétérisme doit être pratiqué toutes les fois que la vessie contient beaucoup d'urine, et que la femme ne peut les rendre volontairement.

Si, lorsque le col est suffisamment ouvert pour laisser passer le fœtus, les membranes résistent aux contractions utérines, il faut de toute nécessité les rompre, afin de hâter la sortie de l'enfant, et d'empêcher qu'il n'entraîne avec lui les membranes et le placenta.

Il existe des cas dans lesquels il est avantageux de rompre les membranes de très-bonne heure, c'est lorsqu'il convient de retarder le travail de l'accouchement, afin de prévenir des accidens graves; ainsi, quand la matrice est distendue par beaucoup d'eau, il faut, pour lui donner le temps de revenir graduellement sur elle-même et prévenir son inertie, rompre les membranes de bonne heure; de même

quand l'accouchement menace de se faire trop brusquement. Enfin, lorsque le fœtus est très-mobile dans la matrice et qu'il vient à présenter successivement, à l'ouverture du col, différentes régions de son corps, il convient de rompre les membranes au moment où c'est la tête qui se présente, afin de la fixer et de prévenir un accouchement contre nature.

Lorsqu'on veut rompre les membranes, il faut choisir l'instant où la matrice se contracte fortement; on introduit alors l'indicateur de l'une des mains dans le vagin, et on presse fortement sur la poche : si cette manœuvre ne suffit pas, on gratte les membranes avec l'ongle, ou bien on se sert d'un instrument pointu quelconque; un petit morceau de bois effilé convient parfaitement pour cet usage. Si les membranes restaient flasques pendant les douleurs, il faudrait essayer de les pincer entre deux doigts pour les déchirer ensuite.

Lorsque les membranes sont rompues, l'accoucheur doit s'assurer de la position du fœtus, afin de la changer immédiatement si par hasard elle était vicieuse.

Beaucoup de femmes éprouvent, pendant le travail, des douleurs plus ou moins vives du côté des reins : on les soulage ordinairement en soulevant la région lombaire au moyen d'une serviette dont le milieu prend appui sur le siége des douleurs.

Lorsque la tête est sur le point de franchir au dehors, le périnée est fortement distendu, et dans beaucoup de cas il ne manquerait pas de se déchirer si on négligeait de le soutenir dans toute son étendue, au moyen de l'une des mains appliquée de telle manière que la tête du fœtus trouve un appui solide sur son bord radial. Lorsque la tête est en partie au dehors, il est avantageux, pour prévenir la même lésion, de la renverser vers l'arcade du pubis, avec quelques doigts placés en dessous (*Gardien*). Si la tête tardait trop à se dégager, on aiderait sa sortie au moyen de l'indicateur de l'une des mains glissé sous la mâchoire inférieure.

Une fois la tête au dehors, on la soutient avec l'une des mains, en même temps qu'avec l'autre on continue de soutenir le périnée afin qu'il ne soit pas déchiré par le passage des épaules. Si celles-ci tardaient trop à franchir, on les saisirait par-dessous les aisselles avec l'indicateur de chaque main, ou bien encore on placerait un crochet mousse dans le creux de l'aisselle situé en arrière.

Lorsque le tronc franchit à son tour, on le soutient des deux mains et on l'élève un peu, afin de lui faire suivre la direction de l'axe du détroit inférieur.

DE LA DÉLIVRANCE.

La délivrance peut être définie l'expulsion naturelle ou l'extraction par l'art du placenta et de ses dépendances hors de la matrice; de là deux espèces de délivrance, la *naturelle* et la *contre-nature*.

De la délivrance naturelle.

A mesure que le travail de l'accouchement avance et que la matrice, en expulsant le fœtus revient sur elle-même, le placenta se détache de la surface utérine, se roule le plus ordinairement en forme de cornet d'oublie, et se présente à l'ouverture de la matrice par le sommet du cône qu'il forme alors. Pressé par les contractions utérines, il ne tarde pas à franchir l'orifice, en suivant la direction de l'axe du détroit supérieur. Une fois dans le vagin, il est bientôt expulsé au dehors, mais alors ce ne sont plus les contractions de la matrice qui l'obligent à sortir, mais bien l'abaissement de cet organe. Les membranes viennent en dernier lieu.

Le moment où la délivrance va s'opérer est annoncé par de nouvelles contractions utérines, qui surviennent plus ou moins long-temps après l'expulsion du fœtus.

D'après ce qui précède, il est évident que la nature, quand il n'existe pas d'accidens, peut à elle seule opérer la délivrance : cependant on est dans l'usage de seconder ses efforts, afin que la femme se débarrasse plus promptement et plus sûrement.

Pour aider ainsi la nature, on exerce sur le cordon ombilical des tractions modérées qu'on a soin de diriger dans le sens des axes du bassin. Pour remplir cette indication, dit M. Capuron, entortillez d'abord le cordon autour des doigts d'une main, garnis de linge sec, de crainte qu'il ne glisse; réunissez ensuite deux ou trois doigts de l'autre main, portez-les derrière le pubis, pour reporter le cordon vers le coccix. Par ce simple mécanisme, vous établissez une poulie de renvoi qu'une anse de cordon embrasse; vous tirez, et la portion du cordon qui tient au placenta descend dans une direction convenable. Cette masse est-elle dans le vagin, la poulie de renvoi devient inutile. Il suffit alors de tirer, en relevant le cordon vers le pubis; et, dès que le placenta paraît à la vulve, vous le recevez dans la paume d'une main située en travers de la commissure postérieure, tandis que vous le saisissez de l'autre, et le roulez cinq ou six fois sur lui-même, pour tordre les membranes en manière de corde, et pour en extraire jusqu'à la moindre parcelle. »

Si une portion du placenta était restée dans la matrice, il faudrait aller la chercher avec l'une des mains. Mais s'il s'agissait seulement des membranes, il ne faudrait pas s'en inquiéter; elles seraient entraînées par l'écoulement des lochies.

DES SOINS QU'ON DOIT A LA FEMME APRÈS LA DÉLIVRANCE.

Aussitôt que la femme est délivrée, la première chose à faire est de s'assurer de l'état dans lequel se trouve la matrice. Si elle jouit de toute sa contractilité, on la rencontrera au dessus des pubis, sous forme d'une tumeur arrondie et

très-dure; alors l'hémorrhagie n'est point à craindre. Si au contraire l'organe est mou et frappé d'inertie, la perte est presque inévitable.

Lorsque la matrice est dégorgée du sang qu'elle contenait, on change la femme de linge, on lave ses parties avec de l'eau tiède, et on la transporte sur un autre lit garni d'alèzes. Alors on couvre ses seins de manière à les préserver du froid, et on place autour de son ventre une serviette médiocrement serrée, afin de prévenir des douleurs inutiles, des syncopes et l'engorgement des viscères abdominaux.

Cette espèce de bandage doit être porté pendant un mois ou six semaines.

DES SUITES NATURELLES DE COUCHES.

Lochies. Aussitôt que la femme est entièrement débarrassée, il s'établit, par les parties de la génération, un écoulement auquel on donne le nom de *lochies* ou de *vidanges*; il est le produit du dégorgement qui s'opère du côté de la matrice.

Durant les premières vingt-quatre heures, l'écoulement est purement sanguin (*lochies sanguines*); il devient ensuite séreux, roussâtre (*lochies séreuses*), et conserve ces qualités pendant deux ou trois jours; après quoi il devient plus épais et blanchâtre (*lochies purulentes ou laiteuses*), pour se continuer ainsi pendant un mois ou six semaines.

Les lochies se suppriment presque toujours pendant la fièvre de lait; mais cette suppression n'a rien qui doivent effrayer, puisque l'écoulement se rétablit de lui-même, aussitôt que les symptômes fébriles se sont dissipés.

Les tranchées qu'éprouvent beaucoup de femmes après être accouchées tiennent le plus souvent aux efforts que fait la matrice pour expulser quelques caillots qui se sont formés dans sa cavité : elles peuvent aussi tenir au dégorgement incomplet des parois utérines. L'absence de ces douleurs, chez

les femmes qui accouchent pour la première fois, paraît tenir à ce que le travail étant long et difficile, la matrice a eu plus de temps pour se dégorger, en même temps que son col, frappé d'une sorte d'atonie, n'a pu opposer aucun obstacle à la sortie du sang.

Fièvre de lait. Du deuxième au troisième jour après l'accouchement, la matrice étant revenue sur elle-même, et repoussant les fluides qu'elle recevait pendant la grossesse, les seins deviennent à leur tour un nouveau centre de fluxion. La série des phénomènes qui se manifestent alors constitue ce que l'on nomme *fièvre de lait.* La malade éprouve d'abord quelques frissons irréguliers, un sentiment de courbature générale, de la céphalalgie. Bientôt après les mamelles deviennent le siége de picotemens douloureux, elles s'emplissent et prennent un volume plus ou moins considérable : quelquefois la tuméfaction s'étend jusqu'aux aisselles, et la femme est obligée de tenir ses bras fortement écartés du corps, la respiration s'accélère, le pouls devient plus fort et plus fréquent, la peau s'échauffe, la face s'anime, et les lochies cessent de couler. Mais bientôt une sueur générale couvre tout le corps et le calme se rétablit.

Les lochies reprennent leurs cours, les seins laissent couler une certaine quantité de lait, et leur volume ainsi que leur tension diminuent sensiblement.

La fièvre de lait dure de vingt-quatre à trente-six heures ; elle est en général plus intense chez les femmes qui ne nourrissent pas ; celles qui nourrissent en sont quelquefois exemptes.

A ces signes d'un accouchement récent on peut joindre, 1° la rupture de la commissure postérieure ; 2° la contusion plus ou moins fortes des parties génitales externes ; 3° la dilatation considérable du vagin ; 4° la largeur et les déchirures du col de la matrice ; 5° la tumeur que forme dans la région hypogastrique le corps de cette dernière ; 6° la flaccidité et les vergetures que présentent les parois de l'abdomen ; 7° enfin les éraillemens de la ligne blanche.

HYGIÈNE DES FEMMES EN COUCHES.

Le lit sur lequel reposent les femmes durant le temps de leurs couches doit être plutôt un peu dur que trop mou; il sera placé dans une chambre bien aérée, loin du bruit et des émanations malfaisantes. Les malades pourront prendre indifféremment la position qui leur paraîtra la plus commode.

Les soins de propreté sont ici d'une indispensable nécessité. On ne laissera, dans l'appartement, rien qui puisse en vicier l'air; les alèzes, les draps du lit et les vêtemens de la malade seront changés autant de fois que la chose paraîtra nécessaire. Les parties génitales devront être lavées de temps en temps avec une décoction émolliente, ou tout simplement avec de l'eau tiède. Les toniques et les astringens pourraient donner lieu à l'inflammation des parties génitales et à la suppression des lochies.

Le moral des femmes en couches demande les plus grands ménagemens : l'extrême susceptibilité, dont elles jouissent alors les rend très-impressionnables, et la moindre émotion peut leur être nuisible : on devra donc soigneusement éviter tout ce qui pourrait les affecter vivement, de quelque manière que ce soit.

Le régime a bien aussi son importance; en général les femmes qui nourrissent ont peu de chose à changer à leur manière ordinaire de vivre; seulement, dans les premiers jours, elles doivent se contenter de bouillons et de potages. Après la fièvre de lait, les mets qui leur conviennent de préférence sont les poissons délicats, comme la limande, le merlan, les poissons d'eau douce, le poulet et autres viandes rôties, les légumes, les fruits bien mûrs, etc. On peut permettre à chaque repas une petite quantité de bon vin, mêlé avec partie égale d'eau; mais qu'on défende avec force ces rôties au sucre, à la cannelle et à l'eau-de-vie, qui pourraient déterminer les accidens les plus graves, tels que l'inflammation de la matrice, une perte foudroyante.

Dans l'intervalle des repas, les boissons qui conviennent le mieux sont l'eau d'orge, l'eau de chiendent, l'eau de groseille, la limonade ; une légère infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger convient aux femmes qui sont sujettes aux affections nerveuses ; l'infusion de camomille, à celles qui sont faibles, ou tourmentées par des flatuosités ; enfin l'infusion de menthe, à celles qui sont dans un état de relâchement.

Lorsque les femmes ne nourrissent pas, le régime doit être plus sévère. Il peut être utile de les tenir pendant quelques jours à l'usage de boissons diaphorétiques et légèrement diurétiques. Les laxatifs ne sont indiqués que lorsqu'il y a anorexie, ou constipation. Si les mamelles sont fortement distendues et douloureuses, on les couvre de cataplasmes émolliens, sans chercher à les dégorger par des succions, qui ne manqueraient pas d'y entretenir la sécrétion du lait. Toutefois on ne doit pas craindre les effets de la résorption de ce liquide ; il n'est pas plus dangereux, absorbé dans les mamelles, qu'il ne le serait absorbé par les pores de la peau, par les vaisseaux de l'estomac ou du rectum. S'il existe un moment, en nature, dans le système circulatoire, c'est comme le chyle, comme la sérosité, qui sont bientôt assimilés, élaborés, éliminés sans métastase. (M. Dugès).

Le temps durant lequel les femmes doivent garder le lit après leur couches, varie selon que l'accouchement a été simple ou compliqué d'accidens. Dans le premier cas huit ou dix jours de repos suffisent, dans le second plusieurs semaines sont souvent nécessaires. Lorsque les femmes se lèvent trop tôt, elles s'exposent surtout au prolapsus de la matrice et du vagin, à la suppression des lochies, et aux inflammations abdominales.

DES SOINS QUE L'ACCOUCHEUR DOIT A L'ENFANT DEPUIS SA NAISSANCE JUSQU'AU SEVRAGE.

I. Aussitôt que l'enfant est né, l'accoucheur le place entre

les cuisses de sa mère, le dos tourné vers les parties génitales et assez près de la vulve, pour que le cordon ombilical ne soit point tiraillé : il s'occupe ensuite de la section de ce dernier, qui doit être faite à quatre travers de doigts du ventre, avec des ciseaux, ou tout autre instrument tranchant. Une fois le cordon coupé, on en pratique immédiatement la ligature, si l'enfant est bien portant; mais, dans le cas de congestion au cerveau, il faut auparavant laisser couler une certaine quantité de sang. La ligature doit être faite avec quelques brins de fils disposés en forme de ruban, et placée à deux travers de doigt de l'ombilic; on fait ordinairement avec cette ligature deux circulaires, dont le premier doit être assujetti par un nœud simple, et le second par un nœud double. Il faut bien prendre garde de serrer trop fort, dans la crainte de couper les vaisseaux. Si le cordon était infiltré, on devrait, avant que de le lier, exprimer la sérosité qui l'engorge, afin que la ligature comprime plus exactement les vaisseaux. Si des pressions ménagées ne suffisaient pas, on pourrait avoir recours à quelques légères mouchetures.

Si le cordon ombilical contenait, comme il arrive quelquefois, une anse d'intestin, il faudrait la repousser dans le ventre, et prendre bien garde de la comprendre, soit dans la section, soit dans la ligature.

Il ne faut jamais lier le bout du cordon qui sort par la vulve, au moins quand il n'y a qu'un enfant dans la matrice, car autrement on empêcherait le dégorgement du placenta, et on rendrait son expulsion beaucoup plus difficile.

L'enfant qui vient de naître est couvert d'une substance blanche et visqueuse, dont il faut le débarrasser, afin de rendre à la peau toute sa perméabilité : pour cela ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de détremper cette substance avec un peu d'huile ou de beurre, pour l'enlever ensuite au moyen d'un linge sec ou d'une éponge fine; on peut après cela plonger l'enfant dans un petit bain tiède, en s'abstenant toutefois d'y joindre des substances irritantes, qui pourraient enflammer la peau, ou donner lieu à des accidens nerveux plus

ou moins graves. Le bain froid recommandé par quelques personnes doit être soigneusement proscrit.

Lorsque l'enfant est convenablement nettoyé, on enveloppe le cordon d'une petite compresse carrée, on le couche sur le côté gauche de l'abdomen, et on l'y maintient au moyen d'un petit bandage de corps ; le cordon se flétrit bientôt, et au bout de cinq ou six jours il se détache, non pas à l'endroit de la ligature, mais bien là où il se continuait avec la peau du fœtus ; toute espèce d'appareil devient alors inutile.

L'emmaillottement du nouveau né demande beaucoup plus d'attention qu'on ne le pense généralement. L'enfant, pour que toutes ses fonctions s'exécutent librement et qu'il puisse s'accroître, ne doit être que médiocrement serré dans son maillot. Sa tête sera couverte d'un simple béguin et d'un bonnet ; sa poitrine et ses bras seront revêtus d'une petite chemise et d'une brassière ; le reste de son corps devra être enveloppé de deux couches seulement, l'une en toile et l'autre en laine.

L'enfant, en sortant du sein de sa mère, a besoin de respirer un air pur et tempéré ; ses poumons encore tendres s'accommoderaient mal d'un air trop chaud ou trop froid, trop sec ou trop humide, ou chargé de miasmes délétères.

La lumière doit lui arriver en face, de crainte qu'il ne louche, et ce n'est que par degrés qu'il convient d'habituer ses yeux au grand jour.

La chambre qu'il habite doit être autant que possible éloignée du grand bruit, afin qu'il dorme tranquillement et que son réveil n'ait pas lieu en sursaut. Le lit sur lequel il repose ne doit pas être trop mou ; on peut l'environner de rideaux, pourvu que l'air y circule librement.

Les vêtemens du nouveau né doivent être changés autant de fois qu'ils sont salis par l'urine, ou par les matières stercorales, et l'enfant lui-même doit être chaque fois lavé avec de l'eau tiède, sans quoi la peau rougit et ne tarde pas à s'excorier.

Lorsque cinq ou six heures se sont écoulées depuis l'accou-

chement, il convient de présenter le sein à l'enfant, surtout s'il paraît le désirer; le lait qu'il en retire alors, et qu'on nomme *colostrum*, facilite l'évacuation du méconium, et dispense de l'usage des purgatifs. L'allaitement, pratiqué de bonne heure, a d'ailleurs l'avantage de disposer le mamelon, de favoriser la sécrétion du lait, de prévenir la fièvre, ou au moins d'en diminuer l'intensité.

Une fois la sécrétion du lait bien établie, faut-il régler l'enfant, comme l'ont recommandé quelques auteurs ? Nous pensons avec Baudelocque qu'il ne convient pas mieux de l'habituer à ne téter qu'à certaines heures du jour, que de le présenter au sein toutes les fois qu'il s'éveille ou qu'il crie. Il faut l'allaiter, quand il a faim, et, avec un peu de soin, on parviendra bientôt à distinguer les cris excités par ce besoin, d'avec ceux que font pousser la gêne ou la douleur : toutefois, il serait convenable que la nourrice ne donnât pas le sein immédiatement après le repas (1), ou lorsqu'elle souffre la faim depuis long-temps; elle devrait également s'en abstenir après une vive émotion de l'âme.

Lorsque l'enfant compte déjà cinq ou six mois d'existence, plus tôt ou plus tard selon sa force et sa santé, on est dans l'habitude de lui faire prendre, en même temps que le lait de sa mère, quelques panades bien faites, ou quelques bouillies préparées avec le lait et la fécule de pomme de terre. Ces alimens ont l'avantage de fortifier la constitution et de préparer au sevrage.

Mais toutes les femmes ne peuvent pas allaiter leurs enfans et beaucoup d'entre elles sont obligées d'avoir recours à une nourrice étrangère. Ainsi celles qui n'ont point de lait, ou qui sont affectées de certaines maladies, telles que la phthisie, les scrophules, les dartres, etc., doivent s'abstenir de nourrir (2).

Le choix de la nourrice qui doit remplacer la mère,

(1) A moins qu'on ait eu l'intention de rendre son lait médicamenteux.

(2) La menstruation et la grossesse ne devraient faire cesser l'allaitement que dans le cas où l'enfant viendrait à dépérir.

mérite de fixer toute l'attention de l'accoucheur. Il faut qu'elle ait de vingt à trente-cinq ans, que son accouchement ait eu lieu à peu près à la même époque que celui de la mère; qu'elle soit saine, exempte de tout virus, de toute maladie, de toute difformité ; il convient qu'elle ait un embonpoint médiocre, que sa constitution soit bonne, son caractère enjoué, sa couleur plutôt brune que blonde, mais jamais rousse, parce que les femmes qui ont cette teinte sont ordinairement méchantes, et répandent une odeur forte (M. *Gardien*); que sa bouche soit parfaitement saine, ses dents solides et bien rangées, ses gencives fermes et rosées, son haleine douce; que ses mamelles soient peu volumineuses, parsemées de veines bleuâtres, et bien conformées ; que le lait en sorte facilement; enfin que ses mœurs soient autant pures que possible.

Quant aux qualités du lait, il est bien difficile de les apprécier autrement que par l'état du nourrisson qui en fait usage ; cependant il est bon de connaître les variétés qu'il présente selon l'époque à laquelle on l'examine. Dans le principe le lait doit être séreux et incolore ; vers deux mois, sa couleur devient d'un blanc tirant sur le bleu, et vers cinq ou six mois, il doit être tout-à-fait blanc, doux et sucré. Lorsqu'on se trouve dans la nécessité de donner à un enfant qui vient de naître un lait de plusieurs mois, il faut avoir soin de le rendre plus fluide, en mettant la nourrice à l'usage des délayans ; toutefois ce soin n'empêche pas que les mamelles ne se gonflent pour un instant, ce qui tient, non au renouvellement du lait, comme l'ont cru quelques personnes, mais bien à ce que le nouveau né ne tette pas autant que l'enfant qu'on vient de sevrer.

La nourrice doit habiter un pays élevé et dépourvu de toute humidité; il convient qu'elle prenne un exercice modéré, et qu'elle se nourrisse sobrement; tous les alimens de facile digestion lui conviennent, pourvu qu'ils ne soient pas trop épicés; les boissons excitantes doivent lui être interdites. La femme qui nourrit peut, sans aucun inconvénient, cohabiter

avec son mari, pourvu qu'elle mette assez d'intervalle entre l'instant de la copulation et celui de l'allaitement.

Allaitement artificiel. Diverses circonstances peuvent forcer de recourir à l'allaitement artificiel; dans ce cas quel est le lait auquel il convient de donner la préférence? Celui d'ânesse ou de jument paraît se rapprocher le plus du lait de la femme, et cependant on préfère généralement celui de chèvre ou de vache. Le lait de chèvre peut être pris par l'enfant immédiatement au trayon; et, sous ce rapport, il serait de beaucoup préférable à celui de vache, si l'observation n'avait appris qu'il donne trop de vivacité au nourrisson, et lui cause souvent de l'insomnie; aussi ne doit-on l'administrer qu'aux enfans scrophuleux. Reste donc le lait de vache qui doit être pris quelques semaines après le part, et administré d'abord coupé avec deux tiers d'une légère décoction d'orge ou de chiendent, pour qu'il soit plus fluide : du deuxième au troisième mois, on le coupe par moitié : du troisième au cinquième, on n'ajoute plus qu'un quart de liquide, et vers six mois le lait doit être donné pur. Il convient dans tous les cas de le chauffer au bain-marie, à moins qu'il ne sorte du pis de la vache.

Le biberon est le moyen le plus commode pour administrer le lait aux enfans. On place le liquide dans une petite bouteille dont on ferme le goulot avec une éponge fine et taillée en forme de mamelon. Cette éponge doit être couverte d'un linge très-fin, que l'on fixe à l'aide de quelques tours de fil. La bouteille doit être rincée, et le petit appareil renouvelé toutes les fois que l'enfant en a fait usage. Quelques auteurs pensent qu'en administrant le lait au moyen d'une cuillère, on expose moins les enfans aux flatuosités, aux coliques, au dévoiement.

La durée de l'allaitement ne saurait être limitée; les enfans doivent téter plus ou moins long-temps, selon qu'il sont plus ou moins bien portans. Ceux qui digèrent facilement une nourriture étrangère, peuvent être sevrés de bonne heure; les autres, au contraire, ne doivent être sevrés qu'à une

époque beaucoup plus éloignée ; c'est ordinairement du huitième au douzième mois qu'on cesse de donner le sein aux enfans.

Le sevrage ne peut être exempt d'accidens que lorsqu'on y arrive par degrés insensibles. Dans la première semaine, dit M. Gardien, la femme présente l'enfant au sein une fois de moins par jour ; elle diminue encore, la semaine suivante, de la même quantité le nombre de fois qu'elle allaitait chaque jour, et ainsi de suite chaque semaine, jusqu'à ce que l'enfant ne tette plus qu'une fois par jour ; on le laisse ensuite un jour et demi, deux jours, et même trois jours sans téter, bien entendu qu'on augmente en proportion la quantité des alimens qui doivent remplacer le lait.

Dans les derniers temps la femme se nourrira autant que possible de végétaux et de poisson. Elle rendra ses boissons légèrement diurétiques, et ne se purgera que dans le cas où il se présenterait des indications particulières.

La santé de l'enfant exige qu'on lui entretienne la liberté du ventre et des urines, surtout pendant la crise de la dentition : dans le premier cas l'eau miellée suffit ordinairement ; quelquefois cependant il faut avoir recours à l'huile d'amandes douces et au sirop de chicorée ; dans le second cas, de légers diurétiques remplissent l'indication.

Les lotions avec une légère infusion aromatique, les bains tièdes, les frictions sèches, sont aussi très-utiles pour ouvrir les pores de la peau et favoriser la transpiration insensible ; mais les bains froids auraient autant d'inconvéniens qu'immédiatement après la naissance.

Le sommeil, lorsqu'il est naturel, est très-favorable au nouveau né ; mais il n'en est pas de même lorsqu'il est déterminé par des secousses imprimées à son berceau, car alors c'est moins le vrai sommeil qu'un état comateux déterminé par l'afflux du sang vers le cerveau. A mesure que l'enfant devient plus fort, il a moins besoin de sommeil, et c'est alors surtout qu'un exercice modéré peut lui être utile. La nourrice l'agite d'abord par les bras ; elle le laisse ensuite

se mouvoir sur son petit lit, l'exerce insensiblement à se soutenir sur ses pieds, et bientôt après l'enfant commence à faire quelques pas. La méthode qui consiste à le tenir par la main, ou à l'abandonner entre des bancs, paraît préférable à celle dans laquelle on le soutient au moyen de lisières ou d'un chariot ; la lisière comprime la poitrine, élève les épaules et force la tête à s'incliner en devant ; le chariot a les mêmes inconvéniens, et de plus il contond les parties par sa dureté.

L'éducation morale de l'enfant doit être prise en grande considération, car c'est du commencement que tout dépend. Le nouveau né ne paraît d'abord sensible qu'à la douleur, mais, au bout de quarante jours, il commence à prendre connaissance des objets qui l'environnent ; et c'est alors que doit commencer son éducation morale ; qu'on profite, dit M. Capuron, de sa flexibilité naturelle pour lui former l'esprit et le cœur. La première enfance est l'âge de l'imitation ; on suce, pour ainsi dire, avec le lait les bonnes comme les mauvaises impressions, et les habitudes que l'on contracte alors sont d'autant plus difficiles à détruire dans la suite, qu'elles ont poussé de plus profondes racines : ce qui est naturel ne se réforme guère, et on a raison de dire que, si l'homme a des qualités ou des vices, c'est sa nourrice qui doit en être louée ou blâmée la première, parce qu'elle fut son premier instituteur.

TROISIÈME SECTION.

ACCOUCHEMENS CONTRE NATURE.

Définition. On appelle accouchement contre nature celui qui, ne pouvant être terminé par les seules forces de la femme, réclame impérieusement les secours de l'art.

Causes. Les causes qui peuvent rendre l'accouchement contre nature sont très-nombreuses. Pour les exposer avec méthode nous les grouperons en trois classes.

Dans la première nous rangerons tous les accidens qui peuvent survenir du côté de la mère et de l'enfant, et qui ne manqueraient pas de compromettre leur existence si on ne venait à leur secours.

Dans la deuxième nous parlerons des positions vicieuses que peut présenter le fœtus.

Enfin dans la troisième il sera question des vices de conformation et des maladies qui rendent l'accouchement physiquement impossible.

Des accidens qui peuvent survenir du côté de la mère et rendre l'accouchement contre nature.

Ces accidens sont : l'hémorragie, les convulsions, l'épuisement de la femme, les syncopes, l'inertie de la matrice, son obliquité exagérée, le resserrement de son orifice sur le cou de l'enfant, l'hydropisie, une hernie irréductible, un anévrysme, la présence de plusieurs enfans dans la matrice.

DE L'HÉMORRAGIE.

L'hémorragie, considérée comme cause d'accouchement contre nature, ne s'entend pas seulement de celle qui a son siége du côté des parties génitales, car il se fait quelquefois par la bouche ou par le nez un écoulement de sang assez considérable pour mettre les jours de la femme en danger.

L'hémorragie par les parties supérieures est singulièrement favorisée par le refoulement du sang qu'occasione la pression de la matrice sur les vaisseaux qui l'avoisinent.

La conduite à tenir dans ces cas varie selon la quantité de sang que perdent les femmes. Si l'hémorragie n'est pas très abondante, il peut suffire, pour l'arrêter, d'exposer la malade à un air frais, de lui pratiquer une saignée au bras. Mais si au contraire l'écoulement de sang est considérable, et si les moyens prescrits n'ont produit aucun bien, il faut se hâter de terminer l'accouchement afin de faire cesser la pression qu'exerce l'utérus sur l'abdomen et d'empêcher ainsi le refoulement du sang vers les parties supérieures. Voyez pour plus de détails la page 386.

L'hémorragie utérine est plus fréquente et généralement plus grave que celle qui a lieu par le nez ou par la bouche : elle peut être *interne* ou *externe* selon que le sang s'épanche dans l'intérieur de la matrice ou des membranes, ou qu'il s'écoule au dehors. La première, dont M. Capuron conteste la possibilité, malgré les observations rapportées par Balme, Baudelocque, Mauriceau, Levret et autres, est moins fréquente que la seconde.

Causes. L'hémorragie utérine tient toujours au décollement du placenta, soit que ce décollement résulte de la pléthore utérine, ou d'une toute autre cause. Elle peut avoir lieu quel que soit le lieu d'implantation du corps spongieux. Cependant, si on en croit M. Capuron, l'hémorragie ne devrait survenir que dans le cas où le placenta s'insère sur le col utérin, ou dans son voisinage : sans doute, alors, l'hémorragie est infaillible, puisque les adhérences du placenta sont détruites à mesure qne le col utérin se dilate(1); mais on ne conçoit pas pourquoi elle ne surviendrait que dans ce cas, puisqu'il est démontré que le placenta peut se décoller prématurément quel que soit le siége de son insertion.

Quant à l'hémorragie dans l'intérieur des membranes, après la rupture du cordon, sa possibilité est mise hors de doute par les observations de Lamotte, Levret et Baudelocque. La terminaison de l'accouchement est le seul

(1) Un auteur moderne prétend qu'alors l'hémorragie dépend, non de la rupture des adhérences qui unissent le placenta à la matrice, mais bien de la déchirure du placenta lui-même : nous avons réfuté cette erreur page 381.

moyen que l'on puisse opposer à cette hémorragie; mais que d'obscurité dans son diagnostic! le plus souvent ce n'est qu'après la rupture des membranes qu'on reconnaît que du sang s'était épanché dans leur cavité: voyez pour plus de détails page 387.

Signes. L'écoulement du sang au dehors suffit dans tous les cas pour faire reconnaître la perte externe; mais il n'en est pas de même de la perte interne; le sang s'accumulant au-dedans de la matrice, ce n'est souvent que fort tard qu'on s'aperçoit de l'hémorragie. Les signes qui la font alors reconnaître sont l'augmentation du volume de la matrice et sa tension plus grande, un sentiment de pesanteur et de douleur vers le fond de l'organe, la pâleur de la peau, la petitesse du pouls, les éblouissemens, les tintemens d'oreilles, la décomposition des traits, les syncopes réitérées, etc.

Pronostic. Il est plus ou moins fâcheux selon la constitution de la malade, et selon la quantité de sang qu'elle a perdue. De tous les accidens qui peuvent survenir, pendant le travail de l'accouchement, l'hémorragie est celui qui expose le plus prochainement la vie des femmes.

Conduite à tenir. Elle varie suivant l'état dans lequel se trouve le col de l'utérus et aussi suivant la force de l'hémorragie. Si l'écoulement de sang est peu considérable, on peut s'abstenir de tout traitement, surtout si la femme est pléthorique et fortement constituée; mais si l'hémorragie est de nature à compromettre l'existence, il faut chercher à l'arrêter par tous les moyens que l'art prescrit. On placera la malade sur le dos, le siége plus élevé que les épaules, et on ne la couvrira que médiocrement; on l'exposera à un air frais, et on appliquera sur son ventre, ses cuisses et ses parties génitales des compresses trempées dans de l'eau froide ou de l'oxicrat. Des boissons froides devront aussi lui être administrées; l'eau de groseille, l'eau de riz acidulées avec le sirop de limon, de vinaigre ou avec du suc de citron conviennent surtout. La chambre de la malade ne recevra que peu de lumière et sera autant que possible éloignée du grand bruit

Le moral de la femme demande aussi beaucoup de soins, car ici la tranquillité de l'âme n'est pas moins utile que celle du corps ; on ne négligera donc rien pour éloigner de la malade tout ce qui pourrait l'affecter vivement.

Si ces moyens ne suffisaient pas, on pourrait avoir recours à la saignée du bras, surtout si la femme était pléthorique.

L'opium et les bains devraient être employés si la perte tenait à un état spasmodique.

Enfin, si malgré l'emploi de tous ces remèdes, l'hémorragie persistait, il faudrait avoir recours au tamponnement du vagin (1), dans le cas où le col de la matrice n'aurait encore subi aucune dilatation, et terminer l'accouchement (2) dans le cas où tous les moyens employés seraient restés sans effet : voyez page 386.

Lorsque l'hémorragie tient à l'implantation du placenta sur le col (3), il vaut mieux agir un peu trop tôt que trop tard, car l'opération faite de bonne heure et avec précaution n'a point d'inconvénient; tandis que faite trop tard elle n'atteint pas le but désiré, et, de plus, on est exposé à voir succomber les femmes pendant la manœuvre, ou peu de temps

(1) En tamponnant le vagin, on détermine la formation d'un caillot qui peut arrêter sur-le-champ l'hémorragie. Voyez, pour la manière de tamponner le vagin, page 386.

(2) En vidant la matrice, on l'oblige à revenir sur elle-même, et par là les vaisseaux qui fournissaient le sang de l'hémorragie se crispent, s'effacent, et tout écoulement cesse ; mais, pour arriver plus sûrement à ce résultat, il faut avoir soin de ne vider l'organe que lentement et par degrés, car autrement il resterait dans l'inertie.

(3) Lorsque le placenta est inséré sur le col de la matrice et que ce dernier n'est pas assez ouvert pour qu'il soit possible de constater la présence de ce corps par le toucher, on peut, à la manière dont le sang coule, reconnaître si l'hémorragie tient ou non à cette cause : dans le premier cas, la perte augmente constamment pendant les contractions utérines, ce qui s'explique par les progrès que fait alors le décollement de la masse spongieuse; dans le deuxième cas, le sang ne coule que dans l'intervalle des douleurs.

Lorsque le col de la matrice est suffisamment ouvert pour permettre l'introduction du doigt, on reconnaît la présence du placenta à un corps spongieux, mou, non friable comme le serait un caillot, et saignant à la moindre pression.

Lorsque l'insertion n'a pas lieu centre pour centre, on sent aussi quelquefois une portion des membranes.

après. Voici d'ailleurs comment il convient d'opérer : avec un ou deux doigts introduits dans le col de l'utérus, on cherche à décoller le placenta par un de ses bords, on le repousse du côté opposé, on déchire les membranes dans ce même point et on va chercher les pieds de l'enfant. Il convient de ne détruire les adhérences du placenta que dans l'étendue nécessaire pour l'introduction de la main; de cette manière on n'augmente que le moins possible l'hémorrhagie, et on conserve assez d'adhérences pour que, pendant l'accouchement, toute circulation ne soit pas interrompue entre la mère et l'enfant. Cette manière de faire est infiniment préférable à celle qui consiste à perforer le placenta dans son centre; ici, en effet, la main de l'opérateur peut déchirer les racines du cordon ombilical, et d'un autre côté, l'enfant en sortant peut entraîner avec lui cette masse spongieuse, ce qui rendrait l'accouchement plus difficile encore. Ce n'est donc absolument que dans le cas où il serait tout-à-fait impossible d'opérer le décollement qu'il faudrait en venir à la perforation du placenta. Si ce corps avait été poussé par la tête jusque dans le vagin, au lieu de retourner l'enfant, il serait préférable d'avoir recours à l'application du forceps.

DES CONVULSIONS.

Il n'est point d'époque de la vie où les femmes soient douées d'une sensibilité plus exquise, d'une irritabilité plus grande qu'au moment d'accoucher. Les efforts auxquels elles se livrent pour expulser le fœtus augmentent encore cette extrême susceptibilité, et de là des convulsions plus ou moins fortes, plus ou moins réitérées.

Ces convulsions sont idiopathiques chez quelques femmes; chez d'autres, elles ne sont que le symptôme d'une autre affection.

Le plus ordinairement elles tiennent à la pléthore ou à une perte très-considérable, à l'embarras des premières voies ou à quelque affection morale profonde, à la distension vio-

lente du col ou du corps de la matrice, enfin à la déchirure de ce dernier organe.

Les convulsions qui attaquent les femmes durant le travail de l'enfantement ne sont pas toujours générales; elles se bornent quelquefois à une seule partie du corps.

Leur invasion est tantôt brusque, et tantôt précédée d'anxiété, de soubresauts, d'embarras du côté du cerveau.

Les accès ne sont pas toujours caractérisés par les mêmes symptômes. Quelquefois la physionomie reste calme, et les malades ne perdent pas connaissance, mais d'autres fois les yeux et les différens muscles de la face et du tronc présentent une incroyable mobilité; souvent les mâchoires sont tenues fortement rapprochées, et les dents font entendre des grincemens insupportables; la bouche et les narines se couvrent d'écume, la respiration se précipite et devient irrégulière et bruyante; chez certaines femmes, les excrémens sortent involontairement. A cette agitation succède une raideur générale plus ou moins forte, et une immobilité complète. Souvent les sens se perdent et ne reviennent qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Baudelocque dit avoir observé des femmes qui avaient complètement perdu la mémoire, et qui plus de huit jours après les convulsions n'avaient encore aucun souvenir de leur grossesse; nous avons nous-mêmes eu occasion de donner nos soins à une jeune dame qui se trouvait dans un cas semblable. D'autres fois ce sont les sens de la vue et de l'ouïe qui se perdent. Baudelocque dit que certaines femmes sont restées sourdes et aveugles pendant trois et quatre jours.

Les accès convulsifs sont loin d'avoir une durée fixe: chez quelques femmes, ils ne sont qu'instantanés; chez d'autres, ils ne cessent qu'après un temps assez long.

Leur pronostic n'est pas toujours aussi grave que l'ont pensé quelques auteurs, et l'expérience prouve que beaucoup de femmes ont pu, malgré ces accès, accoucher tout naturellement, et sans aucuns secours étrangers.

Conduite à tenir. Lorsqu'une femme en travail est affectée de convulsions, il faut, avant tout, en rechercher avec soin la cause, afin de la combattre s'il est possible.

La femme est-elle robuste, pléthorique et menacée de congestion au cerveau, il convient de lui pratiquer une ou plusieurs saignées. Est-elle, au contraire, dans cet état de faiblesse qu'amènent les grandes hémorrhagies, il faut avoir recours à l'emploi des toniques sagement administrés. On devrait mettre en usage les évacuans, si les premières voies paraissaient surchargées; les calmans, si les convulsions dépendaient d'une excitation particulière du système nerveux; les bains, les fumigations, les injections dans le vagin, si la rigidité du col était cause des convulsions; l'incision de cet orifice pourrait même devenir nécessaire, si ses bords étaient comme squirrheux. Enfin, si les convulsions paraissaient tenir à une trop forte distension de l'utérus, il conviendrait de donner issue aux eaux de l'amnios; et si, malgré cette évacuation, les convulsions persistaient encore, il faudrait absolument terminer l'accouchement, à moins que le col de la matrice ne soit pas suffisamment dilaté, car alors les efforts qu'on ferait pour le traverser ne manqueraient pas d'ajouter encore au désordre de l'économie. Il ne faut jamais, quels que soient la violence des convulsions et le danger qui les accompagne, entreprendre de délivrer les femmes avant que le travail soit déjà très-avancé. (M. Gardien.)

DE L'ÉPUISEMENT, DES SYNCOPES ET DE L'INERTIE DE LA MATRICE.

Lorsqu'une femme, déjà faible de constitution, est épuisée par la durée et l'intensité des douleurs de l'enfantement, ou par une hémorrhagie abondante, et qu'elle n'a plus assez de force pour se délivrer d'elle-même; lorsque sa matrice est inerte ou ne se contracte plus que faiblement; lorsqu'enfin, des

syncopes réitérées menacent à chaque instant de mettre fin à ses jours, il faut absolument terminer l'accouchement.

Cependant il pourrait se faire, dans tous ces cas, surtout lorsque la matrice est inerte, que le seigle ergoté, administré convenablement, parvînt à redonner à cet organe assez de force pour opérer l'accouchement. Nous avons fréquemment employé ce médicament dans des cas semblables, et toujours il nous a parfaitement réussi. Une dose de douze à trente grains a constamment produit l'effet désiré.

DE L'OBLIQUITÉ EXAGÉRÉE DE LA MATRICE.

C'est à tort que quelques auteurs ont considéré l'obliquité exagérée de la matrice comme une cause constante d'accouchement contre nature. En effet, quelque grande que soit cette obliquité, on parvient presque toujours à la corriger en donnant à la malade une position convenable : ainsi, la matrice est-elle fortement inclinée en avant, de manière que son fond regarde en bas et son col en haut, il suffit ordinairement de faire coucher la femme sur le dos pour ramener l'organe à sa place. Cependant il arrive quelquefois que les secours de l'art sont tout-à-fait indispensables ; c'est, par exemple, lorsqu'on est appelé très-tard et qu'une portion de la matrice se trouve poussée en avant par l'extrémité du fœtus qui se présente : ainsi Baudelocque rapporte un cas d'obliquité antérieure exagérée, dans lequel il fut obligé de relever fortement le ventre d'une main, tandis que de deux doigts de l'autre il accrocha l'orifice du col pour le ramener au centre du bassin, où il le tint durant quelques douleurs. Par cette manœuvre simple, il empêcha que la paroi antérieure de la matrice, qui coiffait la tête du fœtus, ne sortît en même temps qu'elle, et il fit qu'un accouchement qui pouvait avoir les suites les plus funestes, se termina de la manière la plus heureuse.

DE L'HYDROPISIE.

M. Gardien pense que l'hydropisie peut, dans quelques cas, rendre l'accouchement contre nature, et voici comment il s'exprime : « Lorsqu'une femme grosse est hydropique, la matrice manque souvent des forces suffisantes pour que l'accouchement puisse se faire par ses seuls efforts. Ses contractions ne peuvent être secondées que faiblement par celles des muscles abdominaux et du diaphragme, à cause de la gêne de la respiration. »

Si quelques femmes hydropiques ne peuvent se délivrer d'elles-mêmes, il faut en accuser moins l'accumulation de l'eau dans l'abdomen et la non coopération du diaphragme et des muscles abdominaux, que l'état de faiblesse et d'épuisement dans lequel se trouvent les malades; car, on le sait, la matrice n'a pas absolument besoin d'auxiliaires pour se débarrasser de ce qu'elle contient, puisqu'on a vu des femmes accoucher naturellement peu de temps après leur mort, c'est-à-dire, lorsque les muscles de la vie animale avaient entièrement cessé leurs fonctions.

DU RESSERREMENT DE L'ORIFICE UTÉRIN SUR LE COU DE L'ENFANT.

La plupart des auteurs admettent que, pendant le travail, l'orifice utérin peut se resserrer sur le cou du fœtus, au point de rendre l'accouchement très-difficile et même impossible.

M. Capuron, sans nier la possibilité de ce resserrement, dit n'avoir jamais eu occasion de l'observer. M. Gardien, au contraire, prétend qu'il est peu de praticiens observateurs qui ne l'aient rencontré. Baudelocque en rapporte plusieurs exemples; entre autres, celui d'une femme qui succomba, et à l'ouverture de laquelle on put constater jusqu'à quel point ce resserrement peut mettre obstacle à

l'accouchement ; il fallut inciser le col pour en extraire le fœtus ; l'orifice externe était bien ouvert et le bassin à l'état naturel. Quoi qu'il en soit, ce resserrement peut être naturel ou tenir à un état spasmodique de la matrice. Il peut avoir son siége à l'orifice externe ou à l'orifice interne de l'organe ; les auteurs s'accordent généralement à dire qu'il affecte plus fréquemment ce dernier orifice.

Le resserrement naturel oppose rarement un obstacle insurmontable à la terminaison de l'accouchement ; presque toujours il ne fait que le retarder plus ou moins. Cependant il a quelquefois mis dans la nécessité d'avoir recours à l'application du forceps, moyen infiniment préférable à toutes les manœuvres qui auraient pour but de dilater l'ouverture.

Lorsque le resserrement tient à un état spasmodique de la matrice, il peut s'opposer à la terminaison de l'accouchement ; il convient alors, avant de rien entreprendre, d'employer les antispasmodiques à l'extérieur et à l'intérieur ; la saignée, les bains et les demi-bains sont surtout indiqués. La pommade de belladona, en la supposant douée des vertus que lui reconnaissent quelques accoucheurs, serait aussi d'un grand secours, s'il était possible de la porter sur le siége de l'étranglement.

Lorsque, par les moyens que nous venons d'indiquer, on est parvenu à combattre le spasme de la matrice, il faut terminer l'accouchement, si la nature paraît impuissante. Ici, l'application du forceps doit être préférée à toute autre manœuvre.

DE LA HERNIE.

S'il était vrai que la présence d'une hernie dût toujours rendre l'accouchement contre nature, le nombre de ces derniers serait certainement plus grand qu'il ne l'est encore, car beaucoup de femmes enceintes sont affectées de ces sortes de déplacemens ; mais heureusement il n'en est pas ainsi, et

ce n'est que très-rarement que les hernies mettent dans la nécessité de recourir aux moyens de l'art.

Les hernies que portent les femmes au moment d'accoucher sont, le plus souvent, libres de toute adhérence; quelquefois pourtant elles sont irréductibles. Dans le premier cas, il faut réduire la tumeur et la maintenir réduite, en exerçant sur l'ouverture herniaire une pression modérée. Dans le second cas, il convient, durant les efforts de la femme, de soutenir la hernie, de peur qu'en augmentant de volume elle ne vienne à s'étrangler.

On devrait terminer l'accouchement si, malgré les précautions prises, on craignait encore l'étranglement.

DE L'ANÉVRYSME.

Les efforts inouïs auxquels se livrent les femmes, pendant le travail de l'enfantement, pour hâter leur délivrance, pourraient, sans aucun doute, déterminer la rupture de certaines tumeurs anévrysmales et causer instantanément la mort. Il est donc prudent, en pareil cas, de soustraire les femmes au danger qui les menace, en procédant à la terminaison de l'accouchement aussitôt que le col de la matrice est suffisamment dilaté.

DE LA RUPTURE DE LA MATRICE.

La rupture de la matrice est un des accidens les plus graves qui puissent survenir pendant le travail de l'accouchement, et la mort en est presque toujours le résultat. Tous les points de l'organe sont susceptibles de se rompre. La déchirure peut affecter toutes les directions possibles.

Les causes qui peuvent donner lieu à la rupture de la matrice sont très-nombreuses; il convient de les diviser en prédisposantes et en déterminantes.

Au nombre des premières nous placerons, 1° les obstacles au passage de l'enfant, comme les difformités du bassin et du vagin, l'imperforation du col de la matrice, sa dureté squirrheuse ; 2° les obliquités exagérées de l'utérus ; 3° les inflammations et les ulcérations qui surviennent quelquefois dans certains points de l'organe, enfin son amincissement partiel.

La cause déterminante ne peut être trouvée ailleurs que dans les efforts que fait la matrice pour se débarrasser de ce qu'elle contient.

Est-il bien facile de reconnaître quand la matrice vient de se rompre ? Non, si l'enfant est resté tout entier dans l'organe ; oui, s'il est passé en grande partie ou en totalité dans la cavité du ventre.

Dans le premier cas, en effet, il ne survient, du côté du ventre, non plus que du côté des organes génitaux, aucun changement notable, et on n'a pour base du diagnostic que des signes fort équivoques, comme le bruit de la déchirure, la douleur qui l'accompagne et qui diffère de celles de l'enfantement, un sentiment de chaleur qui se répand dans tout l'abdomen, enfin les syncopes, les sueurs froides, les convulsions, etc.

Dans le second cas, au contraire, les changemens survenus dans la forme du ventre et dans le volume de la matrice ne laissent aucun doute sur le genre d'accident qui est arrivé ; ainsi, l'abdomen présente des saillies plus ou moins brusques formées par les membres de l'enfant, dont les mouvemens affectent la mère autrement qu'avant l'accident ; ainsi, le doigt porté dans le vagin ne retrouve plus la partie que l'enfant présentait ; les eaux de l'amnios ont disparu, et la matrice est revenue sur elle-même. Le volume qu'elle offre alors est variable selon qu'elle contient encore une partie du fœtus, ou que celui-ci est passé en totalité dans la cavité du ventre.

La rupture de la matrice est toujours un accident très-grave et presque constamment mortel. Ce qui en fait surtout le danger, c'est le passage des eaux de l'amnios, de l'enfant et du délivre dans l'intérieur de l'abdomen ; c'est l'hémorrhagie

fournie par les artères utérines. Cependant, et malgré ces nombreuses complications, toutes les femmes ne succombent pas à la déchirure de la matrice : il en est qui sont secourues à temps par l'art; d'autres, chez lesquelles l'enfant, après s'être décomposé, se fait jour à travers les parois du ventre ou même à travers les intestins.

Si l'enfant est encore dans la matrice, ou si ses membres abdominaux et une partie du tronc sont seulement engagés à travers la déchirure, il faut aussitôt que possible procéder à la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles; mais si l'enfant est passé tout entier dans le ventre, ou si seulement sa tête et la partie supérieure de sa poitrine se trouvent avoir franchi, il faut de toute nécessité pratiquer l'opération de la gastrotomie, à moins que la matrice, frappée à l'instant même d'inertie, ne permette de ramener l'enfant par les voies naturelles.

DE LA RUPTURE DU VAGIN.

La rupture du vagin survient dans les mêmes circonstances que celle de la matrice; elle occupe le plus ordinairement la partie supérieure du canal, et affecte presque toujours une direction transversale. L'enfant peut ici, comme dans la rupture de la matrice, passer en partie ou en totalité dans le ventre. Le danger que court la femme est à peu près le même, et la conduite à tenir diffère peu.

La déchirure du vagin conserve toujours les mêmes dimensions, ce qui la distingue essentiellement de celle de la matrice, qui tend toujours à diminuer d'étendue : cette circonstance fait que l'enfant peut être ramené sans beaucoup de difficultés par les voies naturelles.

DE L'ASTHME.

Les femmes qui sont affectées d'asthme respirent ordinai-

rement avec une telle difficulté, que le moindre effort suffit pour les mettre hors d'haleine ; aussi y aurait-il plus que de l'imprudence à les abandonner à elles-mêmes au moment de l'accouchement. La raison indique qu'il faut les délivrer aussitôt que la dilatation peut permettre l'introduction de la main ; bien entendu que ce précepte ne s'applique pas exclusivement à l'asthme, mais bien à toutes les maladies de poitrine qui pourraient faire craindre la suffocation.

DE LA PRÉSENCE DE PLUSIEURS ENFANS DANS LA MATRICE.

Les exemples de grossesses composées ne sont pas très-rares. Les anciens rapportent des cas dans lesquels la matrice contenait 4, 5, 7, 10 enfans ; mais le plus ordinairement elle n'en contient que deux.

Dans ces sortes de grossesses les enfans se trouvent le plus souvent dans une enveloppe commune, ce qui tend à prouver qu'ils ont été conçus en même temps ; dans d'autres cas ils sont complètement isolés, et cette circonstance semble venir à l'appui de la superfétation (1).

La position respective des fœtus dans les grossesses com-

(1) On dit qu'il y a *superfétation* toutes les fois qu'une femme étant enceinte, il s'opère chez elle une nouvelle conception.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point intéressant de physiologie. Les uns n'admettent en aucune manière la possibilité de la superfétation ; d'autres croient qu'elle peut avoir lieu, mais seulement dans les cas suivans ; 1° lorsque la cavité de la matrice est divisée en deux loges par une cloison longitudinale ; alors, en effet, on conçoit bien que la conception puisse s'effectuer tantôt d'un côté et tantôt de l'autre ; 2° lorsque le premier germe s'est logé ailleurs que dans la matrice ; 3° enfin, lorsque la femme s'est livrée plusieurs fois le même jour, avant l'oblitération complète des trompes et de la matrice.

D'autres, au contraire, admettent la possibilité de la superfétation lors même que la matrice n'a qu'une seule cavité, et que le premier germe s'y trouve logé : ils la croient, aussi, possible à toutes les époques de la grossesse. Nous convenons qu'alors il est bien difficile d'expliquer le phénomène ; mais pourrait-on, sans mauvaise foi, repousser les faits authentiques sur lesquels ces derniers auteurs fondent leur opinion ? Ainsi des hommes d'un caractère

posées offre de grandes variétés; tantôt ils présentent tous deux à l'orifice de la matrice la tête ou les pieds, les genoux ou les fesses; ou bien l'un présente la tête, et l'autre les pieds, les genoux ou les fesses. Dans tous ces cas, l'accouchement peut se terminer seul, si les enfans se présentent successivement; mais, s'ils viennent à s'engager en même temps, les secours de l'art sont indispensables. Il en est de même lorsque les enfans sont placés en travers. Les différentes manœuvres applicables à ces derniers cas seront exposées à la suite de celles qui appartiennent à l'accouchement simple.

Des accidens qui peuvent survenir du côté de l'enfant et rendre l'accouchement contre nature.

DE LA SORTIE PRÉMATURÉE DU CORDON OMBILICAL.

Il arrive quelquefois que le cordon ombilical, situé au-dessous du fœtus, ou entraîné par les eaux de l'amnios au moment de la rupture des membranes, s'engage prématurément à travers le col de la matrice, et vient faire saillie hors de la vulve, ou seulement dans l'intérieur du vagin. Cet accident, qui n'est pas excessivement rare, ne présente pas

connu rapportent les observations de femmes qui, un mois, deux mois, trois mois et même cinq mois après un accouchement à terme, ont mis au monde d'autres enfans également à terme : chez plusieurs de ces femmes on eut l'occasion de constater que la matrice n'avait qu'une seule et même cavité. On rapporte aussi l'observation de plusieurs femmes qui sont accouchées, en même temps, d'un enfant noir et d'un blanc. Ces femmes ont avoué ensuite qu'elles avaient eu commerce dans la même journée avec deux hommes différens, l'un blanc, l'autre de couleur. Ces derniers faits sont à l'avantage de ceux qui pensent que la superfétation ne peut avoir lieu que dans les premiers jours de la gestation; mais, d'un autre côté, on est bien forcé de reconnaître que la superfétation est possible à toutes les époques de la grossesse, lors même que la matrice est bien conformée.

toujours autant de gravité que l'ont dit certains auteurs; néanmoins il mérite d'être pris en considération, puisqu'il est certain que dans beaucoup de cas il peut compromettre l'existence de l'enfant. En effet, toutes les fois que le cordon se trouve comprimé, et que le cours du sang est interrompu, le fœtus court risque de perdre la vie : or, la compression est presque toujours inévitable toutes les fois que le cordon se trouve dans l'intérieur du vagin; alors il est pressé, ou par le col de la matrice contre le fœtus, ou par celui-ci contre le bassin de la mère.

Quelle est la conduite à tenir en pareille circonstance? Faut-il abandonner l'accouchement à la nature? Faut-il chercher à faire rentrer le cordon dans la matrice? ou bien, faut-il délivrer la femme?

1°. On abandonnera l'accouchement à la nature si l'enfant se présente bien, si la matrice se contracte avec force, et si des pulsations continuent à se faire sentir dans le cordon ombilical : toutefois, si ce dernier dépasse la vulve, on aura soin de le faire rentrer, afin de lui conserver sa chaleur; et, pour prévenir autant que possible sa compression, on le dirigera vers l'un des côtés du bassin.

Cependant, si l'expulsion du fœtus se faisait trop long-temps attendre, il faudrait bien faire ce qui convient pour la rendre plus prompte, et prévenir ainsi une terminaison funeste.

On devrait encore abandonner la femme à elle-même, disent certains auteurs, si le cordon était froid et sans battemens. Mais, ce conseil nous paraît bien hasardé, puisque des faits observés prouvent que, dans des circonstances semblables, quelques enfans ont pu naître vivans. Il vaudrait donc mieux, ce nous semble, terminer l'accouchement, puisque par là il serait possible de sauver un être voué à une mort certaine.

2°. Quelques auteurs conseillent, lorsque le fœtus n'est pas encore trop engagé, de refouler le cordon dans l'intérieur de la matrice, et de l'y maintenir jusqu'à ce que les progrès

du travail l'empêchent de retomber; mais l'expérience prouve que ce moyen ne réussit pas toujours. Croft, médecin anglais, conseille d'aller fixer le cordon autour de l'une des jambes du fœtus, ce moyen, dit-il, lui a réussi deux fois; nous ne voyons rien qui s'oppose à ce qu'on le mette en usage.

Wallemberg a imaginé, pour prévenir la compression du cordon, de le placer dans une espèce de gaîne en gomme élastique; mais nous ne concevons pas trop quelle résistance pourrait offrir cette gaîne aux contractions toutes puissantes de la matrice.

3°. On devrait procéder de suite à la délivrance, si les pulsations du cordon s'affaiblissaient, ou si l'enfant présentait une de ces positions dans lesquelles l'accouchement est reconnu impossible par les seules forces de la nature; bien entendu que nous supposons le col de l'utérus suffisamment dilaté.

DU PEU DE LONGUEUR DU CORDON OMBILICAL.

C'est à tort que quelques auteurs ont prétendu que le peu de longueur du cordon ombilical pouvait s'opposer à la sortie du fœtus. En effet, que le cordon soit trop court naturellement ou par suite de son entortillement autour du cou de l'enfant, il ne peut, dans aucun cas, retarder l'accouchement. Mais il arrive une époque du travail où les femmes sont exposées aux plus graves accidens, si on ne vient pas à leur secours. C'est lorsque la tête du fœtus a franchi la vulve que le cordon, tiraillé outre mesure, peut déterminer la rupture de l'ombilic, le décollement du placenta, ou le renversement de l'utérus : c'est alors aussi que le cou de l'enfant peut être comprimé outre mesure, si le cordon se trouve autour de lui, et de là l'apoplexie. Pour prévenir tous ces accidens, il faut, aussitôt que la tête est au dehors, se hâter de couper le

cordon, plutôt que de chercher à le relâcher, ou de retenir la tête appliquée contre le pubis.

DE L'EXCÈS DE LONGUEUR DU CORDON OMBILICAL.

Lorsque le cordon ombilical a une longueur démesurée, il forme souvent autour du cou, du tronc ou des membres du fœtus, des circulaires qui, en diminuant son étendue, peuvent occasioner les mêmes accidens que sa brièveté naturelle. D'ailleurs, lorsque la compression porte sur le cou de l'enfant, elle peut être assez forte, lors de l'accouchement, pour déterminer des accidens graves.

Il convient donc, dans ce cas, de relâcher le cordon, si la chose est possible, et de le couper dans le cas contraire.

DES POSITIONS VICIEUSES DE L'ENFANT.

De toutes les causes qui, du côté de l'enfant, rendent l'accouchement contre nature, sa position vicieuse est sans contredit l'une des plus fréquentes. Ainsi, dans les cas ordinaires, la femme ne saurait se débarrasser d'elle-même toutes les fois que le fœtus présente, au détroit supérieur du bassin, le dos, le ventre, l'une ou l'autre région latérale; de même lorsqu'il présente la face en première ou en seconde position, etc. Nous aurons bientôt occasion d'exposer avec détails tout ce qui est relatif à ces différentes présentations.

DES VICES DE CONFORMATION ET DES MALADIES QUI PEUVENT RENDRE L'ACCOUCHEMENT CONTRE NATURE.

Du côté de la mère.

Vices de conformation du bassin. — Les vices de confor-

mation dont le bassin de la mère peut être affecté (1), sont quelquefois portés assez loin pour rendre l'accouchement impossible sans les secours de l'art. Les moyens à employer alors varient selon le degré d'étroitesse des parties, et aussi selon l'état dans lequel se trouve l'enfant. Si le rétrécissement n'est pas très-considérable, le forceps peut suffire pour terminer l'accouchement; dans le cas contraire, la section de la symphyse des pubis ou l'opération césarienne sont indispensables. Toutes les fois que l'enfant est mort, c'est sur lui qu'il faut agir, à moins que l'étroitesse du bassin ne soit telle qu'on ne puisse, sans de grands dangers pour la mère, introduire dans la matrice les instrumens nécessaires à l'embryotomie.

Exostoses. — Sans être déformé, le bassin de la mère peut être le siége d'exostoses qui, en diminuant considérablement sa cavité, s'opposent également à la terminaison naturelle de l'accouchement.

Tumeurs fibreuses, squirrheuses, etc. — Plus souvent encore l'intérieur du canal se trouve occupé par des tumeurs à base large, fibreuses, squirrheuses, sarcomateuses, enkystées ou autres, et qui, ne pouvant être extirpées ou détruites, apportent des obstacles insurmontables au passage de l'enfant. Quelquefois, cependant, ces tumeurs sont mobiles, et alors il peut être possible ou de les enlever ou de les refouler au-dessus du détroit supérieur, jusqu'à ce que le fœtus y soit engagé.

Si on parvenait à reconnaître que la tumeur est enkystée, une simple ponction suffirait pour lever l'obstacle.

Il faut bien prendre garde que la tumeur ne soit pas une hernie formée par les intestins ou la vessie.

Pierre dans la vessie. — Une pierre plus ou moins volumineuse peut se trouver dans l'intérieur de la vessie et empêcher l'accouchement. Il faut alors, surtout si le travail est peu avancé, tâcher de la refouler au-dessus du détroit

(1) Voyez p. 14.

supérieur; mais dans le cas où la tête du fœtus, trop engagée dans l'excavation du bassin, ne permettrait pas cette manœuvre il faudrait inciser sur le corps étranger, et l'extraire.

Squirrhe du col utérin. — Le col de l'utérus peut être affecté de squirrhe dans une partie seulement ou dans la totalité de son étendue. Dans le premier cas, il peut encore arriver qu'au moment de l'accouchement la dilatation se fasse aux dépens des parties qui ont conservé leur texture; mais, dans le second, on est presque toujours obligé de recourir à l'incision des bords de l'orifice (opération césarienne vaginale), afin de prévenir des déchirures et les dangers qu'elles pourraient entraîner.

Oblitération du col. — Le col utérin peut se trouver, par suite d'inflammation, entièrement oblitéré au moment de l'accouchement (des auteurs dignes de foi en rapportent des exemples); il faut alors se hâter de le rétablir au moyen d'une incision cruciale, sans quoi les contractions utérines pourraient rompre l'organe ailleurs que dans sa partie inférieure, et donner lieu à des accidens mortels.

Déplacemens de l'utérus. — Certains déplacemens de l'utérus peuvent encore nécessiter les secours de l'art.

Ainsi, lorsque la matrice, par suite d'un prolapsus complet, s'est développée hors des parties génitales, il peut se faire que, la nature étant insuffisante pour opérer la délivrance, on se trouve dans l'obligation, ou de dilater forcément l'orifice du col, ou d'en inciser les bords, afin de pouvoir ensuite extraire l'enfant.

Quelques auteurs ont pensé que, dans le cas de hernie de la matrice par l'arcade crurale, il fallait toujours pratiquer l'opération césarienne; mais on sait aujourd'hui que lors même que la réduction de l'organe est impossible, il peut encore arriver que la nature fasse seule les frais de l'accouchement.

Les obliquités exagérées ne demandent ordinairement d'autres soins que ceux qui ont pour but de redresser l'organe. La position horizontale de la femme et quelques trac-

tions ménagées sur le col suffisent ordinairement pour atteindre le but désiré.

Vices de conformation du vagin. Le vagin peut être affecté de vices de conformation qu'il importe de corriger pour que l'accouchement puisse se terminer. Nous les avons exposés page 33 ; nous n'y reviendrons pas ici.

Infiltration et varices des organes génitaux externes. Les organes génitaux externes sont quelquefois, au terme de la grosse, le siége d'une infiltration tellement considérable que l'accouchement en serait extrêmement gêné ; il convient alors de provoquer le dégorgement des parties, en pratiquant quelques scarifications au bas de la vulve. Le même moyen devrait être employé si, comme il arrive quelquefois, la vulve se trouvait entièrement oblitérée par d'énormes varices, c'est du moins le conseil que donne Baudelocque, en s'appuyant sur des faits qui paraissent autoriser cette pratique.

Abcès. — Les grandes lèvres sont quelquefois le siége d'abcès qui, par leur volume, pourraient gêner le passage de l'enfant ; il faut donner issue au pus par une ponction pratiquée à l'aide d'un bistouri.

Enfin, les parties externes de la génération peuvent être affectées de vices de conformation qui ne manqueraient pas de gêner plus ou moins le passage de l'enfant, si on n'avait le soin de les corriger. Voyez, pour ce qui les concerne, la page 24.

Du côté de l'enfant.

Monstruosités. — Lorsque la matrice contient plusieurs enfans et qu'ils sont baignés par les mêmes eaux, ils contractent quelquefois entre eux des adhérences, ou se confondent de manière à constituer des monstruosités. (Nous ne parlerons ici que de celles par excès de parties, celles par défaut ne pouvant apporter aucun obstacle à la terminaison de l'accouchement.)

Lés adhérences que contractent entre eux les jumeaux sont plus ou moins solides, plus ou moins étendues, et varient singulièrement par rapport au siége qu'elles occupent. Tantôt les enfans sont unis par le dos, d'autres fois par le ventre, d'autres fois par les régions latérales. On en a vu qui se tenaient par le sommet de la tête, d'autres par la partie inférieure du tronc.

Lorsque les jumeaux sont confondus l'un avec l'autre, il peut n'exister qu'une tête pour deux troncs, ou bien encore deux troncs pour une seule tête.

Ces différentes monstruosités ne peuvent être reconnues qu'au moyen de l'introduction d'une main dans l'intérieur de la matrice, et encore n'est-il pas toujours facile alors de distinguer la forme et la disposition des parties que l'on touche.

Lorsque les jumeaux se tiennent par le sommet de la tête ou par l'extrémité inférieure du tronc, l'accouchement peut encore se terminer naturellement, pourvu toutefois que le premier enfant se présente convenablement au détroit supérieur du bassin; mais, dans tous les autres cas, l'accouchement est impossible sans les secours de l'art, à moins pourtant que les enfans réunis ne présentent qu'un volume peu considérable ou très-réductible, ou bien encore que le bassin de la mère ne soit extrêmement vaste.

Lorsqu'il est reconnu que la femme ne peut être délivrée par les seules forces de la nature, il faut avoir recours à des moyens qui varient selon les circonstances. La version peut suffire dans quelques cas; mais, dans d'autres, il faut de toute nécessité avoir recours aux instrumens tranchans. Dans ce dernier cas, sur qui convient-il de faire porter les opérations, en supposant le fœtus vivant? Est-ce sur la mère? mais ce serait l'exposer aux plus grands dangers, peut-être même la sacrifier pour extraire de son sein un monstre qui doit périr au moment de sa naissance ou peu de temps après. Nous croyons, malgré les observations qui prouvent que des fœtus monstrueux ont pu vivre 3, 7, 10 et même

21 ans, que l'enfant, ici, doit toujours être sacrifié à sa mère. Ainsi, quand deux jumeaux se trouvent accolés par leurs faces antérieure, postérieure ou latérale, on doit, si l'accouchement est reconnu impossible par les seules forces de la nature, chercher à les séparer pour les extraire ensuite l'un après l'autre. Quand les jumeaux sont confondus de manière à présenter deux têtes pour un même tronc, ou deux troncs pour une seule tête, il faut diminuer le volume de l'un des fœtus et quelquefois même des deux à la fois, pour arriver à terminer l'accouchement.

Maladies.— Les maladies qui, du côté de l'enfant, rendent l'accouchement impossible sans les secours de l'art, sont toutes celles qui peuvent déterminer une augmentation plus ou moins considérable dans son volume. Telles sont les hydropisies de la tête, de la poitrine et du ventre; telles sont aussi certaines tumeurs qui naissent quelquefois de la surface du fœtus.

Hydrocéphale. Pour que l'hydropisie de la tête puisse s'opposer à la terminaison naturelle de l'accouchement, il faut que l'eau contenue dans la cavité du crâne y soit accumulée en grande quantité, car autrement la sortie du fœtus pourrait n'en être aucunement gênée.

L'hydrocéphale se reconnaît ordinairement au volume considérable que présente la tête, à sa mollesse toujours fort remarquable, à la largeur de ses sutures et de ses fontanelles, à la fluctuation.

Lorsque l'hydrocéphale est portée au point de rendre l'accouchement impossible, sans les secours de l'art, l'enfant est presque toujours voué à une mort certaine; aussi quand il s'agit de l'extraire du sein de sa mère, doit-on bien se garder de soumettre cette dernière à des opérations qui pourraient compromettre sa vie, sans aucun bénéfice pour son fruit. C'est donc toujours sur l'enfant qu'il faut faire porter les opérations nécessaires à son extraction. Ici, une simple ponction, faite avec un trois-quarts ou tout autre instrument,

suffit pour donner issue au liquide épanché, et permettre à la tête de revenir à son volume normal ; alors l'accouchement a lieu par les seules forces de la femme, ou bien on le termine en faisant la version ou en appliquant le forceps.

Hydrothorax et ascite. « L'hydropisie de poitrine et celle du ventre sont excessivement rares chez le fœtus, dit Baudelocque, et il est bien plus rare encore de voir ces hydropisies portées au point de rendre l'accouchement impossible sans les secours de l'art. Elles ne troublent presque jamais l'ordre naturel de cette fonction. »

Cependant, si ces maladies venaient à contrarier l'accouchement, on les reconnaîtrait, savoir : l'*hydrothorax* au volume considérable de la poitrine, à l'écartement des côtes, à la saillie des espaces intercostaux, à la fluctuation ; et l'*ascite* au développement du ventre, à la tension de ses parois, et aussi à la fluctuation. Il n'est guère possible de constater ces signes que lorsque l'enfant vient par l'extrémité abdominale ; car autrement la tête, en remplissant le bassin, s'oppose à l'introduction de la main.

Ici, comme dans le cas d'hydrocéphale, l'indication précise est de donner issue au liquide à l'aide d'une ponction, et d'abandonner ensuite l'acouchement à la nature, à moins que des circonstances particulières n'obligent à le terminer.

Des tumeurs de diverse nature peuvent naître de la surface du corps du fœtus et rendre, par leur volume, l'accouchement impossible sans les secours de l'art. Baudelocque en a rencontré plusieurs, dont les dimensions surpassaient de beaucoup celles de la tête d'un fœtus à terme, et qui naissaient de la partie inférieure du tronc ; l'une d'elle était de nature fongueuse et stéatomateuse ; les deux autres ne contenaient que de l'eau. Un jeune accoucheur a publié récemment l'observation d'un fœtus qui présentait, au-dessus des pubis, une tumeur volumineuse et solide, qui apporta les plus grands obstacles à la terminaison de l'accouchement.

La présence de ces tumeurs est loin d'être toujours facile

à constater avant l'accouchement; aussi, dans la plupart des cas rapportés, n'est-ce qu'après l'extraction du fœtus qu'on a pu reconnaître l'espèce d'obstacle qui s'opposait à son libre passage.

Si pourtant on parvenait, durant le travail, à découvrir l'existence de ces tumeurs, il faudrait s'efforcer d'en réduire le volume, au moyen de l'instrument tranchant, si elles étaient solides; et les vider par une ponction, si, comme dans les deux cas rapportés par Baudelocque, elles ne contenaient que de l'eau.

SIGNES A L'AIDE DESQUELS ON PEUT RECONNAÎTRE, PENDANT LA GROSSESSE, QUE L'ENFANT EST VIVANT OU MORT.

La question de savoir si l'enfant que renferme la matrice est vivant ou mort, présente souvent les plus grandes difficultés; on a vu des hommes de mérite commettre, à ce sujet, de graves méprises, et mutiler, dans le sein de la mère, des êtres encore pleins de vie. On ne saurait donc apporter trop de soin, trop d'attention, lorsqu'il s'agit de l'examen des signes qui peuvent mettre à l'abri de pareilles erreurs.

Les signes qui ne laissent aucun doute sur l'existence de l'enfant, sont: 1° Les mouvemens actifs qu'il exécute après le quatrième mois révolu; ces mouvemens sont quelquefois tellement prononcés que l'œil suffit pour les faire découvrir; 2° les battemens du cœur, qu'on perçoit au moyen du stéthoscope ou de l'oreille appliquée immédiatement sur le ventre; 3° les battemens du cordon ombilical, lorsqu'on peut l'atteindre; 4° les mouvemens de la langue et de la mâchoire, lorsqu'on peut introduire un doigt dans la bouche du fœtus; 5° enfin la tuméfaction qui survient dans la partie qui se présente, lorsqu'elle vient à être arrêtée dans sa marche. On conçoit, en effet, que cette tuméfaction ne pourrait avoir lieu si l'enfant était privé de vie.

Tous les autres signes, tels que la bonne santé de la mère, le développement progressif de son ventre, la régularité des douleurs, celle du travail, la couleur claire des eaux de l'amnios, ne sont rien moins qu'incertains.

L'absence des signes qui caractérisent la vie de l'enfant est loin, cependant, de prouver sa mort; en effet, on voit tous les jours naître vivans des enfans qui, durant la grossesse ou le travail, n'avaient fourni aucun des signes donnés comme preuves de son existence.

Toutefois, on a de fortes raisons de craindre pour la vie de l'enfant, lorsqu'à l'absence de tous ces signes, se joignent, pendant la grossesse, un sentiment de pesanteur du côté de la matrice; l'affaissement du ventre et celui des mamelles, après un développement passager; la pâleur du visage; l'altération des traits; de la céphalalgie; des nausées, des vomissemens; des bâillemens; des syncopes; de la fièvre; lorsque, la femme étant sur le point d'accoucher, les eaux de l'amnios sont noirâtres, bourbeuses, fétides, mêlées de méconium; lorsque le cordon est flétri; la peau du fœtus flasque, ridée, blafarde; lorsqu'enfin l'épiderme se détache à la moindre pression qu'on exerce.

Si tous ces signes pris séparément, n'ont que peu de poids, réunis, ils laissent la presque certitude que l'enfant a cessé de vivre. Cependant, comme en pareille circonstance on a vu naître vivans des enfans qu'on avait cru morts, il est prudent de ne se décider à faire usage des instrumens tranchans, que lorsqu'on a reconnu que le forceps et les autres instrumens mousses sont insuffisans.

Nota. Plusieurs médecins ont récemment proposé d'avoir recours à l'électricité, pensant que par ce moyen on ne manquerait pas d'exciter les contractions de l'enfant, s'il n'était pas mort; mais ce moyen a besoin d'être sanctionné par l'expérience.

DE LA MANOEUVRE

DES ACCOUCHEMENS CONTRE NATURE.

L'accoucheur a trois moyens à sa disposition pour terminer les accouchemens contre nature, savoir : *la main seule*, les *instrumens mousses* et les *instrumens tranchans*.

Le choix de l'un ou de l'autre de ces moyens est déterminé par le genre de cause qui met obstacle à l'accouchement.

1°. *La main seule* suffit, ordinairement, lorsque toutes les parties sont bien conformées du côté de la mère et de l'enfant, et que la mauvaise position de ce dernier ou quelque accident du côté de la mère est la seule cause qui rend l'accouchement contre nature; 2° *les instrumens mousses et le forceps* en particulier conviennent lorsque le bassin est resserré, ou le fœtus trop volumineux; 3° enfin, *les instrumens tranchans* deviennent nécessaires lorsque, par suite d'un vice de conformation ou d'une maladie quelconque, il existe, entre le fœtus et l'ouverture qu'il doit traverser, une disproportion telle que l'accouchement ne saurait avoir lieu sans qu'au préalable on ait diminué le volume de l'enfant ou agrandi le bassin de la mère.

ARTICLE PREMIER.

ACCOUCHEMENS QU'ON PEUT TERMINER A L'AIDE DE LA MAIN SEULE.

On pense généralement, dans le monde, qu'un accouchement qu'on termine à l'aide de la main seule offre beaucoup moins de dangers que celui pour lequel on est obligé de recourir aux instrumens, le forceps par exemple; mais les gens de l'art ne sauraient partager cette opinion, car il est aujourd'hui bien démontré que certaines manœuvres à l'aide de la main seule sont beaucoup plus dangereuses que celles à l'aide du forceps : ainsi, par exemple, on ne saurait établir

de comparaison entre une manœuvre qui consiste à retourner l'enfant dans la matrice et celle dans laquelle on se propose tout simplement de saisir la tête avec le forceps et de l'amener au dehors. Ici la matrice n'éprouve aucune espèce de violence, et le fœtus court infiniment moins de risque que lorsqu'on l'extrait par les pieds : dans ce dernier cas, en effet, l'enfant résiste rarement aux tractions qu'on exerce sur ses frêles organes.

Temps où il convient d'agir ; précautions à prendre.

Lorsque, le col de la matrice étant suffisamment dilaté et les membranes rompues, on a reconnu que l'accouchement ne peut être confié aux forces de la nature, il faut en général se hâter d'agir; car bientôt la matrice, en revenant sur elle-même, embrassera très-étroitement le fœtus, et les manœuvres deviendront d'autant plus difficiles qu'on aura attendu plus long-temps ; d'ailleurs, la compression qu'éprouverait alors le fœtus ne serait pas sans danger pour lui. Le moment le plus favorable pour agir est donc celui qui suit immédiatement la rupture des membranes et l'écoulement des eaux de l'amnios ; alors, en effet, il est toujours facile de déplacer l'enfant et de lui imprimer les mouvemens nécessaires à son extraction.

Mais, si les membranes s'étaient rompues prématurément, il faudrait bien attendre, pour agir, que la dilatation du col fût complète, même dans le cas où des accidens graves seraient survenus (1), car les efforts que l'on ferait pour pénétrer de force à travers l'ouverture de la matrice ne manqueraient pas d'aggraver encore l'état de la femme.

Toutefois, il conviendrait de mettre en usage tous les moyens capables de favoriser la dilatation, comme les bains d'eau chaude, les fumigations, les injections émollientes, la saignée, la pommade de belladone, etc.

(1) A moins, pourtant, que les bords de l'orifice ne fussent mous et faciles à dilater.

Position qu'il convient de donner à la femme.

La femme doit être placée sur le dos, le siége avancé sur le bord du lit, et bien à découvert. Les cuisses et les jambes doivent être à demi fléchies et maintenues écartées par des aides. La hauteur du lit sur lequel repose la femme doit être proportionnée à la taille de l'accoucheur. Il convient de placer entre les matelas une planche ou un coussin un peu dur, afin de soutenir le bassin de la femme.

Soins qui regardent l'accoucheur.

L'accoucheur doit, autant que possible, conserver son sang-froid et éviter soigneusement tout ce qui pourrait faire perdre confiance à la malade, ou lui causer de l'inquiétude; mais il doit, dans son propre intérêt, prévenir les parens des dangers qu'il redoute, soit pour la mère, soit pour l'enfant.

Au moment d'agir, l'accoucheur se contentera de relever la manche de son habit, s'il s'agit seulement d'aller saisir les pieds dans le bassin; mais il mettra ses bras à nu lorsqu'il faudra pénétrer jusque dans la matrice : dans tous les cas, il fera en sorte de ne point effrayer la femme.

Quant à la position qu'il devra prendre, elle variera selon les circonstances.

Baptême provisoire.

Si l'enfant paraît menacé de perdre la vie, il convient de l'ondoyer en versant de l'eau, en forme de croix, sur la partie qu'il présente et en prononçant ces mots : *Enfant, je te baptise au nom du Père, du Fils et du Saint-Esprit.* Si on craint qu'il ne soit déjà mort, on ajoute ces mots : *Si tu es vivant;* et s'il est monstrueux ou peu développé : *Si tu es capable de baptême* (1).

(1) Si l'enfant était encore situé profondément, on pourrait injecter l'eau au moyen d'une petite seringue.

Choix de la main.

Il n'est pas toujours indifférent d'introduire l'une ou l'autre main dans les parties : le plus souvent le choix de celle dont on doit se servir est déterminé par la position qu'affecte l'enfant. Cette main doit être enduite d'un corps gras qui en facilite l'introduction, en même temps qu'il préserve l'accoucheur des virus dont la femme pourrait être infectée. On peut introduire la main en disposant les doigts en forme de cône, ou plutôt en les présentant dans le sens du grand diamètre de la vulve.

Temps où il convient d'introduire la main.

On peut, à peu près indifféremment, introduire la main dans le vagin pendant ou dans l'intervalle des douleurs ; mais, quand il s'agit d'arriver dans la matrice, il faut nécessairement choisir l'instant du repos. A cette époque, en effet, le col n'étant plus tendu comme durant la douleur, il est plus facile de le traverser. Il ne faut pas négliger, dans le moment où on cherche à entrer dans l'organe, de soutenir son fond au moyen de l'autre main appliquée sur l'abdomen, car autrement on ne pénétrerait que difficilement, et on occasionnerait d'atroces douleurs à la femme. D'un autre côté, il est bien essentiel de faire suivre à la main la direction des deux axes du bassin.

De la version.

Autant que possible, il ne faut chercher à opérer la version que dans l'intervalle des douleurs ; car, au moment des contractions, l'enfant est tellement serré par la matrice, qu'il est bien difficile de changer sa position ; d'ailleurs la main de l'accoucheur s'engourdit bien vite, et souvent alors elle n'est plus capable d'aucun mouvement.

L'extraction du fœtus doit être faite, en général, avec beau-

coup de lenteur; c'est le moyen d'éviter l'inertie de la matrice, qui ne manque guère de survenir lorsqu'on vide l'organe trop brusquement. Il est aussi bien essentiel de ménager les parties sur lesquelles on agit.

Le fœtus doit toujours être entraîné dans le sens de sa flexion naturelle; autrement on rencontrerait de grandes difficultés dans la manœuvre, et on ne manquerait pas de déterminer des luxations ou des fractures.

Pendant que l'une des mains manœuvre dans la matrice, il importe beaucoup que l'autre soit placée sur le fond de l'organe soit pour le fixer, soit pour changer sa direction si la chose devient nécessaire.

Lorsque toutes les parties sont bien conformées et que la position vicieuse du fœtus est le seul obstacle à la terminaison de l'accouchement, l'homme de l'art, en introduisant la main dans la matrice, se propose de changer cette position et de placer l'enfant de telle sorte qu'il puisse franchir seul à travers la filière du bassin. Or, pour atteindre ce but, il suffit de ramener au centre du détroit supérieur l'une ou l'autre extrémité du fœtus. Nous disons l'une ou l'autre, car dans le cas que nous supposons, une fois la version opérée, l'accouchement rentre dans la classe de ceux qu'on nomme naturels, et dès-lors il peut se terminer tout aussi bien par les pieds, les genoux ou les fesses que par la tête. Cependant, si cette dernière n'était pas trop éloignée du détroit supérieur, il faudrait de préférence l'y ramener, l'accouchement par la tête étant toujours plus facile et plus heureux que celui par l'extrémité abdominale.

Si les pieds, les genoux ou le siége se trouvaient plus rapprochés du détroit que la tête, il faudrait bien les y entraîner; mais alors au lieu d'abandonner l'accouchement à la nature, comme lorsque c'est la tête qui se présente, on devrait seconder les efforts de la femme en opérant quelques tractions sur le fœtus. Ces tractions, faites avec ménagement et dans la direction des axes du bassin, n'ont aucune espèce d'inconvénient et sauvent souvent les jours de

l'enfant. Ce que nous disons ici s'applique aux positions des pieds, des genoux et du siége.

Lorsqu'après avoir replacé le fœtus convenablement, l'accoucheur reconnaît que la nature est impuissante pour délivrer la femme, ou que des accidens graves menacent ses jours, il doit procéder à la terminaison de l'accouchement à l'aide du forceps ou de la main seule, selon qu'il a ramené la tête ou l'extrémité abdominale du fœtus; bien entendu, d'ailleurs, que la manœuvre doit être faite avec plus ou moins de promptitude, selon la cause qui détermine à agir.

DES POSITIONS DU FŒTUS.

Les différentes positions que peut affecter le fœtus dans l'intérieur de la matrice sont extrêmement nombreuses, si on n'a égard qu'à la partie qu'il présente au centre du bassin et à ses rapports avec les parties environnantes; mais, lorsqu'on veut n'avoir égard qu'aux manœuvres que réclament ces différentes positions, on voit bientôt que leur nombre peut être singulièrement réduit.

Déjà, dans un ouvrage que nous avons publié en 1827 sur la manœuvre des accouchemens contre nature, nous avons démontré qu'on pouvait très-bien, tout en reconnaissant la possibilité d'un beaucoup plus grand nombre de positions, n'en admettre que deux principales pour chacune des régions du fœtus, savoir : une pour le côté gauche du bassin, et une autre pour le côté droit. Cette division, toute simple qu'elle est, suffit pour qu'il soit possible de répondre à toutes les exigences de la manœuvre.

Bien entendu que ce que nous disons ici s'applique spécialement aux accouchemens qu'on termine entièrement à l'aide de la main; car, s'il ne s'agissait que de ceux dans lesquels on ne fait que ramener l'une des extrémités du fœtus au centre du détroit supérieur, pour abandonner ensuite l'expulsion aux forces de la femme, on retomberait tout aussitôt dans

les cas indiqués à l'article *Accouchement naturel*, et on serait forcé d'admettre toutes les diagonales.

Les positions que nous admettons, quant à la manœuvre, sont, pour les extrémités du fœtus : celles des *pieds*, des *genoux*, du *siége* et du *sommet de la tête;* et, pour le tronc, celles des *régions antérieure, postérieure et latérales*.

Parmi ces positions, il en est qui se présentent très-fréquemment, d'autres qui au contraire ne se rencontrent que très-rarement. Voici l'exposé comparatif qu'en fait madame Lachapelle. Sur 22,243 accouchemens, observés dans l'espace de 9 années, la tête s'est présentée 20,698 fois par son sommet, et 103 fois par la face proprement dite (région antérieure d'après notre division); le siége, 492 fois ; les pieds, 303 fois ; les genoux, 9 fois ; l'épaule (région latérale), 118 fois. Restent 520 accouchemens dans lesquels la position n'a point été déterminée.

D'après ce tableau, il est facile de voir combien sont rares les positions du tronc, proprement dit, surtout celles des régions postérieure et antérieure, puisque sur le nombre d'accouchemens indiqué, elles ne se sont pas rencontrées une seule fois (1). Faut-il en conclure avec quelques auteurs que ces positions sont impossibles dans la matrice, à cause de la direction des contractions de cet organe, qui tendent toujours à les convertir en des positions latérales? Non, sans doute, car malgré l'autorité de Merriman, de madame Lachapelle et autres, nous ne voyons pas pourquoi les régions postérieure et antérieure du fœtus ne se présenteraient pas au détroit supérieur, tout aussi bien que les autres régions du corps ; d'ailleurs, lors même que le raisonnement tendrait à faire croire que ces positions ne peuvent avoir lieu, l'expérience prouverait évidemment le contraire : et, pour nous en tenir à ce que nous savons de plus positif sur ce point, nous dirons que, lorsque nous étions attaché à l'Hôtel-

(1) A moins qu'elles ne se soient trouvées au nombre de celles qui n'ont pu être reconnues.

Dieu de Paris, nous avons eu occasion de rencontrer une présentation de la partie moyenne du dos, la tête du fœtus étant située au-dessus de la cavité cotyloïde gauche et le siége au-dessus de la symphyse sacro-iliaque droite : le fait a été constaté par le médecin de la salle et par plusieurs internes, en présence desquels nous avons terminé l'accouchement.

Maintenant, s'il est démontré que les positions de la région postérieure du fœtus peuvent avoir lieu, on aurait bien mauvaise grâce à ne pas vouloir admettre celles de la région antérieure. Sans doute ici l'enfant est dans une situation peu favorable, puisqu'il est fortement renversé sur sa région postérieure; cependant cette situation n'est pas, comme on l'a dit, incompatible avec la vie.

Les causes auxquelles on peut raisonnablement attribuer les positions vicieuses du fœtus, sont 1° un développement considérable de la matrice, 2° une obliquité exagérée de cet organe, 3° la présence d'une grande quantité d'eau dans les membranes, 4° le petit volume de l'enfant, 5° les mouvemens qu'il exécute dans la matrice, 6° enfin les mouvemens et les attitudes de la mère.

Toutes les fois que l'enfant ne présente pas l'une ou l'autre de ses extrémités au centre du détroit supérieur, l'accouchement est impossible (1), et ordinairement il faut de toute nécessité introduire une main dans la matrice pour opérer la version. Cependant il n'est pas sans exemple que durant le travail une position des plus désavantageuses se soit, instantanément et sans les secours de l'art, convertie en une position favorable à l'accouchement; ainsi, on a vu des cas dans lesquels l'enfant a présenté alternativement le dos, l'une ou l'autre région latérale, les pieds, les genoux, le sommet de la tête, etc. Ces changemens de position ne peuvent guère avoir lieu qu'avant la rupture des membranes, et

(1) A moins, pourtant, que le bassin de la mère ne soit très-large ou l'enfant peu développé; c'est de cette manière seule que l'on peut comprendre les accouchemens dans lesquels l'enfant est venu *en double*.

lorsque la matrice contient une grande quantité d'eau, relativement au volume du fœtus. Mais, quand les eaux de l'amnios se sont écoulées, et que la matrice est revenue sur elle-même, il est bien difficile de concevoir que le fœtus, qui est comprimé de toute part, puisse changer de position.

Lors donc qu'avant la rupture des membranes, l'accoucheur a reconnu que l'enfant est placé dans une mauvaise position, il doit étudier avec le plus grand soin tout ce qui se passe durant le travail, afin d'être prêt à fixer le fœtus dans une position meilleure s'il venait à s'y présenter; c'est en rompant les membranes, et en obligeant, par ce moyen, la matrice à revenir sur elle-même, qu'il atteindrait le but désiré. Mais si, les membranes étant rompues, et le col suffisamment dilaté, le fœtus avait conservé sa mauvaise position, il faudrait sur-le-champ procéder à la manœuvre, car le moindre retard pourrait devenir funeste à la mère ou à l'enfant.

POSITIONS DES PIEDS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR ET AU DÉTROIT INFÉRIEUR DU BASSIN.

Que les pieds du fœtus soient au détroit supérieur, ou au détroit inférieur du bassin, la manœuvre à pratiquer est absolument la même, à cela près que, dans le premier cas, il faut que la main pénètre plus profondément dans les parties. Nous ne consacrerons donc qu'un seul et même article à toutes ces positions.

Diagnostic. L'articulation à angle droit du pied avec la jambe, la saillie des talons, le peu de longueur des orteils, la convexité de la face dorsale, la disposition inverse de la face plantaire, la saillie des malléoles, tels sont les caractères qui distinguent les pieds, et empêchent de les confondre avec aucune autre partie.

Choix de la main. Toutes les fois que les talons sont dirigés à gauche du bassin, il faut de préférence se servir de la main droite, et *vice versâ*; de cette manière, en effet,

on saisit les pieds par derrière et on ne risque pas, dans les efforts de traction, de redresser l'espèce d'angle droit que forme le pied avec la jambe. Il convient de placer l'indicateur entre les deux membres.

Si un seul pied se présentait, il faudrait aller à la recherche de l'autre, afin d'extraire en même temps les deux membres abdominaux.

Première position. *Rapports*. Les talons du fœtus correspondent à la cavité cotyloïde gauche du bassin de la mère, et les orteils à la symphyse sacro-iliaque droite. La région postérieure du tronc regarde du même côté que les talons et la région antérieure du même côté que les orteils (1).

Manœuvre. Après avoir saisi les pieds dans les parties de la mère, on les amène au dehors et on les enveloppe d'un linge sec, afin de prévenir le glissement des doigts. On saisit ensuite le membre gauche de la main gauche et le membre droit de la main droite, en ayant soin de placer les pouces à la partie postérieure des jambes et les doigts réunis sur leur partie antérieure; de cette manière, rien ne sépare les membres, et ils se prêtent un mutuel appui. On fait sortir successivement les jambes et les cuisses, en tirant sur elles dans le sens de l'axe du détroit supérieur. On remonte le linge et les mains à mesure que les parties se dégagent.

Lorsque le siége est parvenu au détroit inférieur, on lui imprime un mouvement d'élévation, afin de dégager en premier lieu la hanche qui est en arrière. Cela fait, on passe la main droite au dessous des cuisses du fœtus, pour l'élever un peu vers l'aine du côté gauche. L'accoucheur glisse alors l'indicateur et le médius de la main gauche le long du ventre de l'enfant, pour s'assurer de l'état de l'ombilic; s'il est tiraillé, il faut relâcher le cordon en attirant sur la portion qui tient

(1) Nous n'entrerons pas dans de plus grands détails sur les rapports du fœtus, afin de ne point répéter ce que nous avons dit à l'article *Accouchement naturel*.

au placenta. Si le cordon était placé entre les deux cuisses, il faudrait fléchir celle qui est en dessus, et tâcher ensuite de le ramener du côté de la région ombilicale. Si l'on ne pouvait réussir, il faudrait en opérer la section et terminer de suite l'accouchement.

Après s'être occupé du cordon ombilical, l'accoucheur déploie sa main gauche sur la hanche gauche, sa main droite sur la hanche droite, et imprime au fœtus des mouvemens alternatifs d'élévation et d'abaissement dans le sens d'une ligne qui, partant de l'aine droite, irait se rendre à la partie postérieure et interne de la cuisse gauche. De cette manière, il opère l'extraction du tronc jusqu'aux aisselles. Lorsque celles-ci sont sur le point de paraître à la vulve, l'accoucheur élève le fœtus vers l'aine droite, et le fixe solidement sur sa main gauche, pour s'occuper de l'extraction du bras droit qu'il dégage de la manière suivante : il commence par introduire dans la commissure antérieure de la vulve le pouce de la main droite qu'il ramène jusque derrière l'épaule ; puis, introduisant l'indicateur et le médius de la même main dans la commissure postérieure et les ramenant au devant de l'articulation, il abaisse l'épaule, en tirant sur elle parallèlement à l'axe du tronc. Glissant ensuite profondément l'indicateur et le médius derrière le bras, et le pouce dans le creux de l'aisselle, il fait parcourir au membre la courbure du sacrum et le dégage du côté opposé, en fléchissant l'avant-bras sur le bras et en parcourant successivement toutes les parties jusqu'au bout des doigts. Dans ce dernier temps, il convient d'incliner le fœtus à gauche de la femme, afin que le dégagement du bras devienne plus facile.

Le membre droit étant extrait, on le place sur le côté correspondant du tronc, on reporte le fœtus sur la main droite, et on l'abaisse vers la partie postérieure et interne de la cuisse gauche de la mère, en pressant sur la hanche du même nom. Cela fait, l'accoucheur procède à l'abaissement du membre qui reste à dégager, et pour cela, il le saisit entre l'indicateur gauche glissé en arrière et le pouce placé dans le creux de l'ais-

selle ; puis, sans désemparer, il enfonce l'indicateur aussi loin que possible, et fait parcourir au membre la courbure du sacrum. Le dégagement se fait, d'ailleurs, de la même manière que précédemment.

Les deux extrémités supérieures étant dégagées, l'accoucheur introduit toute la main droite jusque sur la face du fœtus, et place deux doigts de chaque côté du nez : il glisse en même temps, le long du dos de l'enfant et jusqu'à l'occiput, l'index et le médius de la main gauche ; puis, attirant à lui avec la main placée sur la face, en même temps qu'il pousse avec les deux doigts placés sur l'occiput, il opère ainsi le mouvement de flexion de la tête sur la poitrine. Alors, sans déranger ses mains, il attire la tête au détroit inférieur, en la dirigeant dans le sens de l'axe du détroit supérieur. Plaçant ensuite l'indicateur et le médius de la main gauche transversalement sur l'aphophyse mastoïde du côté droit, et les mêmes doigts de la main droite transversalement sur le côté gauche du menton, il fait exécuter à la tête son mouvement de rotation ; puis, lui imprimant des mouvemens latéraux et en levant, pour la diriger selon l'axe du détroit inférieur, il termine son dégagement. Quand elle est sur le point de franchir, il porte au devant du périnée et au-dessous de la tête la main gauche, avec laquelle il soutient ces deux parties. Il glisse en même temps la main droite sur le siége du fœtus ; et, lorsque le dégagement est tout-à-fait opéré, il place l'enfant en travers des parties de la génération. (*Voyez*, pour les soins consécutifs, la page 112.)

Toutes les autres positions du côté gauche du bassin demandent la même manœuvre et doivent être réduites en première, par un mouvement de rotation imprimé au fœtus à mesure qu'il sort des parties.

SECONDE POSITION. *Rapports du fœtus.* Les talons regardent la cavité cotyloïde droite, et les orteils la symphyse sacro-iliaque gauche. La région postérieure du trone regarde du

même côté que les talons, et l'antérieur du même côté que les orteils.

Choix de la main. Ici, c'est la main gauche qu'il faut introduire de préférence.

Manœuvre. Elle est la même que, dans la position précédente, seulement elle doit être exécutée dans un ordre inverse.

Ainsi, on saisit les deux pieds de la main gauche et on les attire hors de la vulve ; on les enveloppe de linge et on saisit le membre gauche de la main gauche et le membre droit de la main droite. Le siége étant près de franchir, on élève le fœtus, afin de dégager en premier lieu la hanche qui est en arrière. On passe ensuite la main gauche au devant des cuisses et on élève le fœtus vers l'aine droite; puis, avec l'index et le médius de la main droite, on va s'assurer de la position du cordon ombilical. Déployant alors la main droite sur la hanche droite et la main gauche sur la hanche gauche, on imprime au tronc des mouvemens d'élévation et d'abaissement dans le sens d'une ligne qui, partant de l'aine gauche, irait se rendre à la partie postérieure et interne de la cuisse droite, ces mouvemens sont continués jusqu'à ce que les aisselles soient arrivées près de la vulve. Alors l'accoucheur, fixant le fœtus sur sa main droite et le maintenant élevé vers l'aine gauche, procède au dégagement du membre qui est en arrière. Reportant ensuite le fœtus sur sa main gauche et le tenant abaissé vers la partie postérieure et interne de la cuisse droite, il opère le dégagement du membre placé en dessus. Puis, glissant la main gauche sur la face, et les deux premiers doigts de la main droite sur l'occiput, il fléchit la tête sur la poitrine, et l'engage au détroit inférieur du bassin. Plaçant ensuite les deux premiers doigts de la main droite en travers sur l'apophyse mastoïde gauche, et les deux mêmes doigts de la main gauche sur le côté droit du menton, il fait éprouver à la tête son mouvement de rotation, après quoi, lui imprimant des mouvemens latéraux et en levant, il en opère le dégagement. Lorsque la tête est

sur le point de franchir, il porte la main droite au devant du périnée et fait glisser en même temps la main gauche sur le siége du fœtus. Lorsque le dégagement est terminé, il place l'enfant en travers des parties de la génération.

Toutes les positions du côté droit du bassin demandent la même manœuvre et doivent être réduites en seconde.

Si les talons regardaient le pubis ou le sacrum, on introduirait indistinctement l'une ou l'autre main, et on convertirait en des positions latérales. Avec la main droite on ramènerait les talons à gauche, et avec la main gauche on les ramènerait à droite, pour terminer ensuite comme précédemment.

Si, lorsqu'on est appelé près de la femme, le tronc était en partie sorti dans une position vicieuse, c'est-à-dire ses régions antérieure ou postérieure tournées directement en avant ou en arrière, il faudrait chercher à le refouler en plaçant l'une des mains sur le ventre et l'autre sur le dos, pour réduire ensuite en une position latérale à mesure qu'on attirerait le fœtus au dehors.

Si tout le tronc avait franchi le col de la matrice, et que la tête fût seule arrêtée au détroit supérieur, il ne serait plus possible de refouler; alors il faudrait extraire les bras comme de coutume, si la région antérieure du fœtus regardait le sacrum, et en les ramenant sous l'arcade des pubis dans le cas contraire. On replacerait ensuite la tête diagonalement, en appliquant deux doigts sur l'apophyse mastoïde d'un côté et deux autres doigts sur le côté opposé du menton. On l'engagerait ensuite dans l'excavation, et, après lui avoir imprimé son mouvement de rotation, on procéderait à son dégagement.

POSITIONS DES GENOUX.

Les genoux peuvent, de même que les pieds, se présenter au détroit supérieur et au détroit inférieur du bassin; mais ici

la manœuvre n'étant pas la même aux deux détroits, nous devons consacrer un article à chaque cas en particulier.

Diagnostic. Les genoux se présentent au toucher sous forme de deux tumeurs arrondies, dures, beaucoup plus volumineuses que les coudes (seules parties avec lesquelles on puisse les confondre) et ordinairement placées l'une à côté de l'autre. Si d'ailleurs on conservait quelque doute sur leur présence, on n'aurait qu'à introduire le doigt un peu plus profondément, et les parties qu'on toucherait alors auraient bientôt dissipé toute incertitude.

Positions du détroit inférieur.

Moyens d'extraction. Les genoux, au détroit inférieur, peuvent être extraits, 1° à l'aide des doigts placés dans le pli des jarrets, 2° à l'aide d'un crochet mousse, 3° au moyen d'un lacs.

Les doigts glissent sur le fœtus et suffisent rarement.

Le crochet mousse convient bien, mais il effraie les femmes, et on doit éviter de s'en servir, d'autant mieux qu'un lacs le remplace très-bien.

On doit placer le lacs de la main droite dans les positions de la moitié gauche du bassin, et de la main gauche dans celles de la moitié droite.

Le lacs doit être appliqué de préférence dans le pli du jarret qui est en devant. Une fois placé, il représente l'extrémité qu'il embrasse et doit être saisi avec la main qui correspond de nom à cette extrémité.

Première position. *Rapports du fœtus*. La partie antérieure des jambes regarde la cavité cotyloïde gauche, et celle des cuisses la symphyse sacro-iliaque droite.

Manœuvre. On fixe le milieu du lacs sur le sommet de l'indicateur droit, on l'enfonce de haut en bas dans le pli du jarret qui est en dessus, on le retire avec le pouce et l'indicateur de la même main entre les deux genoux, et on forme

avec ses extrémités deux chefs à peu près égaux. Ces deux chefs doivent être solidement fixés dans la paume de la main ganche avec les trois derniers doigts, tandis que l'indicateur de la même main est allongé sur le côté externe de la cuisse qui est en dessus. L'indicateur de la main opposée doit être porté dans le pli du jarret qui est en dessous.

On attire les genoux au dehors, dans le sens de l'axe du détroit supérieur : bientôt ils sont assez dégagés pour être saisis à pleine main. Alors on place les pouces sur la partie antérieure des jambes et les doigts réunis sur la partie antérieure des cuisses. Aussitôt que le siége paraît à la vulve, on l'élève, afin de dégager en premier lieu la hanche qui est en arrière ; on ramène ensuite les jambes sous l'arcade des pubis, et on les dégage en fléchissant les cuisses sur le bassin.

Une fois les jambes dégagées, on termine comme en première position des pieds.

Toutes les autres positions du côté gauche du bassin demandent la même manœuvre, et doivent être ramenées, par un mouvement de rotation, à la première.

Deuxième position. *Rapports du fœtus.* La partie antérieure des jambes répond à la cavité cotyloïde droite, et celle des cuisses à la symphyse sacro-iliaque gauche.

Manœuvre. Ici, on introduit le lacs de la main gauche, et lorsqu'il est appliqué on le saisit de la main droite : on place l'indicateur gauche dans le pli du jarret qui est en arrière, et on fait l'extraction des genoux en suivant les règles indiquées dans la position précédente. Lorsque les jambes sont dégagées, on termine comme dans la position correspondante des pieds.

Toutes les autres positions du côté droit du bassin demandent la même manœuvre, et doivent être ramenées en seconde.

Si la partie antérieure des jambes regardait directement le sacrum ou le pubis, on introduirait le lacs indistinctement de l'une ou de l'autre main, et on convertirait en une position latérale pour terminer ensuite comme il a été dit précédemment.

Positions du détroit supérieur.

Lorsque les genoux sont encore au détroit supérieur, on peut, à la rigueur, les attirer au détroit inférieur et se comporter ensuite comme nous venons de le dire; mais il vaut bien mieux changer de suite la position en ramenant les pieds.

Choix de la main. Lorsque les pieds sont dirigés à gauche du bassin, on introduit la main droite; et, lorsqu'ils sont dirigés à droite, on introduit la main gauche.

Règles pour le dégagement des pieds. Toutes les fois qu'il s'agit de dégager les pieds, dans quelque position que soit le fœtus, il faut toujours parcourir en premier lieu le membre qui est en arrière et extraire cependant le premier celui qui se trouve en-dessus de l'autre. Lorsque le membre qui est en arrière a été dégagé le premier, on s'en sert comme d'un guide pour aller à la recherche de l'autre; mais quand celui-ci a été extrait le premier, il faut de nouveau parcourir le membre qui est en arrière pour opérer son dégagement.

Cette règle est générale et ne souffre point d'exceptions.

Première position. *Rapports du fœtus.* Les mêmes qu'au détroit inférieur, seulement les parties sont moins engagées.

Manœuvre. On introduit la main droite jusque sur le membre placé en arrière; on descend sur la cuisse jusqu'au genou; puis, remontant sur la jambe jusqu'au pied, on saisit ce dernier entre le pouce et les doigts, et on l'entraîne au dehors.

Ce premier membre dégagé sert de guide pour aller à la

recherche de l'autre. On longe son côté externe et postérieur, en ayant soin de laisser le pouce à son côté interne. Lorsqu'on est arrivé sur le siége, on rencontre la seconde extrémité, on passe les quatre doigts par-dessus, et on l'entraîne en pressant sur le membre dégagé en premier lieu.

Les deux membres étant au dehors, on termine comme en première des pieds.

Toutes les positions du côté gauche du bassin demandent la même manœuvre, et doivent être ramenées à la première des pieds.

Deuxième position. *Rapports.* Les mêmes qu'au détroit inférieur.

Manœuvre. On introduit la main gauche et on procède au dégagement des pieds absolument de la même manière que dans la première position. Une fois les deux membres dégagés, on termine comme en deuxième position des pieds.

Toutes les positions du côté droit du bassin exigent la même manœuvre, et doivent toujours être réduites à la seconde.

Si la partie antérieure des jambes répondait directement au pubis ou au sacrum, on introduirait indistinctement l'une ou l'autre main, et on convertirait en position latérale, pour se comporter ensuite comme il vient d'être dit. Toutefois on devrait faire en sorte de ramener les pieds à gauche du bassin si la main droite se trouvait dans les parties, et *vice versâ.*

POSITIONS DU SIÉGE.

Le siége peut, de même que les pieds et les genoux, se présenter au détroit supérieur et au détroit inférieur du bassin.

Diagnostic. On reconnaît le siége à une tumeur large, arrondie, moins dure que la tête et moins souple que

l'abdomen, offrant trois saillies osseuses, formées par le coccix en arrière et les tubérosités sciatiques sur les côtés, et dans son milieu un sillon profond dans lequel on rencontre l'anus et les parties de la génération ; les deux colonnes, formées par les cuisses, et l'issue du méconium peuvent encore aider le diagnostic.

Positions du détroit inférieur.

Lorsque le siége se présente au détroit inférieur, il est presque toujours impossible de le refouler dans la matrice, et on est alors obligé de l'extraire dans la position qu'il affecte.

Pour cela, on peut se servir des doigts seuls, d'un lacs ou d'un crochet mousse placé dans le pli de l'aine. Mais ce dernier moyen méritant toujours la préférence, nous croyons devoir renvoyer cette série de positions aux accouchemens qui réclament l'emploi des instrumens mousses.

Positions du détroit supérieur.

Lorsque le siége est encore au détroit supérieur, il est presque toujours assez facile de le refouler pour aller à la recherche des extrémités. Par cette manœuvre, on convertit de suite les positions du siége en des positions des pieds.

Mais comme le siége remplit tout le détroit supérieur; qu'il serait impossible d'y introduire la main, et que, d'un autre côté, les pieds sont fort éloignés, il faut, avant tout, par une manœuvre bien combinée, débarrasser le détroit supérieur et rapprocher de son centre les extrémités abdominales du fœtus. On remplit cette double indication en refoulant, d'une part, le siége dans l'une des fosses iliaques internes, et, de l'autre, en inclinant la matrice du côté opposé.

Choix de la main. Quand les pieds sont à gauche du bassin on introduit la main droite, et quand ils sont à droite on introduit la main gauche.

De quel côté il convient de refouler. Lorsqu'on a la main droite dans les parties, on refoule à droite de la mère,

et lorsque c'est la gauche, on refoule à gauche. On incline toujours l'utérus du côté opposé à celui vers lequel on refoule.

Première position. *Rapports.* La face postérieure du sacrum répond à la cavité cotyloïde gauche, et celle des cuisses à la symphyse sacro-iliaque droite.

Signes qui caractérisent la position. On trouve la pointe du coccix derrière la cavité cotyloïde gauche et les parties génitales au devant de la symphyse sacro-iliaque droite. Entre ces deux points se présentent l'anus et le sillon périnéal qui se dirige dans le sens d'une ligne qui, de la cavité cotyloïde gauche, irait à la symphyse sacro-iliaque droite.

Manœuvre. On introduit la main gauche dans les parties; on saisit le siége entre le pouce placé en avant et les doigts placés en arrière, et on le refoule dans la fosse iliaque gauche; tandis qu'avec la main droite, appliquée sur le fond de la matrice, on incline l'organe à droite; on parcourt ensuite tout le membre abdominal qui est en arrière, et lorsqu'on est arrivé au pied, on le saisit entre le pouce et les doigts pour l'entraîner au dehors.

Ce premier membre dégagé sert de guide pour aller chercher l'autre, qui croise ordinairement la partie antérieure du ventre et de la poitrine : on parcourt son côté externe et postérieur, laissant le pouce en dedans. Arrivé sur la région antérieure du tronc, on rencontre bientôt la seconde extrémité que l'on entraîne, en passant les quatre doigts pardessus. Une fois les deux membres au dehors, on termine comme dans la première position des pieds.

Toutes les positions du côté gauche du bassin demandent la même manœuvre, et doivent être réduites en première.

Deuxième position. *Rapports.* La face postérieure du sacrum regarde la cavité cotyloïde droite, et celle des cuisses la symphyse sacro-iliaque gauche.

Manœuvre. On introduit la main droite dans les parties

et on refoule dans la fosse iliaque droite, en même temps qu'avec la main gauche, placée sur le ventre, on incline l'utérus à gauche. On procède ensuite au dégagement des membres abdominaux, de la même manière que dans la première position. Une fois les extrémités au dehors, on termine comme dans la deuxième des pieds.

Toutes les positions du côté droit du bassin réclament les mêmes manœuvres, et doivent être ramenées à la seconde.

Si la face postérieure du sacrum répondait directement au sacrum ou au pubis, on introduirait indistinctement l'une ou l'autre main, et on convertirait en une position latérale; bien entendu qu'on ferait en sorte de ramener les pieds du côté gauche, si on avait introduit la main droite, et *vice versâ*.

POSITIONS DU SOMMET DE LA TÊTE.

La tête, de même que les pieds, les genoux et le siége, peut se présenter au détroit supérieur et au détroit inférieur dans deux positions principales.

Diagnostic. La tête est reconnaissable à une tumeur volumineuse, arrondie, dure, offrant dans certains points des espaces membraneux, dont les uns se nomment fontanelles et les autres sutures. Les caractères propres au cuir chevelu peuvent encore servir à éclairer le diagnostic.

La manœuvre applicable aux positions de la tête est différente au détroit inférieur et au détroit supérieur.

Lorsque la tête est au détroit inférieur, qu'elle ait ou non franchi le col de la matrice, il faut le plus souvent appliquer le forceps : aussi renvoyons-nous cette série de positions aux accouchemens qui réclament l'emploi des instrumens.

Positions du détroit supérieur.

Lorsque la tête est au détroit supérieur, bien que souvent il soit plus convenable d'appliquer le forceps, on peut ce-

pendant opérer la version de l'enfant et terminer l'accouchement à l'aide de la main seule.

Dans ce dernier cas il faut, avant que d'aller à la recherche des pieds, débarrasser le détroit supérieur en refoulant la tête dans l'une des fosses iliaques, et rapprocher les pieds de ce détroit en inclinant fortement la matrice du côté opposé.

Ici, comme pour le siége, on refoule à gauche quand on a la main gauche dans les parties, et à droite quand c'est la main droite. On incline toujours le fond de la matrice du côté opposé à celui vers lequel on refoule la tête.

Choix de la main. Toutes les fois que, pour arriver aux pieds du fœtus, on doit parcourir un des côtés de son tronc, c'est toujours la main qui correspond de nom à ce côté qu'il faut introduire dans les parties. Ainsi le côté gauche est-il en arrière, il faut se servir de la main gauche, et *vice versâ*.

Première position. *Rapports.* L'occiput répond à la cavité cotyloïde gauche, et le front à la symphyse sacro-iliaque droite. Le côté gauche est en arrière et à gauche, et le droit en avant et à droite. Les pieds sont au fond de la matrice.

Signes qui caractérisent la position. On rencontre derrière la cavité cotyloïde gauche la fontanelle postérieure, et au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite la fontanelle antérieure.

Entre ces deux fontanelles se trouve la suture sagittale qui se dirige dans le sens d'une ligne qui, partant de la cavité cotyloïde gauche, irait se rendre à la symphyse sacro-iliaque droite.

Manœuvre. Le côté gauche du fœtus étant en arrière, on introduit la main gauche dans les parties, et on refoule la tête dans la fosse iliaque gauche, après l'avoir saisie entre le pouce placé en avant et les 4 doigts placés en arrière. En même temps, on applique la main droite sur le ventre de la mère, et on incline fortement l'utérus à droite.

Engageant ensuite la main autant profondément que pos-

sible, on parcourt successivement le côté de la tête, celui du col, le derrière de l'épaule, le côté proprement dit, et la hanche.

Lorsqu'on est arrivé sur le siége, on rencontre le plus ordinairement les pieds que l'on peut entraîner ensemble, mais qu'il vaut toujours mieux dégager l'un après l'autre. Pour cela on descend sur la cuisse jusqu'au genou et on remonte ensuite sur la jambe jusqu'au petit pied, que l'on saisit entre le pouce et les doigts pour l'entraîner au dehors. Une fois dégagé, ce premier pied doit être fixé au moyen d'un lacs disposé sous forme de nœud coulant, et porté jusqu'au dessus des malléoles. Ce lacs est ensuite confié à un aide.

L'accoucheur, se servant de cette première extrémité comme d'un guide, en parcourt le côté externe et postérieur laissant le pouce en dedans. Arrivé sur le siége, il rencontre le second pied qu'il entraîne au dehors en passant les quatre doigts par-dessus.

Les deux extrémités étant dégagées, on ramène par un mouvement de rotation à la deuxième position des pieds, et on termine l'accouchement dans cette position.

Il arrive quelquefois que la tête, en s'arc-boutant contre le détroit supérieur du bassin, vient à gêner l'extraction du fœtus : il faut alors la refouler avec la main droite, en même temps qu'avec la gauche on tire sur les membres abdominaux.

Toutes les positions du côté gauche du bassin demandent les mêmes manœuvres.

Deuxième position. *Rapports.* L'occiput répond à la cavité cotyloïde droite, et le front à la symphyse sacro-iliaque gauche. Le côté droit du fœtus est en arrière et à droite, le gauche en avant et à gauche ; les pieds sont au fond de la matrice.

Signes qui caractérisent la position. On trouve la fontanelle postérieure derrière la cavité cotyloïde droite, et l'antérieure au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche.

Manœuvre. Absolument la même que dans la première position : seulement, au lieu de la main gauche, il faut se servir de la main droite.

Ainsi, on refoule dans la fosse iliaque droite, on incline l'utérus à gauche, on parcourt le côté du fœtus qui est en arrière, et on va dégager séparément chaque pied. Lorsque les extrémités sont au dehors, on ramène à la première position des pieds et on termine comme dans cette position.

Si la tête venait à gêner l'extraction du fœtus, on la refoulerait avec la main gauche, en même temps qu'avec la main droite on tirerait sur les pieds.

Toutes les positions du côté droit du bassin exigent les mêmes manœuvres.

Si l'occiput répondait directement au pubis ou au sacrum, on introduirait l'une ou l'autre main, et on convertirait en une position latérale pour se comporter ensuite comme dans cette position : bien entendu qu'on dirigerait de préférence en arrière le côté qui correspondrait de nom à la main introduite dans les parties.

POSITIONS DU TRONC.

Avant que de parler des positions du tronc, il serait sans doute naturel d'exposer celles de la face et des régions occipitale et temporale; mais ces différentes positions de la tête ne présentant point d'indications particulières et pouvant être confondues avec celles du tronc, il nous a paru plus simple et plus convenable de ne faire de toutes ces positions qu'une seule et même série. Ainsi, nous comprendrons dans les régions du tronc, la face proprement dite, et les régions occipitale et temporales.

Le tronc du fœtus présente quatre grandes régions, une *antérieure*, une *postérieure* et *deux latérales*.

Si nous n'avions égard qu'à la manœuvre applicable à cha-

cune de ces régions du fœtus, nous pourrions nous dispenser de les subdiviser en plusieurs autres régions secondaires; mais cette subdivision nous paraissant indispensable pour assigner avec plus de précision les caractères qui distinguent les différentes parties d'une même région, nous la conserverons telle que l'ont admise la plupart des auteurs; seulement, quand il s'agira de la manœuvre, nous ne verrons plus dans les régions antérieure, postérieure et latérales du fœtus qu'une seule et même région qui, en se présentant au détroit supérieur du bassin, offre constamment à remplir l'une ou l'autre des deux indications suivantes :

Première indication. Si la mauvaise position de l'enfant est le seul obstacle à la terminaison naturelle de l'accouchement, toute la manœuvre doit se borner à replacer le fœtus convenablement, c'est-à-dire à ramener au centre du détroit supérieur du bassin celle de ses extrémités qui en est plus rapprochée.

Lorsque cette extrémité est à gauche du bassin, on se sert de la main droite, et *vice versâ*. On refoule toujours du côté de la mère qui correspond de nom à la main introduite dans les parties, et on incline le fond de l'utérus du côté opposé.

Une fois que l'enfant est replacé convenablement, la nature doit faire le reste de l'accouchement.

Deuxième indication. En même temps que l'enfant est mal placé, il peut survenir des accidens, tels que l'inertie de la matrice, une hémorrhagie, des convulsions, etc. Or, dans ces cas, on ne doit plus se borner à replacer le fœtus convenablement, il faut de toute nécessité terminer l'accouchement en allant chercher les pieds (1).

Il faut introduire dans les parties la main qui correspond de nom au côté du fœtus que l'on doit parcourir. Ce côté est le plus ordinairement en arrière dans les positions des ré-

(1) Si la tête se trouvait très-près du détroit supérieur, il serait probablement plus facile de la ramener au centre du bassin, pour appliquer ensuite le forceps.

gions postérieure et antérieure ; il est en bas quand les régions latérales se présentent. Une fois la main dans la matrice, on refoule du côté de la mère qui correspond de nom à la main introduite ; on pelotonne le fœtus sur sa face antérieure, et on parcourt ensuite tout le côté indiqué jusqu'à ce qu'on rencontre les pieds, que l'on dégage comme nous l'avons dit ailleurs (page 161).

RÉGION POSTÉRIEURE DU TRONC.

Elle comprend l'occiput, la nuque, le dos et les lombes.

Caractères qui distinguent chacune de ces parties.

Région occipitale. — On la reconnaît à la fontanelle postérieure, à la suture lambdoïde, à la saillie du tubercule occipital, et au voisinage de la partie postérieure du col.

La nuque est caractérisée par la saillie des apophyses épineuses des vertèbres cervicales ; par le peu de volume qu'offre le col relativement à la tête qui se trouve d'un côté, et aux épaules qui se trouvent de l'autre.

Le dos se reconnaît à la présence des omoplates, aux apophyses épineuses des vertèbres dorsales, aux côtes et aux espaces intercostaux.

Les lombes sont caractérisés par les apophyses épineuses des vertèbres lombaires, par le défaut de résistance qui existe de chaque côté du rachis, par la présence des dernières côtes supérieurement, et des os du bassin inférieurement.

Première position. *Rapports.* La tête répond à la cavité cotyloïde gauche, et le siége à la symphyse sacro-iliaque droite. Le dos est dirigé en bas, le ventre en haut, le côté droit en arrière et à gauche, et le côté gauche en avant et à droite.

Signes qui distinguent la position. — La seule direction qu'affecte la rangée des apophyses épineuses des vertèbres

suffit pour faire reconnaître cette première position, surtout si on a égard aux différens caractères que nous avons assignés à chacune des régions en particulier. Ainsi, dans cette position, on trouve en avant et à gauche les caractères propres aux parties supérieures du fœtus, et en arrière et à droite ceux qui appartiennent à ses parties inférieures. L'épine du dos se dirige obliquement dans le sens d'une ligne qui, partant de la cavité cotyloïde gauche, irait se rendre à la symphyse sacro-iliaque droite.

Première indication. Si la tête se trouve près du détroit supérieur, comme elle est à gauche du bassin on introduit la main droite ; on saisit la tête entre le pouce placé en avant et les doigts placés en arrière ; on refoule à droite de la mère, et on réunit ensuite les doigts sur le vertex pour l'entraîner dans le bassin, en même temps qu'avec la main gauche, placée sur le ventre de la femme, on incline le fond de l'utérus à gauche. La position se trouve réduite à une troisième du sommet de la tête, et la nature fait le reste.

Si, à son tour, le siége se trouve près du détroit supérieur, comme il est à droite du bassin, on introduit la main gauche pour le saisir entre le pouce placé en avant et les doigts placés en arrière ; on refoule à gauche et on entraîne les fesses au centre du bassin, en même temps qu'avec la main droite, placée sur le ventre de la femme, on reporte le fond de l'utérus à droite. La position se trouve alors réduite à une première des pieds que la nature seule termine.

Deuxième indication. Le côté droit du fœtus étant en arrière, on introduit la main droite jusque sur ce côté ; on refoule d'abord au-dessus des pubis, puis à droite de la femme, et on pelotonne l'enfant sur sa région antérieure, de manière à ramener ses pieds du côté gauche du bassin. Cela fait, on parcourt tout le côté droit du fœtus, et on arrive bientôt sur ses pieds, que l'on dégage comme nous l'avons dit, page 161. On ramène ensuite à la première des pieds, et on termine comme dans cette position.

Toutes les positions du côté gauche du bassin demandent absolument les mêmes manœuvres.

Deuxième position. *Rapports*. La tête est à la cavité cotyloïde droite, et le siége à la symphyse sacro-iliaque gauche.

Le dos regarde en bas, le ventre en haut, le côté droit en avant et à gauche, et le côté gauche en arrière et à droite.

Signes qui distinguent la position. La rangée des apophyses épineuses se dirige obliquement dans le sens d'une ligne qui, partant de la cavité cotyloïde droite, irait se rendre à la symphyse sacro-iliaque gauche; joignez à cette direction du rachis les signes que l'on peut tirer des caractères que nous avons assignés à la région postérieure du tronc.

Première indication. Si la tête se trouve près du détroit supérieur, comme elle est à droite du bassin, il faut introduire la main gauche, refouler à gauche et entraîner le vertex au centre du bassin, en même temps qu'avec la main droite on incline le fond de l'utérus à droite. La position se trouve ensuite réduite à une quatrième du sommet de la tête qui se termine naturellement.

Si le siége se trouve près du détroit supérieur, comme il est à gauche du bassin, il faut introduire la main droite, refouler à droite et entraîner les fesses au centre du bassin, en même temps qu'avec la main gauche on incline le fond de l'utérus à droite. La position se trouve ensuite réduite à une deuxième des pieds, que la nature termine.

Deuxième indication. Le côté gauche du fœtus étant en arrière, on introduit la main gauche; on refoule d'abord au dessus des pubis, puis à gauche de la mère, et on pelotonne l'enfant de manière à ramener ses extrémités abdominales du côté droit du bassin. On parcourt ensuite tout le côté gauche du fœtus jusqu'aux pieds que l'on dégage séparément, et on termine en deuxième des pieds.

Toutes les positions du côté gauche du bassin réclament les mêmes manœuvres.

Si la région postérieure du fœtus était placée directement d'avant en arrière, on se servirait indistinctement de l'une ou de l'autre main et on réduirait en une position latérale, en ayant soin de diriger en arrière le côté du tronc qui correspondrait de nom à la main introduite dans les parties. Cela fait, on se comporterait comme dans les positions latérales.

RÉGION ANTÉRIEURE DU TRONC.

Elle comprend la face proprement dite, le devant du cou, la poitrine et le ventre.

Caractères qui distinguent chacune de ces parties.

La face présente, sur la ligne moyenne, la petite suture coronale, le nez, la bouche, le menton; et, sur les côtés, les orbites et les pommettes. Tous ces caractères sont trop tranchés pour qu'on puisse méconnaître la face. Cependant, on pourrait commettre quelque erreur si les parties molles qui recouvrent les os avaient éprouvé un gonflement considérable.

Le devant du cou. Le voisinage du menton et de la partie supérieure de la poitrine, en même temps que l'étroitesse relative du cou, suffisent ordinairement pour faire reconnaître cette partie du fœtus.

La poitrine se reconnaît à la présence du sternum, des clavicules, des côtes, et des espaces intercostaux.

Le ventre est caractérisé par une tumeur molle, bornée d'un côté par les dernières côtes, de l'autre par les os du bassin. Le ventre offre dans son milieu l'insertion du cordon ombilical.

Première position. *Rapports.* La tête correspond à la cavité cotyloïde gauche et le siége à la symphyse sacro-iliaque droite.

Le ventre est dirigé en bas, le dos en haut, le côté gauche en arrière et à gauche, et le côté droit en avant et à droite.

Signes qui caractérisent la position. Le tronc est dirigé dans le sens d'une ligne qui, partant de la cavité cotyloïde gauche, irait se rendre à la symphyse sacro-iliaque droite. On trouve en avant les parties supérieures du tronc, et en arrière ses parties inférieures.

Première indication. Elle demande la même manœuvre que la position correspondante de la région postérieure.

Deuxième indication. Le côté gauche du fœtus se trouvant en arrière, on doit introduire la main gauche, refouler à gauche de la mère, et parcourir ensuite tout le côté pour aller chercher les pieds que l'on dégage séparément. On ramène ensuite à la deuxième position des pieds, et on termine comme dans cette position.

Toutes les positions du côté gauche du bassin demandent les mêmes manœuvres.

Deuxième position. *Rapports.* La tête répond à la cavité cotyloïde droite, et le siége à la symphyse sacro-iliaque gauche. Le ventre regarde en bas, le dos en haut, le côté gauche en avant et à gauche, et le côté droit en arrière et à droite.

Signes qui caractérisent la position. Le tronc est dirigé dans le sens d'une ligne qui, partant de la cavité cotyloïde droite, irait se rendre à la symphyse sacro-iliaque gauche. On trouve en avant les parties supérieures du fœtus, et en arrière ses parties inférieures.

Première indication. Même manœuvre que dans la position correspondante de la région postérieure.

Deuxième indication. Le côté droit du fœtus étant en arrière, on introduit la main droite ; on refoule à droite, et on parcourt tout le côté droit du fœtus pour aller chercher les

extrémités : on ramène ensuite à la première des pieds, et on termine comme dans cette position.

Toutes les positions du côté droit du bassin exigent les mêmes manœuvres, et doivent être terminées de la même manière.

Si la région antérieure du fœtus se trouvait placée directement d'avant en arrière, on devrait introduire l'une ou l'autre main, et réduire en une position latérale, en ayant soin de diriger en arrière le côté du tronc qui correspondrait de nom à la main introduite dans les parties : on se comporterait ensuite comme dans les positions latérales.

RÉGIONS LATÉRALES DU TRONC.

Elle comprend les côtés de la tête, ceux du cou, les deux épaules, les côtés de la poitrine et les flancs.

Caractères qui distinguent chacune de ces parties.

Le côté de la tête est principalement caractérisé par l'oreille, dont les différens rapports avec le bassin font connaître, non-seulement quel est le côté qui se présente, mais encore dans quelle position il se trouve placé. Ainsi, on sait que le lobule répond aux pieds, et la grande convexité de de l'hélix au dos.

Le côté du cou est reconnaissable moins par lui-même que par les parties qui l'avoisinent ; ainsi, la présence de l'oreille d'un côté, et celle de l'épaule de l'autre, ne permettent guère de méconnaître la région latérale du cou.

L'épaule se reconnaît à la saillie arrondie qu'elle forme, à la clavicule en avant, et à l'omoplate en arrière ; la présence du bras et du creux de l'aisselle aide encore le diagnostic.

Côté de la poitrine. Cette région est caractérisée par les côtes et les espaces intercostaux. En haut se trouve le creux de l'aisselle, et en bas le côté des parois abdominales; en avant le sternum; en arrière les apophyses épineuses des vertèbres.

Flanc. Cette région est reconnaissable à sa mollesse, à la présence des dernières côtes en haut, et de l'os des îles en bas.

Positions de la région latérale droite.

PREMIÈRE POSITION. *Rapports.* La tête répond à la cavité cotyloïde gauche, et le siége à la symphyse sacro-iliaque droite. Le côté droit regarde en bas, le gauche en haut, le dos en avant et à droite, et le ventre en arrière et à gauche.

Signes qui caractérisent la position. Le tronc est dirigé dans le sens d'une ligne qui, partant de la cavité cotyloïde gauche, irait se rendre à la symphyse sacro-iliaque droite. Les parties supérieures du tronc se rencontrent en avant, et les inférieures en arrière.

Première indication. Elle réclame absolument la même manœuvre que les positions correspondantes du dos et du ventre.

Deuxième indication. Le côté droit du fœtus étant en bas, il faut introduire la main droite, refouler à droite de la mère, et pelotonner le fœtus sur sa face antérieure, de manière à ramener ses extrémités abdominales du côté gauche du bassin. Cela fait, on parcourt tout le côté droit du fœtus, et on arrive bientôt sur les pieds, qu'on dégage l'un après l'autre. On ramène ensuite en première des pieds, et on termine comme dans cette position.

Toutes les positions du côté gauche du bassin demandent absolument les mêmes manœuvres.

DEUXIÈME POSITION. *Rapports.* La tête répond à la cavité cotyloïde droite, et le siége à la symphyse sacro-iliaque

gauche. Le côté droit regarde en bas, le côté gauche en haut, le dos en arrière et à droite, le ventre en avant et à gauche.

Signes qui caractérisent la position. Le tronc est dirigé dans le sens d'une ligne qui, partant de la cavité cotyloïde droite, irait se rendre à la symphyse sacro-iliaque gauche. Les parties supérieures du tronc se rencontrent en avant, et les inférieures en arrière.

Première indication. Elle doit être remplie d'après les mêmes règles que dans les positions correspondantes du dos et du ventre.

Deuxième indication. Le côté droit étant en bas, on introduit la main droite ; on refoule à droite, et on parcourt tout le côté droit du fœtus pour aller chercher les pieds. On ramène ensuite à la première, et on termine l'accouchement comme dans cette position.

Toutes les positions du côté droit réclament absolument les mêmes manœuvres.

Si la région latérale se trouvait placée directement d'avant en arrière, on introduirait encore la main droite, puisque c'est toujours le côté droit du fœtus qui est en bas, et on réduirait en une position latérale.

Positions de la région latérale gauche.

Ces positions sont les mêmes que celles de la région latérale droite, quant aux rapports principaux et à la manœuvre ; seulement, lorsqu'il s'agit de remplir la seconde indication, il faut de toute nécessité se servir de la main gauche, puisque le côté gauche que présente le fœtus est celui qu'il faut parcourir pour aller à la recherche des pieds.

DE L'ACCOUCHEMENT LORSQUE LE BRAS DE L'ENFANT SE PRÉSENTE ET SORT LE PREMIER.

Le bras de l'enfant peut sortir le premier dans les positions de la tête, du siége, des régions antérieure et postérieure ; mais le plus souvent sa présence, dans les parties, indique la présentation de l'une des régions latérales, et en particulier celle de l'une ou l'autre épaule : aussi ce que nous dirons de cette espèce d'accouchement s'applique-t-il spécialement à cette dernière présentation.

La connaissance des causes qui peuvent déterminer la sortie du bras nous paraît d'un bien faible intérêt dans la pratique ; aussi croyons-nous devoir passer outre, pour nous occuper de choses beaucoup plus importantes.

Les caractères qui distinguent la main sont trop tranchés pour qu'il soit besoin d'insister sur les signes qui peuvent empêcher de la confondre avec le pied.

De deux choses l'une : ou bien le bras engagé se trouve encore à l'entrée du col de la matrice, et, dans ce cas, il peut être encore possible de le repousser dans la cavité de l'organe ; ou bien il est déjà dans le vagin, ou hors des parties, et alors son refoulement ne peut plus être opéré.

Dans ce dernier cas, la première chose à faire est de s'assurer du côté auquel appartient l'extrémité ; et, pour cela, nous ne croyons pas qu'il soit bien utile de faire attention à la direction qu'affecte la main, relativement aux parties de la femme, cette direction ne pouvant, dans la plupart des cas, que donner une idée fort inexacte de la position du fœtus. Il existe un moyen de diagnostic bien plus simple, et qui ne trompe jamais ; ce moyen consiste à appliquer la paume de l'une de ses mains sur le dos de celle du fœtus, qu'on a eu soin d'attirer au dehors : de cette manière, en effet, il est impossible de ne pas distinguer à l'instant même la main droite de la main gauche.

Ce n'est pas tout, il faut encore s'assurer si le membre ap-

partient bien au côté du fœtus qu'on suppose se présenter à l'orifice de la matrice, car il serait à la rigueur possible qu'il appartînt à la région latérale qui se trouve en dessus. Pour arriver à cette connaissance, il suffit de longer le membre jusqu'à sa partie supérieure; alors rien n'est plus facile que de distinguer s'il s'articule avec le côté qui est en bas, ou s'il croise le tronc pour aller rejoindre le côté qui est en dessus.

Il importe encore de bien s'assurer de la position dans laquelle se trouve placé le côté qui se présente à l'entrée du bassin.

Toutes ces recherches étant terminées, comment s'y prendra-t-on pour opérer l'accouchement? Exercera-t-on sur le bras de fortes tractions comme pour faire franchir le fœtus en double? Mais il est facile de voir que cette manœuvre, toute contraire aux lois de la saine pratique, ne peut réussir dans aucun cas, si ce n'est dans les premiers mois de la vie intra-utérine. Cherchera-t-on à faire rentrer le bras dans la matrice, en plaçant de la glace dans la main du fœtus, en la pinçant, ou bien encore en appliquant dans le creux de l'aisselle la fameuse béquille de Burton? Pratiquera-t-on des scarifications plus ou moins profondes pour diminuer le volume des parties? Amputera-t-on le membre, ou bien l'arrachera-t-on, comme on l'a fait encore tout récemment? Non, sans doute, puisqu'il est aujourd'hui bien reconnu que la présence du bras dans le vagin n'est point un obstacle aux différentes manœuvres que réclame la position du fœtus: l'ignorance seule a donc pu enfanter les divers procédés dont il vient d'être question.

Lorsqu'un des membres thoraciques se présente le premier, il peut être accompagné de la tête ou du siége du fœtus; ou bien, et c'est ce qui arrive le plus souvent, l'enfant est placé en travers par l'une ou l'autre de ses régions latérales.

Dans le premier cas, si l'accouchement marche bien, il n'y a ordinairement rien à faire. Cependant, si on était appelé de bonne heure auprès de la femme, on pour-

rait essayer de refouler le bras dans la matrice, en ayant soin de le soutenir, jusqu'à ce que la partie que présente le fœtus soit engagée dans l'intérieur du bassin.

Dans le cas où, le refoulement n'ayant pu être opéré, la présence du bras dans les parties viendrait à gêner l'accouchement, on devrait essayer de le placer dans un des points du bassin qui offrent le plus de largeur; ou bien encore on aurait recours, selon le cas, à la version ou à l'application du forceps.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque l'enfant présente une de ses régions latérales, il faut d'abord fixer le bras au moyen d'un lacs placé autour du poignet, et se comporter ensuite, pour le dégagement du tronc, absolument de même que si le membre était encore dans la matrice. Seulement, à mesure que le tronc sort, il faut avoir soin d'exercer quelques tractions sur le bras, afin de le tenir toujours appliqué au corps, et de le dégager en même temps que ce dernier.

RÉSUMÉ DES MANOEUVRES APPLICABLES AUX POSITIONS DU TRONC.

Toutes les positions du tronc, quelle que soit la région qui se présente à l'orifice de la matrice, offrent à remplir l'une ou l'autre des deux indications suivantes :

1°. Ramener au centre du détroit supérieur l'extrémité du fœtus qui en est le plus rapprochée.

2°. Parcourir l'une des régions latérales du fœtus pour aller à la recherche des pieds.

Les règles pour remplir la première indication sont toujours les mêmes, quelle que soit encore la région que présente le fœtus : ainsi, toutes les fois que l'extrémité qui se trouve plus rapprochée du détroit supérieur est à gauche de la mère, il faut toujours la ramener au centre avec la main droite, et

vice versâ. Une fois la version opérée, on abandonne l'accouchement à la nature, à moins qu'il ne survienne des accidens. Si le fœtus était placé en position directe, on introduirait l'une ou l'autre main, et on convertirait en une position latérale.

Pour remplir la seconde indication, il faut toujours introduire la main qui correspond de nom à celle des régions latérales du fœtus qu'on doit parcourir. Dans les présentations du dos et du ventre, cette région se trouve dirigée en arrière de la mère; elle est directement en bas dans les positions des côtés.

DE L'ACCOUCHEMENT MANUEL QUAND IL Y A PLUSIEURS ENFANS DANS LA MATRICE.

Qu'il y ait deux, trois ou quatre enfans dans la matrice, leur extraction doit toujours être faite d'après les règles indiquées précédemment.

I. Si les deux enfans présentent les pieds, on doit commencer de préférence par extraire celui dont les talons correspondent à la main introduite dans les parties; et, pour saisir avec assurance les deux pieds du même enfant, il convient d'étendre les doigts jusque vers les hanches.

II. Si les deux enfans présentent la tête, on doit, de préférence, retourner d'abord celui dont le côté, dirigé en arrière, correspond de nom à la main introduite dans les parties. On repousserait bien entendu la tête du second enfant, si elle venait à s'engager au détroit supérieur.

III. Si l'un des enfans présente la tête et l'autre les pieds, on doit commencer par ce dernier, à moins, comme le dit M. le docteur Capuron, que la tête du premier enfant, déjà profondément engagée, ne réclame l'application du forceps.

IV. Si les deux enfans sont placés en travers du détroit

supérieur, et dans le même sens, il faut commencer par extraire celui dont les pieds sont les plus faciles à saisir.

Si l'un avait la tête à droite et l'autre la tête à gauche, on commencerait de préférence par celui dont les pieds seraient à gauche du bassin, si on avait introduit la main droite, et *vice versâ*.

ARTICLE II.

DES ACCOUCHEMENS QUI RÉCLAMENT L'EMPLOI DES INSTRUMENS MOUSSES.

La main seule ne suffit pas toujours pour terminer les accouchemens contre nature, et bien souvent on est obligé d'avoir recours à l'usage des instrumens mousses.

Ceux de ces instrumens qu'on emploie le plus ordinairement aujourd'hui, sont : *le forceps*, *les crochets*, *et le levier*.

DU FORCEPS.

Le forceps est une espèce de pince, au moyen de laquelle on saisit la tête du fœtus, dans des parties de la mère, pour l'entraîner au dehors.

L'origine du forceps est peu connue ; cependant quelques accoucheurs en attribuent la découverte à Chamberlayne en Angleterre, d'autres à Palfin en France.

Depuis son origine jusqu'à nos jours, le forceps a subi de nombreuses modifications qui l'ont rendu de plus en plus utile ; mais la connaissance de toutes ces modifications importantes par elles-mêmes n'étant point indispensable au praticien, nous nous bornerons à faire connaître l'instrument tel qu'il est aujourd'hui, et tel que nous le préférons,

sans avoir égard aux différentes nuances de formes apportées dans sa confection par quelques auteurs modernes.

Le forceps est composé de deux branches réunies entre elles au moyen d'une articulation.

Chacune de ces branches présente trois parties bien distinctes, savoir : les deux extrémités et la partie moyenne.

L'extrémité qui est destinée à saisir la tête, et qu'on nomme *cuillère*, offre deux courbures, l'une sur le bord, l'autre sur le plat. Ces deux courbures sont disposées de manière à s'accommoder tout à la fois à la forme du bassin de la mère, et à celle de la tête de l'enfant. Cette partie du forceps est fenêtrée, et constituée par deux petites branches qu'on nomme jumelles, l'une antérieure, et l'autre postérieure.

La seconde extrémité de la branche forme le manche de l'instrument. Elle se termine par un crochet mousse qui renferme, d'un côté, un perce-crâne, et, de l'autre, un crochet pointu.

La partie moyenne sert à l'articulation ; l'une des branches présente un pivot mobile en tous sens, l'autre une ouverture allongée qu'on nomme mortaise. Cette ouverture est destinée à recevoir le pivot qui, par la direction transversale qu'on lui donne ensuite, sert à fixer les deux branches l'une contre l'autre.

Nous appellerons *branche gauche* celle qui offre le pivot, et *branche droite* celle qui présente la mortaise.

La tête du fœtus est la seule partie sur laquelle le forceps puisse être appliqué. Smellie pensait qu'on pouvait aussi s'en servir sur le siége, mais c'est à tort ; car les os du bassin pourraient ne pas résister à l'instrument, et d'ailleurs on s'exposerait à blesser, d'une manière plus ou moins grave, les organes contenus dans le ventre du fœtus.

Le forceps peut être appliqué sur la tête, lorsqu'elle se présente la première, et aussi lorsqu'elle ne vient qu'en dernier lieu.

Le forceps, pour être convenablement placé, doit saisir la tête sur ses régions latérales, et dans le sens de son diamètre occipito-mentonnier. De cette manière, en effet, le plus grand diamètre se présente toujours par l'une de ses extrémités, et l'extraction du fœtus est moins pénible.

Le forceps est applicable au détroit supérieur et au détroit inférieur du bassin.

Les causes qui rendent ordinairement l'application du forceps indispensable, sont : une disproportion plus ou moins grande entre la tête du fœtus et le bassin de la mère, et certains accidens qui obligent à terminer l'accouchement, comme l'hémorrhagie, les convulsions, etc.

Lorsque la tête est encore au détroit supérieur, on peut choisir entre la version et le forceps ; mais nous croyons ce dernier préférable. En effet, on ne pourrait comparer ce qui se passe, lorsqu'on extrait l'enfant dans la position qu'il affecte, et lorsqu'on le retourne pour l'extraire ensuite par les pieds : dans cette dernière manœuvre, la matrice est toujours plus ou moins fatiguée, et les jours de l'enfant sont souvent mis en danger.

Lorsque la tête est engagée dans l'excavation, l'emploi du forceps est tout-à-fait indispensable.

P. 21

Règles générales pour l'application du forceps.

1°. Toutes les fois que la tête du fœtus est placée dans une position directe (1), il faut introduire, en premier lieu, la branche gauche de la main gauche, et ensuite la branche droite de la main droite.

2°. Toutes les fois que la tête est placée diagonalement, on

(1) Nous appellerons constamment directes, les positions dans lesquelles le diamètre occipito-frontal de la tête est placé dans le sens du diamètre antéro-postérieur du bassin.

a égard à l'extrémité de son diamètre antéro-postérieur qui se trouve en avant. Ainsi, quand l'occiput ou le front répond à la cavité cotyloïde gauche, on introduit en premier lieu la branche droite de la main droite, et ensuite la branche gauche aussi de la main droite, car, dans toutes les diagonales, il convient de placer les deux branches de la même main.

Quant, au contraire, l'occiput ou le front répond à la cavité cotyloïde droite, on introduit en premier lieu la branche gauche de la main gauche, et en second lieu la branche droite aussi de la main gauche.

Si la tête était placée en travers, on se comporterait comme si l'occiput correspondait à la cavité cotyloïde près de laquelle il se trouve placé.

3°. Les cuillères du forceps doivent toujours être dirigées de manière que la courbure sur le plat corresponde par sa convexité aux parois du bassin, et par sa concavité à la tête du fœtus.

4°. La nouvelle courbure (*celle que présente le bord des cuillères*) doit correspondre par sa concavité au pubis, et par sa convexité au sacrum.

5°. L'une des mains de l'accoucheur doit servir de guide aux branches, et être primitivement dirigée en arrière du côté de l'une ou de l'autre symphyse sacro-iliaque; il convient d'ailleurs de la placer, savoir: entre la matrice et la tête, lorsque celle-ci est encore renfermée dans l'intérieur de l'organe, et entre le vagin et la tête, lorsque celle-ci a franchi le col utérin; de cette manière on évite sûrement de blesser la matrice ou le vagin.

6°. Chaque branche du forceps doit être tenue, non comme une plume à écrire, car, de cette manière, on la tiendrait peu solidement, mais bien à pleine main, le pouce allongé sur le côté externe de l'articulation.

7°. Le forceps doit être chauffé en hiver, et toujours enduit d'un corps gras qui en facilite l'introduction.

8°. La malade doit être placée de la même manière que pour l'accouchement manuel.

9°. L'accoucheur, pour introduire les branches, doit être placé entre les cuisses de la malade ; il dirige toujours primitivement la cuillère un peu en arrière de la tête, et ce n'est que secondairement qu'il la ramène sur la région latérale, au moyen de la main introduite à l'avance dans les parties. Pour ramener ainsi la branche à la place qu'elle doit occuper, il glisse l'indicateur derrière la jumelle antérieure, le médius derrière la postérieure, et le pouce en dessous de cette dernière.

10°. Une fois l'instrument appliqué, l'accoucheur se place à droite ou à gauche du manche dans les positions directes, et constamment derrière lui dans les positions diagonales.

11°. Les mains qui saisissent le forceps, lorsqu'il est appliqué, doivent être placées différemment au détroit inférieur et au détroit supérieur.

Au détroit inférieur, la main qui tient le manche doit être placée en dessous, et celle qui tient les cuillères en dessus.

Au détroit supérieur, c'est le contraire ; et de plus, l'indicateur de la main, qui se trouve près des parties génitales, doit être porté jusque sur la tête, pour reconnaître si elle suit les mouvemens qu'on cherche à lui imprimer avec l'instrument.

Positions du sommet de la tête au détroit inférieur.

Pour indiquer avec précision comment le forceps doit être appliqué dans tous les cas possibles, nous sommes obligés d'admettre au moins six positions, savoir : deux directes et quatre diagonales.

Première directe. *Rapports.* L'occiput répond au pubis et le front au sacrum.

Manœuvre. L'accoucheur saisit la branche gauche de la main gauche, incline son manche vers l'aine droite de la femme, et fait ensuite glisser la cuillère sur la main droite qui la dirige sur le côté de la tête qui répond à gauche du bassin ;

une fois que la branche commence à pénétrer dans les parties, la main qui lui sert de guide doit la soutenir avec le pouce appliqué au-dessous de la jumelle postérieure.

Pour être bien placée, cette branche doit être parallèle à l'axe du détroit inférieur, et son pivot correspondre au centre de la vulve.

Un aide est chargé de maintenir solidement cette première branche; il doit prendre garde d'en changer la position (1).

L'accoucheur saisit ensuite la branche droite de la main droite, incline son manche vers l'aine gauche de la femme, et la fait glisser sur le côté de la tête qui répond à droite du bassin, en la dirigeant avec la main gauche placée à l'avance dans les parties.

Cela fait, il articule l'instrument, et se place ensuite à sa droite ou à sa gauche. Saisissant alors le forceps, comme il a été dit page 186, il imprime à la tête des mouvemens latéraux et en baissant d'abord, afin de dégager l'occiput de dessous le pubis, puis en levant, afin de suivre la direction de l'axe du détroit inférieur.

Il faut avoir soin de repousser de temps en temps la tête dans le bassin, pour ne pas dilater les parties trop brusquement. Lorsque le périnée est fortement distendu, on le soutient avec la main qui se trouve près des parties, tandis qu'avec l'autre on renverse le forceps sur le ventre de la mère.

Lorsque la tête est dégagée, on appuie le manche de l'instrument sur sa poitrine, et après avoir désarticulé les branches, on les retire avec précaution l'une après l'autre. On peut encore retirer l'instrument en écartant légèrement ses branches sans les désarticuler.

Si, la tête étant au dehors, le tronc ne se dégageait pas na-

(1) Pour être sûr d'être toujours maître de la branche, c'est par le crochet qu'il faut la saisir, et non par le milieu du manche comme le font presque toujours les aides.

turellement, on saisirait l'enfant par les deux épaules, et on l'extrairait en lui faisant suivre l'axe du détroit inférieur.

Dans le cas où les doigts ne suffiraient pas, on aurait recours à l'application d'un crochet dans le pli de l'aisselle qui est en arrière.

Deuxième directe. *Rapports.* L'occiput répond à la courbure du sacrum, et le front à la symphyse des pubis.

Manœuvre : absolument la même que dans la position précédente, à cela près que le manche de l'instrument doit être tenu moins élevé, afin que les cuillères se trouvent placées dans le sens du diamètre occipito-mentonnier.

L'extraction de la tête s'opère aussi d'après les mêmes règles que dans la première directe ; seulement la face étant en dessus, il faut, après avoir fait sortir l'occiput en imprimant à la tête des mouvemens latéraux et en levant, passer en dessus la main qui tient le manche du forceps, et abaisser fortement l'instrument, afin de dégager convenablement la face de dessous les pubis.

Ici, il n'est pas besoin de désarticuler le forceps pour le retirer ; il suffit de relâcher légèrement ses branches pour qu'il abandonne la tête du fœtus.

Première diagonale. *Rapports.* L'occiput répond à la cavité cotyloïde gauche, et le front à la symphyse sacro-iliaque droite.

Manœuvre. L'occiput répondant à la cavité cotyloïde gauche, l'accoucheur saisit la branche droite de la main droite, et après en avoir incliné le manche vers l'aine gauche, il la fait glisser, à l'aide de la main gauche placée dans les parties, sur le côté de la tête qui se trouve dirigé en devant. Le pouce doit être placé sous la jumelle postérieure, aussitôt que la branche commence à pénétrer. Cette première branche étant solidement tenue par un aide, l'accoucheur, sans retirer sa main gauche du vagin, la reporte en arrière. Saisissant ensuite la branche gauche de la main droite, il la fait

glisser sous la branche introduite en premier lieu, et la conduit à l'aide de la main gauche sur le côté de la tête qui regarde en arrière.

Les deux branches étant placées, l'accoucheur retire la main des parties, et s'occupe de l'articulation de l'instrument, derrière lequel il se place. Saisissant alors le forceps d'après les règles établies, il imprime à la tête son mouvement de rotation; et, une fois l'occiput ramené sous le pubis, il se comporte absolument de même que dans la première directe.

Deuxième diagonale. *Rapports*. L'occiput répond à la cavité cotyloïde droite, et le front à la symphyse sacro-iliaque gauche.

Manœuvre. L'occiput répondant à la cavité cotyloïde droite, l'accoucheur saisit la branche gauche de la main gauche, et après en avoir incliné le manche vers l'aine droite, il la fait glisser, à l'aide de la main droite placée dans les parties, sur le côté de la tête qui est en avant, ayant soin de placer le pouce sous la jumelle postérieure aussitôt que la branche commence à pénétrer. Cette première branche étant maintenue par un aide, l'accoucheur, sans retirer la main droite du vagin, la reporte en arrière. Saisissant alors la branche droite de la main gauche, il la fait glisser au-devant de celle qui a été placée en premier lieu, et la conduit, à l'aide de la main laissée dans les parties, sur le côté de la tête qui est dirigé en arrière.

Les deux branches étant appliquées, l'accoucheur retire sa main des parties, articule l'instrument, et se place derrière lui. Il imprime à la tête son mouvement de rotation, et se comporte ensuite comme dans la première directe.

Troisième diagonale. *Rapports*. L'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque droite, et le front à la cavité cotyloïde gauche.

Manœuvre. Le front répondant à la cavité cotyloïde gauche, l'application du forceps devra être faite d'après les mêmes règles que dans la première diagonale ; seulement la face étant en dessus, le manche de l'instrument devra être tenu moins élevé que dans les positions précédentes, afin que la tête soit saisie selon sa longueur.

L'instrument étant appliqué, l'accoucheur se placera derrière lui, imprimera à la tête son mouvement de rotation ; et, après avoir ainsi ramené l'occiput dans la courbure du sacrum et la face sous l'arcade des pubis, il se comportera comme dans la deuxième directe.

Quatrième diagonale. *Rapports.* L'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque gauche, et le front à la cavité cotyloïde droite.

Manœuvre. Le front répondant à la cavité cotyloïde droite, l'application du forceps devra être faite d'après les mêmes règles que dans la deuxième diagonale ; seulement le manche de l'instrument devra être tenu moins élevé. L'accoucheur, placé derrière le forceps, imprimera à la tête son mouvement de rotation, et terminera ensuite comme dans la deuxième directe.

Si l'occiput répondait directement à gauche du bassin, on se comporterait de même que dans la première diagonale ; et, s'il répondait directement à droite, on se comporterait comme dans la deuxième.

Positions du sommet de la tête au détroit supérieur du bassin.

La tête peut affecter, au détroit supérieur, les mêmes positions qu'au détroit inférieur.

Les rapports du fœtus sont les mêmes, à cela près que la tête est moins engagée.

L'application du forceps doit être faite absolument de la même manière ; seulement, la main de l'accoucheur et les

branches du forceps doivent pénétrer jusque dans la matrice.

Première directe. Une fois le forceps appliqué, l'accoucheur le saisit comme il a été dit pour le détroit supérieur; et, selon qu'il se place à gauche ou à droite, il réduit en première ou en deuxième diagonale du détroit supérieur. Pour opérer cette conversion, il est souvent utile de refouler un peu au-dessus du détroit supérieur. Une fois la tête placée en diagonale, on l'entraîne dans l'excavation en lui faisant suivre l'axe du détroit supérieur, et en inclinant le manche de l'instrument du côté de la cuisse correspondante. La position se trouve alors ramenée à une diagonale du détroit inférieur. On replace les mains comme à ce détroit, on imprime à la tête son mouvement de rotation, et on se comporte ensuite comme dans la première directe du détroit inférieur.

Deuxième directe. Une fois l'instrument appliqué, on se place à sa gauche ou à sa droite; on refoule un peu au-dessus du détroit supérieur, et on convertit en troisième ou en quatrième diagonale. On attire ensuite la tête dans l'excavation, et on se comporte, pour le reste, comme au détroit inférieur.

Positions diagonales. Elles ne diffèrent de celles du détroit inférieur, pour la manœuvre, qu'en ce qu'il faut d'abord engager la tête dans l'excavation du bassin.

Si la tête était placée en travers, on se comporterait comme il a été dit pour le détroit inférieur.

DE L'ENCLAVEMENT.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce que l'on doit entendre par enclavement : selon les uns, il suffit que la tête soit arrêtée d'une manière quelconque dans le bassin pour qu'il y ait enclavement ; selon d'autres, il faut que l'obstacle ne puisse en aucune manière être surmonté par les efforts de la matrice, mais ils admettent que la tête peut être refoulée au-dessus de l'obstacle ou de l'enclavement ; enfin, selon d'autres, il faut que la tête soit arrêtée de telle manière qu'elle ne puisse ni avancer ni reculer. Nous croyons, nous, que la tête n'est véritablement enclavée que dans ce dernier cas ; car, autrement, on pourrait dire qu'il y a enclavement toutes les fois que la tête est trop volumineuse pour franchir la filière du bassin.

L'enclavement suppose toujours un vice de conformation du côté de la mère ou du côté de l'enfant ; mais ce vice ne doit pas être porté trop loin, sans quoi l'enclavement ne pourrait plus avoir lieu. Il faut encore, pour que la tête s'enclave, qu'elle soit poussée par d'énergiques contractions.

L'enclavement peut avoir lieu au détroit supérieur, dans l'excavation, et même au détroit inférieur.

La tête peut être enclavée dans le sens de ses diamètres antéro-postérieur et bi-pariétal.

Les auteurs ont indiqué un grand nombre de signes pour caractériser l'enclavement de la tête. Ils sont pour la plupart tirés de l'état dans lequel se trouvent les parties de la mère et celles de l'enfant ; mais ces signes ne sont rien moins que certains, puisqu'ils peuvent se rencontrer dans beaucoup d'autres circonstances. Un seul signe peut caractériser l'enclavement, c'est l'immobilité de la tête, malgré les contractions utérines et les efforts de l'accoucheur.

L'enclavement est un accident très-grave et qui peut com-

promettre tout à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant. La compression très-forte et long-temps continuée qu'éprouvent les organes de la femme est souvent suivie d'inflammation et de gangrène, d'où ces fistules qui établissent une communication entre les différentes cavités que contient le bassin (*fistules uréthro-vaginale, vésico-vaginale, recto-vaginale*), et font des femmes un objet de dégoût et de pitié.

D'un autre côté, la pression supportée par la tête du fœtus peut aussi donner lieu à des désordres plus ou moins étendus du côté du cuir chevelu ou des os ; mais ce qui est surtout à craindre, c'est l'engorgement et la compression de la pulpe cérébrale.

On ne saurait donc, en pareil cas, mettre trop d'empressement à déliver les femmes, et tout retard serait d'autant plus blâmable que, selon nous, il ne saurait y avoir d'inconvénient à agir de bonne heure, pourvu, toutefois, qu'on ne négligeât aucune des précautions indiquées par l'art.

Mais comment s'y prendra-t-on pour terminer l'accouchement? On ne tentera pas la version, puisque la tête est enclavée et que son refoulement est impossible ; il faudra donc, de toute nécessité, si l'enfant est vivant, se servir du forceps, ou pratiquer la symphyséotomie, et, dans le cas ou il serait mort, avoir recours à la perforation du crâne pour terminer ensuite à l'aide des crochets. Nous ne nous occuperons ici que de ce qui a rapport au forceps.

Enclavement de la tête selon sa longueur.

Dans cette espèce d'enclavement l'occiput répond directement au pubis ou au sacrum.

Manœuvre. Dans les deux cas, le forceps doit être appliqué d'après les règles établies pour les positions directes.

Une fois l'instrument placé, on essaye de refouler la tête en lui imprimant des mouvemens latéraux ; et, si on par-

vient à la dégager, on la replace en une diagonale pour se comporter ensuite comme dans cette position. Mais si, comme on doit le supposer puisqu'il y a enclavement, toute espèce de refoulement était impossible, il faudrait bien essayer d'extraire la tête dans la position qu'elle affecte, et ce n'est que dans le cas où on ne réussirait pas, qu'on devrait en venir à des opérations plus sérieuses. Toutefois, si on avait reconnu la mort de l'enfant, on devrait pratiquer de suite la céphalotomie.

Enclavement de la tête selon son épaisseur.

La tête du fœtus peut ici, comme dans le cas précédent, être enclavée dans deux positions différentes.

Dans la première, l'occiput regarde directement le côté gauche du bassin, et dans la seconde il regarde le côté droit.

Manœuvre. 1°. Si l'enfant est mort, il est préférable de lui ouvrir le crâne, afin d'en diminuer le volume et de terminer ensuite au moyen des crochets.

2°. Si l'enfant est vivant, il faut essayer de l'extraire à l'aide du forceps.

Mais comment procédera-t-on à l'application des branches ?

M. Capuron, bien convaincu qu'on peut toujours déplacer la tête, rejette l'application du forceps sur la face et l'occiput, et conseille, dans tous les cas, de refouler et d'appliquer ensuite les branches sur les régions latérales. Il pense que l'instrument ajoute fort peu à l'épaisseur de la tête, qui d'ailleurs éprouve une réduction suffisante pour qu'il soit possible de l'entraîner dans l'excavation du bassin.

Si on parvenait à refouler la tête au-dessus du détroit supérieur, nous pensons, comme M. Capuron, qu'on devrait appliquer les branches du forceps sur les régions latérales, en ayant égard, pour leur introduction, aux rapports du fœ-

tus avec le bassin. Si l'occiput regardait à gauche, on introduirait les branches de la même manière que dans la première diagonale ; et, s'il regardait à droite, on se comporterait comme dans la seconde.

Mais, s'il arrivait qu'il fût impossible de refouler la tête au-dessus du détroit supérieur, nous pensons, avec le professeur Baudelocque, qu'on devrait placer l'une des branches du forceps sur la face et l'autre sur l'occiput.

On suivrait d'ailleurs pour l'application de l'instrument les règles prescrites pour les positions directes. On attirerait la tête dans l'excavation du bassin, en suivant l'axe du détroit supérieur, et on lui imprimerait ensuite son mouvement de rotation, sans changer la position du forceps. De cette manière, on épargnerait aux femmes beaucoup de douleur, on terminerait en moins de temps, et on réussirait tout aussi bien que si on avait retiré les branches pour les appliquer sur les régions latérales.

POSITIONS DE LA FACE.

Nous sommes loin de partager l'opinion de ceux qui pensent que l'accouchement par la face peut se terminer naturellement dans tous les cas. Nous croyons, au contraire, que le plus souvent les secours de l'art sont indispensables, et en cela nous sommes d'accord avec l'expérience.

L'accouchement par la face peut se terminer seul, lorsque le bassin de la mère est large, la tête du fœtus petite, et le front tourné en arrière. Dans ces positions, en effet, le menton se trouvant dirigé en avant s'engage facilement sous l'arcade des pubis, ce qui favorise singulièrement la sortie du reste de la tête.

Mais, toutes les fois que le front du fœtus est dirigé en avant et que la tête, ainsi que le bassin de la mère ont leurs dimensions accoutumées, l'accouchement est certainement impossible par les seules forces de la nature.

Alors deux modes de terminaison peuvent être mis en usage, savoir : *la version* et le *redressement de la tête.*

La version demande absolument la même manœuvre que dans les positions du sommet : aussi nous abstiendrons-nous de revenir ici sur les règles que nous avons établies à l'occasion de ces positions.

Quant au redressement de la tête, il peut être opéré de diverses manières, savoir : 1° à l'aide de la main seule, en portant les doigts réunis jusque sur l'occiput, 2° à l'aide du forceps, 3° à l'aide du levier. Nous ne nous occuperons ici que de ce qui a rapport au forceps.

La face peut, de même que le sommet de la tête, affecter six positions principales au détroit inférieur et au détroit supérieur du bassin, savoir : deux directes et quatre diagonales.

Positions du détroit inférieur.

Lorsqu'une fois la face est profondément engagée dans l'excavation du bassin, il est, le plus souvent, impossible de la refouler pour opérer la version, et presque toujours il faut extraire l'enfant par l'extrémité qu'il présente.

Première directe. Le front répond à la symphyse des pubis et le menton à la courbure du sacrum.

Manœuvre. On introduit les branches en observant les mêmes règles que pour les positions directes ; seulement, ici, la tête ne peut être d'abord saisie que par son diamètre occipito-frontal.

Une fois le forceps appliqué, on saisit son manche d'une main pour abaisser l'occiput, en même temps qu'avec l'autre main, placée en dessous des cuillers, on refoule la face dans l'intérieur du bassin. Lorsqu'on est parvenu à redresser la tête, on écarte les branches, sans désarticuler, et on les fait passer dans le sens du diamètre occipito-mentonnier, en relevant le manche avec précaution. On termine ensuite comme dans la première directe du sommet.

DEUXIÈME DIRECTE. Le front répond à la courbure du sacrum et le menton à la symphyse des pubis.

Manœuvre. La même que dans la position précédente; seulement, comme on peut de suite saisir la tête dans le sens de son diamètre occipito-mentonnier, en maintenant le manche de l'instrument fort élevé, il est tout-à-fait inutile de chercher à ramener l'occiput, puisque le menton peut être dégagé le premier.

L'accoucheur se place donc à droite ou à gauche du forceps, en disposant ses mains comme il a été dit pour le détroit inférieur. Imprimant ensuite à la tête des mouvemens latéraux, il abaisse d'abord le manche de l'instrument pour faire sortir le menton de dessous le pubis, après quoi il le renverse sur le ventre de la femme, pour dégager l'occiput qui se trouve en arrière.

PREMIÈRE DIAGONALE. Le front regarde la cavité cotyloïde gauche, et le menton la symphyse sacro-iliaque droite.

DEUXIÈME DIAGONALE. Le front regarde la cavité cotyloïde droite, et le menton la symphyse sacro-iliaque gauche.

TROISIÈME DIAGONALE. Le front regarde la symphyse sacro-iliaque droite, et le menton la cavité cotyloïde gauche.

QUATRIÈME DIAGONALE. Le front est dirigé vers la symphyse sacro-iliaque gauche, et le menton vers la cavité cotyloïde droite.

Manœuvre. Dans ces quatre positions diagonales on applique le forceps d'après les mêmes règles que dans les positions correspondantes du sommet; seulement, ici comme dans la première directe, la tête ne peut d'abord être saisie que par son diamètre occipito-frontal.

Une fois le forceps appliqué, on convertit en directe, par un mouvement de rotation imprimé à l'instrument, après quoi on termine comme il a été dit plus haut.

Si le front regardait directement à gauche ou à droite

du bassin, on se comporterait comme dans la première ou dans la seconde diagonale.

Positions du détroit supérieur.

Mêmes rapports qu'au détroit inférieur, si ce n'est que le fœtus est moins engagé.

Ici, on est presque toujours maître de refouler la tête et d'opérer la version de l'enfant; cependant, lorsque la matrice est fortement revenue sur elle-même, il est préférable de recourir au forceps.

Les règles pour l'application de l'instrument sont les mêmes qu'au détroit inférieur, à cela près que la main de l'accoucheur et les branches doivent être introduites plus profondément.

Une fois l'instrument appliqué, on se comporte de la manière suivante :

1°. *Dans les positions directes*, on refoule d'abord au-dessus du détroit supérieur, afin de rendre la tête plus libre; on convertit ensuite en diagonale (1) et on attire la tête dans l'excavation, en ayant soin, dans la première seulement, de repousser la face en haut et en arrière, afin de rapprocher, autant que possible, l'occiput du centre du bassin.

Une fois la tête dans l'excavation, on se comporte comme il a été dit pour le détroit inférieur.

2°. *Dans les positions diagonales*, on n'a que faire de refouler la tête, on l'attire de suite dans l'excavation.

APPLICATION DU FORCEPS SUR LA TÊTE, LE TRONC ÉTANT AU DEHORS.

La tête, après la sortie du tronc, peut être arrêtée, au détroit

(1) Cette conversion a pour but de replacer le plus grand diamètre de la tête en rapport avec le plus grand diamètre du bassin.

supérieur ou au détroit inférieur du bassin, par un obstacle que les efforts de la main seule ne puissent pas surmonter. D'ailleurs, on pourrait compromettre gravement la vie du fœtus si on exerçait sur lui de trop fortes tractions.

Sans doute, l'obstacle qui arrête la tête peut être de nature à résister au forceps, mais toujours est-il sage de tenter son application avant d'en venir à des opérations plus graves.

La tête peut affecter ici les mêmes positions que lorsqu'elle se présente par son sommet; aussi, l'application du forceps est-elle absolument la même.

Positions du détroit inférieur.

Première directe. L'occiput répond à l'arcade des pubis, et la face à la courbure du sacrum.

Manœuvre. Un aide étant chargé de soutenir le fœtus avec ses deux mains, l'accoucheur introduit les branches du forceps au-dessous du tronc, afin de saisir la tête dans le sens de sa longueur; il imprime à cette dernière des mouvemens latéraux, et termine le dégagement du fœtus en renversant le manche du forceps sur le ventre de la mère. Dans ce dernier temps du travail, le périnée doit être solidement soutenu.

Deuxième directe. L'occiput est dans la courbure du sacrum, et le front sous l'arcade des pubis.

Manœuvre. Dans cette position il faut appliquer le forceps au-dessus du fœtus, afin de saisir la tête dans son diamètre occipito-mentonnier.

Un aide est chargé de soutenir le tronc et de le renverser du côté du périnée.

Lorsque l'instrument est appliqué, l'accoucheur soutient

d'une main la commissure postérieure, et abaisse de l'autre le manche du forceps, pour dégager la face de dessous les pubis.

PREMIÈRE DIAGONALE. L'occiput répond à la cavité cotyloïde gauche, et le front à la symphyse sacro-iliaque droite.

Manœuvre. On applique les branches du forceps au-dessous du fœtus qu'un aide maintient relevé. On ramène ensuite la tête en première directe, et on termine comme dans cette position.

DEUXIÈME DIAGONALE. L'occiput regarde la cavité cotyloïde droite, et le front la symphyse sacro-iliaque gauche.

Manœuvre. Ici, comme dans la position précédente, on introduit les branches au-dessous du fœtus, et on convertit en première directe.

TROISIÈME DIAGONALE. L'occiput regarde la symphyse sacro-iliaque droite, et le front la cavité cotyloïde gauche.

Manœuvre. Dans cette position il faut introduire les branches au-dessus du fœtus, afin de saisir la tête dans le sens de sa longueur. On imprime ensuite le mouvement de rotation, qui ramène la face sous le pubis et l'occiput dans la courbure du sacrum; après quoi on termine comme en deuxième directe.

QUATRIÈME DIAGONALE. L'occiput regarde la symphyse sacro-iliaque gauche, et le front la cavité cotyloïde droite.

Manœuvre. On doit ici, comme dans la position précédente, appliquer le forceps au-dessus du fœtus, faire éprouver à la tête son mouvement de rotation, et terminer comme en seconde directe.

Si, dans ces deux dernières positions, on éprouvait trop de difficulté à placer les branches au-dessus du fœtus, il faudrait les introduire en-dessous, et se comporter ensuite comme nous le dirons bientôt en parlant des mêmes positions au détroit supérieur.

Si l'occiput répondait directement à gauche ou à droite du bassin, on se comporterait comme dans la première ou dans la seconde diagonale.

Positions du détroit supérieur

Ici, l'application du forceps se fait d'après les mêmes règles qu'au détroit inférieur; seulement, quand la face est dirigée en avant, on est obligé d'introduire les branches au-dessous du fœtus pour éviter les grandes difficultés qu'on éprouverait si on voulait les placer en-dessus. Mais, alors la tête est mal saisie pour franchir le détroit inférieur, et lorsqu'on est arrivé à ce détroit il faut, à moins que le bassin ne soit très-large, ou la tête peu volumineuse, désarticuler le forceps, sans toutefois le retirer des parties, élever la branche droite, abaisser la gauche, et faire passer entre elles le tronc du fœtus. On réarticule ensuite l'instrument, et par cette seule manœuvre la tête se trouve immédiatement saisie dans son diamètre occipito-mentonnier.

Une fois le forceps appliqué, on se comporte de la manière suivante :

1°. Dans les directes, on refoule d'abord au-dessus du détroit supérieur ; on convertit ensuite en diagonale, afin de ramener le plus grand diamètre de la tête en rapport avec le plus grand diamètre du bassin; après quoi on engage la tête dans l'excavation, pour terminer comme il a été dit à l'occasion du détroit inférieur.

2°. Dans les diagonales, on n'a que faire de refouler au-dessus du détroit supérieur, on attire de suite la tête dans l'excavation.

Si l'occiput répondait directement au côté gauche ou au côté droit du bassin, on se comporterait comme dans la première ou dans la deuxième diagonale.

RÉSUMÉ CONCERNANT L'APPLICATION DU FORCEPS.

De quelque manière que la tête du fœtus se présente, par le sommet, par la face, ou par la base; qu'elle soit arrêtée au détroit supérieur ou au détroit inférieur du bassin, l'application du forceps se fait toujours d'après les mêmes règles.

Pour être bien placé, l'instrument doit saisir la tête sur ses parties latérales et dans le sens de sa longueur, afin que l'occiput ou le menton sorte toujours en premier lieu.

Positions du détroit inférieur.

Positions directes. Dans toutes les positions directes du détroit inférieur, quelle que soit la partie que présente la tête, on place en premier lieu la branche gauche de la main gauche, et en second lieu la branche droite de la main droite. On articule l'instrument, dont le pivot doit correspondre au centre de la vulve, et on se place indifféremment à droite ou à gauche. Saisissant ensuite le forceps avec les deux mains, placées l'une en dessous du manche et l'autre en dessus des cuillers près des parties génitales, on imprime à la tête des mouvemens latéraux, et on la dégage en renversant l'instrument sur le ventre de la mère, lorsque la face est en dessous, et en le baissant fortement lorsqu'elle est en dessus. La main qui se trouve près des parties génitales doit être placée au devant du périnée lorsque la tête est sur le point de franchir.

Positions diagonales. Dans toutes les positions diagonales du détroit inférieur, quelle que soit la partie que présente la tête, on se guide, pour l'application du forceps, sur les rapports de l'occiput ou du front avec les cavités cotyloïdes du bassin.

Toutes les fois que l'occiput ou le front répond à la cavité cotyloïde gauche, on introduit les deux branches de la main droite, en commençant par la droite.

Toutes les fois, au contraire, que l'occiput ou le front ré-

pond à la cavité cotyloïde droite, on introduit les deux branches de la main gauche, en commençant par la gauche.

On articule l'instrument, et on se place constamment derrière lui. Saisissant alors le forceps avec les deux mains, placées l'une sous le manche et l'autre en dessus des cuillers près des parties génitales, on fait éprouver à la tête son mouvement de rotation, et on termine ensuite comme dans la première ou dans la deuxième directe, selon qu'on a ramené l'occiput ou le front sous l'arcade des pubis.

Si l'occiput répondait directement au côté gauche ou au côté droit du bassin, on se comporterait comme dans la première ou dans la seconde diagonale.

Positions du détroit supérieur.

Positions directes. Dans toutes les positions directes du détroit supérieur, quelle que soit la partie de la tête qui se présente, on applique le forceps comme au détroit inférieur, seulement les branches et la main qui les conduit doivent être portées plus profondément.

L'instrument étant appliqué, on le saisit avec les deux mains placées l'une en dessus du manche, l'autre en dessous des cuillers, l'indicateur allongé jusque sur la tête. On refoule celle-ci, en lui imprimant de petits mouvemens latéraux, et on la replace en diagonale du détroit supérieur; cela fait, on l'attire au détroit inférieur, en inclinant le manche du forceps vers la cuisse correspondante, et on se comporte ensuite comme dans les positions de ce détroit.

Positions diagonales. Dans toutes les diagonales du détroit supérieur, quelle que soit la partie que présente la tête, on applique le forceps de la même manière qu'au détroit inférieur.

L'instrument étant articulé, on se place derrière lui, et on le saisit avec les deux mains appliquées l'une en dessus du manche, l'autre en dessous des cuillers, l'indicateur

allongé dans les parties. On attire la tête en diagonale du détroit inférieur, et on termine ensuite comme dans les positions de ce détroit.

Si l'occiput répondait directement au côté gauche ou au côté droit du bassin, on se comporterait comme dans la première ou dans la seconde diagonale.

DU LEVIER.

Les accoucheurs, dit M. Désormeaux, désignent par ce nom, emprunté à la mécanique, un instrument destiné par ses inventeurs à agir comme un levier sur la tête du fœtus, et à la forcer de descendre à travers le canal du bassin et des organes génitaux.

L'origine du levier est encore fort obscure.

L'opinion la plus commune attribue son invention à Roger Roonhuisen qui en fit un secret, et sut, par ce moyen, se rendre célèbre dans l'art des accouchemens.

Ce n'est qu'en 1753 que la découverte en fut publiée par Vischer. A compter de cette époque, le levier reçut beaucoup de modifications, et chaque accoucheur, pour ainsi dire, eut le sien.

Le levier dont on se sert aujourd'hui ressemble beaucoup à une branche de forceps qui ne serait point courbée sur son bord.

L'une de ses extrémités, que l'on peut appeler *cuiller*, est constituée, de même que celle du forceps, par deux jumelles, séparées l'une de l'autre par une fenêtre allongée. Ces deux jumelles sont courbées sur leur face, de manière à présenter d'un côté une concavité pour s'accommoder à la convexité de la tête du fœtus, et de l'autre une convexité pour s'accommoder à la concavité du bassin.

L'autre extrémité du levier est garnie d'une poignée en bois et constitue le manche de l'instrument.

Mais les accoucheurs savent aujourd'hui que l'une des

branches du forceps, malgré sa nouvelle courbure, peut très-bien remplacer le levier ; cependant, comme l'observe très-judicieusement M. Désormeaux, le levier, proprement dit, est préférable lorsqu'il s'agit de faire des tractions directes sur l'occiput.

Si on se sert d'une branche de forceps, il faut avoir soin, dans les positions diagonales, de prendre la branche droite quand l'occiput est à droite du bassin, et la branche gauche quand il est à gauche. Dans les positions directes, on peut indifféremment se servir de l'une ou de l'autre branche. Dans tous les cas, celle dont on se sert doit toujours être introduite avec la main qui lui correspond de nom.

Usage du levier. On croyait autrefois que le levier était d'un grand secours en accouchemens, et beaucoup d'accoucheurs le regardaient comme pouvant à lui seul surmonter tous les obstacles imaginables ; mais aujourd'hui on est bien revenu de cette erreur, et on sait que l'usage du levier se borne le plus ordinairement à redresser l'occiput et à exercer sur lui des tractions directes pour le ramener au centre du bassin, lorsqu'il est renversé sur le dos de l'enfant ; et encore est-on bien convaincu qu'il ne faut y avoir recours que lorsque la main est insuffisante.

Pour notre compte, nous croyons que le levier est un instrument dont l'emploi est difficile, peu sûr et non toujours sans danger ; aussi, dans le cas où son application serait indiquée, n'hésiterions-nous pas à lui substituer le forceps, en nous comportant comme il a été dit pour les positions de la face, page 195.

Voyons cependant comment on s'y prendrait, si on voulait appliquer le levier.

1°. Supposons la tête *au détroit inférieur du bassin*, l'occiput renversé répondant au pubis.

L'une des mains étant introduite dans le vagin, on fait pénétrer le levier sur le côté de la tête, et on le ramène ensuite

avec les doigts sur l'occiput, en baissant fortement son manche. Une fois l'instrument appliqué, on le relève et on le saisit de l'une des mains, tandis qu'on place l'autre en dessous, près des parties : avec la première, on tire à soi pour abaisser l'occiput ; avec la seconde, on repousse fortement la face en haut et en arrière.

Lorsque le mouvement de bascule a eu lieu, l'accouchement se termine ordinairement seul, ou bien on a recours au forceps, si les circonstances l'exigent.

2°. L'occiput répond-il en arrière ?

On glisse le levier au-devant du sacrum jusqu'au dessus de la tête, et, lorsqu'on a acquis la certitude qu'il est convenablement placé, on le saisit près du périnée avec l'une des mains, en même temps qu'avec l'autre on tire sur son extrémité, en la relevant par degrés.

Si on éprouvait beaucoup de difficultés à ramener l'occiput, on devrait aider le mouvement de bascule en repoussant la face en haut et en arrière avec quelques doigts de la main placée près des parties.

Nota. Dans cette dernière position, il nous semble toujours préférable d'employer le forceps, puisqu'on peut de suite saisir la tête dans le sens de sa longueur et faire sortir le menton en premier lieu.

3°. L'occiput renversé répond-il à la cavité cotyloïde gauche, ou à la cavité cotyloïde droite ?

L'une des mains étant introduite dans les parties, on glisse le levier sur le côté de la tête qui est dirigé en arrière, et on le ramène ensuite au-dessus de l'occiput que l'on abaisse de la même manière que dans la première position directe.

Une fois la tête redressée, on abandonne l'accouchement à la nature, à moins que de nouveaux accidens n'exigent une prompte terminaison.

4°. L'occiput renversé répond-il à l'une des symphyses sacro-iliaques ?

On glisse le levier du côté de cette symphyse, et on le porte sur l'occiput, après quoi on cherche à redresser la

tête, en s'y prenant comme il a été dit lorsque l'occiput répondait au sacrum.

5°. Si l'occiput renversé regardait directement à droite ou à gauche du bassin, on se comporterait comme s'il répondait à l'une ou à l'autre cavité cotyloïde.

6°. *Au détroit supérieur*, le levier doit être appliqué de la même manière et avec les mêmes précautions qu'au détroit inférieur; seulement, lorsque l'occiput renversé correspond au pubis ou au sacrum, il faut en même temps qu'on l'abaisse essayer de ramener la tête à une position diagonale.

Dans les positions obliques, la manœuvre ne diffère en rien de celle du détroit inférieur : il en est de même dans les positions transversales.

Nota. Le levier est moins avantageux au détroit supérieur qu'au détroit inférieur, et, dans le premier cas, beaucoup d'accoucheurs lui préfèrent le forceps; cependant M. Désormeaux dit s'en être servi avec succès dans deux cas où la tête, située transversalement, n'aurait pu être saisie avec le forceps que d'une manière défavorable.

DES CROCHETS MOUSSES.

Les crochets mousses, dont on se sert pour opérer l'extraction du fœtus, n'ont pas tous la même forme; les uns représentent une espèce d'anse plus ou moins ouverte; d'autres forment, avec la branche principale de l'instrument, un angle presque droit.

Le manche de tous ces crochets est ordinairement garni d'une poignée en bois.

Mais les deux crochets mousses qui terminent le manche du forceps peuvent, dans tous les cas, remplacer avec avantage les crochets particuliers.

P. 22.

Usage des crochets mousses.

Le crochet courbé en forme d'anse est destiné à être appliqué dans le creux de l'aisselle, lorsque, les épaules étant retenues dans le bassin, les doigts ne suffisent pas pour les extraire.

Ce même crochet peut servir à l'extraction des genoux au détroit inférieur.

Il peut encore être appliqué dans la bouche pour achever l'extraction de la tête après la version d'un enfant mort.

Le crochet courbé à angle droit avec la branche, est exclusivement destiné au pli de l'aine, dans les positions du siége au détroit inférieur. Ce crochet a l'avantage de prendre appui sur toute la largeur de la cuisse, et de ne point tendre à pénétrer dans les tissus, comme le ferait le crochet à anse, s'il n'était point assez large pour comprendre toute l'épaisseur du membre.

Introduction des crochets mousses. Il n'y a point de règles bien précises pour l'introduction des crochets mousses ; il faut seulement, avant de les appliquer, avoir soin de bien reconnaître la disposition de l'articulation à l'aide de l'indicateur de l'une des mains qui doit ensuite servir de guide à l'instrument.

Si un seul crochet suffit, on le place de préférence dans l'articulation qui se trouve dirigée en arrière ; on le saisit avec la main qui correspond de nom à l'extrémité qu'il embrasse, et on glisse l'indicateur de l'autre main dans l'articulation qui se trouve en devant.

Dans les positions du siége, il est quelquefois utile d'appliquer deux crochets, un dans chaque aîne ; aiors on les réunit de manière à former un *forceps crochet*.

DU LACS.

Autrefois, on se servait du lacs comme d'un moyen d'extraction qu'on appliquait sur différentes parties du fœtus, et, pour cette raison, il devait offrir une très-grande solidité.

Aujourd'hui le lacs n'est autre chose qu'un ruban de fil, long d'une aune et demie environ, qu'on emploie pour fixer un membre du fœtus que l'on est parvenu à entraîner au dehors (1). Ainsi, quand après une manœuvre plus ou moins pénible on est arrivé à extraire un des pieds du fœtus, on le fixe au moyen d'un lacs que l'on applique au-dessus des malléoles, afin de l'empêcher de remonter dans les parties; de même, quand un des bras de l'enfant se présente en premier lieu, on le fixe avec un lacs, pour l'empêcher de prendre une position vicieuse, et aussi pour l'obliger de sortir en même temps que le tronc.

Lorsqu'on veut appliquer le lacs sur une des extrémités du fœtus, on peut s'y prendre de deux manières : 1° Le membre qu'on vient d'amener au dehors étant tenu de la main qui l'a dégagé, on jette sur l'avant-bras correspondant le lacs en double, et on ramène ses deux chefs à travers la partie moyenne, de manière à former un nœud coulant que l'on fait ensuite glisser au-dessus des malléoles, s'il s'agit du pied, et sur le poignet, s'il s'agit du bras, 2° on peut à l'avance former le nœud coulant, saisir ensuite l'extrémité que l'on a dégagée et faire glisser le lacs sur elle, comme précédemment. La première de ces deux méthodes est, sans contredit, la meilleure, parce que, ne quittant en aucune manière l'extrémité, l'accoucheur est bien plus sûr qu'elle ne lui échappera pas.

(1) On s'en sert aussi pour extraire les genoux, lorsqu'ils se présentent au détroit inférieur du bassin. (*Voy.* page 158.)

Une fois le lacs placé, on le confie à un aide, et on procède au dégagement des autres parties du fœtus.

Ainsi qu'on le voit, l'usage du lacs est aujourd'hui fort restreint, et ce n'est que très-rarement qu'on est obligé d'avoir recours à son emploi.

INSTRUMENT DU DOCTEUR DE CAIGNOU.

M. de Caignou vient d'imaginer un nouvel instrument, dont le mécanisme, bien qu'un peu compliqué, nous paraît fort ingénieux. Cet instrument, qui est destiné à remplir plusieurs indications, se compose d'un tube en argent ayant onze pouces de longueur sur neuf lignes de diamètre et renfermant :

1°. Deux branches mousses articulées, pouvant à volonté se courber en dedans ou en dehors, et servir ensemble ou isolément. Lorsqu'on emploie les deux branches à la fois, on se propose ordinairement d'embrasser le tronc mal situé, pour lui donner une position plus favorable : lorsqu'au contraire on n'emploie qu'une seule branche, on lui donne presque toujours la forme d'un crochet mousse.

2°. Deux couteaux à trépan ;

3°. Un perce-crâne ;

4°. Un tire-tête simple ou double, à volonté ;

5°. Des crochets mousses et pointus ;

6°. Un conduit pour injections ;

7°. Un spéculum, qui, ainsi que les autres pièces, peut être à volonté séparé du tube principal. Ce spéculum est brisé et sert au besoin de dilatateur. Il présente aussi une

rainure destinée à conduire le bistouri, lorsqu'il faut inciser le col de la matrice (opération césarienne vaginale).

Comme on le voit, l'instrument de M. de Caignou renferme la plupart de ceux dont on se sert pour la terminaison des accouchemens contre nature.

M. de Caignou a déjà eu occasion d'appliquer son instrument sur le vivant. Il s'agissait de la présentation d'un des côtés du tronc avec complication d'hémorrhagie, le col n'étant pas encore assez dilaté pour permettre l'introduction de la main. Secondé par M. Bonnis et madame Galien, M. de Caignou introduisit son instrument dans les parties de la femme et saisit, entre ses deux branches mobiles, l'épaule de l'enfant, qu'il repoussa à droite, de manière à ramener la tête au centre du bassin.

Cette première tentative fut couronnée d'un plein succès. Toutefois, avant de nous prononcer définitivement sur l'utilité plus ou moins grande de l'instrument de M. de Caignou, nous attendrons de nouveaux essais. (*Voyez* l'instrument lithographié, planche 15.)

ARTICLE III.

ACCOUCHEMENS QUI NE PEUVENT ÊTRE TERMINÉS QU'AVEC LE SECOURS DES INSTRUMENS TRANCHANS.

Lorsqu'il existe entre le volume de l'enfant et la largeur du bassin de la mère une trop grande disproportion, les instrumens mousses ne suffisent plus pour terminer l'accouchement, et il faut, de toute nécessité, recourir aux instrumens tranchans, soit pour élargir le passage, soit pour

diminuer le volume de l'enfant, soit enfin pour lui ouvrir une route artificielle.

Voyons dans quels cas ces diverses opérations doivent être pratiquées :

S'il est en général facile de reconnaître qu'il existe une disproportion plus ou moins grande entre l'enfant et le bassin de la mère, il n'est pas toujours aussi aisé d'apprécier les ressources de la nature. On a vu l'accouchement se terminer seul chez des femmes dont le bassin ne présentait plus, d'avant en arrière, qu'une étendue de deux pouces à deux pouces et demi : c'est qu'alors l'enfant, plus mou, plus flexible qu'à l'ordinaire, avait pu s'allonger, se mouler en quelque sorte sur l'intérieur du bassin ; c'est qu'aussi, peut-être, par suite d'un ramollissement considérable de ses symphyses, le bassin avait pu s'élargir sous l'influence des contractions utérines. Mais, ce ne sont là que des exceptions fort rares, sur lesquelles il ne faut guère compter.

Lors donc que le volume de l'enfant excède de beaucoup la largeur du bassin de la mère, il faut presque toujours en venir à l'une ou à l'autre des opérations ci-dessus indiquées.

Si, pendant la grossesse, on a pu constater que le bassin est beaucoup trop étroit pour laisser passer un enfant à terme, peut-on, par un régime sévère, obtenir que ce dernier prenne moins de volume? Ou bien encore, est-il permis de provoquer l'avortement, afin de prévenir la nécessité d'une opération grave sur la mère ?

Le *régime* n'influe que très-rarement, d'une manière marquée, sur le développement du fœtus ; car tous les jours on voit des femmes qui manquent du nécessaire, ou qui ont été soumises à des traitemens débilitans, mettre au monde des enfans volumineux et bien nourris ; tandis que d'autres qui vivent dans l'abondance, et qui se portent bien, accouchent souvent d'enfans faibles et mal développés.

D'un autre côté, l'extrême faiblesse à laquelle on ne manquerait pas de réduire la femme, en la privant de tout ce qui est capable de la soutenir, et en la soumettant, d'ailleurs, à des pertes de sang plus ou moins considérables, pourrait bien lui devenir funeste. Nous pensons donc que, dans aucun cas, le régime, même le plus sévère, ne peut produire l'effet désiré, et qu'il est toujours sage de ne point y avoir recours.

Quant à l'*avortement*, tant recommandé par les chirurgiens anglais Barlow, Wigand et autres, nul doute qu'en le provoquant de bonne heure on ne puisse, dans certains cas, délivrer les femmes, et les soustraire aux dangers qu'elles auraient eu à courir au terme naturel de la grossesse; mais, d'abord, est-il permis de tuer dans la matrice un fœtus qui a vie, et d'ailleurs les accidens auxquels l'avortement provoqué expose les femmes ne sont-ils pas autant à redouter que ceux qui pourraient survenir après les opérations que l'on veut éviter? Si on consulte l'expérience, on trouve que l'avortement occasioné par une violence extérieure, ou par des remèdes pris à l'intérieur, est souvent suivi d'accidens mortels. Quel parti convient-il donc de prendre dans ces cas difficiles? Exposons, pour aider le praticien, ce qui peut arriver, soit qu'on provoque l'avortement, soit que pour agir on attende le terme de l'accouchement.

Dans le premier cas, on tue sûrement l'enfant, et on expose la mère à des hémorrhagies, à des convulsions, à des inflammations de la matrice et du péritoine, qui se terminent le plus souvent par la mort.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsqu'on attend le terme de la grossesse, 1° on peut voir l'accouchement se terminer par les seules forces de la nature, puisque, comme nous l'avons dit précédemment, certaines femmes se sont délivrées seules, bien que leur bassin ne présentât plus, d'avant en arrière, que deux pouces à deux pouces et demi d'étendue (Baudelocque). 2° Si on se trouve dans la nécessité de pra-

tiquer des opérations sur la mère, on ne l'expose pas toujours davantage que par les manœuvres nécessaires pour déterminer l'avortement, et au moins on sauve presque sûrement l'enfant.

Nous croyons donc fermement qu'on ne doit jamais provoquer l'avortement, même dans les cas où le bassin n'a plus qu'une très-petite étendue, comme un pouce, un pouce et demi, par exemple.

Accouchement prématuré. Quelques auteurs ont dit qu'il convenait de provoquer l'accouchement à sept mois, lorsque le bassin ne présente, d'avant en arrière, que deux pouces et demi à trois pouces moins un quart, parce qu'alors la tête du fœtus n'est pas encore assez volumineuse pour ne pouvoir pas franchir à travers les parties; mais, outre que par cette manœuvre on expose les femmes à de graves dangers, l'enfant n'a point acquis assez de force pour résister aux efforts de la matrice, et presque toujours il succombe au passage. Il est donc beaucoup plus raisonnable d'attendre le terme de la grossesse, puisqu'à cette époque il n'est pas impossible que l'accouchement se termine seul, et que d'ailleurs, si on est obligé d'en venir à des opérations, on n'exposera, tout au plus, que l'un des deux individus.

DE L'EMBRYOTOMIE.

L'embryotomie consiste le plus souvent à perforer les parois du crâne du fœtus pour en diminuer le volume : l'opération se nomme alors plus particulièrement céphalotomie. Mais, d'autres fois, il faut introduire dans la matrice des instrumens tranchans pour dèpecer en quelque sorte le fœtus, afin de pouvoir ensuite l'extraire par lambeaux :

c'est dans ce cas que le mot *embryotomie* convient surtout.

Cette opération, qui eut autrefois de nombreux partisans, et que quelques nations de l'Europe mettent encore assez souvent en usage, n'est plus aujourd'hui pratiquée que très-rarement, surtout en France.

L'embryotomie est indiquée toutes les fois que, l'enfant étant mort ou affecté d'une maladie mortelle, le bassin de la mère est trop étroit pour que l'accouchement puisse être terminé au moyen de la main ou du forceps.

Un auteur moderne a dit que l'hydropisie de la tête, de la poitrine ou du ventre chez le fœtus, n'était point une maladie absolument mortelle, et qu'en conséquence toutes les opérations nécessaires à la terminaison de l'accouchement devaient être pratiquées sur la mère. Nous sommes loin de partager cette opinion, et notre avis est qu'en pareille circonstance il faut toujours sacrifier l'enfant à la mère. En effet, ne serait-ce pas le comble de la barbarie que d'exposer une femme, d'ailleurs pleine de vie, aux chances de l'opération césarienne, par exemple, pour extraire de son sein un fœtus qui doit périr le jour même de sa naissance, ou peu de temps après !

L'embryotomie doit encore être pratiquée lorsque la mère se refuse à àtoute espèce d'opération.

Pour que l'embryotomie soit praticable sans danger pour la mère, son bassin doit présenter au moins deux pouces d'avant en arrière. Au-dessous de cette dimension, il faut de toute nécessité recourir à l'hystérotomie, car alors le démembrement de l'enfant dans la matrice serait beaucoup plus dangereux pour la mère que l'opération césarienne elle-même.

L'opération qu'on pratique sur le fœtus varie selon la cause qui met obstacle à l'accouchement. S'agit-il d'une hydro-

pisie quelconque? une simple ponction, faite avec un trois-quarts, suffit pour donner issue au liquide épanché et permettre à la partie qui est le siége de la maladie de diminuer considérablement de volume. Si on avait affaire à une hydrocéphale, la ponction devrait être pratiquée, autant que possible, dans un espace membraneux, une fontanelle ou une suture; si l'hydropisie avait son siége dans la poitrine, on enfoncerait le trois-quarts dans un espace intercostal; enfin, si l'épanchement occupait la cavité abdominale, on enfoncerait l'instrument dans un point quelconque des parois de cette cavité.

Lorsqu'il s'agit de la tête, on est quelquefois obligé de la vider de tout ce qu'elle contient; alors il faut pratiquer une incision d'un pouce au moins, en lui donnant la forme simple ou cruciale. On se sert, pour cette opération, d'un bistouri garni de linge jusqu'à peu de distance de sa pointe, ou bien encore des ciseaux de Smellie (1): ce dernier instrument convient surtout quand on est obligé d'employer une certaine force pour diviser les parties. Une fois l'ouverture pratiquée, on brise la pulpe du cerveau avec les doigts, ou même avec l'instrument qui a servi à diviser les parois du crâne et on en facilite la sortie au moyen d'injections.

Quand la tête se présente la première, l'opération est assez facile; mais il n'en est pas de même lorsqu'elle ne vient qu'après le tronc. Ici, d'ailleurs, il faut comme précédemment chercher une fontanelle ou une suture, et ne perforer les os que dans le cas où on ne paviendrait pas à rencontrer l'un de ces espaces membraneux.

Une fois vidée de ce qu'elle contenait, la tête du fœtus revient sur elle-même; et, si la matrice se contracte et que

(1) Les ciseaux de Smellie sont tranchans par leur bord externe; on les introduit fermés; et, lorsqu'ils ont pénétré, on les ouvre pour agrandir l'incision.

le rétrécissement du bassin ne soit pas extrême, l'accouchement peut encore se terminer seul. Dans le cas contraire, on devrait avoir recours au forceps ou aux crochets aigus. Si, malgré tous ces moyens, la tête ne pouvait pas encore franchir le bassin, on devrait tenter l'application de l'instrument récemment imaginé par un jeune accoucheur. Les cuillers de cette espèce de forceps sont peu courbées et n'ont point de fenêtre ; le manche est traversé par une vis, au moyen de laquelle on exerce une pression aussi forte qu'on le veut. On dit qu'au moyen de cet instrument on parvient à réduire la tête à un très-petit volume.

Quand l'instrument tranchant doit être porté sur le corps de l'enfant jusque dans l'intérieur de la matrice, il faut redoubler de soins et de précautions, afin de ne point blesser les parties de la mère. L'instrument doit toujours être dirigé et couvert par un ou plusieurs doigts.

Il importe beaucoup, quand on pratique ces sortes d'opérations, que la matrice soit fixée par les mains d'un ou de plusieurs aides, et que la femme conserve toujours la position qu'on lui a donnée : cette position doit être la même que pour l'application du forceps.

EXTRACTION DE LA TÊTE RESTÉE SEULE DANS LA MATRICE.

La rétention de la tête dans l'intérieur de la matrice, après l'arrachement du tronc, est beaucoup moins fréquente aujourd'hui qu'autrefois ; ce qui tient, sans aucun doute, à une connaissance plus exacte du mécanisme de l'accouchement naturel et des obstacles qui peuvent s'opposer au passage de l'enfant. Ainsi, aujourd'hui on sait fort bien qu'il ne suffit pas de tirer sur le tronc pour opérer

l'extraction de la tête, mais qu'il faut encore que cette dernière soit convenablement située, et qu'elle n'ait pas un volume trop considérable, sans quoi les efforts auxquels on se livrerait ne pourraient avoir d'autres résultats que son décollement, surtout si le fœtus, mort depuis long-temps, se trouvait dans un état voisin de la putréfaction. Un moyen bien certain de prévenir le décollement, c'est de saisir la tête au moyen du forceps; alors, en effet, le col du fœtus n'a plus aucune espèce d'efforts à supporter.

Bien que l'accident en question soit fort rare aujourd'hui, et qu'on en cite à peine quelques exemples, voyons cependant ce qu'il faudrait faire s'il venait à se présenter.

1°. Lorsque la tête n'a point un volume trop considérable, il suffit souvent de lui donner une position convenable pour que les contractions de la matrice seules viennent à bout de l'expulser.

2°. Lorsque la matrice est sans action, ou dans un état voisin de l'inertie, il faut introduire deux doigts dans la bouche de l'enfant, placer le pouce sous le menton, et tirer dans le sens des axes du bassin; bien entendu d'ailleurs qu'il faut imprimer à la tête les mouvemens de rotation nécessaires pour que ses plus grands diamètres soient toujours en rapport avec ceux du bassin. Si, en tirant sur la mâchoire, on venait à l'arracher, il faudrait se servir d'un crochet que l'on implanterait sur le haut du front.

3°. Si la main ne suffisait pas, on pourrait avoir recours au forceps, surtout si la tête était déjà dans l'excavation du bassin; lorsqu'elle est encore libre dans la matrice, l'application de l'instrument est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible.

Nous croyons pouvoir ici nous dispenser de parler des différens tire-tête imaginés par les anciens, puisqu'ils sont aujourd'hui entièrement abandonnés. Ainsi, nous ne dirons

rien des frondes, des bourses, des filets et autres moyens à peu près semblables.

Tout ce qui précède ne s'applique qu'aux cas dans lesquels la tête n'est pas trop volumineuse pour franchir : voyons, maintenant, ce qu'il conviendrait de faire s'il y avait disproportion entre son volume et la capacité du bassin.

Ici, une seule indication se présente, c'est de perforer le crâne et de le vider de ce qu'il contient. Pour cela, on fixe, avec l'une des mains introduite dans la matrice, le sommet de la tête au centre du détroit supérieur ; on perfore, avec un instrument tranchant quelconque, l'une des fontanelles ou des sutures, et on procède au broiement du cerveau. Une fois le crâne vidé, les os s'affaissent, et l'extraction de la tête peut être faite sans difficulté, soit à l'aide de la main seule, soit à l'aide d'un crochet aigu.

Lorsqu'on se sert de ce dernier instrument, il faut avoir la précaution de le diriger avec l'une des mains, afin de ne point blesser les parties de la mère. Il importe aussi de ne le placer que sur les points qui offrent le plus de résistance, comme le front, l'orbite, l'apophyse mastoïde, l'occiput, la base du crâne. Le crochet doit toujours être placé de telle manière que, dans les efforts de traction, sa pointe ne puisse jamais atteindre les parties de la mère ; et, partant, nous croyons qu'il serait très-imprudent de l'appliquer dans l'intérieur même du crâne, car, alors, quelle que soit la partie sur laquelle il prenne appui, il ne manquerait pas de la traverser et de pénétrer en même temps les organes de la femme.

Une fois le crochet appliqué, il faut bien prendre garde qu'il n'échappe, ou qu'il ne fracture les os sur lesquels il est implanté ; dans le cas où l'un de ces accidens arriverait, il faudrait replacer l'instrument sur un autre point.

Le crochet dont on se sert aujourd'hui de préférence, est

celui qui se trouve renfermé dans l'une des branches du forceps : il offre tous les avantages des anciens crochets, sans en avoir les inconvéniens ; il peut être introduit facilement et sans aucun risque pour les parties de la mère.

EXTRACTION DU TRONC RESTÉ SEUL DANS LA MATRICE, APRÈS LE DÉCOLLEMENT DE LA TÊTE.

La poitrine et le ventre du fœtus peuvent être le siége d'une collection considérable de liquide, ou présenter des vices de conformation qui leur donnent un volume extraordinaire. Alors la tête, si c'est elle qui se présente la première, franchit le détroit supérieur sans difficulté ; mais une fois arrivée dans l'excavation, elle ne peut aller plus loin, le volume du tronc l'emportant de beaucoup sur la largeur du passage. Si on a le bonheur de reconnaître de suite la nature de l'obstacle, une simple ponction, dans le cas d'hydropisie, peut suffire pour le lever ; mais si, ne tenant aucun compte de ce qui s'oppose à la terminaison de l'accouchement, on veut à toute force faire franchir le fœtus, en exerçant sur sa tête de fortes tractions, à l'aide du forceps, on conçoit alors que le décollement puisse avoir lieu.

Lors donc que le tronc du fœtus est resté seul dans les parties de la génération, comment faut-il s'y prendre pour l'extraire ? On peut y arriver de plusieurs manières : 1° en appliquant des crochets mousses dans le creux des aisselles ; 2° en dégageant d'abord les bras pour tirer ensuite dessus ; 3° en implantant des crochets aigus sur le haut de la colonne vertébrale ou entre deux côtes ; 4° enfin, en opérant la version pour terminer ensuite par les pieds.

De quelque manière qu'on agisse, il faut avoir soin de placer les plus grands diamètres du fœtus en rapport avec ceux du bassin de la mère, et ne pas manquer de diriger les tractions dans le sens des axes du bassin.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE.

On donne le nom de symphyséotomie à l'opération qui consiste à diviser la symphyse des pubis (1) pour agrandir les diamètres du bassin de la mère et permettre à l'accouchement de se terminer par les voies naturelles.

L'origine de la symphyséotomie remonte à une époque fort éloignée; elle avait été pressentie par Galien et proposée plusieurs siècles après par Severin Pineau. Oubliée ensuite pendant deux siècles, elle fut de nouveau proposée, en 1768, par Sigault, qui ne la pratiqua pour la première fois sur le vivant qu'en 1777, ce fut sur la femme Souchot. Le succès le plus complet couronna cette première tentative, et l'Europe entière retentit du nom de l'opérateur. La Faculté de Médecine de Paris fit graver une médaille en son honneur. Cependant la symphyséotomie avait alors de nombreux détracteurs, même parmi les membres de l'académie de chirurgie. Toutefois, le seul reproche qu'on pouvait raisonnablement faire à son inventeur, c'était d'avoir cherché à faire croire que son opération pourrait, dans tous les cas, rempla-

(1) Un auteur italien a conseillé de remplacer cette opération par une autre dans laquelle on couperait, de chaque côté, le corps et la branche des pubis. L'auteur prétend que de cette manière on éviterait tous les accidens auxquels expose la section de la symphyse. C'est encore là, ce nous semble, un rêve de l'imagination : attendons cependant.

cer la gastro-hystérotomie. Il est aujourd'hui bien démontré que la section pubienne peut, dans certains cas, suffire à la délivrance des femmes, mais que, dans d'autres, elle ne saurait dispenser d'avoir recours à l'opération césarienne.

Cas où il convient de pratiquer la symphyséotomie : 1° Toutes les fois que, *l'enfant étant vivant,* le bassin ne présente plus, dans son diamètre sacro-pubien, que deux pouces et demi à trois pouces ; 2° lorsque, le détroit inférieur étant rétréci, la main et le forceps ont été insuffisans : ici l'opération a d'autant plus d'avantages que l'arcade des pubis augmente de largeur à mesure que les os s'écartent l'un de l'autre. La symphyséotomie est surtout efficace quand le rétrécissement a lieu dans le sens des diamètres obliques ou transversal ; 3° lorsque la tête se trouve tellement enclavée dans l'excavation, qu'il est impossible de la faire remonter au-dessus du détroit abdominal ; 4° lorsque l'arcade des pubis est trop étroite, ou la symphyse trop longue ; 5° lorsqu'il existe dans le bassin certaines tumeurs qui ne l'obstruent qu'en partie ; 6° enfin lorsque l'utérus est enclavé, comme il peut arriver dans la rétroversion (*Gardien*).

Contre-indications. La symphyséotomie est contre-indiquée, 1° dans la plupart des cas ci-dessus, lorsque l'enfant est mort ; 2° lorsque le bassin présente moins de deux pouces et demi ; 3° lorsqu'on a lieu de croire que les symphyses sont ossifiées ; 4° enfin lorsque la femme ne veut pas se soumettre à l'opération.

Du degré d'écartement possible sans lésion des symphyses sacro-iliaques.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point important de l'opération. M. *Richerand* pense que l'écartement ne peut être porté au-delà d'un pouce sans danger. *Baudelocque*, d'après de nombreuses expériences faites sur le

cadavre, en présence de plusieurs chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris, dit que cet écartement peut être porté jusqu'à deux pouces sans de graves inconvéniens. Enfin M. *Gardien*, s'appuyant des expériences faites par *Giraud* et *Ansiaux*, prétend que l'écartement peut être porté jusqu'à trois et même quatre pouces sans que les symphyses sacro-iliaques éprouvent de grandes lésions.

Sans nous arrêter à ce qu'ont dit les auteurs dont il vient d'être question, nous nous bornerons ici à exposer les résultats que nous avons nous-même obtenus dans des expériences faites à l'occasion d'un concours où nous avions à traiter de la symphyséotomie.

Sur le cadavre de plusieurs femmes, âgées de 30 à 40 ans, nous ne pûmes obtenir plus d'un pouce et demi d'écartement, sans occasioner la déchirure des articulations postérieures du bassin. Chez quatre autres femmes, âgées de 25 à 30 ans, nous pûmes obtenir de dix-huit à vingt lignes; enfin, chez une jeune femme qui était récemment accouchée, les pubis purent être écartés de vingt-deux lignes sans désordres notables du côté des symphyses sacro-iliaques.

Mais, le ramollissement qui survient du côté des articulations du bassin, chez la plupart des femmes enceintes, doit nécessairement apporter quelque différence dans les résultats de l'opération; aussi n'hésitons-nous pas à penser que, presque toujours, l'écartement des pubis peut être porté jusqu'à deux pouces trois ou quatre lignes, sans de graves inconvéniens pour les femmes.

Bénéfices de l'opération, relativement à l'accouchement.

Un pouce d'écartement entre les deux os pubis produit une augmentation de deux lignes, environ, dans le diamètre antéro-postérieur du bassin.

Deux pouces produisent quatre lignes.

Deux pouces et trois ou quatre lignes produisent près d'un demi-pouce (1).

Ces résultats seraient, sans doute, une bien faible compensation des dangers de l'opération, s'ils étaient les seuls qu'on obtienne par elle; mais heureusement il n'en est point ainsi.

Lorsqu'on ouvre la symphyse des pubis, l'une des bosses pariétales vient se loger dans le vide qui existe alors entre les os, et par ce moyen on gagne encore trois ou quatre lignes. (Baudelocque, Gardien, Désormeaux, Dugès.)

Quelques accoucheurs ont cherché à démontrer que cet engagement de l'une des bosses pariétales entre les os pubis est impossible, *à cause de la situation oblique de la tête*; mais ils n'ont point réfléchi que les positions obliques ne peuvent avoir lieu que lorsque le bassin a ses dimensions normales, et que, lorsqu'il est rétréci dans son diamètre antéro-postérieur, la tête affecte le plus souvent une direction presque transversale : alors, l'une des bosses pariétales correspond nécessairement à la symphyse des pubis. D'ailleurs, l'expérience vient à l'appui de cette opinion : Baudelocque rapporte que, dans une opération qu'il fit en 1779, à l'Hôtel-Dieu de Paris, sur le cadavre d'une femme dont le bassin n'avait que vingt lignes d'avant en arrière, l'une des bosses pariétales de la tête du fœtus vint se placer d'elle-même dans l'écartement des os pubis.

(1) S'il était permis d'aller plus loin on obtiendrait un accroissement proportionnellement beaucoup plus considérable; ainsi, à trois pouces, le diamètre antéro-postérieur aurait gagné huit lignes, et, à quatre pouces, douze lignes (Giraud). Il est d'ailleurs à remarquer que les diamètres transversal et obliques du bassin gagnent beaucoup plus que l'antéro-postérieur, mais ce grand bénéfice est le plus souvent en pure perte, puisque l'obstacle à la terminaison de l'accouchement se trouve ordinairement dans le sens du diamètre antéro-postérieur.

Lorsque la symphyse pubienne est divisée, les os s'écartent spontanément de 8 à 10 lignes, et non de plusieurs pouces comme quelques auteurs l'ont dit : cet écartement est dû a la réaction des ligamens sacro-iliaques postérieurs, et aussi à l'élasticité des trousseaux ligamenteux qui unissent le sacrum à la tubérosité sciatique.

Pour obtenir un écartement plus grand, il faut nécessairement agir avec plus ou moins de force sur les cuisses ou sur les os des îles ; c'est alors qu'il convient d'apporter tous les ménagemens possibles, afin de ne point déchirer les ligamens des symphyses sacro-iliaques ; cette déchirure ne manquerait pas de donner lieu à des douleurs atroces, et serait infailliblement suivie d'inflammation, de foyers purulens, de la mort même.

Temps où il convient d'opérer. Ce n'est que lorsque le col de la matrice est entièrement dilaté et les douleurs assez fortes pour expulser l'enfant, qu'il faut procéder à l'opération, car avant cette époque l'obstacle n'est pas dans le bassin, et on ne sait pas encore si l'opération sera indispensable ; d'ailleurs, si on ouvrait trop tôt les pubis, la matrice perdrait toute espèce d'appui et ne manquerait pas, à chaque contraction, de descendre profondément dans le petit bassin.

Procédé opératoire. La malade doit être placée sur le bord d'un lit ou sur une table convenablement garnie ; elle doit d'ailleurs être disposée comme lorsqu'il s'agit de l'application du forceps ; il convient que plusieurs aides la maintiennent dans cette position, et que ceux qui sont chargés des cuisses soutiennent les os des îles au moment où la séparation de la symphyse sera sur le point d'être complète. Sans doute il est démontré par de nombreuses expériences que l'écartement spontané n'est ordinairement que peu considérable ; cependant nous croyons au moins prudent de ne négliger aucun des moyens qui peuvent mettre à l'abri des accidens que ne manquerait pas de déterminer un écartement trop rapide des os.

Un aide doit être spécialement chargé d'aider l'opérateur et de lui présenter les instrumens dont il peut avoir besoin durant l'opération.

Le pubis doit être préalablement rasé et la vessie vidée de ce qu'elle contient.

Tout étant disposé, l'opérateur, armé d'un bistouri légèrement convexe sur son tranchant, se place à droite ou entre les jambes de la femme, cherche avec soin le lieu qu'occupe la symphyse et divise successivement toutes les parties molles qui se trouvent au devant d'elle, en ayant soin d'inciser la ligne blanche dans la même étendue, afin de prévenir sûrement les obstacles que les insertions des aponévroses abdominales aux pubis ne manqueraient pas d'apporter à l'écartement des os. Nous croyons aussi, avec M. Désormeaux, que l'incision doit être prolongée en bas, le long de la branche gauche de l'arcade des pubis, jusqu'à ce qu'il soit possible de diviser la branche correspondante du clitoris, car il vaut bien mieux la couper nettement que de la laisser se déchirer par les efforts de distension. La blessure de la honteuse interne peut être, ce nous semble, facilement évitée; il ne faut pour cela qu'un peu de précaution.

Les autres artères qui peuvent être divisées, pendant l'opération, doivent être liées immédiatement, afin que le sang ne masque pas les parties.

La division du fibro-cartilage inter-articulaire doit être faite avec beaucoup de lenteur, afin d'éviter plus sûrement la lésion des organes qu'il importe de ménager. La forme de l'instrument nécessaire, pour ce second temps de l'opération, est loin d'être la même pour tous les auteurs. Il en est qui veulent qu'on se serve d'un bistouri ordinaire, en ayant soin d'en couvrir la pointe avec l'ongle de l'indicateur gauche; d'autres préfèrent le bistouri boutonné; Alphonse Leroy conseille de se servir d'un scalpel convexe sur son tranchant; Aitken a imaginé un couteau pliant; enfin M. Désormeaux

croit qu'un bistouri à lame droite et terminée carrément convient beaucoup mieux. Nous croyons aussi que ce dernier instrument mérite la préférence; toutefois, nous reconnaissons que le succès de l'opération dépend moins de la forme de l'instrument adopté pour diviser la symphyse que de l'habileté de l'opérateur.

Maintenant, de quelle manière devra-t-on s'y prendre pour opérer la section du fibro-cartilage inter-articulaire? Fera-t-on agir le bistouri d'avant en arrière, comme le conseille Plenck, ou d'arrière en avant comme le veut Aitken, ou bien encore de haut en bas comme le prescrivent d'autres auteurs? Notre avis est qu'il vaut mieux couper de haut en bas, parce que, de cette manière, on agit plus sûrement et avec plus de facilité.

Lorsqu'on arrive près du ligament sous-pubien, il faut redoubler de précaution, afin de ne point ouvrir le canal de l'urèthre, et, pour plus de sûreté, il convient de diriger un peu à gauche l'incision de ce ligament, en même temps qu'on porte l'urèthre en bas et à droite au moyen d'une sonde placée dans son canal.

Lorsque la symphyse est entièrement divisée, on abandonne l'accouchement à la nature, si la matrice se contracte avec force; et, dans le cas contraire, on le termine au moyen de la main seule ou du forceps.

Dans tous les cas, il nous semble que les efforts nécessaires à l'expulsion ou à l'extraction de l'enfant doivent suffire pour porter l'écartement des os au degré convenable; cependant nous comprenons bien que, dans quelques cas extrêmes, on peut être obligé d'exercer des tractions ménagées sur les cuisses ou sur les os des hanches.

Soins consécutifs. Lorsque l'accouchement est terminé, on rapproche aussitôt les os et on les maintient dans un contact parfait au moyen d'un bandage placé autour du bassin; ce bandage, fait en toile garnie de flanelle, doit avoir

cinq ou six pouces de largeur, et présenter à l'une de ses extrémités plusieurs boucles et à l'autre autant de lanières.

La plaie extérieure doit être réunie au moyen de bandelettes agglutinatives, et couverte d'un linge enduit de cérat, par dessus lequel on place quelques gâteaux de charpie et des compresses.

Si, lorsqu'on rapproche les parties, la vessie venait à se présenter entre elles, il faudrait, comme le prescrit M. Desormeaux, la repousser avec le doigt ou avec une sonde de femme.

Le pansement doit être renouvelé autant de fois que la chose paraît nécessaire; il importe surtout que le bandage qui soutient les os soit toujours convenablement serré.

Le traitement général est le même qu'après toutes les grandes opérations; il faut faire en sorte de prévenir les accidens inflammatoires par les saignées, les bains, les émolliens, le régime, etc.; il convient surtout que la femme allaite son enfant, si rien ne s'y oppose, et qu'elle évite avec soin ce qui pourrait contrarier ou arrêter l'écoulement des lochies.

La réunion des os a lieu le plus ordinairement au bout d'un mois ou six semaines; cependant il est prudent de ne permettre à la malade de marcher qu'après deux mois révolus : souvent même il est besoin d'un temps beaucoup plus long, quatre ou cinq mois par exemple, pour que toute mobilité ait disparu, et que la progression puisse avoir lieu sans douleur.

La consolidation de la symphyse pubienne, malgré les soins les mieux administrés, n'a pas lieu dans tous les cas, et, chose bien remarquable, cette circonstance n'empêche pas toujours les femmes de se tenir debout, de marcher et même de sauter avec assez de force (Dubois, Mansuy); c'est qu'alors les articulations postérieures du bassin acquièrent

assez de solidité pour résister aux secousses que reçoivent les os des îles.

Résultats de l'opération relativement à la mère et à l'enfant.

Au rapport de Baudelocque, sur 41 femmes opérées, 14 ont succombé, et 27 seulement ont été conservées.

Sur 41 enfans, 13 sont venus vivans, et 28 sont nés morts.

Parmi les femmes qui ont succombé, quelques-unes paraissent n'avoir été victimes que parce qu'elles ont été opérées trop tard ; mais aussi, parmi celles qui ont survécu, beaucoup avaient eu précédemment un ou plusieurs enfans, ce qui prouve au moins que leur bassin n'était pas très-défectueux.

La symphyséotomie est donc une opération grave et qu'il ne faut pratiquer que dans les cas d'absolue nécessité.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

(GASTRO-HYSTÉROTOMIE.)

On entend généralement par opération césarienne l'incision faite aux parois du ventre et à celles de la matrice, pour extraire l'enfant, lorsqu'il ne peut franchir à travers le bassin. (*Opération césarienne abdominale.*)

Lauverjat a étendu cette dénomination à l'incision que l'on pratique quelquefois au col de l'utérus, ou à sa paroi antérieure, par le vagin. (*Opération césarienne vaginale*).

L'origine de l'opération césarienne remonte à une époque qu'il est impossible de déterminer; son étymologie ne pré-

sente rien de plus positif. On crut pendant long-temps qu'elle tirait son nom de celui de Jules César ; mais depuis on a prétendu que c'était au contraire Jules César qui avait tiré son nom de l'opération par laquelle il vint au monde.

On ne fit, d'abord, l'opération césarienne que sur la femme morte; mais, en 1500, elle fut pour la première fois pratiquée par un châtreur sur sa propre femme, qui avait été abandonnée des gens de l'art. L'opération eut un plein succès : depuis, elle a été pratiquée un assez grand nombre de fois, tant en France qu'à l'étranger.

L'opération césarienne est, sans contredit, une opération des plus graves ; cependant son utilité ne saurait être méconnue, puisque, dans certains cas, elle est la seule ressource que l'art puisse offrir.

L'opération césarienne abdominale est indiquée, 1° lorsque la femme, enceinte de plus de 7 mois (1), vient de mourir, et que le travail n'est point assez avancé pour permettre l'accouchement par les voies naturelles ; 2° *chez la femme vivante*, 1° lorsque le bassin ne présente que deux pouces à deux pouces et demi d'étendue dans son diamètre sacro-pubien, l'enfant étant vivant ; 2° lorsque le bassin présente moins de deux pouces, que l'enfant soit mort ou vivant ; 3° dans certains cas de rétrécissement considérable de l'excavation, ou du détroit inférieur ; 4° lorsque le bassin est rempli par des tumeurs qu'il est impossible de déplacer ou de détruire ; 5° lorsque la matrice a fait hernie à travers le canal inguinal ou crural (2) ; 6° lorsque des jumeaux

(1) Si on faisait l'opération avant cette époque, ce ne pourrait être que pour donner le baptême à l'enfant, puisqu'il n'est pas encore viable.

(2) L'opération césarienne n'est pas toujours indispensable, et plusieurs auteurs rapportent que des femmes ont pu accoucher tout naturellement, malgré ces déplacemens de la matrice. Il faut donc tâcher de réduire l'organe, et dans le cas où on ne réussirait pas, voir si la matrice ne pourra pas se suffire à elle-même. En admettant que la nature fût impuissante, il faudrait bien en venir à l'opération.

réunis et vivans présentent un volume trop considérable. (Baudelocque, Plenk, etc.)

L'opération césarienne abdominale est contre-indiquée, 1° lorsque, la femme étant morte, le travail a été porté assez loin pour permettre l'accouchement par les voies naturelles; 2° lorsqu'on a la certitude que la mort de l'enfant a précédé celle de la mère; 3° chez la femme vivante, lorsque l'enfant étant mort, le bassin présente encore assez de largeur pour permettre le broiement (deux pouces à deux pouces et demi); 4° lorsque le fœtus est très-petit, ou tellement mou, qu'il pourra en quelque sorte se mouler sur la forme intérieure du bassin; 5° lorsque la tête du fœtus est tellement enclavée dans l'excavation, qu'il serait impossible de la remonter au-dessus du détroit; 6° enfin l'opération ne doit point être faite lo sque la femme refuse de s'y soumettre.

Le temps où il convient de pratiquer l'opération est *de nécessité* ou *d'élection*; de nécessité, quand le plus petit retard peut compromettre la vie de la mère ou de l'enfant; d'élection, quand on a pu, durant la grossesse, s'assurer des obstacles à l'accouchement, et fixer en quelque sorte la marche à suivre. Dans ce dernier cas, il faut, autant que possible, attendre que le col utérin soit assez dilaté pour donner une libre issue aux différens liquides qui pourront se former dans la cavité de la matrice.

L'opération césarienne abdominale doit être faite avec autant de soin sur la femme qui vient de mourir que sur celle qui est vivante, car il n'est pas toujours facile de constater si la mort est véritable. On rapporte l'observation de plusieurs femmes qui revinrent à elles au moment où on allait les soumettre au couteau césarien.

Instrumens et pièces d'appareil nécessaires.

Deux bistouris, l'un convexe ordinaire et l'autre droit,

boutonné, des ciseaux, une pince à ligature et quelques fils suffisent pour pratiquer l'opération.

Les pièces d'appareil nécessaires au pansement sont, une éponge fine, des aiguilles enfilées, de petites chevilles en bois, de longues bandelettes de diachylon, des linges enduits de cérat, de la charpie, des compresses longuettes, d'autres de forme carrée, un bandage de corps avec son scapulaire, et des vases d'eau froide où l'on verse quelques gouttes de vinaigre. Il est bon aussi d'avoir une seringue et de l'eau chaude pour faire, au besoin, des injections.

Lieu d'élection pour pratiquer l'opération.

Méthode latérale. La méthode la plus ancienne consiste à ouvrir le ventre sur l'un ou l'autre côté, mais de préférence sur celui où le fond de la matrice est incliné. Les accoucheurs ne sont pas d'accord sur la direction à donner à l'incision; les uns veulent qu'elle soit oblique, dans le sens d'une ligne qui, partant de l'extrémité cartilagineuse de la troisième côte asternale, irait se rendre au pubis; d'autres proposent une incision semi-lunaire; Levret veut qu'elle soit parallèle au bord externe du muscle droit; enfin Lauverjat conseille de lui donner une direction transversale.

Inconvéniens de la méthode latérale.

La méthode latérale, quelle que soit la direction qu'on donne à l'incision, offre d'assez graves inconvéniens : 1° elle met dans la nécessité de diviser trois plans de muscles, dont la direction différente apporte de grands obstacles à la cicatrisation; 2° elle expose à la lésion des branches de l'artère épigastrique, et des artères principales de la matrice qui se trouve incisée sur l'un de ses bords; 3° enfin, les fibres de l'utérus, étant coupées obliquement ou en travers, ne peu-

vent se contracter sans rendre la plaie béante, et sans donner lieu par suite à l'épanchement des lochies dans le ventre.

MM. Ritgen, Physick et Baudelocque, *neveu*, ont récemment proposé de nouvelles méthodes qui ont entr'elles beaucoup d'analogie; celle de Ritgen consiste à faire une incision transversale aux parois de l'abdomen, au-dessus de la crête de l'os des iles, et à *décoller* le péritoine jusqu'à ce qu'il soit possible d'atteindre le col de la matrice et de l'inciser.

Celui de M. Physick consiste à faire une incision transversale, immédiatement au-dessus des pubis, et à décoller le péritoine jusqu'au col de la matrice qu'il ouvre ensuite.

Enfin, M. Baudelocque veut qu'on fasse l'incision au-dessus et dans la direction de l'arcade crurale, et qu'on décolle le péritoine jusqu'à ce qu'il soit possible d'inciser la partie supérieure du vagin. C'est par cette ouverture que l'auteur prétend faire passer le fœtus, après avoir toutefois mis l'orifice du col en rapport avec elle.

On le voit, le but principal de ces trois auteurs est de faire l'opération sans ouvrir le péritoine; mais, outre que nous doutions qu'il soit possible de faire sortir l'enfant par la voie pratiquée, nous restons convaincus que ces opérations exposent beaucoup plus les femmes que l'opération ordinaire.

D'ailleurs les méthodes proposées par les docteurs Ritgen et Physick n'ont pas encore été mises en usage sur le vivant.

M. Baudelocque *neveu* a eu occasion d'essayer son procédé sur une femme vivante; mais il fut obligé d'abandonner son opération pour recourir à celle qu'on pratique ordinairement. Nous pensons donc que ce procédé, de même que ceux des docteurs Ritgen et Physick, doivent être entièrement abandonnés.

Pénétrés des inconvéniens de la méthode latérale, les modernes, tels que Mauriceau, Platner, Solayrès et autres, ont préféré faire l'incision sur la ligne blanche.

Cette méthode a bien aussi ses inconvéniens; ainsi, en prolongeant l'incision trop bas, on peut atteindre la vessie; d'ailleurs la position de la plaie est peu favorable à l'écoulement des liquides, et, d'un autre côté, les tissus aponévrotiques sur lesquels on agit, rendent la cicatrice assez difficile; cependant on donne généralement la préférence à cette méthode, et nous ne nous occuperons ici que de ce qui la concerne exclusivement.

Temps où il convient de pratiquer l'opération.

Ce temps, dit M. Désormeaux, est de *nécessité* ou d'*élection*; de nécessité, quand on est appelé après un travail plus ou moins long, et que la vie de la mère ou de l'enfant serait compromise par un plus long retard; d'élection quand, pendant le cours de la grossesse, on a pu à loisir s'assurer de l'existence des obstacles qui s'opposent à l'accouchement et fixer la marche que l'on doit suivre. On est généralement d'accord que dans ces cas il faut attendre que le travail soit bien décidé, que le col soit entièrement effacé et son orifice assez ouvert pour donner issue au sang qui s'écoulera de la surface de l'utérus, aux caillots qui pourront se former dans sa cavité et ensuite aux lochies; bien entendu, d'ailleurs, que l'opération devra toujours être faite avant l'écoulement des eaux de l'amnios; afin que, par la retraite de la matrice, les incisions se réduisent à une très-petite étendue, et aussi pour que l'enfant soit moins exposé à être blessé.

Soins préliminaires. Si la femme est robuste, pléthorique, il faut lui faire une saignée de précaution. Si elle est excessivement nerveuse et irritable, il convient de lui faire prendre quelques bains et de lui administrer quelques potions anti-spasmodiques.

La vessie doit être vidée de l'urine qu'elle contient; le

rectum doit être évacué au moyen de lavemens ou de légers purgatifs ; la région des pubis doit être rasée.

Position de la femme. La femme doit être placée sur le bord de son lit, que l'on a eu soin de garnir d'alaises ; couchée sur le dos, la tête et la poitrine médiocrement élevées ; les membres abdominaux allongés pendant le temps de l'incision, et à demi fléchis pendant l'extraction de l'enfant. Pour rendre l'abdomen plus saillant, il est nécessaire de placer un coussin sous les lombes.

Position des aides. Deux aides sont chargés de ramener la matrice au milieu de l'abdomen, de la circonscrire avec leurs mains, et d'écarter ainsi les intestins du lieu où l'on doit pratiquer l'opération. D'autres aides sont destinés à présenter les instrumens à l'opérateur et à le seconder lorsqu'il en est besoin. D'autres enfin sont chargés de maintenir la malade dans la position qu'on lui a donnée.

Procédé opératoire. L'accoucheur, armé du bistouri convexe, fait, dans la direction de la ligne blanche, une incision qui, selon Baudelocque, doit s'étendre de l'ombilic jusqu'à un pouce et demi environ du pubis. M. Désormeaux fait observer à ce sujet que, si l'incision devait être commencée au-dessus de l'ombilic, il faudrait que le bistouri passât à gauche de la cicatrice ; de cette manière, en effet, on éviterait de léser des parties qu'il importe de ménager. En prolongeant l'incision aussi haut, on fait que par suite il devient possible d'inciser la matrice dans sa partie la plus élevée et de prévenir ainsi l'épanchement des lochies dans l'abdomen. Cette première incision ne doit comprendre que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On divise ensuite la ligne blanche avec précaution vers sa partie inférieure ; puis, au moyen du bistouri boutonné conduit sur l'indicateur gauche, on la fend de bas en haut jusqu'à l'angle supérieur de la plaie des tégumens. Reste le péritoine, que l'on ouvre de la même manière et avec les mêmes précautions.

Les parois abdominales étant divisées, un des aides char-

gés de circonscrire la matrice déprime le plus possible l'organe, afin de rapprocher son fond de l'angle supérieur de la plaie des tégumens; on incise alors sa paroi antérieure, jusqu'à un pouce environ de l'angle inférieur de la plaie du ventre, c'est-à-dire, dans une étendue de six pouces environ. Cette incision ne doit comprendre que les parois de la matrice jusqu'aux membranes. On la commence avec le bistouri convexe, et on la termine avec le boutonné que l'on fait agir de dedans en dehors et de haut en bas. On perce ensuite les membranes avec beaucoup de précaution, et on les incise absolument de la même manière que les parois de l'utérus. Il faut, dans ce moment, que les aides tiennent les parois du ventre bien appliquées à la matrice, afin que les eaux de l'amnios ne s'épanchent pas dans le péritoine.

Si le placenta correspondait à l'ouverture faite à la matrice, il faudrait, comme le conseille Baudelocque, le décoller, et percer les membranes près de sa circonférence. Mais, ainsi que l'observe M. Désormeaux, il n'est pas possible de connaître à l'avance le lieu d'insertion de ce corps, à moins que la nouvelle application de l'auscultation, faite par M. de Kergaradec, ne puisse y être de quelque utilité; et encore, lors même qu'on connaîtrait ce lieu, on ne pourrait pas toujours l'éviter.

Une fois l'opération terminée, on va saisir les pieds de l'enfant, et on termine son extraction absolument de même que s'il s'agissait d'un accouchement par les voies ordinaires.

Si la tête, lorsqu'elle se présente naturellement à la plaie de la matrice, n'était point expulsée par les contractions de l'organe, il faudrait favoriser son issue, en pressant le ventre des deux côtés et à quelque distance de l'incision, ou bien encore en insinuant les doigts sous les angles de la mâchoire inférieure. On agirait d'après les mêmes principes si c'était le siége qui se présentât à l'incision.

Quant à la délivrance, elle s'opère naturellement par la plaie, ou bien on extrait l'arrière-faix en tirant sur le cor-

don ombilical, ou, ce qui est plus sûr, en le saisissant par son bord, afin qu'il présente moins de volume à l'ouverture. On roule les membranes sur elles-mêmes, pour qu'elles ne se déchirent pas et qu'elles suivent plus sûrement le placenta.

Après que la délivrance a été opérée, on vide la matrice des caillots qu'elle contient; quelques injections faites avec une décoction émolliente tiède peuvent être ici d'une grande utilité.

Si la matrice était frappée d'inertie, ou si une hémorrhagie se manifestait, il faudrait, pour obliger l'organe à revenir sur lui-même, le frictionner extérieurement, ou stimuler les bords de la plaie, faite à son tissu, en les titillant avec l'extrémité des doigts, ou en les lavant avec de l'eau vinaigrée. Il faudrait aussi faire, dans l'intérieur de l'organe, des injections avec le même liquide, ou bien encore avec le vinaigre pur.

Traitement après l'opération.

Le traitement que réclame la femme après l'opération césarienne peut être divisé en *local* et en *général*.

Traitement local. Il consiste à couvrir d'un appareil convenable la plaie de l'opération; mais avant tout il faut avoir soin de débarrasser le ventre des liquides qui ont pu s'y épancher. Pour cela, il suffit ordinairement de donner à la femme une position convenable, d'exercer sur les côtés du ventre de légères pressions, ou bien encore de faire quelques injections tièdes dans la cavité du péritoine.

La plaie de la matrice exige peu de soin; elle se réduit à une très-petite étendue par la retraite de l'organe, et se cicatrise d'elle-même.

Quant à la plaie extérieure, nous pensons, avec M. Désormeaux, qu'il faut la réunir au moyen de deux ou trois

points de suture enchevillée, en ayant soin de laisser, vers la partie inférieure, un espace libre qui puisse donner issue aux liquides qui s'épanchent dans l'abdomen : il est des auteurs qui veulent qu'on place, dans cette partie de la plaie, une bandelette de linge effilée. Baudelocque conseille, en outre, de placer une seconde bandelette dans l'ouverture du col de la matrice, afin de favoriser l'écoulement des lochies par les voies naturelles (1).

La suture n'est pas approuvée par tous les accoucheurs; M. Capuron la regarde comme inutile et même comme dangereuse, lorsque l'inflammation devient considérable. Quelques auteurs ont pensé qu'on pourrait très-bien la remplacer par l'emploi des agglutinatifs, ou bien encore par un simple bandage unissant; mais, ainsi que l'observe M. Désormeaux, ces moyens seraient bien insuffisans pour maintenir rapprochées les lèvres d'une si grande plaie, faite à des parois mobiles et flasques, comme le sont celles de l'abdomen après l'accouchement.

Pansement. Tout le pansement consiste à placer une compresse longuette de chaque côté de la plaie, à couvrir celle-ci d'un linge enduit de cérat, puis de charpie et de compresses carrées ; le tout doit être maintenu au moyen d'un bandage de corps, soutenu lui-même par un scapulaire.

Ce pansement doit être renouvelé plus ou moins souvent selon l'exigence des cas.

Si la matrice venait à contracter des adhérences avec les bords de la plaie, il faudrait, d'après l'avis de Bacqua, de MM. Capuron, Gardien, etc., les détruire avec soin, car, d'un côté, elles empêcheraient l'issue des matières épanchées dans l'abdomen, et de l'autre elles exposeraient les femmes à des tiraillemens douloureux, à des hémorrhagies, etc.

(1) Cette bandelette dans le col de la matrice ne nous paraît pas être d'une bien grande utilité.

Traitement général. Le même qu'après toutes les grandes opérations de la chirurgie : ainsi, les saignées plus ou moins répétées selon la force de la malade et l'intensité des accidens, le repos le plus absolu, la diète la plus sévère, l'usage des boissons délayantes, telles que l'eau de veau nitrée, l'eau de poulet, de chiendent, de pariétaire, de graine de lin, les lavemens pour entretenir la liberté du ventre, etc.; tels sont les moyens généraux qu'il convient d'employer.

La femme doit, autant que possible, nourrir son enfant, ou au moins se faire téter pendant les premières semaines, afin, comme le dit M. Gardien, de contre-balancer autant que possible l'irritation des organes abdominaux.

Après que la guérison est opérée, la femme doit s'astreindre à porter une ceinture, pour prévenir les hernies consécutives dont le volume devient quelquefois très-considérable.

Résultats de l'opération.

Relativement à la mère. L'inflammation de la matrice, du péritoine et des intestins, la suppuration, la gangrène, les épanchemens dans le ventre, tels sont les accidens qui, le plus souvent, rendent l'opération césarienne funeste pour la mère. Cependant les auteurs rapportent un assez grand nombre de succès. Baudelocque, dit que sur cent onze femmes opérées, quarante-huit ont été sauvées.

Relativement à l'enfant, l'opération césarienne est le moyen le plus doux et le plus sûr qui puisse être employé pour son extraction; c'est dire qu'il ne court jamais aucun risque par le fait même de l'opération.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE VAGINALE.

On donne le nom d'opération césarienne vaginale à l'incision de la matrice à travers le vagin. Le plus souvent l'opération porte sur l'orifice du col; mais quelquefois aussi elle n'intéresse que la paroi antérieure de l'organe.

L'opération césarienne vaginale est indiquée : 1° lorsque, *le bassin étant libre*, la dureté squirrheuse ou cartilagineuse du col de l'utérus s'oppose à sa dilatation; 2° lorsque l'orifice est entièrement oblitéré (des auteurs dignes de foi rapportent des exemples de cette oblitération); 3° lorsque l'orifice étant fort élevé, et ne pouvant être ramené au centre du bassin, la paroi antérieure de la matrice se trouve tellement poussée en avant par la tête du fœtus qu'une rupture paraît imminente; 4° lorsque, l'ouverture du col n'étant pas encore assez large pour l'introduction de la main, il survient des accidens capables de copmromettre en peu d'instans les jours de la femme; 5° enfin, dans le cas où la matrice s'étant développée hors du bassin, comme il peut arriver dans le prolapsus complet, son col n'a pas pu être dilaté par les doigts de l'accoucheur.

L'opération peut être pratiquée avec ou sans le secours d'un spéculum. En effet il n'est pas très-difficile de conduire sur le doigt un bistouri garni de linge jusqu'à peu de distance de son extrémité. Le boutonné, droit ou courbe, convient de préférence lorsqu'il s'agit de diviser les bords de l'orifice, on incise alors de dedans en dehors; mais lorsque l'ouverture du col est oblitérée, ou lorsqu'il s'agit d'inciser la paroi antérieure de l'organe, il faut alors avoir recours au bistouri pointu, et inciser de dehors en dedans; c'est ici qu'il faut bien prendre garde, en pénétrant dans la matrice, de blesser l'enfant.

Quand l'opération doit porter sur les bords de l'orifice, il convient de pratiquer plusieurs incisions, afin de n'être pas obligé de les faire trop profondes ; mais, lorsque l'opération doit porter sur la paroi antérieure de l'organe, une seule incision suffit ordinairement.

L'opération césarienne vaginale est, le plus souvent, facile à pratiquer, et n'entraîne que très-rarement des résultats fâcheux pour la mère. Si une hémorrhagie survenait on pourrait l'arrêter aisément par des injections froides, le tamponnement, ou la cautérisation portée au moyen du spéculum.

PARALLÈLE DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE ET DE LA SYMPHYSÉOTOMIE.

1. L'opération césarienne nécessite des incisions de cinq ou six pouces d'étendue.

2. L'opération césarienne porte sur des parties extrêmement sensibles et très-importantes.

3. Dans l'opération césarienne, on divise : savoir, *dans la méthode latérale*, 1° la peau; 2° le fascia superficialis; 3° des rameaux de l'artère tégumenteuse; 4° l'aponévrose abdominale; 5° le grand oblique; 6° le petit oblique; 7° des rameaux artériels et veineux; 8° le transverse; 9° le fascia transversalis; 10° le péritoine; 11° les trois membranes de la matrice et les trois membranes qui contiennent les eaux de l'amnios. Dans la *méthode médiane*, on divise 1° la peau;

1. La symphyséotomie n'exige qu'une incision d'un pouce et demi à deux pouces.

2. Dans la symphyséotomie on n'intéresse que des parties peu sensibles et peu essentielles à la vie.

3. Dans l'opération de la symphyséotomie, on divise, 1° la peau; 2° le tissu cellulaire sous-cutané; 3° quelques rameaux artériels; 4° le cartilage inter-articulaire; 5° quelques fibres ligamenteuses; 6° la branche gauche du clitoris.

2° le tissu cellulaire sous-cutané; 3° la ligne blanche; 4° le péritoine; 5° les parois de la matrice et les trois membranes qui contiennent les eaux de l'amnios.

4. L'opération césarienne expose à l'hémorrhagie, surtout dans la méthode latérale, aux épanchemens dans le ventre, à l'inflammation, à la gangrène, à la suppression des lochies et du lait, etc.

4. La symphyséotomie, lorsqu'elle est faite à propos et avec prudence, n'expose pas ordinairement les femmes à de très-grands dangers : ce n'est que quand l'écartement est porté trop loin qu'elle peut donner lieu aux accidens les plus redoutables, comme l'inflammation et la suppuration des articulations postérieures du bassin.

5. L'opération césarienne n'expose dans aucun cas la vie de l'enfant.

5. La symphyséotomie n'exclut pas toujours l'emploi de manœuvres plus ou moins dangereuses pour l'enfant.

6. L'opération césarienne est applicable dans un grand nombre de cas.

6. La symphyséotomie ne convient que dans quelques cas particuliers.

7. Les résultats de l'opération césarienne *du côte de la mère*, sont, d'après Baudelocque, quarante-huit guérisons sur cent onze opérations.

7. Les résultats de la symphyséotomie sont, *pour la mère*, vingt-sept guérisons sur quarante et une opérations; et *pour l'enfant*, vingt-huit morts sur le même nombre d'accouchemens.

CONCLUSIONS.

1°. L'opération césarienne est très-grave pour la mère, tout-à-fait innocente pour le fœtus.

2°. La symphyséotomie, moins grave peut-être pour la mère, n'est pas toujours sans danger pour le fœtus.

3°. L'opération césarienne offre beaucoup plus de ressources que la symphyséotomie.

DE LA GASTROTOMIE.

On donne généralement le nom de gastrotomie à l'opération qui consiste à diviser les parois de l'abdomen dans un point quelconque de leur étendue.

La gastrotomie est indiquée dans la plupart des grossesses extra-utérines, et lorsqu'après une rupture de la matrice, le fœtus étant passé en partie ou en totalité dans le ventre, il est impossible de le ramener par les voies naturelles.

Les instrumens et pièces d'appareil nécessaires à l'opération sont les mêmes que pour la gastro-hystérotomie. La malade doit être située et maintenue comme dans cette dernière opération.

Le lieu d'élection est ordinairement celui qu'occupe le fœtus et où il fait le plus de saillie; cependant, il est bien entendu qu'il faut, autant que possible, éviter d'inciser sur les côtés du ventre, afin de prévenir les accidens dont nous avons parlé à l'occasion de l'opération césarienne : l'incision sur la ligne blanche serait bien préférable, si, par elle, on pouvait parvenir à délivrer la femme. Mais si la tête, après s'être engagée dans l'excavation du bassin, venait à faire saillie à travers les parois du vagin, il faudrait alors inciser ce dernier, et terminer l'accouchement par les voies naturelles.

La gastrotomie peut être pratiquée dans un *temps de nécessité* et dans un *temps d'élection*.

Le passage subit du fœtus dans le ventre à travers une déchirure faite à la matrice ou au kyste qui la remplace ; sa mort et les accidens qu'elle peut déterminer du côté de la

mère, telles sont les causes qui obligent le plus souvent à opérer de suite.

Mais s'il n'existe aucun des accidens que nous venons d'indiquer, et si la grossesse extra-utérine parcourt librement ses périodes, quel moment choisira-t-on pour pratiquer l'opération? la fera-t-on avant le septième mois? Non, sans doute, puisqu'alors l'enfant n'est pas viable, et que les dangers qu'on ferait courir à la mère ne seraient compensés par rien. Mais attendra-t-on le terme naturel de la grossesse, époque à laquelle il se manifeste souvent un travail semblable à celui de l'accouchement ordinaire (1)? Non encore, car les efforts auxquels la nature se livre alors pourraient bien être suivis d'hémorrhagie ou de convulsions. Il faut donc choisir un terme moyen : or, si nous avions à pratiquer l'opération, nous y procéderions de préférence vers le milieu du huitième mois.

Le *procédé opératoire* est absolument le même que pour l'opération césarienne ; seulement, au lieu d'ouvrir la matrice, on pénètre dans l'espèce de kyste qui contient le produit de la conception. Lorsque ce dernier se trouve immédiatement dans la cavité du péritoine, on n'a que les parois du ventre à diviser.

Le fœtus doit être extrait avec les mêmes précautions qu'après l'opération césarienne.

La délivrance est sans contredit le point le plus difficile et le plus périlleux de toute l'opération ; car le décollement du placenta doit nécessairement donner lieu à une hémorrhagie qui ne saurait être arrêtée, comme celle de la matrice, par la rétraction de la partie sur laquelle le délivre était implanté. Cependant si on considère, avec M. Desormeaux, que dans quelques cas on a trouvé le placenta si mince

(1) Ce travail est annoncé par des douleurs plus ou moins vives, durant lesquelles l'ouverture de la matrice se dilate et laisse échapper quelques mucosités sanguinolentes.

qu'on l'aurait pris pour une membrane, et ses vaisseaux si petits, qu'on pouvait à peine en suivre la trace avec le scalpel, on concevra que ce décollement peut n'être pas toujours aussi dangereux qu'on l'a pensé ; et d'ailleurs rien n'empêche, ainsi que nous l'avons dit en traitant des grossesses extra-utérines, d'abandonner le placenta aux efforts de la nature et d'attendre qu'après s'être décollé de lui-même, il vienne se présenter à la plaie des parois abdominales.

Le traitement consécutif à l'opération est absolument le même qu'après la gastro-hystérotomie.

La gastrotomie est, sans doute, une opération des plus graves ; et cependant si elle ne compte encore aucun succès, cela tient évidemment, ainsi que l'observe M. Désormeaux, à ce qu'elle n'a jamais été pratiquée que lorsque déjà les femmes étaient épuisées par les douleurs, ou en proie à une inflammation violente des viscères abdominaux. Tout porte donc à croire que si on opérait, en temps opportun, on pourrait réussir dans un assez grand nombre de cas.

DE LA DÉLIVRANCE CONTRE NATURE.

L'hémorrhagie, les convulsions, les syncopes, l'inertie de la matrice, le resserrement du col, l'adhérence contre nature du placenta, son enkystement, son volume trop considérable, sa mauvaise position, l'avortement, la grossesse composée, etc., sont autant de causes qui peuvent rendre la délivrance contre nature.

Mais la conduite à tenir n'est pas toujours la même ; tantôt l'accoucheur doit accélérer la délivrance, comme dans les cas d'hémorrhagie, de convulsions, de syncopes ; tantôt, au contraire, il peut ou doit la retarder, comme lorsqu'il s'agit de l'inertie de la matrice, du resserre-

ment spasmodique du col, de l'adhérence contre nature du placenta, de son enkystement, etc.

Hémorrhagie. Bien que la présence du placenta dans l'intérieur de la matrice ne soit le plus souvent pour rien dans la production de l'hémorrhagie qui survient après la sortie de l'enfant, il n'en reste pas moins démontré, par de nombreux faits pratiques, que son extraction prompte est un des meilleurs moyens que l'on puisse employer contre l'écoulement du sang. Nous savons bien que tous les accoucheurs ne sont pas de cet avis; mais qu'ils ouvrent les yeux, qu'ils observent de bonne foi, et bientôt ils seront convaincus. Et d'ailleurs, si quelque chose est capable d'obliger la matrice à revenir sur elle-même, n'est-ce pas l'irritation que produit l'introduction d'une main dans son intérieur ?

Cependant il pourrait se faire, à la rigueur, que l'hémorrhagie persistât après la délivrance : alors il faudrait avoir recours aux réfrigérans de toute espèce, aux injections froides et acidulées, à une nouvelle introduction de la main dans la matrice. Si ces moyens ne réussissaient pas, et si, surtout, la malade avait déjà perdu une grande quantité de sang, il conviendrait de comprimer l'aorte à travers les parois abdominales. Cette compression est toujours facile après l'accouchement à cause de la mollesse du ventre, et il suffit qu'elle soit maintenue pendant 5 ou 6 minutes pour que tout écoulement de sang cesse. M. Tréhan dit, dans un Mémoire qu'il a récemment publié, avoir souvent employé ce moyen avec succès ; voici comment il s'exprime :

« La compression aortique présente dans son action une certitude que nul autre moyen ne peut offrir; elle suspend instantanément l'hémorrhagie, quelles qu'en soient la cause et la gravité, malgré l'inertie de la matrice, et avec la même facilité qu'on arrête le cours du sang dans un membre par la compression du tronc principal. L'obstacle opposé à l'abord du sang dans ce viscère suscite un tel changement dans son

état actuel, qu'il sort subitement de l'engourdissement où il était plongé et se contracte sans le secours d'aucune stimulation directe ou sympathique. »

Le seigle ergoté, puisqu'il fait cesser l'inertie, ne pourrait-il pas, ici, être employé avec avantage? Plusieurs observations, insérées dans un Mémoire du docteur Villeneuve, le prouvent de la manière la plus incontestable.

Convulsions. La présence du délivre dans l'intérieur de la matrice n'est pas toujours cause des convulsions qui surviennent chez certaines femmes, après l'accouchement. Cependant il n'en faut pas moins se hâter de délivrer, puisqu'il est reconnu que, dans certains cas, ces convulsions sont déterminées par la rétention du placenta.

Si la délivrance n'apportait aucun changement dans l'état de la femme, on devrait se comporter comme il a été dit page 125.

Syncopes. Nous dirons des syncopes ce que nous venons de dire des convulsions. Bien souvent elles tiennent à toute autre cause qu'au séjour du placenta dans la matrice; et cependant il n'en faut pas moins délivrer la femme, puisque l'expérience prouve que ces syncopes sont quelquefois dues à la rétention du délivre.

Inertie. Les femmes d'une constitution faible, celles chez lesquelles le travail a duré fort long-temps, sont souvent affectées d'inertie de l'utérus. S'il y a en même temps hémorrhagie, il faut se hâter d'extraire le placenta. Dans le cas contraire, on peut mettre en usage tous les autres moyens capables de redonner à la matrice le ton qu'elle a perdu. Les toniques à l'intérieur, tels que les bouillons, les consommés, les vins généreux, conviennent surtout. Il ne faut pas, non plus, négliger d'exercer sur le corps de la matrice des pressions avec l'extrémité des doigts.

Si l'inertie résistait à ces moyens, il faudrait avoir recours à l'introduction de la main dans la matrice, ou à l'admi-

nistration du seigle ergoté. Ce dernier moyen nous a souvent réussi, et dans deux cas seulement il nous a fallu recourir à l'introduction de la main dans les parties. Ici les tractions sur le cordon ombilical auraient les plus graves inconvéniens, elles pourraient déterminer le renversement de l'utérus.

Le resserrement du col de la matrice, après l'expulsion de l'enfant, s'oppose quelquefois à la sortie du placenta. La conduite à tenir alors est différente selon le cas : si le resserrement est *spasmodique*, il faut mettre en usage tous les remèdes qui peuvent faire cesser le spasme, comme la saignée, les bains, les injections calmantes, la pommade de belladone, et attendre que la matrice, en se contractant, expulse le placenta. Dans le cas contraire, surtout si des accidens fâcheux menacent les jours de la mère, il faut dilater le col avec les doigts et procéder de suite à l'extraction du délivre.

Les adhérences qui unissent le placenta à la matrice sont quelquefois tellement fortes qu'elles résistent aux contractions de l'organe; elles peuvent être générales ou partielles. Nous avons été appelé récemment pour un cas d'adhérence générale qui nécessita l'introduction de la main dans la matrice; le décollement du délivre n'offrit cependant pas de très-grandes difficultés.

Le plus souvent le placenta ne tient que dans une partie de sa surface : en 1828, nous avons eu occasion d'observer un cas dans lequel toute la circonférence du délivre adhérait fortement à la matrice, tandis que sa partie moyenne en était largement détachée.

Les causes des adhérences contre nature sont loin d'être connues : quelques auteurs ont cru les trouver dans les dégénérescences que présente quelquefois le placenta, mais on sait aujourd'hui que ces altérations produisent un effet tout contraire. M. Desormeaux ne paraît pas éloigné de croire que

ces adhérences intimes tiennent à une inflammation des surfaces correspondantes de l'utérus et du placenta.

Quoi qu'il en soit, on a lieu de supposer une adhérence contre nature toutes les fois que, malgré les contractions de la matrice et quelques tractions ménagées sur le cordon ombilical, le placenta résiste et ne s'engage pas à travers l'ouverture du col.

Quelle est la conduite à tenir en pareille circonstance? Abandonnera-t-on le délivre aux forces de la nature; ou bien en fera-t-on l'extraction? Si on le laisse dans la matrice, il pourra déterminer des convulsions, des syncopes, des hémorrhagies; d'ailleurs, en se décomposant, il pourra donner lieu à des symptômes de fâcheux caractère. Il vaut donc mieux, malgré quelques exemples qui prouvent que le placenta a pu séjourner pendant fort long-temps dans la matrice sans déterminer aucun accident, procéder aussitôt que possible à la délivrance.

Cependant, si quelques portions étaient tellement adhérentes qu'il fût impossible de les avoir sans déchirer le tissu de l'utérus, nous croyons qu'il vaudrait mieux les abandonner que de s'exposer à déterminer des accidens beaucoup plus graves que ceux que l'on chercherait à éviter en délivrant complètement la malade; mais alors il conviendrait de faire chaque jour dans la cavité de la matrice des injections avec la décoction d'orge ou de quinquina, afin de prévenir les accidens de la résorption, et aussi afin de favoriser l'issue des portions de délivre abandonnées.

Les adhérences contre nature du placenta cèdent quelquefois, comme par enchantement, à l'injection de huit ou dix onces d'eau froide acidulée dans la veine ombilicale; nous avons eu souvent occasion de nous en assurer à notre amphithéâtre et dans notre pratique particulière. D'autres personnes que nous ont obtenu de semblables résultats, et pourtant un auteur moderne, dont la mauvaise foi est heureusement bien connue, a osé mettre en doute

l'efficacité du moyen ! Que ne conteste-t-il aussi l'utilité du forceps, lui qui a vu récemment, et à son grand désappointement, se terminer *seul* un accouchement qui, *selon lui*, réclamait *impérieusement* l'emploi de l'instrument !

Sans doute l'injection du cordon ombilical ne réussit pas toujours à décoller le placenta ; mais quel est donc le moyen qui ne manque jamais son effet ?

Ne pourrait-on pas encore ici tenter l'emploi du seigle ergoté, puisque ce médicament oblige la matrice à se contracter fortement et à revenir sur elle-même ?

L'enkystement ou l'enchatonnement du placenta a été le sujet de beaucoup de contestations ; Levret, Simson, Solingen, Plessmann, Leroux, etc., l'ont expliqué chacun à leur manière ; mais nous nous abstiendrons de reproduire ici des discussions qui ne porteraient aucun fruit, pour nous en tenir à ce qu'il y a de positif.

L'enkystement du placenta dépend toujours du resserrement inégal des fibres de la matrice après la sortie de l'enfant. Le siége du kyste varie selon le point sur lequel porte la contraction la plus forte, et selon la direction des fibres contractées ; il peut se trouver au fond de l'organe, sur l'un de ses côtés, sur ses régions antérieure ou postérieure. Ses dimensions ne sont pas moins variables ; ainsi il peut être assez grand pour contenir tout le placenta, comme il peut se faire qu'il n'en contienne qu'une partie.

On reconnaît le chatonnement du placenta à la forme bilobée que présente le corps de la matrice à travers les parois abdominales, et à un rétrécissement circulaire que l'on constate en pénétrant dans les parties : ce rétrécissement sépare deux cavités dont l'une contient le délivre. Le cordon passe à travers l'ouverture de communication.

Le chatonnement du placenta ne rend pas toujours la délivrance contre nature ; aussi, à moins d'indications particulières, convient-il d'abandonner l'expulsion du délivre aux

contractions de la matrice. Mais lorsque des accidens graves forcent à recourir aux moyens de l'art, il faut dilater graduellement le rétrécissement à l'aide des doigts introduits l'un après l'autre, et extraire le placenta. Il importe beaucoup, durant les manœuvres, de soutenir solidement le fond de l'utérus au moyen d'une main appliquée sur le ventre de la femme.

Le volume trop considérable du placenta ne peut guère que retarder la délivrance, et, avec le temps, les contractions utérines, aidées de quelques tractions ménagées sur le cordon, viennent presque toujours à bout d'expulser le délivre. Cependant, si quelque accident forçait à délivrer promptement, il faudrait bien en venir à l'introduction de la main dans la matrice.

Quelquefois l'obstacle que présente le placenta ne tient à autre chose qu'à l'amas d'une grande quantité de sang dans l'intérieur des membranes : alors il faut donner issue au liquide, en perforant, soit les membranes, soit le placenta lui-même.

La mauvaise position du délivre rend aussi, assez souvent, la délivrance difficile. Ainsi, quand, au lieu de se rouler sur lui-même en forme de cornet d'oublie, le placenta se présente à l'ouverture du col par le milieu de sa face fœtale, sa sortie devient impossible, surtout si, comme il arrive presque toujours, il s'est amassé, dans l'espèce de cul-de-lampe qu'il forme alors du côté de la matrice, une grande quantité de sang pris en caillot. Nous avons souvent rencontré des cas semblables.

Ici, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'introduire deux doigts dans la matrice, d'accrocher le bord du délivre et de le tirer à soi : de cette manière, on établit une espèce de gouttière par laquelle le sang épanché s'écoule au dehors, et on oblige le placenta à se rouler sur lui-même comme il arrive dans la délivrance naturelle.

Avortement. La délivrance après l'avortement offre sou-

vent de très-grandes difficultés. Ordinairement le cordon ombilical est trop faible pour qu'on puisse exercer sur lui les moindres tractions ; la matrice est trop peu dilatée pour qu'il soit possible d'y introduire la main ; enfin, l'ouverture du col oppose fréquemment une résistance insurmontable au passage du délivre, surtout lorsque l'expulsion du fœtus a eu lieu depuis long-temps.

La conduite à tenir, ici, varie selon les circonstances : 1° si on est près de la femme lorsqu'elle accouche, il faut, aussitôt la sortie du fœtus, se hâter d'extraire le délivre, avant que le col n'ait eu le temps de revenir sur lui-même. Plusieurs tractions sur le cordon, s'il présente quelque résistance, peuvent très-bien suffire ; dans le cas contraire, il faudrait introduire quelques doigts dans la matrice. 2° Si un temps assez long s'est écoulé depuis l'expulsion du fœtus, les mêmes moyens ne peuvent plus convenir, à cause de la résistance qu'offre alors le col de la matrice, et il faut de toute nécessité abandonner la délivrance à la nature, à moins que des accidens particuliers n'obligent à recourir promptement aux moyens de l'art : dans ce dernier cas, on irait saisir le délivre avec la pince à faux-germe de Levret. Ne serait-ce pas aussi le cas de tenter l'emploi du seigle ergoté ?

Si aucun de ces moyens ne réussissait, il faudrait bien abandonner toute tentative de délivrance pour s'en tenir aux remèdes les plus propres à combattre les accidens auxquels la femme est en proie. On préviendrait les mauvais effets de la décomposition du placenta, en faisant des injections détersives dans l'intérieur même de la matrice.

La présence du délivre dans l'utérus ne détermine pas toujours des accidens ; on l'a vu séjourner pendant des années entières, et n'être expulsé qu'à l'occasion d'une nouvelle grossesse, sans que la femme en ait jamais éprouvé la moindre incommodité.

Dans les grossesses composées, les annexes des fœtus se

tenant toujours, au moins par quelques points, il importe beaucoup de ne procéder à la délivrance qu'après que tous les fœtus sont sortis; autrement, on exposerait gravement ceux de ces derniers qui resteraient dans la matrice, en les privant de toute communication avec leur mère.

Cependant, si avant ce temps l'un des placentas, entièrement séparé, venait à se présenter à l'orifice de la matrice il faudrait bien en faire l'extraction.

Lorsqu'on veut délivrer la femme, on réunit les cordons en les tordant sur eux-mêmes, et on se comporte ensuite comme s'il s'agissait d'une délivrance ordinaire.

Nous avons récemment accouché une dame qui portait deux enfans. Les délivres se trouvaient tellement confondus l'un avec l'autre, qu'il était impossible de distinguer aucune trace de séparation. La masse totale était considérable, et sa sortie à travers le col utérin présenta d'assez grandes difficultés.

De la manière d'opérer la délivrance artificielle.

De deux choses l'une : ou le placenta est décollé, ou bien il adhére encore à la matrice.

Dans le premier cas, si le cordon ombilical n'est point rompu, et s'il présente une certaine force, la délivrance est en général assez facile; il suffit, pour l'opérer, d'exercer quelques tractions dirigées dans le sens des axes du bassin. (*Voy. la délivrance naturelle*, pag. 107.)

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque le placenta est encore adhérent à la surface interne de la matrice, si les tractions sur le cordon n'ont pu suffire, il faut de toute nécessité pénétrer jusqu'au délivre, afin d'en opérer le décollement. Si le cordon existe encore, il peut servir de guide

à la main, qu'il faut d'ailleurs diriger d'après les mêmes règles et avec les mêmes précautions que lorsqu'il s'agit de l'extraction de l'enfant.

Lorsqu'on est arrivé dans la matrice, on reconnaît le placenta à sa consistance mollasse, et aux caractères propres à sa face fœtale (*Voy. pag.* 78.); d'ailleurs, lorsqu'on le touche, la femme souffre moins que lorsqu'on porte les doigts immédiatement sur le tissu de la matrice.

Si une partie du placenta se trouve détachée, on glisse la main entre cette partie et la surface interne de la matrice, jusqu'à ce que la séparation soit complète. Si le placenta est encore adhérent dans toute sa surface, il faut commencer par détacher un des points de sa circonférence, et se conduire ensuite comme précédemment. Lorsqu'il n'est plus adhérent que par son bord, son milieu étant détaché, on peut, à l'exemple de Baudelocque, percer son centre et porter les doigts par cette ouverture, pour terminer le décollement.

Lorsque le placenta est entièrement séparé on l'entraîne avec la main, en même temps que tous les caillots qui ont pu se former dans l'intérieur de la matrice.

TABLEAUX SYNOPTIQUES.

La science des accouchemens est sans doute assez vaste pour qu'après l'avoir parcourue dans tous ses détails, celui qui l'étudie, aime à pouvoir contempler, d'un seul coup-d'œil, tout ce qu'elle renferme de plus saillant, de plus essentiel, en un mot, tout ce qui ne doit jamais sortir de la mémoire.

Or, tel est le grand avantage des tableaux synoptiques, qu'ils reproduisent, dans un cadre toujours fort étroit, la substance des choses, même les plus étendues; ce qui fait que l'homme de l'art peut, en un instant et sans beaucoup de peine, se familiariser avec tout ce qu'il lui importe le plus de bien connaître.

Nous avons donc cru devoir placer, à la fin de notre traité des accouchemens, une série de tableaux renfermant tout ce qu'il y a de plus important dans la science.

Le 1^er^ tableau est consacré à la description

très-succincte de toutes les parties qui servent à la génération, à la grossesse, à l'accouchement et à la lactation.

Le 2e contient l'exposé des différentes espèces de grossesses; leurs signes distinctifs; leurs différentes terminaisons.

Le 3e a pour objet les phénomènes du travail; le mécanisme de l'accouchement naturel par la tête, les pieds, les genoux et le siége; la délivrance naturelle.

Le 4e fait connaître le degré de fréquence des différentes positions du fœtus, d'après des relevés faits à la Maternité, sur un nombre de 20,517 accouchemens.

Le 5e indique le mode de terminaison de ces 20,517 accouchemens.

Le 6e comprend toutes les manœuvres des accouchemens contre nature, qu'on peut terminer à l'aide de la main seule.

Le 7e a pour objet toutes les manœuvres que l'on fait à l'aide des instrumens mousses, tels que le forceps, le levier, les crochets, le lacs.

Le 8e, enfin, contient l'exposé de toutes les opérations qu'on pratique avec les instrumens tranchans, telles que l'embryotomie, la symphyséotomie, l'opérationcésarienne, la gastrotomie.

planches

LITHOGRAPHIÉES.

EXPLICATION DE LA Ier PLANCHE.

Cette planche, qui représente les principaux organes contenus dans les cavités splanchniques, sera fort utile aux élèves sages-femmes, qui n'ont que très rarement l'occasion de voir des cadavres.

a. Le cerveau.

bb. Les poumons.

c. Le cœur.

d. Le diaphragme, cloison qui sépare la poitrine de l'abdomen.

e. L'estomac.

f. Le foie.

ggg. Le gros intestin.

hhh. L'intestin grêle.

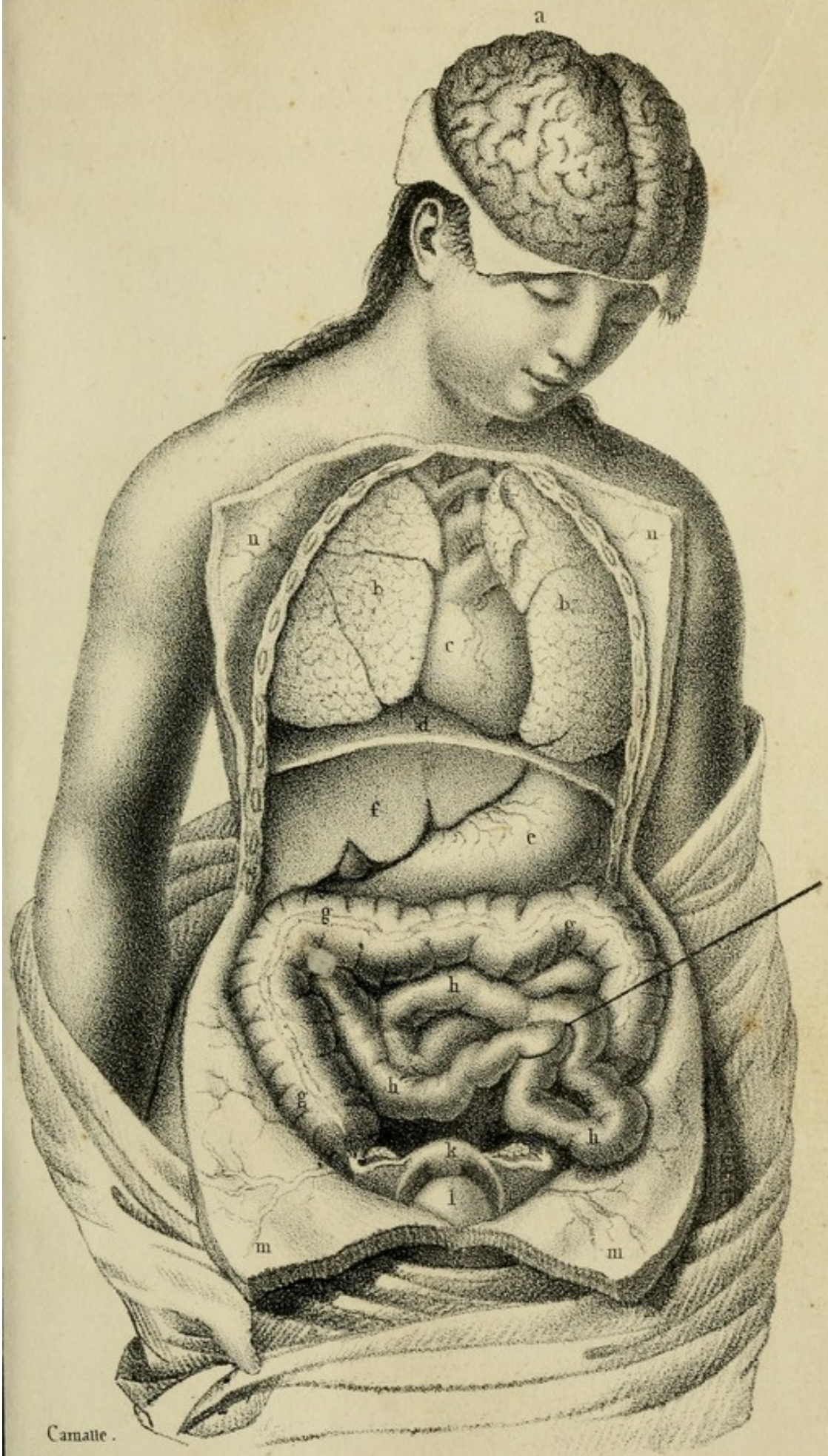
k. La matrice et ses dépendances.

l. La vessie.

mm. La paroi antérieure du ventre, renversée.

nn. Les parois de la poitrine.

Pl. 1.



Carnalle.

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.°4.

EXPLICATION DE LA IIe PLANCHE.

Cette planche représente les os du bassin, séparés.

Fig. 1.

a. L'os sacrum.

b. L'os coccyx.

cc. Les deux os des îles.

(*Voyez pages* 1 *et suiv.*)

Fig. 2.

aaaaa. Les cinq pièces dont le sacrum est composé dans l'enfance.

bbb. Les trois pièces du coccyx.

cc. L'os ilium.

dd. L'os pubis.

ee. L'os ischium.

Avec l'âge ces trois derniers os se réunissent dans la cavité cotyloïde, pour ne plus former qu'une seule et même pièce, l'os des îles.

Fig. 1.

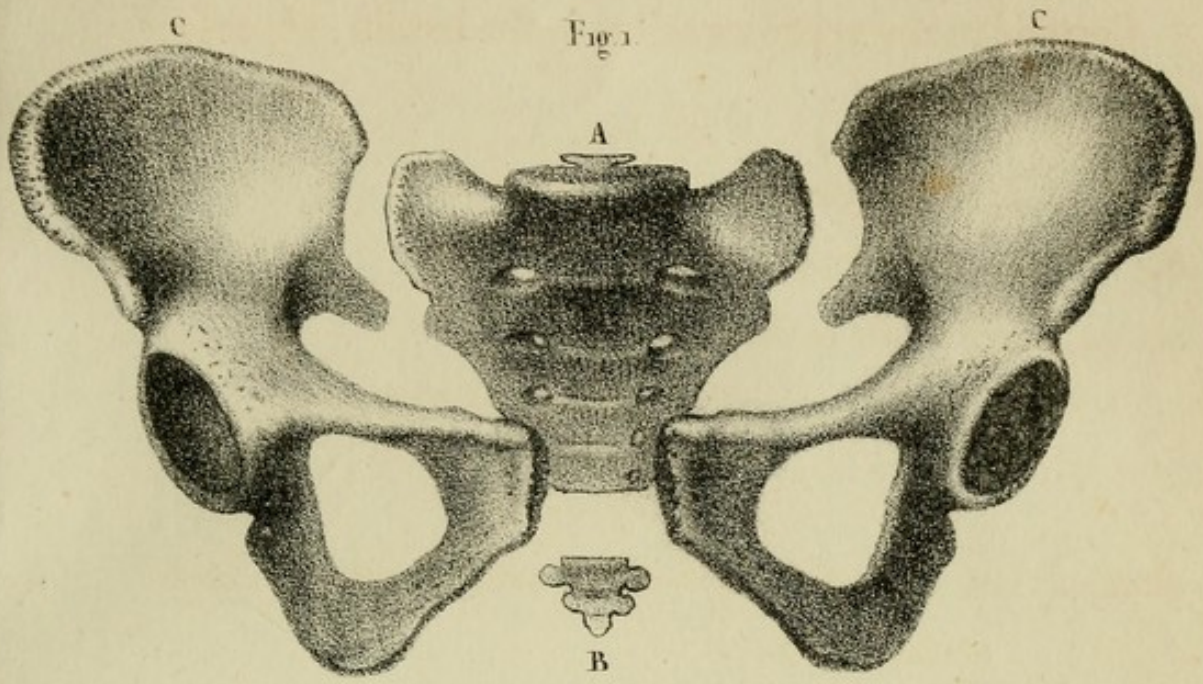
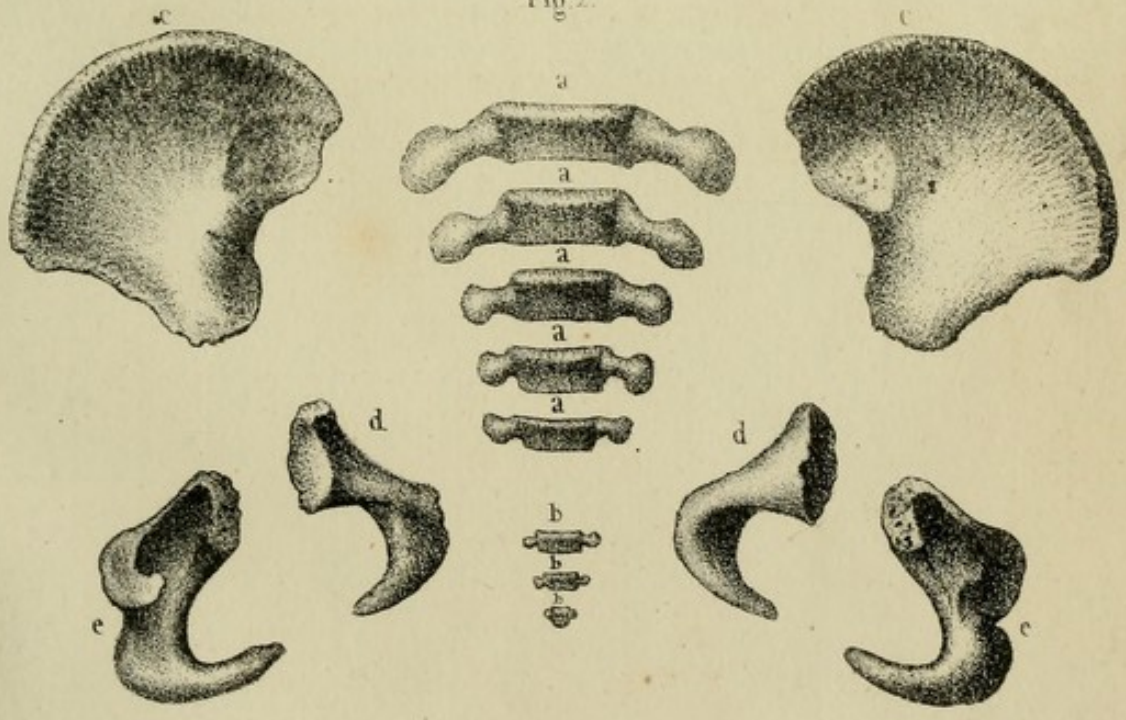


Fig. 2.



Camaille.

Lith. de Benard rue de l'Abbaye N.° 4.

EXPLICATION DE LA IIIe PLANCHE.

Fig. 1. *Bassin vu antérieurement.*

Cette figure est destinée à mettre en évidence les ligamens ilio-lombaires, sacro-vertébral commun antérieur, sous-pubiens, inter-pubiens et sacro-sciatiques.

Elle peut aussi servir à l'étude du bassin, considéré d'une manière générale.

(*Voyez, pour les ligamens, page* 5, *et pour le bassin, page* 8.)

Fig. 2. *Bassin vu par sa face postérieure.*

Ici on distingue parfaitement les ligamens ilio-lombaires (vus par derrière), les trois ligamens sacro-iliaques, et la face postérieure des ligamens sacro-sciatiques.

Cette planche peut aussi servir à l'étude de la face postérieure du bassin.

(*Voyez pages* 5 *et* 8.)

Fig. 1.

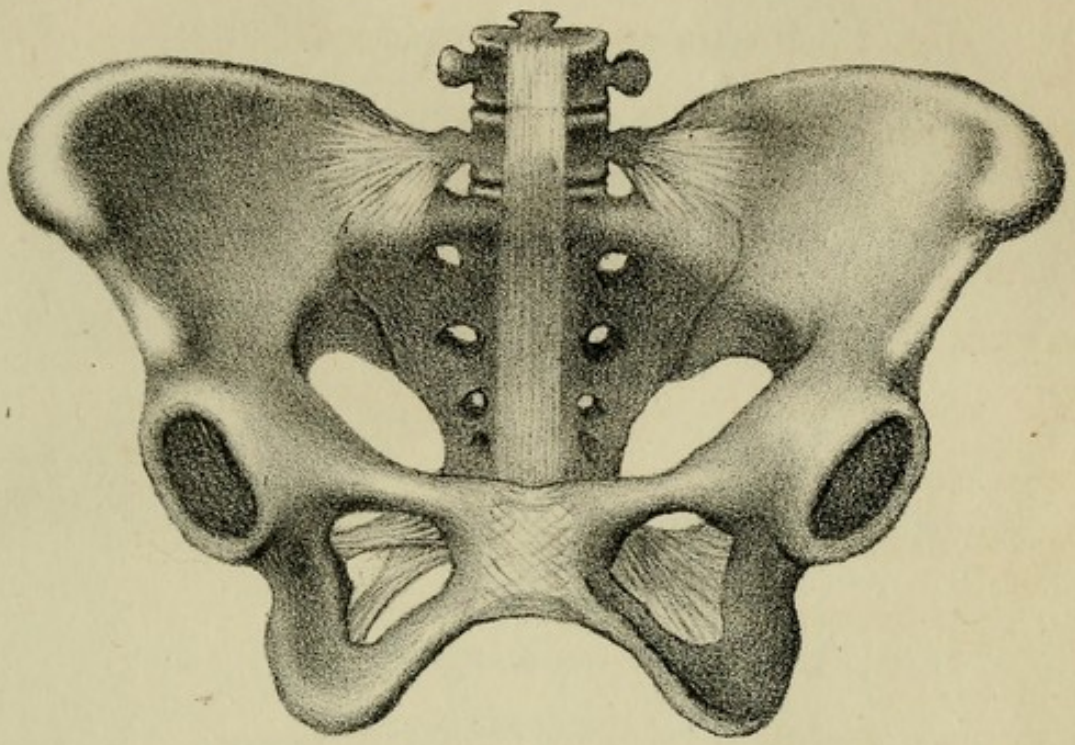
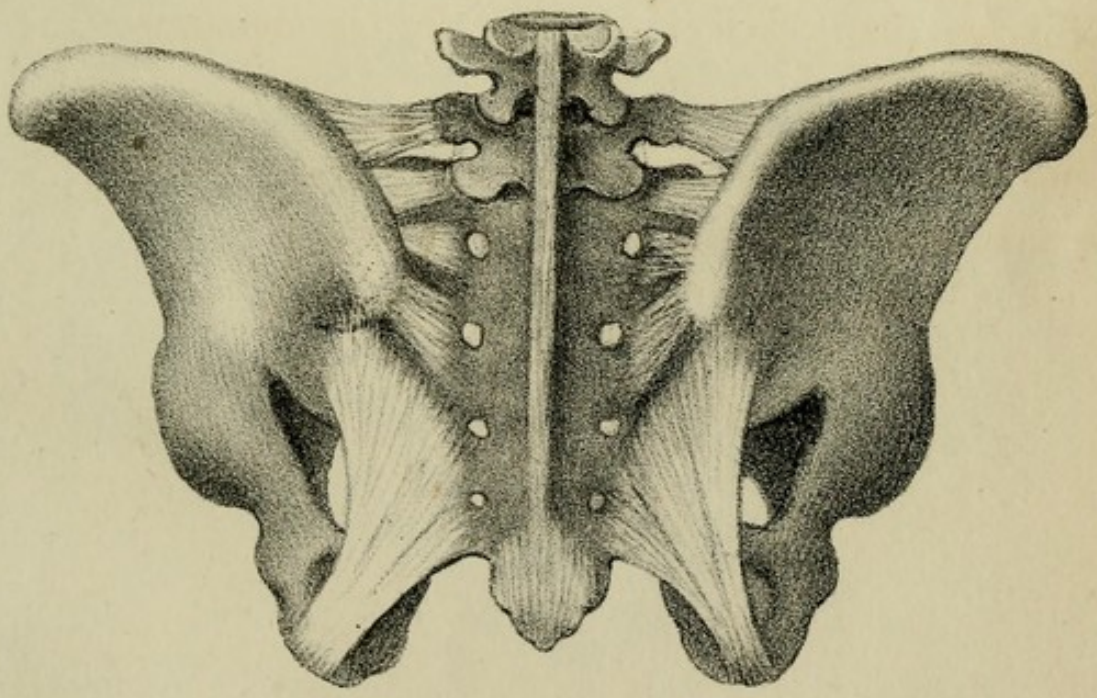


Fig. 2.



Camatte.

Lith. de Lemaire, rue de l'Abbaye N.° 4.



EXPLICATION DE LA IV^e PLANCHE.

Fig. 1.

aa. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin.

bbbb. Les diamètres obliques.

cc. Le diamètre transversal.

(*Voyez page* 10.)

Fig. 2.

aa. Le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur du bassin.

bbbb. Les diamètres obliques.

cc. Le diamètre transversal.

(*Voyez page* 11.)

Fig. 1.

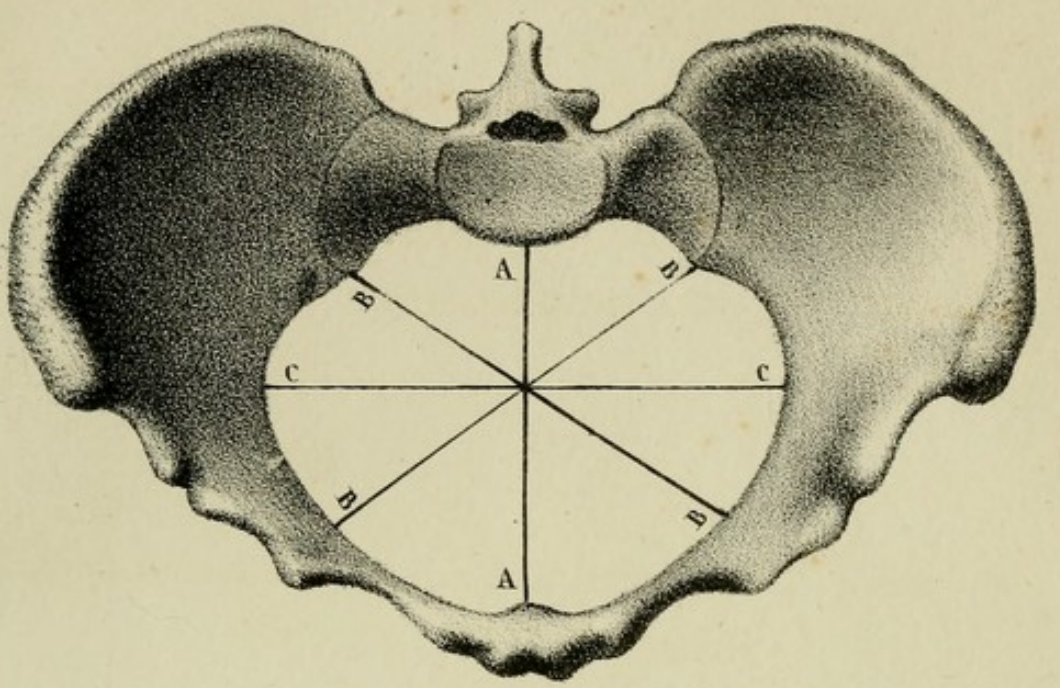
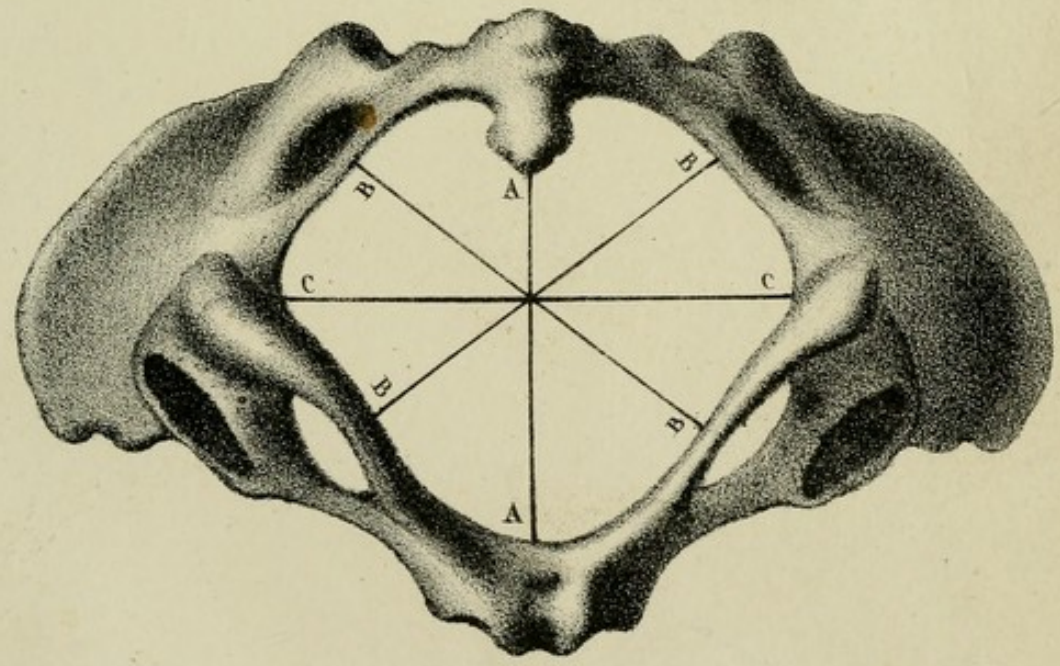


Fig. 2.



Camatte

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.° 4.

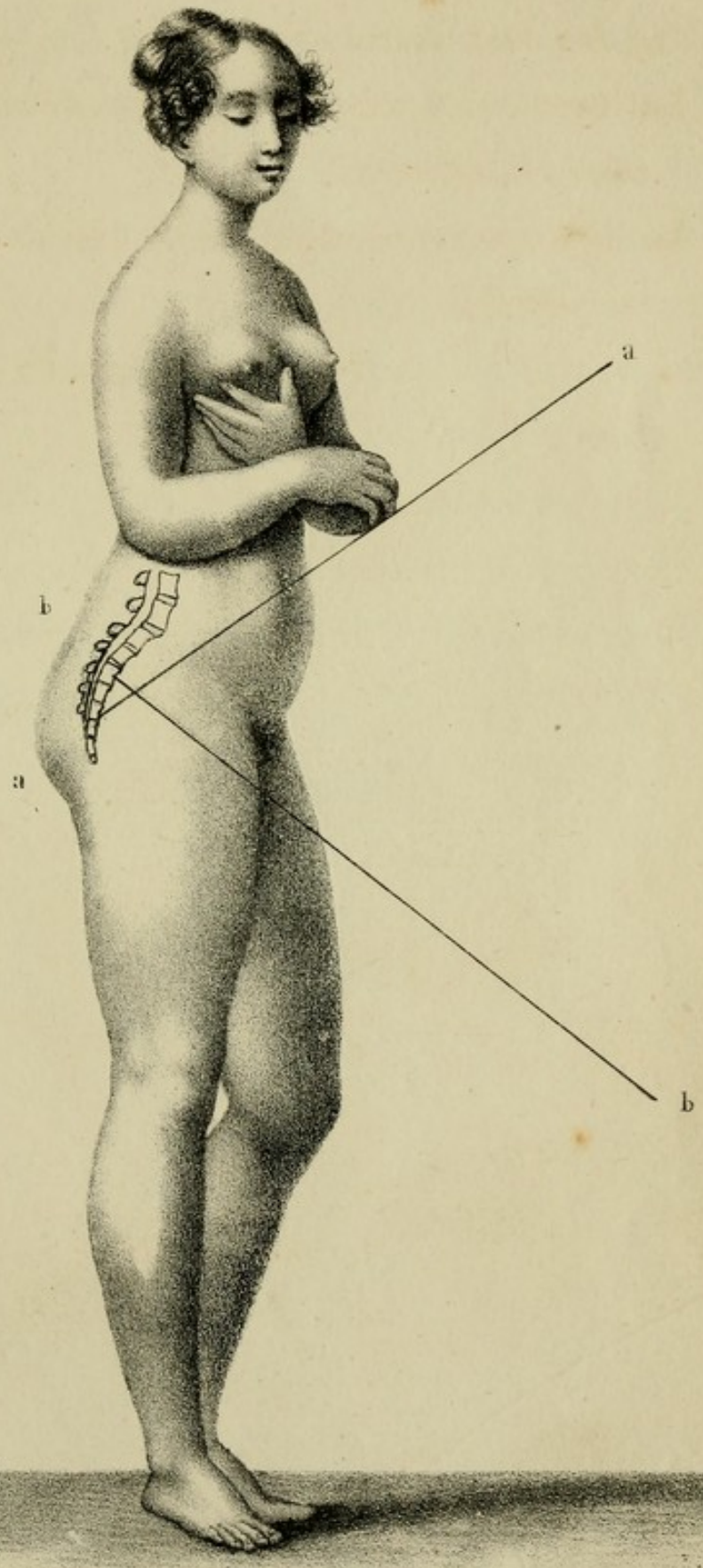
EXPLICATION DE LA Ve PLANCHE.

Cette planche est destinée à indiquer la direction de l'axe des deux détroits du bassin.

aa. La ligne qui représente l'axe du détroit supérieur ou abdominal.

bb. La ligne qui représente l'axe du détroit inférieur ou périnéal.

(*Voyez les pages* 10 *et* 12.)



Camatte

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.° 4

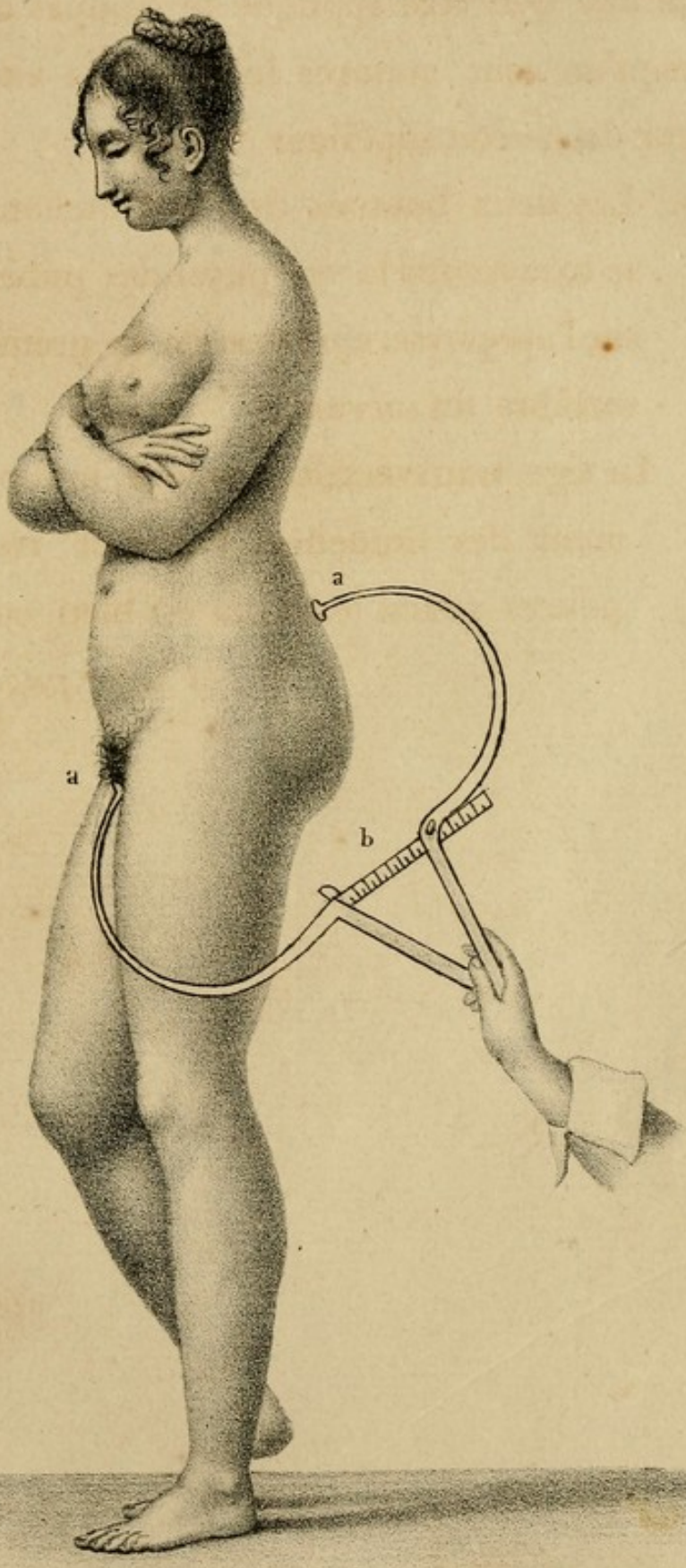
EXPLICATION DE LA VIe PLANCHE.

Cette planche est destinée à montrer de quelle manière doit être appliqué le compas d'épaisseur, lorsqu'on veut mesurer le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin.

aa. Les deux boutons de l'instrument. L'un doit se trouver sur la symphyse des pubis, et l'autre sur l'apophyse épineuse de la première fausse vertèbre du sacrum.

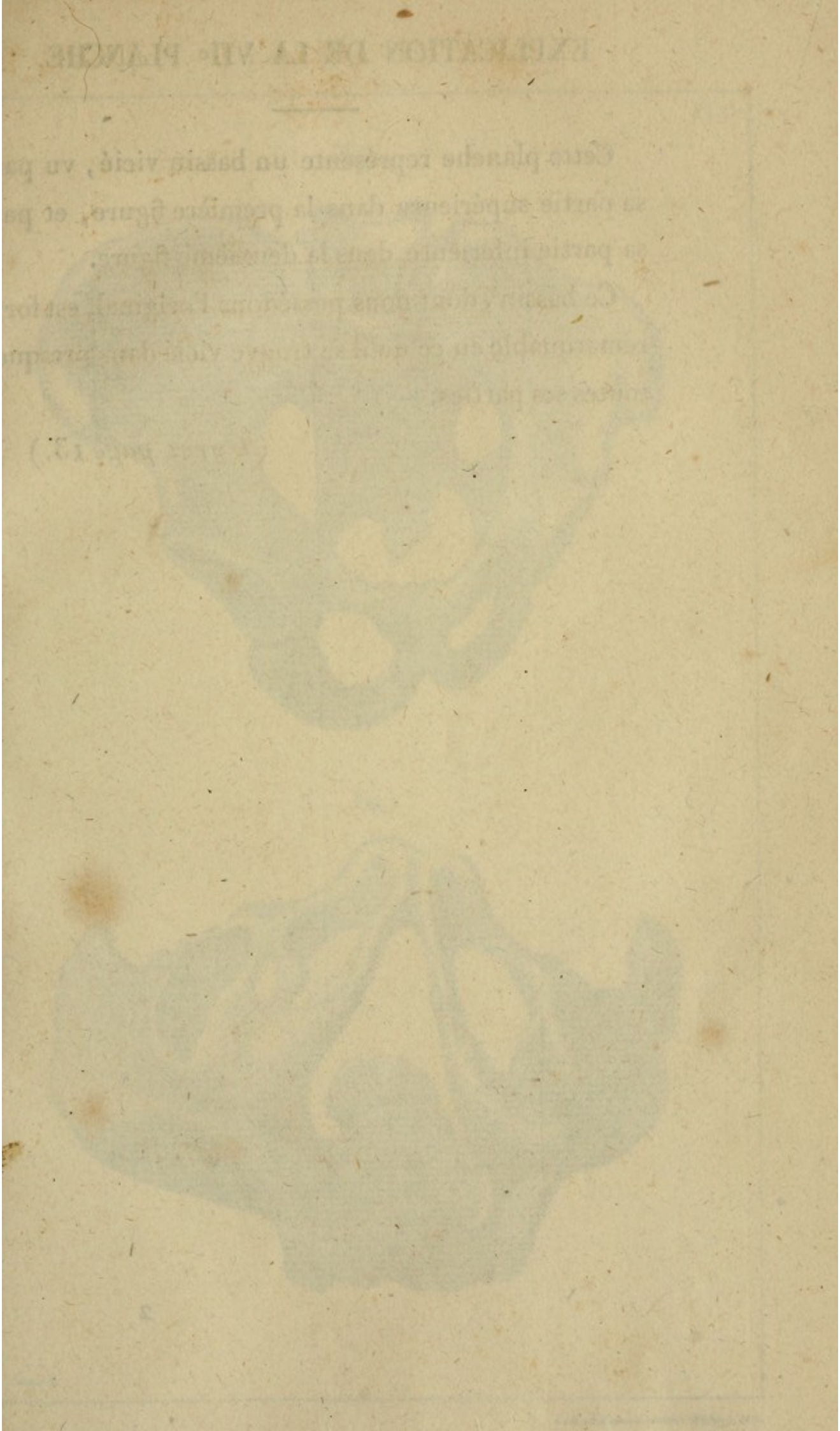
b. La tige transversale, graduée, indique l'écartement des branches. On doit trouver sept pouces quand le bassin est bien conformé.

(*Voyez page* 19.)



Camatte

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.° 4.



EXPLICATION DE LA VII^e PLANCHE.

Cette planche représente un bassin vicié, vu par sa partie supérieure dans la première figure, et par sa partie inférieure dans la deuxième figure.

Ce bassin, dont nous possédons l'original, est fort remarquable en ce qu'il se trouve vicié dans presque toutes ses parties.

(*Voyez page* 13.)

Fig. 1.

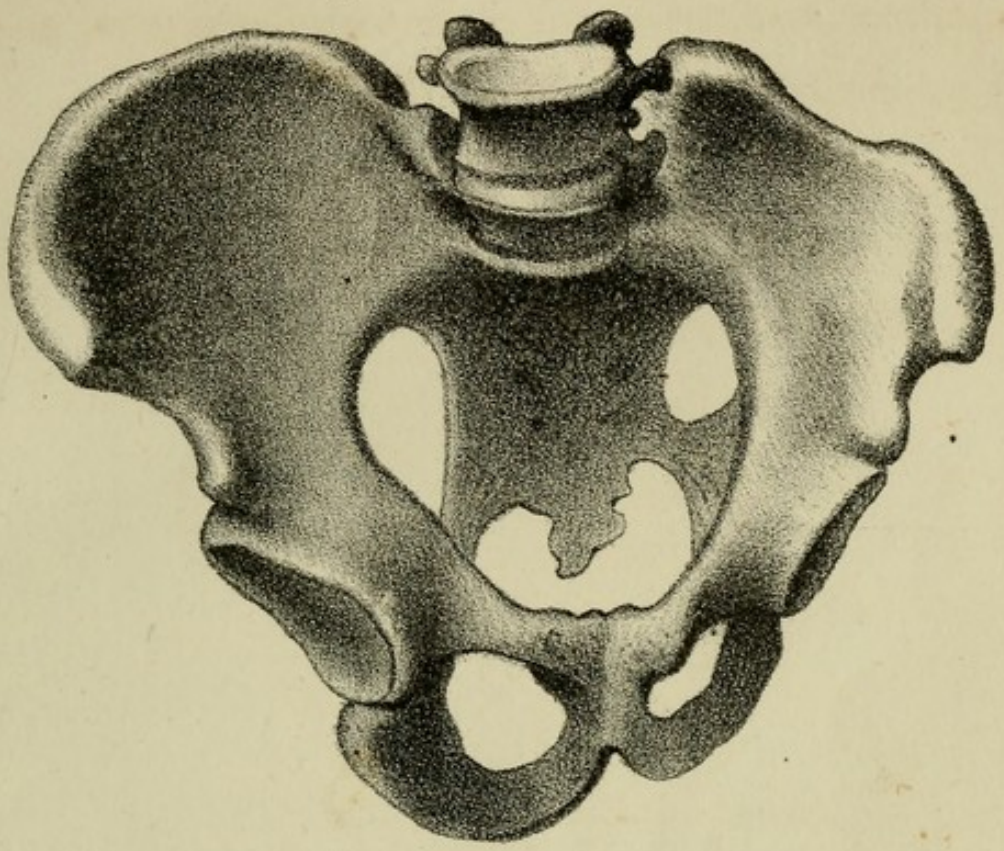
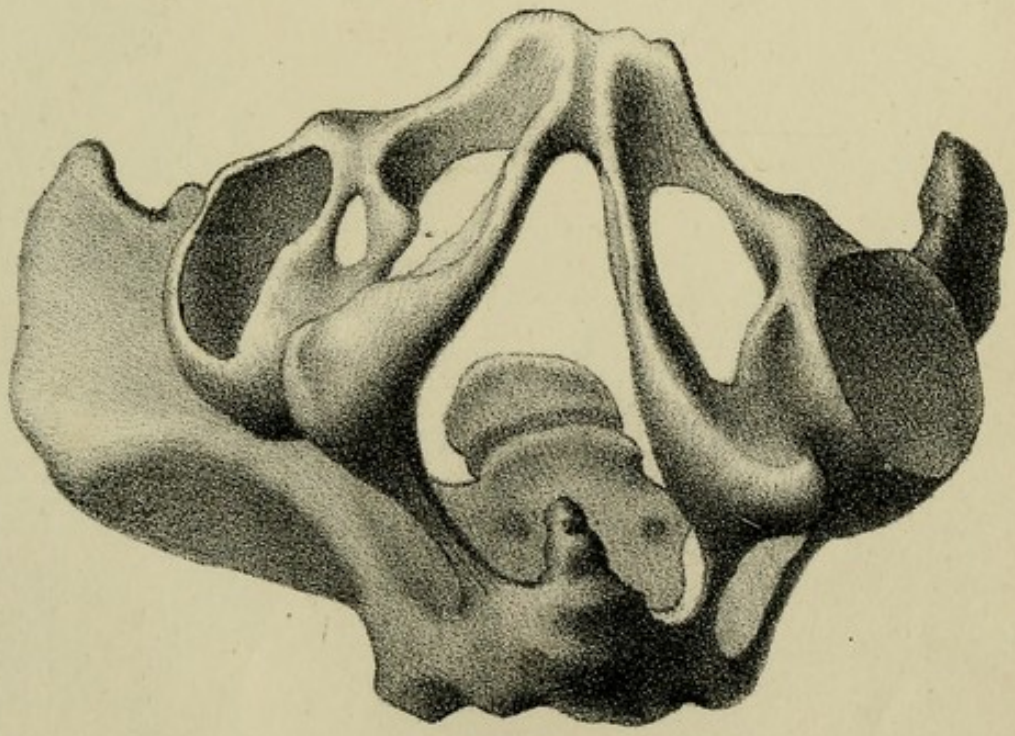


Fig. 2.



Camatte.

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.° 4.

EXPLICATION DE LA VIIIe PLANCHE.

Cette planche représente les organes génitaux externes et internes.

Fig. 1.

a. Le pénil ou mont de Vénus.
b. Les grandes lèvres.
c. Le clitoris et son prépuce.
d. Le méat urinaire.
e. Les petites lèvres.
f. L'entrée du vagin.
g. L'hymen.
h. La fosse naviculaire.
i. La commissure postérieure.
k. Le périnée.

(*Voyez pages* 21 *et suivantes.*)

Fig. 2.

a. Le fond de la matrice.
b. Le corps *id.*
c. Le col *id.*
d. L'orifice externe *id.*
ee. Les ovaires.
ff. Les trompes utérines.
gg. Les ligamens larges.
ii. Les ligamens ronds.

(*Voyez page* 26 *et suiv.*)

Fig 1.

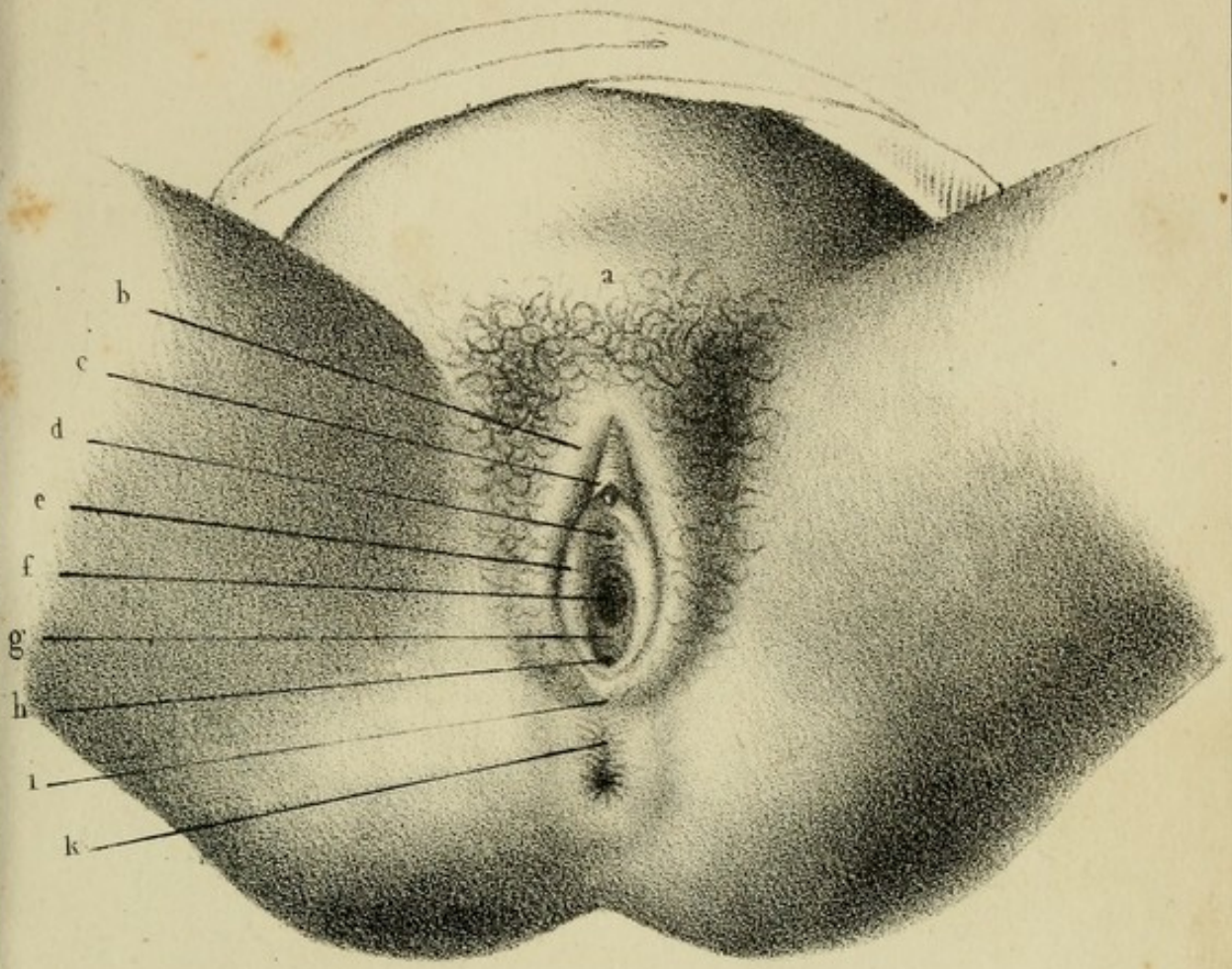
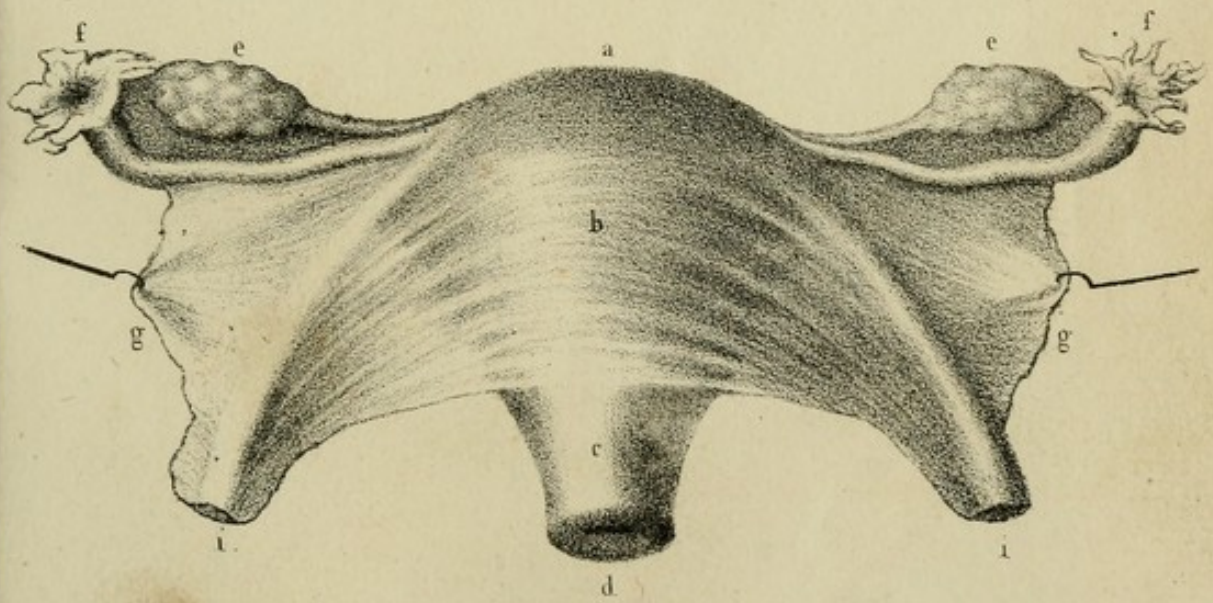


Fig 2.



Camatte

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N°4.

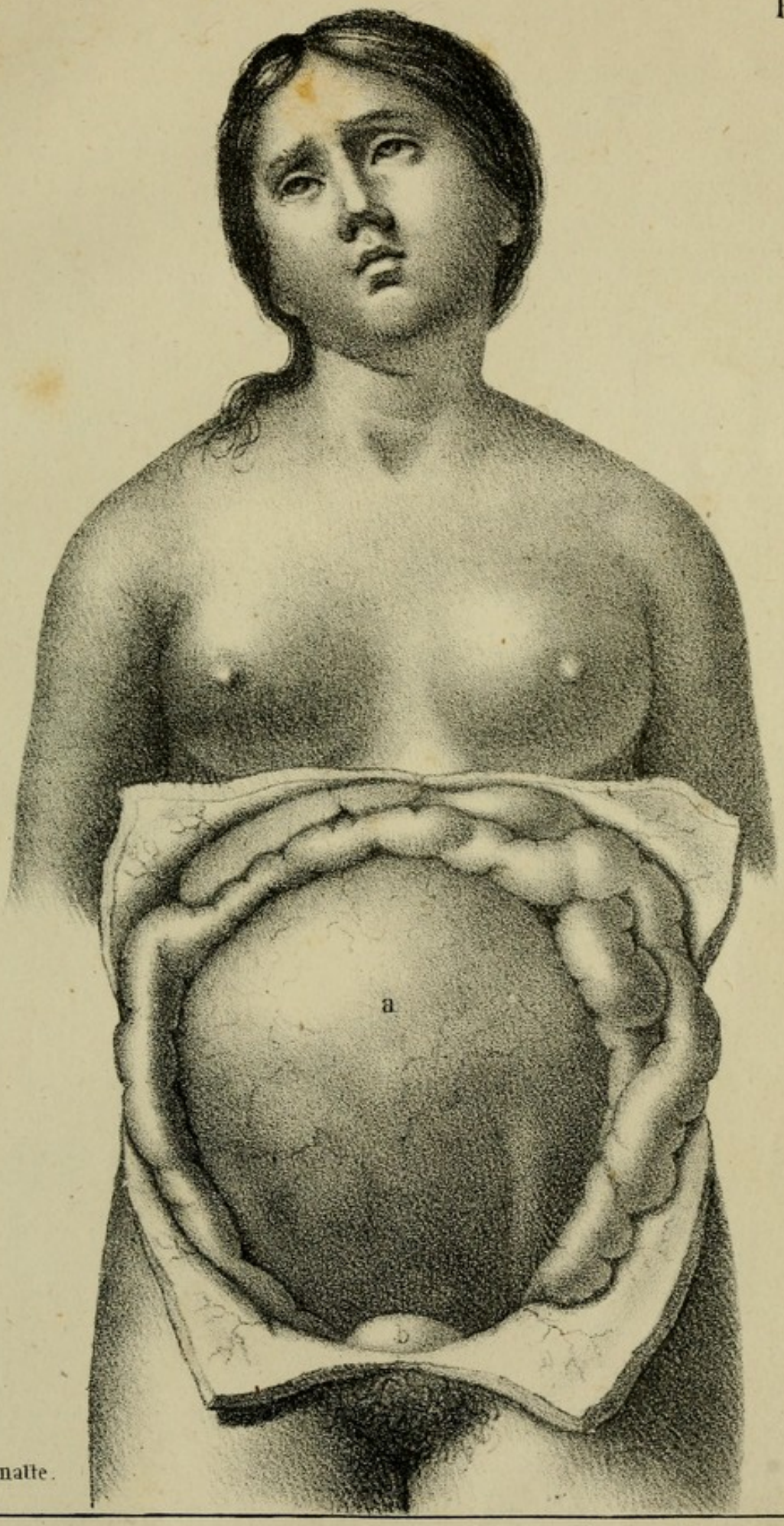
EXPLICATION DE LA IXe PLANCHE.

Cette planche représente la matrice d'une femme au terme de la gestation.

Il est aisé, d'après les nouveaux rapports dans lesquels se trouve l'utérus avec les organes qui l'environnent, d'expliquer la plupart des phénomènes de la grossesse.

(*Voyez page* 43.)

Pl. 9.



Camalte.

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.° 4.

EXPLICATION DE LA X^e PLANCHE.

Cette planche représente les différens états du col de la matrice pendant la grossesse.

Fig. 1.

Le col de la matrice dans l'état de non gestation, *la femme n'ayant pas eu d'enfans.*

Fig. 2.

Le col de la matrice au troisième mois de la grossesse, la femme *n'ayant pas eu d'enfans.*

Fig. 3.

Le col de la matrice à six mois de grossesse, *id.*

Fig. 4.

Le col de la matrice à neuf mois de grossesse, *id.*

Fig. 5.

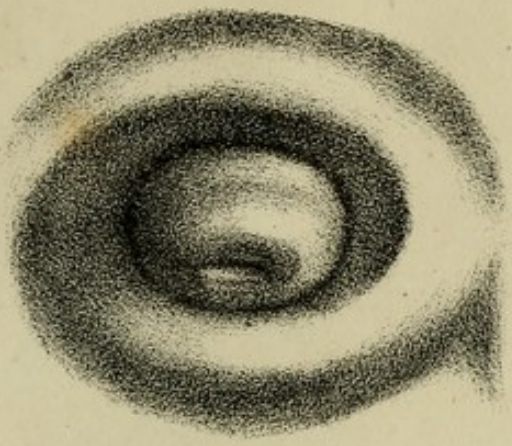
Le col de la matrice dans l'état de non gestation, *la femme ayant eu des enfans.*

Fig. 6.

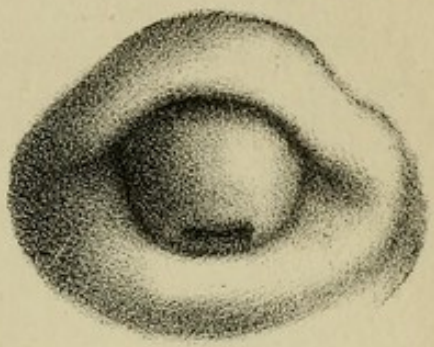
Le col de la matrice à neuf mois de grossesse, *la femme ayant eu des enfans.*

(*Voyez les pages* 29, 2^e *alinéa, et* 451, 1^er *alinéa.*)

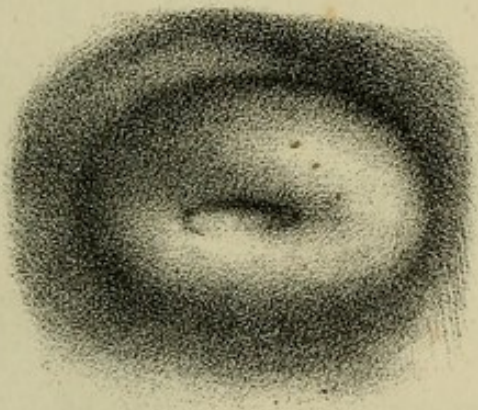
2



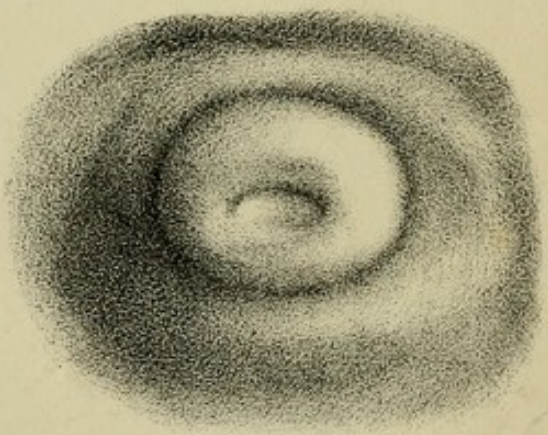
1



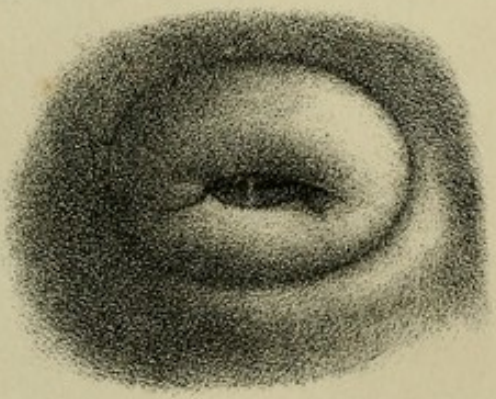
4



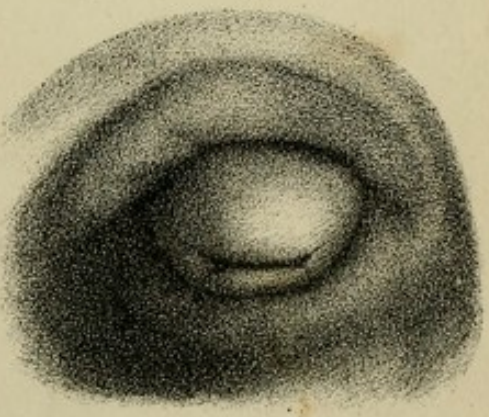
3



6



5



J.G. Martin

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.° 4.

EXPLICATION DE LA XI^e^ PLANCHE.

Fig. 1.

L'œuf humain à un mois de grossesse ; les membranes sont ouvertes de manière à laisser voir l'embryon.

Fig. 2.

Le même œuf vu du côté où le placenta s'insère à la matrice.

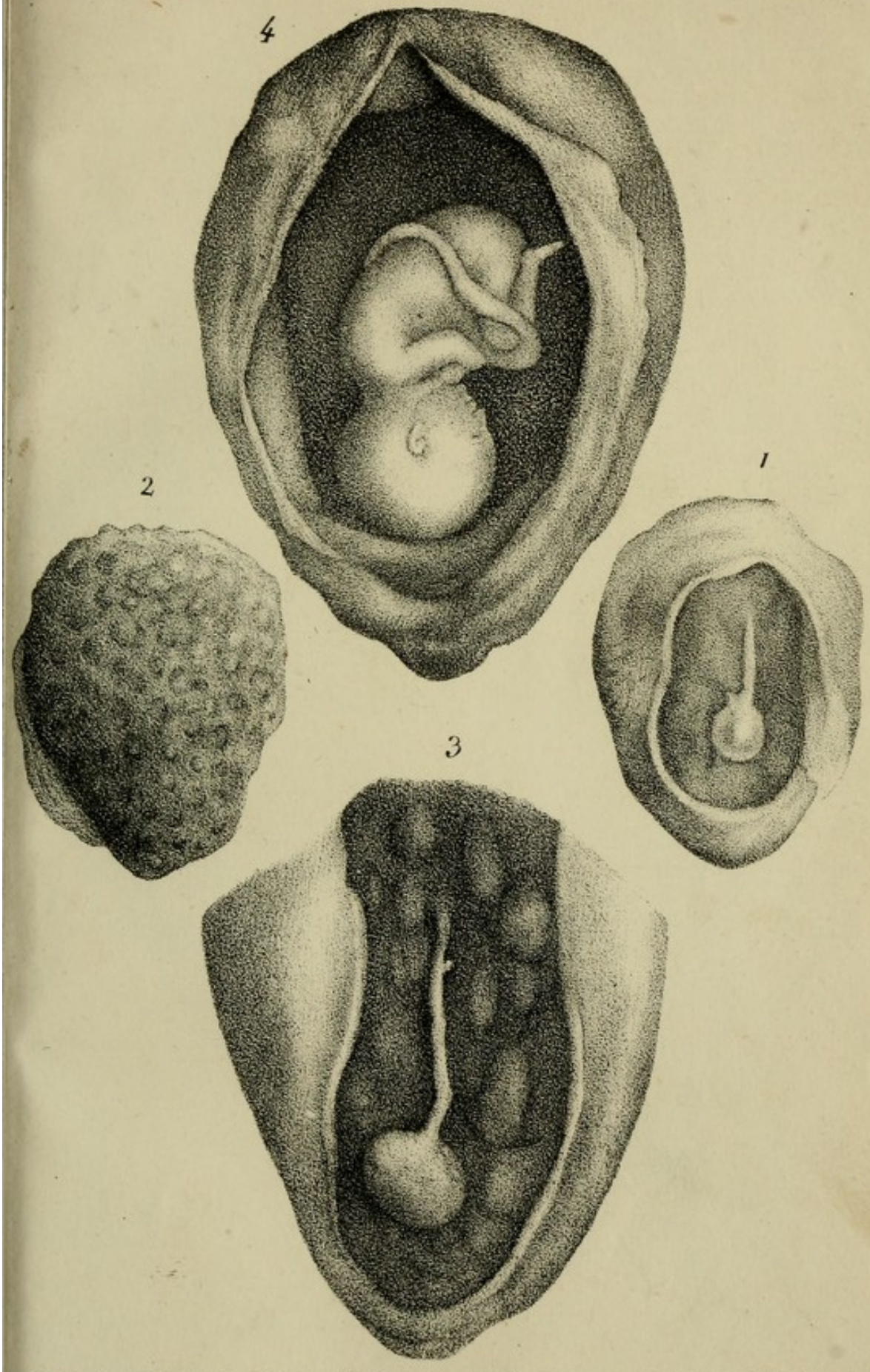
Fig. 3.

L'œuf humain à six semaines de grossesse.

Fig. 4.

L'œuf humain à deux mois de grossesse.

(*Voy., pour le texte, pag.* 66).



Lith. de Benard rue de l'Abbaye N°4.

EXPLICATION DE LA XII^e PLANCHE.

Cette planche représente un fœtus de cinq mois.

(*Voyez page* 68, 2^e *alinéa.*)



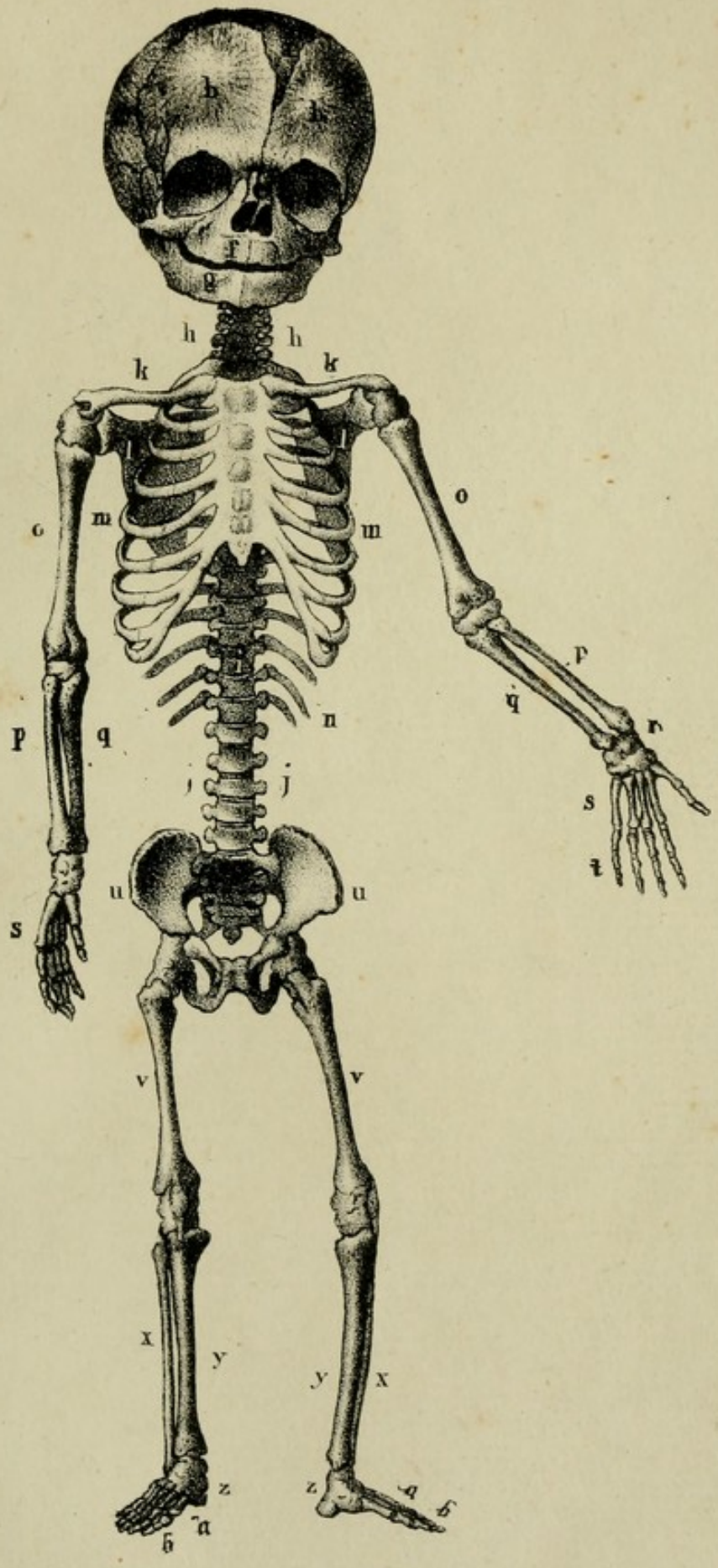
J.G. Martin

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.° 4.

EXPLICATION DE LA XIII^e PLANCHE.

Cette planche, qui représente le squelette du fœtus, sera d'une très grande utilité pour les élèves sages-femmes; car il est bon qu'elles connaissent au moins les principaux os qui entrent dans la composition du corps humain, leurs noms et la place qu'ils occupent.

a. La fontanelle antérieure.
bb. Les deux pièces du coronal.
c. Le pariétal.
dd. La cavité de l'orbite.
e. Les os propres du nez.
f. Les os maxillaires supérieurs.
g. L'os maxillaire inférieur.
hh. Les vertèbres cervicales.
i. Les vertèbres dorsales.
jj. Les vertèbres lombaires.
kk. La clavicule.
ll. L'omoplate.
mm. Les côtes.
nn. Les fausses côtes.
oo. L'humérus.
pp. Le radius.
qq. Le cubitus.
rr. Les os du carpe.
ss. Les os du métacarpe.
tt. Les os des phalanges.
uu. Les os du bassin.
vv. Le fémur.
xx. Le péroné.
yy. Le tibia.
zz. Les os du tarse.
AA. Les os du métatarse.
BB. Les phalanges des orteils.



Camalte

Lith. de Bonard, rue de l'Abbaye N.° 4

EXPLICATION DE LA XIV^e^ PLANCHE.

Cette planche représente les principaux diamè=res de la tête du fœtus à terme.

Fig. 1.

a. Le diamètre occipito-frontal.
(4 pouces et quart d'étendue).

b. Le diamètre occipito-mentonnier.
(5 pouces et quart d'étendue).

(*Voyez page* 71.)

Fig. 2.

aa. Le diamètre bi-pariétal. (3 pouc. et demi d'ét.)

(*Voyez page* 71.)

Fig.1.

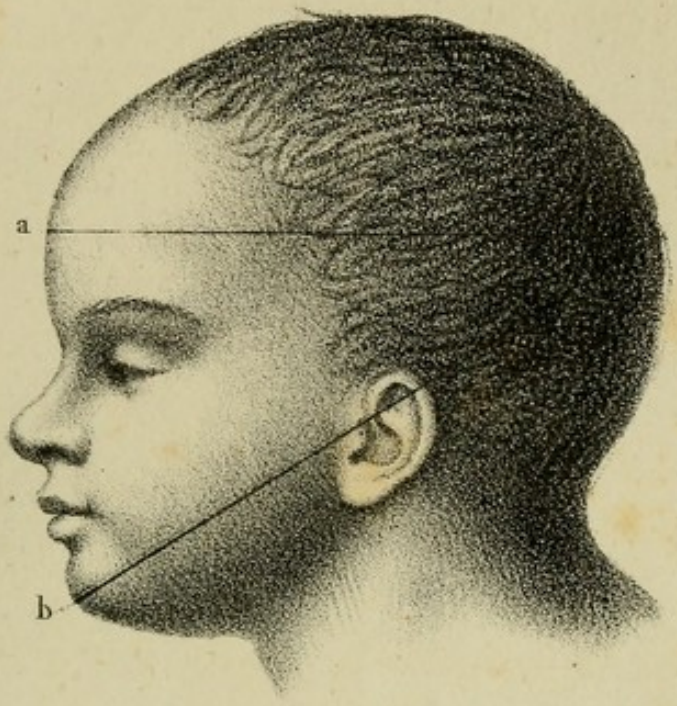
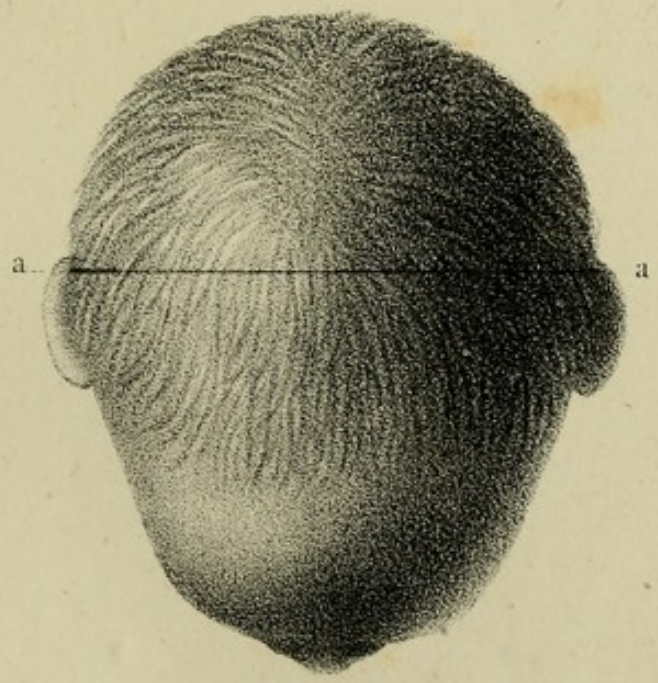


Fig.2



Camatte

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.°4.

EXPLICATION DE LA XV^{e} PLANCHE.

Cette planche est destinée à montrer la disposition des principaux organes de la circulation chez le fœtus.

a. Le fœtus ouvert de manière à laisser voir le cœur et les gros vaisseaux qui en partent et qui s'y rendent.

DANS LA CAVITÉ DE LA POITRINE, on remarque sur la ligne médiane *le cœur*, et au-dessus de lui trois gros vaisseaux qui sont, en procédant de bas en haut :

1° *L'artère pulmonaire* qui se divise en trois branches. La plus grosse se nomme *canal artériel* et va s'ouvrir directement dans l'aorte; les deux autres vont aux poumons;

2° L'*artère aorte* qui donne naissance par la convexité de sa crosse à trois branches, qui sont de droite à gauche, *l'artère brachio-céphalique*, *la carotide primitive gauche* et la *sous-clavière* du même côté ;

3° *La veine cave supérieure* qui, formée par la réunion des deux sous-clavières, va s'ouvrir dans l'oreillette droite du cœur.

De chaque côté du cœur et des gros vaisseaux qui viennent d'être nommés, on remarque les *poumons*.

DANS LA CAVITÉ DU VENTRE on remarque, sur la ligne médiane, *la continuation de l'aorte* qui envoie de petites branches aux organes voisins. Arrivée à l'union de la quatrième avec la cinquième vertèbre lombaire, l'aorte se divise en deux grosses branches, qui sont les *iliaques primitives*. Ces dernières se subdivisent bientôt après en deux autres branches qui sont les *iliaques externes* et les *iliaques internes* ou *hypogastriques*. Ces dernières se continuent sous le nom d'*artères ombilicales*, remontent sur les côtés de la vessie et de l'ouraque, gagnent l'anneau ombilical pour aller se terminer au placenta.

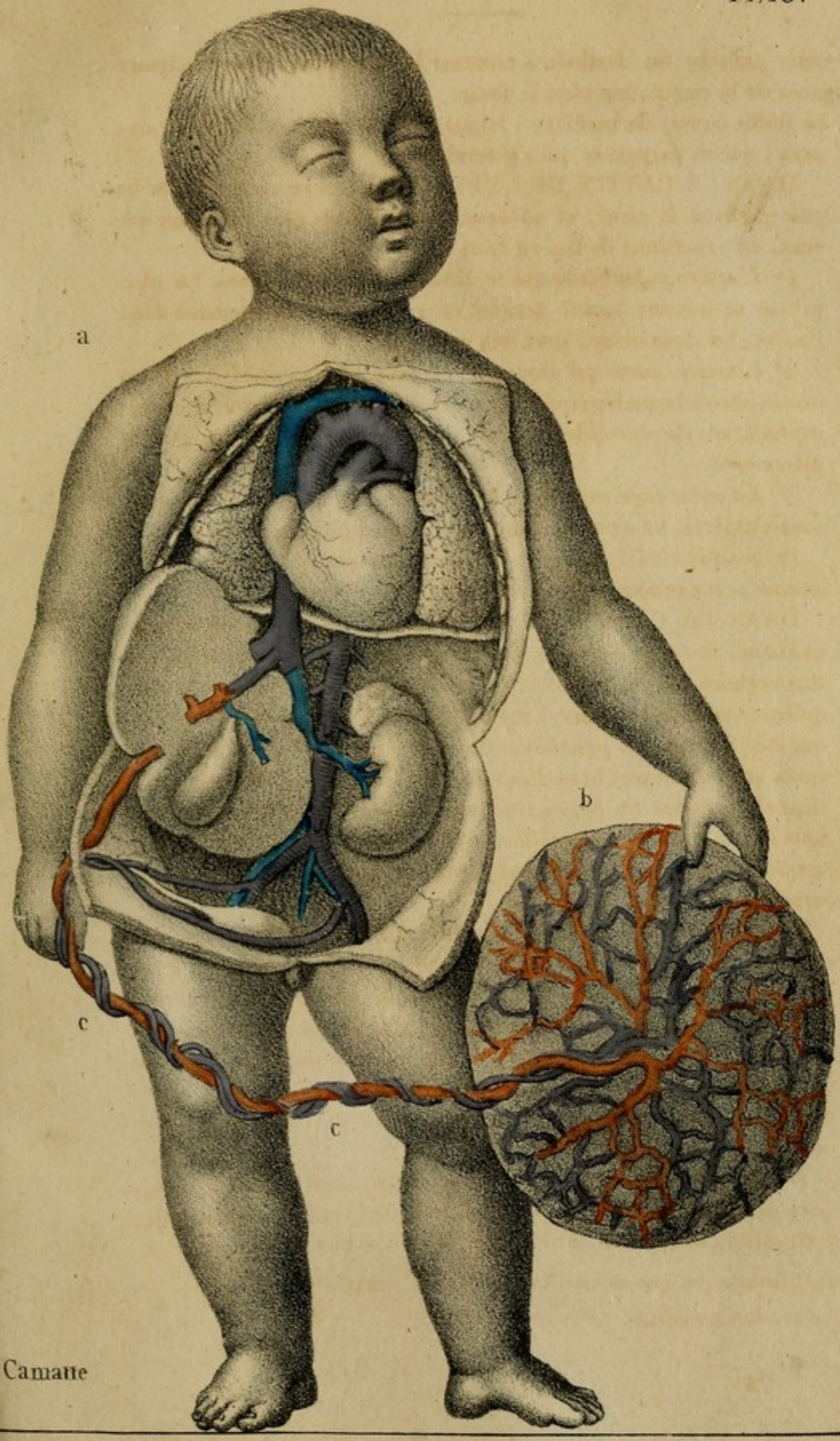
La veine ombilicale naît du placenta par de nombreuses ramifications, suit le trajet du cordon dont elle fait partie, passe par l'anneau ombilical et sous le foie, où elle se divise en deux branches principales; l'une suit la direction du tronc et se nomme *canal veineux ;* l'autre, qui forme la *branche droite de la veine porte*, va se ramifier dans le foie pour s'anastomoser ensuite avec les veines hépatiques, qui vont s'ouvrir dans la veine cave inférieure, au-dessus du canal veineux.

La veine cave inférieure, formée par la réunion des veines iliaques primitives, monte sur le côté droit de la colonne vertébrale, pour aller s'ouvrir dans l'oreillette droite du cœur.

b. Le *placenta* vu par sa face fœtale. (*Voy. page* 78.)

cc. Le *cordon ombilical*. (*Voyez page* 80.)

Pl. 15.



Camaille

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N°4.

EXPLICATION DE LA XVIe PLANCHE.

Fig. 1.

Cette figure représente le fœtus placé en *première position du sommet de la tête* (l'occiput à la cavité cotyloïde gauche et le front à sa symphyse sacro-iliaque droite.

(*Voyez page* 92.)

Fig. 2.

Cette figure représente le fœtus placé en *première position des pieds* (les talons à la cavité cotyloïde gauche, et les orteils à la symphyse sacro-iliaque droite).

(*Voyez page* 96.)

Fig. 1.

Pl. 16.

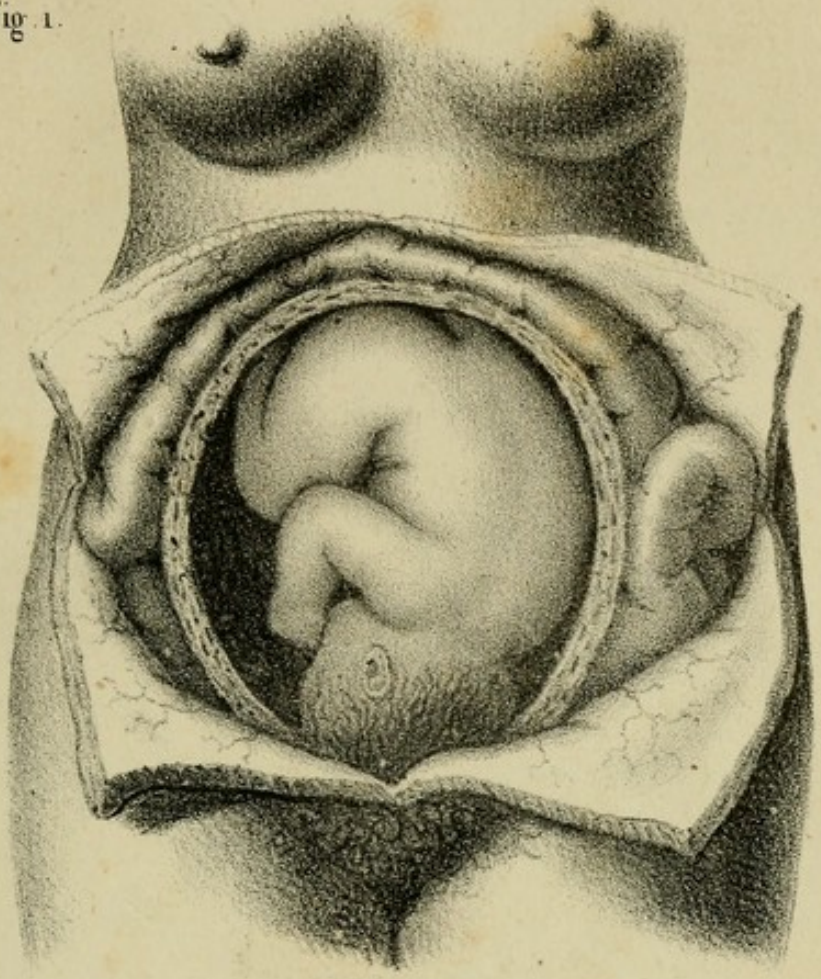
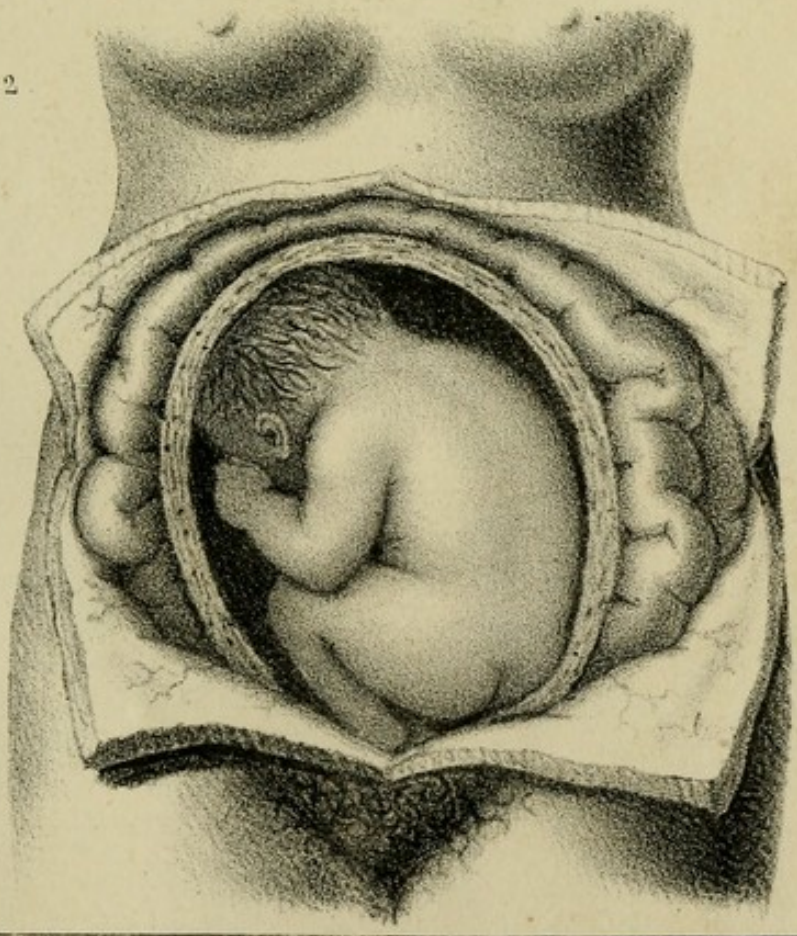


Fig. 2.



Camille

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.° 4.

EXPLICATION DE LA XVII^e PLANCHE.

Fig. 1.

Cette figure représente le fœtus placé en *première position des genoux* (la partie antérieure des jambes à la cavité cotyloïde gauche, et celle des cuisses à la symphyse sacro-iliaque droite).

(*Voyez page* 99.)

Fig. 2.

Cette figure représente le fœtus placé en *première position du siége* (la partie postérieure du sacrum à la cavité cotyloïde gauche, et celle des cuisses à la symphyse sacro-iliaque droite.)

(*Voyez page* 99.)

Fig. 1.

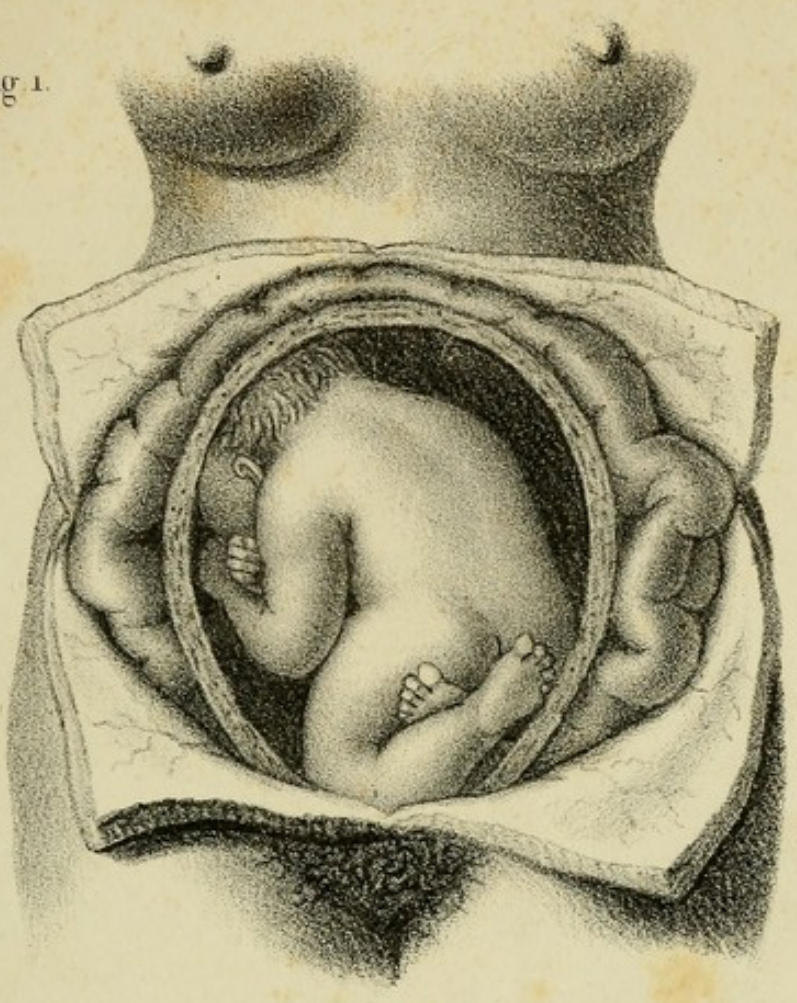
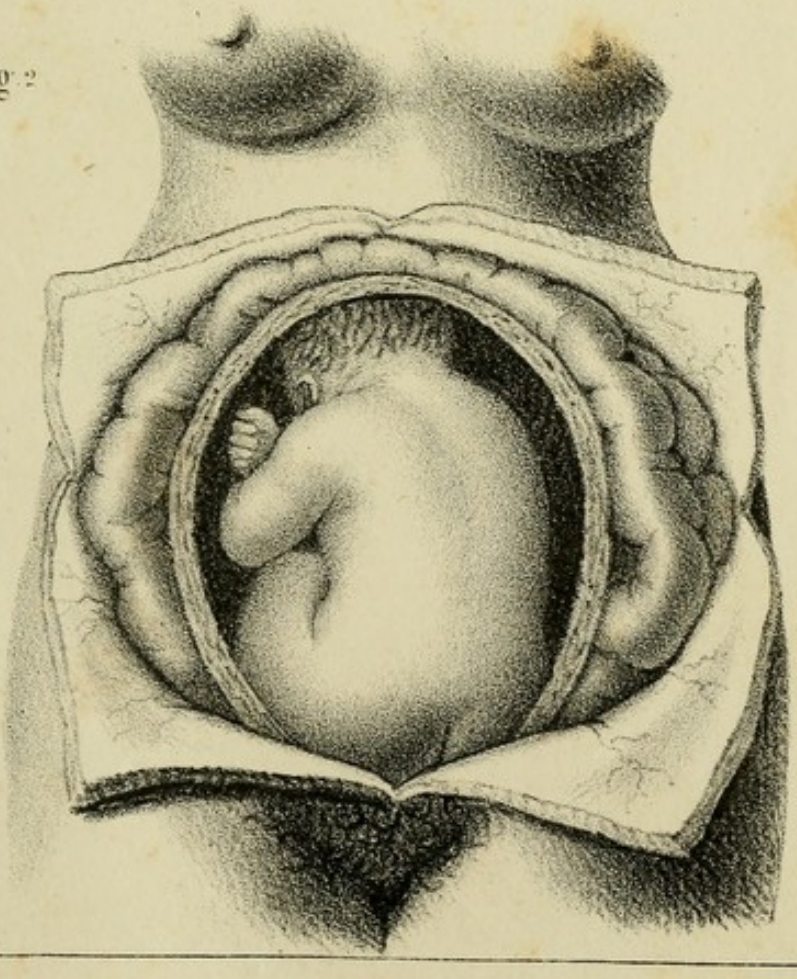


Fig. 2



Canuet.

Lith. de Bernard, rue de l'Abbaye N.° 4.

EXPLICATION DE LA XVIIIe PLANCHE.

Fig. 1.

Cette figure représente le fœtus placé en *première position de la région postérieure du tronc* (la tête à la cavité cotyloïde gauche, le siége à la symphyse sacro-iliaque droite, le dos en bas et le ventre en haut).

(*Voyez page* 170.)

Fig. 2.

Cette figure représente le fœtus placé en *première position de la région latérale droite du tronc* (la tête à la cavité cotyloïde gauche, le siége à la symphyse sacro-iliaque droite, le côté droit en bas et le côté gauche en haut).

(*Voyez page* 176.)

Fig. 1.

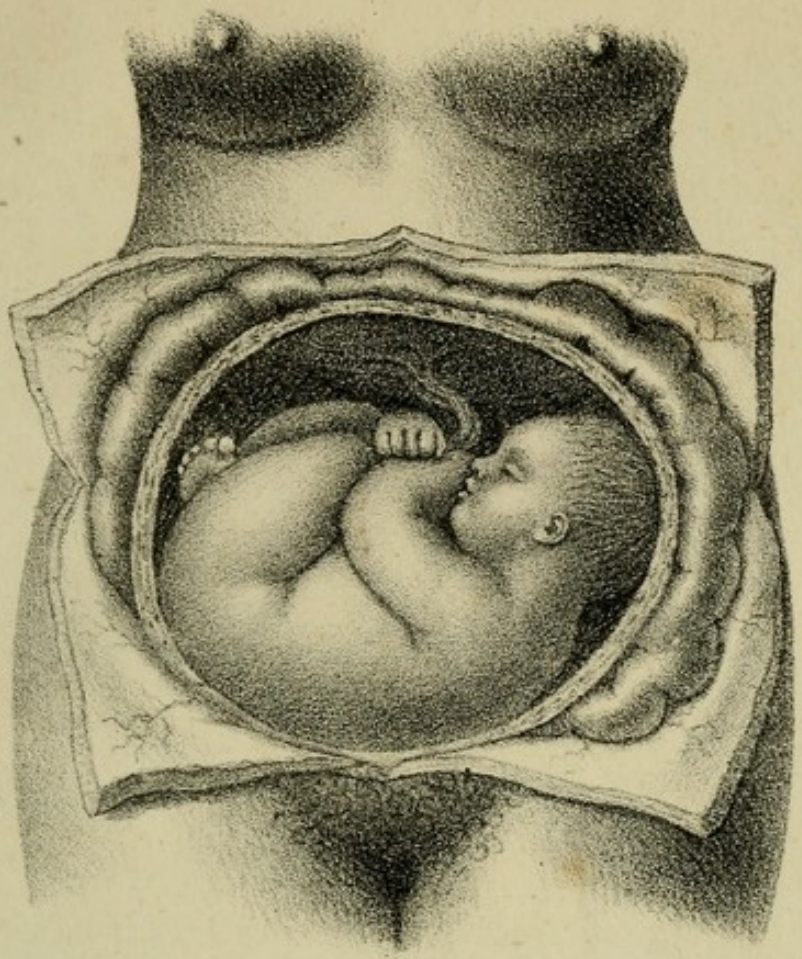
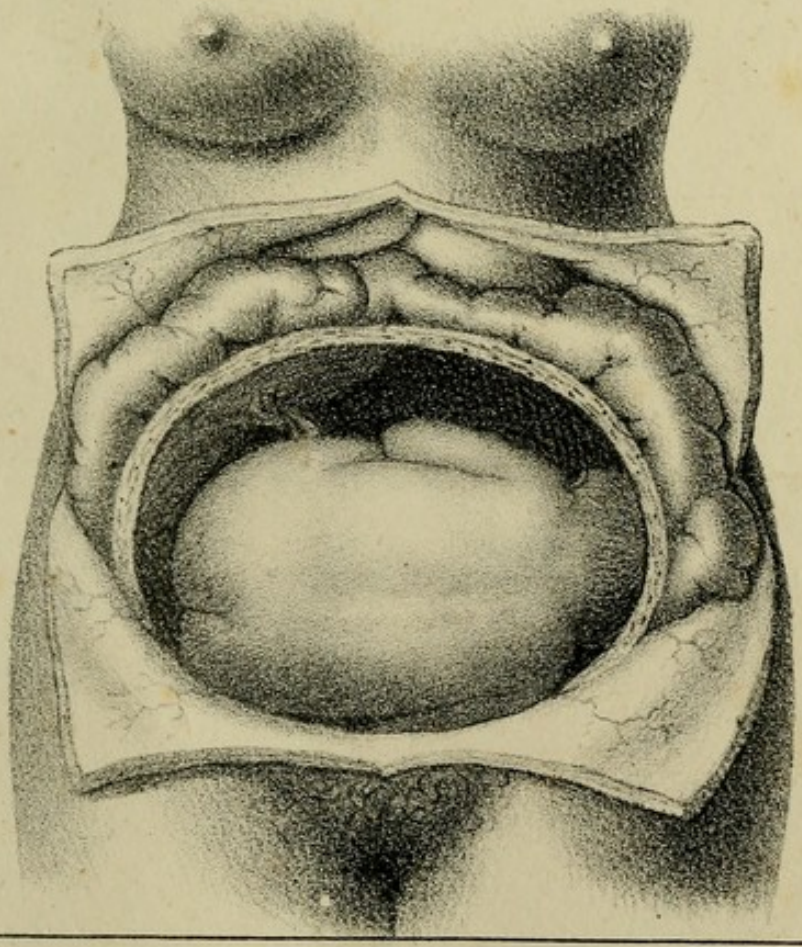


Fig. 2.



Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.° 4.

EXPLICATION DE LA XIX^e^ PLANCHE.

Cette planche représente les principaux degrés de dilatation du col de la matrice, pendant le travail de l'accouchement.

L'ouverture laisse voir les membranes formant ce qu'on appelle la poche des eaux.

Fig. 1.

Premier degré de dilatation.

Fig. 2.

Deuxième degré.

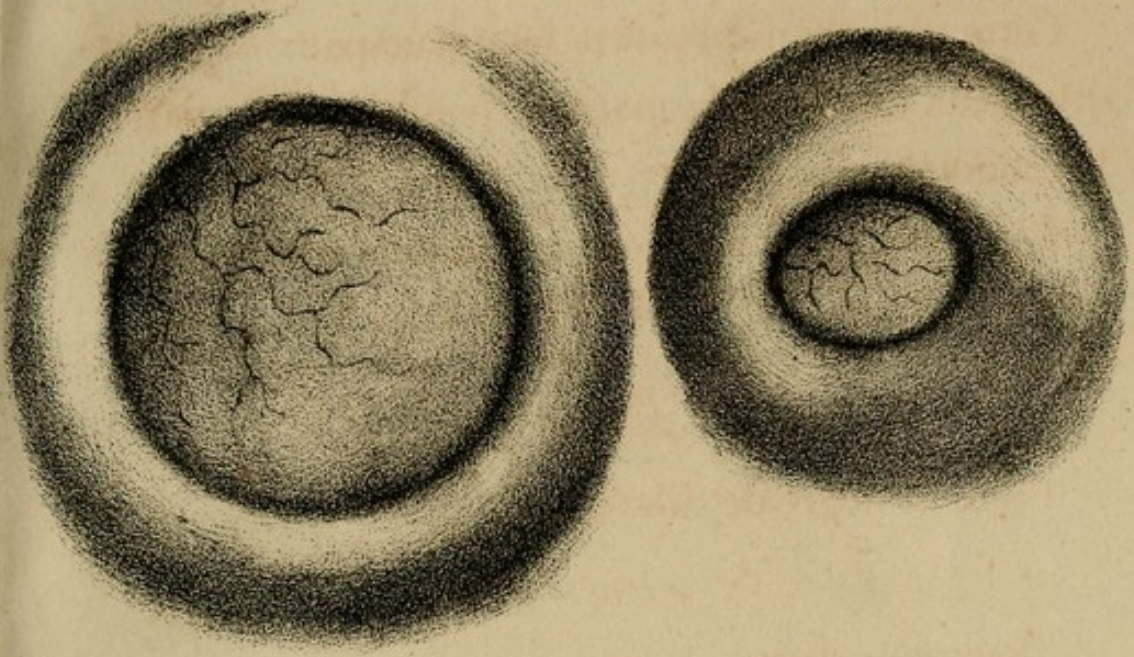
Fig. 3.

Troisième degré.

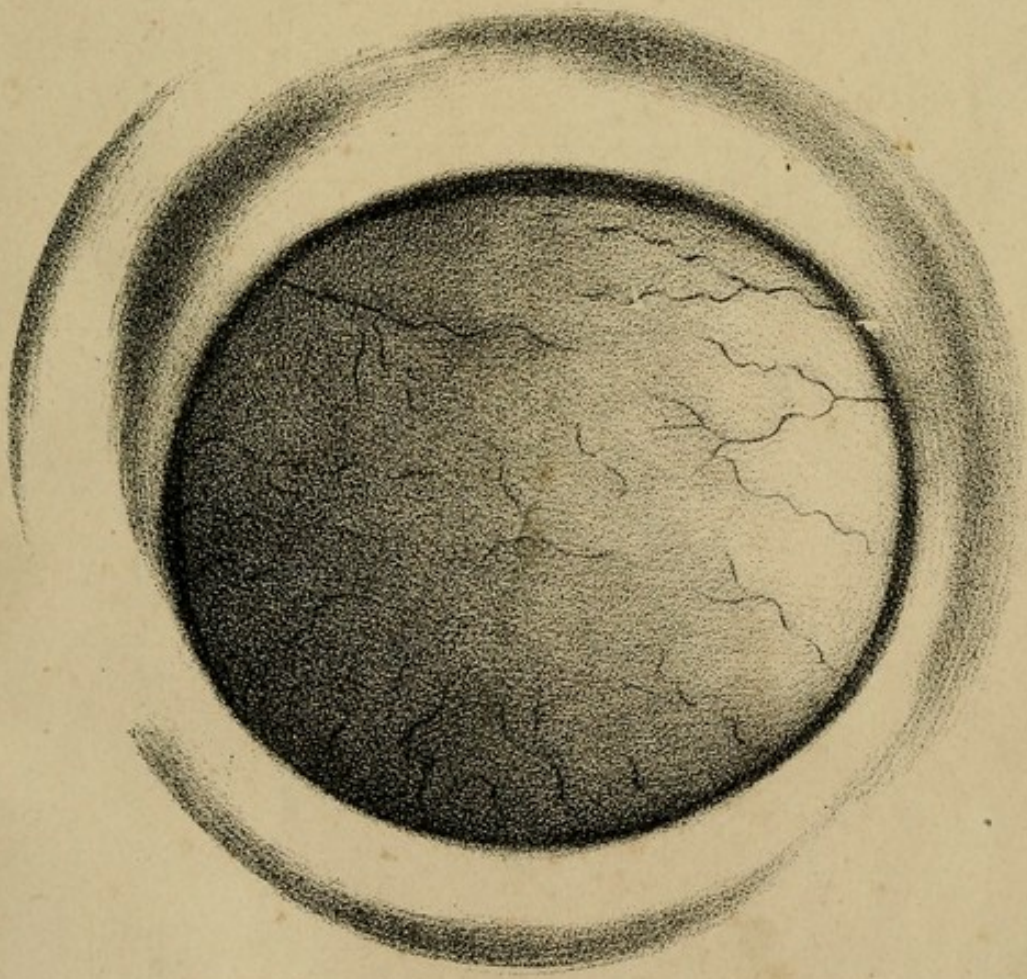
(*Voyez page* 91.)

2

1

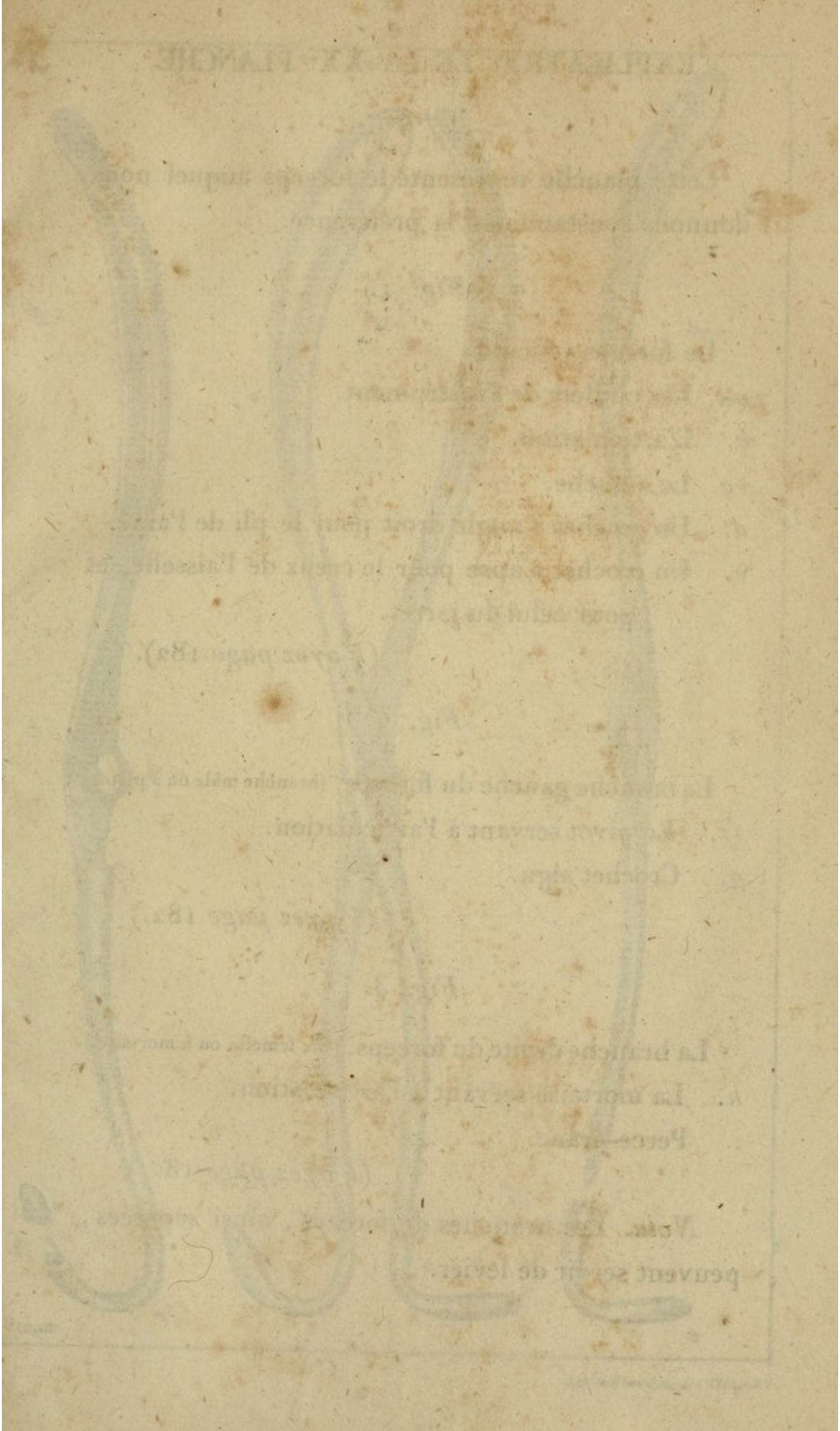


3



J.G. Martin

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.°4.



EXPLICATION LE LA XX^e PLANCHE.

Cette planche représente le forceps auquel nous donnons constamment la préférence.

Fig. 1.

Le forceps articulé.

aa. Les cuillers de l'instrument.

b. L'articulation.

cc. Le manche.

d. Un crochet à angle droit pour le pli de l'aine.

e. Un crochet à anse pour le creux de l'aisselle, et pour celui du jarret.

(*Voyez page* 182).

Fig. 2.

La branche gauche du forceps. (branche mâle ou à pivot.)

ff. Le pivot servant à l'articulation.

g. Crochet aigu.

(*Voyez page* 182.)

Fig. 3.

La branche droite du forceps. (br. femelle ou à mortaise.)

h. La mortaise servant à l'articulation.

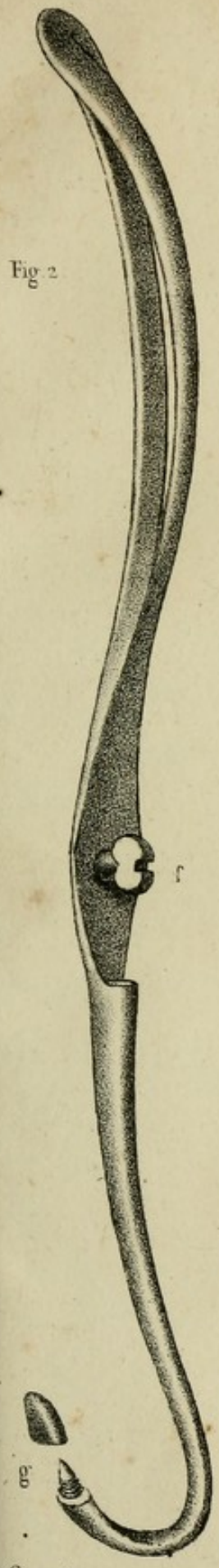
i. Perce-crâne.

(*Voyez page* 182.)

Nota. Les branches du forceps, ainsi séparées, peuvent servir de levier.

Pl. 20.

Fig. 2



Camatte.

Fig. 1

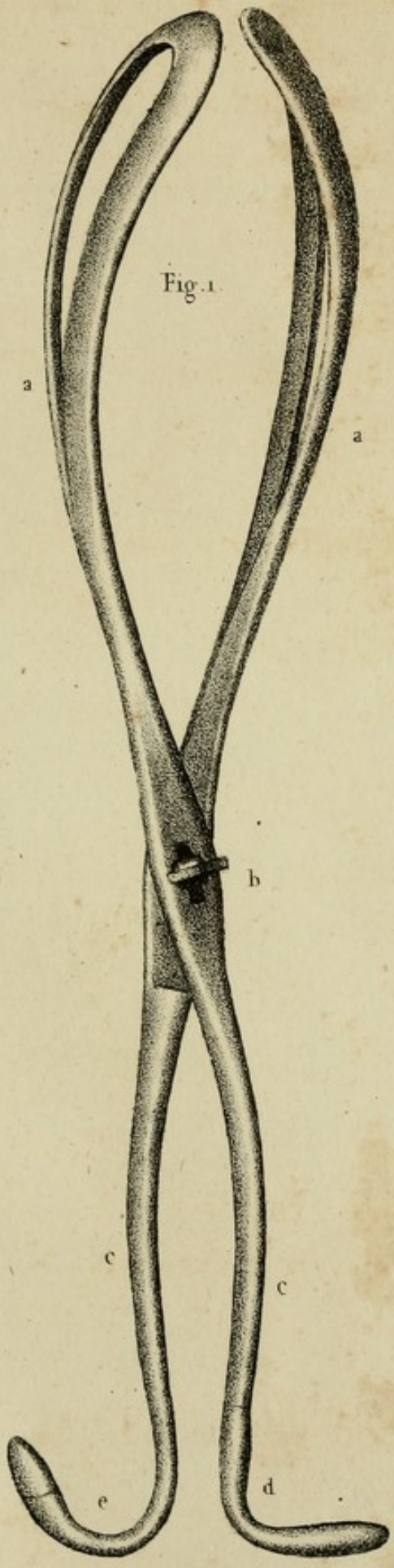
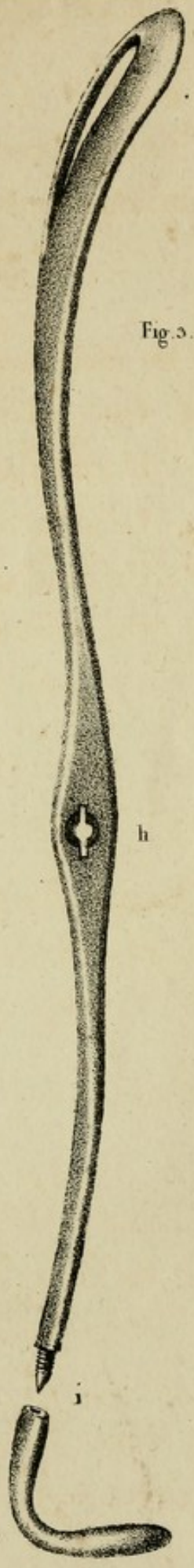


Fig. 3.



Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N°4.

EXPLICATION DE LA XXI^e PLANCHE.

Fig. 1.

Cette figure indique de quelle manière on doit saisir la tête du fœtus avec le forceps, dans les positions du sommet.

(*Voyez page* 184 *et suiv.*)

Fig. 2.

Cette figure indique de quelle manière on doit saisir la tête, lorsque le tronc est au dehors.

(*Voyez page* 198.)

Fig 1.

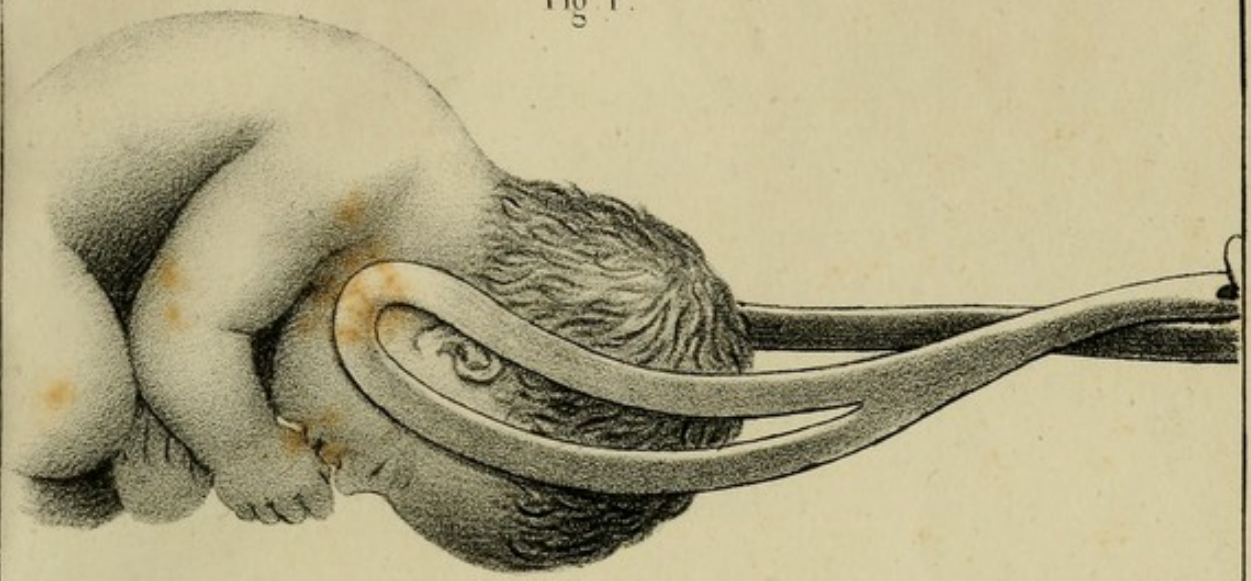
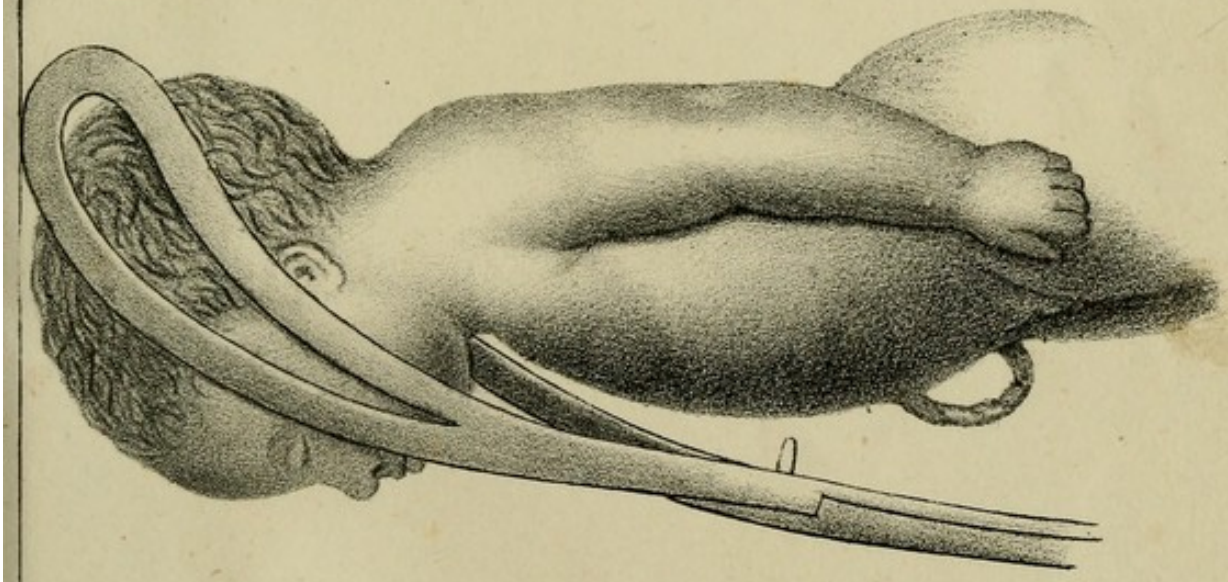


Fig 2.



Camaille

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N°4.

EXPLICATION DE LA XXII^e PLANCHE.

Fig. 1.

Cette figure indique de quelle manière il convient de saisir la tête du fœtus, dans l'enclavement bi-pariétal; l'une des branches du forceps est appliquée sur la face et l'autre sur l'occiput.

(*Voyez page* 195, 1^er *alinéa.*)

Fig. 2.

L'enfant présentant le siége. Un crochet mousse (celui à angle droit) est placé dans le pli de l'aîne gauche.

(*Voyez page* 208.)

Fig.1.

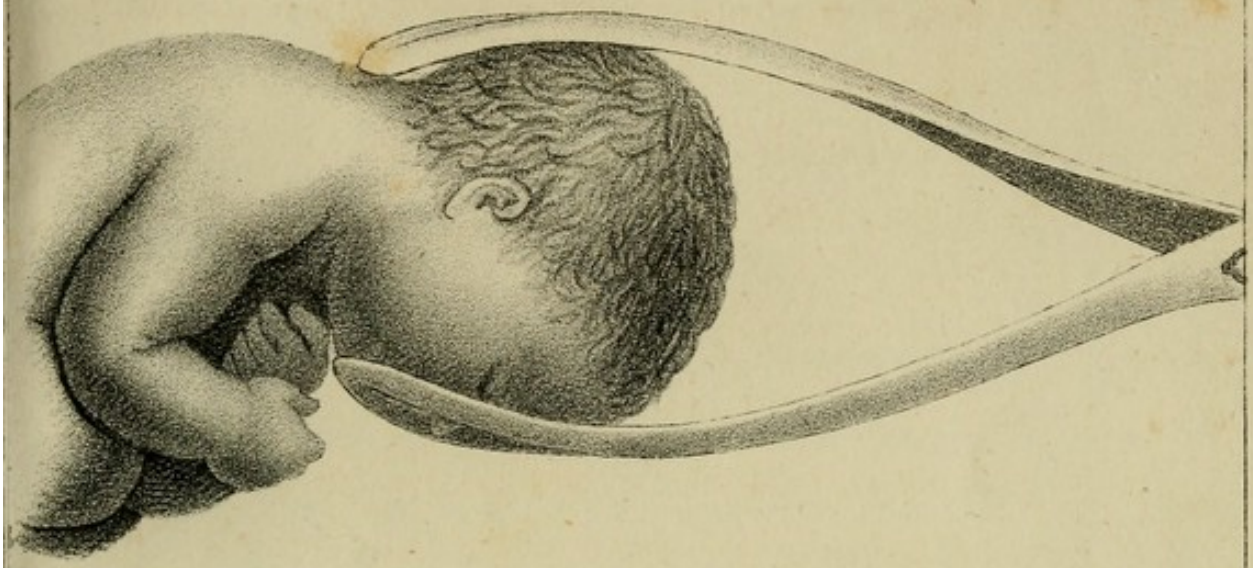
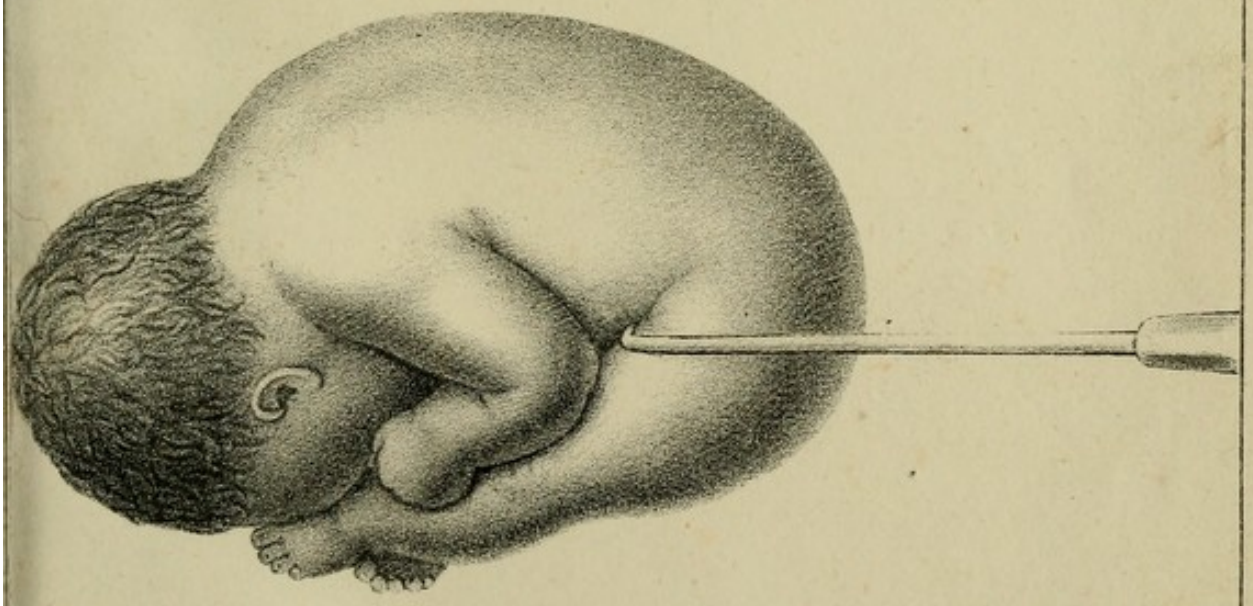


Fig.2.



Camadie.

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N°4.

EXPLICATION DE LA XXIII^e PLANCHE.

Instrument de M. le docteur de Caignou.

Fig. 1.

L'instrument complet.

Fig. 2.

Speculum dilatateur, présentant une rainure disposée de manière à recevoir la lame d'un bistouri, pour la section du col dans l'opération césarienne vaginale.

Fig. 3.

Les perce-crâne et les crochets réunis.

(*Voyez page* 210.)

Fig. 1.

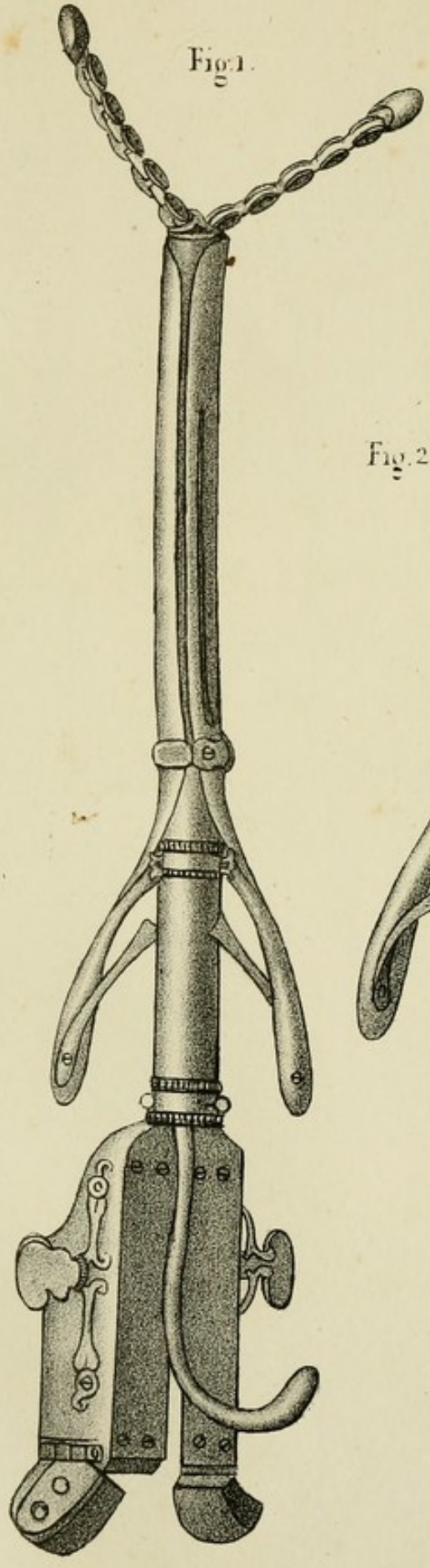


Fig. 2.

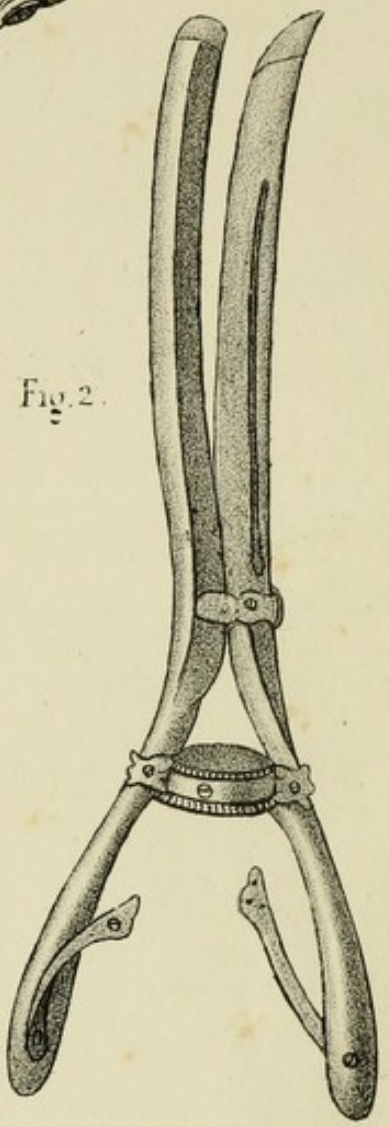


Fig. 3.



Camaïte.

Lith. de Benard, rue de l'Abbaye N.° 4.

EXPLICATION DE LA XXIV. PLANCHE.

Fig. 1.

Pessaire en bilboquet ou à tige.

(*Voyez page* 413.)

Fig. 2.

Pessaire élythroïde de M. le professeur J. Cloquet.

(*Voyez page* 413.)

Fig. 3.

Bout de sein artificiel de M. Breton, sage-femme, Faubourg-Montmartre, n° 24.

Ce bout de sein consiste en un petit chapeau de bois ou d'ivoire, surmonté d'une tétine de vache préparée de manière à n'avoir, sur la bouche des enfans, aucun mauvais effet. Ce bout de sein, ainsi disposé, est de beaucoup préférable à tous ceux qu'on a imaginés jusqu'à ce jour; nous ne saurions donc en trop recommander l'usage.

Fig. 4.

Biberon en verre. (*Voyez page* 116.)

Fig. 2.

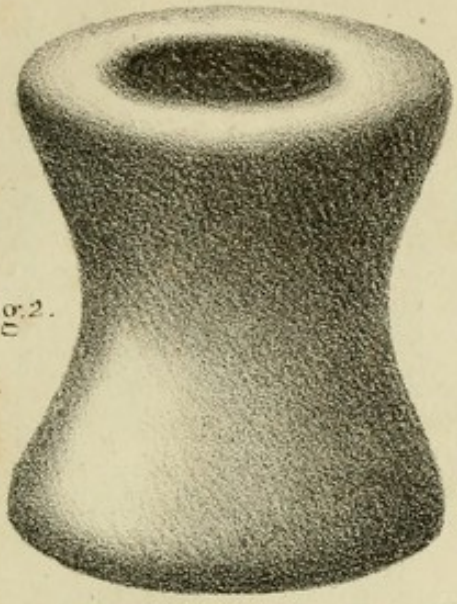


Fig. 1.

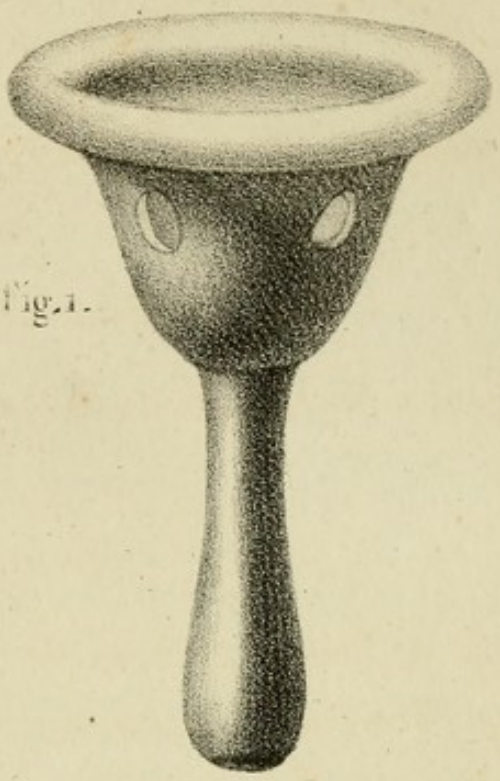


Fig. 4.

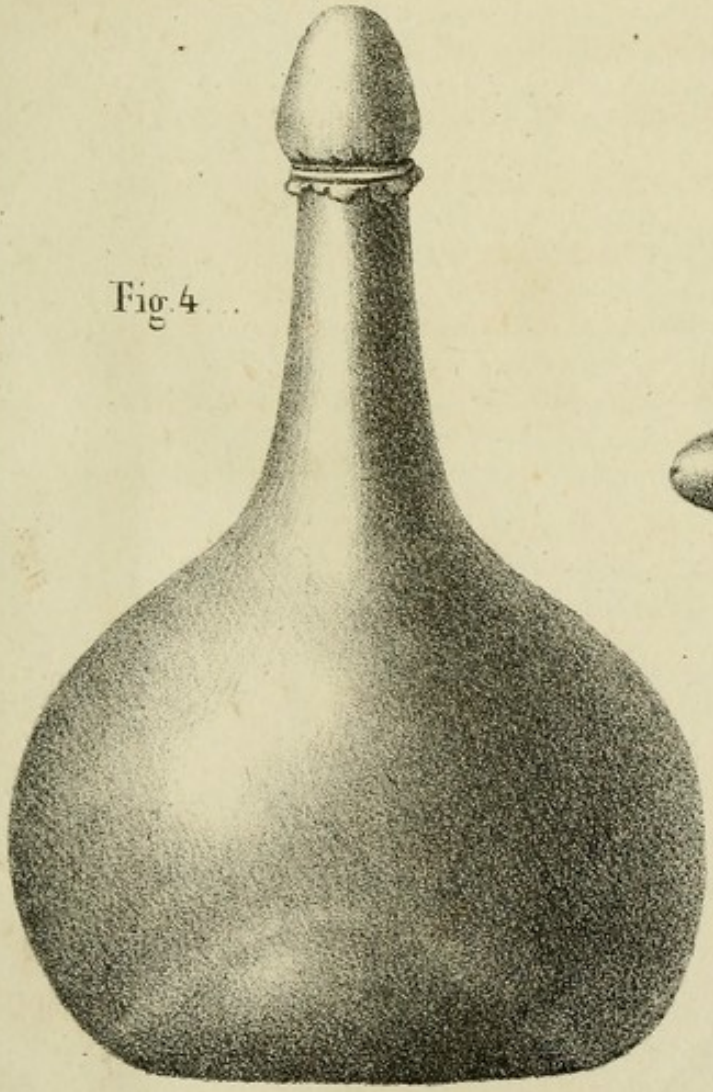
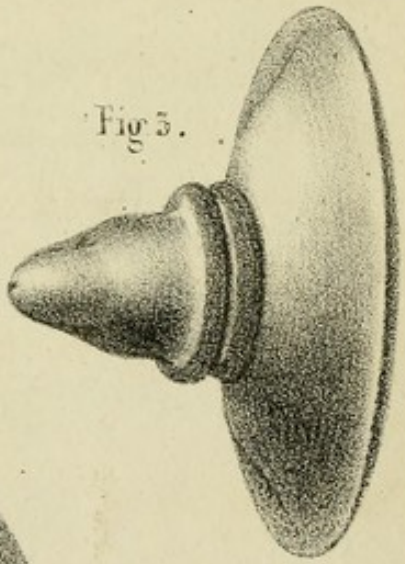


Fig. 3.



Camatte.

Lith. de Bénard, rue de l'Abbaye N.° 4.

Tab. I.

TABLEAU SYNOPTIQUE

DES PRINCIPAUX ORGANES SERVANT A LA GÉNÉRATION, A LA GROSSE, A L'ACCOUCHEMENT ET A L'ALLAITEMENT.

PARTIES DURES.

Bassin. Canal osseux, *composé* dans l'age adulte de quatre pièces (les deux os des iles, le sacrum et le coccix), *situé* au bas du tronc, entre la colonne vertébrale et les fémurs. Ayant *la forme* d'un cône tronqué dont la base est dirigée en haut et en avant, et le sommet en bas et en arrière. *Se divisant* en surface externe, en surface interne, en base et en sommet. *La surface externe* se subdivise en quatre régions, une antérieure, une postérieure, et deux latérales. *La surface interne* se subdivise en grand bassin, en détroit supérieur, en excavation, et en détroit inférieur. *Le détroit supérieur* présente quatre diamètres, un antéro-postérieur qui a quatre pouces; un transversal qui en a cinq, dans l'état sec, quatre dans l'état frais; et deux obliques qui ont chacun quatre pouces et demi. L'*axe* du détroit supérieur est représenté par une ligne imaginaire qui, de l'ombilic de la femme, irait se rendre à la partie inférieure du sacrum. *Le détroit inférieur* présente, comme le détroit supérieur, quatre diamètres qui ont chacun quatre pouces d'étendue; l'antéro-postérieur peut être porté jusqu'à cinq pouces, par la rétrocession du coccix. L'*axe* du détroit inférieur est représenté par une ligne imaginaire qui, de la troisième pièce du sacrum, passerait entre les tubérosités de l'ischion vers leur partie antérieure. L'arcade des pubis a quinze à vingt lignes de largeur en haut; deux pouces et demi au milieu; quatre pouces en bas.

PARTIES MOLLES.

ORGANES GÉNITAUX EXTERNES.

Mont de Vénus, vulve, grandes lèvres, petites lèvres, clitoris, vestibule, méat urinaire, entrée du vagin, membrane hymen ou caroncules myrtiformes, fosse naviculaire, fourchette et périnée.

ORGANES GÉNITAUX INTERNES.

Vagin. Canal membraneux, long de cinq à six pouces, large d'un pouce, susceptibles d'une grande dilatation, établissant communication entre les parties génitales externes et les internes. Situé au centre du petit bassin; inséré par son extrémité supérieure à la matrice : ouvert par son extrémité inférieure dans la vulve. Composé d'une membrane cellulo-vasculaire et d'une membrane muqueuse; environné inférieurement d'un tissu spongieux érectile et de deux muscles qu'on nomme constricteurs.

Matrice. L'un des principaux organes de la génération, servant surtout à la gestation et à l'accouchement. *Située* dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum, au-dessous des intestins grêles et au-dessus du vagin. Ayant la forme d'une poire aplatie d'avant en arrière; se divisant en surface externe et en surface interne. *La surface externe* se subdivise en deux régions, une antérieure et une postérieure; en trois bords, dont un supérieur et deux latéraux; en trois angles, dont deux supérieurs et latéraux qui donnent insertion aux ligamens ronds, aux trompes et aux ligamens des ovaires, et un inférieur qu'on nomme museau de tanche. *La surface interne* présente deux cavités, celle du corps et celle du col, séparées l'une de l'autre par un rétrécissement qu'on nomme orifice interne. *La matrice est composée* de trois membranes, une extérieure fournie par le péritoine, une moyenne ou tissu propre, une interne ou muqueuse. La matrice a trois pouces de longueur, deux de largeur, un d'épaisseur.

Trompes utérines. Conduits vermiformes, longs de quatre à cinq pouces, naissant des angles supérieurs de la matrice, établissant communication entre cette dernière et les ovaires. Composées des mêmes élémens que la matrice.

Ovaires. Corps ovoïdes, tenant à la matrice par un ligament particulier. Composés de deux membranes et d'un tissu propre, et contenant, dans leur intérieur, quinze ou vingt petites vésicules remplies d'un liquide clair.

Ligamens larges. Replis du péritoine destinés à soutenir la matrice dans le lieu qu'elle occupe; divisés en deux faces, une antérieure et une postérieure, et en quatre bords, dont un supérieur, un inférieur et deux latéraux. Le premier contient, de chaque côté, le ligament rond, la trompe et l'ovaire.

Ligamens ronds. Cordons blanchâtres naissant des angles supérieurs de la matrice, et se portant dans les régions inguinales, en passant à travers les anneaux du bas-ventre.

DES MAMELLES.

Organes sécréteurs du lait, *situés* au-devant de la poitrine, offrant dans leur centre une aréole de couleur rosée, du milieu de laquelle s'élève le mamelon qui présente l'orifice des vaisseaux galactophores. *Composés* : 1° d'une enveloppe cutanée; 2° de graisse; 3° d'une glande; 4° de vaisseaux; 5° de nerfs.

Tab. III.

TABLEAU SYNOPTIQUE DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL.

On appelle *Accouchement naturel* celui qui se termine par les seules forces de la nature. Son époque ordinaire est la fin du neuvième mois (270 jours); quelquefois pourtant il se fait avant ce terme, comme à sept ou huit mois, (*Accouchement prématuré*) : d'autres fois il n'a lieu qu'après les neuf mois révolus (*Accouchement tardif.*)

Pour que l'accouchement se termine naturellement, il faut, 1°, *du côté de la mère*, un bassin bien conformé, des forces suffisantes, et l'absence de toute espèce d'accident; 2°, *du côté du fœtus*, une bonne conformation et une position favorable.

PHÉNOMÈNES DU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL.

1°. DOULEURS. . . . . . Elles sont *traînées* ou *fausses*. Les premières dépendent des contractions de la matrice et servent à l'expulsion du fœtus; les secondes sont tout-à-fait étrangères à l'accouchement.

2°. DILATATION DU COL, FORMATION ET RUPTURE DE LA POCHE DES EAUX. La dilatation du col de la matrice est l'effet immédiat des contractions de l'organe. Elle est généralement moins prompte au commencement du travail qu'à la fin, et toujours plus lente dans un premier accouchement que dans ceux qui le suivent. A mesure que le col se dilate, la poche des eaux se forme; et, lorsque la dilatation est complète, les membranes se rompent et les eaux de l'amnios s'écoulent.

Une fois le col de la matrice entièrement dilaté et les membranes rompues, le fœtus, pressé de toute part, s'engage dans le bassin, qu'il traverse en suivant la marche que nous allons décrire :

3°. EXPULSION DU FŒTUS.

PAR LA TÊTE.

PREMIÈRE POSITION. L'occiput répond à la cavité cotyloïde gauche, et le front à la symphyse sacro-iliaque droite. *Mécanisme.* Pressée par les contractions utérines, la tête se fléchit sur la poitrine et plonge bientôt dans l'excavation du bassin. Arrivée près du détroit inférieur, elle éprouve un mouvement de rotation par lequel l'occiput est ramené sous l'arcade des pubis et la face dans la courbure du sacrum. La tête dilate graduellement la vulve qu'elle franchit, pour reprendre ensuite ses rapports naturels avec le tronc. — Les épaules s'engagent obliquement au détroit supérieur, parcourent l'excavation du bassin et éprouvent bientôt à leur tour un mouvement de rotation qui ramène l'une d'elles sous le pubis et l'autre dans la courbure du sacrum. Une fois les épaules au dehors, le reste du corps est expulsé avec une grande rapidité, à cause de l'amincissement progressif du fœtus.

DEUXIÈME POSITION. L'occiput répond à la cavité cotyloïde droite, et le front à la symphyse sacro-iliaque gauche. *Même mécanisme* que dans la première position, à cela près que les mouvemens de rotation se font dans un sens inverse.

TROISIÈME POSITION. L'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque droite, et le front à la cavité cotyloïde gauche. *Mécanisme.* La tête se fléchit sur la poitrine, s'engage dans l'excavation, et éprouve bientôt un mouvement de rotation par lequel la face est ramenée sous l'arcade des pubis et l'occiput dans la courbure du sacrum. L'occiput, recevant alors toutes les contractions utérines, s'approche par degrés de la vulve qu'il franchit, en se renversant en arrière, en même temps que la face se dégage de dessous les pubis. Une fois au dehors, la tête reprend ses rapports naturels avec le tronc. Les épaules et les autres parties du fœtus se dégagent comme dans la première position.

QUATRIÈME POSITION. L'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque gauche, et le front à la cavité cotyloïde droite. *Même mécanisme* que dans la troisième position, à cela près que les mouvemens de rotation se font dans un sens inverse.

PAR LES PIEDS.

PREMIÈRE POSITION. Les talons répondent à la cavité cotyloïde gauche, et les orteils à la symphyse sacro-iliaque droite. *Mécanisme.* Pressés par les contractions utérines, les pieds franchissent sans difficulté l'excavation et le détroit inférieur du bassin. Le siége s'engage obliquement au détroit supérieur, plonge dans l'excavation, et éprouve, avant de franchir, un mouvement de rotation qui ramène l'une des hanches sous le pubis et l'autre dans la courbure du sacrum. Une fois au dehors, le siége reprend sa position première; le tronc s'engage, à son tour, les bras restant appliqués sur ses parties latérales, ou se relevant sur les côtés de la tête. Les épaules franchissent obliquement le détroit abdominal, parcourent l'excavation, et éprouvent, avant de franchir, un mouvement de rotation qui ramène l'une d'elles sous le pubis et l'autre dans le sacrum. Une fois au dehors, les épaules reprennent leur position première. La tête arrivée au détroit supérieur se fléchit sur la poitrine, plonge dans l'excavation, tourne au détroit inférieur, et franchit la vulve, l'occiput étant en dessus et la face en dessous.

DEUXIÈME POSITION. Les talons répondent à la cavité cotyloïde droite, et les orteils à la symphyse sacro-iliaque gauche. *Même mécanisme* que dans la première, si ce n'est que les mouvemens de rotation se font dans un sens inverse.

TROISIÈME POSITION. Les talons répondent à la symphyse sacro-iliaque droite, et les orteils à la cavité cotyloïde gauche. *Même mécanisme* que dans la première position, à cela près que la face vient en dessus.

QUATRIÈME POSITION. Les talons répondent à la symphyse sacro-iliaque gauche, et les orteils à la cavité cotyloïde droite. *Même mécanisme* que dans la seconde, si ce n'est que la face vient en dessus.

PAR LES GENOUX ET PAR LE SIÉGE. Le mécanisme de l'accouchement naturel dans les quatre positions des genoux et du siége est le même que dans les positions correspondantes des pieds.

4°. DÉLIVRANCE. La délivrance est l'expulsion du placenta et de ses dépendances hors de la matrice. A mesure que le travail de l'accouchement avance, et que la matrice, en expulsant le fœtus, revient sur elle-même, le placenta se détache de la surface utérine, se roule sur son bord en forme de cornet d'oublie, et se présente à l'ouverture de la matrice par le sommet du cône qu'il représente alors. Pressé par les contractions utérines, il ne tarde pas à franchir l'orifice, et, bientôt après, le vagin et la vulve. Le moment où la délivrance va s'opérer est annoncé par de nouvelles contractions utérines qui surviennent plus ou moins long-temps après l'expulsion du fœtus.

Tab. II.

TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA GROSSESSE.

ON DONNE LE NOM DE GROSSESSE A L'ÉTAT DE LA FEMME QUI A CONÇU ET PORTE EN ELLE LE PRODUIT DE LA CONCEPTION.

LA GROSSESSE se divise en

UTÉRINE.

On appelle ainsi celle qui a son siége dans la cavité de l'utérus.

- SIMPLE. — Quand la matrice ne contient qu'un seul fœtus.
- COMPOSÉE. — Quand la matrice contient plusieurs fœtus.
- COMPLIQUÉE. — Lorsque, outre le fœtus, la matrice renferme une grande quantité d'eau, une môle, un polype, des hydatides, etc.

EXTRA-UTÉRINE.

On appelle ainsi celle qui a son siége hors de la cavité de l'utérus.

- TUBAIRE. — Quand le produit de la conception se développe dans l'intérieur de la trompe.
- OVARIQUE. — Quand le produit de la conception se développe dans l'intérieur de l'ovaire.
- ABDOMINALE. — Quand le produit de la conception se développe dans l'intérieur même de la cavité du ventre.
- INTERSTITIELLE. — Quand le produit de la conception se développe dans l'épaisseur même des parois de la matrice.

SIGNES DES GROSSESSES UTÉRINES.

- RATIONNELS.
  1°. Suppression des règles.
  2°. Augmentation du volume de la matrice et du ventre.
  3°. Troubles plus ou moins marqués dans la digestion, les sécrétions, la respiration, la circulation, la nutrition, la locomotion, les facultés intellectuelles et sensoriales.
- CERTAINS.
  1°. Les mouvemens actifs du fœtus.
  2°. Le ballottement.
  3°. Les battemens du cœur du fœtus.
  4°. Les battemens du placenta.

TERMINAISON DES GROSSESSES UTÉRINES.

La grossesse utérine, quelle que soit son espèce, se termine toujours par l'accouchement qui arrive ordinairement au bout de neuf mois, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard. Dans certains cas, l'art doit suppléer la nature.

SIGNES DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

- RATIONNELS.
  Dans le principe de la grossesse les femmes éprouvent absolument les mêmes phénomènes que dans le commencement de la grossesse utérine, de telle sorte qu'il faut attendre plus tard pour avoir des données plus certaines sur l'espèce de grossesse à laquelle on a affaire.
- CERTAINS.
  Vers le cinquième mois, le volume du ventre n'est plus en rapport avec le peu de développement de la matrice, et souvent cette dernière est déjetée, d'un côté ou de l'autre du bassin. Plus la grossesse est avancée et plus il est facile de la distinguer.

TERMINAISONS DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

Les grossesses extra-utérines peuvent se terminer, 1° par la rupture du kyste qui contient le produit de la conception et par le passage de ce dernier dans la cavité abdominale : la mort est presque toujours la suite inévitable de cette terminaison; 2° par la mort du fœtus et son dessèchement dans le kyste qui le contient; 3° par la putréfaction du fœtus, qui se fait ensuite jour à travers les intestins, les voies urinaires, le vagin ou les parois abdominales; 4° dans certains cas, on a recours à la gastrotomie.

FAUSSE GROSSESSE. — C'est à tort qu'on a donné ce nom à certaines maladies, qui, en produisant le développement de l'utérus, simulent, jusqu'à un certain point, la grossesse.

TAB. IV.

TABLEAU SYNOPTIQUE

EXPOSANT LE DEGRÉ DE FRÉQUENCE DES DIFFÉRENTES POSITIONS DU FŒTUS, D'APRÈS DES RELEVÉS FAITS A L'HOSPICE DE LA MATERNITÉ, SUR **20,517** ENFANS.

(*EXTRAIT DU MÉMORIAL DE L'ART DES ACCOUCHEMENS*, PAR **M^rs BOIVIN.**)

ENTRÉMITÉ ENCÉPHALIQUE.	LA TÊTE s'est présentée par son sommet.	19,730 fois, SAVOIR :	15,715 fois en première position.	
			3,701 fois en deuxième position.	
			109 fois en troisième position.	
			92 fois en quatrième position.	
			6 fois, l'occiput répondant à la symphyse des pubis et le front à l'angle sacro-vertébral.	
			2 fois, l'occiput répondant à l'angle sacro-vertébral et le front à la symphyse des pubis.	
			2 fois, l'occiput regardant directement l'un des côtés du bassin.	
			103 positions n'ont pu être déterminées.	
ENTRÉMITÉ PÉLVIENNE.	LES PIEDS se sont présentés.	234 fois, SAVOIR :	135 fois en première position.	
			86 fois en deuxième position.	
			7 fois, les talons répondant au pubis et les orteils au sacrum.	
			6 fois, les talons répondant au sacrum et les orteils au pubis.	
	LES GENOUX.	4 fois, SAVOIR :	1 fois en première position.	
			2 fois, la partie antérieure des jambes regardant le pubis, et celle des cuisses regardant le sacrum.	
			1 fois, en position indéterminée.	
	LE SIÉGE.	373 fois, SAVOIR :	227 fois en première position.	
			140 fois en deuxième position.	
			6 fois, la partie postérieure du siége regardant le pubis, et celle des cuisses regardant l'angle sacro-vertébral.	
			10 fois, la partie postérieure du siége regardant l'angle sacro-vertébral, et celle des cuisses regardant le pubis.	
	TOTAUX.	20,341	. . . . .	20,341

TRONC.	RÉGION ANTÉRIEURE.	LA FACE. (1).	75
		LE VENTRE.	3
	RÉGION POSTÉRIEURE.	LE DOS.	3
		LES LOMBES.	2
	RÉGION LATÉRALE DROITE.	L'OREILLE.	1
		L'ÉPAULE.	46
		LE CÔTÉ.	2
		LA HANCHE.	4
	RÉGION LATÉRALE GAUCHE.	L'OREILLE.	5
		L'ÉPAULE.	34
		LE CÔTÉ.	1
		LA HANCHE.	1
		TOTAL.	176
		TOTAL GÉNÉRAL.	20,517

NOTA. D'après cet exposé, il est clair que les régions antérieure et postérieure du tronc du fœtus peuvent, dans certains cas, se présenter au détroit supérieur du bassin. C'est donc bien à tort que quelques auteurs ont cherché à démontrer l'impossibilité de ces présentations.

(1) On se rappelle que, pour simplifier la manœuvre des accouchemens contre nature, nous avons cru devoir ne point séparer les positions de la face, non plus que celles des régions occipitale et temporales de celles du tronc proprement dit (Voyez page 158.).

TAB. V.

TABLEAU SYNOPTIQUE

INDIQUANT LE MODE DE TERMINAISON DES **20,317** ACCOUCHEMENS, EXPOSÉS DANS LE TABLEAU PRÉCÉDENT.

(MÉMORIAL DES ACCOUCHEMENS.)

NOMBRE TOTAL DES ACCOUCHEMENS 20,317.

SUR CE NOMBRE...
- L'accouchement s'est terminé naturellement. . . . . 20,183 fois.
- L'accouchement a été contre nature. . . . . 334 fois.

SUR CES 334 ACCOUCHEMENS CONTRE NATURE..
- 218 ont été terminés à l'aide de la main seule.
- 96 — à l'aide du forceps.
- 16 — au moyen de la perforation du crâne après la mort du fœtus.
  - 1 fois pour hydrocéphale.
  - 14 fois pour vices de conformation au bassin de la mère.
- 2 — au moyen de la symphyséotomie. . . . . Le bassin n'ayant que 2 pouces et demi d'avant en arrière. Dans le premier cas, déchirure des ligamens sacro-sciatiques.— Inflammation de l'utérus. — Mort de la mère. — Enfant mort et putréfié. Dans le second cas, l'enfant a péri pendant l'extraction, la mère a survécu.
- 2 — au moyen de la gastrotomie. . . . . Une fois pour une grossesse extra-utérine tubaire. L'enfant était mort depuis peu de jours. La mère mourut au bout de quarante heures. La seconde opération fut pratiquée à la suite d'une rupture de la matrice. L'enfant était vivant, la mère périt au bout de vingt-quatre heures.

RÉSULTATS DES MANOEUVRES. . . . . .
- 243 enfans sont nés vivans.
- 91 — sont nés morts. . . . . 23 étaient en putréfaction. 68 ont péri pendant l'accouchement.

Tab. VI.

ACCOUCHEMENS CONTRE NATURE.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES MANOEUVRES A L'AIDE DE LA MAIN SEULE.

QUELLE QUE SOIT LA POSITION QU'OCCUPE LE FOETUS, L'ACCOUCHEMENT DOIT TOUJOURS ÊTRE TERMINÉ PAR LES PIEDS.

POSITIONS DES PIEDS.

AU DÉTROIT SUPÉRIEUR et AU DÉTROIT INFÉRIEUR.

Les pieds peuvent se présenter au détroit supérieur et au détroit inférieur du bassin.

Le choix de la main dépend des rapports du fœtus. On se sert de la main droite quand les talons sont dirigés à gauche de la mère, et de la main gauche quand ils sont dirigés à droite. Lorsqu'ils regardent le pubis ou le sacrum, on se sert indifféremment de l'une ou de l'autre main.

ON TERMINE TOUJOURS EN PREMIÈRE OU EN SECONDE, toutes les positions de la moitié gauche du bassin devant être ramenées à la première, et toutes celles de la moitié droite devant être ramenées à la seconde.

MANOEUVRE. Elle est la même au détroit supérieur et au détroit inférieur. On attire successivement au dehors les pieds, les jambes et les cuisses. On imprime au siége un mouvement de rotation pour ramener l'une des hanches sous l'arcade des pubis, et l'autre dans la courbure du sacrum. On forme une anse du cordon ombilical, après quoi on extrait le tronc, en lui imprimant alternativement des mouvemens d'élévation et d'abaissement. Lorsque les aisselles sont sur le point de paraître à la vulve, on procède à l'extraction des membres thoraciques, en ayant soin de commencer par celui qui est en arrière. On fléchit ensuite la tête sur la poitrine; on l'engage dans l'excavation; on lui fait exécuter son mouvement de rotation, et on la dégage en lui imprimant des mouvemens latéraux.

POSITIONS DES GENOUX.

AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

CHOIX DE LA MAIN. Quand les pieds sont dirigés à gauche de la mère, on introduit la main droite, et *vice versâ*. Lorsqu'ils regardent le pubis ou le sacrum, on introduit indifféremment l'une ou l'autre main.

MANOEUVRE. On va de suite à la recherche des pieds que l'on dégage successivement, en commençant toujours par celui qui est en dessus. Une fois les membres au dehors, on se comporte comme il a été dit pour les positions des pieds.

AU DÉTROIT INFÉRIEUR.

On peut extraire les genoux au moyen des doigts placés dans le pli des jarrets.
Une fois les membres au dehors, on se comporte comme dans les positions des pieds.

POSITIONS DU SIÉGE.

AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

Lorsque le siége est encore au détroit supérieur, il convient de le refouler et d'aller de suite à la recherche des pieds.

CHOIX DE LA MAIN. Quand les membres abdominaux sont dirigés à gauche de la mère, on se sert de la main droite, et *vice versâ*. Lorsqu'ils regardent directement le pubis ou le sacrum, on se sert indifféremment de l'une ou de l'autre main.

MANOEUVRE. On saisit le siége à pleine main; on le refoule dans celle des fosses iliaques qui correspond de nom à la main introduite dans les parties, en même temps qu'avec l'autre main, placée sur le ventre de la femme, on incline le fond de la matrice du côté opposé. On parcourt ensuite les membres abdominaux que l'on dégage successivement, en commençant toujours par celui qui est en dessus.

Une fois les deux membres au dehors, on termine comme dans les positions des pieds.

AU DÉTROIT INFÉRIEUR.

Il faut presque toujours se servir d'un ou de plusieurs crochets mousses. (Voy. le 7e TABLEAU.)

POSITIONS DE LA TÊTE.

AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

Lorsque la tête est encore au détroit supérieur, bien que souvent il soit plus convenable d'appliquer le forceps, on peut cependant opérer la version, et terminer l'accouchement à l'aide de la main seule.

CHOIX DE LA MAIN. On introduit toujours celle qui correspond de nom à la région latérale du fœtus qu'il faut parcourir pour aller trouver les pieds.

MANOEUVRE. On saisit la tête à pleine main, et on la refoule dans celle des fosses iliaques qui correspond de nom à la main qui se trouve dans les parties, en même temps qu'avec l'autre main, placée sur le ventre de la femme, on incline le fond de l'utérus du côté opposé. Cela fait, on parcourt toute la région latérale du fœtus jusqu'à ce que l'on soit arrivé sur les extrémités que l'on dégage comme il a été dit précédemment: on termine ensuite comme dans les positions des pieds.

AU DÉTROIT INFÉRIEUR.

Il est toujours préférable d'appliquer le forceps. Mais, si on était obligé de terminer l'accouchement avec la main seule, on se comporterait comme il vient d'être dit pour le détroit supérieur.

POSITIONS DU TRONC.

Toutes les positions du tronc, quelle que soit la région qui se présente à l'orifice de la matrice, offrent constamment à remplir l'une ou l'autre des deux indications suivantes: 1° *Ramener au centre du détroit supérieur l'extrémité du fœtus qui en est la plus rapprochée*; 2° *parcourir l'une des régions latérales du fœtus pour aller à la recherche des pieds.*

MANOEUVRE POUR REMPLIR LA PREMIÈRE INDICATION. Toutes les fois que l'extrémité qui se trouve la plus rapprochée du détroit supérieur est à gauche de la mère, on la ramène au centre *avec la main droite*, et *vice versâ*. Dans les *positions* directes on se sert indifféremment *de l'une ou de l'autre main*.

Une fois le fœtus replacé, on abandonne l'accouchement à la nature, à moins qu'il ne survienne des accidens.

MANOEUVRE POUR REMPLIR LA DEUXIÈME INDICATION. On introduit, dans les parties, celle des mains qui correspond de nom au côté du fœtus qu'on doit parcourir pour aller à la recherche des pieds. Une fois ceux-ci au dehors, on abandonne l'accouchement à la nature, ou on termine selon le cas.

Lorsqu'il s'agit d'une *position latérale avec issue d'un bras*, on fixe ce dernier au moyen d'un lacs; on parcourt le côté du fœtus qui est dirigé en bas, et on va chercher les pieds. On se comporte ensuite comme à l'ordinaire; seulement on tire de temps à autre sur le bras, afin de le dégager en même temps que le tronc.

Tab. VII.

ACCOUCHEMENS CONTRE NATURE.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES MANOEUVRES A L'AIDE DES INSTRUMENS MOUSSES.

DU FORCEPS

— La tête est la seule partie du fœtus sur laquelle on doive appliquer le forceps.
— Le forceps est applicable au détroit supérieur et au détroit inférieur du bassin.
— La tête doit être, autant que possible, saisie sur ses parties latérales et dans son diamètre occipito-mentonnier.
— De quelque manière que la tête se présente, par le sommet, par la face ou par la base; qu'elle soit arrêtée au détroit supérieur ou au détroit inférieur du bassin, l'application du forceps se fait toujours d'après les mêmes règles.

RÈGLES POUR L'APPLICATION DU FORCEPS.

1°. Dans toutes les positions directes, on introduit, en premier lieu, la branche gauche de la main gauche, et ensuite la branche droite de la main droite;
2°. Dans toutes les positions diagonales, on a égard à l'extrémité du diamètre entéro-postérieur de la tête qui se trouve en avant.
Quand l'occiput ou le front correspond à la cavité cotyloïde gauche, on introduit en premier lieu la branche droite de la main droite, et ensuite la branche gauche, aussi de la main droite; car, dans toutes les diagonales, il convient de placer les deux branches de la même main.
Quand, au contraire, l'occiput ou le front répond à la cavité cotyloïde droite, on introduit, en premier lieu, la branche gauche de la main gauche, et, en second lieu, la branche droite, aussi de la main gauche.
Chaque branche du forceps doit être dirigée à l'aide d'une main introduite à l'avance dans les parties : cette main doit être placée entre la matrice et la tête, dans les positions du détroit supérieur, et entre le vagin et la tête, dans celles du détroit inférieur.

APPLICATION DU FORCEPS SUR LA TÊTE, LE TRONC ÉTANT ENCORE DANS LA MATRICE.

POSITIONS DU SOMMET.

Détroit supérieur.

Positions directes. La tête étant saisie d'après les règles prescrites, on la refoule légèrement au-dessus du détroit; on la place diagonalement, et on l'attire ensuite au détroit inférieur pour terminer comme il sera dit plus bas. (*Voy. les posit. du détroit inf.*)

Positions diagonales. Ici, on attire de suite la tête dans l'excavation du bassin, et on se comporte pour le reste comme il va être dit au détroit inférieur.

Détroit inférieur.

Positions directes. Le forceps étant appliqué, on imprime à la tête des mouvemens latéraux, et on la dégage, en élevant le manche du forceps lorsque la face est en dessous, et en le baissant lorsqu'elle est en dessus.

Positions diagonales. Les branches du forceps étant convenablement placées, on imprime à la tête son mouvement de rotation qui convertit la position en une directe; après quoi, on se comporte comme dans cette dernière position.

ENCLAVEMENT.

La tête n'est véritablement enclavée que lorsqu'elle ne peut avancer ni reculer.
L'enclavement peut avoir lieu au détroit supérieur du bassin, dans l'excavation, et même au détroit inférieur.
La tête peut être enclavée selon sa longueur et selon son épaisseur.

Selon la longueur. On place le forceps comme dans les positions directes; on essaie de refouler la tête afin de la placer en diagonale; et, si on ne réussit pas, on fait en sorte de l'extraire dans la position qu'elle affecte.

Selon l'épaisseur. Ici, on est presque toujours obligé d'appliquer les branches du forceps l'une sur la face et l'autre sur l'occiput. On attire ensuite la tête et on l'extrait en se conformant aux règles de l'art.

POSITIONS DE LA FACE.

L'application du forceps et l'extraction de la tête se font ici d'après les mêmes règles que dans les positions du sommet; seulement, lorsque le front se trouve dirigé au devant, on ne peut d'abord saisir la tête que par son diamètre occipito-frontal, et ce n'est que secondairement qu'on parvient à la saisir dans son diamètre occipito-mentonnier; pour y arriver, on écarte et on élève avec précaution le manche de l'instrument, en même temps qu'avec plusieurs doigts portés dans le vagin on repousse la face en haut.

APPLICATION DU FORCEPS SUR LA TÊTE, LE TRONC ÉTANT AU DEHORS.

Mêmes positions que par le sommet; mêmes règles pour l'application du forceps; mêmes précautions pour l'extraction du fœtus. Pendant la manœuvre, un aide doit soutenir avec soin le tronc et lui faire suivre tous les mouvemens que l'accoucheur imprime à la tête.
Dans la deuxième directe du détroit supérieur, de même que dans les troisième et quatrième diagonales du même détroit, on est presque toujours obligé d'appliquer le forceps au-dessous du fœtus, et de saisir d'abord la tête dans son diamètre occipito-frontal. Mais, quand on est arrivé au détroit inférieur, il convient, le plus souvent, de désarticuler l'instrument, sans toutefois le retirer des parties, et de faire passer le fœtus entre ses branches. Par cette seule manœuvre, la tête se trouve de suite saisie dans son diamètre occipito-mentonnier.

DU LEVIER

L'usage du levier se borne le plus ordinairement à redresser l'occiput et à exercer sur lui des tractions directes pour le ramener au centre du bassin, lorsqu'il est renversé sur le dos de l'enfant.

Application. L'une des mains étant introduite dans le vagin, on fait pénétrer le levier sur le côté de la tête, et on le ramène ensuite avec les doigts sur l'occiput, en baissant fortement le manche. Une fois l'instrument appliqué, on tire sur lui avec précaution, en même temps qu'avec quelques doigts on cherche à repousser la face en haut. — Le levier peut être avantageusement remplacé par le forceps.

DES CROCHETS MOUSSES

Lorsque les mains seules ne suffisent pas pour extraire le fœtus, on se sert souvent avec avantage des crochets mousses que l'on place dans le pli de certaines articulations, comme celles de l'aisselle, de l'aine, du jarret, etc. Il faut, avant de procéder à leur application, s'assurer de l'articulation, et diriger ensuite les instrumens avec l'indicateur de l'une des mains. Une fois placés, les crochets mousses représentent les extrémités sur lesquelles ils se trouvent appliqués, et doivent être saisis chacun avec la main qui correspond de nom à l'extrémité qu'il embrasse.

DU LACS

Le lacs n'est autre chose qu'un ruban de fil long d'une aune et demie environ, dont on se sert le plus ordinairement pour fixer un membre du fœtus que l'on est parvenu à entraîner au dehors. Lorsqu'on veut l'appliquer, on en forme une espèce de nœud coulant que l'on fait ensuite glisser sur le membre que l'on veut fixer.
On se sert aussi quelquefois du lacs pour extraire les genoux au détroit inférieur du bassin. Dans ce cas, on fixe le milieu du ruban sur l'extrémité de l'indicateur de l'une des mains, et on l'enfonce de préférence dans le pli du jarret qui est en dessus. Une fois placé, le lacs représente l'extrémité qu'il embrasse, et doit être saisi avec la main qui correspond de nom à cette extrémité.

Tab. VIII.

ACCOUCHEMENS CONTRE NATURE,

TABLEAU SYNOPTIQUE DES MANŒUVRES A L'AIDE DES INSTRUMENS TRANCHANS.

Lorsqu'on se sert des instrumens tranchans pour terminer un accouchement contre nature, on se propose, en général, ou bien de diminuer le volume du fœtus, ou bien d'élargir le bassin de la mère, ou bien encore de pratiquer à l'enfant une route artificielle.

DE L'EMBRYOTOMIE.

L'*embryotomie* consiste le plus souvent à diviser les parois du crâne du fœtus, pour en diminuer le volume : l'opération s'appelle alors *cephalotomie*. Mais d'autres fois il faut introduire dans la matrice des instrumens tranchans pour dépecer, en quelque sorte, le fœtus, afin de pouvoir ensuite l'extraire par morceaux ; c'est alors que l'opération porte plus particulièrement le nom d'*embryotomie*.

L'*embryotomie est indiquée* toutes les fois que, l'enfant étant mort ou affecté d'une maladie mortelle, le bassin de la mère est trop étroit pour que l'on puisse terminer l'accouchement au moyen de la main ou du forceps. Elle doit encore être pratiquée toutes les fois que la mère ne veut se soumettre à aucune opération.

L'*embryotomie est contre-indiquée*, 1° lorsque l'enfant est bien portant, 2° lorsque le bassin de la mère est tellement étroit qu'on ne pourrait, sans de grands dangers pour elle, introduire dans la matrice les instrumens nécessaires à l'opération.

Une fois les parties du fœtus réduites, on abandonne l'accouchement à la nature, si la matrice se contracte bien et si la femme est sans accident : dans le cas contraire, on a recours au forceps ou aux crochets.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE.

On donne le nom de *symphyséotomie* à l'opération qui consiste à diviser la symphyse des pubis pour agrandir les diamètres du bassin et permettre à l'accouchement de se terminer par les voies naturelles.

La symphyséotomie est indiquée, 1° toutes les fois que, l'*enfant étant vivant*, le bassin ne présente plus dans son diamètre antéro-postérieur que deux pouces et demi à trois pouces d'étendue; 2° lorsque, le détroit inférieur étant retréci, la main et le forceps ont été insuffisans ; 3° lorsque la tête est enclavée ; 4° lorsque l'arcade des pubis est trop étroite, ou la symphyse trop longue ; 5° lorsqu'il existe dans le bassin certaines tumeurs qui l'obstruent en partie; 6° enfin lorsque l'utérus est enclavé, comme il peut arriver dans la rétroversion.

La symphyséotomie est contre-indiquée, 1° lorsque l'enfant est mort; 2° lorsque le bassin présente moins de deux pouces et demi; 3° lorsque les symphyses sont ossifiées; 4° enfin, lorsque la femme ne veut pas se soumettre à l'opération.

De l'écartement possible. Lorsqu'on pratique l'opération, on peut, sans de grands inconvéniens, produire entre les pubis un écartement de deux pouces trois ou quatre lignes.

Bénéfices de l'opération. Un pouce d'écartement produit deux lignes d'avant en arrière ; deux pouces trois ou quatre lignes produisent près d'un demi-pouce; la bosse pariétale qui se trouve en devant vient se loger dans le vide que laissent entre eux les os pubis,ce qui procure encore un bénéfice de trois ou quatre lignes.

Temps où il convient d'opérer. Lorsque le col est entièrement dilaté et les douleurs assez fortes pour expulser le fœtus.

Procédé opératoire. La femme étant convenablement située, sa vessie vidée et son pénil rasé, on fait au-devant de la symphyse une incision commençant à un pouce environ au-dessus des os du pubis, et s'étendant en bas et à gauche jusqu'au-dessous de l'insertion du clitoris à l'arcade pubienne. On divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la ligne blanche, le fibro-cartilage inter-articulaire, et les autres ligamens de l'articulation, enfin la branche gauche du clitoris. On détourne le canal de l'urètre de dessous le tranchant de l'instrument, en le portant en bas et à droite au moyen d'une sonde placée dans son canal.

Une fois l'opération faite, on abandonne l'accouchement à la nature, ou on le termine selon le cas.

On rapproche ensuite les surfaces articulaires au moyen d'un bandage placé autour du bassin, et on oblige la malade à garder le lit pendant au moins six semaines. Si des accidens inflammatoires survenaient, on leur opposerait le traitement anti-phlogistique. Il importe beaucoup que la femme nourrisse.

Résultats de l'opération. Sur 41 femmes opérées, 14 ont succombé, 27 ont survécu.— 13 enfans sont nés vivans, 28 sont nés morts.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE (ABDOMINALE).

On appelle opération césarienne l'incision faite aux parois du ventre et à celles de la matrice pour extraire l'enfant, lorsqu'il ne peut franchir à travers le bassin.

L'*opération est indiquée*, 1° lorsque la femme, enceinte de plus de sept mois, vient de mourir et que le col de la matrice n'est point dilaté; 2° lorsque le bassin ne présente plus que deux pouces à deux pouces et demi d'avant en arrière, l'enfant étant vivant ; 3° lorsque le bassin présente moins de deux pouces, que l'enfant soit mort ou vivant; 4° lorsque le bassin est rempli par des tumeurs qu'il est impossible de déplacer ou de détruire ; 5° lorsque des jumeaux réunis et vivans présentent un volume trop considérable. (*Beaudelocque Plenck.*)

L'*opération est contre-indiquée*, 1° lorsque, la femme étant morte, le travail est assez avancé pour qu'il soit possible de terminer l'accouchement par les voies naturelles ; 2° lorsque l'enfant est mort et que le bassin est encore assez large pour permettre le broiement ; 3° lorsque la tête est tellement enclavée qu'il serait impossible de la remonter au-dessus du détroit ; 4° enfin, lorsque la femme ne veut point s'y soumettre.

Temps où il convient d'agir :— Il est *de nécessité*, quand le plus petit retard peut compromettre la vie de la mère ou celle de l'enfant, *d'élection*, quand rien n'empêche de choisir le moment favorable à l'opération ; il faut alors attendre que le col soit assez dilaté pour donner passage aux liquides qui pourront s'épancher dans la cavité de la matrice.

Lieu d'élection. La ligne blanche. — Les méthodes latérales obligent à diviser trois plans de muscles dont les fibres se retractent en sens divers, ce qui gêne la cicatrice : elles exposent d'ailleurs aux hémorrhagies, aux épanchemens, etc.

Procédé opératoire. La femme étant convenablement située et la matrice ramenée au milieu de l'abdomen, on fait, dans la direction de la ligne blanche, une incision qui de l'ombilic s'étend à un pouce et demi de la symphyse des pubis. On divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la ligne blanche, le péritoine, enfin les parois de la matrice. L'incision de cette dernière doit commencer le plus haut possible et finir à un pouce environ au-dessus de l'angle inférieur de la plaie faite aux parois de l'abdomen.

Les incisions étant faites, on procède à l'extraction de l'enfant et à celle du délivre.

Lorsque tout est terminé, on rapproche les lèvres de la plaie faite aux parois du ventre au moyen de deux ou trois points de suture enchevillée, et on recouvre le tout de charpie et de compresses, que l'on maintient à l'aide d'un bandage de corps.

S'il survient des accidens inflammatoires, on les combat par les antiphlogistiques; la femme doit nourrir.

Résultats de l'opération. Sur 111 femmes opérées, 48 ont survécu. (*Beaudelocque.*)

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE (VAGINALE).

On appelle opération césarienne vaginale l'incision de la matrice dans sa portion vaginale.

L'*opération est indiquée*, 1° lorsque la dureté du col s'oppose à sa dilatation ; 2° lorsque l'orifice est entièrement oblitéré; 3° lorsque la paroi antérieure de la matrice, étant fortement poussée en avant sa rupture, paraît imminente; 4° lorsque des accidens formidables surviennent avant l'entière dilatation du col; 5° lorsque la matrice s'est développée hors du bassin, et qu'il a été impossible de la réduire.

Procédé opératoire. Il consiste, le plus souvent, à inciser, dans plusieurs points, les bords de l'orifice du col. Quelquefois, pourtant, on n'intéresse que la paroi antérieure de l'organe. L'opération peut être pratiquée avec ou sans le secours d'un spéculum.

L'opération césarienne vaginale est ordinairement peu grave par elle-même.

DE LA GASTROTOMIE.

On donne généralement le nom de *gastrotomie* à l'opération qui consiste à inciser les parois de l'abdomen dans un point quelconque de leur étendue.

L'*opération est indiquée* dans la plupart des grossesses extra-utérines, et lorsqu'après une rupture de matrice, le fœtus étant passé en partie ou en totalité dans le ventre, il est impossible de le ramener par les voies naturelles.

Le lieu d'élection est ordinairement celui où le fœtus fait le plus de saillie.

Le temps où il convient de pratiquer l'opération est d'*élection* dans la plupart des grossesses extra-utérines; *de nécessité* après le passage subit du fœtus dans le ventre à travers une déchirure faite à la matrice ou au kyste qui la remplace.

On procède de la même manière que dans l'opération césarienne.

DEUXIÈME PARTIE.

MALADIES

DES FEMMES.

AVERTISSEMENT.

Ne voulant considérer la femme qu'en ce qui touche la génération, la grossesse, l'accouchement et la lactation, nous devrions ne traiter, dans cette seconde partie de notre ouvrage, que des maladies qui se rattachent d'une manière toute spéciale à chacune de ces différentes fonctions. Mais désirant que notre livre soit autant complet que possible, et que, dans aucun cas, l'accoucheur ne soit obligé de chercher ailleurs les avis dont il peut avoir besoin dans le cours de sa pratique, nous traiterons, dans un chapitre à part, de certaines maladies, tout-à-fait étrangères aux fonctions de la génération, mais qui, lorsqu'elles surviennent pendant leur durée, exigent quelquefois d'importantes modifications dans leur traitement.

Nous suivrons, d'ailleurs, dans l'exposition générale des maladies de la femme, un ordre à peu près semblable à celui qui a été adopté par la plupart des auteurs, et en particulier par MM. Désormeaux et Capuron, cet ordre nous ayant paru de tous le plus simple et le plus naturel.

Notre premier chapitre comprendra les maladies qui se manifestent le plus souvent à l'âge de la puberté, la connaissance parfaite de ces maladies étant de la plus haute importance pour celui qui se livre à la pratique des accouchemens.

Le second chapitre sera consacré aux maladies qui surviennent aux différentes époques de la grossesse, et, en particulier, à celles qui portent sur les appareils de la digestion, de la circulation, de la respiration, de la locomotion et des sens; enfin à celles qui ont pour siége les organes de la génération eux-mêmes.

Le troisième chapitre contiendra toutes les lésions qui dépendent de l'accouchement proprement dit, ainsi que toutes les maladies qui peuvent survenir pendant la durée des suites de couches.

Le quatrième chapitre renfermera toutes les maladies qui se rattachent à la lactation.

Le cinquième, enfin, se composera des maladies dont le traitement, durant la grossesse, doit être plus ou moins modifié.

DEUXIÈME PARTIE.

MALADIES DES FEMMES.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DE LA PUBERTÉ.

DE L'AMÉNORRHÉE.

(*Absence de la menstruation.*)

On donne, communément, le nom d'aménorrhée au défaut d'écoulement des menstrues.

L'aménorrhée, que l'on serait tenté de ne considérer que comme un simple accident de la menstruation, peut, dans quelques cas, entraîner à sa suite les désordres les plus redoutables.

Cependant, ainsi que le dit M. Nauche, dans son *Traité des maladies propres aux femmes*, le défaut de règles n'entraîne quelquefois aucune espèce de trouble dans la santé; seulement on observe que les femmes qui en sont privées toute leur vie, ont les seins peu développés, et sont peu portées aux plaisirs des sens. L'acte de la génération, ajoute le même auteur, s'exécute par fois avec difficulté.

Causes prédisposantes. Les femmes d'un tempérament lymphatique ou nerveux; celles dont les organes génitaux jouissent d'une très-grande sensibilité, de même que celles qui se trouvent dans des conditions contraires; celles qui font usage d'une nourriture malsaine ou qui habitent des lieux marécageux; celles enfin qui se livrent habituellement à des travaux très-pénibles, sont plus disposées que les autres à l'aménorrhée.

Les causes occasionelles sont fort nombreuses et très-variées: l'impression du froid lorsque le corps est échauffé, l'usage de boissons froides après un exercice violent, un bain dans de l'eau froide, une saignée intempestive, une maladie inflammatoire développée dans un organe quelconque, des injections astringentes dans le vagin, l'usage de boissons toniques et fortement excitantes, toutes les passions, toutes les émotions vives de l'âme, etc., sont autant de causes qui peuvent s'opposer à l'apparition des menstrues.

Quelquefois le défaut de règles tient à l'absence même de l'utérus ou à son développement incomplet. M. Nauche rapporte, dans son ouvrage, l'observation suivante: « Une « domestique, âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution « robuste, n'avait pas encore ses règles. Elle était sujette à « des étourdissemens, à des éblouissemens, à des coups de « sang, auxquels on remédiait par des saignées, des bains, « des pédiluves, des boissons acidulées et rafraîchissantes. « Demandée en mariage, elle voulut savoir si le défaut de « règles était un obstacle à ce qu'elle pût devenir mère.

« Après avoir pris connaissance de son état, je m'aperçus « que le conduit vulvo-utérin était à peine prononcé, qu'il « présentait vers son centre une ouverture de quelques « lignes d'étendue; en introduisant une sonde dans la ves- « sie, on sentait que son extrémité correspondait à cette « ouverture du vagin.

« Il n'y avait aucune trace apparente de col, ni de corps « de l'utérus : ce qui rendait raison du défaut de règles, et « amenait l'impossibilité de la fécondation.

« Cette personne avait en même temps une fistule à « l'anus, pour laquelle je l'adressai à M. Dupuytren, qui « reconnut l'absence de l'utérus et lui pratiqua avec suc- « cès, à l'Hôtel-Dieu, l'opération de la fistule. Vingt jours « après, au moment où elle devait sortir de cet établisse- « ment, elle éprouva de violentes contrariétés dans ses pro- « jets de mariage; elle fut prise d'une affection cérébrale, « à laquelle elle succomba.

« A l'ouverture du corps, on trouva, sur le côté gauche « du bassin, une petite masse charnue, présentant quelques « traces informes de l'utérus, et entièrement séparée du « vagin, avec lequel elle n'avait aucune connexion. »

Les symptômes locaux de l'aménorrhée sont : un sentiment de chaleur insolite dans le bassin, des tiraillemens douloureux, de la tension, de la pesanteur dans les régions hypogastrique et lombaire, de la tuméfaction au ventre, des tranchées utérines, enfin la leucorrhée; quelquefois aussi on voit survenir l'inflammation et même le cancer de la matrice.

Les symptômes généraux comprennent, pour ainsi dire, toutes les maladies qui peuvent affecter le corps humain, ce qui s'explique par les rapports sympathiques qui existent entre la matrice et tous les systèmes de l'économie. Ainsi l'aménorrhée peut être suivie de toute espèce d'in-

flammations, de névroses, de fièvres, d'éruptions cutanées, de maladies organiques.

Le diagnostic de l'aménorrhée est très-facile à établir, puisque l'absence seule de l'écoulement des règles suffit pour caractériser la maladie. Mais il n'est pas aussi facile de déterminer si la suppression tient à l'une des causes que nous avons énoncées précédemment, ou bien plutôt à un commencement de grossesse. Le médecin ne saurait donc user de trop de prudence, surtout lorsqu'il a lieu de soupçonner la bonne foi des femmes qui le consultent.

Le pronostic est variable selon la constitution des malades, l'ancienneté de la suppression, et les maladies qu'elle a pu produire.

L'absence des règles n'entraîne pas toujours la stérilité; nous connaissons deux dames qui n'ont jamais été réglées et qui pourtant sont mères de plusieurs enfans.

La durée de l'aménorrhée est illimitée.

Le traitement varie selon l'état dans lequel se trouve la femme, et aussi selon la cause présumée de la maladie.

La malade est-elle forte, pléthorique, sanguine? les saignées générales; les applications de sangsues aux lombes, à l'anus, à la vulve, aux aines, à la partie interne des cuisses; les bains de siége, les fumigations dirigées vers la vulve ou dans le vagin, à l'aide d'un tube quelconque (M. Nauche propose le tube allongé en cuir, nouvellement inventé, et connu sous le nom de *clysoir*), les lavemens émolliens un peu chauds, les applications de même nature sur la région hypogastrique, les bains de pieds, l'usage de boissons émollientes, une nourriture végétale, la tranquillité physique et morale, doivent suffire, dans la plupart des cas, pour rétablir l'écoulement.

La femme au contraire est-elle faible, délicate, d'une constitution lymphatique, il faut avoir recours à une médication plus énergique. L'exercice en plein air, une nourriture succulente, l'usage des vins généreux, les différentes préparations de fer, celles de quinquina, d'absinthe, d'armoise, de gentiane, de safran, de sabine, les eaux sulfureuses, les lavemens âcres, etc., conviennent surtout.

M. Nauche recommande contre l'atonie de la matrice, en particulier, l'emploi de la strichnine et du seigle ergoté; il dit avoir employé avec succès cette dernière substance à la dose de 12 grains par jour, soit seule, soit unie à la rhubarbe, pour rappeler les règles lorsqu'elles avaient cessé; on a donc eu tort de dire que le seigle ergoté n'avait point d'action sur la matrice dans l'état de vacuité. Le même auteur propose aussi, dans le même but, les bains entiers, les bains de siége froids, les bains de mer, ceux avec l'eau de boule de Nancy; les douches d'eau froide sur les reins; les frictions avec de la glace sur le bas de l'épine du dos et sur la région hypogastrique; les douches de Barèges sur le sacrum et les lombes; les lavemens froids, ceux dans lesquels entrent des substances stimulantes, comme 20 à 36 grains d'aloës ou de savon de Starkey; les bains de pieds avec la farine de moutarde, ou l'acide muriatique (4 onces pour 4 pintes de liquide); les frictions sur le bas de l'épine et les membres inférieurs avec la pommade de Gondret, un liniment volatil, l'eau de mélisse, etc.; les purgatifs drastiques à petite dose, tels que les savons amygdalin, jalapin, ou aloétique; enfin, M. Nauche dit s'être plusieurs fois bien trouvé de l'emploi de l'électricité galvanique.

Lorsqu'on a lieu de soupçonner que la maladie a été occasionée par l'impression du froid, il convient de mettre en usage les boissons diaphorétiques, et tous les autres moyens capables de favoriser la transpiration cutanée.

Les anti-spasmodiques sont indiqués lorsque la suppression est survenue à la suite d'une impression morale :

M. Nauche recommande, dans ce cas, l'usage du musc et du castoréum.

Enfin, si l'aménorrhée était occasionée par une inflammation plus ou moins intense, les antiphlogistiques devraient former la base du traitement.

C'est surtout à l'époque de chaque période qu'il convient d'administrer les remèdes dont il vient d'être question.

De la rétention des menstrues.

L'écoulement des menstrues est quelquefois empêché par un vice de conformation dont sont affectées les parties de la génération. Ainsi, par exemple, le sang des règles peut être retenu, dans la matrice ou dans le vagin, par un obstacle ayant son siége à l'orifice du col de l'utérus, ou à l'orifice du vagin.

Dans ces deux cas les malades éprouvent des coliques plus ou moins vives ; des tiraillemens douloureux dans les reins, les cuisses et les aines ; de la chaleur, de la pesanteur dans le bassin ; enfin le ventre augmente de volume, et quelquefois on voit se manifester la plupart des phénomènes propres à la grossesse.

Le traitement ici consiste à détruire, quand il est possible, l'obstacle qui s'oppose à la libre communication de l'intérieur avec l'extérieur ; dès-lors, les règles peuvent s'écouler au dehors, et tous les accidens survenus disparaissent comme par enchantement. Nous avons eu occasion d'observer, à l'Hôtel-Dieu de Paris, une jeune fille chez laquelle les règles étaient retenues par une membrane située à l'entrée du vagin ; la plupart des symptômes de la grossesse s'étaient successivement manifestés. Une incision cruciale rétablit les voies dans leur état normal, et la malade fut bientôt complètement rétablie.

DE LA DYSMÉNORRHÉE.

(*Menstruation difficile.*)

On dit qu'il y a dysménorrhée toutes les fois que l'écoulement des menstrues se fait avec difficulté et douleur. La maladie se montre le plus souvent à la première époque des règles et finit avec elle. Mais quelquefois aussi elle se reproduit à chaque période, et cela pendant un temps plus ou moins long.

Les causes de la dysménorrhée, lorsqu'il n'existe aucun vice de conformation, aucune affection organique aux parties génitales, sont le plus souvent inconnues; la constitution des femmes et leur genre de vie n'influant pas toujours d'une manière bien tranchée sur le développement de la maladie.

Les symptômes les plus ordinaires de la dysménorrhée sont : des douleurs plus ou moins vives du côté de la matrice et du ventre; des tiraillemens plus ou moins incommodes dans les régions inguinales, hypogastrique et lombaire; un sentiment de chaleur et de pesanteur dans le bassin; des nausées, des vomissemens, de la céphalalgie, de l'oppression, de la toux, des hémoptysies, de la courbature; enfin tout le cortége des affections hystériques, chlorotiques, hypochondriaques. Le sang ne vient qu'en très-petite quantité.

Le diagnostic se tire de la difficulté de l'écoulement des menstrues, et de la périodicité des accidens.

Le pronostic n'est pas en général très-grave, et, le plus

souvent, la maladie guérit au bout d'un temps assez court; cependant il n'est pas sans exemple qu'elle n'ait eu d'autre terme que celui de la menstruation.

Le traitement général est absolument le même que celui de l'aménorrhée.

Il est clair, d'ailleurs, que, s'il y avait quelque vice de conformation, ou quelque affection organique aux parties génitales, ce serait par le traitement de ces maladies qu'il faudrait commencer.

DE LA MÉNORRHAGIE.

(*Flux immodéré des menstrues. — Ménorrhée de* M. Nauche.)

M. le professeur Alibert donne le nom de ménorrhagie à tout écoulement de sang provenant de l'utérus, dans quelque circonstance qu'il survienne. Nous n'appliquerons ici cette dénomination qu'à l'écoulement immodéré des menstrues.

Quoique l'on ne puisse pas déterminer, au juste, la quantité de sang fournie à chaque évacuation périodique, et que cette quantité soit variable, en raison du climat, du lieu qu'on habite, de la constitution et de la manière de vivre du sujet, on juge, dit M. Nauche, que l'évacuation est trop forte lorsqu'elle se prolonge immodérément, qu'elle est précédée de douleurs, d'étouffemens, et suivie d'une diminution dans les forces vitales.

Cet accident, qui peut se manifester chez toutes les femmes indistinctement, se remarque cependant plus fréquemment chez celles qui sont d'une constitution délicate et nerveuse.

M. Gardien reconnaît trois espèces de ménorrhagies, savoir : l'*active*, la *passive*, la *spasmodique* ; cette division, toute naturelle, nous paraît devoir être conservée, puisqu'elle est basée sur la nature des causes qui peuvent déterminer l'hémorrhagie, et aussi sur le genre de traitement que réclame chaque espèce en particulier.

De la ménorrhagie active.

Causes prédisposantes : le tempérament sanguin, la pléthore, une constitution irritable, l'usage habituel d'une nourriture trop succulente, le printemps, la chaleur, l'omission d'une saignée habituelle, la suppression d'une autre hémorrhagie, l'habitude des chaufferettes, une vie joyeuse.

Causes occasionelles : tous les excès dans les plaisirs de l'amour ; toutes les affections morales vives, comme la colère, la frayeur ; l'abus des alcooliques ; l'usage de certaines substances emménagogues; un exercice violent durant la menstruation, etc.

Les symptômes principaux sont ceux de toutes les hémorrhagies en général : ainsi, il s'écoule par le vagin une grande quantité de sang, et bientôt la malade présente tous les signes d'une faiblesse plus ou moins grande ; la face pâlit, les yeux se ternissent et se ferment, la vue se trouble, il survient des vertiges, des défaillances, des syncopes, le pouls diminue de force et se concentre, la respiration s'embarrasse, enfin la mort arrive, si, par un traitement approprié, on ne parvient pas à arrêter l'hémorrhagie.

Quelquefois, au lieu de s'écouler au dehors, le sang s'amasse dans l'intérieur de la matrice; alors, aux symptômes précédens se joignent l'augmentation du ventre et des tran-

chées utérines suivies de l'expulsion d'une plus ou moins grande quantité de sang coagulé.

Symptômes précurseurs. Presque toujours l'hémorrhagie est précédée de lassitude générale, d'un sentiment de gonflement et de tension dans les hypochondres, de tiraillemens douloureux dans les reins et dans les aines, de chaleur, de pesanteur, de prurit dans le bassin. Quelquefois aussi les malades éprouvent une excitation générale très-grande, le pouls s'accélère, la face s'anime, une chaleur générale se répand par tout le corps; mais tous ces symptômes de pléthore se dissipent aussitôt que le sang commence à couler.

La ménorrhagie se distingue des autres hémorrhagies par sa coïncidence avec l'époque des menstrues.

Le pronostic de la ménorrhagie active est variable selon l'âge et la force de la malade, et aussi selon la quantité de sang qu'elle perd; si l'écoulement devient trop abondant, la mort peut en être la suite. Pourtant, ainsi que l'observe M. Alibert, dans son excellente *Nosologie*, ce n'est pas toujours d'après la quantité de sang écoulé qu'il faut juger de la ménorrhagie, mais bien d'après les effets plus ou moins fâcheux qu'elle produit sur la santé; car il est des pays, tels, par exemple, que la Hollande, la Belgique, le Brabant, etc., où les femmes éprouvent des flux ménorrhagiques excessifs, sans en être le moins du monde incommodées. »

Le traitement consiste, surtout, à éloigner les causes qui ont pu déterminer la maladie, car dans plus d'un cas cette seule précaution a suffi pour arrêter l'hémorrhagie. Il convient ensuite de placer la malade dans un lieu frais et bien aéré; de la coucher horizontalement sur un matelas de crin, en ayant soin que son bassin soit plus élevé que le reste de son corps; de lui administrer des boissons froides et acidulées, telles que l'eau de groseille, la limonade, l'eau vinai-

grée ; d'appliquer sur son ventre et ses cuisses des compresses trempées dans un liquide froid et styptique ; de faire dans le vagin et la matrice des injections froides et astringentes ; enfin, de pratiquer une ou plusieurs saignées de bras, selon le besoin et la force de la malade.

Si tous ces moyens étaient insuffisans, le tampon ou la compression de l'aorte à travers les parois abdominales devrait être mis en usage. Enfin, si la femme, par suite de l'hémorrhagie, se trouvait dans un état d'épuisement tel qu'on pût craindre pour ses jours, il conviendrait de tenter la transfusion du sang, moyen ingénieux qui a déjà plusieurs fois réussi entre les mains de chirurgiens anglais.

Dans quelques cas, surtout quand l'hémorrhagie paraît tenir à une irritation locale, il peut être très-utile de recourir à tous les moyens capables de déterminer une dérivation salutaire. On a, dans de sembables cas, employé avec avantage les frictions sèches, les rubéfians, les ventouses, les vésicatoires camphrés sur les membres supérieurs, les manuluves chauds et plus ou moins souvent répétés, une large ventouse sur les mamelles (*mulieri menstrua si velis cohibere, cucurbitam quam maximam ad mammas appone.* Hip. Aph. 50, sect. v.) ; on peut aussi appliquer cette ventouse au-dessous des mamelles, ou entre les deux épaules. Enfin, les bains de siége tièdes, les injections mucilagineuses dans le vagin, les lavemens émolliens, quelquefois de doux minoratifs dans le cas de constipation, ont souvent produit de bons effets.

Lorsqu'une fois on est parvenu à arrêter l'hémorrhagie, il importe beaucoup, pour prévenir son retour, que les femmes observent un régime doux et peu nourrissant ; les légumes farineux et les végétaux herbacés, tels que les épinards, la laitue, la chicorée, leur conviennent surtout; M. Nauche recommande l'usage des boissons aqueuses légèrement acidulées, telles que les décoctions d'orge avec le sirop de limon, d'épine-vinette ou de vinaigre.

De la ménorrhagie passive.

Cette espèce d'hémorrhagie ne survient guère que chez les femmes d'un tempérament lymphatique, ou dont la constitution a été épuisée par les maladies, le chagrin, un mauvais régime, des pertes abondantes, des excès en tous genres.

Ici, l'hémorrhagie n'est point précedée de l'ensemble des symptômes qui annoncent la pléthore; au contraire tout indique l'atonie : le sang est toujours plus ou moins décoloré.

Le pronostic de la ménorrhagie passive est le plus souvent fâcheux, surtout lorsqu'à la suite de l'hémorrhagie, la malade est prise de syncopes ou de convulsions. (*Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum.* Hip. Aph. 56, sect. v.

Le traitement de l'hémorrhagie passive consiste d'abord dans l'éloignement des causes qui ont pu produire la faiblesse, puis dans l'administration de tous les remèdes capables de relever les forces et de redonner du ton aux vaisseaux exhalans; ainsi les boissons généreuses et alcooliques, les infusions ou décoctions de plantes aromatiques, les préparations de fer, celles de quinquina, la cannelle, le chêne, les frictions sèches, les ventouses, les vésicatoires dans le voisinage de la matrice, un régime succulent, le séjour à la campagne, au milieu d'un air pur, enfin le repos du corps et de l'âme; tels sont les moyens qui conviennent surtout à cette espèce d'hémorrhagie.

Si, malgré leur emploi, le sang continuait de couler, il faudrait avoir recours aux astringens, tels que l'extrait ou la décoction de rathania, l'eau de Rabel, le sulfate acide

d'alumine et de potasse. On devrait aussi ne pas négliger les applications froides sur le ventre et les cuisses, les injections froides et styptiques dans le vagin et la matrice. Enfin si, malgré tout, l'hémorrhagie persistait, il faudrait bien avoir recours au tampon, ou à la compression de l'aorte abdominale. Ici, d'ailleurs, de même qu'à la suite de l'hémorrhagie active, la transfusion du sang pourrait trouver place.

De la ménorrhagie spasmodique.

Cette espèce d'hémorrhagie est propre aux femmes délicates, nerveuses, très-sensibles, très-irritables.

Elle survient quelquefois subitement à la suite d'une affection morale triste.

Ici, les antispasmodiques et les narcotiques conviennent surtout. On a souvent employé avec avantage l'eau de fleurs d'orange, l'éther, l'opium, les injections calmantes dans le vagin, les bains, les demi-bains (lorsque la femme jouissait encore d'une certaine force), et les toniques, lorsqu'elle était dans un état de faiblesse bien marquée.

DE LA CHLOROSE.

(*Pâles couleurs.*)

On appelle ainsi une maladie caractérisée par une faiblesse très-grande de toute l'économie, et une pâleur remarquable de toute l'enveloppe cutanée.

M. le professeur Alibert reconnaît deux espèces de chloroses, savoir : l'idiopathique et la symptomatique. La pre-

mière est celle qui se manifeste chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes, sans aucune cause physique apparente. La seconde est d'ordinaire la suite d'une dégénération particulière des tissus blancs de l'économie animale, d'une interruption accidentelle de l'accroissement physique, d'un empêchement des menstrues, d'un engorgement des organes digestifs ou des glandes qui abondent dans le mésentère, etc. Parmi les chloroses consécutives, M. Alibert cite celle d'une dame qui en aurait été atteinte, d'abord à l'âge de quinze ans, et deux fois depuis son mariage; elle était naturellement couperosée. Un fait très-extraordinaire, c'est que l'éruption boutonneuse du visage s'évanouissait pendant toute la durée des pâles couleurs; mais, quand celles-ci disparaissaient par l'emploi des pilules de Fuller, l'éruption se remontrait avec autant d'activité qu'auparavant.

Il y a, chez les malades affectées de cette singulière maladie, imperfection et faiblesse de la sanguification. Quelques-unes d'entre elles, lorsqu'elles sont immobiles, ressemblent, par leur étonnante blancheur, à des statues de marbre. (*Nosol. nat.*)

La chlorose ne se manifeste pas seulement chez les femmes. Cabanis a vu un jeune homme de quinze ans, dont le teint était d'un jaune vert-pré; ses paupières et ses joues étaient bouffies, ainsi que ses mains et ses jambes; il ne pouvait marcher vite sans être saisi d'anhélation; il était habituellement triste, engourdi, mangeait des substances crayeuses et particulièrement du charbon; il avait gratté et défait successivement le mortier des murs de sa chambre. (*Nosol. nat.*)

Causes prédisposantes. Il est d'observation que la chlorose est plus fréquente dans les climats où l'ardeur de l'imagination donne à l'utérus un développement précoce. Toutefois les femmes d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution, celles qui se nourrissent mal, ou

qui commettent souvent des excès, en un mot toutes celles qui se trouvent sous l'influence de causes débilitantes, y sont plus exposées que les autres.

Les causes que l'on regarde comme *occasionelles* sont : tous les obstacles à la menstruation, la privation long-temps prolongée des plaisirs de l'amour, toutes les passions tristes, toutes les maladies qui minent la constitution.

Les symptômes principaux sont : la pâleur très-grande de tout le corps, et de la face en particulier ; quelquefois le visage est d'une pâleur verdâtre et nuancée d'une teinte jaune ou livide ; les yeux sont ternes et entourés d'un cercle bleuâtre ; la décoloration des conjonctives et des lèvres, la mollesse et la flaccidité des chairs, la petitesse et la fréquence du pouls, la gêne de la respiration, le désir de manger des substances non alimentaires, telles que la craie, la chaux, le charbon, la cendre. Une demoiselle de province avait un goût irrésistible pour la terre glaise ; elle en faisait furtivement une provision considérable tous les soirs, et en mangeait toute la nuit. Une autre jeune personne dérobait à ses parens des bouts de chandelle pour s'en rassasier en cachette. (*M. Alibert.*)

« Les malades sont d'une susceptibilité nerveuse singulière ; la moindre contrariété les irrite ; elles sont pensives, tristes et mélancoliques sans sujet ; elles recherchent la solitude : ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la même cause qui met en jeu, dans cette maladie, les volitions et les caprices de l'estomac, excite en elles des désirs extraordinaires dans un organe non moins important ; elles sont précoces en amour, prennent de la passion pour la lecture des romans, et allument sans cesse leur imagination par des rêveries chimériques ; aussi leur physionomie offre-t-elle le plus souvent tous les traits qui révèlent une âme sensible. L'expression molle et langoureuse de leurs regards, leurs

joues pâles qui se colorent à chaque instant par le vif incarnat d'une pudeur alarmée, leurs attitudes douces et gracieuses, etc., tout annonce qu'elles prennent la part la plus active aux impressions qu'on leur communique. (*Nosol. nat.*) Le sang est d'un rouge pâle et contient beaucoup de sérosité.

Le diagnostic n'est pas toujours très-facile à établir; ainsi on peut dans certains cas confondre la chlorose avec l'ictère, l'anémie, l'anasarque. Cependant, si on a égard à la nature des causes et des symptômes, il est possible d'éviter toute méprise.

La terminaison peut avoir lieu par le retour à la santé, si on oppose à la maladie un traitement convenable. La mort est inévitable, lorsqu'il est survenu quelque affection organique incurable.

Le pronostic varie selon beaucoup de circonstances. Lorsque la chlorose est récente et exempte de toute complication, elle guérit ordinairement très-bien; mais, lorsqu'elle est ancienne ou compliquée, le pronostic est souvent des plus graves.

Le traitement consiste avant tout à éloigner, s'il est possible, les causes qui ont déterminé la maladie; l'observation de toutes les règles de l'hygiène peut donc être d'un grand secours. Il convient ensuite de faire prendre aux malades des alimens de bonne qualité, un peu de bon vin. Le changement d'air et l'habitation dans des lieux élevés, exposés au soleil, ont souvent produit de bons effets. L'exercice à pied, à cheval, les voyages, la distraction, l'usage des vêtemens de flanelle et des frictions sèches sur tout le corps, ne doivent pas non plus être négligés.

A ces moyens hygiéniques, il convient d'ajouter l'usage des préparations toniques, amères et ferrugineuses.

M. Alibert vante beaucoup la gentiane et le quinquina, les vins d'absinthe, d'aunée et de chalibée, les eaux minérales de Spa ou de Vichy, les tablettes martiales, les pilules de Fuller.

Le mariage devrait être recommandé, si la maladie paraissait tenir à la privation des plaisirs de l'amour.

Les emménagogues seraient indiqués, s'il y avait en même temps aménorrhée.

DE L'HYSTÉRIE.

(*Spasme de l'utérus*. M. Nauche.)

L'hystérie est une affection convulsive, apyrétique, ordinairement de longue durée, qui se compose principalement d'accès ou d'attaques qui ont pour caractères des convulsions générales et une suspension souvent incomplète des fonctions intellectuelles (*Georget.*)

L'hystérie n'est pas, comme l'ont cru beaucoup d'auteurs, exclusive au sexe féminin : on a eu occasion de l'observer chez le sexe opposé.

Les causes prédisposantes de l'hystérie sont : la jeunesse, le tempérament nerveux, une constitution délicate; cependant, ainsi que l'observe M. Nauche, les femmes les plus robustes n'échappent pas toujours à ses atteintes. La fréquentation des bals, des spectacles ; les conversations et les lectures voluptueuses, en un mot, tout ce qui tend à exalter la sensibilité générale et surtout celle des organes génitaux, dispose à l'hystérie.

Causes occasionelles : toutes les affections vives de l'âme, comme la jalousie, l'emportement, la frayeur, la surprise,

un violent chagrin, une vive contrariété, l'abus du coït, la masturbation, la suppression brusque des règles ou des lochies, la vue d'objet hideux. Selon M. Nauche, l'hystérie peut être occasionée par des lésions de l'utérus et de ses nerfs, et par l'excitation du cerveau ou des organes qui ont avec ce viscère une connexion sympathique; par des vices de conformation de l'utérus ou du vagin; par les changemens qu'éprouvent les ovaires et l'utérus durant la conception et la grossesse; par diverses maladies propres à l'utérus, telles que les déplacemens, les corps étrangers contenus dans sa cavité, à raison de l'excitation permanente qu'ils y déterminent; enfin, par la fixation sur la matrice des vices scrophuleux, syphilitique, rhumatismal, scorbutique, psorique, goutteux et cancéreux.

Le siége de l'hystérie n'est pas encore déterminé d'une manière absolue; les uns le placent dans le système nerveux en général; d'autres dans le cerveau; d'autres dans l'estomac, les intestins, le foie, les reins, etc.; d'autres enfin, dans la matrice. Nous partageons entièrement l'opinion de ces derniers, parmi lesquels se trouve M. Mongelaz, qui s'est occupé de recherches spéciales sur le siége de l'hystérie; car il est positif que c'est toujours par la matrice que le mal commence, et que, si d'autres organes paraissent ensuite être affectés, ce n'est que secondairement.

Symptômes précurseurs. Si dans quelques cas, rares à la vérité, les attaques d'hystérie ne sont annoncées par aucun symptôme précurseur, le plus souvent elles sont précédées de malaise, d'abattement, de bâillemens, de soupirs, d'impatiences, de vertiges, de pleurs ou d'éclats de rire, de serremens de poitrine, de palpitations, de crampes douloureuses dans les membres.

Attaque. Tout-à-coup la malade tombe, si elle est

debout, en proférant un cri particulier, que Georget compare au hurlement du loup ou à l'aboiement du chien ; elle perd ensuite l'usage de la parole, et entre immédiatement en convulsions. Elle jouit alors d'une force si extraordinaire, que cinq ou six personnes suffisent à peine pour la contenir. La face devient rouge ou pâle, les dents se serrent, la bouche rend quelquefois une écume abondante, le ventre se déprime ou se ballonne et devient douloureux à la pression ; souvent la malade éprouve le sentiment d'une boule qui semble partir de la matrice, monter vers l'estomac, et se porter ensuite à la poitrine et au cou, où elle détermine une sorte de suffocation.

Lorsque les symptômes sont portés à un haut degré d'intensité, les malades tombent quelquefois dans un état de mort apparente, qui peut se prolonger plusieurs jours.

La durée de l'attaque est très-variable ; le plus souvent l'accès se termine au bout de quelques heures ; on l'a vu cependant se prolonger durant plusieurs jours ; mais alors il y avait dans les symptômes des rémissions plus ou moins longues et plus ou moins marquées.

La terminaison de l'attaque s'annonce souvent par un écoulement abondant de larmes ; d'autres fois par de grands éclats de rire, auxquels succèdent un accablement général, un brisement de tout le corps, quelquefois des paralysies partielles.

M. Mongelaz observe que par fois la terminaison de l'hystérie est suivie de l'oubli complet de tout ce qui s'est passé durant l'accès ; et que d'autres fois au contraire, les malades s'en rappellent plus ou moins. Nous donnons habituellement nos soins à une jeune dame de vingt-un ans, qui ne conserve aucun souvenir des accès qu'elle a éprouvés.

Le diagnotic de l'hystérie n'est pas toujours très-facile à établir, la maladie pouvant se présenter sous une infinité de formes différentes ; ainsi on a pu la confondre avec l'hypochondrie, la syncope, l'épilepsie. Cependant, si on a égard à l'âge et au sexe de l'individu, aux causes qui ont déterminé les accès et à la marche des symptômes, on pourra sûrement éviter toute erreur.

Le pronostic de l'hystérie n'est pas grave en général, surtout lorsque la maladie est récente, et que les causes qui l'ont déterminée peuvent être facilement combattues. Mais lorsque la maladie est ancienne, et que les causes qui l'ont produite ne sont pas de nature à être surmontées, la guérison est le plus souvent impossible. Heureusement, l'affection est rarement mortelle par elle-même.

Le traitement, durant les attaques, consiste à desserrer les vêtemens des malades et à se rendre maître de leurs mouvemens, afin qu'elles ne se blessent pas. Quelques auteurs disent s'être bien trouvés des applications froides sur la tête, et de la saignée pratiquée au cou ; d'autres ont préconisé les bains et les lavemens froids ; d'autres, les émolliens, les narcotiques, les antispamodiques, les dérivatifs ; M. Nauche vante beaucoup les effets de l'acide hydrocyanique mêlé à une certaine quantité d'eau, en commençant par deux gouttes dans une once d'eau, par jour ; il recommande aussi l'eau distillée et l'huile essentielle de laurier-cerise, la valériane, l'immersion dans l'eau froide, les bains sulfureux, le musc, le castoréum, l'ambre, le succin, le camphre combiné avec l'assa-fœtida, l'éther sulfurique et son sirop, la liqueur minérale anodine d'Hoffmann, l'éther martial, la poudre de Stalh, le cyanure ou l'hydrocyanate de zinc, etc., etc.; mais, souvent, ainsi que l'observe Georget, le mieux est de ne rien faire, afin de ne point tourmenter les malades.

Si ces dernières étaient dans un état de mort apparente, il faudrait avoir recours aux excitans externes, tels que l'ammoniaque, l'acide acétique placés sous le nez, les aspersions froides, les frictions, les ventouses, les sternutatoires, les lavemens de tabac, le cautère actuel, etc.

Dans l'intervalle des accès, il faut s'appliquer, autant que possible, à éloigner les causes prédisposantes et occasionnelles de la maladie; il faut prescrire un régime végétal, l'usage du lait et des boissons aqueuses, la promenade, la distraction, l'éloignement de tout ce qui peut exalter l'imagination, les bains tièdes ou froids, les antispasmodiques, tels que l'éther, l'assa fœtida, le laudanum. Les sangsues à la vulve, les bains de siége et les pédiluves conviendraient, si la maladie paraissait tenir à la suppression des menstrues.

DE LA NYMPHOMANIE.

(*Spasme du clitoris*, Nauche. *Fureur utérine; érotomanie; métromanie ; clitorimanie.*)

On donne ce nom, chez la femme, à une variété de l'aliénation mentale, qui a pour caractère dominant un penchant violent à l'union sexuelle, exprimé par des propos obscènes, des regards passionnés, des gestes provocateurs, etc., qui contrastent souvent beaucoup avec la manière d'être antérieure des malades. (*Georget.*)

Les causes prédisposantes les plus ordinaires, sont : l'âge de puberté, le tempérament nerveux, une extrême sensibilité des parties génitales, une vie oisive et sédentaire, le veuvage, une contrainte sévère et long-temps continuée,

une affection dartreuse aux parties génitales, une menstruation difficile, l'habitation des pays chauds.

Les causes occasionelles paraissent être : l'habitude de la masturbation, des lectures lascives, la fréquentation des bals, des spectacles, la vue de gravures indécentes, un amour contrarié, un développement excessif du clitoris, la privation subite et soutenue des plaisirs vénériens.

Les symptômes sont variables, selon l'époque à laquelle on observe la maladie. Dans le principe, l'imagination est plus ou moins exaltée, les malades éprouvent le besoin de se livrer aux plaisirs de l'amour; mais, leur raison n'étant point encore aliénée, elles résistent à leur penchant et recherchent la solitude.

Plus tard, les malades n'ont plus la force de surmonter leurs désirs effrénés; tout sentiment de pudeur est étouffé; elles se livrent sans réserve aux actes les plus obscènes. C'est alors qu'on les voit solliciter par le regard et les gestes le premier homme venu; c'est alors aussi qu'elles se livrent à de honteuses provocations, lorsqu'on ne se rend pas à leur premier désir.

Nous avons eu occasion de traiter l'année dernière, conjointement avec M. le docteur Lemaistre, une jeune demoiselle, de la rue de Grenelle, qui se trouvait dans cet état.

Enfin, lorsque la maladie est portée au plus haut degré, l'aliénation mentale est complète, les femmes entrent en fureur, elles s'arrachent les cheveux, déchirent leurs vêtemens, se jettent sur tous les hommes qu'elles rencontrent, et se livrent publiquement à la masturbation.

On trouve dans la *Nosographie* de Pinel, le tableau suivant : « Une jeune fille, parvenue depuis peu à l'épo-
« que de la puberté, menant une vie inactive et se nour-
« rissant d'alimens échauffans, avait des liaisons secrètes

« avec un jeune homme de basse extraction, en trompant « la surveillance de ses parens : son inclination étant con- « trariée, elle éprouva des rêves très-pénibles. Peu de « jours après, elle tint des propos très-obscènes, et simula « les gestes et les actes d'une bacchante ; on eut même « besoin de la retenir dans son lit avec de forts liens pour « l'empêcher de sortir, ou de prendre des postures les « plus lascives, et de provoquer le premier venu à l'union « des sexes : regard étincelant, point de sommeil, aliéna- « tion des plus marquées, avec écoulement d'une matière « visqueuse, âcre et même corrosive par les parties sexuelles. « Le pouls était d'ailleurs vif, la langue sèche, et toute « l'habitude du corps dans un état de marasme. »

Diagnostic. C'est à tort que l'on a confondu, avec la nymphomanie, le prurit des parties génitales externes, ou du col de la matrice, l'amour violent, l'amour mélancolique; dans ces dernières affections les malades n'éprouvent point ces désirs vénériens qui constituent, pour ainsi dire, le caractère pathognomonique de la nymphomanie.

Pronostic. Les deux premiers degrés de la maladie sont susceptibles de guérison; le troisième degré est presque toujours incurable, et souvent il dégénère en une véritable manie.

Traitement. Les remèdes pharmaceutiques n'offrent ici que de bien faibles ressources. Si la maladie reconnaît pour cause un amour contrarié, le mariage en est le plus sûr remède. Mais cette union ne peut pas toujours être effectuée; dès-lors c'est dans l'éloignement des causes et dans l'hygiène, la religion et la morale, qu'il faut chercher les moyens capables de calmer l'imagination des malades ; toutefois, pour que ces moyens réussissent, ils doivent être employés de très-bonne heure. La distraction, la fréquentation de bonnes sociétés, à l'exclusion de celles des hommes, la lecture de bons livres, les exhortations, une occupation soutenue, le

séjour à la campagne, les voyages, un régime doux, le coucher sur des matelas de crin, sont autant de moyens qu'il ne faut pas non plus négliger.

On doit, d'ailleurs, calmer l'ardeur des parties génitales au moyen de fomentations et d'injections, comme celles de laitue, de pavot et de morelle. Les bains tièdes, souvent réitérés, les saignées plus ou moins copieuses, selon la force des malades, le camphre, le nénufar et l'opium conviennent aussi dans beaucoup de cas.

Levret conseille d'opposer à la nymphomanie l'amputation du clitoris; rien en effet ne doit être plus propre à réprimer de trop vifs désirs, que le retranchement de l'organe dans lequel réside principalement la sensation (*M. Richerand, Nosographie chirurgicale.*) Ce dernier auteur rapporte l'observation suivante, qui vient à l'appui de l'opinion de Levret :

« Une jeune personne était tellement adonnée à la mas-
« turbation, qu'elle avait peu de pas à faire pour atteindre
« au dernier degré du marasme. Penétrée du danger de sa
« situation, et cependant, trop faible ou trop impérieuse-
« ment entraînée par l'attrait du plaisir, entièrement sub-
« juguée, elle ne pouvait se contenir. En vain lui liait-on
« les mains, elle savait y suppléer en s'agitant contre quel-
« que partie saillante de sa couche. On lui lia les jambes;
« il lui suffisait du seul mouvement des cuisses, qu'elle
« pouvait encore frotter l'une contre l'autre, ou de l'agita-
« tion du bassin et des lombes, pour provoquer d'abondantes
« pollutions. Ses parens la conduisirent au professeur Du-
« bois. A l'exemple de Levret, il crut devoir proposer l'am-
« putation du clitoris. Les parens de la malade, s'y soumirent
« sans répugnance. L'organe fut retranché d'un seul coup
« de bistouri : le moignon fut cautérisé par un bouton de
« feu; c'est ainsi qu'on arrêta l'hémorrhagie. Le succès de
« l'opération fut complet; la malade, guérie de sa funeste
« habitude, recouvra bientôt sa santé et ses forces. »

DE LA LEUCORRHÉE.

(*Blennélytrie simple* de M. Alibert ; *catarrhe utéro-vaginal* ; *fleurs blanches.*)

On donne le nom de leucorrhée à un écoulement muqueux et blanchâtre, déterminé par l'inflammation de la membrane interne de la matrice et du vagin. Ce catarrhe, dit M. Alibert, est le plus fréquent auquel la femme se trouve assujettie par sa propre constitution organique. Il est devenu tellement habituel dans les grandes villes, qu'on le regarde à peine comme une légère indisposition ; cependant il peut devenir grave et s'accompagner de symptômes plus ou moins fâcheux.

Causes prédisposantes. La première, continue le même auteur, est sans contredit le tempérament; la maladie affecte surtout les personnes à fibres lâches et gonflées par un abondant tissu cellulaire. C'est principalement l'âge adulte qui semble favorable au développement de cette affection. On la rencontre, néanmoins, chez de très-jeunes filles et même chez les enfans. La syphilis, les scrofules, la chlorose, les squirrhes, les cancers, y disposent plus ou moins ; enfin, le catarrhe utéro-vaginal survient souvent à la suite d'une crise goutteuse ou rhumatismale.

Les causes occasionelles sont : l'habitation des grandes villes ; l'impression brusque du froid et de l'humidité; l'usage d'alimens de mauvaise qualité, l'abus des liqueurs, des viandes de haut goût, les excès dans les plaisirs de l'amour, la masturbation, l'usage des chaufferettes, quelque violence exercée dans le voisinage de la matrice, l'irrégularité des menstrues, la suppression d'écoulemens habi-

tuels, des travaux pénibles et long-temps continués, l'abus des bains chauds, le défaut d'allaitement, des injections irritantes, les déplacemens de l'utérus, un pessaire dans les parties. « La présence de corps étrangers dans la matrice, comme dans les cas de tympanite, d'hydropisie, de vers, de môles, de concrétions, ou de polypes. (*M. Nauche.*)

Symptômes. La leucorrhée est souvent précédée de chaleur et de pesanteur dans le bassin; de tiraillemens douloureux dans les reins, les cuisses et les aines; de malaise général, de fatigues, de souffrances dans les articulations; de coliques plus ou moins vives; de prurit aux parties; d'ardeur en urinant; de troubles dans les digestions, etc.

Aussitôt que l'écoulement paraît, tous ces symptômes précurseurs diminuent d'intensité et finissent même par disparaître.

Le liquide qui s'écoule varie beaucoup quant à ses qualités et à sa quantité; tantôt il est clair et limpide; tantôt, au contraire, il présente une consistance plus ou moins grande. Sa couleur est le plus souvent blanchâtre, et la tache qu'il laisse sur le linge ressemble beaucoup à celle produite par le sperme de l'homme; d'autres fois, au contraire, le liquide est d'un jaune tirant sur le vert; dans certains cas il est tellement âcre qu'il excorie les parties. La quantité de l'écoulement n'est pas moins variable que sa qualité. M. Alibert rapporte l'observation d'une jeune fille de treize ans, qui rendait à chaque instant par le vagin une matière comme laiteuse, et en si grande quantité, *qu'on pouvait en remplir des verres, des bouteilles, des bassins.*

Lorsque la leuccorrhée dure depuis long-temps, les malades s'affaiblissent et perdent leur embonpoint; la figure pâlit, les yeux se cernent, les digestions deviennent pénibles, les malades se plaignent de violens tiraillemens du côté de l'estomac.

La leucorrhée présente, chez certaines femmes, des intermittences bien marquées.

La terminaison peut avoir lieu par résolution ; par un autre écoulement, comme l'établissement des règles sans hémorrhagie, ou par des sueurs. Souvent la maladie entraîne à sa suite des affections graves de la matrice, et quelquefois la stérilité ; quelquefois aussi elle donne lieu à l'épuisement, à l'hydropisie, aux fièvres de mauvais caractère, à la phthisie pulmonaire.

Diagnostic. Il n'est pas aussi facile, que le pensent beaucoup de médecins, de distinguer la leucorrhée des autres écoulemens qui peuvent avoir lieu par le vagin.

« En effet, dit M. Lagneau, la couleur jaune ou verte d'un écoulement, son plus ou moins d'abondance, sa durée toujours très-variable, et les différences qu'on observe dans l'intensité de l'inflammation qui l'accompagne, ne sont assurément pas des circonstances d'après lesquelles un médecin prudent se croira en droit de prononcer. La blennorrhagie syphilitique, par exemple, est, fort souvent, tout-à-fait indolente, de courte durée, et fournit très-peu de matière, dont la couleur est presque toujours d'un blanc de lait ; tandis qu'on voit chaque jour des écoulemens, que tout porte à regarder comme exempts de virulence, offrir ces différens phénomènes à un haut degré. On est donc par fois très-embarrassé, si des aveux faits avec franchise, le genre de vie du sujet, l'examen scrupuleux de l'état de la santé avant l'apparition de l'écoulement, ou l'existence au moment même d'un ou de plusieurs autres symptômes d'infection ne jettent plus de lumière sur la véritable cause de la maladie.

Pronostic. Lorsque la santé générale de la femme n'est point profondément altérée, que l'écoulement est récent,

et que la cause qui lui a donné lieu est de nature à être détruite, le pronostic n'est pas en général très-grave, et la guérison s'obtient assez facilement. Mais lorsque le mal est ancien et qu'il reconnaît pour cause une altération profonde de la constitution, alors le pronostic est des plus fâcheux.

Traitement prophylactique. Il consiste dans l'usage bien ordonné de tous les moyens hygiéniques. L'habitation à la campagne dans un lieu sec et bien aéré, un exercice modéré du corps, l'usage d'alimens substantiels et de facile digestion, l'éloignement de tout ce qui peut affecter le moral; tels sont les moyens sur lesquels il faut surtout insister.

Traitement curatif. Si la maladie est encore récente et à l'état aigu, il faut s'attacher à calmer l'irritation des parties par les boissons adoucissantes, les bains chauds, les fomentations et les fumigations émollientes, les lavemens, les saignées générales ou locales; ces dernières conviendraient surtout si la maladie était due à la suppression des menstrues, ou d'un flux hémorroïdal; dans le premier cas les sangsues devraient être appliquées à la vulve, et dans le second à l'anus. Les sinapismes et les vésicatoires devraient être employés, si la maladie reconnaissait pour cause la suppression de dartres plus ou moins anciennes, de la goutte, d'un vieil ulcère, etc.

Lorsque la maladie est à l'état chronique, il faut avoir recours aux toniques de toute espèce; les boissons préparées avec la centaurée, la gentiane, le quinquina, les baies de genièvre, la sauge, la mélisse, l'ortie blanche, l'écorce d'orange, conviennent surtout. M. Alibert vante beaucoup le vin d'absinthe et celui de chalybé. Les eaux ferrugineuses ont souvent produit de très-bons effets. M. Nauche fait beaucoup de cas de la racine de ratanhia et du bois de *quassia amara*; il dit avoir souvent retiré des avantages d'un vin préparé avec ces substances. Le cachou, la thériaque à la dose d'un

gros avant le coucher, le sirop antiscorbutique, les conserves de roses ou de cynorhodon prises avant le dîner, ces mêmes conserves unies au sulfate d'alumine, les eaux de Barèges, de Seltz, de Spa, sont également recommandés par M. Nauche. Dans beaucoup de cas on a ajouté avec avantage, à ces différens moyens, l'emploi de la térébenthine et du baume de copahu, l'usage d'injections toniques et astringentes dans le vagin ; celles dans lesquelles entrent les roses rouges, le sulfate de zinc ou l'acétate de plomb, conviennent surtout dans les écoulemens opiniâtres. M. Alibert a employé les injections de laudanum avec un grand succès, dans les cas ou l'écoulement paraissait tenir à un état de spasme. Enfin, dans quelques cas on a dû avoir recours aux purgatifs amères, aux émétiques, aux diurétiques, aux diaphorétiques, aux frictions, aux ventouses et aux moxas, employés comme dérivatifs.

Lorsqu'on a lieu de supposer que la leucorrhée est la crise d'une autre maladie, il convient de la respecter et souvent même de la favoriser (*Lagneau*).

La suppression brusque de la leucorrhée ne manquerait pas de donner lieu à des accidens plus ou moins graves, qu'il faudrait combattre par les moyens appropriés. Nous avons été appelé, il y a deux mois, près d'une jeune dame de vingt-huit ans, qui, à la suite d'une suppression de leucorrhée, déterminée par des injections astringentes, avait été prise d'une métrite aigue des plus intenses. Nous fûmes assez heureux pour la sauver des dangers qui menaçaient son existence.

DE L'ANAPHRODISIE.

(*Inaction des nerfs des organes génitaux.* Nauche.)

On donne ce nom à une indifférence complète pour les plaisirs de l'amour.

Cette maladie, selon M. Nauche, provient d'un affaiblissement dans l'action des nerfs des organes sexuels ou de l'inaction du cerveau, qui ne fournit pas l'influx nerveux nécessaire pour mettre les organes utérins dans un état d'excitation.

Les causes. Tout ce qui peut occasioner la faiblesse, comme des travaux forcés, des pertes abondantes en rouge ou en blanc, des maladies de long cours, une habitation malsaine, l'usage d'alimens de mauvaise qualité, l'abus des plaisirs des sens, la masturbation portée à l'excès, etc., sont autant de causes qui peuvent donner lieu à l'anaphrodisie. Quelquefois la maladie dépend d'un vice de conformation ou d'un défaut de développement des organes génitaux.

Pronostic. L'anaphrodisie n'entraîne ordinairement aucun danger par elle-même ; seulement elle expose à la stérilité les femmes qui en sont affectées. L'anaphrodisie est souvent incurable, surtout quand elle dépend d'un vice dans la conformation ou le développement des parties ; autrement on arrive quelquefois à en délivrer les malades, en les soumettant au traitement que semble réclamer la nature des causes présumées de la maladie.

Ainsi, en faisant disparaître tout ce qui occasionne la faiblesse ; en soumettant les malades à un bon régime ; en leur faisant prendre quelques toniques, et en les empêchant de commettre des excès, on parvient quelquefois à rétablir les organes génitaux dans leur état normal.

CHAPITRE II.

MALADIES DE LA GROSSESSE.

LÉSIONS DES ORGANES DE LA DIGESTION.

DU PTYALISME.

(Salivation.)

Le ptyalisme est encore une des incommodités qui tourmentent le plus souvent les femmes dans le commencement de leur grossesse. Nous donnons en ce moment nos soins à une jeune dame de dix-huit ans, très-nerveuse, enceinte de deux mois et demi, et qui, depuis qu'elle est grosse, ne fait que crachotter du matin au soir.

Causes. Le ptyalisme tient évidemment au surcroît de vitalité qui existe du côté de l'utérus, pendant la gestation, et au spasme général qui en est la suite.

Durée. Il est rare que la salivation dure plus de trois mois; cependant on l'a vue se continuer pendant toute la grossesse, sans, pour cela, compromettre d'une manière fâcheuse la santé des femmes.

Traitement. Le plus souvent l'état des malades n'exige aucun traitement particulier. Dans quelques cas pourtant il peut être bon de recourir à l'usage des infusions de camomille, de menthe ou de mélisse, surtout lorsque les femmes se plaignent de l'estomac. M. Capuron recommande de petites doses de rhubarbe en poudre ou en infusion.

DE L'ODONTALGIE.

L'odontalgie, dont beaucoup de femmes sont tourmentées durant leur grossesse, n'est pas toujours portée au même degré d'intensité. Chez quelques-unes, le mal se borne à des engourdissemens plus ou moins incommodes ; mais chez d'autres, les douleurs sont tellement vives qu'elles influent d'une manière fâcheuse sur la santé générale, et peuvent même alors déterminer l'avortement.

Causes. L'odontalgie, considérée d'une manière générale, reconnaît un grand nombre de causes; mais nous ne devons indiquer ici que celles qui se rattachent à la grossesse.

Lorsque l'odontalgie survient de très-bonne heure, et que les dents sont saines, la maladie tient évidemment à l'action sympathique de l'utérus sur les arcades dentaires ; c'est chez les femmes délicates et nerveuses que ce genre de cause agit avec le plus de force.

Lorsqu'au contraire les douleurs ne se font sentir qu'après le troisième mois, elles tiennent, le plus souvent, à l'état de pléthore dans lequel se trouvent alors les malades, surtout si elles sont douées d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution.

L'embarras gastrique, dont s'accompagne souvent la grossesse, paraît être aussi quelquefois la cause de l'odontalgie.

Enfin la carie, lorsqu'elle existe, peut, à elle seule, déterminer les plus vives douleurs.

Symptômes. L'odontalgie spasmodique ne s'accompagne ordinairement d'aucune maladie aux dents, aux gencives ou aux alvéoles. La douleur, qui paraît avoir son siége dans le nerf dentaire, est lancinante, et revient quelquefois par accès périodiques.

L'odontalgie par pléthore s'accompagne, presque toujours, de gonflement, de rougeur et de chaleur aux gencives.

Dans l'odontalgie gastrique, on retrouve tous les symptômes qui indiquent le mauvais état de l'estomac.

Enfin, dans l'odontalgie qui tient à la carie, le simple aspect des dents suffit pour faire connaître la cause du mal.

Traitement. L'odontalgie spasmodique réclame l'emploi des lotions émollientes et opiacées, des cataplasmes de même nature, des bains tièdes, des saignées locales ou générales lorsque les douleurs sont vives et que les malades sont douées d'une bonne constitution. On s'est quelquefois bien trouvé de l'usage de légers purgatifs.

Si les douleurs revenaient par accès, on tirerait de grands avantages de l'emploi du quinquina.

Les infusions toniques et amères conviennent aux femmes débiles.

Dans l'odontalgie spasmodique, l'extraction des dents pourrait augmenter les douleurs au lieu de les apaiser.

L'odontalgie pléthorique doit être combattue par les saignées générales et locales, les lotions rafraîchissantes, les bains de pieds, les lavemens, la diète, les boissons délayantes.

L'odontalgie gastrique réclame, surtout, l'emploi des évacuans.

Enfin, *l'odontalgie qui résulte de la carie* ne cède ordinairement qu'à l'extraction des dents malades. Cependant, si les femmes étaient extrêmement irritables et craintives il vaudrait mieux, dans la crainte de déterminer l'avortement, s'en tenir à l'usage des antispasmodiques à l'extérieur et à l'intérieur.

M. Gardien recommande dans ce cas, d'appliquer de petits emplâtres d'opium aux tempes, ou mieux encore d'insérer, dans la cavité formée par la carie, une certaine quantité de la même substance.

DE LA GASTRALGIE.

Gastéralgie de M. Alibert. — *Cardialgie; douleur d'estomac; soda; pyrosis; fer chaud; crampe nerveuse.*

Le nom de gastralgie doit être substitué à celui de cardialgie, trop long-temps employé, par les auteurs, pour désigner les douleurs nerveuses de l'estomac. M. le professeur Alibert a, l'un des premiers, démontré dans son important ouvrage sur la classification des maladies, que le mot cardialgie ne convenait qu'aux souffrances dont le siége spécial est l'organe du cœur.

Causes prédisposantes. Les femmes délicates, nerveuses, hypochondriaques, mélancoliques, hystériques; celles chez lesquelles la menstruation est ordinairement difficile, sont plus disposées que les autres à la gastralgie.

Causes occasionelles. Toutes les affections vives de l'âme; tous les alimens et toutes les boissons qui déterminent une impression vive sur l'estomac; les excès dans les plaisirs de l'amour; la masturbation; la suppression brusque des menstrues (M. Alibert a vu une jeune fille qui était tourmentée par une gastralgie intolérable, toutes les fois que ses règles venaient à se supprimer); la rétrocession d'un exanthème (M. Alibert rapporte, dans sa *Nosologie*, l'observation d'une jeune fille qui fut atteinte de gastralgie à la suite de la disparition d'une dartre qu'elle portait aux deux joues); l'usage habituel d'alimens grossiers; de fréquentes indigestions; un coup porté sur l'épigastre, etc.

Durant la grossesse, la gastralgie dépend le plus souvent d'un état de spasme, dont le siége primitif est dans l'utérus; quelquefois cependant elle paraît tenir à la pléthore, ou bien encore à l'embarras ou à la faiblesse des premières voies.

Symptômes. Ils diffèrent essentiellement de ceux de la gastrite; en effet, dans la gastralgie, la langue, au lieu d'être rouge, est le plus souvent dans l'état naturel; la pression sur la région épigastrique, au lieu d'augmenter les douleurs, les calme souvent, et les fait quelquefois cesser entièrement; dans beaucoup de cas, l'ingestion d'alimens ou de boissons toniques dans l'estomac guérit comme par enchantement; enfin, les malades sont sans fièvre et ne perdent pas ordinairement leur embonpoint.

Les symptômes de la gastralgie ne sont pas toujours portés au même degré d'intensité. Quelquefois les malades éprouvent seulement un sentiment analogue à celui de la faim, et se plaignent de tiraillemens plus ou moins douloureux du côté de l'estomac. D'autres fois elles accusent des douleurs extrêmement vives qui s'étendent souvent jusqu'à l'œsophage ou au palais : ces douleurs sont, chez quelques femmes, accompagnées d'un sentiment de pincement, de serrement, de déchirement; d'autres éprouvent une chaleur brûlante vers la gorge et l'estomac (*pyrosis*, *soda*, *fer chaud*); quelques-unes ont des rapports acides, des nausées, des vomissemens : certaines malades sont sujettes au hoquet et au gonflement du ventricule; d'autres éprouvent des suffocations, des syncopes, des céphalalgies, du délire, des sueurs froides, des tremblemens, des convulsions, un refroidissement dans les extrémités, des douleurs aux articulations, etc. (*Alibert.*)

Marche. Quelquefois la gastralgie est continue; d'autres fois elle est intermittente : dans ce dernier cas, elle se nomme plus particulièrement *crampe d'estomac.*

Durée. Très-variable. Chez quelques femmes, la gastral-

gie commence avec la grossesse, et se dissipe graduellement à mesure que cette dernière avance. Chez d'autres elle ne disparaît qu'au moment de l'accouchement.

Pronostic. En général peu grave; cependant, si les symptômes persistaient long-temps à un haut degré d'intensité, la vie des femmes pourrait être mise dans le plus grand danger : certaines malades, au dire de MM. Capuron et Gardien, ont succombé en moins de trois heures.

Traitement. Il consiste, lorsque la maladie tient au spasme, dans l'administration des boissons mucilagineuses, des bains, des fomentations émollientes, des lavemens de même nature, des opiacés à l'extérieur et à l'intérieur : on vante surtout l'usage des gouttes de Sydenham : M. Alibert recommande l'éther sulfurique, les gouttes anodines d'Hoffmann, et le sirop de fleur d'orange; il dit aussi s'être bien trouvé de l'eau froide en boisson, et de l'application de la glace sur la région épigastrique.

M. Gardien dit avoir employé, avec le plus grand succès, contre la crampe nerveuse, l'oxide blanc de bismuth donné, dans les cas graves, à la dose de 24 ou 30 grains, par fractions de 5 ou 6 grains dans une cuillerée d'eau sucrée, de sirop ou de miel. Le même auteur recommande les frictions, sur le creux de l'estomac, avec des flanelles chaudes, des embrocations avec l'huile et le baume tranquille. On pourrait encore employer avec avantage les emplâtres d'opium ou de thériaque.

Lorsque tous les moyens employés ont été sans effet, il faut appliquer un vésicatoire camphré sur le creux de l'estomac; et, pour rendre son action plus prompte, frotter auparavant la peau avec de l'ammoniaque. (Gardien.)

Lorsqu'il y a pléthore, il convient, avant tout, d'avoir recours aux saignées générales et locales.

L'embarras gastrique doit être combattu par les évacuans :

M. Alibert vante dans ce cas l'administration de l'ipécacuanha ; il est bon quelquefois de donner ensuite quelques prises de magnésie.

Enfin, si on reconnaît un état de faiblesse de l'estomac, il faut recourir aux amers et aux toniques, les vins de quinquina et de gentiane conviennent surtout.

Si les femmes rendaient beaucoup de vents par la bouche, on devrait leur administrer quelques tasses d'une infusion de camomille dans laquelle on aurait mis une pincée d'anis, ou quelques gouttes d'éther sulfurique par chaque tasse.

Si d'autres causes que celles que nous venons d'indiquer avaient pu donner lieu à la gastralgie, il faudrait avoir soin de les éloigner autant que possible.

Après avoir combattu les causes de la maladie, il importe de prescrire un régime alimentaire convenable. Les potages au maigre, les viandes blanches, le laitage, les fruits cuits, sont surtout indiqués. Les malades ne doivent boire habituellement que de l'eau, ou tout au plus de l'eau rougie très-faible. L'exercice est encore un moyen qu'il ne faut pas négliger.

DE L'ANOREXIE.

(*Dysorexie*, de M. Alibert. — *Inappétence.*)

On donne le nom d'anorexie au dégoût qu'inspirent les alimens en général ; ce phénomène est un de ceux qui se remarquent le plus souvent dans le commencement de la grossesse.

M. Alibert reconnaît trois espèces de dysorexie, savoir : la *nerveuse*, l'*antipathique* et la *saburrale*.

Causes prédisposantes. Les femmes délicates, nerveuses,

très-impressionables ; celles qui habitent les grandes villes, sont plus exposées que les autres à la dysorexie.

Causes occasionelles. L'anorexie tient presque toujours à l'action sympathique qu'exerce la matrice sur l'estomac. Dans quelques cas cependant la pléthore, ou l'embarras gastrique paraissent avoir une influence marquée sur la production de la maladie.

Diagnostic. Il est en général facile de reconnaître à quelle cause tient l'anorexie. Elle est évidemment spasmodique, lorsqu'elle survient de très-bonne heure, et qu'il y a absence complète des signes de pléthore et d'embarras gastrique.

Lorsque l'anorexie tient à l'état pléthorique, on observe chez la femme la plupart des symptômes qui appartiennent à la pléthore : ici, de même que dans le cas précédent, rien n'indique une surcharge du côté de l'estomac.

Enfin, quand la maladie tient à l'embarras gastrique, la bouche est pâteuse et amère ; la langue couverte d'un enduit jaunâtre ou blanchâtre ; la région épigastrique sensible et même douloureuse à la pression, etc.

Pronostic. Lorsque l'anorexie ne se prolonge pas au-delà du troisième mois de la grossesse, elle ne constitue pas à proprement parler une maladie, et souvent le mieux est de ne lui rien opposer ; mais lorsqu'elle se prolonge au-delà de ce terme, et quelle s'accompagne d'autres accidens, le pronostic peut devenir des plus fâcheux : les secours de l'art sont alors indispensables.

Traitement. Il varie selon la cause présumée de la maladie. Lorsque tout porte à croire que l'anorexie est due à l'action sympathique de la matrice sur l'estomac, il convient de mettre en usage tous les antispasmodiques, tels que les fo-

mentations émollientes et narcotiques sur l'hypogastre, les bains de siége, les bains généraux, les injections calmantes par le vagin, les lavemens adoucissans, la diète végétale. Il convient aussi que les malades fassent usage d'une boisson calmante, telle que l'infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger.

Si l'anorexie paraît dépendre de la pléthore générale, il faut avoir recours aux saignées de bras, aux applications de sangsues, à la diète.

Enfin, lorsque les signes de l'embarras gastrique sont évidens, il faut d'abord employer les boissons acidulées telles que la limonade, l'eau de groseille, l'orangeade, et avoir ensuite recours aux vomitifs (l'ipécacuanha de préférence) ou aux purgatifs (la rhubarbe, les sels neutres), selon que l'embarras se trouve dans l'estomac ou dans les intestins.

DES NAUSÉES ET DES VOMISSEMENS.

Autémésie spasmodique de M. Alibert.

Le vomissement, et les nausées qui le précèdent ordinairement, accompagnent très-souvent le commencement de la grossesse ; mais la fréquence et l'intensité de ces phénomènes présentent beaucoup de variétés. Certaines femmes ne vomissent qu'une seule fois par jour et sans effort, d'autres au contraire vomissent plusieurs fois et avec violence. Dans le premier cas la santé générale souffre à peine; dans le second elle éprouve une atteinte profonde, surtout si le vomissement arrive immédiatement, ou peu de temps après le repas. M. le professeur Alibert a eu occasion de remarquer que ce vomissement est souvent périodique et quelquefois précédé de convulsions.

Les causes sont absolument les mêmes que celles de l'anorexie.

La durée est variable. Le plus souvent les accidens se dissipent d'eux-mêmes vers le troisième ou le quatrième mois de la grossesse : quelquefois pourtant ils persistent beaucoup plus long-temps, et c'est alors surtout qu'ils réclament impérieusement les moyens de l'art.

Le pronostic n'est pas grave en général ; cependant, on conçoit très-bien que le dépérissement des femmes et l'avortement doivent être les suites necessaires d'un vomissement opiniâtre et long-temps prolongé.

Le traitement présente absolument les mêmes indications que celui de l'anorexie.

M. Alibert recommande en outre l'usage des eaux gazeuses de Seltz, de Vichy ou de Spa. M. Gardien dit avoir retiré de bons effets de l'usage de pilules composées de six grains d'assa-fœtida, deux de camphre, et six de nitrate de potasse. La potion anti-émétique de Rivière pourrait aussi trouver sa place. Dans tous les cas, il convient que le régime soit sévère, et que les malades se livrent à un exercice modéré. L'air de la campagne est quelquefois très-salutaire.

APPÉTITS DÉPRAVÉS.

(*Pica* ou *Malacia*. — *Hétérorexie* de M. Alibert.)

Certaines femmes, aussitôt qu'elles deviennent enceintes, sont prises d'une dépravation de l'appétit, qui fait qu'elles désirent des choses qu'on ne mange pas ordinairement ou dont on ne fait jamais usage.

M. Alibert reconnaît deux espèces d'*hétérorexie*; la *picacée* et la *malacée*.

La première espèce est la plus grave, parce que les désirs des malades portent sur des substances incapables de les nourrir, telles que le charbon, la chaux, la craie, la poix, le lard rance et gâté, les os calcinés (1), la cendre, les araignées, les aiguilles (2) les excrémens. Au rapport de M. Capuron, une femme voulait absolument manger l'épaule d'un boulanger qu'elle avait vu nu. Une autre, désirant manger de la chair de son mari, l'assassina pour satisfaire son féroce appétit, et en sala une grande partie pour prolonger son plaisir.

Dans la seconde espèce, les femmes désirent manger des choses bonnes en elles-mêmes, mais qu'on n'emploie communément qu'en très-petite quantité, comme le sel (3), le

(1) Nous connaissons une jeune dame de vingt et quelques années (madame Prun... demeurant marché Sainte-Catherine), qui, chaque fois qu'elle est enceinte, retire en cachette tous les os qui ont été jetés dans le feu, pour les broyer et les assaisonner ensuite avec du sel et du vinaigre. Nous tenons de son mari qu'elle a souvent mangé une grande quantité de ces os, sans en avoir éprouvé la moindre incommodité.

(2) M. le professeur Alibert rapporte, dans sa *Nosologie*, l'histoire d'une fille de Grenoble, qui, à la suite des plus cuisans chagrins, tomba dans un égarement d'esprit, qui la portait à rechercher sans cesse et à avaler avec rapidité des aiguilles ou des épingles. Quand elle mourut, elle avait déjà fait passer dans son estomac près de quatorze ou quinze cents de ces corps étrangers, qui se frayaient une route et cheminaient au travers du tissu cellulaire. Durant sa vie, il ne se passait pas de jours sans qu'on observât quelques-unes de ces aiguilles ou épingles qui venaient s'offrir et faire saillie aux bras, aux avant-bras, aux cuisses, aux jambes. On remarquait même que l'intérieur du vagin en était tout hérisée; une pièce anatomique extraite du cadavre de cette fille fut envoyée à Paris, par l'excellent praticien M. Silvy, et M. Alibert fut à même de l'examiner avec soin.

(3) Une de nos cousines, aujourd'hui mère de plusieurs enfans, prit à toutes ses grossesses, pendant les trois premiers mois, du sel de cuisine à

poivre, les citrons, le vinaigre, la moutarde, les cornichons les ognons confits (1), les anchois (2), la salade, les fruits acerbes.

Causes. Le plus souvent les appétits dépravés reconnaissent pour cause l'état de grossesse; cependant ils peuvent aussi tenir à de longs chagrins, à la chlorose, à la rétention des menstrues. M. Alibert pense qu'ils peuvent aussi être le résultat d'habitudes pernicieuses.

La durée des appétits dépravés est très-variable; le plus ordinairement ils diminuent à mesure que la grossesse avance, et cessent tout naturellement vers le quatrième mois; cependant on les voit quelquefois se prolonger jusqu'au moment de l'accouchement.

Conduite à tenir. Faut-il accorder aux malades ce qu'elles désirent, ou bien faut-il le leur refuser opiniâtrément? Toutes les fois, dit M. Gardien, que les goûts décidés des malades portent sur des choses simples, il est raisonnable de les regarder comme un avertissement de la nature qui indique le régime qui leur est le plus convenable. Si l'on s'obstinait à faire user des alimens les plus sains, l'état des femmes ne manquerait pas d'aller en empirant. D'ailleurs on cite des observations de femmes qui ont pris alors, sans

poignées. Rien ne pouvait la distraire de ce goût bizarre, et quand elle ne pouvait pas se procurer autant de sel qu'elle en désirait elle éprouvait, durant tout le jour, un malaise général très-grand.

(1) Une jeune dame de la rue Saint-Louis au marais, dont l'habile M. Lemaistre Florian est l'accoucheur, mange à chacune de ses grossesses une énorme quantité de ces ognons.

(2) M. le docteur Bocquet, accoucheur distingué de Paris, nous a rapporté qu'une de ses clientes faisait usage d'une grande quantité d'anchois, lorsqu'elle était enceinte.

aucun inconvénient, des substances qui, dans toute autre occasion, auraient été très-nuisibles : il en est qui ont avalé impunément jusqu'à une livre de poivre, de gingembre, et ces subtances ont été aussi bien digérées que les alimens les plus légers et les plus salubres. Au dire de M. Capuron, une femme a pu manger impunément quatorze cents harengs salés pendant sa grossesse; une autre avalait deux livres de craie et de pierre broyées sans en être incommodée.

Traitement. Il diffère peu de celui qui appartient aux deux affections précédentes; seulement si l'estomac paraît considérablement affaibli, il convient d'avoir recours aux amers et aux toniques; les infusions de petite centaurée, de sauge, de mélisse, de camomille-romaine; le quinquina, les préparations de fer, l'eau de rhubarbe, les pastilles d'ipécacuanha, doivent surtout être employés.

DE LA CONSTIPATION.

(*Coprostasie* de M. Alibert.)

Beaucoup de femmes enceintes éprouvent, dans les derniers temps de leur grossesse, une constipation opiniâtre, qui tient, en grande partie, à la compression qu'exerce alors la matrice sur les gros intestins.

Durée. Quelques femmes restent huit jours sans aller à la garde-robe; d'autres n'y vont que tous les vingt jours, tous les mois. M. Capuron dit avoir vu, conjointement avec MM. Pelletan et Dubois, une dame qui était constipée depuis plus de trois mois.

Effets. La constipation aussi long-temps prolongée donne

lieu à de nombreuses incommodités ; souvent les femmes se plaignent de céphalalgie, de borborygmes et de coliques, de pesanteur, de chaleur dans le ventre, d'inappétence. D'un autre côté les efforts réitérés et infructueux auxquels se livrent les malades peuvent déterminer des accidens plus ou moins graves, l'avortement en particulier.

Traitement. Il faut d'abord mettre les malades à un régime composé de viandes blanches; de végétaux herbacés, tels que l'oseille, les épinards, la laitue; de fruits acides bien mûrs; le bouillon aux herbes, l'eau de veau, l'eau de poulet, l'eau d'orge, de chiendent, de pissenlit, le jus de pruneaux, etc., ne doivent pas non plus être négligés.

Si ces moyens ne suffisaient pas pour rétablir la liberté du ventre, il faudrait en venir à l'usage des purgatifs, tels que l'eau de Sedlitz, l'huile de ricin fraîche, la manne, le séné, le tamarin, la crême de tartre.

Dans quelques cas, rares à la vérité, on a été obligé de se servir des doigts ou d'une curette pour extraire les matières stercorales durcies.

DE LA DIARRHÉE.

(*Entérorrhée*, de M. Alibert.)

Causes. La diarrhée, qui survient quelquefois chez les femmes enceintes, peut tenir à plusieurs causes distinctes, savoir: au spasme déterminé par l'état de grossesse; à l'embarras du canal intestinal; à sa faiblesse occasionée par les mauvais alimens dont les femmes font souvent usage.

Signes diagnostiques. La diarrhée nerveuse survient dans

les premiers temps de la grossesse et n'est accompagnée d'aucun phénomène qui puisse faire soupçonner une cause autre que l'action sympathique de la matrice.

La diarrhée saburrale s'accompagne toujours des symptômes propres à l'embarras des voies digestives.

La diarrhée qui tient à l'atonie des intestins est caractérisée par un etat de faiblesse extrême, et, surtout, par les matières rendues, qui ne sont qu'à moitié digérées. Les malades accusent souvent de la pesanteur à l'estomac, des douleurs dans les hypochondres, etc.

Pronostic. Il varie selon la constitution des femmes, et aussi selon l'espèce et l'intensité de la diarrhée. Lorsque le flux est peu abondant, il cesse souvent de lui-même et n'entraîne aucun danger; mais, lorsqu'il est très-abondant et accompagné de coliques et de ténesme, il amène rapidement le dépérissement des malades et celui de l'enfant qu'elles portent; souvent même alors il donne lieu à l'avortement. *Mulieri in utero gerenti, si alvus multum fluxerit, periculum ne abortiat.* Hip., sect. v, aph. 34. *Mulieri in utero gerenti, tenesmus superveniens, abortire facit.* Hip., sec. vii, aph. 27.

La diarrhée peut se changer en dysenterie. (*Ab alvi profluvio dysenteria.* Hip., sec. vii, aph. 75.)

Traitement. La diarrhée nerveuse ne réclame ordinairement aucun traitement; cependant, si les évacuations sont fréquentes et accompagnées de douleurs vives, il convient alors d'avoir recours aux lavemens faits avec l'eau de graine de lin et de têtes de pavot, aux boissons adoucissantes et calmantes, aux bains, aux fomentations sur le ventre, à la diète végétale. Quelques malades pléthoriques se sont bien trouvées de l'application de sangsues à l'anus.

La diarrhée saburrale doit être combattue par les éva-

cuans unis aux antispasmodiques. Après l'emploi de ces moyens, il importe beaucoup de prescrire l'usage d'alimens sains et de facile digestion.

La diarrhée qui tient à la faiblesse du canal intestinal réclame l'emploi des toniques et des amers; la gentiane, la petite centaurée, les préparations de fer, les eaux minérales, les vins d'absinthe, de Bordeaux, de Malaga et de Madère, doivent surtout être employés. M. Alibert vante les décoctions de cachou, de simarouba, de bistorte, de quassie amère. D'autres se sont bien trouvés de l'usage de la décoction blanche de Sydenham.

Lorsque la dysenterie est très-ancienne, le diascordium et les lavemens de quinquina, avec addition de laudanum, trouvent leur place.

DU TENESME.

On appelle ainsi un besoin continuel et inutile d'aller à la garde-robe, avec douleurs vives et chaleur brûlante dans la région de l'anus.

Cette maladie n'affecte ordinairement les femmes enceintes que vers la fin de la gestation.

Les causes déterminantes sont, le plus souvent, la compression qu'exerce la matrice sur le rectum, et la constipation qui en est ordinairement la suite; cependant la maladie peut aussi tenir à la diarrhée ou à la dysenterie, etc.

Le ténesme est une indisposition fatigante et qui, par les efforts réitérés qu'elle occasione, peut très-bien déterminer l'avortement.

Le traitement consiste à faire cesser, autant que possible, la cause présumée du mal. Il faut rétablir la liberté du

ventre s'il y a constipation, et calmer ensuite l'irritation du rectum par les bains tièdes, les fomentations émollientes et narcotiques, les lavemens de même nature, les boissons adoucissantes, la diète.

DES COLIQUES.

(*Entéralgie*, de M. Alibert.)

M. le professeur Alibert reconnaît dix espèces d'entéralgies, savoir: la stercorale, la bilieuse, la muqueuse, la flatulente, la spasmodique, la rhumatique, la cataméniale, l'hémorrhoïdale, la minérale (*colique métallique*), et la vegétale (*colique du Poitou.*) Nous ne traiterons ici que de celles qui affectent le plus communément les femmes enceintes.

Causes. Les coliques qui surviennent durant la grossesse tiennent, le plus souvent, au spasme déterminé par le développement de l'utérus; alors elles se manifestent dans le commencement de la gestation. D'autres fois elles tiennent au mauvais état des intestins, déterminé par les alimens indigestes dont les femmes font souvent usage dans le cours de leur grossesse; celles-ci se manifestent ordinairement après le troisième mois. Enfin, dans les derniers temps de la grossesse, les coliques sont souvent occasionées ou par la compression qu'exerce la matrice, ou bien encore par l'amas d'une grande quantité de matières stercorales dans les gros intestins.

Signes diagnostiques. Dans les coliques purement nerveuses, il y a absence complète des signes qui indiquent l'embarras intestinal et de ceux qui annoncent l'inflammation; les coliques ne sont pas continues et changent souvent de lieu; la pression apporte souvent du soulagement; les

malades sont sans fièvre ; il y a suppression des règles. Dans l'entérite, la péritonite, l'hépatite, la néphrite, les douleurs sont fixes, continues et accompagnées de fièvre ; elles augmentent par la pression.

Lorsque les coliques tiennent à l'embarras des intestins, la bouche est mauvaise, pâteuse, la langue chargée, « il se manifeste par fois des vomissemens d'une bile âcre, rance et verdâtre, avec un sentiment vif de gastéralgie ; l'appétit est nul, mais la soif augmente ; la digestion est accompagnée de rapports alcalescens. » (*M. Alibert.*)

L'entéralgie flatulente tient à l'atonie du canal, qui permet l'accumulation de gaz dans sa cavité ; le ventre présente alors des bosselures circonscrites, tendues, élastiques ; souvent les malades ont des borborygmes et rendent une grande quantité de vents, ce qui les soulage beaucoup.

L'entéralgie qui tient à la compression qu'exerce l'utérus, ne survient que dans les derniers temps de la grossesse. Ici les coliques durent moins et sont plus supportables que dans les autres cas ; d'ailleurs elles augmentent ou diminuent suivant l'obliquité de la matrice, les différentes attitudes de la femme, l'intervalle qui s'écoule après les repas, et, quelquefois, aussi, suivant les vêtemens plus ou moins serrés qui entourent le bas-ventre. (*M. Capuron.*)

Enfin les coliques qui tiennent à l'accumulation d'une grande quantité de matières stercorales dans les intestins, sont reconnaissables à la constipation opiniâtre qui tourmente depuis long-temps les malades, et aux épreintes douloureuses qu'elles ressentent dans la région lombaire.

Le pronostic est variable selon l'espèce de la maladie.

Les coliques sympathiques réclament les antispasmodiques et, en particulier, les bains, les fomentations émollientes et narcotiques ; les lavemens dans lesquels entre le laudanum ; les infusions de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger

avec addition de laudanum ou de sirop diacode. Barthèz recommande, d'une manière toute particulière, le camphre et l'assa-fœtida administrés en pilules composées de deux grains de camphre, de six grains d'assa-fœtida, et de six grains de nitrate de potasse, une toutes les heures.

Les coliques qui tiennent à l'embarras intestinal doivent être traitées par les évacuans, précédés des délayans, et suivis des amers.

Les coliques flatulentes réclament, surtout, l'emploi des toniques, seuls capables de redonner aux intestins le ton qu'ils ont perdu. M. Gardien vante beaucoup, dans ce cas, l'usage des lavemens carminatifs et narcotiques, ainsi que les applications chaudes sur l'abdomen.

Les coliques qui tiennent à la compression qu'exerce la matrice sur les intestins diminuent d'intensité par l'usage des bains qui donnent plus de souplesse aux parois du ventre; les malades doivent, d'ailleurs, manger le moins possible, afin de ne pas distendre leur estomac.

Enfin *les coliques stercorales* réclament l'emploi de l'eau de Sedlitz, des décoctions de pruneaux et de tamarins, des lavemens avec l'infusion de follicules de séné, etc.

Les coliques occasionées par le froid doivent être traitées par les applications chaudes et les boissons légèrement diaphorétiques.

DES HERNIES.

(*Entérocélie. — Epiplocélie. — Cystocélie*, etc., de M. Alibert.)

Les femmes ne sont jamais plus disposées aux hernies que lorsqu'elles sont enceintes, ce qui s'explique par la laxité plus grande des tissus durant la grossesse, par la distension très-forte qu'éprouvent alors les parois abdominales, et par le refoulement que supportent les organes du ventre, à mesure que la matrice se développe.

Les hernies des femmes enceintes sont, presque toujours, formées par les intestins ou l'épiploon ; quelquefois aussi par la vessie qui, au dire de M. Capuron, peut faire saillie aux environs des pubis, ou s'insinuer dans le tissu cellulaire qui entoure le vagin et descendre jusqu'au périnée dont elle écarte les fibres.

Les organes s'échappent souvent par les anneaux ombilical, inguinal ou crural, ou bien encore à travers la ligne blanche. Dans ce dernier cas la hernie est quelquefois une véritable éventration. Nous avons plusieurs fois rencontré, dans notre pratique, des femmes chez lesquelles un écartement énorme existait entre les muscles droits. Les intestins et l'épiploon sortaient en grande partie à travers cet écartement, et formaient au dehors une tumeur oblongue qui s'étendait, chez l'une des malades, depuis la région épigastrique jusqu'au pubis(1). M. Alibert rapporte, dans sa *Nosologie*,

(1) On trouve, dans le *Journal analytique de médecine et de sciences accessoires*, du mois de février 1828, une observation du professeur Siébold, dans laquelle les muscles obliques et transverses de l'abdomen, ainsi que les muscles droits, surtout celui du côté gauche, avaient quitté leur position normale et se trouvaient éloignés de la ligne blanche, à deux ou trois pouces de distance. L'éraillement commençait au-dessous de l'appendice xyphoïde, et se perdait dans la région iliaque et hypogastrique gauche.

On trouve, dans le même journal, l'observation d'une femme grosse,

l'histoire d'une femme confiée aux soins de feu Chaussier, laquelle portait, sur la région latérale du ventre, une hernie volumineuse qui s'était fait jour à travers les fibres du muscle iléo-abdominal.

Les signes à l'aide desquels on reconnaît les hernies sont trop connus pour qu'il soit besoin de les retracer ici.

Les hernies qui accompagnent la grossesse sont, comme celles qui surviennent aux autres époques de la vie, libres ou adhérentes : les premières offrent toujours moins de danger que les secondes.

Le traitement consiste à réduire les tumeurs dans le ventre, et à les y maintenir au moyen de bandages appropriés. Lorsque les hernies sont adhérentes, on se contente de les soutenir, afin qu'elles n'augmentent pas de volume. C'est surtout au moment de l'accouchement qu'il importe de redoubler de précautions ; alors, en effet, les efforts auxquels se livrent les femmes sont très-propres à faire sortir une plus grande quantité de parties et à déterminer par suite l'étranglement.

M. Capuron conseille d'ôter, durant le travail, les bandages qui soutiennent les hernies adhérentes, dans la crainte, dit-il, qu'ils ne causent l'étranglement inflammatoire par une trop forte compression ; sans chercher à réfuter ici l'avis donné par M. Capuron, nous dirons qu'une conduite tout opposée à celle qu'il prescrit nous a toujours parfaitement réussi. Nous avons encore récemment accouché, conjointement avec M. le docteur Bocquet, une dame affectée d'une hernie ombilicale irréductible et de deux hernies crurales, dont l'une était aussi irréductible ; nous avons laissé en place les deux bandages qui soutenaient les trois hernies, et aucun accident n'est survenu.

Si, malgré les précautions prises, les hernies que portent

chez laquelle les muscles abdominaux étaient tellement écartés de la ligne blanche qu'on pouvait placer trois doigts entre eux.

les femmes venaient à s'étrangler, il faudrait bien, dans le cas ou la réduction serait impossible, en venir à l'opération.

Les hernies qui dépendent de la grossesse ne disparaissent pas toujours après l'accouchement, comme le disent MM. Gardien et Capuron; nous donnons en ce moment nos soins à une jeune dame qui porte, depuis sa première grossesse, une hernie assez volumineuse.

DE LA RÉTENTION D'URINE.

(*Dysurie*, *Strangurie*, *Ischurie*.)

La rétention d'urine qui affecte les femmes, durant leur grossesse, peut être *incomplète* ou *complète*; dans le premier cas elle se nomme, selon son degré, *dysurie* ou *strangurie* (1): dans le second elle prend le nom d'*ischurie*.

Causes. La rétention d'urine, dit M. Ségalas, peut avoir lieu de deux manières, soit parce que les puissances qui font mouvoir le fluide sont affaiblies, soit parce qu'il existe des obstacles dans les conduits qu'il doit parcourir.

Chez les femmes grosses, c'est presque toujours uniquement à la pression qu'exerce l'utérus sur le canal de l'urèthre ou sur le col de la vessie qu'est due la rétention d'urine. Cette compression peut avoir lieu dans différentes circonstances, savoir: 1° lorsque la matrice acquiert, sans sortir du bassin, un grand développement; 2° lorqu'elle éprouve un abaissement plus ou moins marqué; 3° lorsqu'elle se trouve portée dans l'anté-version ou dans la rétro-version; 4° lorsqu'enfin, après avoir acquis un volume considérable, elle s'est fortement

(1) Dans la *dysurie* l'urine sort avec moins de facilité qu'à l'ordinaire; dans la *strangurie*, elle ne sort que goutte à goutte et avec les plus grands efforts.

inclinée en avant, entraînant avec elle le fond de la vessie; la maladie peut aussi tenir à l'état de spasme dans lequel se trouvent les organes urinaires.

Lorsque la rétention n'est qu'incomplète, ses effets, dit M. Ségalas, sont quelquefois à peine sensibles pour les malades; ils mettent plus de temps à uriner, l'excrétion est répétée plus souvent, voilà tout.

Mais, quand la rétention est complète, l'urine s'accumule dans la vessie, en distend les parois et les irrite, produit et entretient une affection catarrhale; de là des écoulemens muqueux, purulens, des urines glaireuses, fétides, des besoins fréquens d'uriner, des efforts d'excrétion, des douleurs uréthrales, vésicales, lombaires, rénales.

L'urine peut se décomposer, se putréfier dans la cavité où elle séjourne, passer dans le sang, et produire ce que M. Richerand appelle *la fièvre urineuse*.

Enfin la vessie, distendue outre mesure, peut être frappée de paralysie, ou bien encore se rompre, et donner lieu à l'épanchement des urines dans la cavité du péritoine.

Signes. La difficulté plus ou moins grande, ou l'impossibilité de rendre les urines, jointe au développement de la vessie, suffisent dans tous les cas pour caractériser la rétention d'urine.

Pronostic. Plus ou moins grave, selon la cause et le degré de la maladie. Une femme, au rapport de de Lamotte, éprouvait de telles douleurs dans le ventre, qu'on avait lieu de craindre l'avortement.

Traitement. On doit d'abord, autant que possible, s'attacher à faire disparaître la cause de la maladie. La rétention tient-elle au spasme? il faut avoir recours aux émolliens et aux narcotiques. Tient-elle, au contraire, à la pression qu'exerce la matrice sur la vessie? il suffit, dans beaucoup de cas, d'introduire un ou plusieurs doigts dans le vagin et de

repousser l'utérus en arrière (*de Lamotte*, *Levret.*); la compression cesse alors, et les urines peuvent s'écouler librement au dehors.

Si la matrice, après avoir acquis un grand volume, s'inclinait fortement en devant, on tâcherait de lever l'obstacle, en faisant coucher la femme sur le dos, ou bien encore en relevant son ventre et en le soutenant avec une ceinture, comme le conseille Mauriceau. Si ces premiers moyens étaient sans succès, il faudrait sonder la malade (1).

Souvent il convient, avant d'introduire la sonde, d'avoir recours à la saignée, aux bains, aux fomentations émollientes sur le ventre. Si, malgré tous ces préliminaires, le cathétérisme était impossible, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la ponction.

Quand, par suite de l'extrême distension qu'elle a éprouvée, la vessie se trouve frappée de paralysie, il faut avoir recours aux toniques pris à l'intérieur et injectés dans le rectum ou dans la vessie.

La rétention d'urine qui survient dans les derniers temps de la grossesse tient souvent à un véritable catarrhe vésical, caractérisé par la présence de matières muqueuses ou purulentes dans les urines, et par les douleurs très-vives que ressentent les malades ; il faut opposer à cette espèce de rétention les boissons adoucissantes, les bains, les cataplasmes émolliens sur l'hypogastre, les fomentations émollientes et narcotiques, les injections de même nature dans la vessie.

Si la rétention tenait à la présence d'un calcul, ce que l'on reconnaîtrait au moyen du cathéter, on ne pourrait espérer de guérir les malades qu'en pratiquant la lithotomie ou la lithotritie.

(1) Nous indiquerons, à la fin de notre ouvrage, les précautions que demande cette petite opération chez les femmes enceintes

DE L'INCONTINENCE D'URINE.

(*Énurésie*, de M. Alibert.)

Causes. L'incontinence qui survient souvent, vers la fin de la grossesse, peut tenir à l'excès de distension de la vessie ; alors, l'urine sort, comme on le dit, par regorgement : d'autres fois, elle tient à l'inflammation de l'organe, ou à la paralysie de son col ; d'autres fois enfin, et c'est le plus souvent, elle est occasionée par l'obstacle que la matrice oppose à la dilatation du reservoir.

Dans le premier cas il faut combattre la cause qui retient l'urine dans la vessie. (*Voyez* l'art. *Rétention.*)

Dans le second, traiter l'inflammation, et éloigner la cause qui la déterminée.

Dans le troisième, s'appliquer à dissiper l'atonie du col de la vessie par l'emploi des injections toniques et astringentes : celles faites avec les eaux thermales de Barèges, de Balaruc, de Cauterets, sont recommandées par MM. Gardien, Capuron et Maygrier. M. Alibert vante beaucoup l'usage des vins de quinquina, de gentiane, d'écorce d'orange amère; il fait aussi beaucoup de cas de la décoction de bistorte, de l'eau de Rabel dans une tisane appropriée, de l'écorce de grenade, de la cannelle, de la menthe, de la petite centaurée.

Dans le quatrième cas, il n'y a que l'accouchement qui puisse guérir les malades : cependant on doit s'appliquer, sinon à faire cesser la compression qu'exerce la matrice, du moins à la diminuer, autant que possible, en donnant aux femmes une position favorable, ou en soutenant convenablement leur ventre.

LÉSIONS DE LA CIRCULATION.

DE LA PLÉTHORE SANGUINE.

La plupart des femmes, surtout celles d'un tempérament sanguin, éprouvent, dans le second trimestre de la grossesse, des incommodités qui doivent être rapportées à la pléthore.

Causes. L'activité plus grande de la nutrition et de l'hématose, la rétention du sang des règles, un régime trop succulent, l'usage habituel du vin et des spiritueux, le défaut d'exercice, etc.

Symptômes. Dès le quatrième mois de la grossesse, la plupart des femmes commencent à être tourmentées par le sang; mais c'est surtout vers le sixième mois que les symptômes de pléthore sont portés au plus haut degré d'intensité : tout le système vasculaire paraît gorgé de sang, le pouls est plein, dur, fréquent. La face est animée, les yeux sont rouges, tuméfiés, la tête est lourde, pesante, douloureuse; les femmes se plaignent de lassitudes vagues, d'étourdissemens, de vertiges, de bluettes, de bourdonnemens dans les oreilles, de somnolence, de douleurs dans le dos, les lombes, les aines, les cuisses, les mamelles.

Pronostic. Peu grave en général; cependant, si, lorsque les symptômes sont fort intenses, on négligeait d'employer les remèdes que réclame l'état de la femme, il pourrait survenir une congestion grave, une apoplexie, une phlegmasie, une métrorrhagie.

Traitement. Des saignées générales et locales, propor-

tionnées aux forces de la malade, des bains de pieds, des lavemens, des boissons délayantes, un régime végétal, un exercice modéré, tels sont les moyens qui conviennent surtout.

DE LA CÉPHALALGIE.

Les douleurs que les femmes enceintes éprouvent dans la tête, aux différentes époques de la grossesse, ne présentent pas toujours les mêmes caractères. Tantôt elles occupent toute la surface du crâne (*céphalalgie*); tantôt elles n'en occupent que la moitié (*hémicranie*), d'autres fois elles ne se font sentir que dans un point très-circonscrit (*clou hystérique*); dans d'autres cas, enfin, elles sont fixées aux arcades surcilières, et prennent le nom de *céphalalgie sus-orbitaire.*

Causes. Les plus ordinaires sont : la pléthore sanguine ; l'action sympathique de la matrice sur le cerveau ; l'embarras gastrique.

Symptômes. Lorsque la maladie tient à la pléthore, les douleurs ne se manifestent guère avant le quatrième mois de la grossesse ; lorqu'au contraire la maladie dépend de l'état dans lequel se trouve la matrice, les souffrances peuvent survenir dès les premiers jours.

Il est d'ailleurs facile de distinguer ces deux causes l'une de l'autre, en ayant égard à l'état de la femme et à la marche des douleurs. La pléthore ne se rencontre, pour l'ordinaire, que chez les femmes d'un tempérament sanguin et d'une forte santé ; au contraire, l'action sympathique de la matrice n'est jamais plus marquée que chez les femmes d'une faible constitution et d'un tempérament nerveux. D'ailleurs, dans le cas de pléthore, les douleurs deviennent d'au-

tant plus vives que la grossesse avance davantage, tandis que, dans le cas de spasme, les choses se passent d'une manière toute contraire.

Lorsque la céphalalgie tient à l'embarras gastrique, la bouche est amère, pâteuse, et la langue couverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre. De plus, les douleurs sont lancinantes et ne se manifestent ordinairement qu'après le repas; ou bien elles augmentent alors sensiblement, si elles existaient auparavant.

Pronostic. La céphalalgie, quelle que soit son espèce, n'est pas, en général, un accident très-grave; cependant, si elle est portée à un haut degré d'intensité, et si surtout on ne se hâte pas de lui opposer un traitement convenable, elle peut entraîner à sa suite l'apoplexie, ou au moins l'avortement.

Le traitement doit être basé sur la connaissance exacte de la cause qui a pu déterminer la maladie.

S'agit-il de la pléthore? la saignée, les délayans, les dérivatifs, la diète et l'exercice conviennent surtout.

S'agit-il, au contraire, d'un état spasmodique? les bains de siége, les bains généraux, les lavemens émolliens et narcotiques, les fomentations de même nature sur le ventre, les préparations d'opium à l'intérieur, la diète et le repos, sont les moyens sur lesquels on doit insister.

Enfin, lorsqu'on a lieu de soupçonner que la céphalalgie tient à l'embarras de l'estomac ou des intestins, il faut avoir recours aux évacuans, et ensuite aux amers.

DE L'ÉPISTAXIS.

(*Hémorrhinie* de M. Alibert. *Hémorrhagie nasale.*)

Parmi les flux sanguins qui s'établissent accidentellement dans l'économie animale, il n'en est aucun, dit M. Alibert, qui soit plus fréquent que l'hémorrhinie. La membrane, très-fine, très-délicate, de Schneider, parsemée d'un nombre infini d'artérioles, est très-propre par son organisation à favoriser cette hémorrhagie.

Causes. Comme c'est, ordinairement, entre le quatrième et le sixième mois de la grossesse que l'épistaxis survient, elle tient évidemment alors à la pléthore générale, et surtout au refoulement du sang vers les parties supérieures, déterminé par la pression qu'exerce la matrice sur les vaisseaux qui l'avoisinent.

Symptômes. Lorsque l'hémorrhagie est sur le point d'avoir lieu, les malades frissonnent; les pieds et les mains se refroidissent; un sentiment de plénitude et de pesanteur se fait sentir dans l'intérieur des sinus frontaux; la face est rouge et chaude, les artères temporales et les carotides battent avec force; il y a des vertiges, des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, de la céphalalgie; les yeux sont injectés et comme éblouis par des objets rouges; une vive démangeaison se fait sentir dans les fosses nasales; enfin l'hémorrhagie survient, et alors le sang coule d'une manière continue ou à plusieurs reprises séparées par des intervalles plus ou moins longs. Le sang ne s'échappe quelquefois que par une seule narine, d'autres fois il coule par les deux en même temps.

Pronostic. L'hémorrhagie nasale qui survient chez les femmes enceintes est, presque toujours, le résultat d'un ef-

fort salutaire de la nature, et très-rarement elle est portée au point de devenir inquiétante. Cependant nous l'avons vue plusieurs fois se montrer avec une telle force que la vie des malades en eût été compromise, si on ne se fût hâté de recourir aux moyens les plus puissans de l'art. Nous avons accouché en 1827 une dame de la rue de Provence qui eut, vers le milieu de sa grossesse, une épistaxis si abondante, qu'elle resta long-temps dans un très-grand état de faiblesse. M. Alibert rapporte, dans sa *Nosologie*, l'histoire d'une malade qui succomba au bout de deux jours à une épistaxis des plus rebelles.

Traitement. Il varie selon la constitution des malades et aussi selon la force de l'hémorrhagie.

L'épistaxis légère doit, le plus souvent, être abandonnée à la nature ; mais, quand l'écoulement est assez abondant pour produire la faiblesse, il convient de placer les malades dans un lieu frais, de leur tenir la tête élevée et couverte de compresses imbibées d'eau froide vinaigrée, de leur donner à respirer par le nez le même liquide, et de faire sur la face des aspersions.

Si ces moyens ne suffisent pas, il faut recourir à la saignée, lorque toutefois l'état des malades le permet ; aux bains de pieds chauds et sinapisés ; à la compression des narines antérieures avec les doigts : ce dernier moyen seul nous a plusieurs fois réussi.

L'hémorrhagie, malgré l'emploi bien combiné de ces différens moyens, persiste quelquefois ; alors il est urgent de recourir au tamponnement des ouvertures postérieures et antérieures des fosses nasales (1), ou de provoquer l'accouchement, d'après le conseil de M. Désormeaux.

(1) On pratique ce tamponnement de la manière suivante : la malade étant assise au jour, on introduit dans l'une des narines une sonde de Belloc, dont on fait sortir le ressort par la bouche ; on attache à ce dernier

DE L'HÉMORRHAGIE ALVÉOLAIRE.

Madame Dur..., demeurant passage des Panoramas, enceinte de cinq mois et demi, nous fit demander en 1828, pour un écoulement de sang abondant qu'elle avait depuis la veille par la bouche. En arrivant près d'elle, nous trouvâmes un médecin du voisinage qui avait été appelé en toute hâte, une syncope étant survenue. La malade était encore à peine remise. On nous raconta tout ce qui s'était passé, et on nous apprit que le sang provenait d'une molaire inférieure affectée de carie. Nous pûmes bientôt examiner la bouche, et crûmes possible d'arrêter l'hémorrhagie en remplissant de cire l'ouverture de la dent cariée et en plaçant, par dessus, quelques petits morceaux d'agaric sur lesquels la mâchoire supérieure devait s'abaisser; mais la malade souffrait tellement qu'elle ne put supporter notre petit appareil. Nous prîmes alors le parti d'arracher la dent et de combler de cire l'alvéole. L'hémorrhagie ne reparut point, et la malade fut en même temps débarrassée de ses douleurs.

M. Maygrier cite, dans son ouvrage sur les accouchemens, un cas à peu près semblable : il dit avoir accouché une dame chez laquelle il s'était manifesté, par une alvéole, au cinquième mois de la grossesse, une hémorrhagie très-

l'une des extrémités d'un fil double fortement fixé au milieu du tampon destiné à boucher les narines postérieures. On retire la sondede Belloc et on entraîne, avec elle, le fil antérieur du tampon que l'on conduit ensuite avec deux doigts jusque dans le fond de la gorge. Cela fait, on place dans la narine antérieure un autre petit tampon sur lequel on noue les deux bouts du fil antérieur préalablement écartés. Le fil postérieur doit être laissé dans la bouche et fixé au bonnet de la malade jusqu'au moment où, l'hémorrhagie étant arrêtée, il faudra retirer le tampon de l'arrière-gorge.

inquiétante par sa force et par sa persévérance ; la malade fut jetée dans un état de faiblesse dont elle se ressentit jusqu'à la fin de sa grossesse.

DES PALPITATIONS.

(*Cardiopalmie* de M. Alibert ; *mouvement violent et déréglé de l'organe du cœur.*

Les palpitations qui affectent les femmes, dans le commencement de leur grossesse, tiennent ordinairement à la réaction sympathique de l'utérus sur l'organe dn cœur. (*Cardiopalmie spasmodique* de M. Alibert.)

Les femmes d'une constitution délicate et nerveuse ; celles qui habitent les grandes villes et qui vivent dans la mollesse ; celles, en un mot, dont la sensibilité est très-exaltée, y sont plus sujettes que les autres.

Les palpitations qui surviennent vers le milieu de la gestation sont, le plus souvent, occasionées par la pléthore et surtout par le refoulement du sang vers les parties supérieures, déterminé par la pression qu'exerce alors la matrice sur les vaisseaux de l'abdomen. (*Cardiopalmie pléthorique* de M. Alibert.)

Cette espèce de cardiopalmie se manifeste de préférence chez les femmes robustes et d'un tempérament sanguin.

Enfin, les palpitations qui surviennent dans les derniers temps de la grossesse tiennent, presque toujours, au refoulement du diaphragme par le fond de l'utérus.

Les femmes y sont surtout sujettes dans leur première grossesse, parce qu'alors la matrice s'élève beaucoup plus que dans les grossesses suivantes.

Les symptômes de la cardiopalmie sont trop connus pour qu'il soit besoin de les reproduire ici ; nous dirons, seulement qu'ils sont quelquefois tellement intenses, que les malades éprouvent une douleur très-aiguë dans la région précordiale, et que les battemens du cœur, soulevant fortement les parois de la poitrine, peuvent être facilement aperçus. Souvent alors, comme le dit M. Alibert, le visage de la patiente porte l'empreinte de la souffrance ; les lipothymies, les syncopes surviennent, précédées par un resserrement du pharynx qui menace de suffocation. Enfin, le paroxisme cesse, et le corps reste dans une faiblesse extrême.

Pronostic. Il n'est pas grave, en général, toutes les fois que les palpitations ne tiennent pas à une maladie organique du cœur ; cependant, si elles étaient très-violentes et très-fréquentes, elles pourraient mettre les femmes dans un état fâcheux.

Traitement. Les palpitations nerveuses doivent être traitées par les antispasmodiques, tels que l'opium, l'éther et l'assa-fœtida ; quelquefois aussi les malades se trouvent bien de l'emploi des toniques et des amers. M. Capuron rapporte qu'une dame faisait constamment passer ses palpitations en prenant quelques cuillerées de vin d'Espagne. Si ces moyens ne réussissaient pas, on pourrait avoir recours à une petite saignée. M. Alibert vante beaucoup les applications de sangsues sur la région du cœur.

Les palpitations qui tiennent à la pléthore, réclament impérieusement l'emploi des saignées. Il est bon, souvent, de mettre en même temps les malades à l'usage des antispasmodiques.

Les palpitations qui sont dues au refoulement du diaphragme par le fond de la matrice sont plus difficiles à combattre, parce qu'il est impossible d'en faire disparaître la

cause ; cependant on peut ici, comme dans les cas précédens, se bien trouver d'une petite saignée et de l'usage des calmans. Ces moyens combinés nous ont souvent parfaitement réussi.

DE L'HÉMOPTYSIE.

(*Crachement de sang ; hémorrhagie de la poitrine*).

M. Alibert définit l'hémoptysie un écoulement de sang qui provient du poumon et s'échappe par la bouche avec des quintes de toux plus ou moins fréquentes.

Le même auteur reconnaît quatre espèces d'hémoptysies, savoir : *l'idiopathique*, *la symptomatique*, *la métastatique* et *la traumatique;* nous ne traiterons ici que de celle qui est occasionée par l'état de grossesse.

Causes prédisposantes. Une disposition héréditaire, la jeunesse, une constitution faible et irritable, le tempérament sanguin, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, certains vices de conformation de la poitrine, la présence de tubercules dans les poumons.

Causes occasionelles. Quelquefois l'hémoptysie survient dès les premiers temps de la grossesse, et alors on ne peut l'attribuer qu'à l'irritation sympathique des poumons. Mais, le plus souvent, elle ne se manifeste que vers le milieu de la gestation, et alors elle tient évidemment au refoulement du sang vers la poitrine, déterminé par la pression qu'exerce la matrice sur les vaisseaux qui l'environnent. L'hémoptysie est aussi quelquefois déterminée par un exercice forcé des poumons, ou par une impression morale vive. M. Alibert cite, dans sa *Nosologie naturelle*, l'histoire d'une dame

qui crachait le sang toutes les fois qu'elle éprouvait une émotion agréable ou désagréable.

Symptômes. Le crachement de sang est presque toujours précédé de malaise, de pesanteur, de chaleur dans la poitrine, d'horripilations, de refroidissement des extrémités, d'anxiétés précordiales, d'une douleur gravative et ondulatoire autour du diaphragme, de palpitations, d'oppression, de toux, et d'un sentiment de prurit le long de la trachée-artère.

Lorsque le sang commence à passer dans les bronches, les malades accusent un bouillonnement plus ou moins considérable dans la poitrine et la gorge; la respiration ne se fait plus qu'avec une extrême difficulté; enfin, l'hémorrhagie paraît: tantôt alors le sang est expulsé à la manière des crachats; tantôt, au contraire, il sort à grands flots par la bouche et par les narines.

A ces symptômes succèdent, souvent, un tremblement général, une pâleur très-grande, des défaillances.

Signes diagnostiques. L'hémoptysie peut être confondue avec l'épistaxis, l'hématémèse et l'hémorrhagie buccale. Dans l'*épistaxis*, en supposant que la plus grande partie du sang s'échappe par les narines postérieures, il s'en écoule toujours assez par les narines antérieures pour caractériser l'hémorrhagie; d'ailleurs, le sang n'est point écumeux comme dans l'hémoptysie, et les malades n'accusent aucun malaise du côté de la poitrine. Dans l'*hématémèse*, le sang vomi est, le plus souvent, noir et mêlé à une certaine quantité d'alimens, et le vomissement est presque toujours précédé de nausées et de pesanteur à l'estomac. Si le sang venait *de la bouche*, l'œil découvrirait, sans beaucoup de difficulté, le point d'où il s'échappe.

Pronostic. L'hémoptysie doit toujours être considérée

comme un symptôme grave et auquel il importe de remédier promptement. Cependant, elle n'est pas toujours fâcheuse, lorsqu'elle est exclusivement déterminée par le refoulement du sang vers la poitrine.

L'hémoptysie peut se reproduire à des époques plus ou moins rapprochées.

Traitement. Lorsque l'hémoptysie tient à l'irritation sympathique des poumons, ou à une affection morale, il convient de mettre les malades à un régime des plus doux, et de leur prescrire l'usage des antispasmodiques et des narcotiques. Une petite saignée pourrait être très-utile, si l'état des femmes permettait d'y avoir recours.

Lorsque l'hémoptysie tient à la pléthore et au refoulement du sang vers la poitrine, les saignées seules suffisent ordinairement pour faire disparaître l'accident. Cependant il peut être utile de leur adjoindre l'usage des antispasmodiques. Ici encore les malades doivent ne se nourrir que d'alimens extrêmement doux, et éviter avec soin tout ce qui est irritant.

Les boissons froides et acidulées, les dérivatifs sur les membres et le canal intestinal ne doivent pas être négligés.

Dans tous les cas, le repos du corps et de l'âme est indispensable.

Si, malgré l'emploi de ces différens moyens, l'hémorrhagie persistait, on devrait avoir recours aux boissons astringentes, telles que la décoction de grande consoude édulcorée avec le sirop de coing, l'eau de riz, le sirop de grenade étendu d'eau. M. Chomel recommande le petit-lait aluminé, les bols astringens préparés avec la conserve de rose, le cachou, la gomme kino, l'extrait de simarouba, de quinquina, et spécialement de ratanhia. Enfin, les applications à la glace autour de la poitrine, et les boissons de même

nature, en même temps que des topiques chauds aux extrémités, peuvent être d'un grand secours, lorsque tous les autres moyens ont été inefficaces, et que la vie des malades est actuellement ou prochainement menacée.

Si on avait lieu de penser que tous ces moyens fussent insuffisans pour suspendre l'hémorrhagie, on ne pourrait espérer de sauver les malades qu'en déterminant l'accouchement prématuré (M. Désormeaux.)

DE L'HÉMATÉMÈSE.

(*Hematémésie*, de M. Alibert, *Vomissement de sang*, *Gastrorrhagie.*)

L'hématémèse est un des symptômes que l'on rencontre le plus rarement durant la grossesse ; cependant nous avons eu occasion de l'observer deux fois chez des femmes pléthoriques et sanguines : à la vérité, chez l'une d'elles, l'hémorrhagie s'était déjà montrée plusieurs fois avant l'état de gestation.

M. Alibert reconnaît cinq espèces d'hématémèses, savoir : la *pléthorique*, la *vénéneuse*, la *traumatique*, la *scorbutique* et la *melanée*; nous ne traiterons ici que de celle qui peut être déterminée par la grossesse. Elle se rapporte à la première espèce de M. Alibert.

Causes prédisposantes. Les femmes d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin sont beaucoup plus sujettes à l'hématemèse pléthorique que celles qui se trouvent dans les conditions opposées. La suppression des règles, qui a lieu durant la grossesse, est une des causes qui disposent le plus à l'hématémèse. Il en est de même des affections morales tristes.

Causes occasionelles. L'état de pléthore qui survient vers le cinquième mois de la grossesse, et la gêne que la matrice apporte alors dans la circulation abdominale.

Symptômes. L'évacuation du sang au dehors est souvent précédée de frissons, de lassitudes, de chaleurs, de nausées, de gonflement, de tension, de douleurs et d'anxiété dans la région de l'estomac. D'autres fois, ainsi que l'observe M. Alibert, l'hémorrhagie se déclare spontanément et sans aucun symptôme précurseur.

Le sang de l'hématémèse est le plus souvent noir, disposé en grumeaux et mêlé avec des alimens, de la bile ou des mucosités ; dans quelques cas il est rejeté par flots ou par gros caillots, par la bouche et par les narines en même temps, (*M. Chomel.*) Souvent, au bout d'un temps plus ou moins long, les malades rendent par l'anus des matières dans lesquelles on reconnaît la présence du sang, et sont jetées dans un état de faiblesse plus ou moins marquée, selon l'abondance de l'hémorrhagie. L'hématemèse peut se reproduire à des époques plus ou moins rapprochées.

Signes diagnostiques. Le sang de l'épistaxis ou de l'hémorrhagie buccale, en descendant dans l'estomac, a pu, dans cetains cas, faire croire à l'hématémèse ; mais un examen attentif du nez et de la bouche, joint aux symptômes propres à l'hémorrhagie de l'estomac, a toujours suffi pour éviter l'erreur.

La couleur noire du sang, son mélange avec les matières contenues dans l'estomac, l'absence de toux, de chaleur et bouillonnement dans la poitrine sont autant de signes qui peuvent empêcher de confondre l'hématémèse avec l'hémoptysie.

Le pronostic de l'hématémèse, qui tient à la plénitude de la matrice, n'est pas grave en général ; cependant il pourrait le devenir. On sent d'ailleurs qu'il doit varier selon la force des malades et la quantité de sang qu'elles perdent.

Traitement. Le même que celui de l'hémoptysie déterminée par la pléthore ; seulement lorsque, par les coliques qu'éprouvent les malades, on est averti que les intestins contiennent du sang, il convient d'en favoriser l'issue par l'usage de lavemens émolliens et de légers laxatifs. Il importe aussi beaucoup d'insister sur une diète sévère.

DE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE DURANT LA GROSSESSE.

De tous les accidens qui peuvent compliquer la grossesse, l'hémorrhagie est, ainsi que nous l'avons dit ailleurs, le plus effrayant, le plus terrible, celui qui peut, dans le moins de temps, compromettre la vie de la mère et celle de l'enfant.

L'hémorrhagie des femmes enceintes peut survenir à toute époque ; cependant elle se manifeste, le plus souvent, au commencement ou à la fin de la grossesse.

Lorsque le sang s'écoule au dehors, l'hémorrhagie se nomme *externe*, et lorsqu'il s'amasse au dedans, on lui donne le nom d'*interne* ou *latente :* dans ce dernier cas, le sang est retenu dans la matrice, non par l'adhérence contre nature des membranes à la matrice, comme l'ont dit quelques auteurs, mais bien, ainsi que l'observe M. Désormeaux, par la présence de la tête du fœtus, qui appuie sur l'orifice et fait l'office d'un tampon ; le sang peut encore être retenu par un caillot qui a contracté des adhérence intimes avec les parois du col de l'utérus.

Causes prédisposantes. Les femmes d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin sont, en général, plus exposées que les autres à l'hémorrhagie utérine ; cependant les femmes délicates et nerveuses sont loin d'en être exemptes.

On dit aussi, généralement, que l'usage habituel d'une

nourriture succulente, du vin, des alcooliques, des bains chauds et des purgatifs, prédispose à cette maladie; mais ce qui la favorise, surtout, c'est l'état dans lequel se trouve la matrice durant la grossesse; les vaisseaux de cet organe se déroulent, augmentent de capacité et reçoivent beaucoup plus de sang que de coutume : d'ailleurs, il existe alors dans les organes génitaux une irritabilité bien marquée.

Causes déterminantes. Un auteur moderne a cherché à démontrer que le décollement du placenta n'est pas, comme on l'a prétendu jusqu'alors, la cause de l'hémorrhagie qui se fait par la matrice, mais bien son résultat. Sans nier que dans quelques cas et, en particulier, dans celui de pléthore utérine, le décollement du délivre ne puisse être déterminé par les efforts que fait le sang pour sortir de ses vaisseaux, nous croyons qu'il est impossible de ne pas admettre que, dans beaucoup d'autres circonstances, le décollement du délivre est occasioné par une toute autre cause que la pléthore locale. Et, en effet, pourquoi donc une violence sur la matrice, par exemple, ne pourrait-elle pas ce que peut une simple congestion?

Une jeune femme de vingt-sept ans, enceinte de six mois, tombe de son lit sur le parquet de sa chambre, et se fait au côté droit du ventre une forte contusion. Presqu'aussitôt après, elle est prise d'une hémorrhagie grave, suivie de l'avortement. Dira-t-on ici qu'il y avait congestion vers la matrice et que c'est l'effort du sang qui a décollé le placenta? mais la malade était loin d'être robuste, et d'ailleurs elle n'éprouvait, avant son accident, aucun des signes qui annoncent la pléthore de la matrice; on ne peut donc raisonnablement attribuer ici le décollement du placenta et l'hémorrhagie qui en a été la suite, qu'à la secousse déterminée par la chute de la malade.

Une dame de trente-cinq ans, d'une assez bonne constitution, enceinte de cinq mois et demi, exempte de toute espèce de symptômes maladifs, sort par un temps de verglas;

ses deux pieds glissent en avant, et elle tombe violemment sur le siége. Rentrée chez elle, du sang s'écoule par les parties, une hémorrhagie assez abondante survient et l'avortement s'en suit.

Dira-t-on encore ici que l'hémorrhagie a eu lieu sous l'influence d'*une congestion locale*, *d'un afflux*, *d'un état d'irritation particulière*, du *molimen hemorrhagicum* de Stahl? dira-t-on, enfin, que c'est l'effort du sang qui a détaché le placenta? oui, quelques personnes le diront, parce qu'il est de ces êtres, au cerveau étroit, qui repoussent tout ce qu'ils ne peuvent comprendre; mais tous les hommes de bonne foi, tous ceux, pour qui les faits sont quelque chose, ne manqueront pas de dire, avec nous, que dans ce dernier cas, comme dans le premier, le décollement du placenta a été déterminé par la chute de la malade, et que l'hémorrhagie n'a été que la suite nécessaire de ce décollement. D'ailleurs l'opinion que nous émettons ici paraît être celle de M. Désormeaux, puisque ce professeur dit, dans son article *Métrorhagie*, « que cette théorie mécanique peut être admise quand le placenta a acquis une masse assez considérable pour recevoir, d'une secousse ou d'un choc imprimé au corps, une somme de mouvemens plus grande que celle que reçoit la matrice elle-même. Alors, ajoute le professeur, l'écoulement du sang n'est pas précédé des symptômes de congestion et suit incontinent l'action de la cause.

M. Dugès admet aussi que le plus souvent le décollement du placenta est occasioné *par un effort*, *une violence suivie de craquement*.

De même M. Nauche dit, dans l'ouvrage qu'il vient de publier, que l'hémorrhagie, durant la grossesse, peut être occasionée *par toutes les causes capables de produire le décollement d'une portion plus ou moins grande du placenta*. « Une marche forcée, un mouvement violent, des coups, des chutes, ajoute le même auteur, peuvent déterminer ce décollement. »

Enfin MM. Gardien, Capuron et beaucoup d'autres auteurs reconnaissent, comme causes du décollement du placenta, toutes les secousses, toutes les violences extérieures, toutes les impressions morales brusques. Il est donc démontré, jusqu'à l'évidence, que si, dans quelques cas de pléthore utérine, le placenta peut être décollé par l'effort que fait alors le sang pour sortir des vaisseaux qui le contiennent, bien plus souvent le décollement de ce corps est déterminé par des violences extérieures, telles que les coups, les chutes, les exercices violens, les efforts considérables, l'équitation, le cahotement d'une voiture mal suspendue, l'éternument, la toux, le vomissement. Les passions vives de l'âme, telles que la colère, la frayeur, l'indignation, etc., peuvent aussi donner lieu au même résultat : M. Alibert rapporte, dans sa *Nosol. nat.*, l'observation suivante : la femme Thy... enceinte de quatre mois, éprouvait une perte des plus abondantes ; il lui était impossible de se tenir debout ; son visage était d'une pâleur extraordinaire ; ses mains et ses pieds étaient glacés ; les syncopes se succédaient ; l'affaissement du ventre était considérable, et tout annonçait que la fausse-couche avait lieu. Lorsque la malade fut ranimée, par les moyens mis en usage, on apprit d'elle que cet accident n'avait eu d'autre cause qu'une insulte légère faite à son amour-propre par une de ses voisines.

M. Capuron rapporte qu'une femme enceinte fut prise de perte pour n'avoir pas pu se modérer dans un emportement de colère.

L'hémorrhagie qui survient dans les derniers temps de la grossesse est souvent occasionée par l'implantation du placenta sur l'orifice du col. Ici l'hémorrhagie peut tenir à deux causes, c'est-à-dire, à la rupture des adhérences qui existent entre la matrice et le placenta, et à la déchirure de ce dernier, lorsqu'il cède aux tractions qu'exerce sur lui le col en se dilatant. Un jeune auteur, qui a la sotte prétention de mieux voir que tons ceux qui l'ont devancé, veut qu'alors

l'hémorrhagie soit toujours et uniquement occasionée par la gerçure, par la déchirure du placenta; mais il se trompe évidemment; car, outre qu'on ne rencontre pas toujours les déchirures dont il parle, l'hémorrhagie, si elle tenait constamment à cette cause, suivrait souvent une tout autre marche. Mais, en supposant que l'expérience ne prouvât pas contre l'opinion exclusive de l'auteur en question, nous trouverions, dans son livre même, de quoi le réfuter victorieusement. *L'œuf*, dit-il, *est tout simplement plaqué et non point uni d'une manière intime à la surface de la matrice;* or, ne doit-il pas nécessairement résulter de cette disposition que les tractions exercées par le col, lorsqu'il vient à se dilater, romperont plus facilement les adhérences qui l'unissent au placenta, qu'ils ne déchireront le placenta lui-même?

Il nous semble donc prouvé que, si l'hémorrhagie est quelquefois occasionée par la gerçure, la déchirure du placenta, plus souvent encore elle tient uniquement à la rupture des adhérences qui unissent le délivre au col de la matrice. D'ailleurs notre opinion est celle de la plupart des auteurs, et, en particulier, de Beaudeloque, de MM. Gardien, Maygrier, Capuron, Nauche, Dugès, Désormeaux.

Symptômes précurseurs. L'hémorrhagie utérine, lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une cause violente, est assez souvent précédée des symptômes propres à la pléthore générale ou locale. Les malades éprouvent des étourdissemens, des malaises, de la courbature, des frissons irréguliers, des horripilations, de la pesanteur, de la chaleur du côté du bassin, des tiraillemens douloureux dans les reins, dans les cuisses et dans les aines, des coliques plus ou moins vives, de la démangeaison aux parties de la génération; le pouls est quelquefois fébrile.

L'hémorrhagie, qui est le résultat d'une cause violente, survient tout-à-coup et sans aucun symptôme précurseur.

Symptômes locaux. Ils sont différens suivant les cas.

Dans l'hémorrhagie externe, on voit s'écouler au dehors, par le vagin, une plus ou moins grande quantité de sang.

Dans l'hémorrhagie interne, la matrice et le ventre augmentent de volume et de sensibilité; les malades se plaignent quelquefois d'un sentiment de plénitude et de tension du côté de la région hypogastrique; mais, bien souvent, les premiers symptômes qui font reconnaître cette espèce de perte sont ceux qui se manifestent après toutes les grandes hémorrhagies.

Dans quelques cas, rares à la vérité, on voit succomber les malades sans même se douter de la cause de leur mort. Ainsi M. Nauche rapporte, dans son ouvrage sur les maladies des femmes, qu'une jeune dame, d'environ trente ans, étant devenue enceinte pour la cinquième fois, n'éprouva pendant sa grossesse d'autres accidens que quelques symptômes de pléthore, qui ne parurent pas assez sérieux pour déterminer la saignée. L'accouchement se manifesta au terme ordinaire; les douleurs furent très-lentes et très-faibles; on resta dans la plus grande sécurité pendant quinze heures. Cependant les forces s'affaiblirent et la malade succomba, *sans qu'on eût aucune donnée sur la cause de sa mort.* A l'ouverture du corps on trouva l'utérus très-volumineux et distendu par une grande quantité de sang, dont une partie était liquide et l'autre en grumeaux.

Dans l'hémorrhagie qui tient à l'implantation du placenta sur le col, l'écoulement du sang au dehors commence, le plus souvent, vers le sixième mois de la grossesse, et s'arrête ordinairement de lui-même, pour reparaître ensuite à des époques plus ou moins rapprochées. Presque toujours la quantité du sang qui s'écoule est d'autant plus grande que le

terme de la grossesse approche davantage; cependant il arrive quelquefois que, dès le principe, l'hémorrhagie est assez abondante pour compromettre l'existence des malades. M. Désormeaux rapporte l'observation d'une dame qui, dès le sixième mois, eut une hémorrhagie tellement grave, qu'il fallut, pour la sauver, procéder à l'extraction du fœtus.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et, ordinairement, ce n'est que par degré que les femmes perdent leurs forces et s'épuisent; la peau prend alors une teinte jaunâtre, les conjonctives et les lèvres se décolorent, les membres s'œdématient, etc. Quelquefois l'hémorrhagie ne se manifeste qu'au moment de l'accouchement, comme nous avons eu occasion de l'observer chez une dame que nous avons accouchée l'année dernière.

Lorsque le placenta est implanté sur le col de la matrice, on sent à travers l'orifice, au lieu des membranes, un corps mou, spongieux, non friable comme le serait un caillot, et saignant à la moindre pression. Si l'insertion n'a pas lieu centre pour centre, on reconnaît aussi une portion des membranes; les lèvres du col sont elles-mêmes très-ramollies.

Symptômes généraux. Lorsque l'hémorrhagie dure depuis quelque temps, la femme, épuisée par la continuité de l'écoulement et par sa quantité, est prise de tous les symptômes qui annoncent une grande faiblesse; la peau se décolore; les lèvres blanchissent; les yeux se cernent, et perdent leur brillant; la face se décompose; le pouls devient petit, filiforme, concentré; les malades se plaignent de pesanteur et de douleur à la tête, d'étourdissemens, de bluettes, de bourdonnemens d'oreilles, de faiblesse à l'estomac, de difficulté dans la respiration; enfin surviennent des bâillemens souvent réitérés, des défaillances,

des syncopes, du délire, des convulsions, puis la mort, si on ne vient pas au secours des malades, ou si les moyens employés sont inefficaces.

Diagnostic. Il n'est pas toujours très-facile de distinguer l'hémorrhagie utérine des règles qui, chez quelques femmes, continuent de couler durant la grossesse; mais heureusement le doute ne peut avoir ici aucune suite fâcheuse, puisque, dans les deux cas, lorsque l'écoulement de sang est assez considérable pour mettre en danger les jours de la mère, il faut tenir absolument la même conduite.

Pronostic. Il varie, en général, selon la constitution et la force des malades, selon l'époque et l'espèce de l'hémorrhagie, selon la quantité de sang qui s'écoule. Il est clair que la perte doit être moins dangereuse chez une femme robuste que chez celle qui est délicate et nerveuse. La perte est, d'ailleurs, d'autant plus à craindre, pour la mère, qu'elle survient à une époque plus rapprochée de l'accouchement; c'est tout le contraire pour le fœtus. La perte *interne* passe pour être plus grave que l'*externe*, parce que souvent on ne la reconnaît que lorsqu'il n'est plus temps d'y remédier. Celle qui tient à l'insertion du placenta sur le col est ordinairement plus grave que les autres, parce qu'elle doit nécessairement se reproduire, quoi qu'on fasse pour s'y opposer.

Terminaison. « On ne peut espérer la cessation de l'hémorrhagie, dit M. Désormeaux, que de l'une des trois circonstances suivantes : ou le placenta se recollera à la surface de l'utérus; ou un caillot se formera qui bouchera mécaniquement les orifices des vaisseaux; ou les vaisseaux se resserreront, et leurs orifices se fermeront. »

Le recollement du placenta n'arrive que très-rarement, et on ne cite guère, pour prouver sa possibilité, que l'obser-

vation recueillie par Noortwyk sur sa propre femme : le placenta, chez cette dame, tenait tellement à la matrice, dans le point qui s'était décollé durant la grossesse, qu'on ne put, lors de l'accouchement, le détacher qu'à l'aide de l'introduction réitérée de la main dans l'utérus.

La formation de caillots, capables de boucher les orifices des vaisseaux, est démontrée par une foule d'observations ; et, le plus souvent, lorsque l'hémorrhagie s'arrête durant la grossesse, c'est à cette cause qu'il faut l'attribuer.

Enfin, le resserrement des vaisseaux, qui fournissent le sang, arrive lorsque la matrice vient à se vider de tout ce qu'elle contient.

Quelquefois, quand l'hémorrhagie est déterminée par l'état de pléthore, le sang s'arrête de lui-même lorsqu'il s'en est écoulé une certaine quantité au dehors, et que l'équilibre s'est rétabli.

Traitement général. Le même qu'au moment du travail de l'accouchement ; ainsi, lorsque la femme est robuste, pléthorique, et l'hémorrhagie peu considérable, le mieux est souvent de ne rien faire ; mais, dans les circonstances contraires, la malade doit être placée dans un lieu frais où l'air se renouvelle facilement ; couchée sur le dos, le bassin un peu élevé, et tout le corps dans le repos le plus absolu ; il convient de donner des boissons froides et légèrement astringentes, comme l'eau de riz avec le sirop de grande consoude, l'eau de Rabel, ou bien encore l'eau étendue de sirop de vinaigre, de limon, de groseille, la limonade, etc., et d'appliquer sur le ventre, les cuisses et les parties génitales, des compresses trempées dans de l'eau vinaigrée, ou glacée ; on peut aussi injecter ces mêmes liquides dans le rectum et les parties génitales.

Si ces premiers moyens ne suffisaient pas, il pourrait être utile d'avoir recours à la saignée du bras, surtout si la malade présentait quelques signes de pléthore. On pourrait aussi

avoir recours aux antispasmodiques, aux narcotiques, aux astringens, aux bains froids, aux ventouses sur les seins, aux sinapismes entre les deux épaules.

Si, malgré l'emploi de ces différens moyens, l'hémorrhagie persistait au point de faire craindre prochainement pour les jours de la femme, il faudrait avoir recours au tamponnement du vagin pratiqué de la manière suivante : on enfonce, jusqu'à la partie supérieure du canal, le milieu d'une grande compresse carrée, et on remplit ensuite la cavité qui en résulte avec de la charpie, du vieux linge, ou des étoupes : on peut, si on le veut, tremper dans un liquide astringent tout ce qui doit concourir à former le tampon. On soutient l'appareil en place au moyen d'un bandage en T. La présence du tampon détermine presque toujours les contractions de la matrice, et par suite l'accouchement. Cependant on rapporte les observations de femmes qui, malgré l'emploi de ce moyen, ont pu aller jusqu'au terme naturel de leur grossesse.

Enfin, si, malgré l'usage du tampon, l'hémorrhagie continuait d'avoir lieu, il faudrait, de toute nécessité, en venir à l'accouchement forcé, soit en excitant les contractions utérines au moyen du seigle ergoté, soit en dilatant par degré le col avec les doigts.

Si on prenait ce dernier parti, il ne faudrait pas craindre, selon M. Maygrier, dans un cas pressant, de contondre l'ouverture du col en pénétrant dans la matrice : un semblable accident ne pourrait être mis en parallèle avec celui qui menace les jours de la mère et ceux de l'enfant. Non-seulement alors, dit le même auteur, on doit vaincre la résistance du col, mais encore les meilleurs praticiens n'ont pas craint de conseiller l'incision de cette partie dans le cas d'une résistance invincible.

Si le placenta se trouvait implanté sur le col, on se comporterait comme il a été dit, page 122.

Lorsqu'on est parvenu à arrêter l'hémorrhagie, il convient de mettre en usage les moyens les plus propres à prévenir son retour. C'est, surtout, sur le régime qn'il faut compter.

Quelquefois les malades, lorsqu'elles ont perdu une grande quantité de sang, se trouvent dans un état de faiblesse telle, qu'il faut pour les relever avoir recours aux toniques et à un régime approprié.

De l'hémorrhagie fœtale.

L'hémorrhagie qui a lieu dans l'intérieur des membranes, dit M. Désormeaux, ne mérite réellement pas le nom d'hémorrhagie utérine; on devrait bien plutôt l'appeler *hémorrhagie fœtale*, car le sang est fourni par les vaisseaux du fœtus, et s'amasse dans une cavité qui dépend du fœtus.

Tous les auteurs n'admettent pas la possibilité de cette espèce d'hémorrhagie; mais, bien qu'en disent ceux pour qui les observations des autres ne sont rien, il n'en est pas moins démontré, que l'hémorrhagie fœtale peut très-bien avoir lieu. De Lamotte, Levret et Baudelocque en rapportent des exemples.

Les causes ordinaires sont : l'érosion des vaisseaux ombilicaux, ou leur rupture déterminée par l'effet d'une secousse, d'une violence extérieure, du peu de longueur du cordon, et de son entortillement autour du cou de l'enfant. (*Nauche.*)

Signes. Il est extrêmement difficile de reconnaître l'hémorrhagie fœtale, et, le plus souvent, ce n'est qu'après la rupture des membranes qu'on découvre que du sang était épanché dans leur cavité; cependant, les femmes peuvent éprouver la plupart des phénomènes qui surviennent dans l'hémorrhagie utérine interne. M. Désormeaux dit que, dans l'hémorrhagie fœtale, le ventre se développe uni-

formément, tandis que, dans l'hémorrhagie utérine, il se développe d'une manière inégale.

Le pronostic est très-grave, surtout pour l'enfant qui doit être nécessairement victime de l'hémorrhagie.

Traitement. Il n'y a que la terminaison de l'accouchement qui puisse mettre quelque chance en faveur du salut de la mère et de l'enfant.

DE LA SYNCOPE.

Si les femmes délicates, nerveuses et très-impressionables, sont plus sujettes que les autres à la syncope, durant leur grossesse, celles qui jouissent d'une bonne constitution et d'une santé robuste n'en sont pas toujours exemptes.

C'est surtout dans les premiers temps de la gestation que les syncopes se manifestent, et toujours alors elles sont de nature nerveuse. Quelquefois, aussi, elles ne surviennent qu'à une époque plus avancée de la grossesse, et dépendent de l'état pléthorique dans lequel se trouvent les femmes.

Une vive émotion morale, de quelque nature qu'elle soit, devient souvent la cause occasionelle de la syncope; il en est de même de certaines odeurs, des mouvemens du fœtus, et de la vue d'objets effrayans.

Symptômes. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici le tableau fidèle que donne M. Alibert de la syncope dans sa *Nolosogie*. « La suspension momentanée des facultés du cœur et de celles du cerveau, est tantôt soudaine, tantôt lente et successive; elle s'annonce d'ordinaire par les signes les plus évidens : le visage se décolore; toute la physionomie prend l'aspect du malaise ou de la souffrance; les yeux s'éteignent et se couvrent d'un voile ténébreux; on sent

à peine le pouls qui bat avec irrégularité ; l'organe encéphalique est frappé de vertiges ; la respiration s'accélère. Les malades éprouvent des bâillemens fréquens ; elles sont inquiétées par un bruissement incommode dans l'intérieur des oreilles ; elles sont souvent en proie à une langueur inaccoutumée, à des nausées pénibles ; enfin, à une douleur sourde, mais insupportable, de toute la région épigastrique ; leurs forces les abandonnent, et elles tombent privées de sentiment et de mouvement.

L'accès une fois établi, la face et tout le corps ont la pâleur et le froid glacial de la mort. On ne sent plus le pouls ; la bouche respire à peine ; les yeux sont à demi clos, les muscles lâches, les articulations flexibles ; les membres immobiles n'obéissent qu'aux impulsions qu'on leur donne ; et le corps semblable à la matière inerte, retombe par son propre poids dès qu'on cesse de le soutenir.

Au bout d'un temps plus ou moins long, quelques signes de vie se manifestent ; les pulsations des artères recommencent : elles sont d'abord faibles, fréquentes et irrégulières ; la respiration se rétablit pareillement par degrés, et avec elle la chaleur animale ; le visage s'anime, les yeux s'ouvrent, et les malade reprennent successivement l'usage de toutes leurs facultés. Quelquefois elles vomissent les alimens contenus dans l'estomac, et leur peau est inondée d'une sueur visqueuse. »

Diagnostic. On peut, à la rigueur, confondre la syncope avec l'hystérie et la mort réelle ; cependant, il suffit d'un peu d'attention pour éviter toute erreur.

La syncope diffère de l'hystérie par la courte durée de l'accès, par le défaut de mouvemens convulsifs, et aussi par l'absence d'écume à la bouche. Elle se distingue de la mort réelle par l'état des tégumens et des yeux : dans la syncope, dit M. Maygrier, la peau conserve toujours un peu d'humidité ; dans la mort réelle, elle n'offre point

cette particularité. Les yeux, dans la syncope, sont bien fixes et immobiles, mais ils restent assez brillans, et ne se couvrent point de cet enduit muqueux qui, selon Winslow, est le seul signe à l'aide duquel on puisse distinger la mort véritable de celle qui n'est qu'apparente.

Pronostic. Il est rare que les syncopes qui surviennent chez les femmes enceintes soient dangereuses; cependant, lorsqu'elles sont fréquentes et long-temps prolongées, elles peuvent être suivies de l'avortement, comme le prouve une observation de Vanswieten, et même de la mort.

Traitement pendant l'accès. Il convient de placer la malade dans un lieu frais et de la coucher horizontalement sur le dos; de lui asperger le visage avec de l'eau froide; de lui frotter les tempes avec du vinaigre, et de lui placer sous le nez de l'acide acétique concentré, de l'éther, ou de l'ammoniaque.

Si ces moyens ne suffisaient pas pour rappeler la vie, il faudrait avoir recours aux frictions sur la région précordiale, aux ventouses, aux sinapismes, aux lavemens âcres et irritans, à l'électricité, au galvanisme, au cautère actuel.

Dans l'intervalle des accès, il conviendrait de soumettre les malades à l'usage des antispasmodiques, si les syncopes étaient sympathiques; et de les saigner, dans le cas où il y aurait pléthore.

DES HÉMORRHOÏDES.

(*Hémoproctie* de M. Alibert.)

Les femmes enceintes sont très-souvent affectées d'hémorrhoïdes, dans les derniers temps de leur grossesse, surtout lorsqu'elles sont pléthoriques, et qu'elles font un usage ha-

bituel de lavemens chauds, simples ou irritans. Ici la maladie est principalement occasionée par la constipation habituelle qui a presque toujours lieu à cette époque de la gestation, et aussi par la compression qu'exerce la matrice sur l'intestin rectum.

Les hémorrhoïdes ont été divisées en *externes* et en *internes*.

Les premières, dit M. Andral, occupent le pourtour de l'anus. Tantôt, on n'en trouve qu'une en ce point ; tantôt il y en a un grand nombre qui restent isolées les unes des autres; elles sont globuleuses, ovoïdes, oblongues, allongées, pédiculées ou non ; tantôt, enfin, ces tumeurs se confondent, se réunissent, et forment autour de l'anus une sorte d'anneau ou de bourrelet bosselé. Elles présentent d'ailleurs deux états différens, savoir : un état de plénitude, pendant lequel elles sont gonflées, tendues, rouges ou bleuâtres : et un état de vacuité, pendant lequel elles sont flasques, décolorées et souvent peu visibles.

Les hémorrhoïdes internes sont situées plus ou moins haut dans l'intérieur du rectum ; quelquefois elles occupent la partie inférieure de l'intestin, et sortent au dehors des sphincters, dans le moment où les malades font des efforts pour aller à la garde-robe.

Symptômes. L'apparition des tumeurs dont il vient d'être question, est souvent précédée d'un sentiment de pesanteur et de chaleur dans le bassin, d'une démangeaison insupportable au pourtour de l'anus, quelquefois d'envies fréquentes et inutiles d'aller à la selle.

Lorsque les tumeurs existent, elles occasionnent souvent des douleurs inouïes, et apportent un trouble général dans les fonctions. Il se fait, quelquefois alors, un écoulement de sang plus ou moins abondant, qui soulage considérablement les malades.

Le pronostic des hémorrhoïdes qui accompagnent la grossesse est rarement grave ; cependant, on conçoit que les douleurs insupportables, auxquelles ces tumeurs donnent quelquefois lieu, puissent, par suite du trouble qu'elles apportent dans l'économie, déterminer l'avortement. Les hémorrhoïdes fluentes pourraient aussi compromettre la santé et même la vie des malades, si la quantité du sang qu'elles fournissent était beaucoup trop considérable.

Les hémorrhoïdes dégénèrent quelquefois en des maladies graves qu'il ne nous appartient pas d'exposer ici.

Le traitement consiste à prescrire le repos aux malades, afin de faire cesser, autant que possible, la compression qu'exerce la matrice sur le rectum. Il faut combattre en même temps la constipation, si elle existe, par l'emploi des laxatifs; M. Alibert vante beaucoup, en pareille circonstance, la décoction légère de pulpe de tamarins, ou de manne en larmes, l'eau de pruneaux, l'eau de veau aiguisée avec le sel de Glauber, la limonade avec la crême de tartre : il convient en même temps de pratiquer des injections de saindoux ou d'huile d'amandes douces, et de donner des lavemens avec la décoction de fraise de veau, l'eau de morelle ou celle de pavot. Il importe aussi beaucoup de combattre, par les saignées, la pléthore, si elle existe.

Si les tumeurs étaient très-tendues et très-douloureuses, il conviendrait de les couvrir de cérat opiacé, ou d'onguent populéum ; bien entendu que, s'il s'agissait d'hémorrhoïdes internes, formant hernie à travers les sphincters, il faudrait se hâter de réduire, surtout s'il y avait menace d'étranglement.

Si ces premiers moyens ne suffisaient pas pour calmer les malades, ce qu'il y aurait de mieux à faire, serait, sans contredit, d'appliquer des sangsues sur les tumeurs, ou, mieux encore, de pratiquer à chacune d'elles une petite moucheture à l'aide d'une lancette; M. Capuron pense que

ces mouchetures peuvent avoir de graves inconvéniens, mais son opinion ne nous paraît pas fondée.

Si le flux hémorrhoïdal était par trop abondant, on aurait recours aux injections froides et astringentes; et dans le cas où, malgré leur emploi, le sang continuerait à couler, il faudrait, de toute nécessité, en venir au tamponnement que l'on pratiquerait comme s'il s'agissait du vagin. (*Voyez* page 136, 1er alinéa.)

DES VARICES.

(*Phlébectasie* de M. Alibert.)

C'est surtout lorsque la matrice a acquis un grand développement, et que par son poids elle comprime les vaisseaux qui rapportent le sang des parties inférieures, qu'apparaissent les varices.

Les femmes faibles, celles qui ont eu déjà plusieurs enfans, celles qui par état restent constamment debout, celles qui s'exposent habituellement à l'action de la chaleur des chaufferettes, y sont beaucoup plus exposées que les autres.

Les varices ont, le plus communément, leur siége aux jambes et aux cuisses; cependant il n'est pas rare de les rencontrer dans d'autres régions; ainsi nous donnons en ce moment nos soins à une jeune dame de la rue de Richelieu, hôtel des grandes Alpes, laquelle a les deux membres inférieurs, depuis la plante des pieds jusqu'aux aines, parsemés de nombreuses varices, dont les plus petites égalent au moins le volume du doigt auriculaire; les parties génitales externes, le vagin et le col de la matrice lui-même présentent aussi un grand nombre de veines variqueuses. Cette dame a déjà eu quatre enfans, et se trouve, au jourd'hui, dans le septième mois de sa cinquième grossesse.

Les varices sont trop faciles à reconnaître, pour qu'il soit besoin d'indiquer leur *diagnostic*.

Pronostic. Il est très-rare que les varices, qui surviennent chez les femmes enceintes, donnent lieu à des accidens graves : le plus souvent elles apportent seulement une gêne plus ou moins grande dans la station et la progression. Cependant, des exemples assez nombreux prouvent que la rupture de varices volumineuses a pu, dans certains cas, donner la mort aux individus qui en étaient affectés.

Traitement. Il faut, avant tout, conseiller aux femmes de se coucher de temps en temps, et de se tenir sur l'un ou l'autre côté du corps; dans cette position, la matrice ne presse plus sur les vaisseaux qui rapportent le sang des parties inférieures, et les veines variqueuses peuvent se dégorger. Lorsque les malades sont robustes et pléthoriques, il peut être très-utile de leur pratiquer une ou plusieurs saignées, selon le besoin.

Mais toutes les femmes n'ont pas le loisir de garder le repos, et beaucoup d'entre elles, malgré leurs souffrances et les dangers qu'elles peuvent courir, sont obligées de vaquer à leurs affaires : il faut alors, chez ces malades, soutenir les veines variqueuses en entourant les membres d'un bandage circulaire (1) méthodiquement appliqué le matin avant le lever; ou bien encore en ayant recours à l'usage de bas ou de culottes en peau de chien ou en toile écrue.

Lorsque les femmes, affectées de varices au col de la matrice, sont sur le point d'accoucher, on peut, dit M. Gardien, espérer de prévenir toute rupture en repoussant les vaisseaux, et en les soutenant avec un ou deux doigts.

(1) On place quelquefois sous ce bandage, des compresses trempées dans un liquide aromatique et astringent; M. Alibert recommande les vins de sauge et de romarin.

Si, malgré ces moyens, une varice venait à se rompre, il faudrait faire coucher la malade, et panser la déchirure de manière à établir sur le vaisseau divisé une compression convenable.

S'il s'agissait d'une veine située au col de la matrice ou dans le vagin, on s'opposerait à l'hémorrhagie par les injections froides et astringentes, ou, mieux encore, par le tamponnement. (*Voyez* page 386.)

DE L'OEDÈME.

L'œdème, dont beaucoup de femmes sont affectées dans les derniers mois de leur grossesse, tient presque toujours et uniquement à la pression qu'exerce la matrice sur les vaisseaux qui rapportent la lymphe des extrémités inférieures. Aussi, la maladie n'a--t-elle, le plus souvent, d'autre terme que l'accouchement.

Quelquefois le gonflement se borne aux pieds et à la partie inférieure des jambes ; d'autres fois il se propage aux cuisses et même aux parties de la génération : il peut d'ailleurs être porté à des degrés différens.

La plupart des auteurs admettent deux espèces d'œdèmes, l'un *tonique*, qui est caractérisé par la chaleur, la rougeur, la douleur et la rénitence des parties ; l'autre *atonique*, qui se reconnaît à la couleur blanche et surtout à l'indolence des tissus qui conservent, plus ou moins long-temps, l'impression du doigt. La première espèce est propre aux femmes d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution : la seconde se remarque de préférence chez celles qui sont délicates, faibles et lymphatiques.

Le pronostic de l'œdème des femmes enceintes est peu grave ; seulement, si le gonflement est considérable, les mouvemens et la progression deviennent plus ou moins

difficiles. Lorsque les parties génitales sont grandement tuméfiées, l'accouchement peut en être gêné ou retardé. M. Capuron rapporte l'observation d'une femme chez laquelle les parties molles, qui tapissent le bassin, étaient tellement infiltrées, que la tête de l'enfant ne put franchir qu'avec le secours du forceps.

Traitement. La première chose à faire est d'obliger la malade à garder le repos au lit, sur un des côtés du corps. Il convient ensuite de lui administrer les remèdes que reclame l'espèce d'œdème dont elle est affectée.

S'il s'agit de l'œdème *tonique*, la saignée, les applications émollientes et les délayans à l'intérieur, peuvent être utiles, surtout si on observe chez la malade des symptômes de pléthore. Dans l'œdème *atonique*, il faut, au contraire, employer tous les moyens capables de redonner aux parties le ton qu'elles semblent avoir perdu. Ainsi, il convient de mettre les malades à l'usage d'un bon régime, et de leur faire prendre, dans l'intervalle de leurs repas, quelques tasses d'une infusion aromatique quelconque. Il peut être aussi très-avantageux de faire des applications toniques sur les parties affectées.

LÉSIONS DE LA RESPIRATION.

DE LA TOUX.

La toux qui survient, vers le commencement de la grossesse, tient ordinairement à l'irritation de la matrice qui se communique aux poumons, et, quelquefois aussi, au mauvais état de l'estomac.

Toux nerveuse. Elle est sèche et sans expectoration; il n'y a aucun signe d'embarras gastrique.

Cette première espèce réclame l'emploi des antispasmodiques, des dérivatifs vers les parties inférieures, et l'usage d'un régime très-doux.

Toux stomacale. Ici les malades ont la langue blanche ou jaunâtre, la bouche amère ; elles éprouvent des flatuosités, des nausées, quelquefois même des vomissemens.

Cette seconde espèce doit être traitée par les stomachiques, et quelquefois par de légers évacuans.

Toux pléthorique. Vers le milieu et la fin de la grossesse, la toux des femmes enceintes est, le plus souvent, occasionée par le refoulement du sang vers les parties supérieures. On voit alors se manifester, en même temps, tous les signes de la pléthore sanguine ; quelquefois les malades crachent du sang.

Ici la saignée, les évacuans et les adoucissans doivent être mis en usage. Il importe aussi beaucoup que les malades observent un régime sévère.

Toux catarrhale. Elle est ordinairement occasionée par un refroidissement subit, et est accompagnée d'expectoration.

Elle se reconnaît aux signes qui distinguent le catarrhe ordinaire, et à l'absence de ceux qui caractérisent les espèces précédentes.

La toux catarrhale réclame l'emploi des adoucissans, tels que l'eau de gomme, l'eau de guimauve, le lait, les infusions pectorales, etc. ; quelquefois, lorsque la toux est très-violente, on est obligé d'en venir à une petite saignée.

La toux, qui tient à quelque lésion organique, se reconnaît aux signes qui appartiennent à cette lésion elle-même, et réclame un traitement approprié.

Le pronostic de la toux qui survient durant la grossesse est souvent fâcheux, en ce que les secousses imprimées à

l'économie peuvent très-bien déterminer l'avortement. La toux qui est accompagnée de crachement de sang mérite toute l'attention du médecin. Celle qui tient à une lésion organique est presque toujours incurable.

DE LA DYSPNÉE (1).

Les femmes enceintes peuvent être affectées de dyspnée à trois époques différentes ; savoir : au commencement, au milieu et à la fin de la grossesse.

La dyspnée qui se manifeste dans les premiers temps de la gestation est ordinairement nerveuse. Celle qui survient vers le quatrième mois tient à la congestion des poumons. Celle, enfin, qui ne se montre que dans les derniers temps de la grossesse, tient au refoulement que fait éprouver au diaphragme l'utérus en se développant.

La dyspnée nerveuse est rarement fort incommode, et presque toujours elle n'exige aucun traitement particulier. Elle est caractérisée par l'époque de la grossesse à laquelle elle survient, et par l'absence des signes auxquels on distingue les espèces qui vont suivre.

La dyspnée pléthorique survient ordinairement entre le quatrième et le cinquième mois de la grossesse ; elle est accompagnée de tous les signes qui annoncent la pléthore : la poitrine et la tête sont embarrassées, le pouls est plus fort et plus fréquent que de coutume.

La dyspnée qui tient au refoulement du diaphragme se reconnaît à la forme du ventre, à son volume, et surtout à

(1) Nous ne parlerons, dans cet article, que de la dyspnée qui est occasionée par la grossesse, à l'exclusion de celle qui peut être déterminée par quelque affection organique du cœur ou du poumon.

l'élévation très-considérable du fond de la matrice. Les femmes qui deviennent enceintes pour la première fois sont plus sujettes que les autres à cette espèce de dyspnée, parce que, chez elles, les parois du ventre ayant encore toute leur résistance, la matrice s'élève beaucoup plus que dans les grossesses suivantes.

Pronostic. La dyspnée des femmes enceintes est rarement grave; cependant, celle qui tient à la pléthore pourrait être suivie d'accidens fâcheux, si on ne se hâtait de mettre en usage les moyens qu'elle réclame.

Traitement. Il faut opposer à la dyspnée nerveuse les antispasmodiques, le repos et un régime des plus doux : à la dyspnée pléthorique, la saignée et les dérivatifs. Celle qui tient au refoulement du diaphragme ne peut être que palliée, par un régime sévère, par la position verticale, et, quelquefois aussi, par la saignée et les antispasmodiques.

LÉSIONS DE LA LOCOMOTION.

DU RELACHEMENT DES SYMPHYSES DU BASSIN.

Les ligamens qui unissent entre eux les os du bassin éprouvent souvent, par le fait même de la grossesse, un ramollissement plus ou moins considérable : d'où la mobilité contre nature des os, la difficulté et quelquefois même l'impossibilité de la station et de la progression.

Quelques auteurs ont regardé ce ramollissement des symphyses comme devant, dans tous les cas, être favorable à la terminaison de l'accouchement. Sans doute, si le bassin manque de largeur, on peut espérer que ses dimensions gagneront quelques lignes par suite de la mollesse des articulations ; mais, si le bassin de la mère et le fœtus sont bien conformés, ce ramollissement n'est point du tout né-

cessaire à l'accouchement, et on doit le considérer alors, non comme un bienfait de la nature, mais comme un accident plus ou moins fâcheux.

Les causes du ramollissement des symphyses du bassin ne sont pas encore parfaitement bien déterminées. Cependant ne pourrait-on pas les trouver, avec M. Richerand (1), dans l'afflux des humeurs vers le bassin de la mère durant la grossesse? la pression qu'exerce la matrice sur tout ce qui l'environne, et la gêne qui résulte nécessairement de cette pression dans la circulation des liquides, ne pourrait-elle pas y être aussi pour quelque chose? ce qui tendrait à confirmer cette dernière opinion, c'est que le ramollissement n'est jamais plus sensible que dans les derniers temps de la gestation, époque à laquelle les effets de la pression de la matrice sont surtout marqués; ainsi, c'est alors que surviennent l'infiltration des membres abdominaux et des parties de la génération, les varices et les hémorrhoïdes.

Sans doute, on a quelquefois observé le ramollissement des symphyses dès le quatrième ou le cinquième mois de la grossesse; mais ces cas sont excessivement rares, et d'ailleurs ils peuvent s'expliquer par l'afflux considérable des humeurs, déterminé par l'état d'excitation dans lequel se trouve alors la matrice. On objectera, peut-être, que dans certains cas le ramollissement a été observé hors l'état de grossesse; oui, sans doute; mais il en est de même des varices et de l'œdème; et, cependant, lorsque ces maladies surviennent, durant la grossesse, on ne peut s'empêcher de les attribuer au développement de l'utérus.

Causes prédisposantes. Les femmes, quel que soit leur état de santé, peuvent être affectées de ramollissement aux

(1) *Élemens de physiologie.*

symphyses du bassin ; mais il est d'observation que celles d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution y sont plus exposées que les autres ; il en est de même de celles qui sont habituellement dans un état de maladie.

Symptômes. Ils varient selon que le ramollissement est porté plus ou moins loin. *Dans le premier degré*, on ne peut guère reconnaître la maladie qu'aux douleurs qu'éprouvent les femmes lorsqu'elles marchent ou restent debout, ou bien encore lorsqu'on presse sur les points qui correspondent aux articulations du bassin. *Dans le second degré*, la mollesse des ligamens est tellement grande que les os jouent sensiblement les uns sur les autres ; alors la station et la progression sont souvent impossibles ; ou, si les malades s'obstinent à ne pas garder le repos, elles sont bientôt prises de symptômes inflammatoires qui peuvent entraîner la formation d'abcès, la destruction des ligamens et des os, et la mort même.

Durée. L'accouchement est le terme le plus ordinaire du ramollissement des symphyses ; quelquefois, cependant, la consolidation se fait plus long-temps attendre : on l'a vue n'avoir lieu qu'au bout de six mois (*Smellie*), neuf mois (*Baudelocque*), huit ans (*Denman*). « Quelquefois les symphyses restent dans un état de relâchement et de désunion, les os conservent leur mobilité, et la claudication persiste pendant toute la vie. » (*Désormeaux.*)

Pronostic. Il est en général peu grave, lorsque le ramollissement tient uniquement à l'état de gestation.

Traitement. Durant la grossesse, le repos absolu ; après l'accouchement, le repos absolu et un bandage placé circulairement autour du bassin ; tels sont les moyens qui suffisent ordinairement pour conduire les malades à guérison.

Si, lorsque les suites de couches sont passées, les os con-

servaient encore de la mobilité, on pourrait avoir recours aux douches et aux bains froids, en ayant soin, d'ailleurs, d'insister sur le repos et l'immobilité absolue. Bien entendu que si quelques symptômes inflammatoires ou autres venaient à se manifester, il faudrait les combattre par les moyens appropriés.

LÉSIONS DES SENS.

NÉVROSES DE LA VUE.

Toutes les illusions d'optique, telles que le vertige, l'éblouissement, la diploplie, la nyctalopie, l'héméralopie, l'amaurose, sont susceptibles de se manifester chez les femmes enceintes.

Lorsque ces accidens surviennent dans les premiers temps de la grossesse, ils tiennent à la réaction sympathique de la matrice sur le cerveau. A une époque plus éloignée, ils sont le résultat de l'état de pléthore dans lequel se trouvent alors les femmes.

Traitement. Dans le premier cas, c'est aux antispasmodiques, et quelquefois aux toniques, qu'il faut avoir recours.

Dans le second, c'est par les saignées générales ou locales, par les délayans, les dérivatifs et la diète, qu'on parvient à dissiper les symptômes.

Pronostic. Il est rare que les névroses de la vue, qui surviennent durant la grossesse, soient graves.

NÉVROSES DE L'OUÏE.

La dysécie, ou difficulté dans la perception des sons; *la paracousie*, ou perception confuse des sons; *la surdité* complète ou incomplète; *le tintoin* ou tintement d'oreille, affectent quelquefois les femmes grosses, surtout dans les

premiers temps de la gestation. Souvent aussi, à cette même époque, le sens de l'ouïe éprouve une exaltation de sensibilité telle que le plus léger bruit occasionne une sensation des plus pénibles.

Les causes, *le pronostic* et *le traitement* sont les mêmes que pour les névroses de la vue.

NÉVROSES DE L'ODORAT.

Certaines femmes, aussitôt qu'elles ont conçu, ne sont plus, en aucune manière, impressionnées par les odeurs. D'autres présentent un état de perversion fort singulier ; par exemple, telle odeur qui, avant la grossesse, paraissait des plus suaves, inspire, durant la gestation, un dégoût tout particulier ; ainsi, il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui sont affectées désagréablement par l'odeur de la rose ou du jasmin, et qui éprouvent un certain plaisir à respirer les odeurs les plus infectes.

Les névroses de l'odorat guérissent, ordinairement, d'elles-mêmes et ne réclament aucune espèce de traitement. Cependant on retire quelquefois de bons effets de l'emploi des antispasmodiques et des évacuations sanguines.

Il est bien essentiel d'éloigner des femmes toute espèce d'odeur, afin de prévenir, plus sûrement, des sensations dont il n'est pas toujours possible de mesurer les effets. Une jeune dame, de la rue d'Antin, tombe en syncope toutes les fois qu'elle respire de l'éther. Madame L..... a été prise de mouvemens convulsifs, dans sa dernière grossesse, pour s'être trouvée près d'une vieille dame qui sentait fortement le musc. En 1825, nous avons été appelé près d'une dame, qui fut prise des douleurs de l'enfantement, après avoir respiré de l'ammoniaque ; elle était enceinte de trois mois et demi.

DE L'INSOMNIE.

L'insomnie qui tourmente les femmes grosses doit être considérée comme une espèce de névrose, puisqu'elle attaque de préférence les femmes délicates et nerveuses, et qu'elle se manifeste, le plus ordinairement, dans les premiers temps de gestation.

L'insomnie, lorsqu'elle se prolonge, altère la santé générale, et peut donner lieu à l'hémorrhagie, aux convulsions, à l'avortement, etc.

Les moyens qu'il convient de lui opposer doivent être pris parmi les antispasmodiques et les dérivatifs ; les toniques produisent quelquefois de très-bons effets, surtout lorsque les femmes sont d'une faible constitution ; la saignée est indiquée toutes les fois qu'il y a des signes de pléthore ; les doux laxatifs conviendraient s'il y avait embarras des voies digestives.

DES CONVULSIONS.

Les convulsions qui attaquent les femmes enceintes se manifestent, presque toujours, dans le commencement de la grossesse ; cependant il n'est pas très-rare de les rencontrer au milieu et même, vers la fin de la gestation.

Causes prédisposantes. Les femmes délicates, nerveuses, irritables ; celles qui éprouvent habituellement de vives contrariétés, y sont beaucoup plus exposées que les autres.

Causes occasionelles. Dans les premiers temps de la grossesse, les convulsions sont occasionées par l'état de spasme dans lequel se trouve la matrice ; quelquefois, aussi, par une percussion sur le bas-ventre, par une frayeur, un mouvement de colère, une irritation biliaire (M. Nauche.) Vers le milieu de la gestation, les convulsions reconnaissent sou-

vent, pour cause, l'état de pléthore dans lequel se trouvent alors les femmes. A une époque plus éloignée, elles tiennent aux pressions qu'exerce la matrice sur tout ce qui l'avoisine. Enfin, les convulsions peuvent aussi tenir au mauvais état des organes digestifs.

Accès. (Voyez ce que nous en avons dit page 124.)

La durée des convulsions est ordinairement très-courte; mais les accès peuvent se renouveler à des époques très-rapprochées et même se prolonger plusieurs jours sans interruption.

Le pronostic est ordinairement peu grave, lorsque les accès sont rares et de courte durée; mais, dans les cas contraires, l'avortement est presque inévitable.

Le traitement doit être approprié aux causes qui ont fait naître la maladie; dans les premiers mois de la grossesse, c'est aux antispamodiques et, quelquefois, aux évacuans qu'il faut avoir recours; si les malades étaient très-faibles, les toniques devraient leur être administrés. Plus tard le besoin des saignées se fait impérieusement sentir; et, dans les derniers temps de la grossesse, on se trouve, souvent, bien de l'emploi successif des évacuans, des antispasmodiques, et de la saignée.

DES DOULEURS DES MAMELLES, DES LOMBES, DES AINES, DES CUISSES ET DES JAMBES.

Les douleurs de mamelles qu'éprouvent certaines femmes, durant leur grossesse, sont quelquefois assez vives pour donner lieu à une agitation continuelle, et interrompre le sommeil et les digestions.

Les antispasmodiques, les narcotiques, les émolliens, le régime et la saignée, lorsqu'il y a pléthore, suffisent ordinairement pour mettre les malades dans un état meilleur;

cependant il peut arriver que, malgré tous ces moyens, le mal continue de faire des progrès, et se change en un véritable engorgement inflammatoire ; alors les saignées générales et locales, les applications émollientes, les boissons laxatives et la diète, conviennent surtout. Si l'inflammation venait à se terminer par suppuration, il faudrait avoir recours aux incisions, et panser, ensuite, d'après les règles de l'art.

Les douleurs des lombes, des aines, des cuisses et des jambes sont ordinairement sympathiques, dans les premiers temps de la grossesse. Plus tard, elles tiennent à la pléthore, et à l'engorgement des annexes de l'utérus ; quelquefois, aussi, elles sont dues à la pression qu'exerce la matrice sur les nerfs sacrés, lorsqu'elle plonge dans le petit bassin. Enfin, dans les derniers mois de la gestation, elles dépendent, surtout, des tiraillemens qu'éprouvent les ligamens larges et les ligamens ronds, et, aussi, de la pression qu'exerce la matrice sur tout ce qui l'environne (1).

Dans le premier cas, si les douleurs sont vives, il faut recourir à l'usage des antispamodiques, des narcotiques, des bains, des lavemens émolliens, des boissons adoucissantes, de la diète, etc.

Dans le second, on doit surtout compter sur les saignées, les émolliens et la diète.

Dans le troisième, la cause des accidens étant indestructible, on ne peut que soulager les malades, en soutenant la matrice au moyen d'une ceinture placée autour du ventre, et en prescrivant le repos et la diète ; les antispamodiques, les bains, les fomentations émollientes et les saignées trouvent aussi, quelquefois, leur place.

(1) Nous croyons, avec MM. Gardien et Capuron, que c'est principalement à la compression des nerfs lombaires et cruraux, qu'il faut attribuer la difficulté de marcher et les chutes qu'éprouvent, assez souvent, les femmes dans les derniers temps de la gestation.

DES MALADIES QUI ONT, POUR SIÉGE, LES ORGANES DE LA GÉNÉRATION, ET LE PRODUIT DE LA CONCEPTION.

DU PRURIT DES PARTIES GÉNITALES EXTERNES.

L'état de grossesse donne quelquefois lieu à une démangeaison insupportable aux parties externes de la génération. Cette démangeaison peut aussi tenir, au défaut de propreté, à un écoulement par le vagin, à l'existence d'une dartre, ou à la présence d'insectes.

Lorsque le prurit tient à l'état de grossesse, tous les moyens qu'on lui oppose sont, le plus souvent, inefficaces. Cependant, les narcotiques produisent quelquefois de bons effets.

La démangeaison qui dépend du défaut de propreté doit être combattue par l'usage des bains tièdes et des lotions adoucissantes. Si ces moyens ne suffisaient pas, pour calmer les malades, il pourrait être utile de recourir à d'autres remèdes : M. Gardien recommande l'eau de pavot, l'acétate de plomb, l'eau de chaux, le vinaigre. Willam conseille une dissolution de muriate suroxigéné de mercure, à la dose de douze grains dans huit onces d'eau de chaux.

Lorsque la démangeaison tient à un écoulement par le vagin, il faut s'en tenir à l'usage des bains et des lotions adoucissantes.

Quand une dartre existe aux parties, il convient d'avoir recours aux lotions sulfureuses et aux bains de même nature. Selon M. Gardien, un vésicatoire, appliqué à la partie interne de l'une des cuisses, est souvent le plus sûr moyen de guérir les femmes.

Enfin, il faut combattre le prurit, entretenu par la présence d'insectes, au moyen de lotions savonneuses, ou de frictions avec l'onguent napolitain.

DU PROLAPSUS DE LA MATRICE.

(*Relâchement, abaissement, descente, chute, précipitation de la matrice.*)

On donne le nom de prolapsus au déplacement de la matrice qui consiste dans un abaissement plus ou moins considérable.

Le prolapsus peut avoir lieu dans l'état de vacuité et dans l'état de grossesse.

Il est *incomplet*, toutes les fois que la matrice n'a pas franchi l'ouverture du détroit inférieur ; il est *complet*, lorsque l'organe fait saillie en dehors du bassin.

Causes prédisposantes. Le tempérament lymphatique, l'habitude des fleurs blanches, la laxité de la fibre et des solides, comme le dit M. Richerand : un bassin trop large, des grossesses répétées (1), certaines tumeurs développées dans le ventre, etc., telles sont les causes qui disposent au prolapsus.

Causes occasionelles. Elles peuvent agir lentement ou brusquement : telles sont les pressions exercées sur le ventre par des vêtemens trop étroits, tous les mouvemens qui exigent une contraction violente des parois de l'abdomen, tels que

(1) Toutefois, il n'est pas rare de rencontrer le prolapsus de matrice chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfans et même chez de très-jeunes filles. Monro rapporte l'observation d'une petite fille de trois ans qui était affectée d'un prolapsus complet.

le vomissement, les efforts pour aller à la garde-robe dans un cas de constipation opiniâtre, la lutte, la course, le saut; enfin tous les efforts de la respiration dans lesquels les viscères abdominaux tendent à se précipiter dans le bassin.

Il est des causes qui se rattachent d'une manière toute spéciale aux accouchemens; telles sont les tractions inconsidérées que l'on a pu exercer sur la matrice, soit pour extraire le fœtus, soit pour opérer la délivrance. Les femmes qui se lèvent, dans les premiers jours de leur couche, sont, aussi, souvent affectées de prolapsus, parce qu'à cette époque la matrice étant encore très-pesante et les ligamens, qui la soutiennent, peu solides, rien ne s'oppose efficacement à son abaissement.

Signes rationnels. Toutes les fois qu'une femme se plaint de tiraillemens douloureux dans les reins, l'estomac, les cuisses et les aines; toutes les fois qu'elle éprouve de la pesanteur au fondement, et la sensation d'un corps qui dilaterait les parties génitales et voudrait les franchir; enfin, lorsqu'à ces différens phénomènes se joignent de la chaleur dans le bassin, du trouble dans l'excrétion des urines et des matières stercorales, etc., on a de fortes raisons de soupçonner le prolapsus de la matrice.

Signes sensibles. Ils varient, selon que la matrice est ou n'est plus renfermée dans le bassin, et, aussi, selon qu'elle est libre ou qu'elle a contracté des adhérences avec les parties voisines.

Lorsque la matrice n'a pas franchi le détroit inférieur, on rencontre à l'entrée de la vulve une tumeur insolite, que l'on soulève facilement avec le doigt (à moins qu'elle ne soit adhérente), et qui retombe, aussitôt qu'on cesse de la soutenir. Lorsque l'organe est tout-à-fait au dehors, on le reconnaît aux caractères qui le distinguent.

Il n'est pas rare que la matrice soit le siége d'une inflam-

mation plus ou moins vive, et même d'ulcérations déterminées par le frottement des cuisses ou par le contact des urines et des matières fécales. Ces accidens arrivent, surtout, lorsque la matrice a déjà acquis un certain volume.

Diagnostic. Plusieurs tumeurs, entre autres le polype, peuvent en imposer pour un prolapsus de la matrice ; mais, avec un peu d'attention, il est facile d'éviter l'erreur ; en effet, dans le prolapsus, on trouve, à la partie inférieure de la tumeur, les lèvres et l'ouverture du museau de tanche, tandis que, dans tous les autres cas, on ne rencontre rien de semblable ; d'ailleurs la forme de la tumeur, son volume, sa fixité ou sa mobilité, peuvent encore aider le diagnostic. Il nous semble impossible de confondre le prolapsus de la matrice avec l'allongement de son col.

Pronostic. Le prolapsus *uteri*, quel que soit son degré, expose très-rarement la vie des femmes, mais il constitue, presque toujours, une maladie incurable, surtout, lorsque l'abaissement est très-prononcé, et que les malades se trouvent dans des conditions peu favorables. M. Désormeaux pense qu'une femme maigre, affectée de prolapsus, pourrait en guérir, si elle venait à prendre beaucoup d'embonpoint. L'inflammation et les ulcérations dont la matrice est quelquefois le siége, dans le prolapsus complet, guérissent ordinairement très-bien, lorsqu'on a soin de maintenir l'organe réduit. La gangrène, même, n'est pas toujours d'un très-fâcheux augure, puisqu'on a vu des malades guérir après la séparation complète de l'utérus (*Désormeaux.*). On lit, dans l'ouvrage que M. Nauche a récemment publié, l'observation suivante :

« Une dame un peu âgée, mère de plusieurs enfans, at-
« teinte, depuis long-temps, d'une descente de l'utérus,
« éprouva, à la suite de violentes secousses dans une char-
« rette, une chute complète de ce viscère. M. Elmer, ayant

« été appelé, trouva la malade atteinte d'une fièvre aiguë,
« de douleurs d'estomac, de faiblesse et de grandes dou-
« leurs dans les jambes. L'utérus déplacé avait acquis un
« volume énorme ; il était noir, exhalait une odeur fétide,
« et portait toutes les marques d'un premier degré de gan-
« grène.

« M. Elmer fit fomenter les parties avec une forte décoc-
« tion amère, et prescrivit un julep nitré, avec un peu d'eau
« de lavande composée.

« Trois jours après, l'utérus commençait à se détacher ;
« il tomba entièrement les jours suivans, la fièvre et les
« douleurs cessèrent ; la malade reprit ses forces, et recou-
« vra la santé qu'elle conservait encore plusieurs mois après
« son accident. »

Traitement. Il consiste à réduire la matrice, lorsqu'elle se trouve au dehors, et à la maintenir réduite.

Pour opérer la réduction, il faut, avant tout, vider la vessie et le rectum, et placer, ensuite, la femme comme pour l'opération de la taille périnéale, en ayant soin que son bassin soit plus élevé que sa poitrine. On embrasse alors la tumeur avec les doigts d'une main et on la repousse dans le bassin, en suivant la direction de ses axes.

Si la tumeur, par son volume, s'opposait à la réduction, il faudrait, pendant quelques jours, avoir recours à la diète, à la saignée, aux bains, aux applications émollientes sur la matrice, et même à la compression exercée à l'aide d'un bandage circulaire. S'il existait, sur l'organe, des ulcérations ou des escharres, il n'en faudrait pas moins réduire ; seulement, on aurait ensuite recours aux injections appropriées.

Une fois la matrice dans les parties, on condamne les femmes au repos absolu, jusqu'à ce qu'il convienne d'em-

ployer les moyens capables d'empêcher que le déplacement ne se reproduise.

Ceux qui pensent que le prolapsus est curable conseillent les injections toniques et astringentes; les bains et les douches d'eau sulfureuse, ou, mieux encore, l'introduction, dans le vagin, d'éponges trempées dans ces mêmes liquides, ou de petits sachets remplis d'écorce de chêne réduite en poudre et imbibée de gros vin ou de vinaigre, enfin les applications glacées et les bains de mer; mais, presque toujours, ces moyens ne produisent aucun bien. Quelques auteurs croient qu'une nouvelle grossesse peut amener la guérison : M. Nauche cite plusieurs faits à l'appui de cette opinion; il nous semble qu'une nouvelle grossesse est bien plutôt capable d'augmenter le mal que d'y remédier.

On est donc obligé de se borner à soutenir la matrice et à l'empêcher de redescendre.

Les moyens les plus propres à remplir cette double indication sont *les pessaires* (1).

On a successivement employé, pour la fabrication de ces instrumens, le *liége*, le *bois*, l'*ivoire*, l'*or*, l'*argent*, la *gomme élastique*; les substances qu'on emploie de préférence, aujourd'hui, sont l'ivoire et la gomme élastique.

La forme des pessaires n'a pas moins varié que les substances employées à leur confection; ainsi on les a faits *ronds*, *ovales*, *en huit de chiffre*, *en bilboquet*, *en bondon* : dans ces derniers temps, M. J. Cloquet en a fait construire un qui a exactement la forme du vagin et qu'il nomme *élythroïde*.

M. Guillon a aussi imaginé un nouveau pessaire en ivoire, formé par le pessaire en bilboquet réuni à celui de liége au moyen d'une tige creuse en forme de vis, qui sert à soulever l'utérus à volonté.

(1) Les éponges soutiennent moins bien l'utérus et causent, ordinairement, beaucoup plus d'incommodités que les pessaires.

Enfin, madame Rondet, sage-femme, s'occupe, en ce moment même, de la confection d'un pessaire élastique, qui pourra, ce nous semble, offrir de grands avantages.

Les pessaires dont on se sert le plus communément, aujourd'hui, sont l'élythroïde, l'ovale, et celui en forme de bilboquet.

« Les pessaires élythroïdes, faits en gomme élastique, sont cylindroïdes et aplatis d'avant en arrière; ils sont courbés sur leur longueur, de telle sorte que leur face postérieure est convexe, pour s'accommoder à la concavité correspondante du rectum, et leur face antérieure concave, pour recevoir la convexité de la vessie. Leur extrémité supérieure se termine par une cuvette ovale, dont le grand diamètre est transversal. Cette cuvette est percée, à son centre, d'une ouverture étroite, qui n'est que l'orifice supérieur d'un canal qui règne dans toute la longueur de l'instrument, s'ouvre à son extrémité inférieure et sert à l'écoulement des règles. L'extrémité inférieure de l'instrument se termine, à droite et à gauche, par un angle arrondi. La longueur de ces pessaires varie de deux à quatre pouces, suivant la profondeur des vagins. Prenant leur point d'appui, à droite et à gauche, sur les parties latérales du vagin, au-dessus des grandes lèvres, ces pessaires retiennent constamment la matrice au degré d'élévation qu'on a cru convenable de lui donner; ils ne compriment ni la vessie ni le rectum, et ne sauraient se déranger une fois qu'ils ont été mis en place, quand ils ont des dimensions suffisantes.» (*J. Cloquet.*)

Les pessaires ovales sont faits en drap bourré d'étoupes et recouvert de gomme élastique; ils sont d'ailleurs aplatis et présentent, à leur centre, une ouverture destinée à recevoir le col de la matrice. Ces pessaires ont l'inconvénient de se déplacer quelquefois, et de distendre, plus ou moins douloureusement, le vagin.

Les pessaires en bilboquet ou *à tige* sont en ivoire;

ils se composent d'une petite cuvette à jour, soutenue par une tige creuse et percée, à son extrémité vulvaire, de plusieurs trous destinés à recevoir les liens qui doivent soutenir l'instrument en place. M. Récamier a imaginé de rendre élastique la tige de ces pessaires. M. Désormeaux prétend que les pessaires en bilboquet peuvent très-bien demeurer dans les parties sans le secours de la tige, et il conseille de ne laisser à cette dernière que très-peu de longueur.

Les pessaires en bilboquet n'ont d'inconvénient que par la longueur de leur tige et par les liens dont on se sert pour les soutenir; s'il est vrai, comme le dit M. Désormeaux, que la tige soit inutile, ces pessaires offriront de grandes ressources dans la pratique.

Il faut constamment donner la préférence aux pessaires élythroïdes ou à ceux en forme de bilboquet, toutes les fois que les femmes ne peuvent pas supporter la distension que font éprouver aux parties les pessaires ovales.

Application des pessaires (1). La malade étant située comme il a été dit à l'occasion de la réduction de la matrice, et celle-ci étant remise en place, on procède de la manière suivante à l'introduction des pessaires.

L'accoucheur, placé à droite de la malade, écarte, avec les doigts de la main gauche, les grandes lèvres, et présente le pessaire différemment, selon la forme qui lui a été donnée.

« Pour introduire les pessaires élythroïdes, on en présente la cuvette à l'orifice du vagin, de telle sorte que leur face postérieure ou convexe corresponde à la cuisse gauche de la malade, et leur face antérieure ou concave à la cuisse droite; on pousse peu à peu l'instrument dans le vagin, et lorsque son extrémité inférieure a franchi l'orifice de ce

(1) S'il y avait de l'inflammation dans les parties, il faudrait attendre qu'elle fût passée pour appliquer les pessaires.

conduit, on introduit le doigt indicateur de la main droite dans le canal du pessaire, et avec le doigt indicateur de la main gauche, on lui fait éprouver sur lui-même un quart de rotation, qui dirige sa face concave en avant et sa face convexe en arrière. » (*J. Cloquet.*)

Le pessaire ovale doit être présenté par l'une de ses extrémités et de manière que l'un de ses bords soit dirigé en haut et l'autre en bas. On presse sur l'instrument dans le sens des axes du bassin, et en l'inclinant un peu à gauche, afin de ne pas comprimer douloureusement l'urètre; lorsque l'extrémité inférieure a franchi l'orifice de la vulve, on la relève de manière à donner au pessaire une position horizontale. Pour que ce mouvement de bascule soit moins douloureux pour la femme, on peut fixer à l'extrémité de l'instrument, qui pénètre la première, un lien avec lequel on soutient cette extrêmité dans le moment où on relève celle qui penètre, en dernier lieu, dans les parties.

Le pessaire en bilboquet doit être présenté par un point de la circonférence de sa cuvette; à mesure que celle-ci pénètre, on redresse la tige, et, quand l'instrument est arrivé à une hauteur convenable, on l'abandonne dans les parties, s'il s'agit du pessaire qu'adopte M. Désormeaux; ou bien, si on se sert du pessaire à tige longue, on passe dans les trous pratiqués à l'extrémité inférieure de cette dernière, des liens qui vont se fixer, en avant et en arrière, à un bandage de corps.

Soins consécutifs. Lorsqu'un pessaire vient d'être appliqué, il faut ordonner à la femme de se lever, de faire quelques pas, et de tousser, afin de savoir si l'instrument est solidement fixé.

La présence des pessaires dans les parties occasione toujours, dans les premiers temps, de l'irritation, de la douleur, un écoulement plus ou moins abondant de mucosités et,

quelquefois même, de l'inflammation ; souvent aussi il survient de la constipation et de la dysurie. On combat tous ces accidens par le repos, la diète, les bains, les injections émollientes et narcotiques, les lavemens adoucissans. Avec le temps les parties s'habituent au contact du corps étranger, et les accidens, dont il vient d'être question, ne se renouvellent plus. Cependant il peut se faire qu'on soit obligé de retirer le pessaire et de suspendre son emploi ; dans beaucoup de cas, on prévient toute espèce d'accidens en n'employant, d'abord, que des pessaires de petit volume.

Certaines femmes ne peuvent, en aucune manière, supporter les pessaires ; on est alors obligé de soutenir la matrice au moyen d'une éponge ou d'un chaufloir.

Les femmes qui portent des pessaires doivent prendre souvent des bains, et faire, chaque jour, plusieurs injections dans les parties.

Il convient de retirer le pessaire de temps à autre (tous les trois, quatre, cinq ou six jours), et même de le renouveler. Quand il reste trop long-temps en place, il s'altère, se corrode, se couvre d'un incrustation calcaire plus ou moins épaisse. (*J. Cloquet.*) Il peut d'ailleurs déterminer de l'inflammation, des végétations, des ulcérations, et même perforer les parois vagino-vésicale et vagino- rectale. Lorsque nous étions attaché à l'Hôtel-Dieu de Paris, nous avons eu occasion d'assister à l'autopsie d'une vieille femme chez laquelle un pessaire en ivoire s'était fait jour, tout à la fois, dans la vessie et dans le rectum ; M. Déneux a observé un cas du même genre.

Lorsqu'on veut retirer un pessaire, il faut donner à la femme la même position que pour l'introduction de l'instrument, et imprimer à ce dernier une marche inverse de celle qu'on lui a fait suivre en le portant dans les parties. Quelquefois, les doigts ne suffisent pas pour opérer l'extraction ; chez madame B..., rue Mauconseil, il nous a fallu, tout récemment, nous servir d'une forte pince à anneaux. M. Clo-

quet conseille, pour éviter toute difficulté dans l'extraction des pessaires, de passer dans leur cavité, avant de les introduire, un cordonnet de soie dont on lie les deux extrémités, en ayant soin de ramener le nœud dans la cavité du pessaire pour qu'il ne blesse point les parties sur lesquelles il pourrait porter; on introduit alors le doigt dans l'anse que forme ce cordonnet, et, en tirant dessus, on ramène le pessaire avec une grande facilité.

Dans l'état de grossesse, les pessaires deviennent presque toujours inutiles, lorsque l'utérus a acquis un volume assez considérable pour se soutenir au-dessus du détroit supérieur. Mais si, le prolapsus étant complet, la matrice s'était développée au dehors, il faudrait la réduire et placer un pessaire (1), ou bien condamner la femme à garder une position horizontale, jusqu'à ce que sa matrice ait acquis assez de volume pour rester au-dessus du détroit abdominal.

Dans le cas où le volume de la tumeur s'opposerait à sa réduction, on devrait, si des accidens graves ne paraissaient pas devoir se manifester, soutenir la matrice, au moyen d'un bandage convenablement disposé, et faire garder le repos à la malade jusqu'au moment de l'accouchement.

On trouve, dans la *Nosographie* de M. le professeur Richerand, l'observation suivante : « Une fille de campagne, « âgée de quatorze ans, fit un violent effort, pendant l'érup- « tion des règles, pour jeter par-dessus un mur un paquet « d'herbes; la matrice fut précipitée au dehors : son orifice « dépassait les grandes lèvres; la réduction n'en fut point « faite, et la jeune fille s'accoutuma insensiblement à cette « incommodité qui augmenta par la sortie progressive du « corps de la matrice. Elle se maria à l'âge de vingt-deux ans. « Son époux, homme d'une grande simplicité, s'imagina que

(1) M. Désormeaux conseille, alors, de se servir, de préférence, du pessaire en anneau, ou d'un tampon de linge.

« toutes les femmes étaient conformées comme la sienne, « et fit pendant vingt-un ans de vains efforts pour la rendre « mère. Elle jouissait de la meilleure santé, était réglée tous « les mois, et se livrait aux pénibles travaux de l'agriculture. « Enfin son mari parvint à dilater l'orifice de la matrice, y « introduisit le gland, et consomma l'acte de la génération. « La femme devint enceinte, le fœtus prit de l'accroisse- « ment, et la matrice de l'amplitude. Arrivée au terme de « la grossesse, les douleurs se firent sentir ; mais vainement « la matrice s'efforça d'expulser le fœtus, soit parce qu'elle « n'était qu'imparfaitement aidée par l'action des viscères « abdominaux, soit parce que le col de l'organe et les bords de « son orifice avaient acquis une dureté cartilagineuse : les « efforts étaient impuissans. M. Marrigues, chirurgien de « l'hospice de Versailles, fut consulté : il vit que la matrice « formait, au dehors, une tumeur du volume d'un gros me- « lon ellipsoïde ; ses parois étaient extrêmement dures, et son « orifice, placé sur l'extrémité inférieure, offrait une ou- « verture d'un pouce environ de diamètre. Une double « incision fut pratiquée pour l'agrandir ; l'accouchement fut « terminé : un enfant bien constitué, et de forte structure, « fut retiré sans vie. Au bout de deux mois la femme était « parfaitement rétablie. »

Si la présence de la matrice au dehors, pendant la grossesse, paraissait devoir donner lieu à de graves accidens, nous pensons qu'il serait prudent de provoquer ou de pratiquer de suite l'accouchement.

PROLAPSUS DU VAGIN.

(*Relaxation, descente, renversement du vagin.*)

Le prolapsus du vagin peut être, comme celui de la matrice, incomplet ou complet. Dans le premier cas, la tumeur

formée par le relâchement du canal se trouve cachée dans l'intérieur des parties; dans le second, au contraire, elle fait saillie hors de la vulve. Dans les deux cas, le prolapsus peut n'atteindre qu'une partie seulement, ou bien toute la circonférence du vagin.

Les causes prédisposantes et occasionelles sont, à peu près, les mêmes que celles du prolapsus *uteri;* ici, cependant, l'énorme distension qu'éprouve le canal, et les pressions qu'il supporte au moment de l'accouchement, doivent être considérées comme les principales causes du déplacement.

Signes. Dans le prolapsus incomplet, on trouve, en introduisant le doigt dans les parties, une tumeur mollasse, variable par sa forme et par son volume, laquelle disparaît lorsqu'on allonge le vagin en introduisant profondément le doigt, et se reproduit aussitôt qu'on retire ce dernier.

Dans le prolapsus complet, la tumeur fait au dehors une saillie plus ou moins considérable.

Les incommodités qu'occasione, ordinairement, le prolapsus du vagin sont : de la pesanteur dans les parties, quelquefois de la gêne et de la douleur dans l'excrétion des urines et des matières stercorales, enfin une difficulté plus ou moins grande dans la progression.

Diagnostic. Les circonstances antécédentes, jointes à la forme de la tumeur, aux rides transversales qu'elle présente, et à la possibilité de la faire diparaître à volonté, ne permettent pas de méconnaître la maladie.

Pronostic. Le prolapsus du vagin n'expose, dans aucun cas, la vie des femmes; mais il constitue souvent une maladie incurable.

Traitement. Il consiste à combattre l'inflammation, s'il

en existe, et à opposer ensuite, au relâchement, les injections et les applications toniques et astringentes : c'est ici, que conviennent surtout les douches, les sachets, les tampons et les éponges.

Dans le prolapsus complet, on est quelquefois obligé d'avoir recours au pessaire (1), après avoir opéré la réduction de la tumeur.

Enfin, si le prolapsus résistait à tous les moyens employés, on pourrait enlever, avec l'instrument tranchant, la tumeur formée par le vagin. Cette résection a été faite plusieurs fois avec succès.

DE L'ANTÉVERSION.

On appelle ainsi un déplacement dans lequel le fond de la matrice est, plus ou moins fortement, incliné en devant.

L'antéversion peut avoir lieu dans l'état de vacuité et dans l'état de grossesse (2). M. Désormeaux, qui regarde ce déplament comme une variété du prolapsus, explique son mécanisme de la manière suivante : « Lorsque l'utérus descend dans le fond du bassin, c'est, le plus ordinairement, suivant la direction de l'axe du détroit supérieur, le museau de tanche appuie sur la partie inférieure du sacrum, tandis que le fond de l'organe est dirigé en haut et en avant. Si les causes qui ont abaissé la matrice continuent d'agir, comme sa partie inférieure est fixe et immobile, sa partie supérieure, qui est déjà inclinée en avant et qui n'est pas soutenue,

(1) On doit ici donner la préférence au pessaire en bondon, ou bien encore à celui de M. Cloquet. (*Pessaire élythroïde.*)

(2) Nous ne ferons point d'article à part pour l'antéversion, durant la grossesse, le déplacement n'offrant alors rien de particulier, et cessant, en quelque sorte, de lui-même, à mesure que l'utérus se développe.

continue de descendre, et le fond se trouve abaissé au niveau du museau de tanche, et même quelquefois au-dessous. » D'après cette explication, l'antéversion de la matrice serait toujours consécutive au prolapsus; mais l'expérience prouve qu'elle peut aussi avoir lieu sans cet abaissement préalable : nous avons eu tout récemment à traiter, conjointement avec M. le docteur Lemaistre Florian, une dame chez laquelle l'antéversion n'avait certainement pas été précédée d'un prolapsus, puisque la matrice se trouvait à une hauteur telle que nous ne pûmes l'atteindre qu'avec beaucoup de difficulté.

Les causes prédisposantes et occasionelles sont absolument, les mêmes que celles du prolapsus. Quelquefois, cependant le fond de la matrice est poussé ou entraîné en avant par une tumeur développée dans les parois de l'organe. D'autres fois, l'antéversion est déterminée par des adhérences entre le col et la paroi postérieure du vagin. (*M. Nauche.*)

Signes rationnels. A peu près les mêmes que ceux du prolapsus *uteri*.

Signes sensibles. On trouve, avec le doigt introduit dans les parties, la face antérieure de la matrice (1) dirigée en bas, son fond en devant, et son orifice en arrière. On peut, si on le veut, ramener pour un instant l'organe à sa rectitude naturelle; mais, dès qu'on l'abandonne, il reprend bientôt sa position vicieuse, surtout si la femme est debout.

Diagnostic. Certaines tumeurs développées dans la matrice ou dans son voisinage pourraient, à la rigueur, laisser quelque incertitude sur l'état de la malade; mais, en tou-

(1) Quand la maladie date de loin, cette région antérieure s'engorge, et finit même par s'enflammer.

chant avec attention, on évitera toujours facilement l'erreur.

Pronostic. L'antéversion ne compromet pas, ordinairement, la vie des malades; mais elle constitue, le plus souvent, une maladie incurable et pour laquelle on est obligé de s'en tenir aux moyens palliatifs. Cependant, au dire de Levret et de M. Désormeaux, le pessaire peut devenir ici un moyen curatif.

L'antéversion est souvent suivie de stérilité : M. Mondat, médecin distingué de la capitale, a imaginé, pour obvier à cet inconvénient, un instrument destiné à fixer le col de l'utérus pendant la copulation, et il dit en avoir retiré de bons effets. Cet instrument se nomme *métrastère*.

Traitement. Il consiste à réduire la matrice et à la maintenir réduite. La réduction est presque toujours facile à opérer; souvent même il suffit de faire coucher la malade sur le dos pour que l'organe reprenne sa position naturelle. Mais, dans d'autres cas, on est obligé d'introduire l'indicateur dans le vagin et d'accrocher avec lui le col utérin. Si, par ces moyens, on n'arrivait pas à redresser la matrice, on devrait introduire l'indicateur de la main gauche dans le vagin, et celui de la main droite dans le rectum; avec le premier on repousserait en haut le fond de l'organe, tandis qu'avec le second on abaisserait son col. Enfin, on pourrait aussi avoir recours à l'espèce de cuillère imaginée, par madame Boivin, pour aller accrocher le col et le tirer à soi.

Une fois la réduction opérée, on applique un pessaire; il convient de donner, ici, la préférence à celui qui est en forme de bilboquet.

Durant la grossesse, l'antéversion disparaît à mesure que la matrice se développe, et n'exige point de traitement particulier.

DE LA RÉTROVERSION.

On appelle ainsi le déplacement qui consiste dans l'inclinaison du fond de la matrice en arrière.

La rétroversion peut, de même que l'antéversion, avoir lieu dans l'état de vacuité et dans l'état de grossesse.

De la rétroversion dans l'état de vacuité.

Les causes et les signes rationnels sont les mêmes que dans le cas de prolapsus.

Signes sensibles. En introduisant le doigt dans les parties, on rencontre la face postérieure de la matrice qui est dirigée en bas, tandis que son fond se trouve dans la courbure du sacrum, et son col sous l'arcade des pubis; il peut arriver que ce dernier soit situé plus haut que le premier.

Diagnostic, *pronostic* et *traitement.* Les mêmes que dans l'antéversion; seulement, pour opérer la réduction, il peut être indispensable de porter l'indicateur de l'une des mains dans le rectum pour soulever le fond de l'organe, en même temps qu'avec l'indicateur de l'autre main on abaisse son col.

De la rétroversion dans l'état de grossesse.

La matrice ne peut se renverser en arrière que jusqu'à quatre mois et demi; une fois cette époque passée, l'organe a trop de longueur pour que son fond puisse descendre au-dessous de l'angle sacro-vertébral.

Signes. Les accidens qu'éprouvent les femmes sont absolument les mêmes que dans l'état de vacuité; seulement ils

sont portés à un plus haut degré d'intensité. Ce qui tourmente le plus les femmes, c'est la difficulté d'uriner : chez quelques unes il y a rétention complète, et la vessie peut éprouver alors une distension telle que sa rupture en soit la suite. L'excrétion des matières stercorales est aussi, quelquefois, rendue impossible par la compression qu'exerce l'utérus sur le rectum ; cette compression peut, d'après M. Capuron, déterminer l'inflammation et la gangrène de l'intestin, et produire, par suite, un épanchement de matières stercorales. A mesure que la grossesse avance, la matrice se développe de plus en plus et s'enclave dans l'excavation. Bientôt elle devient le siége d'une inflammation qui se propage aux autres organes du ventre et termine les jours de la malade. Quelquefois la matrice se rompt ; d'autres fois l'avortement a lieu.

Le pronostic n'est pas très-facheux, lorsqu'on est appelé à temps pour réduire ; mais, dans le cas contraire, il est des plus graves.

Traitement. Lorsqu'on a lieu d'espérer la réduction, il faut, avant que de faire aucune espèce de tentative, vider la vessie et le rectum de ce qu'ils peuvent contenir, et donner à la malade une position convenable ; celle dans laquelle elle est appuyée sur ses coudes et sur ses genoux nous paraît la plus convenable. Il peut être utile, encore, de donner quelques bains entiers et de pratiquer une ou plusieurs saignées.

Tout étant disposé, on essaie de réduire, en procédant comme il a été dit plus haut.

Si on ne réussissait pas, il faudrait faire une ponction à l'utérus pour évacuer les eaux de l'ammios, ou bien pratiquer la symphyséotomie. La ponction détermine presque toujours l'avortement, et sauve quelquefois les femmes. On n'a pas encore eu occasion d'opposer la symphyséotomie à

l'enclavement de la matrice ; mais il nous semble peu probable que cette opération remplisse le but de l'accoucheur. Nous ne croyons pas, non plus, que le conseil donné par M. Capuron, d'incliner la matrice dans le sens des diamètres obliques, soit admissible, l'organe remplissant exactement tout l'intérieur du bassin.

Lorsqu'on est parvenu à réduire la matrice, sans déterminer l'avortement, on condamne la malade au repos sur l'un ou l'autre côté, jusqu'à ce que l'organe ait acquis un volume assez considérable pour ne plus s'engager au-dessous de l'angle sacro-vertébral.

Bien entendu que, s'il existait des accidens inflammatoires ou autres, il faudrait les combattre par les moyens appropriés.

DE L'ANTÉFLEXION.

On appelle ainsi une maladie de la matrice dans laquelle cet organe est recourbé sur sa face antérieure de manière à représenter une espèce de cornue. Le col conserve, à peu près, ses rapports naturels, mais le corps s'incline plus ou moins du côté des pubis.

Les causes et *les signes rationnels* sont les mêmes que pour l'antéversion.

Signes sensibles. En touchant la malade, on trouve le museau de tanche légèrement incliné en arrière ; mais, en introduisant le doigt plus haut, on s'aperçoit bientôt que le col se recourbe et que le corps de l'organe forme, derrière les pubis, une tumeur plus ou moins considérable, selon que la femme est dans l'état de vacuité ou dans l'état de grossesse.

Le pronostic est le même que celui de l'antéversion.

Le traitement consiste à introduire, dans les parties, un pessaire en *bondon* modifié de telle sorte que sa partie antérieure soit plus élevée que la postérieure.

DE LA RÉTROFLEXION.

Dans la rétroflexion, la matrice est recourbée sur sa face postérieure; son fond est incliné du côté du sacrum, tandis que son col conserve, à peu près, sa position naturelle.

La rétroflexion n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser, puisque M. Désormeaux dit en avoir observé trois cas dans un court espace de temps.

La rétroflexion peut avoir lieu dans l'état de vacuité et dans l'état de grossesse; elle expose les femmes aux mêmes accidens et aux mêmes dangers que la rétroversion.

Le traitement, dans l'état de vacuité, consiste à soutenir la partie supérieure de la matrice au moyen d'un pessaire cylindrique, dont la partie postérieure est plus élevée que l'antérieure (*M. Moreau*). On pourrait aussi, comme le conseille M. Désormeaux, essayer de remédier à ce déplacement, en portant dans le vagin un pessaire de gomme élastique en anneau, que l'on placerait de champ derrière le col de l'utérus; l'ouverture de ce passaire devrait présenter une concavité suffisante pour recevoir la partie recourbée du col utérin.

Si, la femme étant enceinte, la matrice venait à s'enclaver dans le bassin, on se comporterait comme dans le cas de rétroversion.

DES OBLIQUITÉS DE LA MATRICE.

On dit qu'il y a obliquité de la matrice lorsque le diamètre longitudinal de cet organe n'est point parallèle à l'axe du détroit supérieur du bassin. Toutefois, pour que les obliquités méritent le nom de maladie, il faut qu'elles soient portées à un degré considérable.

On reconnaît généralement, aujourd'hui, quatre espèces d'obliquités, savoir : une *antérieure*, une *postérieure*, une *latérale droite*, et une *latérale gauche*.

De l'obliquité antérieure.

L'obliquité antérieure est, de toutes, la plus fréquente. Elle peut être plus ou moins prononcée : on l'a vue portée au point que la matrice reposait sur le devant des cuisses.

Les causes qui favorisent l'obliquité antérieure, sont : la direction dans laquelle s'élève naturellement la matrice ; l'inclinaison du bassin en devant ; la saillie que forme la colonne vertébrale ; certaines tumeurs développées dans le ventre ; la grande échancrure que présente en devant la marge du bassin ; enfin, la flaccidité plus ou moins grande des parois abdominales (1).

Les signes qui caractérisent cette obliquité sont : la saillie considérable que forme en avant le corps de l'utérus, et l'élévation extraordinaire de son col ; toutefois, ainsi que Baudelocque et plusieurs autres l'ont observé, l'orifice utérin n'éprouve pas toujours un déplacement opposé à celui du corps de l'organe ; ainsi, on l'a vu, dans quelques cas,

(1) L'insertion du placenta paraît n'avoir qu'une très-faible influence sur la production des obliquités de la matrice.

rares à la vérité, s'incliner du même côté que le fond; de telle sorte que la matrice était alors recourbée sur elle-même à la manière d'une cornne.

Les accidens que détermine, le plus communément, l'obliquité antérieure, sont : des tiraillemens plus ou moins douloureux dans les régions inguinales et lombaire; une pesanteur des plus incommodes; un besoin continuel, ou l'impossibilité de rendre les urines. Au moment de l'accouchement le col se dilate avec lenteur, et, si on abandonne les femmes à elles-mêmes, la paroi antérieure de la matrice se trouve violemment poussée dans l'excavation du bassin, et peut, par suite, se rompre ou être frappée de gangrène. Dans d'autres cas, moins graves, l'enfant, se trouvant poussé dans un sens vicieux, peut prendre une position défavorable à l'accouchement. Heureusement on peut, presque toujours, prévenir la plupart de ces accidens. (Voyez page 126.)

Traitement. Durant la grossesse il faut soutenir le ventre au moyen d'un bandage convenablement disposé. On fait aujourd'hui des ceintures élastiques qui conviennent très-bien pour cet usage. Il est quelquefois utile de recourir à la saignée, aux bains, aux injections et aux lavemens émolliens. Si, malgré le redressement de la matrice, la difficulté ou l'impossibilité d'uriner persistait, il faudrait sonder la malade.

Au moment de l'accouchement on se conduirait comme nous l'avons dit page 126. Ajoutons que si, lorsque la paroi antérieure de la matrice est vigoureusement poussée dans l'excavation du bassin, on ne parvenait pas à redresser l'organe, soit par la position, soit par des pressions exercées d'avant en arrière, soit, enfin, en tirant sur la lèvre antérieure du col, il faudrait, d'après le conseil de M. Désormeaux, se hâter de livrer passage au fœtus, en faisant sur la tumeur une large incision : de cette manière on prévien-

drait sûrement la gangrène ou la déchirure de cette portion de la matrice.

De l'obliquité postérieure.

Cette espèce d'obliquité n'est pas admise par tous les auteurs ; cependant, elle n'en est pas moins susceptible de se présenter, même dans les cas ou la colonne lombaire n'offre pas, en devant, une vaste concavité. Ainsi, dans les premières grossesses, les parois abdominales ayant ordinairement beaucoup de résistance, la matrice s'élève presque parallèlement au rachis, et son diamètre longitudinal se trouve nécessairement en arrière de l'axe du détroit supérieur.

Signes. Cette obliquité est reconnaissable au peu de saillie que forme le ventre en devant, et à la présence du col utérin derrière la symphyse des pubis.

Du reste, elle ne détermine aucune espèce d'accident, et ne demande point de traitement particulier.

Cependant, au moment de l'accouchement, elle peut influer d'une manière défavorable sur l'engagement du fœtus, le diamètre longitudinal de la matrice n'étant point parallèle à l'axe du détroit supérieur du bassin. On peut alors accrocher, au moyen de plusieurs doigts, la lèvre postérieure du col, et ramener ainsi l'orifice dans une direction convenable. Dans tous les cas, l'obliquité postérieure ne peut avoir de graves inconvéniens.

De l'obliquité latérale droite.

Après l'obliquité antérieure, c'est l'obliquité latérale droite qui est la plus fréquente. Elle ne peut jamais être portée aussi loin que la première, à cause de l'os des hanches et des côtes inférieures.

La cause principale qui détermine l'obliquité latérale droite paraît être l'état de dilatation presque habituelle

de la portion iliaque du colon et du rectum par les matières stercorales. M. Désormeaux croit que l'habitude qu'ont certaines femmes, de se coucher sur le côté droit, entre aussi pour beaucoup dans la production de cette obliquité, ce que nient MM. Capuron et Gardien. Il convient d'ajouter à ces causes les vices de conformation, tels que le défaut d'évasement de la fosse iliaque gauche, le peu de longueur du ligament rond ou du ligament large du côté droit; la présence de tumeurs dans le côté gauche de l'abdomen, enfin, certaines adhérences contre nature.

En s'inclinant à droite, la matrice éprouve un mouvement de rotation par lequel sa face antérieure se dirige en avant et à droite, et la postérieure en arrière et à gauche; le paquet des intestins grêles se trouve ainsi porté à gauche, et concourt à maintenir l'obliquité.

Signes : la saillie que forme le fond de l'utérus à droite de l'abdomen et la présence du col à gauche du bassin font aisément reconnaître cette espèce d'obliquité.

Les accidens qui peuvent survenir sont, à peu près, les mêmes que ceux de l'obliquité antérieure; seulement ils ne peuvent jamais être portés au même degré d'intensité.

Le traitement ne diffère de celui de l'obliquité antérieure que par de légères nuances que le bon sens indique facilement.

De l'obliquité latérale gauche.

Cette espèce d'obliquité est assez rare, et cependant *les mêmes causes* (1), qui déterminent la matrice à se porter à droite, peuvent l'obliger à se porter à gauche lorsqu'elles agissent dans un sens opposé.

(1) La dilatation du colon et du rectum exceptée.

Signes. L'obliquité latérale gauche se reconnaît à la saillie que forme le fond de l'utérus à gauche du ventre, et à la présence du col à droite du bassin.

Cette espèce d'obliquité peut déterminer les mêmes accidens que l'obliquité latérale droite, et doit être traitée d'après les mêmes principes.

HERNIE DE LA MATRICE.

La matrice, ainsi que le prouvent les observations rapportées par plusieurs auteurs, et, en particulier, par MM. Mérat et Lallemant, peut former hernie par-dessus les pubis.

La tumeur se fait jour, tantôt par dessous l'arcade crurale, d'autres fois à travers l'un des anneaux du grand oblique.

Les causes des hernies de la matrice n'ont rien de spécial; elles sont communes à toutes les autres espèces de hernies.

Signes. On reconnaît la présence de la matrice aux mouvemens qu'on imprime à la hernie, en déplaçant le col qui se trouve à une hauteur considérable et dans un état de déviation tres-remarquable. Les malades éprouvent, d'ailleurs, des tiraillemens douloureux dans les reins, dans les aines et dans les cuisses.

Lorsqu'il y a gestation, la tumeur fait des progrès à mesure que la grossesse avance, et il arrive un moment où on reconnaît, dans son épaisseur, les mouvemens de l'enfant.

Traitement. Durant l'état de vacuité, il faut réduire la matrice et la maintenir réduite. Pendant la grossesse, si la réduction est devenue impossible, il faut soutenir la tumeur

et attendre le moment de l'accouchement. Alors, si la nature paraît devoir se suffire à elle-même, on s'abstient de toute opération ; et, dans le cas contraire, on a recours à la gastro-hystérotomie.

DE L'AVORTEMENT.

(*Fausse couche.*)

On donne généralement le nom d'avortement, ou de fausse couche, à l'accouchement qui a lieu dans les six premiers mois de la grossesse.

L'avortement est beaucoup plus fréquent dans les trois premiers mois que dans ceux qui suivent. Il est, aussi, de remarque que les avortons du sexe féminin sont plus nombreux que ceux du sexe opposé.

Causes prédisposantes. Les femmes d'une constitution délicate et nerveuse, celles d'un tempérament lymphatique ou sanguin, celles qui sont habituellement mal portantes, avortent plus souvent que les autres. Tous les vices de conformation, tous les déplacemens, toutes les maladies de la matrice et de ses dépendances, toutes celles du germe et de ses enveloppes, la mort de l'embryon, etc., doivent encore être placés au nombre des causes prédisposantes de la fausse couche.

Causes occasionelles. Chacune des causes prédisposantes peut devenir occasionelle ; cependant il arrive souvent que la fausse couche est déterminée par une violence quelconque, comme un coup, une chute, un effort ; par une émotion vive ; par l'inspiration d'une odeur forte ; par une attaque de nerfs : par l'usage de certains remèdes violens, tels que les vomitifs ; les drastiques, les emménagogues, les saignées trop copieuses ; par le coït ; par des manœuvres criminelles exercées

sur la matrice et sur l'œuf; par les vices de conformation du bassin; par la syphilis ; par l'insertion du placenta sur le col ; par la présence de plusieurs enfans dans la matrice ; enfin par la ténuité des membranes qui se déchirent au moindre effort et laissent échapper les eaux. (*M. Nauche.*)

Certaines femmes avortent constamment à la même époque de la grossesse, sans qu'on puisse savoir pourquoi. On a bien dit que la fausse couche était alors déterminée par l'empire de l'habitude, par le molimen menstruel, par un état spécial de la matrice, etc. ; mais rien, jusqu'alors, n'a prouvé la justesse de ces explications.

Symptômes. Les femmes qui doivent avorter éprouvent, presque toujours, à l'avance des dérangemens plus ou moins notables dans leur santé. Souvent elles se plaignent de pesanteur dans le bassin et dans les membres, d'abattement général, de tiraillemens douloureux dans les reins, les cuisses et les aines, de coliques, de froid dans différentes parties du corps ; souvent aussi les traits de la face se décomposent, l'haleine devient fétide, les seins se flétrissent ; quelquefois il survient de la fièvre ; enfin le travail se déclare, et les choses se passent ensuite, à peu près, comme dans l'accouchement à terme. Souvent la fausse couche est précédée ou accompagnée d'une hémorrhagie plus ou moins grave.

Les phénomènes que nous venons de relater ne sont pas toujours suivis de fausse couche : on a vu, chez plusieurs femmes, le travail s'arrêter tout-à-coup, et la grossesse parcourir ensuite toutes ses périodes.

Lorsque la fausse couche a lieu dans les deux premiers mois de la gestation, l'œuf est ordinairement projeté en entier au dehors. Plus tard, sauf quelques exceptions, l'embryon est d'abord expulsé, et ses annexes viennent ensuite.

Pronostic. L'avortement, quelle que soit la cause qui le détermine, est beaucoup plus grave que l'accouchement à

terme ; il peut donner lieu à des pertes abondantes, à des accidens nerveux très-intenses, à des inflammations promptement mortelles. Le danger est d'ailleurs d'autant plus grand que la grossesse est plus avancée.

Traitement préservatif. Il est variable selon la cause qui paraît devoir déterminer la fausse couche. La femme est-elle dans un état de faiblesse extrême? il faut essayer de relever ses forces par l'usage des toniques, par un exercice modéré, par un régime approprié. Est-elle au contraire dans un état pléthorique très-prononcé? il faut avoir recours à la saignée, aux délayans, à la diète. Enfin, paraît-elle sous l'influence d'une cause nerveuse, il convient de lui administrer les antispasmodiques sous toutes les formes. Si quelqu'affection organique existait du côté du col de la matrice, il faudrait principalement diriger le traitement contre cette maladie.

Si une perte inquiétante avait lieu par les parties, on devrait avoir recours aux moyens généraux prescrits page 385. C'est alors surtout que le tampon pourrait être d'une grande utilité.

Une fois le travail bien déclaré, il faut laisser faire la nature, à moins que des accidens particuliers ne mettent dans la nécessité de recourir aux moyens de l'art.

Si l'expulsion de l'embryon se faisait trop long-temps attendre, on pourrait avoir recours à la pince à faux germe de Levret, ou, mieux encore, au seigle ergoté.

Quand la délivrance exige les secours de l'art, on se comporte comme nous l'avons dit page 251.

Les suites de couches sont ici les mêmes qu'après l'accouchement à terme.

DE LA MOLE PLACENTAIRE.

(*Hypertrophie du placenta;* M. Désormeaux.)

Il arrive quelquefois que le produit de la conception, et, surtout le placenta, dégénèrent en une masse plus ou moins considérable que l'on a successivement appelée *môle charnue*, *faux germe*, *germe dégénéré*, mais qu'il convient mieux, selon nous, de nommer *môle placentaire*, puisque le placenta la forme presque entièrement.

La môle placentaire offre, souvent, un volume considérable; elle est d'ailleurs plus ou moins dense et présente toujours une organisation analogue à celle du placenta. On rencontre dans son épaisseur une cavité semblable à celle qui contient ordinairement l'embryon. Ce dernier s'y trouve quelquefois.

Le placenta se nourrit ici de la même manière que dans les grossesses ordinaires.

La môle placentaire peut exister, dans la matrice, en même temps qu'un fœtus régulièrement développé; soit, comme l'observe M. Désormeaux, que sa présence n'apporte pas toujours un obstacle à la conception, soit qu'elle résulte de l'altération de l'un des deux germes fécondés en même temps.

Dans ce dernier cas, ou bien la mort du fœtus a précédé le développement de la môle, ou bien c'est le développement de celle-ci qui a occasioné la mort du fœtus.

Signes. La présence de la môle placentaire, dans la matrice, donnant lieu aux mêmes symptômes que la grossesse ordinaire, il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir son diagnostic. Cependant il arrive une époque où l'irrégularité du développement de la matrice, jointe

à l'absence des mouvemens de l'enfant, s'il a cessé de vivre, peut faire soupçonner la présence du corps étranger, sans toutefois indiquer sa nature.

La môle placentaire n'exige, le plus souvent, aucun traitement particulier, et il faut se bien garder d'avoir recours aux vomitifs, aux purgatifs, aux emménagogues et autres moyens semblables, proposés pour provoquer sa sortie. Il arrive une époque où elle est expulsée par l'action de la matrice ; c'est ordinairement du quatrième au septième mois, rarement plus tard.

L'expulsion est quelquefois précédée ou accompagnée d'une hémorrhagie qui peut mettre dans la nécessité d'aller saisir le corps étranger avec les pinces de Levret, si le col utérin est suffisamment dilaté, et, d'employer, dans le cas contraire, le seigle ergoté ou le tampon.

Les soins consécutifs sont les mêmes qu'après un accouchement ordinaire.

DE LA MOLE FIBRINEUSE.

Il se forme quelquefois, dans l'intérieur de la matrice, des concrétions fibrineuses qui, au premier abord, offrent beaucoup de ressemblance avec la môle placentaire.

Ces concrétions peuvent prendre un volume considérable et exister avec la grossesse, comme le prouvent les observations de *Schmid*. Toutefois, elles diffèrent essentiellement de la môle placentaire par l'absence d'une cavité membraneuse, et surtout par leur non-organisation.

La môle fibrineuse est toujours le résultat d'un épanchement plus ou moins considérable de sang dans la matrice; elle est plus commune chez les femmes dont la menstruation est abondante, ou qui sont sujettes à des hémorrhagies utérines que chez les autres (*M. Désormeaux*).

Elle peut donner lieu à la plupart des phénomènes de la

grossesse. Son expulsion a lieu de la même manière que celle de la môle placentaire ; elle expose d'ailleurs les femmes aux mêmes dangers et réclame les mêmes soins.

DE LA MOLE VÉSICULAIRE.

« On désigne sous ce nom, dit Mme Boivin, une masse informe composée de petites vessies pleines d'eau, qui prend naissance et se développe dans l'utérus. »

M. Désormeaux rapporte qu'on a vu sur des œufs d'un mois à six semaines, soit à l'œil nu, soit à l'aide d'une loupe, que l'extrémité d'une infinité de ramuscules présente un renflement subit, arrondi ou ovale, qui offre l'apparence d'une vésicule ; que ces renflemens existent aussi en grand nombre sur la continuité de ces ramuscules ; de sorte que ces rameaux vasculaires présentent l'aspect d'une grappe de groseilles, ou, pour mieux dire, d'une grappe de ces vésicules dont l'ensemble compose la môle hydatique. L'examen de ces pièces, ajoute M. Désormeaux, fait naturellement naître l'idée que la môle hydatique n'est que le produit de cette disposition naturelle ou morbide portée au plus haut degré de développement.

Les corps vésiculaires dont nous venons de parler ne se trouvent pas seulement sur le placenta, mais encore sur les membranes : ils ont été observés par Malpighi, Wrisberg, Leroy, etc. Mme Boivin, qui a publié un excellent Mémoire sur la môle vésiculaire, les a aussi vus plusieurs fois ; nous-même avons eu occasion de les remarquer tout récemment sur un œuf de trois mois, et une autre fois, conjointement avec M. le docteur Bocquet, sur un œuf de deux mois et demi environ.

Nous pensons, avec Mme Boivin, que les corps vésiculaires en question dépendent d'un état maladif, puisqu'on ne les rencontre pas toujours.

La môle vésiculaire est donc le résultat d'une dégénérescence des enveloppes de l'embryon, et les vésicules qui la composent ne sont point, comme l'ont cru quelques naturalistes, des êtres animés. La môle vésiculaire est constamment recouverte, dans la matrice, d'une membrane qui paraît être celle qu'on nomme épichorion.

Causes. Si, comme l'admet Mme Boivin, la faiblesse constitutionnelle, l'atonie de l'utérus et l'inobservation des règles hygiéniques, peuvent, dans quelques cas, faciliter le développement de la môle vésiculaire, il en est certainement d'autres dans lesquels la maladie survient indépendamment de l'absence de ces causes. Nous avons donné, il y a plusieurs années, nos soins, conjointement avec MM. Désormeaux, Bally et Lemaistre Florian, à une jeune dame chez laquelle une môle vésiculaire des plus volumineuses fut expulsée de la matrice : la malade était d'une constitution robuste et d'un embonpoint très-marqué; elle avait toujours scrupuleusement observé les règles de l'hygiène, et ne s'était jamais plaint d'aucun des signes qui annoncent l'atonie de l'utérus.

Nous avons accouché cette même dame, le 23 janvier 1829, d'un enfant à terme; ce qui prouve, contre l'opinion de quelques auteurs, qu'après le part vésiculaire la femme peut encore mettre au monde un enfant bien constitué.

Signes. La môle vésiculaire donnant lieu aux mêmes phénomènes que la grossesse fœtale, il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de la reconnaître tant qu'elle est renfermée dans l'intérieur de la matrice: sans doute, dans la grossesse vésiculaire, la femme ne sent pas remuer, comme il arrive dans la vraie grossesse; mais ne sait-on pas que dans cette dernière les mouvemens du fœtus ne sont pas toujours perçus ? il en est de même du ballottement. Toutefois, la rapidité ou la lenteur avec laquelle se développe le ventre peut, dans certains cas, jeter quelque jour sur la nature du corps

que renferme la matrice : il en est de même du poids et de la consistance que présente cette dernière, de l'absence de tout liquide, ainsi que des hémorrhagies qui se renouvellent plus ou moins souvent. La sortie de quelques vésicules, par le vagin, est le seul signe qui indique d'une manière certaine la présence de la môle hydatique dans l'utérus.

Lorsque la môle complique la grossesse ordinaire, il est tout-à-fait impossible de la reconnaître.

L'expulsion de la môle vésiculaire a lieu, le plus ordinairement, du troisième au huitième mois; quelquefois, pourtant les femmes n'en sont délivrées qu'au bout de onze ou quatorze mois (*Baudelocque*).

Pronostic. La présence d'une môle vésiculaire dans la matrice n'est pas toujours sans danger : on a vu, plusieurs fois, la mort des femmes en être la suite (1). Il est clair, d'ailleurs, que l'embryon qui appartient à l'œuf dégénéré périt inévitablement. Cet embryon se retrouve, quelquefois, au milieu de la môle.

Traitement. Le même que celui des môles placentaire et fibrineuse.

Après le part hydatique, les mamelles restent gonflées; les parties internes et externes de la génération présentent presque tous les signes d'un accouchement à terme récent, vingt à trente jours encore après l'expulsion de la masse vésiculaire (*M^me^ Boivin*).

DES POLYPES DE L'UTÉRUS.

Il se forme quelquefois, dans l'intérieur de la matrice, des polypes charnus ou fibreux dont le volume peut varier

(1) C'est ordinairement l'hémorrhagie qui fait périr les malades.

depuis celui d'un grain de raisin jusqu'à celui d'une tête d'homme adulte.

Les causes des polypes utérins sont, le plus souvent, inconnues.

Diagnostic. Ces tumeurs, dont la forme est ordinairement conique, peuvent, en se développant, donner naissance à la plupart des phénomènes de la grossesse : toutefois, la lenteur avec laquelle la matrice et le ventre augmentent de volume ; l'état, quelquefois stationnaire, du développement de ces parties ; la présence et l'irrégularité des menstrues ; les pertes plus ou moins abondantes qui ont lieu par les parties ; l'absence de toute espèce de mouvemens dans la matrice, etc., sont autant de signes qui peuvent aider à distinguer la maladie. Lorsque le col de l'utérus, par suite de l'accroissement du polype, a subi une dilatation suffisante pour admettre le doigt, toute difficulté dans le diagnostic disparaît.

A une époque plus éloignée de la maladie, la tumeur fait saillie dans le vagin ; et, si on n'en pratique pas alors l'extirpation, il arrive une époque à laquelle elle paraît à la vulve, entraînant avec elle la matrice qu'elle tiraille continuellement.

On distinguera toujours facilement le polype du prolapsus utérin par la forme de la tumeur, et, surtout, par l'absence des caractères qui distinguent le col de la matrice. On ne le confondra pas, non plus, avec le renversement du même organe, si on fait attention aux circonstances antécédentes, et si surtout on constate par le toucher la présence du fond de la matrice par-dessus les pubis (*Voyez*, pour plus de détails, *les signes du renversement de la matrice*).

Le polype peut exister en même temps que la grossesse ; mais presque toujours il détermine l'avortement. Toutefois il existe des exemples de gestations parvenues à leur terme

naturel, malgré la présence d'un polype dans l'utérus. M. Nauche en rapporte un cas dans son ouvrage.

Pronostic. Les hémorrhagies fréquentes auxquelles donne lieu le polype utérin exposent souvent les femmes aux plus grands dangers; la dégénérescence de la matrice peut aussi en être la suite. Lorsque la tumeur fait saillie hors de l'utérus, le pronostic est moins grave, puisqu'alors il est possible de l'extirper, et de faire cesser, par ce moyen, tous les accidens.

Traitement. Tant que le polype est exactement renfermé dans la matrice, tous les moyens doivent être dirigés du côté des accidens qu'il détermine. L'hémorrhagie surtout mérite toute l'attention de l'accoucheur; elle doit être combattue par les moyens généraux exposés page 385; le tamponnement peut être ici d'un grand secours.

Lorsque la tumeur fait saillie dans le col de la matrice ou dans le vagin, on en pratique la ligature ou la résection.

DE L'HYDROPISIE DE LA MATRICE.

Hydromètre ascitique.

Lorsque le col de la matrice vient à être fermé par une cause quelconque (1), il peut s'amasser dans la cavité même de l'organe (2) une plus ou moins grande quantité de séro-

(1) Le col peut être fermé par des tumeurs de diverse nature, par une membrane, par un amas d'hydatides, par de la mucosité épaissie (*M. Désormeaux.*) Il peut l'être aussi par des callosités (*Vesale*), par une dégénérescence squirrheuse, cartilagineuse ou autre; enfin, par une adhérence suite d'une inflammation adhésive.

(2) Quelques auteurs ont pensé que le liquide était toujours contenu dans une poche particulière, mais c'est à tort.

sité. Cette maladie, contestée par quelques auteurs, est aujourd'hui mise hors de doute par les ouvertures de cadavres.

La quantité du liquide qui s'amasse est très-variable ; on a rencontré des collections qui se composaient de 80 et même de 180 livres (*Sébizius*, *Vésale*).

M. Gardien pense que l'hydropisie de la matrice peut exister en même temps que la grossesse, sans toujours nuire au développement du fœtus : il fonde son opinion sur les évacuations d'eau qui ont lieu, chez certaines femmes, à différentes époques de la gestation.

Les causes de l'hydropisie utérine ne sont pas toujours faciles à déterminer. Quelquefois la maladie paraît être le résultat d'une affection organique de la matrice; d'autres fois elle paraît être occasionée par la suppression d'un écoulement habituel par le vagin, par une violence extérieure, par un avortement; d'autres fois enfin l'hydropisie survient sans qu'on puisse lui assigner aucune cause probable.

Les symptômes de l'hydropisie utérine ressemblent, jusqu'à un certain point, à ceux de la grossesse. Cependant, si on considère que le développement de la matrice et du ventre est tantôt lent et tantôt rapide ; que le volume du ventre est tantôt plus, tantôt moins considérable que dans la grossesse ordinaire ; que l'utérus est uniformément distendu et qu'il présente une fluctuation toujours manifeste (1) ; que la femme ne sent pas remuer ; qu'on ne trouve point de ballottement, etc. ; on pourra, presque sûrement, éviter toutes erreur de diagnostic. On distinguera toujours facilement l'hydropisie de la matrice de celle des ovaires et de la cavité abdomninale, puisque, dans ces dernières, la matrice n'a éprouvé aucun changement.

(1) Pour mieux sentir cette fluctuation, il faut placer un ou plusieurs doigts dans le vagin, et frapper ensuite la matrice par dessus les pubis.

Durée. Très-variable; quelquefois l'écoulement du liquide a lieu au bout de quelques mois ; d'autres fois l'hydropisie dure des années entières ; la maladie est susceptible de se reproduire plusieurs fois.

Pronostic. Lorsque l'hydropisie est le résultat d'une affection organique de l'utérus, elle est ordinairement incurable. Lorsqu'au contraire la matrice est saine, le pronostic n'est pas toujours fâcheux, puisque dans beaucoup de cas la maladie a été suivie d'une guérison solide.

Traitement. Lorsqu'il existe une maladie organique de l'utérus, c'est principalement contre elle qu'il faut diriger le traitement. Lorsqu'au contraire la matrice est saine, on conseille de provoquer l'évacuation des eaux, soit en imprimant une secousse à l'économie, au moyen de vomitifs, ou de purgatifs, après avoir, toutefois, dirigé vers le col les moyens capables de le ramollir ; soit en plongeant un trois-quarts dans l'orifice utérin, s'il existe, ou dans le lieu qu'il occupe naturellement, s'il n'existe pas. Toutefois, on ne saurait mettre trop de réserve dans l'emploi de ces moyens, puisqu'il n'est pas impossible de confondre l'hydropisie de la matrice avec la vraie grossesse.

Après avoir évacué le liquide contenu, il faut, autant que possible, s'opposer à sa reproduction, en tenant le col ouvert par l'introduction de mèches ou de canules, et en administrant les remèdes indiqués par les causes supposées de la maladie.

DE L'HYDROPISIE DE L'AMNIOS.

On dit qu'il y a hydropisie de l'amnios, toutes les fois que la quantité d'eau que contient ordinairement cette mem-

brane (1) est de beaucoup augmentée. Chez certaines femmes il s'est écoulé de la matrice, au moment de l'accouchement, cinq ou six pintes de liquide; chez d'autres il s'en est écoulé jusqu'à cinquante et même soixante livres.

Les causes de l'hydropisie de l'amnios ne sont pas mieux connues que celles de l'hydropisie de l'utérus. Une observation, publiée en 1812 par M. Mercier, semble indiquer que la maladie peut être occasionée par une inflammation de l'amnios; une autre, qui appartient à M. Désormeaux, prouve qu'elle tient quelquefois à la pléthore sanguine.

L'hydropisie de l'amnios est plus fréquente dans les grossesses doubles que dans celles d'un seul fœtus.

Symptômes. Ils consistent, surtout, dans un grand développement de la matrice, lequel n'est point en rapport avec l'époque de la gestation, et dans une fluctuation plus ou moins manifeste.

D'ailleurs, on retrouve la plupart des symptômes propres à la grossesse.

Pronostic. Peu grave pour la mère, très-fâcheux pour le fœtus, qui périt, presque toujours, ou est expulsé de très-bonne heure. Dans quelques cas rares l'enfant vient à terme, et vivant; il est le plus souvent trop faible pour que son existence puisse être de long cours.

L'hydropisie de l'amnios est susceptible de se reproduire plusieurs fois chez la même femme.

Traitement. Il faut s'attacher à combattre les accidens que peut faire naître l'hydropisie, et attendre l'accouchement qui, selon la remarque de Baudelocque, n'est jamais

(1) Cette quantité varie entre quelques onces et deux ou trois livres.

fort éloigné du moment où ces accidens deviennent inquiétans. Cependant, si l'expectation paraissait devoir être dangereuse, il faudrait rompre les membranes ou pratiquer une ponction à la matrice par le vagin, si l'orifice du col se trouvait oblitéré.

Bien entendu, d'ailleurs, que dans les grossesses subséquentes il faudrait tâcher de prévenir le même accident en mettant en usage les moyens appropriés aux causes supposées de la maladie. M. Désormeaux s'est très-bien trouvé de la saignée souvent réitérée, chez une dame qui était manifestement pléthorique.

DE L'ÉPANCHEMENT DE SANG DANS LA MATRICE.

(*Hématopisie*, de M. Capuron.)

Toutes les fois que l'orifice de l'utérus ou le vagin se trouve oblitéré, en partie ou en totalité, il peut se faire dans l'intérieur de la matrice un épanchement de sang assez considérable pour simuler une grossesse à terme, et mettre les jours de la femme en danger.

Nous avons eu occasion d''observer, à l'Hôtel-Dieu de Paris, lorsque nous y étions attaché, une jeune fille de vingt et quelques années, dont la matrice était largement développée par du sang; la malade avait passé, aux yeux de beaucoup de personnes, pour être enceinte. L'examen des parties génitales fit reconnaître qu'une membrane placée de champ obstruait le vagin. On incisa crucialement cette membrane; le sang s'écoula au dehors, et tous les symptômes qui avaient pu faire croire à la grossesse disparurent.

Diagnostic. Le développement de la matrice se fait d'une manière plus prompte que dans la vraie grossesse.

La tumeur est uniformément distendue, souvent molle et insensible; elle s'accroît à chaque époque des règles, et reste souvent stationnaire dans les intervalles; les malades ne sentent pas remuer; il n'y a pas de ballottement; enfin, si on examine les parties génitales, on reconnaît, sans beaucoup de peine, l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement du sang.

Pronostic. Si la cause qui donne lieu à la maladie peut être facilement détruite, le pronostic de l'épanchement n'est pas grave; ainsi, la jeune fille, dont nous avons parlé précédemment, fut promptement guérie. Mais, quand il est difficile ou impossible de faire disparaître la cause du mal, le pronostic est des plus graves; M. Capuron rapporte que des femmes, dont la matrice à force de se distendre avait perdu sa contractilité, ont succombé avant que le sang ait pu paraître au dehors.

Terminaison. La matrice, dans quelques cas, se contracte au bout d'un certain temps, et finit par expulser tout le sang qu'elle contient.

Traitement. Quand la nature est impuissante, il faut bien venir à son secours; le traitement consiste alors à donner issue au sang épanché et à prévenir le retour de la maladie. On favorise la dilatation de l'ouverture du col, par tous les moyens capables de ramollir les tissus, comme les injections, les fumigations, les bains de siége, etc., et, lorsque l'orifice est fermé par une membrane, ou n'existe plus on divise, dans le premier cas, la membrane au moyen d'un bistouri, et, dans le second, on fait à l'organe une incision transversale d'un pouce environ (1).

(1) En donnant à l'incision cette direction, on est plus sûr de n'intéresser ni le rectum, ni la vessie.

Lorsque tout le sang (1) est sorti, on maintient le col ouvert au moyen d'injections, ou bien encore en y introduisant des corps dilatans. Les remèdes internes sont rarement utiles; toutefois ils doivent varier selon l'état dans lequel se trouvent les malades.

DE LA TYMPANITE UTÉRINE.

(*Pneumatose utérine.*)

La grossesse peut être simulée par un amas considérable de gaz dans l'intérieur de la matrice. Ces gaz proviennent quelquefois du dehors; mais le plus souvent ils se forment dans l'intérieur même de l'organe, et alors, ou bien ils résultent de la décomposition d'un caillot ou d'un tout autre corps contenu dans la matrice; ou bien ils s'accumulent sans cause connue.

Symptômes. Le ventre est plus ou moins développé par une tumeur élastique et sonore à la percussion; les malades se plaignent de tiraillemens douloureux dans les reins, les aines et les cuisses, et se trouvent soulagées lorsqu'il leur arrive de rendre des gaz par la vulve. Quelquefois le développement de l'utérus suit absolument la même marche que lorsqu'il renferme un fœtus; c'est alors qu'on pourrait croire avoir affaire à une véritable grossesse.

Diagnostic. L'uniformité du ventre, l'élasticité de la tumeur formée par la matrice, la légèreté, le bruit qu'elle

(1) Quand le sang a séjourné long-temps dans les parties, il est décomposé, a perdu sa partie la plus fluide et présente, souvent alors, la couleur du chocolat; c'est au moins ce que nous avons observé chez une malade à l'Hôtel-Dieu.

rend lorsqu'on la percute, l'issue de gaz par la vulve, l'absence de mouvemens actifs et de ballottement, etc., sont autant de signes qui empêchent de confondre la tympanite avec la grossesse.

Pronostic. La tympanite utérine n'est pas dangereuse par elle-même ; mais elle peut être le symptôme d'une affection grave.

Traitement. Si le col de l'utérus est fermé, il faut commencer par l'ouvrir, afin de permettre aux gaz de se dégager; et dans le cas, où, malgré la liberté de l'orifice, la maladie viendrait à persister, on devrait avoir recours aux saignées, aux bains et aux injections; il pourraît être utile, dans quelques cas, d'avoir recours aux toniques, aux amers et aux préparations martiales en boissons et en injections.

DE L'HYDROPISIE DE L'OVAIRE.

Il nous semble impossible de confondre, dans aucun cas, l'hydropisie de l'ovaire avec la grossesse utérine, puisque, malgré l'augmentation de la tumeur, la matrice reste toujours dans le même état ; d'ailleurs le siége de la maladie, sa marche, la fluctuation qu'on rencontre, l'état général de la femme, etc., sont autant de signes qui ne permettent pas de méconnaître l'hydropisie de l'ovaire.

Il serait plus facile de confondre la maladie avec une grossesse extra-utérine ; et, encore, l'absence des signes qui indiquent la présence du fœtus devrait-elle, dans la plupart des cas, suffire pour démontrer qu'il n'y a pas gestation.

DE LA FAUSSE GROSSESSE NERVEUSE.

Les femmes nerveuses, irritables, hystériques; celles qui sont vivement tourmentées par le désir d'avoir des enfans, etc., éprouvent quelquefois, sans être enceintes, la plupart des phénomènes de la grossesse.

Symptômes. La suppression des règles, les dégoûts, les nausées, les vomissemens, les dépravations dans le goût, le gonflement des seins, une sécrétion laiteuse, le développement successif du ventre, les mouvemens que les femmes disent ressentir à l'intérieur, et qui quelquefois sont apparens à l'extérieur : tels sont lesp hénomènes qui peuvent très-bien induire en erreur les malades et ceux qui les environnent (1).

Diagnostic. Il suffira, dans tous les cas, pour dissiper toute espèce de doute, d'introduire le doigt dans le vagin; puisque, malgré l'augmentation du ventre, on trouvera toujours la matrice dans son état normal.

Terminaison. Le plus souvent tous les phénomènes de la grossesse nerveuse se dissipent d'eux-mêmes au bout de neuf mois; cependant on les a vus se prolonger beaucoup au-delà.

Traitement. La grossesse nerveuse n'étant autre chose qu'un symptôme d'hystérie, il convient de lui opposer les moyens que nous avons indiqués en traitant de cette dernière maladie.

(1) On rapporte même que des acccoucheurs habiles s'y sont plus d'une fois trompés.

DE L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES MALADIES.

On a beaucoup trop exagéré les effets de la grossesse sur certaines maladies.

Sans doute la pneumonite, l'encéphalite, la péritonite, etc., peuvent bien être quelquefois aggravées par l'état de grossesse; mais il n'est point exact de dire que toutes les maladies aiguës sont mortelles chez les femmes enceintes. (*Mulierem in utero gerentem ab acuto aliquo morbo corripi, lethale. Hipp. Aph.* 30, *sect.* v.) Tous les jours on voit, dans la pratique, des femmes grosses guérir d'une maladie aiguë presqu'aussi bien que si elles étaient dans l'état de vacuité, surtout si on ne craint pas de les traiter avec toute la sévérité que réclame leur état de maladie (1).

Ce qui nous semble surtout à craindre dans les inflammations aiguës, c'est l'avortement, qui peut être alors provoqué ou par l'intensité des symptômes, ou par le traitement mis en usage.

La grossesse aggrave les maladies qui ont leur siége dans l'utérus ou dans son voisinage, à cause de l'afflux des humeurs vers le bassin.

Il est des affections pour lesquelles la grossesse peut devenir un moyen de guérison : ainsi, il n'est pas rare de voir certaines éruptions cutanées, certaines fièvres disparaître aussitôt que les femmes portent en elles le produit de la conception. Il en est de même de l'épistaxis et de l'hémoptysie.

(1) Beaucoup de médecins craignent de déterminer l'avortement en saignant à plusieurs reprises les femmes grosses; mais c'est à tort, car les saignées les plus copieuses n'empêchent pas toujours la grossesse de parcourir ses périodes. Deux femmes, au rapport de Mauriceau, furent saignées impunément, l'une quarante-huit fois, et l'autre quatre-vingt dix fois pendant la grossesse, pour une difficulté de respirer.

Les affections chroniques éprouvent aussi, durant la gestation, des modifications plus ou moins importantes. C'est ainsi qu'on voit certaines maladies des mamelles, de la poitrine et de la tête, diminuer d'intensité et même disparaître momentanément. M. Nauche va plus loin; il prétend que la grossesse peut amener la guérison radicale de l'épilepsie, de la manie, de diverses surdités, et même des affections hystériques.

Les maladies chroniques qui ont leur siége dans la matrice, ou dans son voisinage, sont ordinairement aggravées par l'état de plénitude de l'utérus.

DE L'INFLUENCE DES MALADIES SUR LA GROSSESSE.

Les maladies inflammatoires nuisent souvent au développement du fœtus, et déterminent l'avortement; cependant la grossesse peut très-bien, malgré ces maladies, parcourir toutes ses périodes, surtout si on a recours à un traitement convenable.

Les maladies chroniques n'empêchent pas toujours la grossesse d'arriver à son terme; ainsi, on rapporte les observations de femmes qui étaient affectées de catarrhe pulmonaire, de phthisie, d'hydropisie, d'anévrysme, de tumeurs abdominales, de maladies nerveuses, de syphilis même, et qui n'en sont pas moins accouchées à terme.

Cependant, il est vrai de dire que chacune de ces affections, en particulier, peut très-bien déterminer la mort et l'expulsion prématurée du fœtus.

Les maladies qui ont leur siége dans l'utérus déterminent presque toujours l'avortement.

CHAPITRE III.

MALADIES DE L'ACCOUCHEMENT.

DE L'EMPHYSÈME.

Lorsque les femmes, au moment d'accoucher, se livrent à de violens efforts d'expulsion, il peut survenir du côté des poumons une déchirure bientôt suivie d'emphysème.

La tuméfaction qui se manifeste alors occupe, le plus souvent, le devant du cou et la partie supérieure de la poitrine; elle est d'ailleurs caractérisée par une crépitation bien marquée.

L'emphysème ne présente ici aucun danger, et guérit presque toujours très-rapidement. M. Dugès pense que, dans des cas extraordinaires, il pourrait être utile de pratiquer quelques mouchetures.

DE LA RUPTURE DES MUSCLES.

Madame Lachapelle dit avoir observé, à la suite des efforts de l'accouchement, une fois la rupture de l'un des muscles psoas, et une autre fois celle de l'un des muscles droits. Ces deux accidens ont été mortels.

DE LA RUPTURE DE L'OVAIRE.

Au rapport de M. Dugès, un ovaire variqueux s'est rompu pendant le travail, et a causé un épanchement de sang mortel.

DE L'ÉCARTEMENT DES SYMPHYSES.

Lorsque le bassin de la mère est trop étroit pour que l'enfant puisse franchir avec facilité, il peut arriver qu'au milieu des efforts que fait la matrice pour opérer l'accouchement les symphyses s'écartent brusquement.

Signes. L'accident est reconnaissable au sentiment de craquement qu'ont éprouvé les malades au moment de la séparation ; aux douleurs vives qui se font ressentir dans les points qui correspondent aux symphyses ; aux progrès plus rapides du travail ; enfin, à la mobilité des os.

Pronostic. L'écartement brusque des symphyses est toujours un accident grave, à cause des désordres qu'il entraîne, et de l'inflammation à laquelle il donne lieu. Quelquefois, d'ailleurs, les malades présentent, en outre, tous les signes d'une commotion de la moelle épinière.

Traitement. Il faut prévenir ou combattre les accidens inflammatoires par les antiphlogistiques, et soutenir les os au moyen d'un bandage placé autour du bassin.

DE LA RUPTURE DU STERNUM.

On trouve dans le journal analytique de médecine du mois de décembre 1827 l'observation suivante, publiée par MM. Comte et Martin : « Pacton Marie Madeleine, âgée de 25 ans, éprouva tout-à-coup, pendant les grands mouvemens auxquels elle se livrait pour accoucher, une douleur violente au milieu de la poitrine ; bientôt après les mouvemens inspiratoires furent douloureux.

Les jours suivans, toux avec expectoration abondante de matières jaunâtres, respiration plus douloureuse, fièvre; les doigts portés sur le sternum font reconnaître une mobilité contre nature entre les deux premières pièces de cet os, et, en prêtant une oreille attentive, on entend une crépitation manifeste. (*Sangsues sur le point douloureux.*)

Un abcès survient, on l'ouvre, et la malade est soulagée momentanément; mais, bientôt après, les douleurs reparaissant avec plus de force, elle tombe dans une prostration extrême et succombe le quatorzième jour.

Nécropsie. On trouve une fracture transversale de la première pièce du sternum, à une ligne et demie du cartilage qui l'unit à la seconde.

Il est clair que cette fracture a été produite par l'action musculaire, et qu'elle est arrivée dans l'instant où la femme, appuyée sur ses talons et ses mains, renversait sa tête en arrière ; car alors les deux extrémités de l'os se trouvaient fortement tirées en sens opposé par les muscles sterno-pubiens et sterno-mastoïdiens.

DE LA CONTUSION DES ORGANES GÉNITAUX.

Causes. Lorsqu'il y a disproportion entre la largeur du bassin de la mère et le volume de l'enfant, et que, pour extraire ce dernier, on est obligé d'avoir recours à des manœuvres plus ou moins pénibles, soit avec la main seule, soit avec les instrumens, il arrive presque toujours que les parties molles qui tapissent le passage sont plus ou moins contuses. La pression porte alors principalement sur la partie inférieure du vagin et sur les grandes et les petites lèvres.

Signes. Les tissus qui ont été comprimés sont tuméfiés, tendus, douloureux, et de couleur violacée; les malades accusent de la chaleur et des souffrances plus ou moins vives; souvent même elles sont prises de fièvre.

Terminaisons. La contusion légère guérit par résolution; celle qui a été portée à un haut degré peut se terminer par suppuration et même par gangrène.

Pronostic. Variable, selon l'étendue des désordres et l'intensité des symptômes.

Traitement. Tant que les lochies coulent, on doit s'en tenir aux fomentations et aux cataplasmes émolliens, aux boissons adoucissantes et à la diète. Plus tard on aura recours aux astringens; peut-être même sera-t-il avantageux, de faire des lotions sur les parties malades avec des liquides toniques, tels que le vin, la décoction de quinquina, l'infusion de roses rouges, etc.

Si un abcès venait à se former, il faudrait l'ouvrir avec le bistouri, et panser ensuite selon les règles de l'art.

Si quelques points de gangrène s'étaient établis, on devrait

favoriser la chute des eschares, et prévenir le séjour de l'écoulement sanieux par de fréquentes injections faites avec un liquide d'abord émollient, puis tonique.

Chez une dame que nous avons accouchée avec le forceps, conjointement avec M. Lisfranc, tout le pourtour de l'entrée du vagin fut frappé d'une gangrène superficielle. Nous fîmes de fréquentes injections, d'abord avec une décoction de graines de lin et de têtes de pavot, puis avec une légère décoction de quinquina, et les parties revinrent promptement à leur état naturel.

Bien entendu que, si des symptômes de réaction survenaient, il faudrait les combattre par les moyens qu'ils réclament ordinairement.

DE LA DÉCHIRURE DU PÉRINÉE.

La déchirure de la commissure postérieure des grandes lèvres est presque toujours la suite inévitable de l'accouchement, quelle que soit la disposition des parties de la mère, relativement à la tête du fœtus, et quelques précautions que prenne l'accoucheur pour la prévenir. Mais cette rupture, qui n'est pas, à proprement parler, un accident, ne demande ordinairement aucun soin particulier.

Il n'en est pas de même lorsque la déchirure s'est étendue à toute l'épaisseur du périnée, au sphincter de l'anus et au rectum; alors, en effet, les femmes sont exposées à des accidens qui peuvent devenir graves, tels que le prolapsus du vagin et de la matrice, l'écoulement continuel des matières stercorales, et l'inflammation que détermine toujours leur contact avec la vulve, etc.

Causes. La déchirure peut être portée aussi loin que nous venons de le dire, 1° lorsqu'il y a une grande disproportion

entre le volume de l'enfant et la largeur des parties qu'il doit traverser ; 2° lorsque l'accouchement se fait trop promptement et que la vulve n'a pas le temps de se dilater par degrés ; 3° lorsqu'ayant saisi la tête avec le forceps on l'extrait avec trop de rapidité ; 4° enfin, lorsque l'accoucheur ne soutient pas convenablement le périnée.

Traitement. Il faut d'abord obliger la malade à rester couchée sur le côté, afin que la plaie ne soit pas continuellement abreuvée par l'écoulement des lochies. Il faut ensuite faire en sorte que les lèvres de la plaie se trouvent toujours dans des rapports convenables ; quelques points de suture nous semblent être le moyen le plus sûr d'arriver à ce but. Si des accidens inflammatoires graves survenaient, il faudrait les combattre par les antiphlogistiques.

Il arrive quelquefois que, malgré ces moyens, les lèvres de la solution de continuité se cicatrisent isolément ; il faut alors les raviver au moyen du caustique ou de l'instrument tranchant, et les réunir de nouveau au moyen de quelques points de suture. M. Désormeaux recommande d'entretenir alors une diarrhée légère, afin que le passage de matières fécales durcies ne cause pas la déchirure des points de suture et de la cicatrice commençante.

Rupture centrale. La déchirure occupe, dans certains cas, le centre même du périnée, la commissure postérieure des grandes lèvres et l'anus étant intacts. La plaie affecte alors la forme d'une L ou d'un T, et peut être assez large pour laisser passer le fœtus en entier. Il est aujourd'hui bien reconnu que l'accouchement a pu avoir lieu par cette voie, quoi qu'en aient dit certains auteurs, et entre autres madame Lachapelle.

La rupture centrale du périnée guérit ordinairement très-facilement, parce que les deux extrémités de la solution de continuité se trouvent fixées.

Tout *le traitement* consiste dans l'administration des soins

de propreté et dans l'éloignement des circonstances qui pourraient retarder la guérison.

Si, comme il est arrivé quelquefois, une ouverture fistuleuse venait à persister, il faudrait en raviver les bords et les mettre en contact au moyen d'un point de suture.

DU RENVERSEMENT DE LA MATRICE.

(*Inversion. — introversion de l'utérus.*)

On dit que la matrice est renversée, lorsque le fond de l'organe a éprouvé une dépression plus ou moins forte, ou a franchi à travers l'orifice du col. Dans ce dernier cas la face externe de l'utérus se trouve être interne, *et vice versâ*.

Degrés du renversement. On peut en admettre trois principaux.

Dans le premier, le fond de la matrice déprimé forme dans l'intérieur de l'organe une tumeur plus ou moins considérable.

Dans le deuxième, le fond passe à travers l'orifice du col, et le dépasse plus ou moins pour faire saillie dans le vagin.

Dans le troisième, le renversement est complet; le fond ainsi que le corps de la matrice ont passé à travers l'orifice du col, et se trouvent dans le vagin ou hors de la vulve.

Le museau de tanche n'est pas susceptible de se retourner; c'est lui qui forme, après le renversement du corps et du fond, l'espèce de bourrelet qui entoure le pédicule de la tumeur.

Epoques. Le renversement ararement lieu pendant l'état de vacuité; c'est presque toujours au moment même de l'accouchement ou de la délivrance qu'il survient; il peut cependant n'arriver qu'au bout de plusieurs heures et même

de plusieurs jours. Anée l'a vu se manifester douze jours après l'accouchement, à la suite d'une hémorrhagie; mais ce cas doit être extrêmement rare, et il est présumable, ainsi que l'observe M. Murat, que, quand le renversement se montre aussi tard, il a commencé à se former au moment même de l'accouchement.

Mécanisme. Le renversement s'opère tantôt brusquement, tantôt, au contraire, d'une manière lente et progressive. Cette différence provient de la nature des causes qui produisent le déplacement, et de leur manière d'agir.

Causes prédisposantes. La faiblesse générale de la femme, le développement considérable de la matrice, l'inertie de ses parois, la dilatation et la flaccidité de son col, telles sont les causes qui prédisposent au renversement.

Causes occasionelles. Toutes les puissances capables de pousser ou d'entraîner le fond de la matrice à travers l'orifice de son col doivent être placées au nombre des causes occasionelles : ainsi, les efforts auxquels se livrent les femmes au moment de l'accouchement; la brièveté du cordon ombilical; les tiraillemens exercés par un polype qui s'implante à la face interne de la matrice; un de ces accouchemens dans lesquels l'enfant est projeté avec vitesse au dehors, entraînant avec lui le cordon, le placenta et le fond de la matrice, telles sont les causes qui déterminent ordinairement le renversement.

On trouve dans le grand Dictionnaire des sciences médicales l'observation suivante : « Une fille de 18 ans, sur le point d'accoucher, appela un accoucheur, qui, croyant fausses les douleurs qu'elle disait ressentir, ne tarda pas à se retirer. A son retour, il voit la femme expirante : la matrice était complètement renversée et pendante entre les cuisses. Cette malheureuse femme était accouchée debout, les coudes appuyés sur le dos d'une chaise; l'enfant était sorti brusquement, le cordon ombilical s'était rompu. »

L'expérience prouve que la délivrance tentée prématurément, et lorsque le placenta tient encore à la matrice, est une des causes les plus fréquentes du renversement. (*Mauriceau*, *Viardel*, *Saviard*, *Peu*, *Portal*, *Amand*, *de Lamotte.*)

Le professeur Boyer rapporte le fait suivant : « Une femme était accouchée heureusement; mais la sage-femme qui l'avait assistée tira si fortement sur le cordon qu'elle renversa l'utérus. La malade mourut au bout d'une demi-heure. »

Sabatier pense que la perte utérine, hors le temps de grossesse, peut déterminer le renversement de la matrice de deux manières; c'est à dire par le ramollissement et les contractions de l'organe.

Signes rationnels. Les malades se plaignent de tiraillemens douloureux dans les régions inguinales et lombaires; d'un sentiment de distension dans le bassin; de pesanteur au fondement; de troubles dans l'excrétion des urines et des matières stercorales; une plus ou moins grande quantité de sang s'écoule par les parties; enfin, chez quelques femmes on observe des mouvemens convulsifs et des défaillances.

Signes sensibles. Dans *le premier degré*, on trouve, en touchant la matrice par-dessus les pubis, une dépression plus ou moins marquée : le doigt introduit dans le col rencontre bientôt le fond de l'organe déprimé. Dans *le deuxième degré*, la dépression hypogastrique est beaucoup plus marquée, et le doigt porté dans le vagin reconnaît facilement une tumeur qui fait, à travers l'orifice du col, une saillie plus ou moins considérable. Dans *le troisième degré*, on ne sent plus la matrice par-dessus les pubis; l'organe est totalement retourné et forme dans le vagin, ou hors de la vulve, une tumeur plus ou moins dure, rougeâtre ou violacée, et entourée à son sommet d'un bourrelet formé par les bords de l'orifice du col.

Diagnostic. Lorsque l'accident vient d'arriver, il est presque toujours facile de le reconnaître; mais, lorsqu'il est ancien, il n'est pas impossible de le confondre, 1° *avec le prolapsus uteri;* 2° *avec une tumeur* formée par la membrane caduque, derrière laquelle s'est fait un épanchement de sang; 3° *avec un polype.*

1°. La forme de la tumeur et l'absence du museau de tanche feront toujours distinguer le renversement du prolapsus.

2°. La mollesse de la tumeur formée par la membrane caduque, et la présence du fond de la matrice dans la région hypogastrique, empêcheront encore ici la méprise.

3°. Enfin, on ne confondra pas le polype avec le renversement de la matrice, si on a égard aux circonstances suivantes : la tumeur formée par la matrice est douloureuse au toucher, le polype est ordinairement indolent; dans le renversement, le pédicule de la tumeur est plus gros et moins long que celui du polype; il est impossible, dans le premier cas de faire pénétrer un stylet dans la cavité de l'utérus, la chose est possible dans le second; enfin, dans le renversement, la région hypogastrique est vide, tandis que, dans le cas de polype, elle est occupée par le fond de la matrice.

Nous ne parlerons point ici de l'allongement que peut présenter le col utérin, non plus que de certaines hernies vaginales, parce qu'il nous semble impossible de confondre ces différentes maladies avec le renversement de la matrice.

Pronostic. Le renversement incomplet ne peut, dans aucun cas, donner lieu à de graves accidens. Le renversement complet peut, au contraire, exposer très-prochainement la vie des malades, surtout si, à la suite des efforts faits pour réduire, la matrice vient à s'enflammer ou à tomber en gangrène. Un des accidens les plus à craindre, c'est l'hémorrhagie : nous avons eu occasion d'observer deux malades qui ont promptement succombé à la suite de cet accident.

Les tiraillemens douloureux et les vomissemens qu'éprouvent certaines malades, n'offrent ordinairement aucun danger.

Lorsque le renversement ne peut être réduit, les femmes, si elles survivent, restent stériles.

Terminaison. Le renversement de la matrice a souvent une issue funeste ; cependant il n'est pas rare de trouver des femmes qui ont pu résister aux accidens, et prolonger ensuite leur existence. MM. Boyer et Murat rapportent qu'à l'occasion d'une chute des femmes ont été guéries d'un renversement qu'elles portaient depuis long-temps.

Traitement. Il faut, autant que possible, se hâter de réduire la tumeur, en usant, toutefois, de beaucoup de ménagemens.

La femme doit être couchée sur le dos ; avoir la tête rapprochée de la poitrine, et les extrémités abdominales fléchies sur le ventre.

Si le fond de la matrice est seulement déprimé, il suffit ordinairement, pour opérer la réduction, d'exciter l'utérus au moyen de quelques frictions. Dans quelques cas, cependant, on est obligé d'introduire un ou deux doigts dans l'organe pour repousser la partie déplacée.

Mais, lorsque l'utérus renversé fait saillie dans le vagin, ou au dehors de la vulve, on le saisit avec l'une des mains, préalablement trempée dans de l'huile, et on le repousse graduellement, en ayant soin de faire rentrer en premier lieu la partie qui est sortie la dernière.

Pendant toute l'opération une main doit être placée sur l'hypogastre, et agir de concert avec celle qui se trouve dans les parties.

Une fois la réduction opérée, si la matrice ne revient pas convenablement sur elle-même, on met en usage tous les moyens capables de dissiper son atonie.

Les femmes doivent ensuite garder long-temps le repos au lit, et s'abstenir de toute espèce d'effort.

Si l'engorgement de la matrice s'opposait à sa réduction, on aurait d'abord recours aux saignées, aux bains, aux fomentations émollientes, aux injections de même nature, aux boissons adoucissantes, à la diète, et on reviendrait ensuite à de nouvelles tentatives.

Enfin, si la réduction était impossible, il ne faudrait pas tourmenter les femmes par d'inutiles efforts, d'autant mieux que la gangrène pourrait en être la suite. On se contenterait alors de remédier aux accidens les plus pressans.

Nous ne croyons pas que dans aucun cas il faille en venir à la ligature ou à l'extirpation de la matrice; il est, d'ailleurs, reconnu que la réduction s'est quelquefois opérée d'elle-même au moment où on s'y attendait le moins.

DU RENVERSEMENT DU RECTUM.

Il arrive quelquefois, surtout chez les femmes qui accouchent avec difficulté, que le rectum, fortement poussé en bas par la tête du fœtus, se renverse et forme au dehors une tumeur plus ou moins volumineuse (1), d'un rouge vif, plissée, rugueuse, peu sensible au toucher, et offrant dans son centre une légère dépression qui correspond à la cavité de l'intestin.

Diagnostic. Le renversement du rectum ne saurait être confondu avec les tumeurs hémorrhoïdales, qui n'ont pas la couleur rouge de la membrane muqueuse intestinale, et sont toujours plus ou moins douloureuses.

(1) On trouve, dans les Mémoires des curieux de la nature, l'observation d'une tumeur de cette espèce qui avait deux pieds d'étendue : elle était survenue chez la femme d'un forgeron, à la suite de l'accouchement.

Traitement. Lorsque la tumeur ne rentre pas d'elle-même, il faut procéder à sa réduction après l'avoir bassinée avec du vin tiède (1). On prévient ensuite un nouveau déplacement en soutenant l'anus au moyen de quelques compresses trempées dans une décoction aromatique, et maintenues en place au moyen d'un bandage en T.

DE L'HÉMORRHAGIE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Causes. L'hémorrhagie qui survient après l'accouchement tient presque toujours à l'état d'inertie dans lequel se trouve alors la matrice. Cependant l'accident peut aussi être occasioné par la présence du placenta, par la pléthore générale ou locale, par le spasme, enfin par une déchirure faite à l'utérus.

Espèce. Ici, comme pendant la grossesse et au moment du travail, l'hémorrhagie peut être *externe* ou *interne.*

Signes. L'*hémorrhagie externe* est surtout caractérisée par l'écoulement d'une grande quantité de sang au dehors. L'*hémorrhagie interne* se reconnaît à l'accroissement successif qu'acquiert la matrice, à sa mollesse, et aux symptômes généraux propres à toutes les grandes pertes de sang. (*Voy.* page 121.)

Le pronostic n'offre ici rien de particulier; il est, comme dans toute autre circonstance, plus ou moins grave, selon la résistance qu'offrent les malades, et aussi selon l'abondance de l'hémorrhagie.

(1) La réduction est toujours facile quand le renversement est récent.
Nous ne devons point parler ici des cas dans lesquels le renversement est accompagné de complications plus ou moins graves.

Traitement. Si la malade n'est point encore délivrée, il faut se hâter d'extraire le placenta, et recourir ensuite, si besoin est, aux moyens indiqués pages 247 et 385 (1). Dans l'hémorrhagie interne il convient, avant tout, d'introduire une main dans la matrice, pour la vider des caillots qu'elle contient, et provoquer en même temps sa retraite en irritant son intérieur.

Si ces premiers moyens ne suffisaient pas, le seigle ergoté serait d'un grand secours, puisqu'il détermine sûrement les contractions de l'utérus.

Enfin, la compression de l'aorte abdominale devrait être pratiquée, si tous les autres moyens avaient été sans succès. (*Voyez* page 246.)

On opposerait à l'état de spasme les antispasmodiques, et à celui de pléthore la saignée du bras.

Si l'hémorrhagie tenait à une déchirure faite à l'orifice de la matrice, un tampon devrait être porté jusque sur la solution de continuité.

Lorsque la perte a été très-abondante il arrive, quelquefois, que les malades sont jetées dans un état d'épuisement tel qu'on a lieu de craindre qu'elles ne puissent se relever. On a proposé, dans ces cas, de tenter la transfusion du sang. Voici plusieurs faits qui prouvent que ce moyen n'a pas toujours été employé sans succès.

I^re^ Obs. « Une dame de 30 ans accoucha vers le sixième

(1) La plupart des auteurs rejettent avec raison, sans doute, l'emploi du tampon dans l'hémorrhagie qui survient après l'accouchement; cependant ce moyen nous a été très-utile chez une dame près de laquelle M. Lisfranc nous avait fait appeler. Le sang s'écoulait au dehors avec une telle force, qu'en quelques secondes la malade fut mise dans un grand danger. Nous tamponâmes le vagin avec des éponges imbibées d'eau froide, en même temps que nous tînmes le fond de la matrice exactement embrassé avec l'une des mains, de manière à prévenir le développement de l'organe. L'hémorrhagie fut arrêtée sur-le-champ, et la malade ne tarda pas à se rétablir.

« mois de sa grossesse ; l'expulsion du fœtus fut suivie d'une « violente hémorrhagie. M. Douglas trouva la malade dans « un état d'épuisement extrême, presque sans connaissance « et sans pouls, au point qu'il pensa qu'il n'y avait d'autre « ressource, pour la sauver, que de pratiquer la transfusion « du sang. Il fit passer des veines d'un assistant dans celles « de cette dame, un verre de sang environ, et s'assura bien- « tôt que le pouls commençait à se faire sentir.

« Au bout de quelques minutes, la malade parvint à se « mouvoir sans beaucoup de difficulté, par la distinctement, « et avala facilement les médicamens qu'on lui présenta. « L'amélioration était évidente : bref, dix minutes s'étaient « à peine écoulées que la circulation fut rétablie à un « tel point que la guérison parut assurée : et, en effet, elle « ne se fit pas long-temps attendre. »

IIe Obs. « Une femme de 29 ans, enceinte de six mois, « était affectée de varices aux jambes. Etant restée quelques « heures debout, la veine saphène se rompit, et il s'écoula « une très-grande quantité de sang. La malade était dans « un état de syncope complète, sans pouls, et n'offrant que « des pulsations à peine sensibles à la région du cœur ; elle « était froide et décolorée ; une sueur abondante l'inon- « dait ; ses excrémens et ses urines coulaient involontai- « rement. Les excitans appliqués aux narines n'avaient pro- « duit aucun bon effet ; la déglutition était impossible ; on « crut devoir tenter la transfusion.

« Une personne qui voulut bien se laisser tirer du sang, « s'étant trouvée là, M. Philpott disséqua avec attention la « veine médiane, passa une sonde dessous, l'ouvrit, et y « introduisit l'extrémité d'une seringue ordinaire. Lorsque « environ quatre onces de sang furent injectées, la malade « s'agita et fit des efforts pour vomir ; on retira la seringue, « et on eut la satisfaction de distinguer le pouls, quoi- « qu'il fût extrêmement petit et rapide.

« Six heures après l'opération, le pouls ne battait plus « que cent vingt fois, et la malade pouvait répondre à quel- « ques questions. La chaleur revenait graduellement.

« Au bout de vingt-trois jours, la malade accoucha en « quelques heures d'un enfant mort, et déjà en putréfac- « tion. Au bout de deux mois elle était en pleine santé, et « avait repris ses occupations ordinaires. »

IIIe Obs. « Une pauvre femme, mère de douze enfans, « âgée de 40 ans et enceinte de près de huit mois, fut prise « d'une hémorrhagie des plus effrayantes : le sang coulait « par flots. On déchira les membranes, et l'hémorrhagie « cessa à l'instant. Trois heures après, l'écoulement de sang « reparut, le pouls devint insensible, la respiration à peine « apercevable; le corps entier était froid comme glace, l'ha- « leine même était froide, et tout annonçait une mort pro- « chaine.

« Le docteur J. Howell injecta vingt onces de sang; et « la malade, après quelques alternatives de bien et de mal, « se rétablit parfaitement. » (*Journ. analyt. de Médec.*, octob. 1827, janvier et avril 1828.)

DU THROMBUS VULVAIRE.

Cet accident, qui ne survient pour l'ordinaire qu'après la sortie de l'enfant (1), est assez rare, puisqu'on n'en trouve que quelques exemples épars dans les auteurs.

En voici un fort remarquable qui appartient au docteur Vingtrinier. (*Journ. anal. de médec. et de sc. access.*,

(1) M. Sédillot rapporte cependant un exemple de thrombus survenu aux grandes lèvres, avant l'accouchement. On déchira et on vida la tumeur avec les doigts. Les suites de ce procédé violent furent heureuses. (*Prat. des Acc.*)

octobre 1828.) « La femme P...., détenue dans une maison de justice, est prise du mal d'enfant à dix heures du matin, et à une heure elle est délivrée sans circonstances particulières. Peu après il survient de fortes coliques, qui, au bout de deux ou trois heures, se changent en douleurs expulsives et n'amènent cependant aucun caillot de sang, la matrice restant d'ailleurs contractée. En même temps, la malade ressent dans le côté gauche de la vulve une douleur différente des autres, et qui va en augmentant; l'infirmière y découvre une tumeur de la grosseur d'un œuf. Au bout de trois heures cette tumeur avait acquis la forme et la grosseur de la tête d'un fœtus à terme; alors la malade n'endurait plus de douleurs expulsives. M. Vingtrinier, appelé à quatre heures du matin, trouve la tumeur lisse, violacée, développée dans la grande lèvre du côté gauche; la peau du périnée et du pourtour de l'anus est aussi d'une couleur violacée; partout il y a une sensibilité assez vive. Comme la tumeur, en comprimant le vagin, avait arrêté le cours des lochies, on fit quelques injections d'eau de guimauve dans le vagin, pour le vider des caillots qu'il contenait; on appliqua ensuite des fomentations émollientes sur la tumeur pendant quarante-huit heures; au bout de ce temps on fit à la tumeur une incision de quatre pouces, par laquelle s'échappèrent les caillots qu'elle contenait; on favorisa d'ailleurs leur sortie au moyen d'injections continuées pendant plusieurs jours. Les suites de cet accident ont été courtes et heureuses; cependant il s'est détaché plusieurs escharres de tissu cellulaire en lambeaux. »

Causes. Il est, dit madame Lachapelle, une disposition spéciale et peut-être exclusive au vagin, qui donne lieu à cette hémorrhagie toute particulière : cette disposition consiste dans une structure variqueuse ou fongueuse plus ou moins étendue et qui n'est, en quelque sorte, que l'exagération de l'état normal. Il n'est donc pas étonnant que les veines acquièrent par fois un volume et une mollesse comparables à

ceux des tumeurs hémorrhoïdales, et il l'est moins encore que les veines ainsi altérées se déchirent pendant le travail de l'accouchement.

Il arrive quelquefois que la déchirure des vaisseaux se fait à l'intérieur même du vagin, et que le sang s'écoule au dehors. Quelques injections astringentes, ou un tamponnement simple suffisent toujours pour arrêter l'hémorrhagie.

Pronostic. Le thrombus vulvaire peut mettre les malades dans un état fâcheux, ou par la grande quantité de sang qui sort des voies de la circulation, ou par l'inflammation et la suppuration qu'il entraîne quelquefois. Cependant, ainsi que le prouve l'observation que nous avons rapportée, le pronostic n'est pas toujours grave.

Traitement. Il consiste à inciser la tumeur et à favoriser l'issue des caillots par des injections. Si une hémorrhagie survenait, on l'arrêterait par le tamponnement. Il est quelquefois utile d'avoir recours à un traitement général approprié à l'état dans lequel se trouvent alors les malades.

DE L'INFILTRATION DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES.

Les organes génitaux externes sont quelquefois le siége d'une infiltration tellement considérable que la vulve s'en trouve fermée, et que les liquides que fournit la matrice ne peuvent plus s'écouler au dehors. Il faut alors pratiquer quelques mouchetures en dedans des grandes lèvres, et faire en même temps des applications émollientes s'il existe de l'inflammation.

DE L'INFLAMMATION DU VAGIN.

Causes. L'inflammation qui survient au vagin, après l'accouchement, est presque toujours due à la compression exercée par la tête du fœtus lors de son passage à travers le bassin, ou bien encore à la contusion déterminée par les manœuvres auxquelles a pu se livrer l'accoucheur.

Signes. Les femmes se plaignent de chaleur et de tension dans l'intérieur des parties ; l'excrétion des urines et des matières fécales est plus ou moins difficile, selon le degré de l'inflammation ; enfin, le vagin est rouge, gonflé, tendu, douloureux, etc.

Terminaisons. L'inflammation du vagin peut se terminer par résolution, par suppuration et par gangrène.

Traitement. Il faut, autant que possible, favoriser la résolution par l'emploi des antiphlogistiques. Si un ou plusieurs abcès venaient à se former, on en ferait l'ouverture ; et, s'il existait des escharres, on en favoriserait la chute par des injections détersives.

DE L'INFLAMMATION DES GRANDES LÈVRES.

L'inflammation des grandes lèvres, après l'accouchement, reconnaît ordinairement les mêmes causes ; suit la même marche, et réclame le même traitement que celle du vagin.

DE LA RÉTENTION D'URINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

La rétention d'urine qui survient après l'accouchement tient presque toujours au gonflement inflammatoire qui affecte le canal de l'urèthre ou le col de la vessie, lorsque ces parties ont été violemment pressées par la tête du fœtus au moment de son passage.

La rétention s'annonce ici par les mêmes *signes*, et présente *les mêmes dangers* que pendant la grossesse. (*Voy.* page 361.)

Le traitement consiste, surtout, dans l'usage des bains chauds, des fomentations émollientes, des cataplasmes adoucissans, des lavemens de même nature. Il est utile, dans quelques cas, d'avoir recours aux saignées générales et locales. Bien entendu que si la vessie était fortement distendue par l'urine, il faudrait la vider au moyen de la sonde.

DE L'INCONTINENCE D'URINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Les causes les plus ordinaires de l'incontinence d'urine, qui survient après l'accouchement, sont la paralysie et la déchirure du col de la vessie. Ces accidens peuvent être occasionés par une violente pression, ou bien encore par des manœuvres mal dirigées.

Traitement. Lorsque l'incontinence tient à l'atonie des parties, on doit lui opposer les moyens prescrits page 363; lorsqu'au contraire elle tient à une solution de continuité, il faut se comporter comme nous allons le dire en parlant des fistules urinaires.

DES FISTULES URÉTHRO ET VÉSICO-VAGINALES.

Causes. Lorsque la tête du fœtus éprouve de la difficulté à franchir, et qu'elle reste trop long-temps au passage, elle peut déterminer la gangrène de la cloison uréthro ou vésico-vaginale en la comprimant avec violence contre les os pubis.

Ces fistules ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Lorsque nous étions attaché à l'Hôtel-Dieu de Paris, nous avons eu occasion d'observer en même temps quatre malades qui en étaient affectées : chez toutes, la perforation avait été la suite d'un accouchement laborieux.

Signes. Ce n'est ordinairement qu'au bout de six ou huit jours, lorsque les escharres commencent à se détacher, qu'on est averti qu'une communication contre nature existe entre les voies urinaires et les voies génitales.

Si la fistule occupe le bas-fond de la vessie, l'urine coule continuellement par le vagin, dont elle détermine l'inflammation et l'excoriation; les malades sont alors obligées de se garnir de linge ou d'éponges. Mais bientôt l'irritation est portée à un tel point que le contact de ces corps étrangers devient tout-à-fait insupportable; alors les urines s'écoulent continuellement le long des cuisses, sur le lit, sur les vêtemens, et les malades répandent une odeur des plus repoussantes.

Lorsque la perforation a son siége sur le canal de l'urèthre, l'écoulement par le vagin n'a lieu qu'au moment où les malades rendent volontairement leurs urines. Dans ce cas, comme dans le précédent, l'écoulement est plus ou moins abondant, selon que la perte de substance est plus ou moins considérable; quelquefois l'urine ne passe par la fistule que goutte à goutte et à des intervalles plus ou moins éloignés.

Forme. La forme des fistules, ainsi qu'il est facile de le constater à l'aide du doigt ou du speculum, est très-variable : la solution de continuité peut être longitudinale, oblique, transversale ou irrégulière. Les dimensions du trajet fistuleux sont sujettes aux mêmes variétés.

Pronostic. Variable selon la forme et l'étendue de la perforation, et aussi selon que la fistule est simple ou compliquée. Lorsque la perte de substance est peu considérable, la guérison s'obtient ordinairement sans beaucoup de difficultés.

Dans le cas contraire, on n'arrive pas toujours à délivrer les femmes de leur dégoûtante infirmité. C'est ce qui est arrivé à plusieurs des malades traitées, sous nos yeux, par M. Dupuytren.

Traitement préservatif. Il consiste à terminer de bonne heure l'accouchement au moyen du forceps. (*Voyez* page 193.)

Traitement curatif. Lorsque la fistule est récente, et que ses bords ne sont pas encore cicatrisés isolément, il peut suffire, pour obtenir la guérison, de rapprocher ces derniers l'un de l'autre, et de les maintenir en contact. Mais, lorsque la fistule est ancienne, il faut, avant tout, en raviver le pourtour au moyen de la pierre infernale ou du cautère actuel, portés à l'aide d'un speculum fendu ou troué. Si les lèvres de la solution n'étaient pas très-éloignées l'une de l'autre, le gonflement occasioné par la cautérisation suffirait pour les mettre en contact (1); dans le cas contraire, on serait obligé d'avoir recours à quelques points de suture, comme l'a fait récemment, et avec succès, M. le docteur

(1) Il est indispensable ici de placer une sonde ordinaire dans le canal de l'urèthre, afin de prévenir la distension de la vessie par l'amas des urines.

Malagodi de Bologne (1), ou bien encore aux instrumens imaginés par MM. Lallemand de Montpellier et Dupuytren (2). Ces instrumens, dont le mécanisme ne peut être bien compris que lorsqu'on les a sous les yeux, ont pour but de tenir pressés l'un contre l'autre et avec une certaine force les bords de la fistule.

Bien entendu que, si le traitement employé donnait lieu à des accidens inflammatoires ou autres, il faudrait se hâter de les combattre par les moyens appropriés.

FISTULES RECTO-VAGINALES.

Ces fistules sont ordinairement déterminées, comme les précédentes, par le séjour prolongé de la tête dans l'excavation du bassin.

Elles donnent passage aux gaz stercoraux et aux matières fécales.

Elles suivent d'ailleurs la même marche; offrent les mêmes variétés, les mêmes inconvéniens, et présentent les mêmes indications à remplir que celles qui occupent la cloison uréthro ou vésico-vaginale.

DES ACCIDENS DES LOCHIES.

De la suppression des lochies. L'écoulement des lochies peut être singulièrement diminué, ou même entièrement supprimé par l'impression brusque du froid, par des écarts de

(1) Voy. journal *Analytique* de septembre, 1829.

(2) Voy. *les Nouv. Elém. de Patholog.*, par Roche et Sanson, cinquième volume, page 276.

régime, par des affections morales vives, par des injections astringentes, par une inflammation des organes génitaux, par un grand état de faiblesse.

Cette suppression peut donner lieu aux accidens les plus graves, tels que l'inflammation de la matrice, du péritoine, etc.

Il faut donc ne rien négliger de ce qui peut contribuer à rappeler l'écoulement supprimé : les sangsues à la vulve ou à la partie interne des cuisses, ainsi que les saignées de pied, sont indiquées chez les femmes qui sont douées d'une certaine force. On peut aussi employer avec avantage les fomentations chaudes sur le ventre, les lavemens émolliens, les injections adoucissantes dans le vagin, les bains de pieds irritans, les cataplasmes sinapisés aux cuisses et aux jambes, les vésicatoires. Si la malade était nerveuse, on joindrait à ces moyens l'usage des antispasmodiques.

Bien entendu, d'ailleurs, que, si la suppression reconnaissait pour cause une inflammation des organes génitaux, il faudrait traiter cette inflammation par les moyens convenables.

Des boissons légèrement toniques seraient indiquées, si la faiblesse paraissait être cause de la suppression.

De l'excès des lochies. Les lochies sont quelquefois tellement abondantes, soit en rouge, soit en blanc, qu'elles jettent les femmes dans un grand état d'épuisement. Il faut alors avoir recours aux toniques et aux astringens, à l'extérieur et à l'intérieur.

Absence des lochies. Il n'est pas sans exemple que les lochies aient complètement manqué. M. Nauche rapporte dans son ouvrage l'observation d'une jeune femme de vingt ans, qui, à la suite d'un premier accouchement, rendit peu de sang, n'eut pas de lochies, ni de lait dans les seins : elle n'éprouva

d'ailleurs aucun accident. Devenue mère depuis, elle a été de même sans lochies, et sans apparence de lait dans les mamelles.

DES TRANCHÉES UTÉRINES.

Les tranchées qu'éprouvent beaucoup de femmes dans les premiers jours de leur couche, tiennent aux efforts que fait l'utérus pour expulser quelques caillots de sang qui se sont formés dans son intérieur. Les douleurs sont plus ou moins vives, selon la constitution des malades, selon l'état de la matrice et le volume des caillots, enfin, selon la résistance qu'oppose l'orifice du col au passage de ces derniers.

Les femmes qui accouchent pour la première fois sont ordinairement exemptes de tranchées, parce que l'utérus revient sur lui-même avec assez de force pour empêcher qu'il ne s'amasse du sang dans sa cavité. Les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfans, celles qui accouchent trop vite, celles enfin dont la matrice se trouve comme frappée d'inertie, sont très-sujettes aux tranchées, parce que chez elles il s'amasse toujours, après l'accouchement, une plus ou moins grande quantité de sang dans la cavité utérine.

Diagnostic. La périodicité des tranchées, la dureté momentanée de la matrice, et l'expulsion de caillots par le vagin, ne permettent pas de confondre les tranchées utérines avec aucune autre maladie ; d'ailleurs, dans l'intervalle des douleurs le ventre n'est point sensible, et rien ne dénote l'existence d'une autre affection.

Durée. Les tranchées durent ordinairement trois ou quatre jours, et diminuent successivement d'intensité.

Pronostic. Peu fâcheux en général.

Traitement. Lorsque les tranchées sont modérées, il n'y a rien à faire ; on peut cependant exercer de légères frictions sur le corps de la matrice, et faire prendre aux malades quelques tasses d'une infusion légère de camomille. Lorsqu'au contraire les douleurs sont très-vives, il peut être utile d'avoir recours à la saignée, aux bains, aux injections émollientes et narcotiques dans la matrice, aux fomentations chaudes sur l'abdomen et aux potions antispasmodiques. Il peut être aussi très-convenable d'introduire un ou deux doigts dans le col de l'utérus, afin de diviser les caillots trop volumineux, et de favoriser ainsi leur sortie

---

DE LA MÉTRITE.

Les trois membranes qui entrent dans la composition de la matrice peuvent être affectées d'inflammation isolément ou simultanément pendant la grossesse (1), mais surtout après l'accouchement.

M. Nauche dit avoir trouvé, à l'ouverture d'une dame de trente-six ans, la membrane séreuse de la matrice rouge, violette, très-injectée, le reste de l'organe étant sain.

Quoi qu'il en soit, cette inflammation ne présentant par elle-même rien de particulier, nous ne la séparerons pas de celle du tissu propre de l'organe, dont elle n'est souvent que la continuation.

Nous avons traité ailleurs de l'inflammation de la membrane muqueuse, sous le nom de catarrhe utérin. (*Voyez* page 333.) Cet article sera donc exclusivement consacré à l'inflammation de la membrane moyenne ou tissu propre.

La métrite peut exister à l'état *aigu* ou à l'état *chronique* : elle peut être bornée au fond, au corps, ou au col de l'organe.

(1) La métrite qui survient durant la grossesse peut causer l'avortement ; elle ne présente d'ailleurs par elle-même aucune particularité.

Les causes sont, en général, celles de toutes les inflammations, et, en particulier, le travail de l'accouchement; les manœuvres faites pour extraire le fœtus ou le délivre; la suppression des lochies (1) occasionée par un refroidissement, par des injections astringentes, par une affection morale vive; les contusions et les déchirures de la matrice; l'usage du vin chaud et des alcooliques, etc. (2).

Symptômes. Etat aigu. Lorsque la maladie est bornée à la partie inférieure de la matrice, elle est surtout reconnaissable au gonflement du col, à sa mollesse, aux douleurs qu'occasione le toucher, et à l'écoulement prolongé d'une matière sanguinolente par la vulve.

Lorsque l'inflammation est générale, les malades commencent à se plaindre de malaise et de frissons; bientôt après, elles éprouvent dans la région hypogastrique une douleur vive, qu'augmentent encore la pression et tous les efforts de la respiration; on sent, à travers les parois du ventre, une tumeur arrondie, dure, formée par la matrice; l'intérieur du bassin est le siége d'un sentiment de chaleur, de pesanteur et de tension; l'excrétion des urines et des matières stercorales est souvent difficile et même douloureuse. Les malades se plaignent de tiraillemens dans les reins, les cuisses et les aines. Les lochies et la sécrétion du lait sont suspendues; les mamelles sont affaissées; un

(1) Plusieurs auteurs pensent que la suppression des lochies est toujours l'effet et non la cause de l'inflammation de la matrice; mais ils se trompent évidemment; car, dans beaucoup de cas, la suppression a lieu avant qu'il se soit manifesté aucun signe d'inflammation. Nous ne voyons pas d'ailleurs pourquoi, quand la suppression des règles produit l'inflammation de l'utérus, celle des lochies ne pourrait pas avoir les mêmes résultats.

(2) Beaucoup de femmes ont l'habitude de prendre après leurs couches des rôties au vin et à la cannelle, pour retrouver, disent-ils, leurs forces; mais ces boissons incendiaires déterminent souvent l'inflammation de la matrice. Une dame de la rue de Sorbonne, n° 4, vient d'être prise de cette inflammation pour avoir commis l'imprudence en question.

trouble général existe dans l'économie : le pouls devient fréquent ; la respiration s'accélère ; des hoquets et des vomissemens ont lieu ; les urines sont briquetées, la peau se sèche ; la face se décompose ; enfin il survient des défaillances, du délire, et souvent la mort.

Etat chronique. Lorsque la métrite est à l'état chronique, les symptômes qu'on observe sont à peu près les mêmes que dans l'état aigu ; seulement ils sont beaucoup moins intenses. Souvent il se fait par le vagin un écoulement abondant de matières séreuses et sanguinolentes.

Diagnostic. La métrite aiguë est en général facile à distinguer des maladies qui peuvent la simuler, surtout lorsqu'elle est bornée au col de l'organe ; alors, en effet, le toucher seul suffit pour éclairer le diagnostic. La métrite chronique n'est pas toujours aussi facile à reconnaître.

Complications. La métrite se complique souvent de la péritonite ; elle peut aussi déterminer la gastrite, l'entérite, l'hépatite, l'encéphalite, etc.

La métrite aiguë peut durer plusieurs jours, plusieurs semaines ; la métrite chronique se prolonge quelquefois des années entières.

Terminaisons. Toutes celles de l'inflammation en général.

Pronostic. Variable, selon l'étendue et le degré de la maladie, et aussi selon qu'elle est simple ou compliquée.

Traitement. L'inflammation aiguë de la matrice doit être combattue par les saignées générales et locales (1), propor-

(1) Quelques médecins ont conseillé d'appliquer des sangsues sur le col même de la matrice, au moyen d'un spéculum ; mais il est aujourd'hui bien reconnu que cette application a peu d'avantages et beaucoup d'inconvéniens.

tionnées aux forces des malades et à l'intensité des symptômes ; par les bains chauds, les fomentations émollientes sur l'hypogastre, les injections (1) dans le vagin, les lavemens, la diète, les boissons adoucissantes, les calmans, etc. Dans certains cas les dérivatifs sont d'une grande utilité. Si la maladie s'était terminée par gangrène, on aurait recours aux préparations de quinquina, en boissons, en fomentations et en injections. Il faut d'ailleurs opposer aux complications les remèdes qu'elles réclament ordinairement.

L'inflammation chronique exige, surtout, l'emploi des moyens hygiéniques capables de prévenir l'afflux du sang vers l'utérus. La saignée, les bains, les injections, les applications émollientes, peuvent être utiles chez les femmes qui jouissent d'une certaine force. On a, dans beaucoup de cas, retiré de bons effets de l'application de ventouses scarifiées sur les lombes.

Les douches avec les eaux de Plombières, de Cauterets, ou de Barèges, les vésicatoires et les cautères aux cuisses ou aux jambes, ont quelquefois produit de bons résultats. Certains auteurs ont vanté l'usage des frictions mercurielles sur le ventre, à la dose d'une demi-once matin et soir ; mais il reste encore à prouver si le mieux qui est survenu chez les malades a été plutôt le résultat des frictions que des autres moyens mis en usage.

DE L'INFLAMMATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS.

Les trompes utérines, les ovaires et les ligamens qui soutiennent la matrice en sa place, peuvent être affectés d'inflammation aiguë ou chronique, à la suite de l'accouchement.

Les malades se plaignent alors de douleurs, de chaleur,

(1) On peut préparer ces injections avec un cataplasme liquide de farine de graines de lin, ou bien encore avec la pulpe de potiron.

de gonflement et de tension dans celui des côtés qui est affecté : souvent aussi la cuisse correspondante est le siége d'une douleur vive. Enfin l'inflammation peut se propager à tout le ventre, et donner lieu à des symptômes généraux plus ou moins graves.

Marche, *pronostic* et *traitement*. Les mêmes que dans l'inflammation de la matrice ; seulement ici, lorsque la maladie se termine par suppuration, il faut se hâter de donner issue au pus, afin qu'il ne s'épanche pas à l'intérieur. Toutefois, on l'a vu se faire jour à travers les intestins, sans que pour cela la guérison en ait été de beaucoup entravée.

DE L'INFLAMMATION DES VEINES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES.

Cette inflammation est aujourd'hui démontrée par de nombreuses observations ; notre confrère, M. Dance, s'en est particulièrement occupé.

La maladie peut avoir lieu pendant la grossesse, mais principalement après l'accouchement, surtout quand, pour le terminer, il a fallu recourir à des manœuvres difficiles et long-temps prolongées.

Il n'est pas toujours facile de distinguer la phlébite de l'inflammation des organes eux-mêmes, parce que les symptômes de ces diverses affections offrent entre eux peu de différence.

La maladie se termine souvent par suppuration ; alors le pus se mêle au sang et circule avec lui, ce qui peut donner lieu aux plus graves accidens et même déterminer la mort.

Traitement. Les saignées générales et locales proportionnées aux forces des malades et à l'intensité des symptômes, ainsi que les dérivatifs sur les membres inférieurs

conviennent surtout. M. Nauche vante beaucoup l'usage des vomitifs et des excitans du système cutané ; il conseille, en outre, d'ajouter aux boissons les préparations d'acétate d'ammoniaque et, surtout, l'esprit de Mindérérus, à la dose de cinq ou six gouttes dans chaque tasse de boisson; M. Nauche fait aussi beaucoup de cas de l'hydrocyanate d'ammoniaque à la dose de cinq à six grains par pinte de boisson ; enfin il recommande l'usage du camphre, du quinquina, de la serpentaire de Virginie, des amers, et de l'assa-fœtida.

L'inflammation des nerfs des organes génitaux ne repose pas encore sur des faits bien positifs.

DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

La péritonite qui survient à la suite de l'accouchement se manifeste généralement au bout de trois ou quatre jours, rarement plus tard. Elle peut être partielle ou générale.

Causes. Beaucoup de faits tendent à prouver que l'inflammation du péritoine est le plus ordinairement consécutive à celle de l'utérus ; cependant, elle peut exister isolément et reconnaître les mêmes causes que la métrite.

Symptômes. Les malades éprouvent d'abord du malaise, de la courbature, quelques frissons vagues, puis de la chaleur et de la douleur dans un point ou dans toute l'étendue de l'abdomen dont les parois se tuméfient et deviennent tellement sensibles que la plus légère pression ne peut plus être supportée ; le poids même des couvertures est insupportable. Il survient des nausées, des vomissemens et de la fièvre : la figure exprime la souffrance ; la respiration est courte et entrecoupée ; le pouls petit et fréquent ; la peau d'une sécheresse remarquable. Les lochies sont moins abon-

dantes ou entièrement supprimées; les mamelles sont affaissées; les urines rouges; il y a constipation ou diarrhée; enfin, il survient quelquefois du délire et des convulsions.

Marche. La péritonite marche souvent d'une manière rapide, et, lorsqu'elle doit avoir une issue funeste, c'est le plus ordinairement du troisième au huitième jour que la mort arrive. Chez quelques femmes les symptômes, après avoir été très-intenses, diminuent par degré, et finissent par disparaître. La maladie passe quelquefois, mais rarement, à l'état chronique.

Diagnostic. On a pu, dans certains cas, confondre la péritonite avec l'inflammation de quelques viscères de l'abdomen, avec le rhumatisme de ses parois, avec quelque affection nerveuse. Mais il nous semble qu'on évitera toujours facilement l'erreur, si on a égard aux circonstances antécédentes, à l'état actuel des malades, et surtout à la nature et à la marche des symptômes.

Pronostic. Fâcheux en général; cependant il varie selon l'étendue de l'inflammation, selon son intensité, et, aussi, selon qu'elle est simple ou compliquée. D'ailleurs l'état général des femmes peut avoir une influence marquée sur le pronostic.

Nécropsie. Lorsque les malades succombent, on trouve souvent dans la cavité abdominale, outre les lésions communes à toutes les espèces de péritonite, une quantité variable d'un liquide qui a quelque ressemblance avec le lait.

Traitement. Les saignées générales et locales, les bains chauds, les cataplasmes de farine de lin et d'eau de guimauve, les fomentations émollientes et narcotiques, le repos le plus absolu, une diète sévère, la décoction de

chiendent, la limonade, l'orangeade, l'eau de groseille, l'eau de veau, l'eau de poulet, de légers laxatifs, etc., tels sont les moyens sur lesquels il faut surtout insister. Toutefois, il convient de favoriser le retour du lait dans les mamelles en les tenant très-chaudement, en les soumettant à des succions souvent réitérées, et en les couvrant de ventouses. Il faut de même, pour rappeler les lochies, appliquer des sangsues à la vulve, des ventouses aux cuisses, des sinapismes aux jambes, faire dans le vagin des injections émollientes, et donner des lavemens de même nature.

Quelques médecins ont beaucoup vanté l'usage de l'ipécacuanha; mais il nous semble qu'à moins d'indications particulières il faut être très-réservé sur l'emploi de ce médicament.

Les frictions mercurielles à haute dose (1) et souvent réitérées, sur le ventre, ont été préconisées dans ces derniers temps: on a même rapporté plusieurs exemples de succès; mais, comme l'auteur de ces observations est peu digne de foi, nous croyons devoir encore rester dans le doute sur l'efficacité du moyen; d'ailleurs, chez toutes les malades qu'on dit avoir guéries, les émissions sanguines ont été employées conjointement avec les frictions, de telle sorte qu'il est impossible de préciser à laquelle des deux méthodes la guérison doit être attribuée.

Toutefois, nous pensons que dans les cas désespérés on devrait essayer de ces frictions. M. Chomel conseille, en outre, d'appliquer sur le ventre un large vésicatoire.

Si un épanchement considérable de liquide avait lieu dans le ventre, la paracenthèse deviendrait indispensable.

La péritonite chronique est presque toujours la suite de

(1) Une friction de deux gros, toutes les deux heures. On conseille de faire prendre, en même temps, deux grains de calomel toutes les deux ou trois heures.

la péritonite aiguë ; cependant elle peut exister primitivement.

Les signes qui la caractérisent sont, à peu près, les mêmes que ceux de la péritonite aiguë ; seulement ils ont beaucoup moins d'intensité.

La marche est ordinairement très-lente, et les malades se trouvent tantôt bien, tantôt mal.

Le diagnostic est quelquefois très-obscur, surtout quand la maladie est primitive.

Le pronostic est en général grave, et presque toujours les femmes finissent par succomber.

Le traitement diffère peu de celui de la péritonite aiguë ; seulement il faut user de la saignée avec ménagement, insister sur les dérivatifs, et prescrire un régime des plus sévères.

DE LA NÉVRITE.

La compression des nerfs sciatiques, cruraux et sous-pubiens, pendant l'accouchement, en détermine souvent l'inflammation, dit M. Dugès.

Ces sortes de névralgies, ou mieux de névrites, sont caractérisées par une vive douleur et par la présence d'un cordon dur et inégal le long du nerf malade. Par fois il se développe, dans le même trajet, un phlegmon considérable, ou plusieurs phlegmons en chapelet, lesquels s'abcèdent pour l'ordinaire. Un phlegmon gangréneux et mortel a paru tenir à la même cause. Dans d'autres circonstances, l'œdème actif des membres s'en est suivi, et peut-être le phlegmatia alba dolens est-il souvent dû à la névrite.

Les sangsues, les cataplasmes, et surtout les bains soulagent et guérissent cette douleur, qui par fois dure plusieurs

semaines, même quand il n'y a ni abcès, ni œdème. Les narcotiques sont en général peu utiles. (*Manuel d'obst.*)

DES ÉRUPTIONS CUTANÉES.

Les femmes qui viennent d'accoucher sont quelquefois affectées d'une éruption de boutons blanchâtres, ou rougeâtres, surmontés d'une petite vésicule remplie de sérosité, qui causent souvent une démangeaison fort incommode.

C'est, le plus ordinairement, du troisième au cinquième jour des couches que les boutons commencent à paraître; ils peuvent occuper toutes les régions du corps, mais ils se montrent de préférence au cou, à la poitrine, au ventre, aux poignets, et aux mains.

Causes : elles sont, en général, peu connues, et c'est à tort qu'on a regardé l'éruption comme étant le résultat d'un régime échauffant, de sueurs abondantes, ou d'une métastase laiteuse. MM. Gardien et Capuron l'attribuent, peut-être avec plus de raison, à un état particulier de l'atmosphère et de la peau.

Les effets de la maladie sur l'économie animale sont presque toujours nuls, et rarement la santé générale en est dérangée; cependant il s'y joint quelquefois un peu de fièvre.

La durée est de quelques jours seulement; après quoi, les boutons se dessèchent et s'en vont en farine.

Le traitement consiste dans l'administration de bains tièdes et de boissons adoucissantes : les malades doivent, d'ailleurs, se tenir chaudement, prendre des lavemens, et observer une diète légère.

Si l'éruption était compliquée d'une autre maladie, il faudrait combattre cette dernière par les moyens convenables.

DE L'ENGORGEMENT DES MEMBRES ABDOMINAUX.

(*Eléphantiasis des Arabes ; Maladie glandulaire de Barbade ; OEdème douloureux ; Phlegmatia alba dolens ; Angio-leucite*, etc.)

On a successivement donné ces différens noms à l'inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. Lorsque la maladie survient après l'accouchement, elle se manifeste le plus souvent du cinquième au quinzième jour, et affecte presque constamment l'un des membres abdominaux, quelquefois même tous les deux en même temps. Chez certaines femmes, la maladie, après avoir occupé un membre, le quitte brusquement pour passer à l'autre.

Causes prédisposantes. Les femmes d'un tempérament lymphatique et celles qui viennent d'accoucher sont plus exposées que les autres à la maladie dont il s'agit. D'après M. Gardien, c'est à l'irritation des glandes de l'aine, déterminée par la grossesse et l'accouchement, que les femmes en couches doivent cette prédisposition.

Causes occasionelles. On s'accorde généralement à regarder l'impression subite du froid et de l'humidité, lorsque le corps est échauffé, comme la cause qui détermine le plus souvent l'angio-leucite.

Symptômes. La maladie commence ordinairement par une douleur sourde qui du bassin se propage au pli de l'aine et à tout le membre correspondant. Bientôt il se forme, dans le trajet des principaux troncs des vaisseaux lymphatiques, une sorte de corde noueuse, dure, tendue, rougeâtre et sensible à la pression. Un véritable érysipèle et un engorgement plus ou moins considérable

ne tardent pas à paraître et à se propager successivement à tout le membre affecté. Alors surviennent des symptômes généraux plus ou moins intenses, tels que des frissons, des accès de fièvre intermittente, des vomissemens, quelquefois même du délire. Souvent la sécrétion du lait et celle des lochies se trouvent interrompues ; souvent aussi les malades sont en proie au découragement et à la tristesse.

Lorsque la maladie dure depuis quelque temps, la rougeur et la chaleur se dissipent par degrés ; mais le gonflement fait chaque jour des progrès, et le membre malade devient monstrueux. Les tissus prennent plus de consistance ; souvent il se forme, dans diverses points, des abcès qui s'ouvrent à la surface de la peau, et ne guérissent qu'avec une extrême difficulté. Souvent, aussi, mais seulement dans les climats très-chauds, la peau se couvre de croûtes jaunâtres et devient rugueuse et fendillée.

Durée et terminaison. La maladie dure plus ou moins long-temps, selon l'intensité des causes et des symptômes, et aussi selon la constitution des femmes ; elle peut se terminer par résolution au bout de quarante et quelques jours. La guérison est beaucoup plus difficile à obtenir, quand il s'est formé de nombreux abcès dans l'épaisseur du membre.

Traitement. Lorsque les symptômes inflammatoires sont très-prononcés, on peut retirer de très-bons effets des saignées locales et générales, surtout si on a recours en même temps aux applications émollientes et narcotiques, aux boissons adoucissantes, telles que l'eau de veau, l'eau de poulet, l'eau de chiendent, et à la diète. Les astringens peuvent aussi être d'un grand secours. Bien entendu que les malades doivent garder le repos le plus absolu dans la position horizontale, et se préserver avec soin du froid et de l'humidité. Plus tard, il peut être avantageux de recourir aux applications légèrement toniques, en même temps qu'aux diurétiques et aux légers purgatifs : on s'est quelquefois

bien trouvé de la compression exercée sur tout le membre. M. Lisfranc a plusieurs fois obtenu d'excellens effets des mouchetures pratiquées en très-grand nombre, et des vésicatoires très-souvent renouvelés. Il importe surtout, ici, de favoriser la sécrétion du lait par des succions souvent réitérées, et l'écoulement des lochies par des injections chaudes et des bains de vapeurs.

Lorsque la maladie se termine par suppuration, on a recours aux cataplasmes maturatifs, et plus tard on ouvre les abcès que l'on panse ensuite selon les règles de l'art. Si la suppuration était très-abondante, on soutiendrait les forces des malades au moyen des toniques sagement administrés.

Si l'angio-leucite était compliquée d'une ou de plusieurs autres maladies, on opposerait à ces dernières le traitement qu'elles réclament ordinairement.

CHAPITRE IV.

MALADIES DE LA LACTATION.

DES MALADIES DU MAMELON.

Les succions qu'exerce l'enfant, lors qu'il tette ; la présence d'aphthes dans sa bouche, ainsi que l'impression brusque du froid, peuvent donner lieu à l'inflammation du mamelon, et celle-ci entraîner à sa suite des douleurs telles que la lactation devienne impossible.

Cette maladie, qui peut affecter toutes les terminaisons propres à l'inflammation, réclame d'abord l'emploi des émolliens et des calmans. Dans quelques cas, les fomenta-

tions toniques produisent d'assez bons effets. Il ne faut se servir des astringens qu'avec la plus grande réserve.

Si un abcès existait, on l'ouvrirait et on panserait ensuite selon les règles de l'art.

La gangrène devrait être traitée par les moyens qu'on lui oppose ordinairement.

Si des *ulcérations* ou des *crevasses* venaient à se former, il faudrait, surtout si les malades éprouvaient de très-vives douleurs, laver fréquemment la partie affectée avec l'eau de graine de lin ou de guimauve mélangée avec celle de pavot. On pourrait aussi la couvrir de corps gras, tels que le cérat, la crême, la pommade de concombre, le beurre de cacao, etc.

Une fois les douleurs calmées, les malades devraient redonner le sein à l'enfant; mais alors, pour leur épargner de nouvelles souffrances, et aussi pour protéger le mamelon, il conviendrait de couvrir ce dernier d'un petit chapeau en gomme élastique percé à son sommet, ou, mieux encore, de celui qui est surmonté d'un pis de vache préparé; ce dernier instrument offre sur l'autre de très-grands avantages.

Si ces ulcérations ou crevasses devenaient chroniques, l'onguent blanc de Rhazis devrait être employé; mais on aurait soin de nettoyer le mamelon avec de l'huile chaque fois que l'enfant devrait prendre le sein. (*Dugès.*)

DU SPASME DES MAMELLES.

Ce spasme, qui affecte de préférence les femmes qui nourrissent, s'annonce souvent, comme le dit M. Nauche, par la suppression subite de la sécrétion du lait; d'autres fois, par l'augmentation de cette sécrétion; d'autres fois, par des changemens dans la nature du lait lui-même; d'autres

fois, enfin, par la constriction ou le relâchement des conduits excréteurs du mamelon.

Les causes de cette maladie ne sont pas toujours très-appréciables ; cependant l'expérience prouve qu'une constitution délicate et nerveuse y dispose, et que les affections morales vives la produisent presque instantanément. Ainsi, nous l'avons observée une fois chez une jeune dame de dix-neuf ans, à la suite d'un accès de colère, et une autre fois chez une dame de vingt-huit ans, à la suite d'une très-grande frayeur. Les éruptions cutanées, les gerçures et les excoriations peuvent aussi déterminer le spasme des mamelles. Quelquefois ce spasme est transmis sympathiquement par celui des organes génitaux ou par le cerveau. (*M. Nauche.*)

Traitement. Il faut avoir égard, dans l'administration des remèdes, aux causes de la maladie et à la constitution des malades. La saignée peut être utile s'il y a pléthore. Dans tous les cas, les applications chaudes et émollientes, les bains, les antispasmodiques et les narcotiques sont indiqués. Lorsque les femmes sont très-faibles, on se trouve bien de l'emploi des toniques ; enfin, il importe, surtout, de prescrire un régime approprié à l'état des malades.

Si le mal reconnaissait pour cause des affections morales tristes, il faudrait, autant que possible, en éloigner le souvenir, en procurant aux femmes quelques sujets de distraction.

DE L'ENGORGEMENT INFLAMMATOIRE DES MAMELLES.

(*Poil*, *Mastoïte*, *Mammite*).

Causes. L'engorgement inflammatoire qui survient dans les mamelles, après l'accouchement, peut être occasioné par une sécrétion trop abondante de lait; par l'impression brusque d'un air froid; par une violence extérieure; par les crevasses, quelquefois très-profondes, qui affectent le mamelon; par les applications astringentes que font certaines femmes dans l'intention de conserver la fermeté de leurs seins, en prévenant un développement trop considérable; enfin, selon M. Nauche, par l'altération du lait à la suite de passions vives, telles qu'un mouvement de colère, une frayeur, une grande contrariété.

Symptômes. Si, dans quelques cas, l'engorgement des mamelles survient sans symptômes précurseurs, dans d'autres il est précédé de malaise, de frissons et même de fièvre. Les mamelles deviennent ensuite plus sensibles que de coutume, et prennent un accroissement très-marqué. Bientôt après, l'engorgement continuant toujours de faire des progrès, les seins acquièrent un volume considérable et deviennent bosselés, chauds, durs, tendus et douloureux à la moindre pression. Alors la respiration est gênée; le pouls se développe et prend de la fréquence; la langue se sèche et devient blanchâtre; la peau se couvre de sueur; les urines sont rares et sédimenteuses, etc.

Terminaisons. Toutes celles de l'inflammation en général; cependant, les plus fréquentes sont la *résolution*, qui s'annonce par la diminution graduée des symptômes; et la *suppuration*, qui est constamment précédée de frissons irréguliers et de douleurs lancinantes. Lorsque l'abcès est formé,

on distingue la fluctuation, la peau rougit, s'élève en pointe, s'use, et s'ouvre, enfin, si l'art ne vient pas au secours des malades.

Pronostic. L'engorgement des mamelles constitue rarement une maladie dangereuse ; cependant, on l'a vu se compliquer au point de compromettre l'existence des femmes.

La maladie est, en général, moins grave chez les femmes qui nourrissent que chez celles qui ne nourrissent pas. La constitution des malades, l'intensité, et la marche de l'inflammation font encore varier le pronostic.

Traitement. Il faut, autant que possible, favoriser la résolution de l'engorgement au moyen de la saignée générale et des sangsues appliquées dans le voisinage, ou même au centre de l'inflammation. On devrait aussi, dans le même but, administrer aux malades des diurétiques, de légers purgatifs, et couvrir les seins de fomentations ou de cataplasmes émolliens et narcotiques. L'allaitement, quoi qu'en disent M. Dugès et autres, devrait être continué, si les succions n'occasionaient pas de trop vives douleurs ; dans le cas contraire, il devrait être cessé, car il ne ferait qu'aggraver l'état des malades.

Si, malgré ces moyens, l'engorgement se terminait par suppuration, il faudrait employer les cataplasmes maturatifs, et, plus tard, l'instrument tranchant. Une fois l'abcès ouvert, on panserait suivant les règles de l'art.

Si l'inflammation se terminait par induration, on aurait recours aux frictions avec l'onguent mercuriel, ou la pommade d'hydriodate de potasse ; aux emplâtres de Vigo, de ciguë, ou de savon ; aux douches simples ou composées ; aux purgatifs doux. Les sangsues appliquées à plusieurs reprises ont souvent produit de très-bons effets. Il importe, dans tous les cas, que les mamelles soient tenues bien chaudement au moyen d'une peau de cygne ou de lapin.

DES DIFFÉRENS ETATS DU LAIT.

Le lait est naturellement peu consistant, d'un blanc terne tirant légèrement sur le bleu. Sa saveur est très-douce ; son odeur a quelque chose de particulier qu'on ne retrouve dans aucun autre liquide du corps humain.

Examiné quatre mois après l'accouchement, il contient, dit M. Orfila d'après Deyeux et Parmentier, très-peu de matière butireuse, fort peu de caséum, beaucoup de sucre de lait, beaucoup de crême, des hydrochlorates de soude et de chaux, une partie volatile odorante à peine sensible, et peut-être du soufre. Toutefois, cette composition diffère singulièrement, suivant l'époque plus ou moins éloignée de l'accouchement, et aussi suivant la nature des alimens dont se servent les nourrices.

Les femmes d'un tempérament lymphatique, celles d'une constitution délicate, et qui font usage de mauvais alimens, ont quelquefois le lait tellement clair, que les enfans qui le prennent ne tardent pas à être affectés de diarrhée et à dépérir. On parvient quelquefois à redonner au liquide plus de consistance en soumettant les femmes à un régime nourrissant, et en leur faisant prendre quelques boissons toniques et amers, telles que les vins généreux, ceux d'absinthe et de gentiane, la décoction de quinquina, etc. Si les mamelles paraissaient affectées d'une sorte d'atonie, on aurait recours aux frictions sèches et aux applications toniques.

Les femmes d'une forte constitution, et qui font habituellement usage d'alimens trop succulens, ont quelquefois le lait tellement épais, que les enfans ne peuvent le digérer, et sont bientôt pris de nausées, de vomissemens, de coliques et de diarrhée. Il faut alors changer le régime des nourrices et faire qu'elles ne prennent que des alimens peu nutritifs.

Il convient aussi de les mettre, pendant quelque temps, à l'usage de boissons délayantes.

Le lait prend quelquefois, chez les femmes qui se nourrissent mal, une teinte jaunâtre et une saveur acide ou amère : il est alors, ordinairement, de mauvaise qualité. On parvient presque toujours à le rendre meilleur en soumettant les malades à un régime plus convenable.

Toutefois, nous devons dire, ici, que c'est moins par l'aspect extérieur du lait qu'on juge de ses qualités bonnes ou mauvaises, que par l'état de l'enfant qui en fait usage. Ce dernier vient-il bien ? le lait de la nourrice, quelle que soit son apparence, est bon ; dans le cas contraire, il est mauvais.

DE L'ÉCOULEMENT INVOLONTAIRE DU LAIT.

L'atonie, ou la sensibilité trop grande du mamelon fait que, quelquefois, le lait coule involontairement des mamelles, et produit l'épuisement des femmes.

Dans le premier cas, les excitans à l'extérieur et à l'intérieur sont indiqués. M. Nauche vante l'infusion de sauge et, en particulier, la décoction de racine de ratanhia. On peut aussi avoir recours aux applications astringentes sur le mamelon. Il importe surtout de mettre les malades à l'usage d'un bon régime.

Dans le second cas, les calmans et les narcotiques sont particulièrement indiqués.

DE LA RÉTENTION DU LAIT DANS LES MAMELLES.

Causes. Lorsque le mamelon est tellement gros, ou tellement court que l'enfant a peine à le saisir; lorsque ce dernier est extrêmement faible; lorsque les seins sont affectés d'inflammation ou de spasme; lorsqu'enfin le mamelon est imperforé, le lait reste dans les mamelles et y produit du gonflement, de la tension, des douleurs, et même un véritable engorgement inflammatoire, si on ne se hâte pas de mettre en usage les moyens capables de le prévenir.

Traitement. La rétention du lait qui tient à un vice de conformation du mamelon est ordinairement incurable, et, si les deux seins se trouvent dans le même état, la femme doit renoncer à nourrir.

Lorsque la rétention du lait tient à la faiblesse de l'enfant, il faut choisir une nourrice dont le lait coule plus facilement.

L'inflammation et le spasme des mamelles doivent être traités, la première par les antiphlogistiques, le second par les calmans et les narcotiques.

Lorsqu'il est reconnu impossible que la femme nourrisse, on se comporte à son égard comme nous l'avons dit p. 111.

DE LA SÉCRÉTION TROP ABONDANTE DU LAIT.

Les femmes fortes, robustes, sanguines ou nerveuses, celles qui vivent dans l'oisiveté et font usage d'alimens trop succulens, celles enfin dont les mamelles jouissent d'un surcroît d'action ont quelquefois une sécrétion de lait tellement abondante, qu'elles pourraient facilement suffire à l'allaitement de plusieurs enfans. Au rapport de M. Nauche, on a vu des femmes fournir huit à dix pintes de ce liquide dans une seule journée.

Symptômes. Les mamelles sont développées outre mesure, et le lait s'en écoule quelquefois à flots (*M. Capuron.*) Les femmes éprouvent des douleurs plus ou moins vives dans la poitrine, le dos et les lombes ; et, dans certains cas, elles dépérissent à vue d'œil.

Le lait est, d'ailleurs, clair, sans consistance, et peu ou point nutritif; aussi voit-on presque toujours les enfans perdre leur embonpoint et leur santé.

Traitement. On modère ordinairement la sécrétion trop abondante du lait par les débilitans de toute espèce, et surtout par le régime. On se trouve bien aussi, dans certains cas, de l'usage des calmans, tels que l'opium, la thridace, la jusquiame, etc., et de l'emploi des dérivatifs sur les membres inférieurs, les voies urinaires, et le canal intestinal.

Il faut être très-réservé sur les applications locales, astringentes, ou aromatiques.

DE L'AGALAXIE.

(*Défaut de lait.*)

Cette maladie consiste dans une sécrétion trop peu abondante de lait, ou dans l'absence complète de cette sécrétion.

Causes. L'agalaxie survient chez les femmes âgées, faibles, délicates, nerveuses, valétudinaires; chez celles qui sont affectées d'inflammations chroniques, de pertes abondantes, ou qui se trouvent sous l'influence d'affections morales tristes ; enfin chez celles dont les glandes mammaires sont peu développées, ou comme atrophiées. Les applications astringentes sur les mamelles peuvent aussi déterminer l'agalaxie.

Symptômes. Les mamelles sont flasques, peu développées, et ne fournissent qu'une très-petite quantité de lait, ou n'en fournissent point du tout. L'enfant, si la femme veut absolument nourrir, languit et paraît tourmenté par la faim.

Traitement. Lorsque la maladie tient uniquement à l'état de faiblesse, il faut relever les forces de la malade par l'exercice et par l'usage des toniques et d'un bon régime. Des succions souvent réitérées sur le mamelon sont aussi très-propres à exciter la sécrétion du lait. M. Nauche recommande l'usage des infusions de fenouil et de serpolet.

Lorsque l'agalaxie n'est que le symptôme d'une autre affection, il faut combattre cette dernière par les moyens qu'elle réclame.

Le développement incomplet, et l'atrophie des glandes mammaires sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art.

Lorsqu'on a reconnu qu'il est impossible de rappeler la sécrétion du lait, il faut se hâter de donner une nourrice à l'enfant; autrement, on compromettrait son existence.

CHAPITRE V.

Modifications à apporter dans le traitement des maladies, durant la grossesse.

DU TRAITEMENT DES MALADIES, EN GÉNERAL, PENDANT LA GROSSESSE.

Indépendamment des maladies propres à la gestation, on rencontre souvent, chez les femmes enceintes, les mêmes affections qu'aux autres époques de la vie; c'est ainsi qu'il n'est pas très-rare de voir la grossesse se compliquer de fièvres, de phlegmasies superficielles ou profondes, d'affections nerveuses, d'hydropisies, etc.

Ces diverses maladies demandent à être traitées de la même manière que lorsque les femmes sont en état de vacuité; seulement les remèdes violens doivent être administrés avec plus de circonspection.

S'agit-il des évacuations sanguines? il faut, à moins d'indications particulières, préférer de petites saignées, répétées à des intervalles convenables, et s'abstenir de ces grandes évacuations qui seraient capables de produire des syncopes, l'avortement même, et d'amener, par suite, une faiblesse, dont la femme ne pourrait plus se rétablir. (*M. Maygrier.*)

S'agit-il des vomitifs? il convient souvent de les faire précéder de la saignée, surtout lorsqu'il y a pléthore. L'ipécacuanha doit être constamment préféré à l'émétique.

Lorsque les vomissemens ont cessé, on peut faire prendre aux malades quelques cuillerées d'une potion calmante, pour remédier, comme le dit M. Capuron, à l'ébranlement et à l'agitation de l'organisme.

S'agit-il des purgatifs ? il faut avoir soin de n'administrer que des minoratifs, les drastiques pouvant déterminer des accidens, entre autres l'avortement.

DE LA SYPHILIS PENDANT LA GROSSESSE.

La syphilis qui affecte les femmes grosses se montre absolument sous les mêmes formes que dans l'état de non gestation ; aussi nous abstiendrons-nous de reproduire ici cette série de symptômes que tout le monde connaît, pour ne nous occuper que des particularités que présente le traitement de la maladie durant la grossesse.

On pense, généralement, que le traitement antisyphilitique ne doit être commencé qu'après le troisième mois révolu, à cause des troubles qu'éprouvent jusque-là les organes de la digestion ; cependant, si les symptômes étaient graves, il faudrait bien passer outre, et administrer aux malades le traitement que réclame leur état ; ce serait le plus sûr moyen de prévenir la mort du fœtus et l'avortement, car il est reconnu que la syphilis peut déterminer ces deux accidens.

Mais, si les femmes étaient exemptes de nausées, de vomissemens, de salivation, de coliques et de diarrhée, il n'y aurait aucun inconvénient à les traiter dès les premiers temps de la grossesse.

Quelques auteurs pensent qu'on ne doit pas non plus commencer le traitement toutes les fois qu'il ne peut être achevé avant l'accouchement ; mais cette opinion n'est aucunement fondée, et l'expérience prouve, au contraire, qu'il

est toujours avantageux de traiter les malades, lors même qu'elles n'auraient plus que trois semaines ou un mois à parcourir.

« L'intérêt de l'enfant, dit M. Gardien, veut aussi que l'on commence le traitement pendant la grossesse, quoiqu'on ne puisse pas le terminer ; il est moins incommodé du mercure lorsqu'il en a éprouvé les premiers effets dans le sein maternel. »

Il convient de préparer les malades au traitement par deux ou trois bains tièdes, pris à plusieurs jours de distance, et pendant une heure au plus. Ces bains seront continués avec les mêmes précautions pendant toute la durée du traitement.

On administre ensuite ou la liqueur de Van-Swieten (1), ou le sublimé en pilules (2), ou bien encore les frictions avec l'onguent napolitain (3). Ces dernières ont souvent l'inconvénient de déterminer la salivation : cependant, on prévient quelquefois cet accident, en ne portant successivement la dose qu'à un gros et demi au plus, et en mettant entre chaque friction trois ou quatre jours d'intervalle. On peut, d'ailleurs, pour plus de sûreté, unir le camphre à

(1) Cette liqueur n'est autre chose qu'une dissolution de six ou huit grains de deuto-chlorure de mercure dans une livre d'eau distillée. On la donne à la dose de deux cuillerées par jour, une le matin et une le soir, dans un demi-verre de lait ou d'une décoction de graine de lin.

(2) Chaque pilule se compose de : ext. de gaiac ℥ iij. — D'opium gom., ℥ ß. — Sublimé corrosif ℥ $\frac{1}{5}$ ou $\frac{1}{6}$. On donne deux pilules par jour, une le matin et une le soir ; on pourrait même en administrer, au bout de quelque temps, une troisième à midi, si le cas l'exigeait. Il est très-rare que ces pilules incommodent les malades. On peut aussi employer le deuto-chlorure de mercure en bains. On en fait dissoudre d'abord 2 gros dans une demi-livre d'eau qu'on delaye ensuite dans l'eau de la baignoire, en ajoutant un peu de son. On augmente ensuite la dose du deuto-chlorure de manière à la porter successivement à 4, 6 et même 8 gros.

(3) On peut aussi, dans certains cas, employer avec succès les préparations d'or et celles d'antimoine : on retire quelquefois des avantages inespérés de la tisane de Feltz.

l'onguent, dans les proportions de deux scrupules par once.

Les frictions doivent être faites de la même manière que lorsque les femmes ne sont point enceintes, et il convient de ne les suspendre que douze ou quinze jours après la disparition complète des symptômes de la maladie.

On doit faire prendre aux malades, pendant toute la durée du traitement, la tisane et le sirop sudorifiques, surtout si l'infection est générale et ancienne.

Si la salivation survenait, on suspendrait immédiatement l'usage du mercure, et on aurait recours aux boissons et aux gargarismes adoucissans et opiacés; on devrait aussi entretenir la liberté du ventre au moyen de lavemens.

Sans doute, ceux qui nient l'existence du virus vénérien, et qui pensent que les antiphlogistiques seuls peuvent guérir *radicalement* toute espèce d'affection syphilitique, vont se récrier en nous voyant prescrire le mercure. Mais, qu'ils soient de bonne foi, et ils conviendront que, si dans certains cas le traitement antiphlogistique a pu faire disparaître les symptômes inflammatoires qui accompagnent si souvent la syphilis, rarement les malades ont été complètement guéris. Et, d'ailleurs, serait-il prudent d'avoir recours, durant la grossesse, au traitement qu'ils proposent? Outre qu'on pourrait déterminer l'avortement, guérirait-on, par des sangsues appliquées à la mère, la maladie qui a pu se communiquer au fœtus?

TROISIÈME PARTIE.

MALADIES
DES ENFANS.

AVERTISSEMENT.

Notre ouvrage étant, principalement, destiné à ceux qui se livrent d'une manière toute spéciale à la pratique des accouchemens, nous ne traiterons, dans cette troisième partie, que des maladies dont l'enfant peut être affecté en venant au monde, ou peu de temps après sa naissance. Celles qui surviennent plus tard appartiennent à la médecine en général et ne doivent pas trouver place ici.

L'ordre que nous suivrons dans l'exposition des matières diffère peu de celui qui a été adopté par la plupart des auteurs, et, en particulier, par MM. Gardien, Capuron, Maygrier et Dugès.

Dans un premier chapitre, nous exposerons

les différens vices de conformation que l'enfant peut apporter en naissant.

Dans un second chapitre, nous traiterons des maladies que l'enfant a pu contracter, lorsqu'il était encore renfermé dans le sein de sa mère.

Dans un troisième chapitre, nous nous occuperons spécialement des lésions qui peuvent être le résultat du travail de l'accouchement lui-même.

Dans un quatrième chapitre, enfin, nous présenterons le tableau des maladies qui se manifestent le plus communément peu de temps après la naissance.

TROISIÈME PARTIE.

MALADIES DES ENFANS.

CHAPITRE Ier.

VICES DE CONFORMATION

Que l'enfant peut apporter en naissant.

DES MONSTRUOSITÉS EN GÉNÉRAL

A l'exemple de M. Andral, nous diviserons en trois classes différentes les monstruosités que certains fœtus apportent en naissant. Dans la première, nous placerons celles par excès de développement; dans la seconde, celles par défaut de développement; dans la troisième, celles par disposition insolite des organes.

Monstruosités par excès de développement. Certains fœtus naissent avec des doigts et des orteils surnuméraires; avec augmentation dans le nombre des vertèbres, des côtes et des muscles; avec une double langue, un double œso-

phage, un double duodénum ; d'autres présentent tout à la fois les organes du sexe masculin et du sexe féminin ; d'autres ont deux pénis, deux clitoris, quatre vésicules séminales, trois, quatre ou cinq mamelles, deux cœurs (*Winslow*), deux aortes, deux ou trois pieds sortis d'une même jambe ; d'autres, enfin, ont le canal intestinal divisé en deux portions qui se terminent chacune à un anus particulier ; les organes urinaires peuvent aussi être doubles.

Quelquefois, les monstruosités par excès de développement consistent dans l'addition d'une portion de fœtus à un fœtus bien conformé, ou dans la fusion plus ou moins complète de deux fœtus.

Ainsi, au rapport de M. Andral, on a vu une tête de fœtus placée sur le sommet de la tête d'un autre fœtus : on a vu aussi une tumeur, ayant la forme d'un abdomen, accolée à un enfant d'ailleurs bien conformé.

Lorsqu'il y a fusion de deux fœtus, on peut rencontrer une tête simple pour deux corps (*monocéphalie*) (1), une tête double pour un seul corps (*dicéphalie*); enfin, la tête et le corps peuvent être doubles. Quant aux extrémités, elles sont quelquefois au nombre de trois ou quatre supérieurement et inférieurement (2).

Les parties surnuméraires, ainsi que l'observe M. Andral, peuvent ne consister qu'en un tronçon informe ; d'autres fois, elles sont bien configurées extérieurement ; mais si on en fait la dissection, on trouve en moins ou des os, ou des muscles, ou des tendons, etc.

D'après Meckel, les monstruosités par excès de dévelop-

(1) M. Andral observe que, lorsqu'une seule tête surmonte deux corps, on trouve fréquemment qu'elle résulte de la fusion de deux autres têtes ; de même l'existence d'un seul corps n'est souvent qu'apparente.

(2) Ces membres surnuméraires n'ont pas une position fixe ; ils peuvent naître au-dessus, au-dessous, en avant ou en arrière du membre normal, ou, même, naître de lui.

pement sont plus fréquentes dans les parties supérieures du corps que dans les inférieures. D'après le même auteur, les monstres du sexe féminin sont beaucoup plus communs que ceux du sexe opposé : sur quatre-vingts monstres, soixante étaient du sexe féminin. Certains vices de conformation paraissent être héréditaires.

Monstruosités par défaut de développement. On a vu des fœtus privés d'œsophage, d'estomac, de gros intestins, de diaphragme, d'appareil urinaire (*Fleishmann*), de cerveau (*anencéphalie*), de tête (*acéphalie*), de cou, de thorax, d'extrémités supérieures ou inférieures, d'organes génitaux externes, d'yeux, de paupières, de nez, de palais, d'une partie du système artériel, etc.

On doit rapporter aux monstruosités par défaut de développement les divisions, les ouvertures contre nature, qui toutes s'expliquent par un arrêt de développement (*Andral*). De ce nombre sont l'absence partielle ou totale des parois des grandes cavités, le bec-de-lièvre, l'écartement des os du palais, l'hypospadias, l'union immédiate des mains aux épaules, ou des pieds au bassin.

Ici encore se rapportent les monstruosités qui résultent de l'oblitération des ouvertures naturelles, telles que l'anus, l'urèthre, la pupille, les sinus frontaux et maxillaires, les ventricules du cerveau, et ceux qui résultent de la réunion anormale de parties ordinairement distinctes, comme la fusion des deux yeux vers le milieu de la face (ce qui constitue la *cyclopie*), la fusion des oreilles, etc.

Monstruosités par disposition insolite des organes. Ici se rangent tout naturellement les transpositions partielles ou générales des organes ; les anomalies d'origine des artères et des veines, etc.

Causes. D'après M. Andral, la plupart des monstruosités doivent être rapportées à un vice de développement, et ce

n'est que dans des cas assez rares que les maladies jouent un rôle principal dans la production des difformités du fœtus.

M. Geoffroi Saint-Hilaire admet dans certains cas l'existence d'une action mécanique ; il regarde aussi certaines adhérences comme étant une cause fréquente des vices de conformation du fœtus.

Il est inutile de dire que l'imagination des femmes n'a pas, sur la production des monstruosités, l'influence qu'on lui a autrefois attribuée ; seulement il est possible que de fortes émotions morales éprouvées par la mère apportent quelques troubles dans la nutrition et par suite dans le développement du fœtus.

DES RÉTRÉCISSEMENS.

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DES PAUPIÈRES.

Les enfans naissent quelquefois avec les paupières réunies dans une étendue plus ou moins considérable, de telle sorte que la vision est rendue difficile ou même impossible.

L'adhérence peut avoir lieu de deux manières, ou par la présence d'une membrane intermédiaire, ou par le rapprochement immédiat du bord libre des paupières. Elle peut d'ailleurs être simple ou compliquée.

L'opération qui doit rétablir les parties dans leur état normal peut être faite au moment de la naissance. Elle est généralement peu dangereuse et réussit presque toujours, surtout quand l'adhérence est simple. En opérant de bonne heure, on rend à l'enfant l'un des sens les plus utiles au développement de ses facultés intellectuelles.

La division des paupières doit être faite de la manière suivante : on glisse une sonde cannelée au devant de l'œil, afin de ne pas le blesser, et on incise sur elle avec des

ciseaux ou un bistouri ; il faut prendre bien garde d'intéresser les points lacrymaux, car l'enfant resterait sujet à un larmoiement continuel et involontaire.

L'opération étant terminée, on prévient la formation de nouvelles adhérences en isolant les lèvres de la plaie, au moyen de bandelettes enduites de cérat.

S'il existait des adhérences entre les paupières et le globe de l'œil, on les détruirait avec précaution, et on s'opposerait à leur rétablissement en faisant de fréquentes injections.

Lorsque les adhérences ont pour siége la cornée transparente, la vision ne se rétablit presque jamais.

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DES NARINES.

L'ouverture des narines est quelquefois tellement étroite, chez les enfans qui viennent de naître, que le passage de l'air ne s'effectue qu'avec une extrême difficulté.

Il importe de remédier à ce vice de conformation, afin de rendre à la respiration toute sa liberté, et aussi, pour empêcher que par suite la parole ne soit, comme on le dit, nasillarde.

L'opération à faire consiste à pratiquer une incision dans le sens connu des narines, et à maintenir l'ouverture béante au moyen de mèches ou de canules.

Si une hémorrhagie venait à se manifester, on aurait recours à l'introduction d'un tampon, qu'on laisserait en place jusqu'au moment ou la suppuration commencerait à s'établir.

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DE L'OUVERTURE DE LA BOUCHE.

L'ouverture de la bouche est quelquefois tellement étroite, au moment de la naissance, qu'elle ne peut remplir ses fonctions que d'une manière très-imparfaite.

Ce vice de conformation doit être corrigé de suite, car il nuit essentiellement au développement de l'enfant.

L'opération à pratiquer consiste à inciser chacun des côtés de l'ouverture jusqu'à ce que la bouche ait acquis ses dimensions normales. Il faut tâcher de ne pas intéresser les artères coronaires.

On place, ensuite, entre les lèvres de la plaie, des bandelettes de linge enduites de cérat, ou des lames de plomb. On peut aussi se servir de crochets d'argent mousses et planes, attachés à des fils que l'on coud derrière la tête, et qui, placés dans les commissures, les tiennent convenablement écartées (1).

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DES CONDUITS AUDITIFS EXTERNES.

Cette étroitesse peut être le résultat du prolongement et du rapprochement de l'anthélix, du tragus, et de l'anti-tragus ; dans d'autres cas, c'est la portion osseuse même du conduit qui est naturellement trop étroite, au point qu'il y a quelquefois contact presque immédiat entre les parois opposées : on cite un cas dans lequel le conduit auditif pouvait à peine admettre une aiguille (2).

(1). *Nouv. Élém. de Pathol. médic. chirurg.*
(2) *Idem.*

Lorsque l'étroitesse tient au développement trop considérable des éminences de l'oreille, on fait disparaître le vice de conformation en excisant ces éminences.

L'étroitesse naturelle de la portion osseuse du conduit est au-dessus des ressources de l'art.

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DU PRÉPUCE.

Cette étroitesse, à laquelle on reconnaît plusieurs degrés, peut être portée assez loin pour que l'urine, ne s'écoulant au dehors qu'avec une extrême difficulté, s'amasse entre le prépuce et le gland, et détermine les mêmes accidens que dans le cas où l'ouverture manque entièrement.

L'opération qui doit rétablir les parties dans leur état naturel est alors indispensable. Cette opération est la même que celle qu'on pratique dans le cas d'imperforation. (*Voy. cet article.*)

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DE L'URÈTHRE.

Cette étroitesse peut être assez considérable pour que l'urine ne sorte que goutte à goutte, et avec une extrême difficulté ; alors les enfans souffrent continuellement, et font à chaque instant des efforts pour uriner.

Il importe de remédier de bonne heure à ce vice de conformation, sans quoi le séjour prolongé de l'urine dans la vessie et la distension forcée qui en est la suite ne manqueraient pas d'entraîner les plus graves accidens.

Si l'étroitesse n'était pas portée très-loin, il suffirait, pour obtenir une dilatation convenable, d'introduire dans le canal des bougies de volume gradué. Dans le cas contraire, on serait obligé d'agrandir l'ouverture au moyen du bistouri boutonné, ou du bistouri pointu conduit sur une sonde cannelée.

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DE LA VULVE.

Les petites filles naissent quelquefois avec une telle étroitesse de la vulve qu'une opération devient indispensable. Mais ici, à moins que l'écoulement des urines soit empêché, ce n'est qu'à l'âge de la puberté qu'on doit rendre à la vulve ses dimensions normales, afin que le sang des règles s'écoule librement au dehors, et que la femme puisse, par suite, accoucher facilement.

L'opération à pratiquer est la même que dans le cas d'imperforation complète. Le traitement consécutif ne présente non plus aucune différence.

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DU VAGIN.

Ce vice de conformation qui n'occasione, après la naissance, aucune espèce d'accident, n'est ordinairement reconnu qu'à l'âge de puberté; nous ne devons donc pas en traiter ici. (Voyez page 33.)

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DU RECTUM.

L'enfant naît quelquefois avec un ou plusieurs rétrécissemens du rectum, lesquels peuvent occasioner la rétention des matières stercorales, et donner lieu, par suite, aux mêmes accidens que l'imperforation de l'anus.

On parvient, dans certain cas, à redonner à l'intestin ses dimensions normales, en y introduisant des mèches dont on gradue chaque jour le volume. Dans d'autres cas, on est obligé d'avoir recours à l'instrument tranchant.

DE L'ÉTROITESSE CONGÉNIALE DE L'ANUS.

Les enfans naissent quelquefois avec une étroitesse de l'anus telle que les matières contenues dans les intestins ne peuvent s'écouler au dehors qu'avec une extrême difficulté.

S'il ne survient aucun accident, on peut se contenter de dilater graduellement l'ouverture au moyen de mèches ou de canules : mais si l'enfant est tourmenté par la rétention des matières, si le ventre augmente de volume et devient douloureux, il faut ne pas hésiter à inciser le pourtour de l'anus ; sans quoi, les accidens augmenteraient d'intensité, et le petit malade ne tarderait pas à succomber.

Après l'opération, il convient de placer des mèches dans l'ouverture, et d'en continuer l'usage jusqu'à parfaite guérison.

DES OCCLUSIONS ET IMPERFORATIONS.

DE L'OCCLUSION DES PUPILLES.

Cette occlusion peut être le résultat de la persistance de la membrane pupillaire, ou d'une inflammation survenue du côté de l'iris ; elle peut aussi tenir à l'interposition de quelque caillot de sang, ou de quelque portion de pus concrété dans cette ouverture (1).

Ce vice de conformation, quelle qu'en soit la cause, ne peut être corrigé qu'au moyen de l'opération qui consiste à pratiquer une pupille artificielle. Toutefois, on ne doit pas se presser d'agir, lorsque l'occlusion tient à la présence de la membrane pupillaire, car l'expérience démontre que cette membrane peut disparaître d'elle-même au bout d'un temps très-court.

(1) *Nouv. Élém. de Pathol. méd. chirurg.*

DE L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES.

Les paupières peuvent être unies ensemble dans toute leur étendue, et priver complètement l'enfant du sens de la vue.

Ici, comme dans le cas d'étroitesse congéniale, l'adhérence peut avoir lieu au moyen d'une membrane intermédiaire, ou par le rapprochement immédiat du bord libre des paupières. Elle peut aussi être simple ou compliquée.

Le traitement est absolument le même que celui de l'étroitesse congéniale : seulement, comme il n'existe pas d'ouverture, il faut, lorsqu'on veut pratiquer l'opération, commencer par soulever les paupières avec une pince, vers le petit angle de l'œil, et faire là une petite excision qui puisse permettre d'introduire une sonde cannelée, pour terminer l'opération comme il a été dit au sujet de l'étroitesse (*Voyez* page 510).

DE L'OCCLUSION DES NARINES.

Les narines peuvent être fermées, 1° par la présence d'une membrane ; 2° par l'adhérence de l'aile du nez à la cloison ; 3° par celle de la lèvre supérieure à la base du nez ; 4° par l'adhésion de leur bord.

Les enfans qui naissent avec ce vice de conformation ne peuvent respirer que par la bouche, et sont très-sujets aux inflammations de la gorge et des bronches.

L'opération à pratiquer consiste à rétablir l'ouverture des narines au moyen de l'instrument tranchant, et à la maintenir béante à l'aide de mèches ou de canules, dont l'usage doit être continué jusqu'à complète cicatrisation.

DE L'OCCLUSION DE LA BOUCHE.

L'ouverture de la bouche peut être complètement fermée au moment de la naissance. Les lèvres sont alors unies, comme le dit M. Gardien, par le moyen d'une simple pellicule membraneuse, ou bien elles sont agglutinées immédiatement et se touchent à nu.

L'occlusion de la bouche est incompatible avec la vie de l'enfant, et on ne saurait mettre trop d'empressement à y remédier.

Le traitement est le même que pour l'étroitesse congéniale ; seulement, lorsqu'il s'agit de l'opération, il faut commencer par pratiquer vers l'une des commissures une petite ouverture qui devra servir de passage à la sonde cannelée ou au bistouri boutonné.

S'il existait des adhérences entre la face interne des lèvres et les gencives, on les détruirait avec précaution et on s'opposerait à leur reproduction en faisant de fréquentes injections, ou en plaçant entre les surfaces de la plaie des bandelettes de linge ou des lames de plomb.

DE L'OCCLUSION DES CONDUITS AUDITIFS EXTERNES.

Cette occlusion peut tenir à la présence d'une membrane placée de champ à l'entrée du canal ou dans sa profondeur. Elle peut être aussi le résultat du rapprochement et de la réunion des parois du conduit.

L'occlusion des oreilles peut entraîner, par suite, le mutisme, et doit être traitée aussitôt après la naissance.

Si le vice de conformation tient à la présence d'une membrane placée de champ, il faut inciser crucialement cette

dernière, et avoir ensuite recours à l'introduction de mèches ou de canules jusqu'à parfaite guérison.

Si les parois du canal se trouvaient exactement réunies, le succès de l'opération serait très-douteux. Cependant on devrait essayer de rétablir le conduit en pratiquant une ponction que l'on maintiendrait dilatée comme il a été dit précédemment.

DE L'IMPERFORATION DU PRÉPUCE.

Lorsque l'enfant vient au monde avec ce vice de conformation, ses urines, au lieu de s'écouler au dehors, s'épanchent entre le gland et le prépuce, où elles forment une tumeur ordinairement molle et fluctuante, mais qui se tend toutes les fois que le besoin d'uriner se fait sentir.

Si on ne se hâte pas de recourir à l'opération qui doit rétablir le libre cours des urines, ces dernières ne tardent pas à s'infiltrer dans le tissu cellulaire de la verge et du scrotum, et la vie du petit malade est mise dans le plus grand danger.

Opération. Lorsque le prépuce a plus de longueur qu'il ne doit en avoir, il convient de pratiquer la circoncision; dans le cas contraire, on se borne à faire une incision. On panse simplement; et, s'il survient des accidens inflammatoires, on les combat par les antiphlogistiques.

DE L'IMPERFORATION DE L'URÈTHRE.

L'extrémité antérieure de l'urèthre peut être entièrement oblitérée chez l'enfant qui vient de naître. Tantôt la place que devrait occuper l'ouverture est marquée par un petit sillon; d'autres fois on n'en aperçoit aucune trace.

On reconnaît que l'imperforation n'occupe que la partie

antérieure du canal par la distension plus ou moins grande qui existe derrière l'obstacle au moment où l'enfant fait effort pour uriner. La vessie est d'ailleurs distendue, et fait par dessus les pubis une tumeur plus ou moins volumineuse. L'enfant éprouve de vives souffrances et court des dangers réels.

On remédie à ce vice de conformation en plongeant la pointe d'un bistouri étroit au milieu du gland, dans le moment où le canal est rempli par l'urine. On maintient ensuite l'ouverture béante en y introduisant des bougies.

Lorsque l'imperforation s'étend à une grande partie ou à la totalité du canal, on parvient quelquefois, chez l'enfant du sexe féminin seulement, à rétablir les voies, en plongeant la lame d'un bistouri ou un trois-quarts dans la direction du canal et jusque dans la vessie. Mais chez l'enfant du sexe opposé, la chose est impraticable, et, si la nature ne fournit pas aux urines une voie artificielle, en conservant l'ouraque, par exemple, on est obligé d'en venir à la ponction de la vessie (1) soit à travers le vagin, soit par dessus le pubis; mais, alors, quoi qu'on fasse, et bien qu'on soit parvenu à procurer aux urines un libre écoulement, les enfans périssent presque toujours.

DE L'IMPERFORATION DE LA VULVE.

Les petites filles naissent quelquefois avec une imperforation complète de la vulve. Les deux grandes lèvres sont intimement unies dans tous leurs points, et les urines ne peuvent pas s'écouler au dehors. Il faut alors, de toute nécessité, pratiquer une incision dans la direction et dans l'étendue connues de la vulve, sans quoi l'enfant se trouverait exposé à tous les dangers que peut entraîner la rétention des urines dans l'intérieur de la vessie.

(1) On entretient cette ponction ouverte, en y introduisant des sondes ou de petites canules.

Une fois l'opération pratiquée, on panse de manière à ce que les deux lèvres de la plaie se cicatrisent isolément.

S'il survenait quelques symptômes inflammatoires, on les combattrait par les moyens accoutumés.

DE L'IMPERFORATION DU VAGIN.

Cette imperforation qui est, le plus souvent, bornée à l'entrée du canal, tient ou à la présence de la membrane hymen qui forme une cloison complète, ou bien encore à la réunion immédiate des bords de l'ouverture.

Il arrive quelquefois aussi que le vagin est imperforé dans un point quelconque de sa longueur, ou même dans toute son étendue.

On ne s'aperçoit ordinairement de ces différens vices de conformation qu'à l'âge de puberté, parce qu'alors seulement la rétention des menstrues cause des accidens qui mettent dans la nécessité d'examiner les parties génitales. (*Voyez* pages 33 et 314.)

DE L'IMPERFORATION DU RECTUM.

Le rectum peut être oblitéré par suite de l'adhérence intime de ses parois entre elles, ou bien encore par la présence d'une membrane située de champ dans un point quelconque de son étendue.

Ce vice de conformation est souvent méconnu à cause de la bonne conformation de l'anus qui empêche de le soupçonner. Le moyen le plus sûr de le découvrir consiste à introduire un doigt ou plutôt une sonde mousse dans l'intérieur du rectum.

Une fois reconnue, l'oblitération doit être détruite par

une opération. S'agit-il d'une cloison membraneuse, on l'incise crucialement au moyen d'un bistouri étroit ou d'un pharyngotome. S'agit-il, au contraire, d'un rétrécissement circulaire de l'intestin, il est plus convenable de se servir d'un trois-quarts, dont on ne fait saillir la pointe que lorsqu'on est arrivé à l'obstacle ; on agrandit ensuite la ponction à l'aide d'un bistouri boutonné.

Une fois l'opération terminée, on introduit dans l'intestin des mèches dont on augmente graduellement le volume, et on en continue l'usage jusqu'à parfaite cicatrisation.

DE L'IMPERFORATION DE L'ANUS.

L'enfant naît quelquefois avec une imperforation complète de l'anus, qui s'oppose à l'issue des matières stercorales, et donne lieu à des accidens qui ne manquent pas de devenir fâcheux lorsqu'on ne se hâte pas de recourir à l'opération. Celle-ci d'ailleurs réussit d'autant mieux qu'on la pratique plus tôt.

Si l'imperforation tient à la présence d'une membrane, on incise crucialement cette dernière ; mais, si le vice de conformation est le résultat de la réunion des bords de l'anus, on commence par plonger un trois-quarts jusque dans la cavité du rectum, et on agrandit ensuite la ponction au moyen de l'instrument tranchant.

On maintient l'ouverture béante par l'introduction de mèches ou de canules.

Si on ne réussissait pas à rétablir le cours des matières, on se hâterait de pratiquer un anus contre nature. (*Voyez* l'art. *Absence du rectum.*)

DES ADHÉRENCES CONTRE NATURE.

DES ADHÉRENCES DE LA LANGUE AUX GENCIVES ET AUX JOUES.

La langue, chez l'enfant qui vient de naître, se trouve quelquefois fixée aux gencives ou aux joues par une ou plusieurs brides membraneuses ; d'autres fois, l'organe est fixé par une espèce de bourrelet et d'une manière intime à la paroi inférieure de la bouche. Ces adhérences s'opposent constamment aux mouvemens de la langue, et rendent presque toujours la succion impossible : elles doivent donc être aussitôt détruites à l'aide d'un bistouri boutonné ou de ciseaux mousses.

Les mâchoires seront maintenues écartées, pendant l'opération, au moyen d'un bouchon placé entre elles, et l'opérateur saisira, autant que possible, la langue entre le pouce et l'indicateur de la main gauche. S'il survenait une hémorrhagie, on l'arrêterait à l'aide des styptiques ou du cautère actuel. Ordinairement, les mouvemens de la langue s'opposent efficacement à la reproduction des adhérences ; dans le cas contraire, on devrait promener de temps à autre, entre les surfaces, un stylet boutonné ou tout autre corps arrondi.

DU PROLONGEMENT DU FILET DE LA LANGUE.

Il n'est pas très-rare de voir le filet se prolonger jusqu'à la pointe de la langue, et fixer l'organe à la paroi inférieure de la bouche, de manière à rendre difficiles ou impossibles les mouvemens nécessaires à la succion.

Ce vice de conformation est des plus faciles à reconnaître ; il suffit, en effet pour cela, de faire ouvrir la bouche à

l'enfant, ou d'y introduire l'indicateur de l'une des mains.

L'opération à pratiquer consiste à soulever la pointe de la langue avec la plaque d'une sonde cannelée, et à inciser le frein au-dessous de cette dernière au moyen de ciseaux droits et mousses dont on a soin de baisser la pointe, afin d'épargner les artères ranines.

Si une hémorrhagie survenait, on l'arrêterait sûrement en portant sur les vaisseaux divisés le bouton d'un stylet rougi à blanc.

DE L'ADHÉRENCE DU PÉNIS AU SCROTUM.

Ce vice de conformation, dont on cite peu d'exemples, n'apporte après la naissance aucune gêne dans l'émission des urines ; seulement il change la direction du jet.

Dans l'âge adulte, il s'oppose à l'acte de la génération, et nécessite alors une opération dont les résultats ne sont pas toujours satisfaisans.

DE L'ADHÉRENCE DES DOIGTS ENTRE EUX.

Cette adhérence, qui peut être partielle ou générale, tient le plus souvent à la présence d'une membrane intermédiaire qui s'étend depuis la commissure des doigts jusqu'à leur sommet, et donne à l'extrémité affectée quelque ressemblance avec une patte d'oie. D'autres fois, l'adhérence a lieu d'une manière immédiate.

Lorsque le vice de conformation occupe les pieds, il mérite peu d'attention ; mais, lorsqu'il affecte les mains, il gêne considérablement leurs fonctions, et doit être corrigé peu de temps après la naissance.

Lorsque l'adhérence est le résultat de la présence d'une membrane intermédiaire, on enlève cette membrane en l'incisant, de chaque côté, avec un bistouri ou bien avec des ciseaux. Lorsqu'au contraire l'adhérence est immédiate, on la détruit en faisant glisser un bistouri entre les doigts contigus.

Une fois l'opération terminée, on panse chaque doigt séparément, et on fixe ensuite toute la main sur une palette en bois offrant à son extrémité antérieure cinq divisions.

DES DIVISIONS CONTRE NATURE.

DE LA DIVISION DES OS DE LA VOUTE PALATINE.

Il n'est pas extrêmement rare de rencontrer des enfans qui naissent avec un écartement plus ou moins considérable des os de la voûte palatine.

Ce vice de conformation, qui tient évidemment à un arrêt de développement, pendant la vie intrà-utérine, existe souvent en même temps que le bec-de-lièvre et la division du voile du palais. Il apporte toujours une gêne plus ou moins grande dans la succion et la déglutition, et oblige quelquefois de faire téter les enfans dans une situation verticale, ou de les élever au biberon.

L'écartement des os de la voûte palatine guérit ordinairement par les seuls progrès de l'âge; cependant on pourrait retirer de grands avantages d'une compression méthodique établie sur les parties latérales de la face. M. le docteur Delmas eut à traiter plusieurs enfans chez qui les os du palais présentaient entre eux jusqu'à cinq lignes d'écartement : au bout d'un mois de compression exercée sur les côtés de la mâchoire supérieure, au moyen du bandage de Louis modifié, la réunion des os fut presque complète. (*Journal analytique de médecine*, etc., février 1828.)

DE LA DIVISION DU VOILE DU PALAIS.

Ce vice de conformation consiste en une division longitudinale qui peut être bornée à la luette, ou s'étendre à toute la hauteur du voile du palais. Souvent cette division est accompagnée de celles de la voûte palatine et de la lèvre supérieure.

Lorsque l'affection est simple et bornée à la luette, elle ne cause ordinairement que peu d'incommodités ; mais, lorsqu'elle occupe toute la hauteur du voile du palais, et qu'elle est accompagnée de la division de la voûte palatine et de celle de la lèvre supérieure, la succion et la déglutition sont rendues extrêmement pénibles, et les alimens pénètrent en grande partie dans les fosses nasales, à moins qu'on ne tienne l'enfant dans une position verticale, et, encore, est-on souvent obligé d'avoir recours à l'allaitement artificiel.

La division de la luette, ainsi que celle du voile du palais, ne peuvent être traitées dans les premiers temps de la vie ; ce n'est que plus tard qu'il est possible d'avoir recours à la *staphyloraphie*. Cette opération, qui consiste à raviver les bords de la division et à les mettre en contact au moyen de trois points de suture (1), a été depuis quelque temps pratiquée avec beaucoup de succès. On a obtenu vingt-deux fois, sur quarante, la réunion exacte des parties (2).

DE LA DIVISION DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE, OU BEC-DE-LIÈVRE CONGÉNIAL.

Ce vice de conformation tient, de même que les deux

(1) Voir pour le procédé opératoire, les *Nouv. Élém. de Pathol. médic. chirurg.*

(2) *Journal Analytique de méd.* ; avril 1828, page 139.

précédens, à un arrêt de développement pendant la vie intrà-utérine ; il est souvent compliqué de la division de la voûte palatine et de celle du voile du palais.

Le bec-de-lièvre peut être simple ou double ; il est quelquefois compliqué d'adhérences de la lèvre aux gencives.

Les fentes correspondent presque toujours aux narines, dans lesquelles elles se perdent le plus communément.

Le bec-de-lièvre, surtout lorsqu'il est compliqué de la division de la voûte palatine, peut rendre la succion très-difficile ou même impossible, ce qui nuit considérablement à l'accroissement de l'enfant.

On doit opérer de suite, si la succion est rendue absolument impossible ; dans le cas contraire, il est préférable d'attendre que l'enfant ait atteint l'âge de quatre ou cinq ans.

L'opération consiste : 1° à détacher la lèvre des gencives, si elle y adhère ; 2° à raviver les bords de la division au moyen de l'instrument tranchant ; 3° à maintenir ces derniers en contact à l'aide de deux ou trois points de suture entortillée : il peut être très-utile d'avoir en même temps recours au bandage unissant.

Une fois l'opération terminée, on couche le petit malade la tête élevée, afin que, s'il survient une hémorrhagie, le sang ne coule pas inaperçu.

Les aiguilles ne doivent être retirées que lorsqu'on a la certitude que la cicatrisation est complètement opérée.

DE L'HYPOSPADIAS.

On dit que l'enfant est affecté d'hypospadias, lorsque le canal de l'urèthre s'ouvre dans un point quelconque de la face inférieure de la verge.

Tantôt l'ouverture anormale à son siége à la base du gland ; d'autres fois, au contraire, elle se trouve immédiatement en avant ou en arrière des bourses.

Ce vice de conformation, qu'on ne peut attribuer qu'à un arrêt de développement, n'a ordinairement que peu d'inconvéniens chez l'enfant qui vient de naître ; dans l'âge adulte, il s'oppose presque toujours à la génération.

L'hypospadias qui a son siége près des bourses est toujours incurable ; lorsqu'au contraire l'ouverture accidentelle se trouve à peu de distance du sommet de la verge, la guérison n'est pas absolument impossible. Pour l'obtenir, il faut perforer le gland jusqu'à l'urèthre au moyen d'un trois-quarts ou d'une lancette, placer ensuite dans la perforation une sonde flexible, et raviver par le caustique les bords de l'ouverture anormale, afin d'en obtenir la cicatrisation.

Toutefois, comme l'opération est peu sûre, il ne faut l'entreprendre que lorsqu'il est bien reconnu que le vice de conformation s'oppose à la reproduction de l'individu.

DE L'ÉPISPADIAS.

Ce vice de conformation, qui consiste dans la présence de l'ouverture de l'urèthre sur le dos de la verge, se rencontre beaucoup plus rarement que le précédent. Il n'entraîne pas plus d'inconvéniens que l'hypospadias chez l'enfant nouveau-né ; mais, dans l'âge adulte, il s'oppose à la génération, et est toujours incurable. En voici un exemple fort remarquable, consigné dans le Journal analytique du mois de décembre 1827, page 568 :

« Un enfant de six mois porte depuis sa naissance le vice « de conformation suivant :

« Lorsque le pénis est recouvert par le prépuce, il forme

« une saillie mamelonnée qui se termine par un point rou-
« geâtre ; c'est l'orifice du prépuce. Si on ramène ce dernier
« en arrière, on trouve le frein bien conformé ; mais le
« gland présente à sa face supérieure et sur la ligne médiane
« une rainure qui s'étend depuis sa pointe jusqu'à sa base.
« Si on écarte les bords de cette rainure, on découvre une
« gouttière profonde qui divise le gland en deux parties
« égales, et qui aboutit, derrière sa couronne, à l'urèthre
« qui s'insinue entre les corps caverneux. De chaque côté
« de cette gouttière, on observe deux autres gouttières aussi
« larges et aussi profondes que la première, lesquelles se
« dirigent de bas en haut, de dehors en dedans, et se réu-
« nissent en arrière à la première, de façon à imiter la figure
« d'une feuille de trèfle.

« Le jet de l'urine, après avoir parcouru le canal de l'u-
« rèthre, remonte derrière le gland, se trouve divisé par
« les trois gouttières lorsque le gland est découvert, et est
« lancé au dehors en différens sens. Mais lorsque le prépuce
« recouvre le gland, l'urine dilate la poche qu'il forme au-
« devant de lui, et traverse son orifice rétréci en formant
« un seul jet qui jaillit au loin et avec force. »

DE L'EXCÈS DE PARTIES.

DES DOIGTS SURNUMÉRAIRES.

Il n'est pas très-rare de voir des enfans naître avec un ou plusieurs doigts surnuméraires (1) placés soit au côté interne des mains, soit sur le côté externe des pieds. Ce vice de conformation est souvent héréditaire.

(1) Dans quelques cas rares on a trouvé à une main, ou à chaque main et à chaque pied, sept, huit et jusqu'à dix doigts ou orteils. (*Nouv. Élém. de Pathol.*)

Les doigts surnuméraires ont quelquefois la même organisation et jouissent des mêmes mouvemens que les autres doigts. D'autres fois, ils ne tiennent que par un pédicule charnu et sont absolument immobiles. Dans certains cas, au lieu d'un doigt entier, on ne trouve qu'une partie de doigt résultant de la bifurcation de l'une des phalanges du petit doigt ou du pouce (1).

Les doigts surnuméraires, à moins qu'ils n'aient la même direction que les autres, et qu'ils ne gênent en rien leurs mouvemens, doivent toujours être amputés. On procède à l'opération comme de coutume, lorsqu'il s'agit de doigts articulés ; et, dans le cas contraire, on coupe tout simplement le pédicule avec un bistouri ou des ciseaux.

Lorsque le vice de conformation tient à la bifurcation d'une phalange, on pratique la résection de la partie surnuméraire.

DES TUMEURS ET TACHES CUTANÉES.

(*Envies.*)

Il n'est pas très-rare de rencontrer, sur la peau des enfans qui naissent, des tumeurs ou des taches de forme, de volume, de couleur et de consistance variés, que le vulgaire attribue ridiculement aux désirs non satisfaits qu'ont pu avoir les femmes durant leur grossesse. Ces tumeurs, ou taches ne compromettent en aucune manière la vie ni même la santé des enfans ; seulement elles les rendent plus ou moins difformes.

Les tumeurs qui tiennent à la peau par un pédicule étroit peuvent être facilement séparées au moyen d'une ligature ou mieux encore par l'instrument tranchant. Celles à

(1) *Nouv. Élém. de Pathol.*

large base doivent être respectées dans beaucoup de cas, à cause des dangers qui pourraient suivre leur extirpation. D'ailleurs, la cicatrice qui résulterait de l'opération rendrait peut-être les petits malades plus difformes qu'ils ne l'étaient auparavant.

Les taches rouges, violettes, ou bleuâtres, dépendent, ainsi que l'observe M. Dugès, d'un état morbide du système capillaire de la peau, et dégénèrent souvent en *fungus hæmatodes*. Celles qui sont plates et sans turgescence n'exigent aucune espèce de traitement; celles qui, au contraire, sont saillantes et susceptibles d'accroissement, doivent être comprimées ou même extirpées.

DU PROLONGEMENT DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE.

Lorsque ce vice de conformation existe, le globe de l'œil est constamment couvert, et l'enfant se trouve entièrement privé de la lumière, si le prolongement a lieu des deux côtés à la fois.

On distingue le prolongement de la paupière supérieure, de sa chute occasionée par la paralysie de son muscle releveur, aux efforts que fait ce dernier pour découvrir l'œil. Dans le resserrement spasmodique des paupières on trouve, lorsqu'on veut mettre l'œil à découvert, une résistance qu'on ne rencontre pas dans le cas de prolongement.

Le traitement du prolongement de la paupière supérieure consiste dans l'usage des applications toniques, et, quelquefois aussi, dans l'excision d'une partie plus ou moins étendue de peau.

DU PROLONGEMENT DE LA LANGUE.

La langue, chez l'enfant qui vient de naître, forme quelquefois au dehors de la bouche une saillie plus ou moins considérable qui gêne la succion et la déglutition, en même temps qu'elle donne lieu à un écoulement habituel de salive qui épuise rapidement la constitution et la santé des petits malades.

Le prolongement congénial de la langue peut tenir à la faiblesse des muscles qui doivent retenir l'organe dans la bouche; aussi arrive-t-il qu'on y remédie quelquefois en sollicitant l'action de ces muscles par le contact de substances irritantes, telles que le poivre, le sel ou l'alun. Dans d'autres cas on est obligé, pour faire cesser les accidens, de retrancher la portion excédante de la langue.

DU PROLONGEMENT DU PRÉPUCE.

Il arrive quelquefois que le prépuce est tellement long, qu'il gêne le passage des urines et donne lieu, par suite, à divers accidens inflammatoires.

Il est toujours facile de remédier à ce vice de conformation en pratiquant la circoncision. Cette opération consiste, comme on le sait, à retrancher d'un seul coup de bistouri toute la portion excédante du prépuce. M. Lisfranc conseille, pour que la section ait lieu d'une manière plus sûre et plus convenable, de tenir au moment de l'opération le prépuce fixé au moyen d'une pince à anneaux.

S'il survenait une hémorrhagie, on l'arrêterait par l'application du cautère actuel.

Le pansement doit être simple, et renouvelé autant de fois que la chose est nécessaire.

DU DÉFAUT DE PARTIES.

DE L'ABSENCE DU RECTUM.

On peut croire que le rectum manque, dit M. Sanson, quand l'ouverture de l'anus n'est point marquée, quand on ne sent rien qui indique que le sphincter existe, quand les efforts de l'enfant ne font pas bomber le point correspondant à celui où devrait exister l'ouverture inférieure du rectum, et, surtout, quand on a pratiqué inutilement une ponction pour aller à la recherche de l'intestin.

L'établissement d'un anus artificiel est alors la seule ressource qui reste en faveur du petit malade.

Voici un procédé qui a été mis en usage avec succès par M. Duret (1):

« Après avoir convenablement placé l'enfant, l'opérateur fit à la paroi abdominale, entre la crête iliaque et les fausses côtes, au-dessus de la région iliaque, et vis-à-vis de la saillie formée par l'S du colon distendue, une incision d'un pouce et demi, qui pénétra dans la cavité abdominale. Le doigt indicateur, introduit dans la plaie, servit à attirer au dehors l'S du colon, dont le repli mésentérique fut traversé avec deux fils, et fixé solidement à l'extérieur. L'intestin, dont on n'avait plus alors à craindre la rentrée, fut incisé dans l'étendue d'un pouce. Une grande quantité de méconium s'écoula, et les accidens graves auxquels l'enfant était en proie se dissipèrent; l'adhérence entre les lèvres de la plaie et l'intestin étant convenablement établie le cinquième jour, on retira les fils, et au bout de sept jours le malade fut complètement guéri, moyennant un anus contre nature dont

(1) *Nouv. Élém. de Pathol. méd. chir.*

les deux bouts se renversèrent au dehors quelque temps après. »

On peut aussi pratiquer avec succès l'anus artificiel dans la région lombaire ; mais, outre que l'opération est moins sûre, il est plus difficile, par suite, de mettre en usage les soins de propreté qu'exige impérieusement l'état du malade.

DES DÉVIATIONS DE PARTIES.

DU STRABISME.

Les enfans sont assez souvent affectés de strabisme au moment ou peu de temps après leur naissance.

La déviation tient alors à l'inégalité de force des yeux, ou plutôt, ainsi que le disent MM. Roche et Sanson, à la persistance d'une irritation cérébrale légère, d'une convulsion partielle et permanente (1).

Dans le premier cas, on parvient quelquefois à corriger la difformité en couvrant l'œil sain, et en obligeant par ce moyen l'œil malade à agir seul. On peut aussi placer dans le même but, au-devant de l'œil dévié, une calotte de carton percée d'une petite ouverture à son centre. M. le professeur Rossi conseille l'usage de lunettes dont les verres sont recouverts d'un vernis noir, et percés de telle manière que la lumière pénètre par un point directement opposé à celui vers lequel l'œil est habituellement porté.

Dans le second cas, il faut surtout mettre en usage tous les moyens capables de diminuer l'irritation de l'encéphale.

(1) D'après le professeur Rossi, le strabisme peut tenir aussi à une conformation vicieuse de l'orbite, à une anomalie dans l'insertion de l'un des muscles droits ou obliques ; enfin, à la direction vicieuse dans laquelle les rayons lumineux frappent les yeux. (*Voy. Journ. Analyt. de méd.*, octobre 1829.)

DE L'INCLINAISON DE LA TÊTE ET DU COU.

Les enfans qui viennent de naître ont quelquefois la tête et le cou inclinés dans un sens ou dans un autre, par suite du défaut d'harmonie entre les muscles qui président ordinairement à la rectitude naturelle de ces parties.

Il faut alors, pour obtenir le redressement, faire des applications toniques sur les muscles affaiblis, et surtout obliger l'enfant à porter sa tête du côté opposé à celui vers lequel elle penche : « Que la nourrice, dit M. Capuron, place l'enfant en travers devant son sein, de manière qu'il ne puisse atteindre le mamelon, ni le sucer, sans tourner la tête vers le côté où elle est le moins inclinée ; qu'on affecte de placer toujours de ce même côté les objets dont il est friand, ou qui peuvent piquer sa curiosité, et l'on aura la satisfaction d'obtenir, par la voie de la douceur et sans efforts, ce que n'auraient pu faire la contrainte et la rudesse. »

DES PIEDS-BOTS.

L'enfant qui naît avec les pieds renversés en dedans ou en dehors doit être traité le plus tôt possible ; car, ainsi que l'observe M. Capuron, plus l'enfant est tendre, et plus il est facile de corriger ses difformités.

Qu'on évite, toutefois, d'avoir recours aux machines dont on se sert dans un âge plus avancé, et qu'on ne se serve, au moins durant quelque temps, que de bandages souples et méthodiquement appliqués.

CHAPITRE II.

Maladies que l'enfant peut apporter en naissant.

DE LA SYPHILIS.

L'enfant peut contracter la syphilis lorsqu'il est encore dans le sein de sa mère ; il peut en être affecté au moment de son passage à travers les parties génitales ; enfin, la maladie peut lui être communiquée par le lait de sa nourrice.

Les symptômes, par lesquels s'annonce l'infection, peuvent exister au moment de la naissance, ou ne se manifester que quelques jours, et même quelques semaines après. Ils consistent, comme chez l'adulte, en des pustules, des boutons, des chancres, des phlyctènes, des ulcères, des végétations, des tumeurs, des engorgemens lymphatiques, des écoulemens, des érysipèles, etc. Ils peuvent d'ailleurs occuper toutes les régions du corps, mais ils se montrent de préférence dans la région de l'anus, aux parties génitales, aux yeux, à la bouche et au nez.

Il faut, d'après Bertin, ajouter à ces symptômes l'apparence de décrépitude, la macération et la solution de continuité de l'épiderme, une exsudation puriforme de la peau, l'émaciation ou la bouffisure, le défaut de cheveux et d'ongles, ou du moins leur formation incomplète, la flaccidité, et quelquefois la paralysie momentanée des membres thoraciques et abdominaux.

Pronostic. La syphilis contractée dans le sein de la mère est plus grave et plus difficile à guérir que celle qui n'a été transmise qu'au moment de l'accouchement, ou durant la

lactation. On sent, d'ailleurs, que le pronostic doit varier selon l'intensité du mal, et aussi selon la résistance que présentent les petits malades.

Traitement. Sans nous arrêter à ce qui a été dit, dans ces derniers temps, sur l'absence du virus vénérien et sur l'infaillibilité des moyens antiphlogistiques dans le traitement de la syphilis, nous dirons que les préparations mercurielles et celles d'or conviennent surtout ici.

Le traitement peut être administré à l'enfant seul, à la nourrice seule, ou bien à tous deux en même temps.

Dans le premier cas, le mercure (1) doit être administré d'abord à des doses extrêmement minimes; ainsi on commence par un vingt-quatrième de grain, et on augmente progressivement la dose jusqu'à un huitième de grain, a moins, cependant, que la nourrice ne soit en même temps soumise au traitement, car alors on devrait toujours s'en tenir à une faible dose. On prend ordinairement le loock simple pour excipient.

Il convient souvent, surtout quand la maladie est ancienne, de faire prendre chaque jour à l'enfant quelques cuillerées à café de sirop de salsepareille.

Si on avait recours aux frictions, on les donnerait à la dose de quatre à six grains, tous les trois ou quatre jours.

L'hydrochlorate d'or et de soude s'administre en frictions sur la langue, une tous les soirs, avec un trentième ou un quarantième de grain mêlé avec de l'amidon ou à de l'iris en poudre. On augmente ensuite progressivement la dose.

Le traitement qu'on administre à la mère ou à la nourrice est le même que celui indiqué (page 500).

(1) Il convient, ici, de donner la préférence au deuto-chlorure.

DE LA CYANOSE.

(Cyanopathie de M. Alibert; — Maladie bleue; — Cyanodermie.)

Les enfans naissent quelquefois avec une coloration bleuâtre de toute la peau, et, en particulier, de celle de la face et de toutes les extrémités du corps.

Causes. Cette maladie, qui paraît dependre du mélange du sang noir avec le sang rouge, peut être occasionée par tous les vices de conformation qui établissent une communication directe entre les cavités droites et les cavités gauches du cœur. On trouve, dans le Journal analytique d'octobre 1827, une observation de cyanose due à l'absence totale de cloison interventriculaire; mais le plus souvent c'est à la persistance du trou de Botal qu'il faut attribuer la maladie, bien qu'on ait plus d'une fois observé cette disposition sans cyanose. La conservation du canal artériel, et la naissance de l'aorte sur le ventricule droit peuvent aussi très-bien déterminer la maladie bleue. M. Dugès a lu en 1827, à l'Institut, l'observation d'un enfant mort cinq jours après sa naissance avec tous les symptômes de la maladie bleue. Chez cet enfant, l'artère pulmonaire naissait du ventricule gauche, et l'artère aorte du ventricule droit, de telle sorte que cette dernière ne recevait que du sang veineux; de là, dit l'auteur, la cyanopathie et la mort (1).

Symptômes. A la coloration en bleu, qui augmente par la toux, les cris et la moindre secousse, se joignent une gêne habituelle dans la respiration, de l'oppression au moindre mouvement : le cœur bat souvent avec force, et ses batte-

(1) *Journal Analytique de médecine*, novembre 1827.

mens sont accompagnés d'un bruissement particulier; le pouls annonce une gêne très-considérable dans le système de la circulation, il est souvent d'une petitesse et d'une intermittence extrêmes : ses deux caractères principaux sont, d'après M. Alibert, l'inégalité et la faiblesse. Souvent, aussi, on voit se manifester des hémorrhagies et de véritables syncopes : la chaleur du corps est moins élevée que dans l'état normal. Enfin, les enfans prennent ordinairement très-peu de nourriture, digèrent mal, et dépérissent à vue d'œil.

Terminaison. Les enfans affectés de cyanose périssent le plus souvent au bout de quelques heures ou de quelques jours; rarement ils prolongent davantage leur existence.

Traitement. Il consiste principalement dans l'emploi bien ordonné de tous les moyens hygiéniques : les nourrices doivent surtout éviter d'imprimer de grandes secousses aux enfans, et s'appliquer à calmer leurs cris : il importe aussi beaucoup qu'elles les tiennent toujours dans une température moyenne, car il est démontré que le froid et la chaleur vive augmentent les accidens. Si la suffocation était imminente, on pourrait avoir recours à l'usage des pédiluves et des manuluves chauds.

DE L'HYDROCÉPHALE CONGÉNIALE.

On donne le nom d'hydrocéphale à l'accumulation d'une plus ou moins grande quantité d'eau dans l'intérieur du crâne. Le liquide occupe toujours la cavité de l'arachnoïde et se trouve placé tantôt dans les ventricules, tantôt au contraire à la surface du cerveau. Dans le premier cas, toute la substance cérébrale est déplissée en membrane, et sert de poche au liquide; dans le second, l'organe est déprimé vers la base du crâne et converti en une espèce de moignon. Dans

quelques cas, on trouve la substance cérébrale réduite en une sorte de bouillie au milieu de l'épanchement (1).

Les causes probables de l'hydrocéphale sont l'irritation ou l'inflammation de la membrane arachnoïde, durant la vie intrà-utérine, ou bien encore un obstacle quelconque au retour du sang veineux du cerveau vers le cœur, obstacle qui, s'opposant à la libre absorption des fluides sans cesse exhalés par les extrémités artérielles, en produirait ainsi l'accumulation dans l'encéphale (2). M. Billard pense que la maladie est quelquefois due à une sorte d'hypertrophie nutritive de l'encéphale.

Signes. Lorsque l'enfant a pu naître, malgré l'existence de l'hydrocéphale, l'accumulation du liquide est ordinairement peu considérable, et la maladie assez difficile à reconnaître. Mais quand le liquide est en grande quantité, le volume que présente alors la tête, sa mollesse, la largeur des sutures et des fontanelles, enfin la fluctuation, joints aux autres symptômes qui annoncent la compression du cerveau, comme la stupeur, l'assoupissement, le coma, la dilatation et l'immobilité des pupilles, les convulsions, la paralysie, etc., ne laissent aucun doute sur le caractère de la maladie.

Complications. L'hydrocéphale est souvent compliquée de l'hydrorachis. Elle peut aussi exister en même temps que l'hydrothorax et l'ascite.

Pronostic. Il est rare que les enfans affectés d'hydrocéphale prolongent pendant long-temps leur existence. Le plus souvent ils périssent au moment même, ou peu de temps après leur naissance.

(1) *Nouv. Élem. de Pathol.*
(2) *Idem.*

Traitement. Les saignées locales, au moyen des sangsues et des ventouses scarifiées; les vésicatoires sur la tête, les cuisses et les jambes; les bains de pieds irritans; les dérivatifs sur le canal intestinal, tels que l'eau de veau émétisée, le calomélas (1), l'huile de ricin et les sels neutres; les frictions mercurielles, etc., tels sont les moyens que conseillent généralement les auteurs. MM. Roche et Sanson recommandent les bains et les ablutions d'eau sur la tête; les épispastiques derrière les oreilles, et les applications froides sur le front, s'il est le siége d'une chaleur insolite.

La ponction du crâne, conseillée par quelques auteurs, détermine presque toujours la mort instantanée, et doit être constamment rejetée.

DE L'HYDRORACHIS.

(*Spina bifida.*)

L'hydrorachis consiste dans un épanchement plus ou moins considérable d'eau dans l'arachnoïde qui tapisse le canal vertébral.

La maladie, qui n'est souvent qu'une suite de l'hydrocéphale, peut cependant exister isolément et tenir aux mêmes causes que cette dernière.

Signes. On reconnaît l'hydrorachis à la présence, le long de la colonne vertébrale, presque toujours dans la région lombaire, d'une ou de plusieurs tumeurs, variables par leur volume, opaques ou transparentes, de couleur blanche ou brunâtre, ordinairement lisses et rénitentes, offrant toujours une fluctuation manifeste et disparaissant souvent par la pression ou la simple position. Les petits malades sont pris, comme dans le cas d'hydrocéphale, d'assoupissement,

(1) Le calomélas paraît avoir ici une action toute spéciale, et mérite en général la préférence sur tous les autres purgatifs.

de convulsions, et quelquefois de paralysie des membres inférieures, du rectum et de la vessie.

Marche. Plus ou moins rapide ; souvent la tumeur s'ouvre au bout de quelques jours, et les enfans ne tardent pas à succomber. D'autres fois, la maladie se prolonge pendant de nombreuses années. Ainsi, au rapport de Bonn, Warner et Camper, des malades ont pu vivre dix ans, vingt ans, et même vingt-huit ans (1).

Pronostic. La maladie est le plus souvent mortelle ; cependant, les auteurs, et entre autres Terris, Hoffmann et Bozetti, rapportent des exemples de guérison.

Traitement. Presque tous les auteurs, convaincus que la rupture de la tumeur est constamment mortelle, s'accordent à dire qu'il faut s'attacher surtout à éloigner des enfans toutes les violences extérieures qui pourraient donner lieu à l'écoulement du liquide en déchirant la peau. Cependant, plusieurs exemples tendent à faire croire que la rupture de la tumeur, loin d'être mortelle, amène quelquefois la guérison des enfans, surtout lorsque la maladie n'est pas compliquée d'hydrocéphale. Voici deux faits remarquables rapportés par M. le docteur Bozetti (2) :

« Un enfant de deux mois portait dans la région lombaire une tumeur transparente, fluctuante et douloureuse à la pression ; ses membres inférieurs étaient paralysés.

« Un jour cette tumeur fut piquée par mégarde ; il s'en écoula une grande quantité d'eau limpide, et il ne survint aucun accident.

« La tumeur se forma de nouveau, et le médecin consulté, vu l'innocuité de la première piqûre, se décida à en faire une nouvelle avec une aiguille ; le liquide qui s'écoula était moins abondant et moins limpide que la première fois. Un

(1) *Nouv. Élém. de Pathol.*

(2) *Journal Analyt. de méd. et sc. access.*; novembre 1827.

peu de phlogose se développa et détermina l'adhérence de la peau avec les parties sous-jacentes.

« Pourtant, une troisième piqûre devint nécessaire; il s'en écoula une lymphe visqueuse et plastique. Une compression fut établie, et les parties se réunirent et se consolidèrent, au point qu'un an après cette partie de la colonne vertébrale avait acquis une consistance demi-cartilagineuse, et que les membres inférieurs avaient repris toute leur force.

« On suppléa au défaut de continuité du canal osseux par une lame de plomb soutenue au moyen d'un bandage compressif et contentif. »

IIe Obs. « Un autre enfant a été traité, par le même auteur, de la même manière et avec le même succès. »

Le docteur Amasa Trowbridge; de Watertown, propose d'embrasser la base du spina bifida au moyen d'un fil d'argent, qu'il serre graduellement jusqu'à ce que toute circulation soit interrompue dans la tumeur. Celle-ci peut ensuite être enlevée sans danger au moyen de l'instrument tranchant. Ce nouveau traitement a plusieurs fois réussi entre les mains de son auteur.

Du reste, les moyens conseillés contre l'hydrocéphale conviennent ici parfaitement; ainsi, on peut retirer de bons effets des sangsues (1), des ventouses, des cautères et des moxas appliqués le long de l'épine : on peut aussi se très-bien trouver de l'emploi des dérivatifs sur les membres inférieurs et le canal intestinal.

DE L'HYDROTHORAX.

L'hydrothorax des nouveau-nés est ordinairement la suite

(1) Les sangsues ne conviennent que dans les cas où il existe quelques symptômes inflammatoires.

de l'inflammation des plèvres, ou d'un obstacle quelconque à la circulation.

On le reconnaît au développement insolite de la poitrine; à la largeur des espaces intercostaux, qui forment souvent une saillie oblongue et fluctuante ; à l'ondulation qui se fait entendre dans la poitrine lorsqu'on imprime quelque secousse à l'enfant ; à la gêne de la respiration et à la toux qui l'accompagne ; au son mat que donne la percussion ; enfin, à l'*égophonie* qu'on obtient à l'aide du stéthoscope.

Le pronostic est ordinairement grave, et, presque toujours, les petits malades ne tardent pas à succomber.

Traitement. Ici, encore, on pourrait retirer de bons effets des sangsues, s'il y avait quelques symptômes d'inflammation ; mais, les ventouses sèches ou scarifiées, les vésicatoires et les cautères, les vêtemens de laine, les frictions, les diurétiques et les dérivatifs sur le canal intestinal et les extrémités, sont les moyens sur lesquels on doit principalement insister : l'opération de l'empyème, conseillée par quelques auteurs, ne saurait être pratiquée avec succès dans la première enfance.

DE L'ASCITE.

Cette hydropisie, qui peut, de même que les précédentes, être le résultat d'une inflammation ou d'un obstacle apporté à la circulation, se reconnaît, surtout, au volume du ventre, au choc que donne le liquide par la percussion, et à la fluctuation. Souvent aussi, lorsque la collection est considérable, les petits malades éprouvent beaucoup de difficulté à respirer, etc.

L'ascite congéniale est presque toujours mortelle.

Les moyens qu'elle réclame sont les mêmes que ceux dont il vient d'être question à l'occasion de l'hydrothorax.

DE L'HYDROCÈLE CONGÉNIALE.

Les enfans naissent assez souvent avec une hydrocèle plus ou moins volumineuse. Ici la collection tient à ce que la communication qui existe, dans les premiers temps de la vie intra-utérine, entre le péritoine et la tunique vaginale n'est point encore détruite.

Symptômes. L'hydrocèle congéniale se reconnaît à une tumeur piriforme, molle, fluctuante, transparente, disparaissant momentanément par la pression, ou même par la simple position horizontale.

Pronostic. Peu facheux, en général.

Traitement. Il consiste, lorsque toutefois les testicules sont descendues dans les bourses, à faire rentrer le liquide dans le ventre, et à exercer sur l'anneau inguinal une compression capable d'oblitérer la communication contre nature. Toutefois, on pourrait, avant que d'avoir recours à la compression, tenter l'usage des applications astringentes sur les bourses.

DE L'INFILTRATION DES PARTIES GÉNITALES.

Les enfans naissent quelquefois avec un boursoufflement des parties génitales, qui tient à l'infiltration du tissu cellulaire.

Cette maladie, dont on ignore souvent la cause première, n'est jamais grave, et guérit presque toujours d'elle-même. Cependant il convient, dans certains cas, d'avoir recours aux applications toniques et astringentes.

DE LA HERNIE OMBILICALE.

La hernie ombilicale de naissance tient, pour l'ordinaire, au développement incomplet de la paroi antérieure de l'abdomen.

On la reconnaît à une tumeur sillonnée, conique, plus ou moins saillante, placée dans l'épaisseur du cordon, rentrant ordinairement avec facilité (1), et reparaissant aussitôt qu'on cesse de la soutenir.

Lorsque la hernie est peu volumineuse, la vie des enfans n'est pas ordinairement mise en danger; dans le cas contraire, la mort peut arriver avant ou peu de temps après la naissance.

La ligature du cordon ombilical demande ici beaucoup d'attention. Il faut, avant de la pratiquer, avoir grand soin de faire rentrer les viscères dans l'abdomen, afin de ne pas les comprendre dans l'anse du fil. On établit ensuite sur l'anneau une compression capable d'empêcher le retour de la tumeur.

Lorsque la hernie ne se manifeste qu'après la chute du cordon, elle tient ordinairement à la faiblesse ou à la largeur de l'anneau, et aux efforts que fait l'enfant quand il crie.

Ici, comme dans le cas de hernie congéniale, il faut réduire la tumeur et s'opposer à ce qu'elle reparaisse, en établissant une compression sur l'anneau ombilical au moyen d'une pelote soutenue par quelques tours de bande, ou mieux encore à l'aide d'un bandage élastique.

On peut aussi avoir recours à la ligature du sac et

(1) Les adhérences et l'étranglement sont très rares dans la première enfance.

des tégumens qui le recouvrent, après avoir, toutefois, soigneusement repoussé dans la cavité abdominale les parties herniées. Cette dernière méthode, dont on a beaucoup trop exagéré les dangers, a réussi plusieurs fois entre les mains de Desault et de M. Dupuytren; elle paraît mériter la préférence sur la compression.

L'omphalocèle des enfans guérit, assez souvent, sans retour.

Si la hernie ne pouvait pas être réduite, on la soutiendrait au moyen d'un bandage à pelote concave.

DE LA HERNIE INGUINALE.

Cette espèce de hernie peut, comme la précédente, exister au moment de la naissance, ou ne se manifester que quelque temps après.

Elle peut être formée par l'intestin seul, par l'épiploon seul, ou par ces deux parties en même temps.

Ici, la hernie se trouve dans l'intérieur même de la tunique vaginale, à cause de la persistance de la communication qui existe, dans les premiers temps de la vie intra-utérine, entre cette poche et la cavité du péritoine.

Causes. La largeur et la laxité que conserve le canal inguinal après la descente du testicule et la persistance de la communication dont il vient d'être parlé, disposent singulièrement aux hernies. On regarde comme causes occasionelles le poids des intestins, les pressions qu'exerce la matrice sur le ventre du fœtus, au moment de l'accouchement, et, après la naissance, les cris et les efforts auxquels se livre l'enfant.

Signes. La hernie inguinale se présente sous la forme d'une tumeur ordinairement arrondie et plus ou moins volumineuse.

Lorsqu'elle ne dépasse pas le pli de l'aine, elle se nomme *bubonocèle*; et lorsqu'elle descend jusque dans les bourses, elle prend le nom d'*oschéocèle*.

La tumeur que forme la hernie est, d'ailleurs, rénitente et sans changement de couleur à la peau; elle rentre ordinairement d'elle-même dans la position horizontale, ou lorsqu'on la presse d'avant en arrière; souvent alors, sa rentrée est accompagnée de gargouillement. Elle reparaît aussitôt que l'enfant est debout, ou dès qu'on cesse de la comprimer; les cris et les efforts augmentent son volume et sa consistance.

Diagnostic. L'absence du testicule dans la bourse correspondante, et l'extrême sensibilité de la tumeur, empêcheront toujours de confondre la présence du testicule à l'anneau avec la hernie inguinale (1).

De même, la forme de la tumeur qui croît de bas en haut, la transparence et la fluctuation qu'elle présente, ne permettront, dans aucun cas, de confondre l'hydrocèle de la tunique vaginale avec la hernie.

Pronostic. La hernie inguinale, chez l'enfant nouveau-né, est susceptible de guérison radicale; elle ne donne, d'ailleurs, que très rarement lieu à des accidens. Une fois, cependant, nous avons eu occasion d'observer l'étranglement : l'opération qui fut faite détermina promptement la mort du petit malade.

Le traitement, dans les cas ordinaires, consiste à réduire avec soin les parties herniées, et à les contenir dans le ventre au moyen d'un bandage bien appliqué. Au bout d'un certain temps, tout moyen de contention devient ordinairement inutile.

(1) Cependant, il pourrait se faire, à la rigueur, que le petit individu ayant trois testicules, l'un d'eux soit retenu à l'anneau; on reconnaîtrait alors la présence de ce troisième testicule, aux douleurs très vives qu'occasionerait la plus légère pression.

DE LA HERNIE DU CERVEAU.

(*Encéphalocèle.*)

La hernie du cerveau est assez rare chez les enfans qui naissent. Quand elle existe, on la rencontre ordinairement dans le point qui correspond à la fontanelle postérieure.

Elle est alors, comme le disent MM. Roche et Sanson, toujours le résultat d'un défaut d'ossification des angles qui doivent combler cet espace, et de la tendance du cerveau à se porter vers les lieux où il n'éprouve point de résistance.

La tumeur qui forme la hernie est plus ou moins volumineuse, molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, et offre des mouvemens tout-à-fait isochrones à ceux du pouls. Lorsqu'on la comprime ou qu'on cherche à la réduire, on fait souvent naître les symptômes qui appartiennent à la compression du cerveau.

L'encéphalocèle est toujours une maladie grave et qui se termine le plus souvent par la mort.

Le traitement consiste à réduire la hernie et à la maintenir réduite au moyen d'une compression exercée à l'aide d'un tampon de charpie, d'un morceau de carton ou de cuir soutenus par quelques tours de bande.

Si la compression donnait lieu à des symptômes graves, il faudrait laisser la tumeur au dehors, et se contenter de la soutenir et de la protéger contre les violences extérieures, en la couvrant d'une calotte de cuir solidement fixée.

CHAPITRE III.

Maladies qui peuvent être le résultat de l'accouchement.

DE L'ALLONGEMENT DE LA TÊTE.

Il n'est pas très rare de voir des enfans naître avec un allongement plus ou moins considérable de la tête. Nous avons reçu il y a peu de temps, à notre amphithéâtre, un enfant dont le diamètre occipito-mentonnier présentait sept pouces un quart d'étendue au lieu de cinq; la circonférence de la tête, qui avait été violemment pressée contre les parois du bassin, au moment de l'accouchement, était fort rétrécie.

Dans certains cas, l'allongement est dû seulement à la tuméfaction, ou à l'infiltration du cuir chevelu.

Causes. L'étroitesse du bassin de la mère, la rigidité du col de l'utérus, le volume de la tête du fœtus et la compression qu'elle supporte au moment de son passage, telles sont les causes qui produisent le plus ordinairement l'allongement.

Pronostic. Il est rare que l'accident en question ait des suites funestes; cependant si la compression était très forte et long-temps continuée, la mort du fœtus pourrait en être le résultat.

Traitement. L'allongement de la tête disparaît ordinairement de lui-même, et rarement on est obligé d'avoir recours aux moyens de l'art.

Les pressions conseillées par quelques auteurs, pour redonner à la tête sa forme normale, sont toujours dangereuses et doivent être abandonnées.

Lorsque la tumeur du cuir chevelu tient à une simple infiltration de liquide, elle se dissipe d'elle-même et sans le secours d'aucun remède; cependant on pourrait, lorsque l'infiltration est considérable, avoir recours aux applications toniques et astringentes.

Si la tumeur tenait à un épanchement de sang, et que la résorption de ce dernier se fît trop long-temps attendre, on aurait recours à une incision, et on panserait ensuite selon les règles de l'art.

Les épanchemens qui se font à l'intérieur du crâne, sont le plus souvent mortels.

DE L'APOPLEXIE.

L'apoplexie est une des maladies dont les enfans sont le plus souvent affectés au moment de leur naissance.

Causes. L'apoplexie tient, dans presque tous les cas, à la gêne apportée au retour du sang, par les pressions que supporte le fœtus lors de son passage à travers le bassin. La compression du cordon ombilical peut aussi la produire. Plus l'accouchement est long et l'expulsion de l'enfant difficile, plus l'apoplexie est à craindre.

Signes. Toutes les fonctions de la vie, ainsi que le dit M. Capuron, sont suspendues; point de circulation, ni de respiration. Le visage est tuméfié, rouge, noirâtre, livide ou violet; les lèvres sont renversées, les paupières bleuâtres et injectées, les yeux presque hors des orbites, le cou et la poitrine vergetés.

Le pronostic varie selon que la congestion est plus ou moins forte et qu'elle dure depuis plus ou moins de temps; bien souvent les enfans périssent avant que de naître; d'autres fois on est assez heureux pour les rappeler à la vie.

Traitement préservatif. Tout ce qui peut diminuer la compression que supporte le fœtus, ou la rendre moins longue, peut prévenir l'apoplexie : on ne saurait donc trop se hâter de venir au secours de la nature lorsqu'on a reconnu qu'elle doit être impuissante, ou qu'il serait dangereux de lui abandonner la terminaison de l'accouchement.

Traitement curatif. Aussitôt l'enfant né, il faut se hâter de couper le cordon, et laisser couler une quantité de sang proportionnée à la force du petit malade et à l'intensité des symptômes. Si ce premier moyen était insuffisant, on pourrait avoir recours à l'application de quelques sangsues derrière les oreilles, et à l'usage des dérivatifs sur les membres abdominaux. On devrait, d'ailleurs, pour exciter le jeu des fonctions, employer les frictions sur la colonne vertébrale et tous les autres moyens indiqués à l'article syncope.

DE LA SYNCOPE.

Les enfans naissent quelquefois dans un état qui ne saurait être mieux comparé, quoi qu'en disent certains auteurs, qu'à la syncope. En effet, toute la peau est d'une pâleur remarquable, les muscles sont lâches, les articulations flexibles, les membres immobiles n'obéissent plus qu'aux impulsions qu'on leur donne, la respiration est suspendue ou à peine sensible ; la circulation est arrêtée ou imperceptible, enfin, on dirait que la mort est réelle.

Causes. Cet état de l'enfant paraît tenir à la perte d'une grande quantité de sang qu'il aurait éprouvée avant de sortir du sein de sa mère.

Traitement. Les moyens qu'il convient de mettre en usage, pour rappeler la vie, sont : un bain tiède animé

au moyen de quelque liqueur spiritueuse (*Gardien*); les frictions sèches, ou avec des liquides excitans sur les parties les plus sensibles du corps, telles que les tempes, l'épine du dos, la région du cœur; l'ammoniaque ou l'acide acétique placés sous le nez; l'insufflation d'air dans les poumons et des pressions alternatives sur les parois de la poitrine; des tractions ménagées sur le cordon, dont l'union directe avec le diaphragme paraît si propre, suivant Chaussier, à exciter la contractilité de ce muscle, et à déterminer la première inspiration (*M. Capuron*); enfin l'électricité, le galvanisme et la transfusion du sang, par la veine ombilicale (1). *Voy., pour plus de détails, pag.* 390.) Si l'état de l'enfant paraissait tenir à la présence d'une certaine quantité d'eau de l'amnios dans les voies aériennes, il faudrait, d'après le conseil de MM. Héroldt et Scheèle, le coucher de telle sorte que ses pieds fussent plus élevés que sa tête, et exercer sur la poitrine et le col de légères pressions. Si ces moyens ne suffisaient pas, on devrait, d'après le conseil des mêmes auteurs, placer dans la trachée une longue canule, et faire ensuite le vide au moyen d'une seringue.

Nous croyons, d'ailleurs, qu'il importe peu de couper ou de conserver le cordon ombilical, pourvu qu'on ne laisse pas couler de sang au dehors; cependant, si le placenta n'était pas entièrement séparé de la matrice et qu'il y eût encore communication directe entre la mère et l'enfant, il vaudrait mieux ne pas le couper.

Si le placenta était sorti, on pourrait, sans inconvénient, le plonger dans un liquide chaud et spiritueux.

(1) Ce moyen qui a plusieurs fois réussi chez la mère, à la suite de grandes hémorragies, ne pourrait-il pas être employé ici avec succès, puisqu'il est reconnu que l'état dans lequel se trouve l'enfant tient, le plus souvent, à une grande perte de sang ?

DES CONTUSIONS.

Les contusions qu'apportent certains fœtus en naissant peuvent occuper toutes les régions du corps; cependant on les remarque le plus souvent à la tête et à la poitrine.

Causes. Ces contusions dépendent du travail de l'accouchement, ou des efforts que fait l'accoucheur pour extraire l'enfant. Elles sont très fréquentes à la suite de l'emploi des instrumens.

Pronostic : Variable selon le siége, l'étendue et la profondeur des contusions. Toutes choses égales d'ailleurs, celles de la tête, de la poitrine et du ventre, sont plus graves que celles des autres parties du corps.

Terminaisons : par résolution, par suppuration, ou par gangrène.

Traitement. Lorsque les contusions sont simples et légères, de simples lotions résolutives suffisent, ordinairement, pour en amener la guérison. Mais lorsqu'elles sont profondes et accompagnées d'inflammation, il faut avoir recours aux antiphlogistiques, puis aux résolutifs; ouvrir les abcès, s'il s'en forme, et si la gangrène vient à se manifester, la combattre par tous les moyens appropriés.

DES PLAIES CONTUSES ET DÉCHIRÉES.

Les enfans naissent quelquefois avec des plaies contuses et déchirées dans différentes régions du corps.

Causes. Ces blessures peuvent être, de même que les simples contusions, le résultat du travail de l'accouche-

ment, ou des manœuvres auxquelles s'est livré l'accoucheur.

Pronostic. Le danger que courent les petits malades est toujours relatif au nombre des plaies, à leur siége, et à leurs complications.

Le traitement est le même que dans l'âge adulte.

DES FRACTURES.

Autant les luxations sont rares chez les nouveau-nés, autant les fractures sont fréquentes. Les os des membres et ceux du crâne sont plus souvent fracturés que ceux des autres régions.

Causes. Les efforts de la matrice pour expulser le fœtus, lorsqu'il est dans une mauvaise position, et les différentes manœuvres auxquelles peut se livrer l'accoucheur, sont les causes les plus ordinaires de ces lésions.

Symptômes. On reconnaît les fractures à la difformité de la partie blessée, à la crépitation, à l'impossibilité des mouvements, et à la douleur.

Pronostic. Les fractures simples sont peu graves; celles qu'accompagnent des luxations, ou de violentes contusions, peuvent avoir des suites fâcheuses.

Traitement. Tout le traitement consiste à réduire la fracture et à la maintenir réduite jusqu'à parfaite consolidation. Bien entendu que, s'il y avait des complications, il faudrait les combattre par les moyens appropriés.

Ici un bandage roulé et quelques attelles en carton suffisent pour le pansement. La guérison a lieu, le plus ordinairement, du dixième au quinzième jour.

DES LUXATIONS.

Cette espèce de lésion est très rare chez l'enfant nouveau-né.

Causes. Les mêmes que celles des fractures.

Les grandes articulations des membres sont sur-tout sujettes aux luxations.

Symptômes. On reconnaît ces déplacemens à la difformité de l'articulation luxée, à l'allongement ou au raccourcissement du membre correspondant, à l'impossibilité ou à la difficulté des mouvemens, enfin aux cris qu'on arrache aux enfans lorsqu'on leur imprime la moindre secousse.

Pronostic. Les luxations des membres sont rarement suivies d'accidens fâcheux, à moins pourtant qu'elles ne soient accompagnées de complications graves par elles-mêmes.

Traitement. Tout le traitement consiste à opérer la réduction de l'os déplacé, et à contenir ensuite le membre dans une parfaite immobilité jusqu'à guérison complète.

Ici la réduction est toujours plus facile, et la consolidation beaucoup plus prompte que chez l'adulte.

Nota. Nous ne croyons pas devoir parler, dans cet article, des luxations de la colonne vertébrale, qui sont dues à de violentes tractions exercées sur le tronc du fœtus, parce que la mort en est presque toujours la suite immédiate.

CHAPITRE IV.

Maladies qui peuvent se manifester peu de temps après la naissance.

DE LA RÉTENTION DU MÉCONIUM.

Les enfans qui ne rendent pas immédiatement, ou peu de temps après leur naissance, le méconium contenu dans les intestins, ne tardent pas à tomber dans un état qui peut devenir grave, si on ne se hâte d'administrer les remèdes convenables. En effet, les petits malades sont tourmentés par de vains et continuels efforts, ils poussent des cris plaintifs, leur ventre augmente de volume, des coliques surviennent, une agitation très grande a lieu, des convulsions se manifestent, la peau prend une teinte jaunâtre, la fièvre s'allume, enfin l'inflammation s'empare des intestins et du péritoine, et la mort est alors inévitable.

Causes. La rétention peut être occasionée par le spasme du rectum ou des sphincters de l'anus, par la trop grande viscosité des matières, ou par la très grande faiblesse dans laquelle se trouvent quelquefois les nouveau-nés.

Traitement. On prévient, dans beaucoup de cas, la rétention du méconium, en donnant de très bonne heure le sein à l'enfant : le liquide que fournissent alors les mamelles, et qu'on nomme *colostrum*, produit presque toujours un relâchement salutaire.

Lorsque ce moyen ne suffit pas pour procurer l'évacuation des intestins, il faut introduire un petit suppositoire de savon bien avant dans l'anus, ou recourir à l'usage de doux purgatifs; la manne, à la dose d'un

demi-gros ou d'un gros, peut être très utile; cependant on lui préfère généralement le sirop de chicorée composé, dans lequel entre la rhubarbe, et on le donne à la dose d'une demi-once ou d'une once délayée dans deux onces d'eau d'orge, de gomme, ou de gruau. On administre le mélange par cuillerées à café, une toutes les demi-heures, et jusqu'à ce que des évacuations aient eu lieu : on donne, dans les intervalles, de l'eau miellée.

Si le sirop de chicorée ne produisait aucun bon effet, on aurait recours à celui de fleurs de pêcher, qu'on administrerait aux mêmes doses et de la même manière.

On opposerait au spasme de l'anus les bains tièdes, les fomentations et les cataplasmes émollients et narcotiques; et, s'il y avait des complications, on les traiterait par les moyens appropriés à leur nature.

Si l'enfant était dans un état de faiblesse extrême, on ferait en sorte de relever ses forces par l'usage des toniques.

Enfin, si la rétention paraissait tenir à l'ancienneté du lait, il faudrait changer la nourrice.

DE LA DIARRHÉE.

Causes. La diarrhée des enfans nouveau-nés tient presque toujours ou à un refroidissement subit, ou aux mauvaises qualités du lait de la nourrice. Quelquefois, cependant, la maladie reconnaît pour cause l'abus des purgatifs, entre autres, du sirop de chicorée, dont on fait généralement un si grand usage.

Les enfans affectés de diarrhée ne tardent pas à dépérir, et, bien souvent, ils finissent par succomber.

Traitement. La diarrhée causée par un refroidissement subit, cède ordinairement à l'usage des adoucissans et des fomentations chaudes sur l'abdomen.

Celle qui tient aux mauvaises qualités du lait exige un traitement particulier pour la nourrice; souvent il est indispensable de confier l'enfant à une autre femme.

Enfin, la diarrhée qui tient à l'abus des purgatifs, résiste rarement aux boissons adoucissantes, aux lavemens d'eau de graine de lin et de pavot, aux bains et aux fomentations émollientes. Cependant on est quelquefois obligé d'avoir recours à l'usage des astringens.

DE LA CHUTE DU RECTUM.

Causes. Cet accident peut être le résultat de deux causes différentes; savoir, du relâchement de la membrane muqueuse intestinale, et des efforts que fait le petit malade pour expulser ses matières dans le cas de constipation.

Traitement. Dans le premier cas, il faut avoir recours aux lotions toniques et astringentes, et maintenir l'intestin réduit à l'aide d'un tampon soutenu par un bandage en T.

Dans le second cas, il faut, après avoir combattu par l'usage des émolliens la rigidité du sphincter de l'anus, faire rentrer l'intestin, qui est en quelque sorte étranglé, et prévenir une nouvelle chute par l'emploi des moyens propres à faire cesser la constipation.

DES TRANCHÉES.

Beaucoup d'enfans nouveau-nés sont tourmentés par des tranchées qui les privent de repos et de sommeil.

Causes. Ces douleurs, qui suivent ordinairement une marche intermittente, peuvent tenir à la rétention des matières contenues dans les intestins, à l'extrême sen-

sibilité de ces derniers, à l'introduction dans les voies digestives d'une trop grande quantité de lait, aux mauvaises qualités de ce dernier par suite d'écarts de régime ou de passions déréglées, enfin, à l'embarras, à la flatulence, à la faiblesse, et sur-tout à l'acidité des premières voies. (*M. Capuron.*)

Symptômes. Quoi qu'il en soit, le ventre augmente de volume, se ballonne et devient tendu et douloureux; le petit malade est dans une agitation extrême; il pousse des cris perçans; quelquefois même il est pris de convulsions.

Lorsqu'il y a en même temps diarrhée, les matières rendues sont verdâtres, et répandent une odeur acide.

Pronostic. Les tranchées compromettent rarement l'existence des enfans; cependant elles pourraient devenir graves, si on ne se hâtait de leur opposer les moyens qu'elles réclament.

Traitement. Les remèdes qui conviennent varient selon la cause présumée de la maladie. On doit avoir recours aux purgatifs lorsque les tranchées tiennent à la constipation; aux bains, aux fomentations, aux injections et aux cataplasmes émolliens, lorsque les enfans sont dans un état de spasme prononcé (la décoction de têtes de pavot et les préparations d'opium peuvent ici trouver leur place); aux évacuans, et, en particulier, à l'ipécacuanha, soit en poudre, soit en sirop, lorsqu'on soupçonne un embarras intestinal; enfin, aux toniques à l'extérieur et à l'intérieur, lorsqu'on reconnaît un état de faiblesse dans le canal intestinal.

Si la voracité de l'enfant était la seule cause des tranchées qu'il éprouve, il faudrait de toute nécessité lui imposer des privations.

Si le lait de la nourrice était de mauvaise qualité, on

devrait la changer, ou au moins lui administrer les remèdes appropriés à son état.

M. Capuron recommande l'usage de la magnésie dans le cas d'acidité des premièresvoies.

DU VOMISSEMENT.

Causes. Le vomissement dont les enfans nouveaunés sont souvent affectés, dépend presque toujours, ou de ce qu'ils prennent trop de nourriture à la fois, ou de ce que le lait dont ils font usage est de mauvaise qualité, ou bien encore de ce que leurs premières voies sont embarrassées.

Traitement. Dans le premier cas, il faut recommander aux nourrices de donner moins souvent le sein, et de le retirer avant que l'enfant se soit gorgé de lait.

Dans le second cas, il est indispensable de chercher une nourrice dont le lait convienne mieux à l'état actuel du nourrisson.

Dans le troisième, il est indispensable d'avoir recours à de légers évacuans. L'usage des amers conviendrait ensuite, s'il y avait en même temps faiblesse de l'estomac.

Si le vomissement n'était que le symptôme d'une autre maladie, il faudrait sur-tout s'occuper de cette dernière.

DE L'ICTÈRE.

L'ictère qui survient chez les nouveau-nés peut être local ou général, et offrir divers degrés d'intensité.

Les causes qui le déterminent ne sont pas toujours faciles à indiquer; cependant la privation prolongée du

sein de la mère, les mauvaises qualités du lait, la rétention du méconium, l'embarras des premières voies, et l'impression du froid, paraissent en être les causes les plus ordinaires.

Les symptômes de l'ictère sont trop connus pour qu'il soit besoin de les reproduire ici.

Le pronostic est rarement grave, à moins que l'enfant ne soit en même temps affecté de quelque autre maladie.

Le traitement consiste sur-tout dans l'éloignement des causes qui ont pu occasioner la maladie; du reste, il faut, autant que possible, abandonner à la nature le soin de dissiper la coloration de la peau et ne prescrire des remèdes que contre les complications qui pourraient entraver la marche vers la guérison.

DES APHTHES.

Les aphthes, ainsi que l'observe très judicieusement M. Billard (1), ne sont autre chose que l'inflammation plus ou moins intense de l'appareil folliculeux de la membrane muqueuse des voies digestives. Nous ne nous occuperons ici que de ceux qui se manifestent dans la cavité buccale.

Causes. La prédominance du système lymphatique, la faiblesse originelle, l'usage d'un mauvais lait, les efforts trop long-temps prolongés de succion, le séjour au milieu d'un air vicié, etc.; telles sont les causes qui déterminent le plus ordinairement le développement des aphthes.

(1) *Traité des maladies des enfans nouveau-nés et à la mamelle.*

Symptômes. Les aphthes peuvent se présenter sous deux états différens, selon le degré auquel l'inflammation est arrivée. Dans le principe, on ne rencontre que de petits points blancs plus ou moins saillans, et ordinairement entourés d'un cercle inflammatoire. Plus tard, lorsque l'inflammation est plus avancée, les aphthes se présentent sous la forme de petites ulcérations superficielles dont les bords sont arrondis ou irréguliers.

Les aphthes sont plus ou moins nombreux et occupent de préférence la face interne des joues et de la lèvre inférieure : rarement ils sont accompagnés de symptômes généraux, à moins pourtant que l'éruption ne soit confluente et qu'elle ne s'étende à l'œsophage, à l'estomac et aux intestins.

Pronostic. Variable selon l'intensité de l'éruption, les forces du petit malade, et les complications qui peuvent exister.

Traitement. Puisque la maladie n'est autre chose qu'une inflammation des follicules de la membrane muqueuse de la bouche, le traitement doit sur-tout consister dans l'emploi bien ordonné des anti-phlogistiques. Ainsi, on touchera les aphthes avec un pinceau de charpie trempé dans un liquide émollient (1), et on dirigera vers la bouche des vapeurs de même nature. On fera d'ailleurs en sorte d'éloigner les causes qui auront pu donner lieu au développement de la maladie.

Si, malgré ces moyens, les aphthes persistaient, on pourrait retirer de bons effets de l'usage des lotions faites avec l'eau d'orge et le miel rosat à parties égales, en y ajoutant quelques gouttes d'acide sulfurique; on

(1) On y ajouterait une petite quantité de sirop diacode, si l'enfant paraissait avoir de vives douleurs.

pourrait aussi toucher les surfaces ulcérées avec l'alun (1). M. Guersent conseille d'employer les gargarismes avec la liqueur de Labarraque (2).

DE L'OPHTALMIE DES NOUVEAU-NÉS.

L'ophthalmie est une des maladies que l'on rencontre le plus souvent chez les nouveau-nés; elle se manifeste ordinairement du troisième au sixième jour de la naissance; elle peut être d'ailleurs simple ou double.

Causes. La compression qu'éprouve la tête lors de son passage à travers le bassin, l'impression du froid et de l'humidité, le contact d'un écoulement vénérien, le séjour des enfans au milieu d'un air vicié, la suppression d'un exanthème; telles sont les causes les plus ordinaires de l'ophtalmie des nouveau-nés.

Symptômes (1^er^ degré). La conjonctive devient le siége d'une rougeur et d'un gonflement plus ou moins considérables; le contact de la lumière fait que les petits malades contractent avec force leurs paupières; l'œil est larmoyant. (2^e^ dégré). La rougeur est plus intense; elle s'est propagée au globe de l'œil; le gonflement est aussi beaucoup plus considérable; les paupières sont accolées l'une à l'autre, et il s'amasse derrière elles une grande quantité de pus jaunâtre ou verdâtre, quelquefois mélangé de sang, qui s'écoule par flots lorsqu'on vient à les écarter. Quelquefois la conjonctive est tellement boursoufflée, qu'elle donne lieu à un véritable ectropion. L'inflammation étant portée à un aussi haut degré et le globe oculaire y participant, on voit dans

(1) M. Billard, *Traité des maladies des enfans.*

(2) *Idem.*

beaucoup de cas la cornée devenir opaque, se ramollir, s'ulcérer, et même se perforer. Dans ce dernier cas, l'humeur aqueuse, le cristallin et le corps vitré ne tardent pas à s'écouler au dehors, et le globe de l'œil se réduit en un moignon informe.

Pronostic. Variable selon l'étendue et l'intensité de l'inflammation. Bien souvent la vision se trouve compromise d'une manière plus ou moins fâcheuse; quelquefois elle est totalement perdue.

Durée. L'inflammation au premier degré ne dure ordinairement que quelques jours. Celle au second degré peut se prolonger durant plusieurs semaines et même durant plusieurs mois.

Traitement préservatif. Nous avons entendu dire à un chirurgien distingué, qu'on pouvait toujours, chez les enfans nouveau-nés, prévenir une ophtalmie prête à se déclarer, quelle que fût sa nature, en lavant fréquemment les yeux avec du vin miellé. Cette opinion ne nous paraît pas fondée.

Traitement curatif. Lorsque l'inflammation est au premier degré, elle cède ordinairement avec facilité à l'usage des lotions faites avec de l'eau de guimauve, ou bien encore avec le lait de la mère. Vers la fin du traitement, il est souvent utile d'avoir recours aux collyres dans lesquels on fait entrer le sous-acétate de plomb, ou le sulfate de zinc.

Mais lorsque l'inflammation est très intense, il faut appliquer une sangsue à l'angle externe de chaque œil, plutôt que sur le milieu de la paupière, et faire de fréquentes lotions avec un mélange d'eau de guimauve et d'eau de rose. Il importe aussi beaucoup de préserver les enfants du grand jour, et d'empêcher le contact

prolongé de la suppuration avec le globe de l'œil, en écartant souvent et en pressant légèrement les paupières. On prévient leur agglutination en frictionnant leur bord libre avec de l'onguent rosat ou du cérat. L'usage de légers purgatifs peut aussi produire de bons résultats.

Lorsque l'inflammation est devenue moins intense, il convient d'avoir recours aux collyres astringents.

M. Billard rapporte qu'à l'infirmerie de Londres, on se contente presque toujours de laver les yeux avec une solution d'alun, et de donner à l'intérieur la magnésie; ce simple traitement, ajoute M. Billard, réussit très bien. On peut encore, d'après le même auteur, employer avantageusement le nitrate d'argent, à la dose de deux grains (1) dissous dans une once d'eau; on introduit cette dissolution entre les paupières.

Dans beaucoup de cas, nous nous sommes très bien trouvé de l'application d'un petit vésicatoire derrière chaque oreilles: ces exutoires conviennent sur-tout lorsque la maladie a succédé à la suppression d'une suppuration habituelle.

Lorsque l'ophtalmie est de nature syphilitique, on se trouve ordinairement bien des insufflations de calomel, que l'on répète plusieurs fois le jour, en ayant soin d'évacuer auparavant tout le pus retenu derrière les paupières: nous avons souvent employé ce moyen avec le plus grand succès.

DE LA RÉTENTION D'URINE.

Causes. La rétention d'urine qui affecte les nouveaunés, tient le plus souvent au spasme du col de la vessie,

(1) On porte successivement la dose jusqu'à six grains.

déterminé, ou par l'impression brusque du froid, ou bien encore, comme le dit M. Capuron, par les qualités trop irritantes du lait maternel.

Symptômes. Les petits malades font de vains efforts pour uriner, et sont dans un état continuel de souffrance et d'agitation. La région hypogastrique augmente de volume et devient douloureuse à la moindre pression. A ces symptômes se joignent bientôt de la fièvre, des convulsions, et la mort ne tarde pas à arriver, si on ne se hâte de vider la vessie de l'urine qu'elle contient.

Traitement. Le spasme du col de la vessie étant la cause de la rétention, il faut avoir recours aux bains tièdes, aux fomentations et aux cataplasmes émolliens et légèrement narcotiques sur l'hypogastre, aux injections émollientes dans le rectum, et aux boissons adoucissantes.

Si ces moyens ne déterminaient pas promptement l'émission des urines, il faudrait avoir recours au cathétérisme et continuer ensuite l'usage des moyens indiqués ci-dessus.

Si le lait que prend l'enfant était par trop irritant, on mettrait la nourrice à un régime adoucissant et à l'usage des boissons délayantes.

DE L'INCONTINENCE D'URINE.

Causes. Cette affection, qui paraît être plus commune chez les petites filles que chez les petits garçons, est due le plus souvent au relâchement ou à la paralysie du col de la vessie.

Symptômes. Les enfans sont continuellement mouillés par l'urine, dont le contact avec la peau détermine

de la rougeur et des excoriations qui entraînent de cruelles souffrances.

Traitement. L'incontinence d'urine chez les enfans nouveau-nés guérit souvent d'elle-même, et ne nécessite ordinairement que des soins de propreté; cependant il convient dans certains cas d'avoir recours aux injections et aux applications toniques : on s'est quelquefois bien trouvé des bains d'eau minérale.

DE LA PRÉSENCE DES TESTICULES DANS LE PLI DES AÎNES.

Les testicules ne descendent pas toujours dans les bourses au septième mois de la vie intra-utérine : l'un d'eux peut être retenu à l'anneau du grand oblique, et former dans la région inguinale une tumeur que l'on ne confondra jamais avec une hernie, à cause de sa consistance et de son extrême sensibilité, et aussi parce que la bourse correspondante est vide.

Traitement. On favorise la descente du testicule arrêté, en produisant le relâchement de l'anneau par l'usage des bains et des cataplasmes émolliens et narcotiques.

DE L'INFLAMMATION DE L'OMBILIC.

L'ombilic devient quelquefois, du troisième au quatrième jour de la naissance, le siége d'une inflammation plus ou moins vive, dont il n'est pas toujours facile de reconnaître la cause; cependant on a pu, dans certains cas, l'attribuer à la rancidité des corps gras, appliqués sur la compresse destinée à envelopper le cordon ombilical.

Cette inflammation doit être traitée par les bains tièdes et les applications émollientes. Il convient quelquefois, sur-tout dans les derniers temps, d'avoir recours à l'usage de lotions toniques.

DU FONGUS DE L'OMBILIC.

Il n'est pas très rare de voir se manifester à l'ombilic des enfans, immédiatement après la chute du cordon, une petite tumeur mollasse et pédiculée donnant lieu à une suppuration plus ou moins abondante.

Cette excroissance, qui n'a rien de bien grave par elle-même, augmente quelquefois de volume et persiste pendant des temps infinis, lorsqu'on ne lui oppose pas le traitement qu'elle réclame.

Les moyens qui ont été jusqu'à ce jour employés avec le plus de succès, sont la ligature, l'excision et la cautérisation avec le nitrate d'argent. Il convient dans tous les cas de couvrir l'ombilic d'un pansement simple, maintenu au moyen d'un petit bandage de corps médiocrement serré.

DES ULCÉRATIONS DE L'OMBILIC.

Lorsque le cordon vient à se séparer trop promptement de l'ombilic, il se forme quelquefois à la place qu'il occupait, une ou plusieurs ulcérations dont la guérison se fait plus ou moins long-temps attendre.

Ces ulcérations, lorsqu'elles sont de bonne nature, doivent être pansées simplement avec un linge enduit de cérat, de la charpie et quelques compresses, le tout maintenu en place au moyen d'un bandage de corps. Si les petites plaies étaient accompagnées d'atonie ou d'in-

flammation, on aurait recours, dans le premier cas, aux applications toniques, et, dans le second, aux applications émollientes.

Si on avait quelque raison de soupçonner une cause syphilitique, on se comporterait comme il a été dit en traitant de la syphilis.

DE L'HÉMORRAGIE OMBILICALE.

Lorsque, après la chute du cordon, la cicatrice de l'ombilic ne se fait pas d'une manière complète, on voit quelquefois s'échapper par la plaie qui persiste une quantité de sang assez considérable pour mettre en péril les jours de l'enfant.

Une compression, méthodiquement exercée, suffit pour arrêter l'hémorragie. La cautérisation, proposée par quelques auteurs, est souvent d'un usage difficile; elle n'est pas d'ailleurs sans danger.

DES EFFLORESCENCES CUTANÉES.

La peau des enfans nouveau-nés, est souvent le siége d'éruptions variables par leur forme et par le siége qu'elles affectent.

Tantôt ce sont de petites vésicules remplies de sérosité et qui occupent les mains et les poignets; d'autres fois au contraire, l'éruption consiste en une infinité de petits boutons rouges ou blancs, qui se manifestent de préférence à la face, au col et à la poitrine.

Causes. Les efflorescences tiennent presque toujours au défaut de soins de propreté ou au mauvais état des voies digestives, et n'offrent ordinairement par elles-mêmes aucun danger. Cependant leur répercussion pourrait

être suivie d'accidens plus ou moins fâcheux, ainsi que le prouve une observation rapportée par Armstrong.

Traitement. Les moyens hygiéniques suffisent ordinairement pour conduire les enfans à guérison. Cependant, lorsque l'estomac et les intestins sont embarrassés, on est souvent obligé d'avoir recours à de légers évacuans.

DE L'ÉRYTHÈME.

(*Érythema.*)

Dans la nouvelle méthode du professeur Alibert, l'érythème constitue un genre du groupe des dermatoses eczématiques. Quelques espèces ou variétés vont seulement nous occuper ici.

L'érythème est une phlegmasie superficielle de la peau, caractérisée par des plaques rouges plus ou moins larges et irrégulièrement circonscrites.

Causes. L'érythème est idiopathique ou symptomatique; dans le premier cas, il reconnaît pour cause tout ce qui peut irriter la peau. Ainsi chez les enfants, le contact des matières fécales, de l'urine, ou de linges rudes et grossiers, donne souvent lieu à l'*érythème intertrigo*. La piqûre d'une épingle, d'un insecte venimeux, l'action du calorique, une opération quelconque qui intéresse les tégumens, sont fréquemment suivies de l'érythème que nous nommerons *vulgaire*.

L'érythème peut être symptomatique d'une autre affection, d'une irritation gastro-intestinale, par exemple; alors il revêt le type de phlegmasie intérieure, qu'il représente au-dehors.

Symptômes. L'*érythème vulgaire* paraît ordinairement

en même temps que s'exerce l'action de la cause occasionelle, ou immédiatement après qu'elle a agi; c'est-à-dire, qu'on n'observe pas de symptômes généraux. On aperçoit sur la peau des taches irrégulières, de la grandeur d'une petite pièce de monnaie, distinctes ou confondues ensemble de manière à former des plaques d'un rouge superficiel, d'abord peu intense et qui disparaît sous la pression du doigt. La chaleur et la démangeaison accompagnent presque toujours ces plaques morbides, sur-tout quand elles sont produites par la piqûre d'un insecte; dans ce cas elles deviennent proéminentes, forment de petits nœuds bien appréciables au toucher. Cette disposition se remarque aussi lorsque l'érythème est lié à une affection gastro-intestinale, mais dans des conditions que l'on ignore. Lorsque l'affection viscérale est intermittente, l'érythème revêt le même type, seulement il paraît presque toujours entre les paroxismes, et disparaît pendant les accès.

Dans l'*érythème intertrigo*, la rougeur est plus foncée, l'épiderme est soulevé par une matière séro-purulente de mauvaise odeur; le derme soulevé s'ulcère légèrement; les enfans poussent des cris, refusent le sein de leur nourrice, et perdent le sommeil. Cet érythème siége spécialement au périnée, au scrotum, aux grandes lèvres. Il est toujours produit par le contact des matières excrémentitielles.

Diagnostic. Un grand nombre de maladies cutanées débutent par des plaques rouges : il paraît assez difficile de distinguer, dans les premiers instans de son existence, l'érythème d'avec d'autres dermatoses eczématiques, exanthématiques, etc.

L'on n'observe pas dans l'*érythème* la rougeur intense, la tuméfaction, la douleur, la chaleur âcre et brûlante, les symptômes fébriles qui décèlent l'*érysipèle*,

que l'on a voulu à tort regarder comme un degré plus avancé de la *cutite*.

La roséole, la rougeole, la scarlatine ont des caractères qui leur sont propres, et qui empêchent de les confondre avec l'érythème.

L'érythème *intertrigo* pourrait être confondu d'abord avec une période de la dartre squammeuse humide, ou avec la syphilide; mais les taches syphilitiques sont toujours constituées par des plaques cuivrées, grisâtres, d'un rouge obscur, tandis que l'érythème présente seulement une couleur rouge uniforme, quelquefois assez pâle; il y a d'ailleurs ordinairement d'autres symptômes vénériens quand la peau est affectée de cette maladie.

La dartre squammeuse humide se distingue de l'érythème *intertrigo* par des écailles plus ou moins transparentes, par des vésicules pustuleuses plates que l'on remarque presque toujours sur les bords. La rapidité avec laquelle se dissipe l'érythème lorsqu'on éloigne les causes qui l'ont déterminé, ou qu'on y apporte un remède approprié, dissipera les doutes qui pourraient rester, et évitera qu'on ne le prenne pour une de ces maladies, toutes contagieuses, ou rebelles au meilleur traitement.

Tout le monde connaît les engelures, et personne ne les confondra avec les autres maladies.

Pronostic. Par lui-même l'érythème n'est jamais grave: lorsqu'il ne disparaît pas spontanément, il cède très rapidement à une médication méthodique.

Durée et terminaison. L'érythème dure un ou deux septenaires, et se termine le plus ordinairement par résolution; quelquefois par une exsudation de matière séro-purulente, ou par des ulcérations plus ou moins profondes du derme.

Quand l'érythème est idiopathique, il faut faire disparaître les causes qui ont donné lieu à son développement. La propreté, des lotions émollientes, les bains tièdes, sont les meilleurs moyens à employer dans l'érythème *intertrigo*.

Si l'érythème est symptomatique, il faut diriger les moyens contre la maladie principale; les délayans et les émissions sanguines sont indiqués dans le cas de gastro-entérite continue; le quinquina et le sulfate de quinine sont indispensables lorsqu'il y a des intermittences dans l'affection.

DE LA SUPPURATION DES OREILLES.

Le suintement qui survient derrière les oreilles de certains enfans est le plus souvent favorable à leur santé, et doit être respecté; sa suppression brusque pourrait donner lieu aux plus graves accidens.

Il faut donc, dans presque tous les cas, s'en tenir aux soins de propreté, et panser simplement avec un linge, de la charpie ou de la poirée enduite de beurre frais.

Si les ulcérations étaient de mauvais caractère, on leur opposerait les remèdes indiqués par leur nature.

DES GERÇURES.

Les enfans nouveau-nés sont souvent affectés de gerçures dans les endroits où la peau forme des plis. C'est le plus ordinairement au couet dans les régions inguinales que se rencontrent ces solutions de continuité. Les gerçures sont toujours précédées d'une rougeur plus ou moins intense de la peau, et se manifestent de préférence chez les enfans doués de beaucoup d'embonpoint. La malpropreté paraît aussi

avoir une influence toute particulière sur leur développement.

On prévient quelquefois les gerçures par de fréquentes lotions émollientes, et en couvrant les endroits menacés, de poudre de licopode, d'amidon ou de bois vermoulu et tamisé. Les mêmes moyens conviennent encore lorsque la peau est excoriée.

Il ne faut, dans aucun cas, employer les poudres d'oxide blanc de plomb, car elles pourraient produire des coliques, et même des convulsions.

DES CONVULSIONS.

Causes. Les convulsions qui affectent les nouveaunés peuvent être occasionées par la compression qu'a subi l'enfant lors de l'accouchement, par la rétention du méconium, par l'impression brusque du froid et de l'humidité, par les mauvaises qualités du lait de la nourrice, par la présence de vers dans le canal intestinal, par la suppression d'un exanthème, etc.

Il est de remarque que les enfans d'une constitution molle et délicate y sont plus sujets que les autres.

Symptômes. Les convulsions sont souvent précédées de stupeur, d'assoupissement, de raideur dans les membres, de mouvemens brusques, d'agitation dans les yeux, quelquefois même de strabisme.

Les accès sont sur-tout caractérisés par les mouvemens spasmodiques des muscles de la face, par la rotation continuelle ou la fixité des globes oculaires, et par la torsion et l'extension violente des membres. Dans certains cas, la peau du visage est fort injectée; dans d'autres, elle est d'une pâleur remarquable.

Marche. Les convulsions peuvent être continues; mais

le plus ordinairement elles se répètent à des intervalles plus ou moins éloignés, et vont tantôt en diminuant d'intensité, tantôt, au contraire, en augmentant de force et de fréquence : dans ce dernier cas, la vie des enfans est mise dans le plus grand danger.

Pronostic. Grave en général, cependant il varie selon les causes de la maladie, l'intensité des symptômes et la résistance que présentent les petits malades.

Traitement. Il faut d'abord s'attacher à faire disparaître, autant que possible, les causes qui ont déterminé les accès, et opposer ensuite à ces derniers les remèdes qu'ils réclament.

Quelques sangsues derrière les oreilles sont très utiles lorsqu'il y a congestion au cerveau : les dérivatifs vers les membres inférieurs et le canal intestinal doivent être aussi employés. Dans les autres cas, on retire ordinairement de bons effets de l'usage des bains tièdes, et généralement de tous les anti-spasmodiques administrés à l'extérieur et à l'intérieur. Les auteurs vantent beaucoup l'eau de fleur d'oranger, les gouttes d'Hoffman, le camphre, l'assa fœtida, le castoréum, etc.

DE L'OEDÈME DES ENFANS NOUVEAU-NÉS.

(*Endurcissement du tissu cellulaire, sclérème*, etc.)

On a cru pendant long-temps que cette maladie consistait dans une véritable induration du tissu cellulaire; mais il est aujourd'hui bien reconnu que les propriétés de ce tissu n'éprouvent aucune espèce de changement, et que la dureté qu'on rencontre tient seulement à la distension très grande de ses cellules par l'accumulation d'une abondante sérosité. Il ne faut pas, ainsi que l'ob-

serve M. Billard, dans son excellent ouvrage, confondre cette maladie avec l'endurcissement du tissu adipeux qui peut exister avec ou sans infiltration du tissu cellulaire, et qui survient le plus ordinairement au moment même de la mort des enfans, lorsque la chaleur commence à les abandonner. Dans cette dernière maladie, le tissu adipeux est ferme, dur comme du suif, et véritablement figé (M. Billard.)

L'œdème des nouveau-nés peut être local ou général. Il survient le plus ordinairement du premier au huitième jour de la naissance; quelquefois les enfans en sont affectés lorsqu'ils naissent.

Causes prédisposantes. La faiblesse des enfans, une mauvaise nourriture et un état de pléthore prononcé, disposent singulièrement à la maladie dont il s'agit.

Causes occasionelles. Tous les obstacles à la circulation du sang et à la transpiration cutanée peuvent être regardés comme autant de causes capables de déterminer l'œdème du tissu cellulaire.

Symptômes. Les parties qui sont le siége de l'inflammation sont tuméfiées, tendues, et présentent une résistance semblable à celle qu'on éprouve lorsqu'on touche un corps solide : leur température est ordinairement plus basse que de coutume. La peau est sèche et conserve souvent la couleur rouge ou violacée qu'elle présente au moment de la naissance. La respiration est presque toujours embarrassée, le cri pénible et étouffé.

L'œdème des nouveau-nés se complique très souvent de l'ictère et de l'inflammation des voies digestives.

Pronostic. Lorsque la maladie est simple et exempte de toute complication, elle peut très bien guérir; mais lorsqu'elle estoccasionée ou entretenue par une autre

affection grave, elle détermine le plus souvent la mort des enfans.

Traitement. La surabondance du sang étant une des causes principales de la maladie, il faut d'abord avoir recours à quelques évacuations sanguines. On s'attachera ensuite à rétablir la transpiration en faisant quelques frictions irritantes, et en tenant les enfans constamment enveloppés de laine; quelques bains de vapeur ou d'eau chaude pourront devenir très utiles; il sera toujours essentiel que l'enfant ait une bonne nourrice. Si une inflammation franche venait à se manifester, il faudrait la combattre par les moyens appropriés.

DE LA VARIOLE.

(*Petite Vérole.*)

La variole affectant quelquefois le fœtus et l'enfant qui vient de naître, nous avons cru devoir lui consacrer quelques pages.

La variole peut se manifester chez les individus de tous les âges, mais elle attaque de préférence ceux de la seconde enfance. Mauriceau, Mead, Murray, etc., ont vu naître des enfans avec la petite vérole, et, tout récemment, un médecin de Paris a communiqué à l'Académie les observations de deux enfans nés avec cette éruption.

La variole est, de tous les exanthèmes, celui qui se communique avec le plus de facilité. On peut la contracter par le contact immédiat de personnes qui en sont actuellement affectées, ou par celui des vêtemens qui leur ont servi, ou bien encore par le séjour au milieu d'un air chargé de miasmes varioliques.

La variole est sur-tout caractérisée par le développement, sur la peau, de boutons déprimés à leur centre, qui se dessèchent au bout de 10 à 12 jours pour faire place à des croûtes dont la chute est suivie de cicatrices indélébiles.

La variole n'attaque ordinairement qu'une fois dans la vie. Cependant, on a eu occasion d'observer des individus qui en avaient été atteints deux et même trois fois.

A l'exemple de M. Alibert et de la plupart des pathologistes, nous reconnaîtrons trois espèces de varioles, savoir: la *discrète*, la *confluente*, et la *modifiée*.

La variole discrète est ainsi nommée parce que les pustules qui la constituent sont en petit nombre, et que les symptômes généraux n'ont que peu d'intensité.

La variole confluente est celle dans laquelle les boutons se touchent et sont accompagnés d'accidens généraux très fâcheux. Les organes de la digestion sont souvent le siége d'une inflammation qui aggrave singulièrement la maladie.

La variole modifiée (*varioloïde*) consiste dans une éruption de pustules qui ressemblent beaucoup à celles de la variole, mais qui sont plus coniques qu'elles. Ces pustules ne suppurent que très rarement, et laissent après elles une cicatrice proéminente.

Causes. Ces trois espèces de varioles reconnaissent pour cause un principe contagieux qui échappe encore à tous nos moyens d'investigation.

Ce principe n'agit pas sur tous les individus avec la même force; il en est même sur lesquels il n'a aucune espèce d'action.

La variole règne presque toujours épidémiquement;

elle revêt, dans tous les cas, la physionomie de la constitution médicale qui domine.

Périodes. On peut admettre, dans la marche de la variole, six périodes bien distinctes, savoir: 1° celle d'*incubation*, 2° celle d'*invasion*, 3° celle d'*éruption*, 4° celle de *suppuration*, 5° celle de *dessiccation*, 6° enfin celle de *desquamation.*

Incubation. La période d'incubation comprend tout l'intervalle qui s'écoule depuis le moment du contact jusqu'à l'apparition des premiers boutons. Cette période dure de trois à huit jours, quelquefois plus.

Invasion. Les malades accusent d'abord un malaise général; quelquefois des symptômes gastriques très prononcés se manifestent. L'état du pouls indique d'ailleurs le trouble qui existe dans toute l'économie : il survient des nausées, des vomissemens, de la gêne dans la respiration et la déglutition. Le sommeil est agité; il y a quelquefois du délire et des convulsions.

Dans certains cas, l'éruption n'est précédée d'aucun symptôme fébrile; d'autres fois, au contraire, les boutons ne paraissent qu'après plusieurs jours d'une fièvre très intense.

Éruption. Elle se manifeste par l'apparition, sur la peau, de petites taches rouges qui ressemblent assez bien à des piqûres de puces, et qui se montrent d'abord à la face, pour se répandre ensuite sur le col, le corps et les membres.

Vers le second jour, au lieu de taches, on trouve des boutons plus ou moins proéminens, d'un blanc argenté, déprimés à leur centre, et entourés d'un cercle inflammatoire plus ou moins étendu.

Suppuration. Du huitième ou dixième jour, le liquide

contenu dans les vésicules passe à l'état de suppuration; l'inflammation de la peau semble s'accroître pour un instant; les malades sont souvent pris de diarrhée.

Dessiccation et *desquamation*. Du douzième au quatorzième jour les boutons se dessèchent et se couvrent de croûtes brunes plus ou moins épaisses, qui se détachent du vingt au vingt-cinquième jour, laissant à leur place une cicatrice enfoncée, inégale, rougeâtre et qui par suite devient plus blanche que le reste de la peau.

Diagnostic. Rien de plus facile à reconnaître que la variole. La forme ombiliquée des boutons suffit à elle seule pour empêcher toute espèce de méprise.

Pronostic. La variole est généralement considérée comme une affection grave : cependant, son pronostic varie nécessairement selon les circonstances qui l'accompagnent; l'âge et la santé antérieure des individus ont aussi une influence marquée sur l'issue de l'affection.

On peut dire, d'une manière générale, que la variole discrète, ainsi que celle que nous avons appelée modifiée, sont rarement dangereuses, tandis que la confluente met souvent les jours des malades en danger. Lorsque la maladie n'a pas une issue fâcheuse, il arrive souvent qu'elle laisse à sa suite des ophtalmies rebelles, la perte de la vue, celle de l'ouïe, des dépôts, des suppurations abondantes, etc.

Traitement préservatif. Il consiste dans l'inoculation de la variole elle-même, ou dans la vaccination.

On sait aujourd'hui que ce dernier moyen ne préserve pas toujours, ou qu'il ne préserve quelquefois que pour un certain temps, puisqu'on a eu occasion d'observer la variole chez des individus qui avaient été vaccinés avec

tout le succès désirable; mais on sait aussi qu'alors la variole est toujours très bénigne, et, partant, sans aucun danger.

Traitement curatif. On doit sur-tout avoir en vue de favoriser le travail de la nature, et d'écarter des malades tout ce qui pourrait les troubler.

Une diète sévère, des bains chauds, des tisanes adoucissantes et légèrement diaphorétiques sont souvent d'un grand secours.

Lorsque les boutons ont peine à s'ouvrir, on soulage beaucoup les malades en pratiquant une ponction à l'aide d'une lancette.

Quelques auteurs disent avoir réussi à faire avorter l'éruption en cautérisant les boutons avec le nitrate d'argent; mais ce moyen est très dangereux, et un médecin prudent ne saurait y avoir recours : on pourrait tout au plus l'employer à la face pour prévenir les cicatrices difformes qui s'y établissent quelquefois.

Bien entendu que dans le cas où l'éruption serait compliquée d'inflammation du côté de la tête, de la poitrine ou du ventre, il faudrait se hâter de mettre en usage les moyens propres à combattre ces complications.

Si l'éruption venait à disparaître, on pourrait retirer de bons effets de l'usage des sinapismes et des vésicatoires.

FIN.

NOTES.

I. Dans beaucoup de feuilles de notre ouvrage, le nom de Désormeaux se trouve précédé de la lettre M.; c'est qu'à l'époque où ces feuilles ont été imprimées l'auteur vivait encore.

II. Page 73, art. Dépendances du fœtus.

Depuis l'impression de cet article, où nous avons dit que les dépendances du fœtus étaient privées de nerfs, sir Éverard Homme, vice-président de la société royale de Londres, a publié, dans le journal des progrès des sciences et institutions médicales, volume V, tome 17, 1829, un mémoire sur l'existence de nerfs qu'il a découverts dans le placenta, dans les membranes et dans le cordon ombilical. L'auteur a fait suivre son travail d'une planche représentant d'une manière très distincte la disposition de ces nerfs.

III. Page 198, ligne 16. (Positions de la face.)

« *Dans les positions directes*, on refoule d'abord au-dessus du détroit supérieur, afin de rendre la tête plus libre, on convertit ensuite en diagonale, et on attire la tête dans l'excavation, en ayant soin, *dans la première seulement*, de repousser la face en haut et en arrière, afin de rapprocher, autant que possible, l'occiput du centre du bassin. »

« Une fois la tête dans l'excavation, on se comporte comme il a été dit pour le détroit inférieur. »

« Dans les positions diagonales, on n'a que faire de refouler la tête, on l'attire de suite dans l'excavation. »

Nota. Depuis l'impression des lignes qui précèdent, nous avons apporté dans la manœuvre des positions de la face au détroit supérieur, des changemens que nous regardons comme très importans, puisqu'ils permettent à l'accou-

cheur, en manœuvrant, de se rapprocher, autant que possible, du mécanisme de l'accouchement naturel.

Ainsi, dans les positions où le front du fœtus se trouve dirigé en avant, au lieu d'engager la tête dans l'excavation du bassin pour lui faire subir, seulement alors, le mouvement de bascule au moyen duquel elle doit se trouver redressée, c'est avant que de l'engager au détroit supérieur que nous lui imprimons ce mouvement, après, toutefois, l'avoir refoulée de bas en haut, afin de la rendre autant mobile que possible. De cette manière, nous rendons le redressement plus facile, puisque nous agissons dans un espace plus large, et qui n'est point, comme la cavité du bassin, borné par des parois osseuses. D'un autre côté, nous faisons disparaître toutes les difficultés qu'on éprouvait à engager la face à travers le détroit abdominal.

Voici maintenant comment il convient de procéder :

Ire POSITION DIRECTE DE LA FACE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR DU BASSIN.

Le forceps étant appliqué d'après les règles prescrites pour les positions directes (*voy.* page 184), et les mains disposées comme il a été dit pour le détroit supérieur, on refoule d'abord la tête au-dessus de ce détroit, et on la place en première ou en deuxième diagonale. Appliquant ensuite les quatre doigts de la main qui se trouve en dessous des cuillères sur les parties latérales du nez, deux de chaque côté, on repousse la face en haut, en même temps qu'avec le forceps on abaisse l'occiput. Ce mouvement de bascule, se passant entre les branches de l'instrument et dans l'intérieur même de la matrice, doit nécessairement présenter beaucoup moins de difficultés que lorsqu'on cherchait à l'exécuter dans l'excavation du bassin.

Une fois la tête redressée, on se comporte absolument de même que dans les positions du sommet.

Nota. La précaution qu'on prend ordinairement, après le redressement opéré, de faire glisser les cuillères du forceps dans le sens exact du diamètre occipito-mentonnier, en écartant et en relevant un peu le manche de l'instrument,

nous paraît tout-à-fait inutile, puisqu'on peut fort bien extraire la tête en laissant les branches dans la position qu'elles occupent après le mouvement de bascule imprimé.

Ce que nous venons de dire pour la première position directe de la face, s'applique aux deux premières diagonales. Seulement, dans ces dernières, on a de moins à faire le mouvement qui doit ramener la tête de directe en diagonale.

IIe POSITION DIRECTE DE LA FACE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR DU BASSIN.

Ici encore nous avons apporté des changemens qui nous paraissent d'autant plus importants que nous ne comprenons pas comment on a pu conseiller de convertir seulement en diagonale, et d'engager ensuite la face dans la position qu'elle occupe pour faire sortir le menton en premier lieu. Comme si, pour que le menton arrive au détroit inférieur du bassin, il ne fallait pas que la partie supérieure de la poitrine s'engageât aussi dans le bassin ; de telle sorte qu'en attirant la face dans la position qu'elle affecte, ce n'est pas seulement la tête qu'on entraîne dans l'excavation, mais encore la partie supérieure du thorax. On devine bien tous les obstacles et tous les dangers que doit présenter une semblable manœuvre. Or, pour obvier aux uns et aux autres, voici ce que nous conseillons :

1° Appliquer le forceps en suivant les règles prescrites ;

2° Refouler la tête au-dessus du détroit supérieur pour la rendre plus mobile ;

3° Convertir en troisième ou en quatrième diagonale ;

4° Imprimer à la tête le mouvement de bascule par lequel l'occiput doit se trouver ramené au centre du bassin ;

5° Enfin se comporter pour le reste comme dans la position correspondante du sommet de la tête.

Voici d'ailleurs comment il convient d'agir : le forceps étant appliqué et les mains disposées comme au détroit supérieur, on refoule la tête en lui imprimant de petits mouvemens latéraux, et on la place en troisième ou en quatrième diagonale ; déprimant ensuite le manche de

l'instrument vers la partie interne et posterieure de la cuisse droite de la femme, si on a converti en troisième diagonale, et vers celle de la cuisse gauche, si on a converti en quatrième, on glisse toute la main droite, portée en pronation forcée, dans le premier cas, et toute la main gauche dans le second, au-devant du forceps, jusque sur les parties latérales du nez, et on refoule la face en haut, pendant qu'avec le forceps on abaisse l'occiput.

Une fois la tête redressée, on se comporte pour le reste comme dans la position correspondante du sommet.

Ce que nous venons de dire pour la deuxième directe s'applique aux troisième et quatrième diagonales; seulement dans ces deux dernières, on a de moins à faire le mouvement qui doit ramener la tête de directe en diagonale.

IV. Page 225, ligne 7 et suivantes. « Pour obtenir un écartement plus grand, il faut nécessairement agir avec plus ou moins de force sur les cuisses ou sur les os des îles, etc.

Note. Depuis l'impression de ces lignes, nous nous sommes assuré, par de nouvelles expériences, qu'une fois la symphyse divisée, il est, dans tous les cas, préférable d'abandonner l'écartement aux efforts que fait la nature pour expulser le fœtus, plutôt que d'exercer sur les hanches et sur les cuisses des pressions dont il est impossible de calculer les effets.

V. Page 337, ligne 16 (*Moyens proposés contre la leucorrhée.*)

Note. Depuis l'impression de cet article, un nouveau remède a été tenté par un médecin étranger, M. le docteur *Marshall-Hall*, et le succès a dépassé son attente, puisqu'il a pu guérir, dans l'espace de quelques jours, et sans le moindre inconvénient pour les malades, des fleurs blanches qui dataient de plusieurs années.

Le moyen employé avec tant d'avantage, par le docteur *Marshall-Hall*, est le seigle ergoté. Nous avons nous-même, depuis quelques mois, administré ce remède à plusieurs malades affectées de leucorrhée plus ou moins ancienne, et, chez toutes, la guérison a eu lieu en un temps assez court. Nous allons exposer ici l'histoire de trois de ces malades.

Ire OBSERVATION.

Mademoiselle Félicité G***, âgée de trente ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution assez délicate, était affectée, depuis près de trois ans, de fleurs blanches tellement abondantes, qu'elle ne pouvait faire un pas sans être garnie. Avant le commencement de sa maladie, mademoiselle G*** habitait la campagne, et jouissait alors d'une brillante santé.

Depuis quelques mois, les forces de mademoiselle G*** avaient singulièrement diminué; le moindre exercice lui causait une fatigue extrême, ses digestions étaient très pénibles, des tiraillemens douloureux se faisaient sentir dans la région épigastrique, une petite toux sèche avait lieu durant la nuit, et la malade était privée de tout sommeil; il y avait de la fièvre chaque soir. Les organes génitaux et la partie supérieure et interne des cuisses étaient le siége d'un gonflement des plus considérables; de larges excoriations existaient dans plusieurs points : le moindre mouvement occasionait des douleurs insupportables, et la malade était obligée de garder le lit, en ayant soin de tenir ses cuisses écartées l'une de l'autre.

Le liquide excrété n'avait que peu de consistance; il était blanchâtre, et laissait sur le linge une tache tirant sur le vert. Du reste il était fort irritant, puisqu'il enflammait et excoriait toutes les parties avec lesquelles il se trouvait en contact; il répandait un peu d'odeur, malgré les soins de propreté les plus scrupuleux.

Appelé près de la malade, nous l'interrogeâmes avec soin sur les antécédents; nous examinâmes avec beaucoup d'attention les parties malades, et nous pûmes nous assurer sans peine que la leucorrhée était simple, et non entretenue par une maladie organique quelconque : dès lors nous crûmes devoir entreprendre de la guérir.

Convaincu du peu d'efficacité des moyens ordinaires, nous résolûmes d'essayer l'emploi du seigle ergoté, après avoir toutefois pris l'avis de M. le docteur *Bocquet*, qui avait été consulté avant nous par la malade.

Le premier jour, mademoiselle G*** prit moitié de la dose prescrite par le docteur *Marshall-Hall*, c'est-à-dire neuf grains en trois fois, et à quatre heures de distance; elle fut d'ailleurs mise à l'usage d'une légère infusion de camomille romaine. Le remède ne causa aucune espèce d'incommodité.

Le deuxième jour, la dose du seigle fut augmentée de quatre grains, et administrée de la même manière que la première fois; l'infusion de camomille fut continuée.

Le troisième jour, la dose du remède fut encore augmentée de quelques grains.

Le quatrième jour, l'écoulement était déjà moins abondant, et l'espoir commençait à renaître chez la malade.

Les jours suivants, on continua l'usage du seigle sans en augmenter la dose, et au bout de dix jours la guérison fut complète. Il ne survint, durant le traitement, aucune espèce d'accident.

Deux mois se sont écoulés depuis que mademoiselle G*** est guérie, et ses fleurs blanches n'ont pas reparu. Aujourd'hui toutes ses fonctions se font bien, et elle a déjà repris une grande partie de l'embonpoint qu'elle avait perdu pendant sa maladie.

IIe OBSERVATION.

Madame Sp***, âgée de 31 ans, ayant eu plusieurs enfants, était sujette, depuis sa dernière couche, qui eut lieu en 1827, à un écoulement très abondant par les organes de la génération. Les règles ne venaient plus à leur époque, et leur quantité était beaucoup moindre que de coutume. L'embonpoint se perdait chaque jour, l'appétit diminuait, les digestions devenaient laborieuses, des tiraillements très incommodes se faisaient sentir du côté de l'estomac, les forces s'épuisaient, et la malade ne pouvait plus se livrer à aucune espèce d'exercice.

Cependant Madame Sp*** avait consulté plusieurs médecins, et beaucoup de remèdes lui avaient été successivement administrés.

Appelé près de la malade, nous cherchâmes à nous éclairer sur les causes qui avaient pu déterminer la maladie; après quoi nous touchâmes, pour nous assurer de l'état dans lequel se trouvaient les parties affectées; nous ne rencontrâmes aucune lésion grave, et nous conçumes l'espoir d'obtenir un second succès.

Nous administrâmes le seigle ergoté de la même manière et avec les mêmes précautions que chez la malade qui fait le sujet de la première observation, et dès le troisième jour il y eut un mieux sensible du côté de l'écoulement. Cependant ce ne fut qu'au bout de quinze jours que la guérison fut complète.

Cette seconde malade ne fut pas plus incommodée de l'usage du remède que la première. Elle reprit, comme elle, successivement son embonpoint et ses forces, et depuis elle n'a pas cessé de jouir d'une brillante santé.

IIIe OBSERVATION.

Mademoiselle Rosalie B***, âgée de 18 ans, douée d'une bonne constitution, avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'en 1828, époque à laquelle ses règles parurent pour la première fois; l'éruption fut peu abondante, difficile, douloureuse, et accompagnée de symptômes généraux assez graves.

Le mois suivant, la menstruation ne reparut pas, mais à sa place on vit se manifester, par les parties, un écoulement blanc qui fut d'abord très abondant, diminua successivement, et disparut presque complètement au bout de quelques jours.

La troisième époque des règles fut aussi marquée par un écoulement blanc très abondant, mais qui, cette fois, au lieu de cesser au bout de quelques jours, persista sans relâche jusqu'au mois de décembre 1829. La malade dépérissait à vue d'œil, sa peau était d'une pâleur remarquable, ses mouvemens étaient lents et difficiles, ses digestions se faisaient avec peine; elle se plaignait à chaque instant de tiraillemens très douloureux du côté de l'estomac, et souvent elle était menacée de défaillances.

Lorsque nous vîmes la malade pour la première fois, nous fûmes vraiment effrayé de son état de faiblesse et d'épuisement. Ses parties génitales étaient tumé fiées, rouges, douloureuses, excoriées dans quelques points, et partout abreuvées d'un écoulement blanc des plus abondants. La partie supérieure et interne des cuisses, qui se trouvait continuellement en contact avec le liquide excrété, était elle-même le siége d'nne inflammation érysipélateuse assez intense. Du reste, nous ne trouvâmes, du côté de la matrice, rien qui pût nous faire soupçonner une maladie grave de cet organe. Nous espérâmes donc être aussi heureux chez cette jeune malade que nous l'avions été chez les deux précédentes.

Après avoir calmé, par les moyens appropriés, l'inflammation qui existait aux parties génitales externes, nous eûmes recours à l'emploi du seigle ergoté, que nous administrâmes comme dans les deux cas précédens.

Chez cette dernière malade le mieux ne se manifesta pas aussitôt que chez les deux premières; ce ne fut qu'au bout de six jours que l'état des parties commença à devenir plus satisfaisant.

A compter de ce moment, la guérison ne se fit pas longtemps attendre; elle était complète le douzième jour. A cette époque, la malade avait recouvré l'appétit, elle digérait sans peine tout ce qu'elle prenait, la pâleur de sa peau était moins grande, elle se trouvait plus forte et plus agile; enfin sa santé était presque entièrement rétablie.

Depuis un mois, que tout traitement a cessé, les fleurs blanches n'ont pas reparu, et mademoiselle B*** a continué de se bien porter.

Nous pourrions encore consigner ici l'histoire des autres malades que nous avons traitées et guéries par l'usage du seigle ergoté; mais ces observations ayant, avec celles que nous venons de rapporter, la plus grande ressemblance, nous nous abstiendrons de les reproduire, persuadé d'ailleurs que les trois cas remarquables que nous venons d'exposer suffiront pour éveiller l'attention des praticiens sur un moyen qui paraît avoir une vertu toute spécifique contre la leucorrhée.

Maintenant, comment le seigle ergoté agit-il pour guérir

les fleurs blanches? C'est là une question que nous tâcherons de résoudre un peu plus tard; pour aujourd'hui, nous nous contenterons d'avoir prouvé, par des faits bien observés, que la leucorrhée ne doit plus être désormais considérée comme un des écueils de la médecine.

VI. Pag. 484, ligne 30 (article péritonite puerpérale). Depuis l'impression de cet article, un auteur portugais, M. Simaô José Fernandès, a publié, sur la péritonite puerpérale, un travail qui nous paraît être de la plus haute importance, puisqu'il se compose de faits nombreux et bien authentiques, tendant à prouver que la péritonite puerpérale ne résiste presque jamais à l'usage bien ordonné de l'essence de térébenthine.

Voici, entre autres faits, les observations de deux malades guéries, par le remède en question, par M. Brenau de Dublin.

PREMIÈRE OBSERVATION.

La malade accouche le 12.

Le 15, elle est prise d'une fièvre très violente, avec toux forte, et qui porte à crier à cause des douleurs du ventre, qui est excessivement sensible à la pression. (Essence de térébenthine appliquée sur l'abdomen; on en donne à l'intérieur une cuillerée à soupe dans de l'eau sucrée).

Le 16, plus de douleurs; appétit; la malade a l'imprudence de prendre des alimens; elle retombe, et se trouve aussi mal que jamais. (Essence de térébenthine intérieurement et extérieurement). Soulagement.

La malade commet un nouvel écart de régime, et les symptômes reprennent une très grande intensité jusqu'au 21. Le cas est désespéré. On considère la malade comme moribonde. Vomissemens de bile verte. (Une once d'essence de térébenthine, répétée une heure après; nouvelle application sur le ventre.)

Le 22 au matin, amélioration; on trouve la malade à dormir. (Huile de castoréum, teinture de séné, et deux gros d'essence de térébenthine). Plusieurs selles ont lieu.

Les 23 et 24, la malade se porte mieux, prend des alimens et se lève.

Le 27, elle s'en va chez elle.

Je ne commenterai pas ce cas, dit Brenau. J'ai engagé des personnes de l'hôpital à l'observer, et je crois que, par sa nouveauté et son contraste avec la pratique qu'on y suivait, elles ne l'auront pas oublié.

Réflexions.

Voudrait-on attribuer la guérison à l'huile de castoréum ou à la teinture de séné? Nous répondrions que l'essence de térébenthine a suffi à elle seule pour dissiper, à deux reprises différentes, les accidens, et que ces deux substances ne lui ont été associées que lorsque l'amélioration était déjà bien marquée.

Il découle, d'ailleurs, de cette observation, que l'essence de térébenthine n'a pas l'inconvénient d'affaiblir comme les autres méthodes de traitement, ce qui permet de revenir plusieurs fois à son usage.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Accouchement de deux enfans; travail difficile. Trois jours après, la malade est dans un état fâcheux qui se continue toute la nuit.

Le jour suivant, les craintes sont loin d'être diminuées. (On applique sur le ventre une flanelle imbibée d'essence de térébenthine; de plus on donne à l'intérieur une cuillerée à bouche du même remède.)

Deux heures après, la malade pousse des cris que lui arrachent ses douleurs abdominales. On enlève la flanelle qui avait déterminé une forte rubéfaction.

Quelques heures après, la malade se sent soulagée.

Le lendemain, les douleurs reviennent. (On donne à l'intérieur une cuillerée à bouche d'essence de térébenthine.) La malade en éprouve du soulagement.

On donne encore le médicament de temps en temps, pendant quatre jours, après lesquels la guérison est complète.

L'essence de térébenthine ayant été seule employée, cette seconde observation ne demande aucune réflexion.

Brenau cite encore quelques cas de sa pratique particulière, dans lesquels il fut aussi heureux que dans les deux précédens.

M. *Fernandès*, après les observations de *Brenau*, rapporte quatorze autres observations, toutes prouvant, de la manière la plus évidente, l'efficacité de l'essence de térébenthine contre la péritonite puerpérale.

Dans beaucoup de cas les évacuations sanguines ont précédé ou accompagné l'administration du remède, et on a remarqué que l'essence réussissait beaucoup mieux lorsque les malades n'avaient pas encore été soumises au traitement antiphlogistique. Pourtant, on conçoit bien que certaines complications pourraient réclamer impérieusement l'emploi de la saignée.

Voici une observation rapportée par *Payne*, et qui ne peut qu'ajouter à tout ce que nous avons déjà dit sur l'essence de térébenthine :

Constitution délicate, lymphatique.

Le 20, cinq jours après le travail qui fut de courte durée, douleur à la partie inférieure de l'abdomen, s'exaspérant beaucoup par la pression, plus aiguë sur le côté gauche dans le voisinage de l'aine, soif ardente, grande céphalalgie, pouls plein et fort (140 pulsations), nausées et vomissemens.

Comme la malade est constipée, on croit devoir lui donner une mixture saline; mais on n'en obtient aucune évacuation, et les douleurs se propagent à tout le ventre; des frissons surviennent, l'abdomen se ballonne, les lochies diminuent. (Mixture composée d'une once et demie d'essence de térébenthine, deux gros de miel et deux onces d'eau commune; à prendre en trois fois, de deux en deux heures.)

Le 21, les deux derniers tiers de la mixture furent donnés à la fois; ils produisirent plusieurs évacuations alvines; la malade se sentit soulagée.

Quelque temps après, la malade ayant reçu beaucoup de

visites, les accidens reparurent; on eut de nouveau recours à la mixture avec l'essence de térébenthine.

Le 22, la malade eut quatre heures de sommeil; son ventre était à peine sensible à la pression; cependant le pouls conservait encore une fréquence extraordinaire.

Quatre heures après, la malade se trouvait encore mieux; lait et gruau pour tout aliment. On suspend l'usage de la térébenthine.

La guérison ne tarde pas à être complète.

Réflexions. — Si les observations que nous venons de rapporter ne suffisaient pas pour porter la conviction dans l'esprit de nos lecteurs, nous pourrions y ajouter ce qu'ont dit d'autres auteurs célèbres.

John B. Douglas affirme n'avoir jamais ordonné ce remède à aucune malade, qu'elle n'ait recouvré la santé par suite de son administration. Il ajoute, qu'il a vu souvent l'application externe du médicament, sans son usage interne et sans le secours de la saignée, être entièrement efficace dans le traitement de la péritonite puerpérale.

Kinneir dit que l'essence de térébenthine est le plus précieux médicament dont on ait usé jusqu'à présent dans la péritonite puerpérale.

Le docteur *Magée* dit que l'essence de térébenthine agit comme spécifique contre la péritonite puerpérale, et que ce médicament n'a pas encore reçu toute l'attention dont il est digne.

Farre rapporte que dans une épidémie très meurtrière, où le traitement antiphlogistique avait toujours été sans succès, plusieurs malades ont dû leur salut à l'usage de l'essence de térébenthine, employée seule.

Mode d'administration.

Le médicament peut être administré intérieurement, par la bouche et en lavemens; extérieurement, en frictions et en fomentations sur l'abdomen.

La dose du remède ne doit jamais être portée au point de déterminer l'effet purgatif.

La dose ordinaire est d'un à trois gros; on la mêle avec du lait, une émulsion, de l'eau sucrée, une eau aromatique, etc. Cette dose pourra être répétée toutes les deux ou trois heures, ou à des intervalles plus longs ou plus rapprochés, selon le besoin. L'usage en sera continué jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet désiré; peut-être même serait-il prudent de ne suspendre l'administration du remède que quelque temps après la disparition de tous les symptômes, afin de consolider la guérison, en diminuant, toutefois, progressivement la dose; cela n'empêcherait pas d'administrer conjointement d'autres médicamens, tels que toniques, purgatifs ou autres, selon l'indication, pour concourir au même but.

On peut diminuer la dose ou l'augmenter suivant les circonstances, et administrer l'essence depuis quelques gouttes jusqu'à deux onces et plus. Douglas et Kinneir pensent qu'il n'est pas nécessaire, ordinairement, de revenir à son administration plus de deux ou trois fois.

L'essence de térébenthine ne devant point agir sur les maladies qui peuvent compliquer la péritonite, il convient de faire précéder, accompagner ou suivre son administration de l'emploi des moyens propres à combattre les complications.

Comme le médicament donné à haute dose (de 1/2 once à 2 onces) produit l'effet purgatif, on devra lui donner la préférence, toutes les fois que l'indication de purger se présentera. On pourra donner la dose en une seule fois ou par fractions, seule ou mêlée à d'autres purgatifs, tels que l'huile de ricin, les sels neutres.

M. *Fernandès* pense que l'administration de l'essence en lavemens devrait être très avantageuse, parce que le remède agirait plus près des organes malades.

On peut faire, avec le médicament tiède, des frictions douces et légères sur l'abdomen.

On peut aussi placer sur le ventre des flanelles imbibées du remède, et les y laisser quinze, vingt minutes, et plus, si elles ne déterminent pas une rubéfaction trop forte.

Les applications externes peuvent suffire pour amener la

guérison ; mais il vaut toujours mieux réunir les deux modes d'administration.

Les observations et les opinions que nous avons rapportées, appartenant à des praticiens qui habitent un climat différent du nôtre, il sera peut-être convenable d'en tenir compte pour modifier les doses; l'expérience résoudra la question.

VII. *Brise-tête.* M. Baudelocque a proposé dans ces derniers temps, pour broyer la tête du fœtus, une nouvelle pince en forme de forceps, dont le manche est traversé par une vis très forte, au moyen de laquelle s'opère le rapprochement des branches.

L'auteur dit s'être servi de son instrument avec succès.

VIII. *Intro-pelvimètre.* Madame Boivin a imaginé, aussi dans ces derniers temps, un instrument particulier pour mesurer le bassin. Cet instrument, qu'elle nomme *intro-pelvimètre*, est composé de deux branches, dont l'une doit être placée dans le rectum et l'autre dans le vagin. L'intro-pelvimètre pourra être fort utile dans certains cas : par-exemple, lorsque l'entrée des parties sera encore fermée par la présence de l'hymen.

IX. *Nouveau levier.* Le même auteur a fait fabriquer un levier d'un nouveau genre, pour opérer le redressement de la tête du fœtus.

Si nous avions confiance au levier, nous donnerions certainement la préférence à celui de madame Boivin ; mais nous croyons fermement que, lorsque la tête du fœtus est renversée, le forceps est de tous les instrumens celui qu'il faut préférer.

X. *Nouveau porte-cordon.* M. Maygrier, à qui la science est déjà redevable de travaux fort utiles, vient d'imaginer un nouvel instrument pour reporter le cordon ombilical dans la matrice, lorsqu'il s'en est échappé prématurément. Cet instrument, tout simple qu'il est dans son mécanisme, nous a paru fort ingénieux.

XI. *Repoussoir.* Le même auteur a fait tout nouvellement

aussi exécuter un instrument destiné à repousser la tête du fœtus, lorsque son refoulement est indiqué. Nous ne saurions quant-à-présent nous prononcer sur le degré d'utilité de cet instrument.

XII. *Nouveau couteau symphysien.* M. Maygrier vient encore de faire fabriquer un nouveau couteau pour la section du fibro-cartilage inter-pubien, dans l'opération de la symphyséotomie.

XIII. *Seigle ergoté contre la leucorrhée.* Depuis l'impression de la note V (*voy.* pag. 586), nous avons lu dans un Journal de médecine (*Annali universali di medicina, etc.*) huit observations, rapportées par le docteur *L. G. Bazzoni*, lesquelles viennent à l'appui de celles du docteur Marshall-Hall et des nôtres. Ces huit observations sont celles de huit femmes chez lesquelles le seigle ergoté administré à la dose d'un demi-gros par jour, en poudre ou en décoction et en quatre prises, a triomphé de leucorrhées plus ou moins anciennes et plus ou moins abondantes. Chez presque toutes les malades la première dose a suffi pour amener la guérison. Une seule malade n'a pas été complètement guérie; elle avait une maladie organique de l'utérus.

XIV. *Souffle placentaire.* M. le docteur Monod a publié, dans le *Répertoire médical*, août 1831, un mémoire dans lequel il expose toutes les recherches qu'il a faites sur le souffle placentaire.

D'après M. Monod, *le bruit de soufflet est un phénomène dont l'existence est constante dans l'état normal, à dater du quatrième mois de la grossesse, et qu'on peut toujours entendre, quelle que soit la position du placenta, lorsque l'utérus a tout-à-fait dépassé le détroit supérieur.*

Voici les conclusions par lesquelles M. Monod termine son travail.

« 1° Le bruit de soufflet utérin n'existe que dans la grossesse, et il dépend de la circulation placentaire.

» 2° Dans l'état normal il se développe à quatre mois, et persiste jusqu'à l'expulsion du fœtus;

» 3° Il est régulier et constant : des irrégularités bien tranchées dans sa production, et à plus forte raison son absence complète, doivent être regardées comme des exceptions qui indiquent presque toujours, soit une maladie, soit la mort de l'œuf;

» 4° L'exploration du cœur fœtal est peu utile, et ne doit être considérée que comme complément de celle du souffle placentaire;

» 5° Le souffle placentaire fait découvrir l'existence de la grossesse; il contribue aussi à faire connaître l'époque de la gestation. Dans ces deux circonstances, son exploration peut presque toujours dispenser du toucher;

» 6° Le souffle placentaire donne des notions exactes sur la vie du fœtus;

» 7° Il est à croire, qu'à son aide, on parviendra à reconnaître les principales maladies du placenta;

» 8° Le souffle placentaire sert à déterminer, d'une manière bien précise, le lieu de l'insertion du placenta. Les lumières que puisera l'accoucheur dans cette exploration, pourront déterminer la conduite qu'il tiendra pendant le travail;

» 9° Le souffle placentaire peut donner des notions exactes sur les grossesses bipares et les grossesses extra-utérines. »

Nous nous plaisons à rendre justice à M. Monod; son travail est celui d'un homme instruit et qui a beaucoup observé; cependant nous ne partageons pas toujours son opinion. Par exemple, M. Monod n'aurait peut-être pas dû dire *que l'exploration du cœur fœtal est peu utile, et ne doit être considérée que comme complément du souffle placentaire.* Il s'est peut-être aussi beaucoup avancé en disant *que l'exploration du souffle placentaire peut presque toujours dispenser du toucher*, etc.

TABLE DES MATIÈRES.

PREMIÈRE PARTIE.

PREMIÈRE SECTION.

ANATOMIE

des organes de la femme qui servent à la génération, à la grossesse et à l'accouchement.

DES PARTIES DURES.

Du sacrum. 1
Du coccix. 3
Des os des iles. *id.*
DES ARTICULATIONS DU BASSIN. 5
De la symphyse des pubis. *id.*
Des symphyses sacro-iliaques. 6
De l'articulation sacro-coccygienne. 7
De l'union du bassin avec le rachis. *id.*
De l'articulation du bassin avec les fémurs. 8
DU BASSIN DANS L'ÉTAT SEC. *id.*
Du bassin dans l'état frais. 12
Des vices de conformation du bassin. 13

DES PARTIES MOLLES.

DES PARTIES GÉNITALES EXTERNES. 21
Du pénil. *id.*
De la vulve. *id.*
Des grandes lèvres. 22

Des petites lèvres. 22
Du clitoris. *id.*
Du vestibule. 23
Du méat urinaire. *id.*
Du canal de l'urèthre. *id.*
De l'hymen *id.*
De l'orifice du vagin. *id.*
De la fosse naviculaire. 24
De la commissure postérieure ou fourchette. *id.*
Du périnée. *id.*

DES VICES DE CONFORMATION DES PARTIES GÉNITALES EXTERNES.

Des vices de conformation du pénil. 24
— de la vulve. *id.*
— des grandes lèvres. 25
— des petites lèvres. *id.*
— du clitoris. *id.*
— du méat urinaire. *id.*
— de l'orifice du vagin. *id.*
— des caroncules myrtiformes. *id.*

DES PARTIES GÉNITALES INTERNES.

Du vagin. 26
De la matrice. 28
Des trompes utérines. 31
Des ovaires. *id.*
Des ligaments larges. 32
Des ligaments ronds. 33
Des ligaments antérieur et postérieur. *id.*

DES VICES DE CONFORMATION DES PARTIES GÉNITALES INTERNES.

Des vices de conformation du vagin. 33
— de la matrice. 34
— des trompes. *id.*

Des vices des ovaires. 34
DES HERMAPHRODITES. 34 *bis.*

DES ORGANES SERVANT A LA LACTATION.

Des mamelles. 34 *ter.*
Des vices de conformation des mamelles. 34 *quat.*

DEUXIÈME SECTION.

PHYSIOLOGIE

des organes de la génération.

DE LA MENSTRUATION. 35
De la fécondité. 39
De la stérilité. 40
De la génération. *id.*
De la conception. 42
DE LA GROSSESSE. *id.*
De la grossesse utérine. 43
Diagnostic des grossesses composées. 52
Diagnostic des grossesses compliquées. 52
— relatif au sexe. *id.*
De la superfétation. 132
Des grossesses extra-utérines. 53
— de la trompe. *id.*
— du ventre. *id.*
— de l'ovaire. *id.*
— dans le tissu de l'utérus. 56.

DES FAUSSES GROSSESSES. 60

DE L'HYGIÈNE DE LA FEMME PENDANT LA GROSSESSE. *id.*

DU TOUCHER. 63

DU PRODUIT DE LA CONCEPTION.

Du développement du germe. 66

De l'embryon. 66
De l'attitude du fœtus dans la matrice. 68
Du fœtus à terme. 69
De la tête. 70
Du tronc. 72
Des extrémités. *id.*

CONCLUSIONS *tirées de la comparaison de la tête du fœtus avec l'intérieur du bassin de la mère.* 73

DES DÉPENDANCES DU FOETUS. *id.*

Des membranes. 74
Des eaux de l'amnios. 76
Du placenta. 78
Du cordon ombilical. 80
Des vésicules ombilicale et allantoïde. 83

DES FONCTIONS DU FOETUS.

De la nutrition. 84
De la respiration. 85
De la circulation. *id.*
Des mouvements. 88

DE L'ACCOUCHEMENT.

De l'accouchement naturel. 88
1er phénomène du travail. 89
2e phénomène.
3e phénomène. 92
Mécanisme de l'accouchement naturel
— par la tête. *id.*
— par les pieds. 96
— par les genoux. 99
— par le siége. *id.*

DE LA CONDUITE DE L'ACCOUCHEUR AUPRÈS DE LA FEMME QUI A RÉCLAMÉ SES SOINS. 101

Régime. *id.*

Position. 102
Époque à laquelle la femme doit se placer sur le lit. *id.*
Moyens propres à favoriser la terminaison de l'accouchement. 103
DE LA DÉLIVRANCE. 106
DES SOINS QU'ON DOIT A LA FEMME APRÈS LA DÉLIVRANCE. 107
DES SUITES NATURELLES DE COUCHES. 108
Lochies. *id.*
Tranchées. *id.*
Fièvre de lait. *id.*
HYGIÈNE DES FEMMES EN COUCHES. 110
DES SOINS QUE L'ACCOUCHEUR DOIT A L'ENFANT, DEPUIS SA NAISSANCE JUSQU'AU SEVRAGE. 111
Section du cordon. 112
Ligature du cordon. *id.*
Lavage. *id.*
Emmaillottement. 113
Air. *id.*
Lumière. *id.*
Chambre. *id.*
Vêtemens. *id.*
Allaitement maternel. 114
Choix d'une nourrice. *id.*
Allaitement au biberon. 116
Durée de l'allaitement. *id.*
Sevrage. 117
Education morale. 118

TROISIÈME SECTION.

PARTIE PRATIQUE.

ACCOUCHEMENS CONTRE NATURE.

DES CAUSES QUI PEUVENT RENDRE L'ACCOUCHEMENT CONTRE NATURE (du côté de la mère.) 119

De l'hémorrhagie. 119
Des convulsions. 123
De l'épuisement, des syncopes, de l'inertie de la matrice. 125
De l'obliquité exagérée de la matrice. 126
De l'hydropisie. 127
Du resserrement de l'orifice utérin sur le col de l'enfant. *id.*
De la hernie. 128
De l'anévrysme. 129
De la rupture de la matrice. *id.*
De la rupture du vagin. 131
De l'asthme. *id.*
De la présence de plusieurs enfans dans l'utérus. 132

DES CAUSES QUI PEUVENT RENDRE L'ACCOUCHEMENT CONTRE NATURE (du côté de l'enfant).

De la sortie prématurée du cordon. 133
Du peu de longueur du cordon. 135
De l'excès de longueur du cordon. 136
Des positions vicieuses de l'enfant. *id.*

DES VICES DE CONFORMATION ET DES MALADIES QUI PEUVENT RENDRE L'ACCOUCHEMENT CONTRE NATURE (du côté de la mère.)

Vices de conformation du bassin. 136
Exostoses. 137
Tumeurs fibreuses, squirrheuses, etc. *id.*
Pierre dans la vessie. *id.*
Squirrhe du col utérin. 138
Oblitération du col. *id.*
Déplacemens de l'utérus. *id.*
Vices de conformation du vagin. 139
Infiltration et varices des organes génitaux externes. *id.*
Abcès. *id.*

DES VICES DE CONFORMATION ET DES MALADIES QUI PEUVENT RENDRE L'ACCOUCHEMENT CONTRE NATURE (du côté de l'enfant.)

Des monstruosités. 139
De l'hydrocéphale. 141
De l'hydrothorax. 142
De l'ascite. *id.*
Des tumeurs de diverse nature. *id.*

DES SIGNES A L'AIDE DESQUELS ON PEUT RECONNAITRE, PENDANT LA GROSSESSE, SI L'ENFANT EST VIVANT OU MORT. 143

DE LA MANOEUVRE.

DES ACCOUCHEMENS CONTRE NATURE.

ARTICLE PREMIER.

DES ACCOUCHEMENS QU'ON PEUT TERMINER A L'AIDE DE LA MAIN SEULE. 145

Temps où il convient d'agir. 146
Précautions à prendre. *id.*
Position qu'il convient de donner à la femme. 147
Soins qui regardent l'accoucheur. *id.*
Baptême provisoire. *id.*
Choix de la main. 148
Temps où il convient d'introduire la main. *id.*
De la version. *id.*

DES POSITIONS DU FŒTUS. 150

POSITIONS DES PIEDS au détroit supérieur et au détroit inférieur du bassin. 153
POSITIONS DES GENOUX au détroit inférieur. 159
— au détroit supérieur. 161

Positions du siége au détroit inférieur. 162
— au détroit supérieur. 163
Positions du sommet de la tête au détroit inférieur. 165
— au détroit supérieur. *id.*
Positions du tronc. 168
Région postérieure. 170
Région antérieure. 173
Régions latérales. 175
De l'accouchement lorsque le bras de l'enfant se présente et sort le premier. 178
Résumé des manœuvres applicables aux positions du tronc. 180
De l'accouchement manuel quand il y a plusieurs enfans dans la matrice. 181

ARTICLE II.

Des accouchemens qui réclament l'emploi des instrumens mousses.

Du forceps. 182
Règles générales pour l'application du forceps. 184
Positions du sommet de la tête au détroit inférieur du Bassin, application du forceps. 186
Positions du sommet de la tête au détroit supérieur du bassin, application du forceps. 190
De l'enclavement de la tête. 192
Positions de la face. 195
Positions de la face au détroit inférieur, application du forceps. 196
Positions de la face au détroit supérieur, application du forceps. 198
Application du forceps sur la tête, le tronc étant au-dehors. *id.*

— au détroit supérieur. 201
— au détroit inférieur. *id.*
RÉSUMÉ CONCERNANT L'APPLICATION DU FORCEPS. 202
DU LEVIER. 204
DES CROCHETS MOUSSES. 207
DU LACS. 209
INSTRUMENT DU DOCTEUR de Caignou. 210

ARTICLE III.

ACCOUCHEMENS QUI NE PEUVENT ÊTRE TERMINÉS QU'AVEC LE SECOURS DES INSTRUMENS TRANCHANS. 211
Du régime proposé pour empêcher le développement du fœtus. 212
De l'avortement proposé pour prévenir la nécessité d'une opération grave sur la mère. 213
De l'accouchement prématuré, proposé dans le même but. 214
DE L'EMBRYOTOMIE. *id.*
DE L'EXTRACTION DE LA TÊTE restée seule dans la matrice. 217
DE L'EXTRACTION DU TRONC resté seul dans la matrice. 220
DE LA SYMPHYSÉOTOMIE. 221
DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE ABDOMINALE. 229
DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE VAGINALE. 240
PARALLÈLE DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE ET DE LA SYMPHYSÉOTOMIE. 241
Conclusions. 242
DE LA GASTROTOMIE. 243

ARTICLE IV.

DE LA DÉLIVRANCE CONTRE NATURE. 245
Accidens qui peuvent rendre la délivrance contre nature *id.*

TABLEAUX SYNOPTIQUES. 255

1er Tableau. — Organes servant à la génération, à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement.

2e Tableau. — Histoire des différentes grossesses.

3e Tableau. — Histoire des phénomènes de l'accouchement naturel.

4e Tableau.—Exposé du degré de fréquence des différentes positions que peut affecter le fœtus, d'après des relevés faits à l'hospice de la Maternité sur 20,517 accouchemens.

5e Tableau. — Mode de terminaison des 20,517 accouchemens inscrits au tableau précédent.

6e Tableau.—Exposé de toutes les manœuvres que l'on peut faire à l'aide de la main seule.

7e Tableau.—Exposé de toutes les manœuvres que l'on peut faire à l'aide des instrumens mousses.

8e Tableau. — Exposé des différentes opérations que l'on peut pratiquer à l'aide des instrumens tranchans (*l'embryotomie*, *la symphyséotomie*, *l'opération césarienne abdominale*, *l'opération césarienne vaginale*, *la gastrotomie.*)

PLANCHES LITHOGRAPHIÉES.

1re Pl. Organes contenus dans la tête, la poitrine et le ventre.
2e Pl. Os du bassin séparés.
3e Pl. Bassin osseux bien conformé, vu devant et derrière.
4e Pl. Bassins disposés de manière à laisser voir les diamètres de leurs détroits.
5e Pl. Les axes du bassin.
6e Pl. Application du compas d'épaisseur.
7e Pl. Bassins viciés.
8e Pl. Organes génitaux externes et internes.
9e Pl. La matrice développée comme à neuf mois de grossesse.
10e Pl. Les différents états du col pendant la grossesse.
11e Pl. Quatre figures de l'embryon.
12e Pl. Un fœtus de cinq mois.
13e Pl. Un squelette de fœtus.
14e Pl. Deux têtes d'enfant avec diamètres.
15e Pl. La circulation du fœtus.
16e Pl. Première position de la tête et des pieds.
17e Pl. Première position des genoux et des fesses.
18e Pl. Première position des régions postérieure et latérale droites du tronc.
19e Pl. Les degrés de dilatation du col pendant le travail de l'accouchement.
20e Pl. Le forceps auquel il convient de donner la préférence.
21e Pl. Deux applications de forceps.
22e Pl. Une application de forceps dans l'enclavement de la tête, et une application de crochet dans l'aine.
23e Pl. Instrument du docteur de Caignou.
24e Pl. Pessaires, bout de sein artificiel et biberon.

DEUXIÈME PARTIE.

MALADIES DES FEMMES.

Avertissement. 307

CHAPITRE Ier.

MALADIES DE LA PUBERTÉ.

De l'aménorrhée (*absence de la menstruation.*) 309
De la rétention des menstrues. 314
De la dysménorrhée. 315
De la ménorrhagie (*flux immodéré des menstrues.*) 316
—*Active.* 317
—*Passive.* 320
—*Spasmodique.* 321
De la chlorose (*pâles couleurs.*) *id.*
De l'hystérie (*spasme de l'utérus.*) 325
De la nymphomanie (*spasme du clitoris.*) 329
De la leucorrhée. 333
De l'anaphrodisie. 338

CHAPITRE II.

MALADIES DE LA GROSSESSE.

LÉSIONS DES ORGANES DE LA DIGESTION.

Du ptyalisme (*salivation.*) 339
De l'odontalgie. 340
De la gastralgie. 342
De l'anorexie. 345
Des nausées et des vomissemens. 347
Des appetits dépravés (*Pica, malacia.*) 348
De la constipation. 351
De la diarrhée. 352
Du ténesme. 354

Des coliques. 355
Des hernies. 358
De la rétention d'urine. 360
De l'incontinence d'urine. 363

LÉSIONS DE LA CIRCULATION.

De la pléthore sanguine. 364
De la céphalalgie. 365
De l'épistaxis. 367
De l'hémorrhagie alvéolaire. 369
Exemples. *id.*
Des palpitations. 370
De l'hémoptysie. 372
De l'hématémèse. 375
De l'hémorrhagie utérine pendant la grossesse. 377
De l'hémorrhagie fœtale. 387
De la syncope. 388
Des hémorrhoïdes. 390
Des varices. 393
De l'œdème. 395

LÉSIONS DE LA RESPIRATION.

De la toux. 396
Toux nerveuse. *id.*
— stomacale. 397
— pléthorique. *id.*
— catarrhale. *id.*
De la dyspnée. 398
Dyspnée nerveuse. *id.*
— pléthorique. *id.*
— tenant au refoulement du diaphragme. *id.*

LÉSIONS DE LA LOCOMOTION.

Du relâchement des symphyses du bassin. *id.*

LÉSIONS DES SENS.

Des névroses de la vue. 402
Des névroses de l'ouïe. *id*
Des névroses de l'odorat. 403
De l'insomnie. 404
Des convulsions. *d*
Des douleurs des mamelles, des lombes, des aînes, des cuisses et des jambes. 405

DES MALADIES QUI ONT POUR SIÉGE LES ORGANES DE LA GÉNÉRATION ET LE PRODUIT DE LA CONCEPTION.

Du prurit des parties génitales externes. 407
Du prolapsus de la matrice. 408
Pessaires 412
Espèces. 413
Application. 414
Soins consécutifs. 415
Du prolapsus dans l'état de grossesse. 417
Du prolapsus du vagin. 418
De l'antéversion. 420
De la rétroversion. 423
Dans l'état de vacuité. *id.*
Dans l'état de grossesse. *id.*
De l'antéflexion. 425
De la rétroflexion. 426
Des obliquités de la matrice. 427
De l'obliquité antérieure. *id.*
De l'obliquité postérieure. 429
De l'obliquité latérale droite. *id.*
De l'obliquité latérale gauche. 430
De la hernie de la matrice. 431
De l'avortement. 432
De la môle placentaire. 435
De la môle fibrineuse. 436
De la môle vésiculaire. 437
Des polypes de l'utérus. 439

De l'hydropisie de la matrice. 441
De l'hydropisie de l'amnios. 443
De l'épanchement de sang dans la matrice. 445
De la tympanite utérine. 447
De l'hydropisie de l'ovaire. 448
De la fausse grossesse nerveuse. 449
De l'influence de la grossesse sur les maladies. 450
De l'influence des maladies sur la grossesse. 451

CHAPITRE III.

MALADIES DE L'ACCOUCHEMENT.

De l'emphysème. 452
De la rupture des muscles. *id.*
De la rupture de l'ovaire. 453
De l'écartement des symphyses. *id.*
De la rupture du sternum. 454
Observation. *id.*
De la contusion des organes génitaux. 455
De la déchirure du périnée. 456
Du renversement de la matrice. 458
Du renversement du rectum. 463
De l'hémorrhagie après l'accouchement. 464
Du trombus vulvaire. 467
Observation fort remarquable. 468
De l'infiltration des organes génitaux externes. 469
De l'inflammation du vagin. 470
De l'inflammation des grandes lèvres. *id.*
De la rétention d'urine après l'accouchement. 471
De l'incontinence d'urine après l'accouchement. *id.*
Des fistules uréthro et vésico-vaginales. 472
Des fistules recto-vaginales. 474
Des accidents des lochies. *id.*
De la suppression. *id.*
De l'excès. 475
De l'absence. *id.*
Des tranchées utérines. 476
De la métrite. 477

De l'inflammation des annexes de l'utérus. 480
De l'inflammation des veines de l'utérus et de ses annexes. 481
De l'inflammation des nerfs des organes génitaux. 482
De la péritonite puerpérale. *id.*
De la névrite. 485
Des éruptions cutanées. 486
De l'engorgement des membres abdominaux. 487

CHAPITRE IV.

MALADIES DE LA LACTATION.

Des maladies du mamelon. 489
Du spasme des mamelles. 490
De l'engorgement inflammatoire des mamelles. 492
Des différens états du lait. 494
De l'écoulement involontaire du lait. 495
De la rétention du lait dans les mamelles. 496
De la sécrétion trop abondante du lait. *id.*
De l'agalaxie (défaut de lait). 497

CHAPITRE V.

MODIFICATIONS A APPORTER DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DURANT LA GROSSESSE.

Du traitement des maladies en général pendant la grossesse. 499
De la saignée. *id.*
Des vomitifs. *id.*
Des purgatifs. 500
Du traitement de la syphilis pendant la grossesse. *id.*

TROISIÈME PARTIE.

MALADIES DES ENFANS.

AVERTISSEMENT. 505

CHAPITRE Ier.

DES VICES DE CONFORMATION QUE L'ENFANT PEUT APPORTER EN NAISSANT.

DES MONSTRUOSITÉS EN GÉNÉRAL. 507
— Par excès de développement. *id.*
— Par défaut de développement. 509
— Par disposition insolite des organes. *id.*
Causes générales. *id.*

DES RÉTRÉCISSEMENTS.

De l'étroitesse congéniale des paupières. 510
De l'étroitesse congéniale des narines. 511
De l'étroitesse congéniale de l'ouverture de la bouche. 512
De l'étroitesse congéniale des conduits auditifs externes. *id.*
De l'étroitesse congéniale du prépuce. 513
De l'étroitesse congéniale de l'urèthre. *id.*
De l'étroitesse congéniale de la vulve. 514
De l'étroitesse congéniale du vagin. *id.*
De l'étroitesse congéniale du rectum. *id.*
De l'étroitesse congéniale de l'anus. 515

DES OCCLUSIONS ET IMPERFORATIONS.

De l'occlusion des pupilles. 515
De l'occlusion des paupières. 516
De l'occlusion des narines. *id.*
De l'occlusion de la bouche. 517
De l'occlusion des conduits auditifs externes. *id.*

De l'imperforation du prépuce. 518
De l'imperforation de l'urèthre. *id.*
De l'imperforation de la vulve. 519
De l'imperforation du vagin. 520
De l'imperforation du rectum. *id.*
De l'imperforation de l'anus. 521

DES ADHÉRENCES CONTRE NATURE.

Des adhérences de la langue aux gencives et aux joues. 522
Du prolongement du filet de la langue. *id.*
De l'adhérence du pénis au scrotum. 523
De l'adhérence des doigts entre eux. *id.*

DES DIVISIONS CONTRE NATURE.

De la division des os de la voûte palatine. 524
De la division du voile du palais. 525
De la division de la lèvre supérieure, ou bec de lièvre congénial. *id.*
De l'hypospadias. 526
De l'épispadias. 527

DE L'EXCÈS DE PARTIES.

Des doigts surnuméraires. 528
Des tumeurs et taches cutanées (envies). 529
Du prolongement de la paupière supérieure. 530
Du prolongement de la langue. 531
Du prolongement du prépuce. *id.*

DU DÉFAUT DE PARTIES.

De l'absence du rectum. 532
Etablissement de l'anus contre nature. *id.*
Procédé de M. Duret. *id.*

DES DÉVIATIONS DE PARTIES.

Du strasbisme. 533

De l'inclinaison de la tête et du cou. 534
Des pieds bots. *id.*

CHAPITRE II.

DES MALADIES QUE L'ENFANT PEUT APPORTER EN NAISSANT.

De la syphilis. 535
De la cyanose. 537
De l'hydrocéphale congéniale. 538
De l'hydrorachis (*spina bifida*). 540
1re Observation. 542
2e Observation. 542
De l'hydrotorax. *id.*
De l'ascite. 543
De l'hydrocèle congéniale. 544
De l'infiltration des parties génitales. *id.*
De la hernie ombilicale. 545
De la hernie inguinale. 546
De la hernie du cerveau (encéphalocèle). 548

CHAPITRE III.

DES MALADIES QUI PEUVENT ÊTRE LE RÉSULTAT DE L'ACCOUCHEMENT.

De l'allongement de la tête. 549
De l'apoplexie. 550
De la syncope. 551
Des contusions. 552
Des plaies contuses et déchirées. 553
Des fractures. 554
Des luxations. 555

CHAPITRE IV.

DES MALADIES QUI PEUVENT SE MANIFESTER PEU DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE.

De la rétention du méconium. 556

De la diarrhée. 557
De la chute du rectum. 558
Des tranchées. *id.*
Du vomissement. 560
De l'ictère. *id.*
Des aphthes. 561
De l'ophthalmie des nouveaux nés. 563
De la rétention d'urine. 565
De l'incontinence d'urine. 566
De la présence des testicules dans le pli des aînes. 567
De l'inflammation de l'ombilic. *id.*
Du fungus de l'ombilic. 568
Des ulcérations de l'ombilic. *id.*
De l'hémorrhagie ombilicale. 569
Des efflorescences cutanées. *id.*
De l'érythème. 570
De la suppuration des oreilles. 573
Des gerçures. *id.*
Des convulsions. 574
De l'œdème des enfants nouveaux nés. 575
De la variole (petite vérole). 577
NOTES. 583

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

ERRATA.

Page 22. Ligne 11..., entre ces deux membres. — *Lisez* entre ces deux membranes.

Page 23. Ligne 29..., transmettre les urines en dehors. — *Lisez* transmettre les urines au dehors.

Page 30. Ligne 11..., de vaisseaux lymphatiques et de nerfs. — *Lisez* de vaisseaux lymphatiques, de glandes et de nerfs.

Page 45. Ligne 21..., par la saillie du ventre au devant. — *Lisez* par la saillie du ventre en devant.

Page 144. Ligne 9..., preuves de son existence. — *Lisez* preuves de leur existence.

Page 175. Ligne 13..., elle comprend les côtes de la tête, etc. — *Lisez* elles comprennent les côtés de la tête, etc.

Page 182. Ligne 18..., dans des parties de la mère. — *Lisez* dans les parties de la mère.

Page 211. Ligne 19..., planche 15. —*Lisez* planche 23.

Page 224. Ligne 6..., qu'on obtienne par elle. — *Lisez* qu'on obtint par elle.

Page 228. Ligne 33..., c'est qu'alors les articulations postérieures du bassin acquièrent, etc. — *Lisez* ont acquis.

Page 233. Ligne 9..., celui de M. Physick. — *Lisez* celle de M. Physick.

Page 354. Ligne 11..., lorsque la dysenterie est très ancienne. — *Lisez* lorsque la diarrhée est très ancienne.

Page 393. Ligne 8..., page 136. — *Lisez* page 386.

Page 466. Ligne 10..., par la distinctement. *Lisez* parla distinctement.

Rare Books
25.A.172.
Cours complet d'accouchemens et1832
Countway Library BEW5641
3 2044 046 091 898

