Clinique obstétricale / par Adolphe Pinard.

Contributors

Pinard, A. 1844-1934.

Publication/Creation

Paris : G. Steinheil, 1899 (Havre : Lemale.)

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/d9uaw6nv

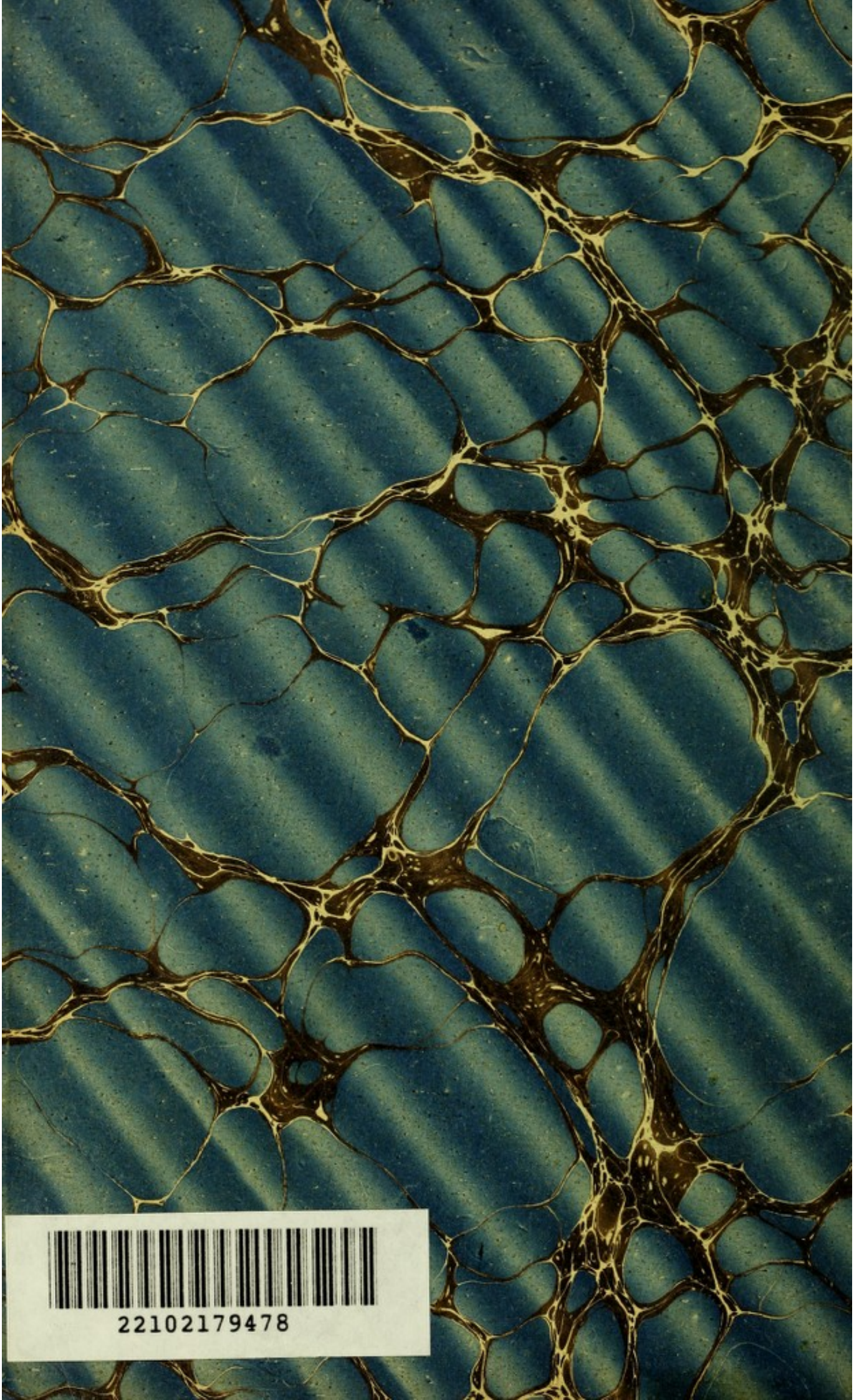
License and attribution

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

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

wellcome collection

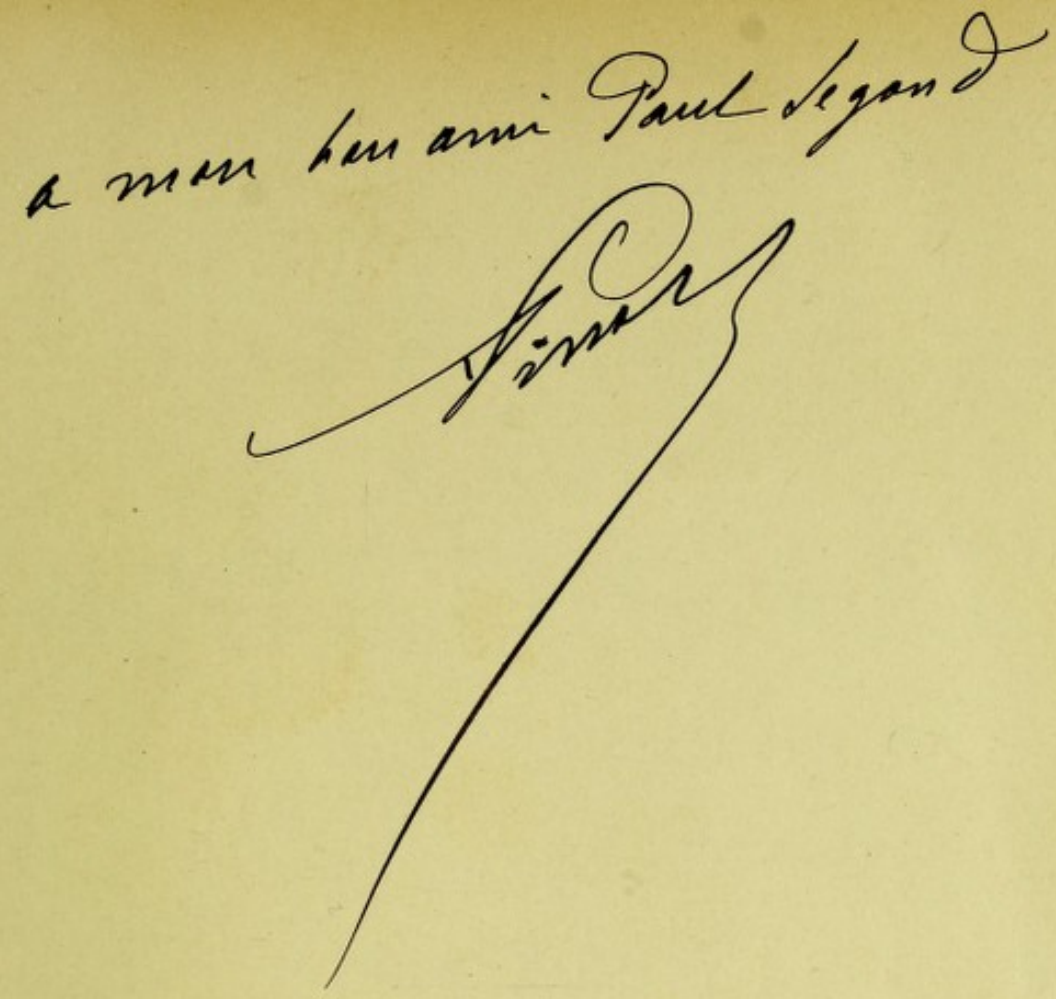
Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org


22102179478

Med
K45019

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b28082849



CLINIQUE OBSTÉTRICALE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

CLINIQUE

OBSTÉTRICALE

PAR

Adolphe **PINARD**

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

311223/28726

WELLCOME HISTORICAL MEDICAL LIBRARY

14805527

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welMOmec
Call No. WQ

A MONSIEUR F.-J. HERRGOTT

Professeur honoraire de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy
Associé national de l'Académie de médecine,
Membre correspondant de l'Institut.

JE DÉDIE CE LIVRE

EN TÉMOIGNAGE D'AFFECTUEUSE ADMIRATION

ADOLPHE PINARD.

PRÉFACE

Ayant pris part à l'enseignement obstétrical depuis plus de vingt ans, professeur de clinique depuis 1889, enseignant, je puis le dire, chaque jour devant un auditoire nombreux, je n'ai publié encore aucun volume de leçons.

Prendre le fait du jour vu et observé par les élèves et en exposer toutes les faces ; bien faire saisir la variation infinie des cas offerts par la clinique et la distance qui les rapproche ou les éloigne des schémas théoriques ; démontrer en quoi et comment le fait vient confirmer ou infirmer les notions connues ; examiner si le résultat plaide pour ou contre tel procédé employé, telle méthode suivie, telle thérapeutique appliquée, a été le but principal que j'ai cherché à atteindre dans ce labeur quotidien.

Ces leçons de choses, absolument nécessaires selon moi, pour l'instruction et l'éducation professionnelle que la clinique doit donner, analytiques avant tout, intéressantes pour ceux qui les écoutent, perdent toute saveur, sinon toute valeur en sortant de la clinique.

De temps en temps cependant, une leçon émerge du cadre ordinaire, soit qu'elle acquière une importance plus considérable de par les circonstances dans lesquelles elle est faite, comme par exemple dans les leçons dites inaugurales

ou d'ouverture, soit qu'elle indique une évolution thérapeutique sanctionnée par l'expérience et le temps, soit encore qu'elle reflète ou expose des idées et des travaux personnels.

Je pense, à tort ou à raison, que certaines de mes leçons, conférences et communications, présentent quelques-unes de ces qualités; aussi les ai-je réunies dans ce volume.

Il sera facile de constater qu'elles sont aussi éloignées de dates que différentes par les sujets traités. De même, on reconnaîtra que si quelques-unes sont inédites, le plus grand nombre a déjà été reproduit par la presse médicale.

Si, malgré cette diversité, elles permettent au lecteur de dégager les idées directrices de ma vie scientifique obstétricale et si enfin et surtout, elles lui démontrent les affinités de l'obstétrique et de la sociologie, mon ambition sera pleinement satisfaite.

ADOLPHE PINARD.

L'ENSEIGNEMENT DE L'OBSTÉTRIQUE AUTREFOIS ET AUJOURD'HUI (1)

MESSIEURS,

J'abordais cette chaire avec une profonde et vive émotion. Si vos applaudissements me réconfortent, m'affermissent et m'encouragent, ils augmentent, si possible, la somme de gratitude dont aujourd'hui mon cœur déborde!

Aussi bien, j'ai hâte d'exprimer ma reconnaissance.

A vous d'abord, dont l'accueil si sympathique, laissez-moi dire si chaleureux, a fait pour moi de ce jour une date inoubliable;

A vos aînés qui, dans les jours d'épreuve, dans les heures de lutte, m'ont toujours soutenu;

A nos maîtres qui m'ont ouvert les portes de la Faculté, c'est-à-dire qui m'ont fait réaliser ce que j'osais à peine entrevoir dans mes rêves les plus ambitieux, j'adresse l'expression la plus profonde et la plus cordiale de mes premiers remerciements.

Mais j'ai contracté tant de dettes de reconnaissance que je vous demande la permission, non pas de m'acquitter, ce qui serait impossible aujourd'hui et jamais, mais simplement de montrer que je n'ai point oublié, et que je ne suis ni indifférent ni ingrat.

Des dettes de reconnaissance? mais j'en suis accablé!

Et comment en aurait-il pu être autrement? Écoutez et jugez.

Fils de paysan, l'aîné de cinq fils, sortant de l'école primaire, j'arrive à Paris le 6 juin 1862, non pas en sabots, mais

(1) Leçon inaugurale faite le 21 mars 1890.

avec une blouse de belle toile bleue et une jolie casquette grise.

Je connaissais à Paris une seule personne, un mien cousin, sellier de son état, excellent homme, grand cœur, mais qui n'était guère connu que de ses voisins, ses fournisseurs et ses clients. Il est vrai que, parmi ces derniers, se trouvait la Faculté de médecine. Mon cousin avait l'honneur d'habiller les chevaux de la Faculté ! Aussi, après avoir été passablement interloqué, quand, en lui faisant mes confidences, je lui appris que j'avais l'ambition de devenir médecin, sa bonne figure se rasséréna et avec un sérieux que je n'oublierai jamais, il me dit : « Tu veux entrer à la Faculté, rien ne sera plus facile, je connais le chef du matériel ! »

Arrivé le 6 juin 1862 dans ces conditions, j'étais nommé le 26 juin 1889, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris.

Comment cela put-il arriver? Je vais vous le dire. J'avais reçu de mes parents deux choses inestimables : une santé vigoureuse et l'amour du travail. Avec ces deux armes, aussi indispensables l'une que l'autre, avec ces deux trésors, que me fallait-il ? Des conseils et des appuis.

J'ai trouvé, j'ai rencontré, on m'a offert, on m'a donné tout cela et plus que cela, puisque j'ai rencontré, en sus, l'amitié.

Mon premier maître, l'instituteur de mon canton, fut mon ami et m'apprit tout ce qu'il savait. Un médecin habitant mon pays, Méry-sur-Seine, le Dr Bacquias, esprit aussi distingué que modeste, me fit connaître et aimer la science. Arrivé à Paris, le hasard me plaça chez un pharmacien dont le plaisir était d'enseigner, le bonheur de voir parvenir ses élèves. Ayant passé mes baccalauréats, j'arrive à la Faculté de médecine, et je rencontre un aide d'anatomie qui s'occupait de tous les élèves de son pavillon. On m'a dit alors que j'avais eu de la chance, je le crois aussi : cet aide d'anatomie, devenu mon cher Maître et ami, s'appelait Farabeuf !

Dans les hôpitaux, ma bonne étoile me guidant sans cesse, je

fus l'élève de Chassaignac, Cusco, Woillez, Richet qui tous furent pour moi plus que des maîtres.

Enfin, la fortune me souriant toujours et me comblant, j'étais accepté en 1873, comme son interne à la Maternité, par M. Tarnier.

Ce que M. Tarnier a été pour moi, je ne puis l'exprimer; qu'il me suffise de vous dire que c'est à lui que je dois d'occuper cette chaire !

Ce n'est pas tout : commençant à enseigner à mon tour, je rencontrai en nombre, sur ma route, des élèves aussi dévoués que travailleurs qui furent mes collaborateurs et constituèrent pour moi une force énorme et des titres précieux.

Je vous ai fait connaître ces phases de ma vie, simplement à titre d'encouragement pour vous, et aussi pour prouver qu'à notre époque, les privilèges de la naissance et de la fortune ne sont plus indispensables pour arriver à une situation enviée et dans laquelle on peut rendre des services.

Vous comprenez maintenant comment je pus parcourir mes étapes et franchir les obstacles; mais aussi, vous ne vous étonnerez pas si, arrivé au but, me retournant, j'envoie de cette chaire que j'occupe pour la première fois, le souvenir le plus attendri à ceux qui m'ont encouragé, aidé, aimé et qui ont disparu, et j'adresse du fond du cœur à tous mes maîtres, amis, collègues et parents, l'expression la plus vive de mes sentiments de respectueuse, profonde et filiale reconnaissance.

MESSIEURS,

Le plus souvent, en prenant possession de sa chaire, le professeur, après avoir exprimé ses sentiments de gratitude, a un premier devoir à remplir.

Il doit prononcer l'éloge de son prédécesseur. Je ne me trouve pas dans ces conditions, puisque cette chaire vient d'être créée et que mes Maîtres bien-aimés sont heureusement vivants et assez

bien portants pour qu'il me soit permis d'affirmer que le moment où on pourra exposer publiquement le bien qu'ils ont fait, et dire tout haut le bien qu'on pense d'eux, est encore fort éloigné.

Ayant toute liberté, j'ai pensé, en inaugurant cette chaire, à vous entretenir de l'enseignement obstétrical d'autrefois comparé à l'enseignement obstétrical d'aujourd'hui.

Ce sujet me permettra, je crois, de vous montrer ce que vous devez à vos maîtres et à la Faculté, et me servira de programme et de profession de foi.

Pour que vous puissiez comprendre ce que pouvait être l'enseignement obstétrical autrefois, il est nécessaire que je vous expose brièvement ce qu'était l'art des accouchements, au point de vue pratique et scientifique, pendant les XVII^e^ et XVIII^e^ siècles.

Je n'irai pas au delà, puisqu'à ce moment encore on n'était guère sorti des doctrines hippocratiques.

Pendant le moyen âge, la médecine s'était réfugiée et conservée dans les cloîtres, elle n'avait pour représentants que des ecclésiastiques, à qui il était défendu de pratiquer des opérations sanglantes; la parturition était regardée comme une fonction devant s'accomplir naturellement; les médecins considéraient alors toute opération manuelle comme un acte subalterne; les souvenirs du gynécée faisaient encore considérer comme indécent d'appeler les hommes pour accoucher les femmes; aussi les accouchements étaient, on peut le dire, entièrement entre les mains des sages-femmes ou des matrones.

Donc on ne doit pas être surpris de voir Guillemeau, dans sa préface de *L'Heureux accouchement*, essayer de légitimer le but qu'il poursuit, montrer le rôle du chirurgien dans l'accouchement naturel et contre nature, et ajouter à ces raisons « qu'il a été aiguillonné à agir ainsi par la complaincte de Soranus » qui n'est, comme on le sait, que le cri de la femme en douleur accusant les hommes de s'occuper de choses légères et inutiles et de ne rien faire pour adoucir leurs souffrances.

Or, comment les sages-femmes pouvaient-elles prendre con-

naissance de leur art? Soit en étant admises comme *apprentisses* à l'Hôtel-Dieu, soit en faisant un stage de trois ans chez une sage-femme jurée.

Qu'apprenaient les sages-femmes à l'Hôtel-Dieu? Mlle Carrier, dans son livre sur les *Origines de la Maternité*, nous renseigne à ce sujet (1).

C'est vers 1630 que, pour la première fois, une femme fut admise à l'apprentissage à l'Hôtel-Dieu. Avant cette époque, il y avait bien, pour soigner les femmes *gisans d'enffants*, soit une *ventrière des accouchiez* (1378), soit une maîtresse des accouchées (1385), soit une maîtresse *saige-femme* (1505), mais pas d'élèves.

D'abord, on ne prit qu'une apprentisse, qui sortait au bout de trois mois et était remplacée par une autre. Quelque temps après, on en prit deux, puis trois et enfin quatre. Les raisons pour lesquelles ce nombre ne fut pas dépassé, exposées par le bureau le 30 juin 1733, sont aussi intéressantes qu'instructives (2) :

« L'intérêt particulier de ces apprentisses et plus encore l'intérêt public demandent qu'elles acquièrent une capacité suffisante pour l'accouchement, l'une des opérations les plus importantes et les plus usitées qui se fassent sur le corps humain. Elles ne peuvent acquérir cette capacité que par le fréquent exercice, pendant trois mois que dure cet apprentissage. L'usage et l'expérience ayant fait connaître que le travail, dans la salle des accouchées de l'Hôtel-Dieu, ne pouvait occuper que la maîtresse sage-femme et quatre apprentisses tout au plus, entre lesquelles elle partage également les accouchements au fur et à mesure qu'elles sont instruites. Admettre une cinquième apprentisse, ce serait diminuer pour chacune le nombre des opérations absolument nécessaires pour les former, ce serait leur ôter le moyen de se perfectionner, en sorte qu'elles sortiraient après leurs trois

(1) H. CARRIER. *Origines de la Maternité de Paris. Les maîtresses sages-femmes et l'office des accouchées de l'Hôtel-Dieu (1378-1796)*. Avec figures et 16 planches. Paris, G. Steinheil, 1888.

(2) Le bureau était composé de huit bourgeois de Paris.

mois, instruites à demi, ce qui rejaillirait incontestablement sur le public et sur les femmes qui les appelleraient à leur secours, dont la vie et celle de leur fruit se trouveraient exposées à des périls évidents, par le défaut d'expériences et de capacité suffisante. De plus, aux accouchements qui se font à l'Hôtel-Dieu, pendant que l'une des apprentisses opère sous les yeux de la maîtresse sage-femme *toujours présente*, les trois autres la voient opérer commodément, sans que ce nombre cause d'embarras à l'opératrice. On a remarqué, au contraire, que quand il y en a eu cinq, les quatre spectatrices nuisaient beaucoup à celle qui opérait, qu'elles se nuisaient entre elles, ce qui a même occasionné des accidents qui ont été funestes aux femmes qu'on accouchait, ce qui est encore un nouvel obstacle à la perfection de ces apprentisses. »

Ces quatre places étaient très recherchées. Pour être admise, il fallait apporter une somme qui varia de 20 à 180 livres, et n'être ni huguenote ni étrangère.

Pour montrer la supériorité de l'instruction que recevaient les apprentisses sages-femmes de l'Hôtel-Dieu, je vous citerai ce passage de Dionis : « Il y a, dit-il, de meilleures sages-femmes à Paris qu'en aucune ville du royaume, parce qu'il y a l'Hôtel-Dieu, où il se fait une infinité d'accouchements, et où elles sont reçues en apprentissage. Elles y demeurent pendant trois mois ; les premières six semaines elles sont à regarder les accouchements que fait celle qui est avant elles, et les autres six semaines elles font tous les accouchements qui se présentent pendant ce temps, et elles les font tous, en présence de la maîtresse sage-femme qui est choisie entre les plus habiles de Paris. »

Tel fut le berceau de cette École, qui deviendra la grande école de la Maternité.

Comment les élèves qui ne passaient pas par l'Hôtel-Dieu pouvaient-elles devenir sages-femmes ? Soit, comme je l'ai dit plus haut, en faisant un stage de trois ans chez une sage-femme jurée, soit en faisant ce qu'a fait Louise Bourgeois : « Je me mis, dit-elle, à étudier Paré, et m'offris à accoucher la femme de notre

crocheteur. Je pratiquai cinq ans avec pauvres et médiocres, au bout desquels je me fis recevoir jurée à Paris. » Ce qui ne l'empêcha pas de devenir sage-femme de la reine Marie de Médicis.

Les sages-femmes devaient, en vertu de leurs statuts, demander leur instruction aux chirurgiens jurés et assister à leurs consultations. Mais Corlieu nous apprend que les chirurgiens ne mettaient aucune complaisance à leur égard et négligeaient de leur faire des leçons, de sorte qu'elles demandèrent, en 1635, à être instruites par la Faculté de médecine.

Nous verrons tout à l'heure ce que celle-ci pouvait leur offrir.

Voilà pour les sages-femmes et les élèves sages-femmes.

Passons maintenant aux accoucheurs et aux étudiants.

Sous l'impulsion scientifique du barbier chirurgien d'Avesnières, qui devint premier chirurgien du roi, Ambroise Paré, et de Guillemeau, son élève, l'art des accouchements s'élève.

Après le malheur arrivé à Louise Bourgeois en accouchant Marie de Bourbon-Montpensier, femme de Gaston d'Orléans, les femmes répugnèrent moins à se faire assister par des hommes lors de leurs accouchements.

L'ère des véritables accoucheurs va s'ouvrir.

Le XVII^e^ siècle va nous donner Mauriceau, Peu, Portal ; le XVIII^e^, Amand, Dionis, de La Motte, Grégoire, Puzos, Levret.

Comment apprirent-ils pour devenir ce qu'ils furent ?

Pour acquérir la théorie des accouchements, il faut, dit Dionis, lire les bons auteurs qui ont écrit, comme Guillemeau, Mauriceau, et quelques autres ; pour la pratique, on ne la peut observer qu'en cherchant toutes les occasions d'accoucher le plus que faire se pourra. L'Hôtel-Dieu est le lieu où il se fait le plus d'accouchements, parce qu'on y reçoit toutes celles qui s'y présentent et que c'est l'endroit seul où on peut se rendre habile en peu de temps.

Quelle était donc la situation de l'élément médical à l'Hôtel-Dieu ?

L'office des accouchées était attaché au département d'un

médecin titulaire de l'établissement, qui y faisait une visite d'une heure chaque matin.

Ces médecins changeaient d'abord tous les deux mois, puis tous les trois mois ; en 1687 seulement, le bureau décida qu'ils ne changeraient plus que tous les six mois.

Le médecin prescrivait le régime et les remèdes que la sage-femme devait administrer. A partir de 1660, le délivre dut être conservé par les sages-femmes pour être montré au médecin.

Les saignées et autres opérations chirurgicales étaient pratiquées par un des douze compagnons chirurgiens choisi par le bureau non par ancienneté, mais « selon qu'il était jugé le plus propre à travailler dans la salle des accouchées ».

Il devait accoucher également les femmes vérolées, qui étaient placées dans une salle spéciale. Enfin, dans les cas difficiles ou périlleux, la sage-femme faisait appeler le premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu ou, à son défaut, le premier compagnon gagnant maîtrise ou chef des compagnons.

En résumé, nous voyons à l'Hôtel-Dieu des médecins, des sages-femmes, mais pas d'accoucheurs.

Examinons maintenant comment les étudiants pouvaient y apprendre et y apprenaient les accouchements.

Mauriceau et Peu étudièrent certainement les accouchements à l'Hôtel-Dieu.

Pendant combien de temps ?

Je n'ai trouvé aucun renseignement à cet égard, si ce n'est la dispute de ces deux accoucheurs, dans laquelle on voit que Mauriceau accuse Peu « de n'avoir pas étudié du tout dans cet hôpital (ce qui était faux), tandis que lui, en 1660, y a, en quatre mois, accouché plus de 300 femmes ».

D'un autre côté, Petit accuse Mauriceau de n'y avoir accouché que quatre à cinq femmes.

Portal, au contraire, travaille à l'Hôtel-Dieu l'espace de treize ans, de 1650 à 1663, mais plus comme élève en chirurgie que comme élève en obstétrique.

De La Motte ne fut que chirurgien externe à l'Hôtel-Dieu, mais ne put y apprendre les accouchements, ainsi qu'il le dit lui-même :

« Il semble, dit-il, en lisant les livres de MM. Mauriceau et Peu, qu'il soit impossible de bien réussir dans la pratique des accouchements, à moins que l'on n'ait travaillé à Paris, à l'Hôtel-Dieu, dans la salle des accouchées. Il est vrai que cet hôpital est, pour les chirurgiens, la meilleure école de l'Europe et que j'aurais ardemment souhaité d'avoir pu y être admis aux opérations des accouchements... Cependant, quoique je n'aie pas eu le bonheur de m'exercer dans l'Hôtel-Dieu, en joignant la lecture à la pratique, les observations à la lecture et les réflexions aux observations, je n'ai pas laissé d'acquérir en peu de temps plus de réputation que je n'en pouvais attendre. »

D'après tous les documents, les chirurgiens et les élèves ne furent jamais que tolérés à l'office des accouchées, et seulement pendant un certain temps, car ils furent définitivement expulsés en 1782.

En effet, d'après le titre III du règlement de 1782, il est dit :

« Article premier. — Il ne sera jamais admis, pour quelque cause et considération que ce soit, aucun chirurgien du dehors dans la salle des femmes grosses et accouchées, soit pour apprendre l'art des accouchements ou pour s'y perfectionner.

« Art. 4. — En exécution du règlement du 4 avril 1730, concernant les étudiants en médecine qui accompagnent les médecins dans leurs visites, lesdits étudiants ne pourront, conformément audit règlement, être reçus sous aucun prétexte dans la salle des femmes grosses et accouchées. »

De la pratique passons à la théorie.

Comment cette dernière était-elle enseignée ?

Pendant le XVII^e^ siècle, elle ne l'était pas et ne pouvait l'être. La science des accouchements, encore à l'état embryonnaire, n'avait pas encore franchi la période analytique pour entrer dans celle de la synthèse.

Il fallait alors, comme le dit si bien de La Motte, pour apprendre théoriquement les accouchements, joindre la lecture à la pratique, les observations à la lecture et les réflexions aux observations. Ce ne sont pas des traités que l'on publie, ce sont des recueils d'observations. Mais bientôt, la généralisation apparaît et donne naissance à l'enseignement obstétrical libre, lequel, vers la seconde moitié du XVIII[e] siècle, va briller, selon Velpeau, du plus vif éclat aux yeux de l'Europe.

Parmi les professeurs libres, Grégoire fut un des plus célèbres. Déjà, pour se mieux faire comprendre, il avait imaginé un bassin en osier enveloppé de cuir, dans lequel il simulait une partie du mécanisme de l'accouchement. Puis vint Levret, qui n'était qu'un pauvre chirurgien, n'ayant peut-être jamais obtenu un grade au collège de Saint-Côme, et qui cependant, par son enseignement obstétrical, domina son siècle !

Et l'enseignement universitaire, direz-vous ? Ah ! messieurs, pour l'honneur de l'ancienne Université, je voudrais vous taire son rôle à cette époque, mais je ne le puis.

Aussi, pour ne pas être accusé de mauvaises intentions à son égard, puiserai-je dans le livre si suggestif et si remarquable que vient de nous donner le directeur de l'enseignement supérieur, M. Liard (*De l'enseignement supérieur en France de 1789 à 1889*), les documents qui me sont nécessaires.

« Alors, dit-il, que de tous côtés on réclamait contre l'insuffisance de l'enseignement donné par la Faculté, alors qu'elle était sans rapport avec les hôpitaux, c'est-à-dire ne possédait ni clinique interne ni clinique externe, elle est seule à ne pas s'émouvoir ; elle s'assemble périodiquement pour disserter sur les maladies courantes ; elle donne son avis sur mille sujets, par exemple sur les bains de la Samaritaine, sur un chocolat de fabrication récente, sur un nouvel étamage : pas un mot dans ses registres qui ait trait à l'amélioration de l'enseignement. »

Et ailleurs : « Une partie intéressante de la chirurgie, celle peut-être dont l'utilité est la plus immédiate, est sans contredit

l'art des accouchements. » On l'enseignait dans les écoles de chirurgie, mais les apprentis chirurgiens n'en profitaient guère, du moins à en juger par cette déclaration que nous trouvons dans l'enquête ordonnée, en 1790, par le Comité de salubrité de l'Assemblée nationale : « Généralement, les chirurgiens n'entendent rien dans cette partie, quoiqu'il y en ait qui osent prendre sur eux d'accoucher. »

« Quel contraste, s'écrie M. Liard, que celui de la science et de l'enseignement au XVIII^e siècle ! C'est une époque où tout se renouvelle et où tout se prépare... Dans ce mouvement, les Universités ne sont pour rien, et ce mouvement n'est presque rien pour elles. »

Ce qui se passe à Paris se passe dans toutes les autres Universités, sauf dans une... qui, hélas ! pour le moment, n'est plus française, Strasbourg !

Sauf là, le jeune médecin quitte la Faculté sans pratique de son art, ses premiers sujets d'observation et d'opération sont ses premiers clients, et, comme le disait Diderot, s'il devient un habile homme, c'est à force d'assassinats.

A Strasbourg, au contraire, comme nous l'apprend mon vénérable et éminent ami, le professeur Herrgott, dans le superbe monument qu'il traduit et édifie lui-même à l'histoire de l'obstétricie, les élèves pouvaient suivre la clinique (1).

Dès 1728, le conseil des XXI, de concert avec le préteur royal Klinglin et sous son approbation, créa une maternité à l'hôpital civil. Le règlement concernant l'admission des élèves en médecine et en chirurgie dans les salles de la Maternité est ainsi conçu :

« Afin que la chose publique ne subisse point de préjudice par manque de gens capables, l'autorité supérieure accorde au chef de la Maternité la faculté de faire, pour les élèves en médecine et en chirurgie, des cours publics et privés sur l'art des accouchements, l'autorise à se faire accompagner, dans ses

(1) F.-J. HERRGOTT. *Essai d'une histoire de l'obstétricie* (d'après SIEBOLD), 3 volumes in-8°, Paris, G. Steinheil, 1893, page 370, t. II.

visites à la Maternité, par un ou deux de ses élèves auxquels il pourra permettre de pratiquer sous sa surveillance, dans les cas qui pourront se présenter. »

« On voit clairement, dit M. Herrgott, que l'autorité avait un double but : permettre aux étudiants d'apprendre la théorie et la pratique des accouchements, et procurer à la ville et à la campagne des accoucheurs instruits.

« Ce n'est pas la première fois, ajoute-t-il, qu'on voit la sollicitude pour le bien des populations avoir pour effet secondaire les progrès des sciences et des arts. »

C'est de cette clinique dirigée par J.-J. Fried, c'est de là qu'est sorti Rœderer ; c'est de là, chose triste à constater, et qui dans les circonstances actuelles est pour nous particulièrement pénible, que sont sorties, comme le dit avec raison Osiander, toutes les écoles obstétricales de l'Allemagne !

Ainsi, en résumé, au XVII^e^ siècle et dans la première moitié du XVIII^e^, absence d'enseignement théorique et clinique ; dans la seconde moitié, enseignement théorique libre, enseignement officiel nul ou insuffisant.

Aussi, lors de la convocation des États généraux, se fait entendre un vrai cri de détresse concernant l'état lamentable de la médecine et de la chirurgie ; et ce cri part de tous les ordres de la nation. L'insuffisance de l'enseignement est ressentie avec une vivacité extrême. Le même cri revient près de cent fois dans les trois ordres : « Pas assez de médecins, pas assez de chirurgiens, pas assez de sages-femmes ! »

Ce que partout on demande avant tout, c'est la création de cours d'accouchements. Des commissions sont nommées, de nombreux rapports sont déposés. M. de Beauchamp, en les rassemblant et les publiant, nous a permis de les juger (1). Ce sont presque tous des rapports aussi remarquables par la justesse des revendications que par l'élévation des idées. Tous ou presque tous réclament l'organisation de l'enseignement obstétrical théo-

(1) Voir DE BEAUCHAMP. *Enquête et documents relatifs à l'enseignement supérieur.*

rique et clinique. Des projets l'on passe enfin à la réalisation. Les Universités qui avaient été si fortement ébranlées par la Constituante sont balayées le 15 septembre 1793 par la Convention, qui crée, le 14 frimaire an III, trois écoles de santé à Paris, Montpellier et Strasbourg.

Le 13 pluviôse, le comité d'instruction publique installe l'École dans les bâtiments de l'ancienne Académie de chirurgie, où est la Faculté actuelle, et dans le couvent des Cordeliers, où sera, mais plus tard, la première clinique d'accouchements.

12 professeurs titulaires sont nommés et 12 professeurs adjoints.

Le programme du cours d'accouchements est ainsi réglé :

Ce cours sera divisé en trois parties :

La première traitera de l'art d'accoucher et de toutes les connaissances propres à le perfectionner ;

La deuxième, de l'art de conserver les enfants nouveau-nés ;

La troisième, de celui de conserver les femmes grosses, en couches et accouchées.

Les deux professeurs nommés furent A.-V. Leroy, titulaire, et J.-L. Baudelocque, adjoint. Cette chaire devait durer quatre-vingt-quatorze ans. Elle fut transformée, comme nous le verrons dans un instant, en 1888.

Voici les noms des professeurs qui l'ont successivement occupée :

TITULAIRES

1794-1816	A.-V. Leroy.
1816-1818	*Chaire vacante.*
1818-1822	Pelletan.
1823-1829	Désormeaux.
1830-1862	Moreau.
1863-1883	Pajot.
1883-1888	Tarnier.

ADJOINTS

1794-1810	J.-L. Baudelocque.
1811-1822	Désormeaux.

Cette école, créée surtout pour donner des officiers de santé capables aux armées et à la flotte, ne fut pas pourvue de clinique obstétricale.

Mais la Convention, après avoir songé à transporter les femmes enceintes de l'Hôtel-Dieu auprès des Enfants de la Patrie déjà établis au Val-de-Grâce, fit arrêter les travaux, et, le 10 vendémiaire an IV, un projet de décret fut adopté en ces termes:

« La Convention nationale décrète que l'établissement de santé, déjà commencé au Val-de-Grâce, sera transporté à la maison de la Bourbe et à l'ancien Institut de l'Oratoire. »

La Maternité était créée ! Mais elle était alors installée rue d'Enfer, dans les bâtiments de l'Oratoire.

Le 1er octobre 1814 seulement, la maison d'accouchements et l'école des sages-femmes furent transportées dans l'abbaye de Port-Royal, où elles sont encore à l'heure actuelle et où nous sommes aujourd'hui.

Ainsi, à partir de 1794, enseignement théorique donné à la Faculté aux étudiants et aux sages-femmes pendant un semestre, le semestre d'été. Aucun enseignement clinique.

Seules, les élèves sages-femmes de l'Assistance publique, internées à la Maternité, recevaient dans cette magnifique école créée, on peut le dire, par Mme Lachapelle, une instruction obstétricale complète, c'est-à-dire théorique et pratique. Le premier accoucheur en chef fut Baudelocque; celui qui l'a quittée hier s'appelle Tarnier.

Lachapelle, Baudelocque, Tarnier!

Ces noms suffisent à vous faire comprendre comment, depuis le commencement de ce siècle jusqu'à nos jours, tant de générations de sages-femmes remarquablement instruites sont sorties de cet établissement et à vous convaincre que la réputation de cette grande école n'est point une réputation usurpée.

Mais tandis que les élèves sages-femmes de l'Assistance publique recevaient cette instruction idéale, les élèves de la Faculté, étudiants et sages-femmes, en étaient réduits à la portion congrue. L'enseignement théorique leur était donné souvent avec

éloquence — les noms que je vous citais tout à l'heure en sont la preuve — mais il était insuffisant et doublement insuffisant. L'enseignement était théorique, et il n'était donné que pendant un semestre.

Quant à la clinique, les élèves ne pouvaient l'apprendre que dans des cours et établissements particuliers. Ce fut le beau moment des professeurs libres.

Je vous demande la permission, pour bien vous faire comprendre la situation des étudiants qui désiraient apprendre les accouchements à cette époque, de vous lire une page de Siebold, dans laquelle il donne la relation d'un voyage qu'il fit à Paris en 1831, et une page écrite par Velpeau en 1835 :

Par contre, je fus peu satisfait de l'état des choses concernant ma spécialité à Paris. Je fus très désagréablement impressionné par les affiches placardées à tous les coins des rues et annonçant des cours d'accouchement par tel ou tel professeur. J'avais été très froidement reçu par les Français auxquels je me présentais comme professeur d'accouchement en Allemagne, jusqu'à ce qu'un de mes amis me conseillât de m'annoncer en qualité de professeur de la Faculté de médecine de Marbourg. Dès lors, je fus généralement accueilli avec bienveillance. Cela se comprend : à Paris, tout le monde est professeur. Il y a des professeurs de danse, d'escrime, d'écriture et des professeurs pour les chiens. J'en ai rencontré de ces derniers sur le pont Neuf, où ils stationnaient avec leurs élèves qu'ils mettaient en vente après les avoir éduqués. A cette époque, Paris n'avait pas encore d'établissement public où les étudiants en médecine pussent aller étudier les accouchements. Ce fut Paul Dubois qui, en 1835, organisa le premier l'instruction pratique. Jusque-là, la pratique s'apprenait dans des salles dites d'accouchement, où des femmes pauvres prêtes à devenir mères étaient amenées par des sages-femmes. Aussitôt après leur délivrance, on les emmenait. Même des sages-femmes annonçaient par des enseignes, des écriteaux, des écussons, qu'elles tenaient des cours d'accouchement à l'usage des étudiants. J'ai copié une de ces annonces qui m'avait frappé. Elle était ainsi conçue :

« Madame Dutilleux, *maîtresse sage-femme jurée,* reçue par la Faculté de médecine de Paris, enseignant avec autorisation depuis nombre d'années la chirurgie des accouchements pour messieurs les élèves en médecine, tant nationaux qu'étrangers, continue ses cours journaliers de théorie et de pratique pendant toute l'année scolaire. Madame Dutilleux continue aussi de recevoir comme pensionnaires les dames enceintes à toutes les époques de la grossesse. Elle est visible tous les jours dans son cabinet, rue de Paon, n° 2, depuis dix heures du matin jusqu'à une heure. »

A ma question pourquoi on manquait d'un établissement aussi nécessaire aux

étudiants, sans lequel toutes les leçons ne pouvaient être que théoriques... on me répondit à plusieurs reprises : « C'est contre la moralité ! » La moralité et Paris !...

D'un autre côté, Velpeau s'exprime ainsi :

Ainsi la tocologie est enseignée à Paris au XIXe siècle comme elle l'était au XVIIe et au XVIIIe siècle, après Baudelocque, comme au temps de Mauriceau, de Levret, ou de A. Petit ! Toutes les avenues de la pratique d'une science si essentielle pourraient-elles être encore longtemps fermées aux élèves, en France, quand elles leur sont si libéralement ouvertes partout ailleurs ! Non ; il n'est pas possible qu'un fait qui contraste d'une manière si tranchée avec l'enseignement des autres branches de la médecine se maintienne davantage parmi nous. Quelque chose de mieux que ce qui existe se prépare déjà. Une clinique active, confiée à un nom illustre, à un maître capable, va enfin être établie près de la Faculté de médecine par les soins de son habile doyen ; mais ce n'est point encore assez. Notre pays et sa métropole doivent une institution plus vaste et plus complète au siècle actuel. Il faut que les portes de la Maternité s'ouvrent aux étudiants en médecine, et que plusieurs professeurs fassent des cours libres dans cette maison. Qu'un accoucheur ait en outre un enseignement public à l'hôpital Saint-Louis ; qu'on en place un encore et surtout à l'Hôtel-Dieu ; qu'il y ait dans la capitale de quatre à six cliniques tocologiques, comme il y en a de douze à quinze pour la médecine, et bientôt, j'en ai la conviction, l'art des accouchements reprendra chez nous la prééminence qu'on ne lui contestait point il y a vingt-cinq ans, et que la France ne doit pas perdre, placée comme elle l'est plus que jamais à la tête des nations scientifiques et libérales.

Cependant une chaire de clinique avait été décrétée en 1823, lors de la réorganisation de la Faculté, et Deneux en avait été nommé titulaire ; mais cette chaire ne fut jamais pour Deneux qu'une chaire virtuelle, elle n'exista jamais de fait.

Ce fut en 1834 seulement que la première chaire de clinique obstétricale fut créée et mise au concours. Paul Dubois fut nommé professeur le 20 mai, et le 1er décembre de la même année avait lieu l'ouverture de sa clinique obstétricale à l'hôpital des Cliniques.

Dubois occupa cette chaire jusqu'en 1862, époque où il prit sa retraite et fut remplacé par Depaul de 1862 à 1883.

M. Pajot passa de la chaire de théorie à cette chaire de clinique et vint achever là sa brillante carrière professorale. Il y resta jusqu'en 1887 et prit sa retraite.

M. Tarnier, délégué dans les fonctions de professeur de clinique, fut définitivement nommé le 16 février 1889.

Dans cette clinique furent admis les étudiants français et étrangers et les élèves sages-femmes, ceux-là le jour, celles-ci la nuit.

Le professeur avait pour collaborateurs un chef de clinique, une sage-femme en chef et une sage-femme en second. Les élèves purent alors voir et faire des accouchements.

Mais étant donnés le nombre croissant des élèves et celui stationnaire des accouchements effectués à la clinique, les matériaux devaient bientôt se montrer insuffisants. De nouvelles et justes réclamations s'élevèrent, professeurs et élèves demandant une réorganisation ou une adjonction en rapport avec les nécessités de cet enseignement.

En 1880, M. Vulpian, doyen de la Faculté, prononçait les paroles suivantes le jour de l'inauguration de la nouvelle clinique d'accouchement, en présence de M. Dumont, directeur de l'enseignement supérieur :

> Nous recevons, chaque année, environ six cents docteurs en médecine. Il est impossible qu'un aussi grand nombre d'aspirants au doctorat — auxquels il faudrait joindre les aspirants au titre d'officier de santé et nos élèves sages-femmes — puissent s'initier, dans un seul service de clinique, à la pratique des accouchements. Quels que soient les autres moyens proposés pour remédier à un état de choses aussi profondément regrettable, la nécessité s'imposera, un jour ou l'autre, de doter la Faculté de médecine d'un second service de clinique obstétricale. *De toutes les chaires nouvelles que l'on puisse réclamer pour notre Faculté, c'est assurément, selon moi, celle dont la création répondrait le mieux à un besoin urgent de l'enseignement médical professionnel.*

Quelques jours après, M. J. Ferry, ministre de l'instruction publique, demandait l'avis de la Faculté sur l'utilité, le plus ou moins d'urgence, de la création de certaines chaires qui avaient été sollicitées et qui étaient au nombre de six, parmi lesquelles figurait en deuxième ligne la seconde chaire de clinique obstétricale.

Or, à la demande du ministre, au vœu du Doyen si clairement

exprimé dans son discours prononcé à l'inauguration de la nouvelle clinique, il fut répondu par la Faculté (dont les professeurs s'étaient réunis pour délibérer sur ce sujet) que l'utilité et l'urgence de la création d'une deuxième chaire de clinique obstétricale ne se faisaient nullement sentir. Ce fut le professeur de clinique d'alors qui fit émettre ce vote !

En 1881, avec l'autorisation du Doyen, je publiais sur le fonctionnement de la clinique les renseignements suivants :

« En 1875-1876, pendant que j'étais Chef de clinique, 135 élèves examinaient des femmes pendant la période scolaire :

2	élèves	examinèrent	des femmes	5 fois
5	—	—	—	4 —
16	—	—	—	3 —
43	—	—	—	2 —
69	—	—	—	4 —

Les autres élèves inscrits sur mes cahiers ne répondaient pas à l'appel. Pourquoi ?

Les uns ne venaient pas par insouciance, je le reconnais ; les autres, et le plus grand nombre, parce qu'après être venus pendant un mois sans pouvoir examiner une femme, ils s'en allaient découragés et ne revenaient plus.

Et alors quel est le résultat de cet état de choses ? Il est désastreux à tous égards.

Désastreux pour les élèves lorsqu'ils abordent le cinquième examen.

Bien plus désastreux encore pour les femmes qui sont soignées par des médecins qui ont pu traverser cette filière avec succès, et qui, cependant, ont tout à apprendre au point de vue obstétrical.

Et nombre d'élèves sont reçus docteurs qui n'ont *jamais examiné une femme ni assisté à un accouchement !* — Cela est monstrueux, mais cela est ainsi » (1).

C'est à ce moment qu'un cours complémentaire d'accouche-

(1) De l'enseignement clinique obstétrical à la Faculté de médecine de Paris. *Progrès médical*, 1881, page 419.

ments, cours théorique et pratique, fait par un agrégé, fut institué.

C'était un acheminement.

Enfin, à la retraite du professeur Pajot, la Faculté demanda que la chaire de théorie fût transformée en chaire de clinique, et que les cours théoriques fussent faits par les agrégés en exercice et toute l'année.

Ce vœu fut ratifié par le Conseil des Facultés et par le Ministre, cette transformation fut décrétée, et on arrêta que l'installation de cette chaire aurait lieu à la Maternité.

Je vous ferai grâce de la série de difficultés qui précède toute installation en général, mais qui fut particulièrement pénible à propos de celle-ci.

Il fallut toute la ténacité, tout le dévouement de M. Brouardel, l'appui de M. Tarnier, l'esprit si bienveillant et si largement ouvert au progrès de M. Peyron, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, pour arriver à installer cette deuxième clinique, ouverte officiellement aujourd'hui.

Je serais injuste et ingrat si je n'adressais à M. le Ministre de l'instruction publique, à M. le Recteur de l'Académie, au Conseil municipal et au Conseil de l'Assistance, mes plus vifs et mes plus sincères remerciements, car c'est grâce à l'opiniâtreté des uns et au bon vouloir des autres que cette réalisation put avoir lieu.

Deux cliniques obstétricales, des cours théoriques faits pendant toute l'année à la Faculté — vous savez avec quel talent — par les agrégés en exercice, des manœuvres obstétricales sur le mannequin pendant le semestre d'été, voilà ce que la Faculté met à votre disposition.

Vous avez de plus, pour vous instruire, les services d'accouchements créés dans les hôpitaux en 1882, au nombre de sept à l'heure actuelle, qui vous sont libéralement ouverts, et où les chefs de service mettent largement chaque jour leur expérience et leur savoir à votre disposition.

Ne suis-je pas autorisé à vous dire que la réalité dépasse les vœux et les espérances de Velpeau ?

Aussi, me mettant pour quelques instants (mais pour quelques instants seulement) en dehors de la Faculté, puis-je vous affirmer que, si dans le siècle prochain, un émule de M. Liard vient dépouiller les archives, il trouvera à chaque pas la preuve de l'esprit de réformes, de progrès, de sollicitude constante pour les élèves qui anime la Faculté de médecine.

Si l'évolution a été lente au début, que de conquêtes en quelques années !

Il a fallu du temps pour faire comprendre à tous l'importance de l'obstétrique ; laissez-moi vous dire qu'il en faudra beaucoup encore pour que chacun soit convaincu des difficultés qu'on rencontrera toujours pour l'apprendre.

Même avec tous les matériaux qui sont à votre disposition, il vous faut, si vous ne voulez pas être nuisibles, si vous voulez être utiles dans la pratique, il vous faut déployer, je vous le dis sans détour, une ténacité, une énergie, une persévérance peu en rapport avec les mœurs de la grande majorité des étudiants actuels.

Non, messieurs, on ne peut apprendre les accouchements comme on apprend la médecine et la chirurgie.

Oui, certes, il y a des points de commun ; la théorie obstétricale s'apprend comme on apprend la pathologie interne et la pathologie externe, mais la clinique obstétricale ne s'apprend pas comme on apprend la clinique médicale ou la clinique chirurgicale. L'obstétrique opératoire ne peut s'apprendre comme on apprend la médecine opératoire.

En effet, vos maîtres éminents vous ont dit comment vous deviez apprendre la clinique médicale et la clinique chirurgicale.

Ils vous ont appelés, ils vous appellent le matin, ils vous convient à suivre régulièrement leurs visites, à voir examiner et à examiner vous-mêmes les malades. Et quand, à cette visite du matin, vous vous êtes montrés assidus et zélés, on ne vous en demande pas davantage.

Ici, au contraire, nous vous disons, quand bien même vous

viendriez régulièrement le matin, quand bien même vous auriez, pendant ce temps, vu examiner et examiné vous-mêmes un grand nombre de femmes enceintes, en travail ou accouchées, vous ne sauriez pas les accouchements, vous ne seriez pas des accoucheurs.

Vous pourriez apprendre la grossesse, vous pourriez savoir ce qu'est une femme enceinte, vous arriveriez à connaître les suites de couches, mais voilà tout. Si ces notions sont indispensables, elles sont insuffisantes.

Tous les matins, je pourrai vous montrer des grossesses à tous les âges, je pourrai vous montrer des grossesses normales et pathologiques, des suites de couches dans leurs manifestations les plus diverses. Je ne pourrai vous montrer l'accouchement daus toutes ses périodes. Je pourrai vous montrer, suivant les caprices du hasard, des femmes en travail ; mais, sauf exception, je ne pourrai vous montrer, quelle que soit la durée de ma visite, une parturition complète. Et cependant c'est cette parturition complète que vous devez connaître. Tout en restant naturelles, le plus souvent les parturitions ne se ressemblent guère, et vous devez vous être familiarisés avec la plupart d'entre elles.

S'il est des femmes qui accouchent en quelques heures, il en est dont le travail exige plusieurs jours et plusieurs nuits.

Il faut que vous sachiez reconnaître le premier début de cet acte, et quand le travail sera franchement déclaré, quand vous devrez suivre pas à pas l'accomplissement de cette fonction naturelle, mais douloureuse, que de choses à surveiller, à prescrire, à exécuter, suivant telle ou telle période !

Vous avez la responsabilité des deux existences qui sont en jeu ; de là une observation attentive, sagace et persistante.

J'ai lu dans un livre récemment couronné par la Faculté et dont je ne puis et ne veux dire de mal, puisque je n'en pense que du bien, que la propreté et la patience suffisaient presque, dans les accouchements naturels.

Cela est bon, en effet, cela est nécessaire, indispensable, mais cela est loin d'être suffisant.

Pendant le travail de l'accouchement, non seulement vous devez être propre, aseptique, comme nous disons à l'heure actuelle, non seulement vous devez être patient, mais vous devez, dans la plupart des cas, posséder des qualités qui vous permettent de lutter victorieusement contre l'entourage, contre la parturiente, contre vous-même.

Je m'explique.

Vous aurez à lutter contre l'entourage, dis-je. En effet, vous ne serez pas seul avec la parturiente, ses proches sont près d'elle, et les manifestations plus ou moins bruyantes de la douleur de celle-là retentiront presque toujours sur ceux-ci. Leurs physionomies anxieuses vous interrogent sans cesse, et bientôt vous serez incité à faire quelque chose pour atténuer, amoindrir ou faire disparaître les souffrances. Désir légitime s'il en fut, mais que vous ne pouvez exaucer. Vous seul devez juger ce qui est nécessaire, saisir les indications et y répondre, satisfaire à ce qu'exige la situation de la mère et de l'enfant, sans jamais faire entrer en ligne de compte, quand il s'agit de prendre une détermination, l'effarement ou l'angoisse de ceux qui les entourent.

Vous avez à lutter avec la parturiente.

Vous savez, en effet, que l'accouchement sans douleur est un mythe ; cela se dit, cela ne se voit pas. Toute femme qui accouche est une femme qui souffre. Quelques-unes souffrent moins, d'autres souffrent davantage, mais restent silencieuses ; celles-ci sont l'exception. Le plus souvent vous verrez les pauvres femmes en travail s'agiter et se tordre, se lamenter et se désespérer. A cette agitation physique correspond le plus souvent une dépression morale profonde. Constamment vous serez interrogé par ce visage suppliant. Vous aurez, pendant des heures, pendant des jours, à répondre que la fonction s'accomplit plus ou moins lentement, mais naturellement.

L'agitation sera quelquefois poussée à l'extrême : ce ne sont plus des plaintes, ce sont des supplications poignantes, quelque-

fois même ce sont des injures ! Et sachant que, dans la profondeur de l'organisme, tout s'effectue physiologiquement, naturellement, vous devez rester calme. Vous dépenserez le plus souvent en pure perte votre éloquence, si toutefois vous en avez, ce qui n'est pas nécessaire (car j'ai souvent regretté de n'être pas sourd-muet); et vous attendrez, et vous patienterez.

Mais vous admettrez avec moi que cette patience n'est pas la patience naturelle, mais une patience voulue, j'allais dire une patience scientifique.

Vous avez à lutter contre vous-même.

Ainsi que je viens de vous l'exposer brièvement, près d'une parturiente, vous avez à vous occuper et à vous préoccuper constamment d'elle et de son enfant ; vous avez à surveiller incessamment les progrès du travail, vous avez à chercher ce qui peut favoriser l'accomplissement de cette fonction, vous avez à lutter contre les anxiétés légitimes mais importunes de l'entourage ; vous avez à triompher des supplications de votre cliente, et tout à l'heure vous aurez à lutter contre vous-même.

Ce n'est pas l'impatience ordinaire que vous aurez à vaincre, mais vous aurez à vous raidir contre un sentiment bien autrement puissant.

Comme on l'a si bien dit : « Tout homme a la religion de la souffrance », et bientôt, sous l'influence de ce sentiment, si vous n'y prenez garde, l'accoucheur va disparaître et l'homme seul restera. Et cet homme qui est là, fatigué par de longues heures, par la responsabilité qu'il encourt, énervé par les supplications des uns et les cris des autres, cet homme ne voit plus qu'une chose, ne veut plus qu'une chose : la cessation des souffrances, et il va tout faire pour cela.

Que d'interventions prématurées n'ont pas reconnu d'autres indications ! Que de désastres en sont résultés !

Ce tableau n'est pas chargé, noirci à dessein, et il ne représente que l'accouchement plus ou moins long, plus ou moins pénible, mais naturel.

Que sera-ce s'il survient un accident, si vous avez à lutter

contre une complication? Il ne vous faut plus seulement du calme, du sang-froid, de la décision ; il vous faut une âme d'airain.

Un accident survient ; le plus souvent, aucune manifestation extérieure ne trahit son existence : vous seul savez que l'une des deux existences qui vous sont confiées est en danger, quelquefois les deux. Il faut par un mot, par un geste, essayer de le faire comprendre aux personnes qui vous entourent sans les effrayer ; il faut prendre de suite une détermination. Vous ne pouvez ni consulter vos auteurs, ni vous éclairer des conseils d'un confrère, ni faire partager votre responsabilité. Il vous faut agir seul, souvent au milieu de la nuit, sans aide quelquefois ; il faut suppléer à tout, et dans ces conditions pratiquer, non pas à ciel ouvert, mais dans les régions profondes et cachées, l'opération d'où dépend peut-être le salut de deux existences, n'ayant pour guide et pour flambeau que le souvenir de ce que vous aurez vu faire ou fait vous-même dans le cours de vos études !

Comprenez-vous maintenant pourquoi je vous disais que l'obstétrique ne s'apprend pas comme la médecine et la chirurgie? Comprenez-vous pourquoi vous ne passerez jamais trop, je pourrais dire jamais assez de journées et de nuits dans une salle de travail ? Voyez-vous les raisons pour lesquelles vos maîtres les plus expérimentés et les plus habiles, c'est-à-dire connaissant mieux que personne les difficultés que vous aurez à vaincre, les luttes que vous aurez à soutenir, les heures angoissantes que vous aurez à traverser, ont sans cesse réclamé tout ce qui est nécessaire pour vous instruire et vous familiariser avec ces situations difficiles et dangereuses?

Comprenez-vous combien vous devez, combien nous devons être pour eux remplis de gratitude ?

Si vous n'éprouvez aujourd'hui ce sentiment de reconnaissance, vous l'éprouverez plus tard, j'en suis sûr, et cela le premier jour où, grâce à l'expérience que vous aurez acquise dans une clinique, vous serez sorti victorieux d'une situation semblable à celle que je vous dépeignais tout à l'heure.

La Faculté, après de longs efforts, est parvenue à mettre entre vos mains les éléments qui vous sont nécessaires pour apprendre les accouchements.

Peut-être nos arrière-neveux trouveront-ils ces moyens insuffisants et feront-ils plus et mieux ; c'est probable, on peut même dire que c'est certain.

Mais, aujourd'hui, un grand progrès est en voie d'accomplissement. Vous avez deux cliniques obstétricales qui vous sont largement ouvertes et où vous trouverez constamment tous les matériaux nécessaires à votre instruction. L'une est dirigée par M. Tarnier, notre maître à tous : c'est assez vous dire ce que vous trouverez là.

L'autre m'est confiée.

Ayant un pareil modèle à suivre, étant entouré de collaborateurs aussi intelligents que dévoués, j'espère ne pas faillir à ma tâche et me montrer digne de mes Maîtres, digne de la Faculté qui m'a choisi, digne de la situation qui m'est confiée.

C'est vous dire que tout ce que j'ai de volonté et d'énergie, tout ce que je possède en un mot, je le mettrai avec bonheur au service de cette belle science que j'aime tant et de tous ceux qui veulent l'apprendre.

DE L'ASSISTANCE DES FEMMES ENCEINTES (1)

Mesdames, Messieurs,

Si j'ai la mission de vous parler, ce soir, de la situation actuelle des femmes, pendant et après leur grossesse, je ne vois que deux raisons ayant pu me valoir cet honneur. La première, c'est que, depuis tantôt vingt ans, je suis témoin, chaque jour, de spectacles lamentables et de misères inouïes ; la seconde, c'est que j'ai l'immense désir de les voir disparaître le plus tôt possible. C'est en m'appuyant sur ces deux raisons, que j'espère trouver la force et les moyens nécessaires pour n'être pas trop au-dessous de la tâche qui m'est confiée : c'est assez vous dire que vous n'allez pas entendre un orateur, mais un simple narrateur.

Je commence par poser une question qui va paraître à la plus grande partie de l'auditoire extrêmement naïve — sinon ridicule. Je crois cependant devoir la poser. Qu'est-ce qu'une femme *pendant la grossesse ?* Il faut bien prononcer ces mots, puisque vous êtes venus entendre une conférence sur l'assistance des femmes enceintes.

Une femme enceinte ! — Ces mots généralement excitent le sourire, quelquefois la risée. La vue d'une femme enceinte produit le même résultat ; observez dans la rue une femme dont l'état de grossesse ne peut être dissimulé, vous verrez presque toujours les passants, petits et grands, se retourner et sourire.

(1) Conférence faite à la Sorbonne, le 9 mai 1891.

Examinons donc si la situation d'une femme enceinte doit toujours inspirer le rire ou même le sourire.

Je ne vais pas ici, croyez-le bien, vous faire un cours de médecine, mais encore ai-je besoin de me demander ce qu'est la femme, et ce qu'elle devient, pendant toute la durée de cette merveilleuse et suprême fonction.

Mon Maître, le professeur Tarnier, a dit justement : « La grossesse est un état physiologique par excellence », et il a eu raison de nous mettre en garde contre cette manière de voir et de dire, qui consiste à croire que la grossesse est une maladie de neuf mois.

Oui, c'est un état physiologique par excellence, mais il n'en est pas moins vrai que cet état fonctionnel crée chez la femme quelque chose de tout particulier, que je vous demande la permission d'esquisser à grands traits. Quel est l'état de corps et d'esprit, quelle est la situation de la femme grosse pendant les premiers mois, pendant cette période qu'on peut appeler période cachée ? Généralement, — je ne parlerai pas des exceptions, je n'en dirai rien ce soir, — la femme subit, pendant cette période, une dépression physique et morale plus ou moins accusée. Beaucoup d'entre vous le savent bien mieux que moi, la femme traverse une période dont la caractéristique est la langueur et la désespérance.

Je n'insisterai pas sur d'autres symptômes que vous connaissez tous. Un peu plus tard, quand la grossesse ne peut plus être dissimulée, des phénomènes d'ordre mécanique ne tardent pas à se manifester. La station debout devient fatigante, la marche est plus ou moins difficile, souvent pénible ; l'attitude se modifiant, il en résulte une démarche traînante particulière qui, tout en n'étant pas toujours disgracieuse, n'en occasionne pas moins un surcroît d'efforts pour toute espèce d'exercices. De là, chez la femme, qui veut ou qui est forcée de se livrer au travail, une impuissance particulière, une impotence fonctionnelle d'ordre spécial. Enfin, j'ajouterai que, pendant toute la durée de la grossesse, l'impressionnabilité de la femme est plus

vive que jamais, et je ne serai démenti par personne, en disant que les vibrations qui émanent des profondeurs de son être ne sont pas toujours harmoniques.

Je n'insisterai pas davantage pour vous faire comprendre que tout concourt, pendant cette première période de la maternité, à rendre la femme plus faible ; tout chez elle appelle l'appui, réclame la protection, car elle est vraiment, dans la pleine et large acception du mot, dans une *situation intéressante*.

Cela étant dit, je me pose cette autre question : A l'heure actuelle, comment se passe la vie d'une femme enceinte ?

Il semble bien difficile de répondre tout d'abord à cette question, car chaque femme a une situation sociale particulière, situation séparée d'une autre par des nuances qui peuvent varier à l'infini. Mais, abandonnons le chapitre des nuances, voyons les choses plus largement, sans abandonner toutefois la réalité. En groupant les femmes enceintes, on peut les ranger dans trois catégories :

Les femmes enceintes entourées, protégées comme elles doivent l'être ;

Les femmes enceintes entourées, mais insuffisamment protégées ;

Les femmes enceintes n'ayant ni entourage, ni protection, c'est-à-dire les femmes enceintes abandonnées.

A la femme qui appartient à la première catégorie, rien ne manque, ni les ressources matérielles, ni l'appui moral.

Les premiers symptômes de sa maternité probable vont être pour elle, dans la pluralité des cas tout au moins, la cause d'une immense joie. Dès que la dépression se montre, jaillissent du cercle familial tous les encouragements imaginables. Chacun la réconforte : elle est choyée, adulée, gâtée, dirai-je volontiers, s'il était possible de jamais entourer la femme de trop de soins, de sollicitude et de tendresse.

Et, malgré cela, il lui faut bien souvent, à cette privilégiée, la perception nette de signes matériels lui annonçant la certitude

de la maternité, pour faire cesser sa période d'abattement, j'allais dire *d'écœurement*.

Alors, la dernière phase va s'accomplir dans les meilleures conditions. Peu importe que, *chez elle*, le centre de gravité se déplace, l'effort n'est pas nécessaire, le travail n'est pas indispensable. Elle prend telle attitude qui lui convient, tel repos qui lui semble bon. Elle se lève quand cela lui plaît, se promène ou se repose, suivant qu'elle en a l'intention ou le besoin. Elle a, en un mot, le loisir du mouvement ou du repos. Enfin, les soins éclairés et nécessaires vont constituer pour elle une prophylaxie puissante contre presque tous les accidents.

Telle est la situation de cette femme pendant sa grossesse : telle est la situation idéale pour toute femme enceinte.

Passons maintenant à notre deuxième catégorie.

Ici la femme est encore entourée, mais la protection et l'assistance sont plus ou moins insuffisantes.

Elle a l'appui moral : le père de son enfant et d'autres enfants déjà sont là. Les regards de l'un, les sourires des autres lui suffiront pour traverser la première période ; mais le travail est nécessaire et d'autant plus indispensable qu'aux charges actuelles va s'en ajouter une nouvelle. Alors elle travaille jusqu'au terme de sa grossesse, alors surtout qu'il lui faut plus de temps pour accomplir la même besogne.

Mères déjà chargées de famille, femmes besogneuses, créatures vaillantes et courageuses, elles vont jusqu'à la fin, sans s'inquiéter de tel symptôme qui va constituer pour elles une infirmité, ou de tel autre qui va menacer leur existence. C'est parmi celles-là que se trouvent les malheureuses que nous voyons venir trop tard dans nos Maternités, et qui payent de leur vie le temps qu'elles ont encore voulu passer à la maison, pour laver le linge que le mari mettra le dimanche, ou que les enfants doivent mettre la semaine suivante ! Je n'exagère rien, je raconte simplement. Si, dans cette catégorie, les femmes ont l'appui moral suffisant, déjà, vous le voyez, la protection, l'assistance leur font défaut. On peut faire abstraction de leurs peines et de

leurs fatigues, puisqu'elles ont l'énergie suffisante pour traverser la durée de la grossesse sans se plaindre ; mais on ne peut méconnaître que le travail forcé dans ces conditions produit souvent des infirmités incurables, et — ce qui est pire encore — que l'absence de soins engendre des accidents qui auraient pu facilement être conjurés et vont tuer ces malheureuses.

J'espère que les temps sont proches où l'on voudra changer cette manière d'être et de faire, où la société songera à faire l'économie de tant de vies si précieuses qui pourraient être facilement conservées.

Nous arrivons maintenant aux femmes enceintes abandonnées.

Chez celles-ci, on peut le dire, dès que la première manifestation de leur état probable se montre, le rêve fait place au cauchemar ! Une angoisse incessante vient se joindre à la dépression physique et à la désespérance, qui atteignent, je le répète, toutes les femmes à ce moment, et celles-ci plus que les autres. Après ces quelques mois d'une vie de supplices, les premières constatations matérielles, qui font et devraient toujours faire tressaillir de joie toutes les femmes, ne sont pour ces malheureuses que la confirmation la plus accablante de leur infortune !

Jusque-là elles ont pu tout cacher : leur état physique et leur état moral. Maintenant, malgré toutes les constrictions, tous les artifices, la dissimulation n'est plus possible. Que vont-elles devenir, que deviennent-elles?

Je vais vous le dire, et cet exposé ne sera pas long, car leur histoire est presque toujours la même.

Domestiques, bonnes à tout faire, ouvrières employées dans les usines ou dans les magasins, dès que leur situation se découvre, on les congédie. Elles voudraient travailler, elles ne le peuvent plus. Renvoyées de l'usine, de l'atelier, du magasin, de la ferme, de la maison : ici, parce que leur état ne leur permet plus de remplir les conditions de travail exigées d'elles ; là, parce qu'elles seraient un exemple déplorable pour leurs compagnes ; ailleurs, parce qu'elles deviendraient une honte pour leur entourage ou leurs parents, chassées par leur famille bien souvent,

ces femmes sont jetées sur la voie publique comme indignes !

Errant de place en place, expulsées de partout dès qu'on s'aperçoit qu'elles sont enceintes ou qu'elles sont incapables de remplir la besogne pour laquelle on les paie, ce ne sont plus seulement des abandonnées, ce sont des repoussées.

Habitant la province, elles n'ont plus qu'un désir, quitter leur pays, aller dans une grande ville où elles pourront se cacher et peut-être trouver asile et protection. Je n'ai pas besoin de vous dire, à ce point de vue, quelle attraction a pour elles la capitale! Elles y accourent de tous les coins de la France ; j'en ai vu qui sont venues à pied de la Rochelle, de Brest et d'ailleurs, marchant tout le jour, et couchant la nuit dans les fossés de la route !

Où peuvent-elles aller en effet ? Y a-t-il dans un seul département un asile dont les portes s'ouvriront pour elles ? Elles savent, de plus, ou elles ne tardent pas à savoir que les femmes ayant fait preuve de fécondité sont reçues et traitées d'une façon particulière, lors de l'accouchement, dans la plupart des Maternités de province. Mon collègue et ami le Dr Napias, depuis 1887, nous a renseignés sur ce point. Après avoir montré l'horrible et dangereuse promiscuité qui existe dans ces lieux, il ajoute : « Très souvent la partie de l'hôpital qui leur est réservée ne s'appelle ni Service d'accouchements, ni Maternité, cela s'appelle la Gésine ! »

Arrivées à Paris, que deviennent-elles ?

Elles vont frapper à la porte de nos Maternités, et ces portes ne peuvent non plus s'ouvrir pour elles ; les lits sont occupés par les femmes accouchées.

Tous les jours nous sommes obligés de dire : « Nous ne pouvons vous recevoir, vous viendrez au moment de votre accouchement. » Et quelquefois elles ont un mois, deux mois, trois mois à attendre ! Elles accueillent ces paroles sans révolte, mais comment peindre le découragement, l'accablement, le désespoir morne de ces malheureuses ! Elles renouvellent le lendemain leurs tentatives infructueuses, vont frapper à la porte de toutes les Maternités et partout reçoivent la même réponse.

Cependant il y a quelques privilégiées : celles qui sont véritablement malades sont reçues chez nous ou trouvent quelquefois un lit à l'hôpital.

Quelques chefs de service, *par commisération*, en admettent une ou deux dans leurs salles, où elles sont placées dans un milieu qui les expose à toutes les maladies contagieuses.

D'autres sont accueillies dans quelques asiles ouverts par la charité privée. Dans les uns, elles ne peuvent rester que la nuit ; dans d'autres, au prix du logement insalubre qu'on leur donne et de la nourriture insuffisante qu'on leur octroie, on les fait travailler du matin au soir — et l'hiver, sans feu. J'ai visité presque tous ces asiles, car ils ne sont pas nombreux, j'ai des renseignements sur tous, et, sauf un, où une dizaine de femmes sont à peu près dans des conditions convenables, dans les autres, les femmes sont, à tous les points de vue, dans de plus mauvaises conditions que des prisonnières ! Et celles-là sont des privilégiées ! Quant aux autres, elles vont échouer où elles peuvent, et le plus souvent, dans des taudis infects où elles se nourrissent avec juste assez de pain pour ne pas mourir de faim. Et encore sont-elles forcées de se dépouiller de leurs vêtements pour payer ce logement et cette nourriture : les boucles d'oreilles, la chemise, les bas, les jupons vont successivement au Mont-de-Piété, et ces femmes nous arrivent en travail, quand nous ne pouvons plus ne pas les recevoir, avec une robe pour tout vêtement, et quelle robe !

Tous ceux qui ont fréquenté les Maternités savent que je n'exagère pas.

Vous ne serez donc pas étonnés d'apprendre que, dans le refuge-ouvroir créé par la Ville de Paris pour les femmes sans travail et qui fonctionne, rue Fessart, depuis l'année dernière, le plus fort contingent est fourni par des femmes enceintes parvenues déjà au sixième mois de la grossesse.

Vous le voyez, l'établissement destiné à recevoir ces femmes à qui le travail est défendu ou n'est plus permis, à qui des soins sont absolument nécessaires, cet établissement n'existe pas.

La société reste indifférente, et elle ne se doute pas qu'en agissant ainsi, elle est barbare et cruelle, non seulement pour la femme, mais encore pour l'enfant.

Car, quelle que soit son origine, l'enfant que ces malheureuses portent dans leur sein, cet enfant est-il coupable ?

Et cependant, il n'est pas un coupable, il n'est pas un prévenu, je dirai qu'il n'est pas un condamné à mort qui ne soit mieux traité que lui à l'heure actuelle. Voilà où nous en sommes.

Il est extraordinaire de voir, dans un siècle humanitaire par excellence, comme le disait avec raison notre Président tout à l'heure, où l'on s'efforce plus que jamais de soulager les misères et les infortunes, de voir, dis-je, une telle lacune, une telle monstruosité exister encore ! Oh ! nous n'avons rien à envier au moyen âge à ce point de vue. Et certes, dans les mêmes conditions, l'animal est moins à plaindre que la femme.

Le fermier n'attelle pas sa poulinière à sa charrette quand il en attend un poulain ; il l'entoure de soins attentifs. A la vache qui va lui donner un veau, il ne demande plus de lait depuis quelques mois, et il lui offre une nourriture abondante et choisie, et il semble naturel à cet homme de jeter sa fille de ferme sur le chemin quand elle est enceinte ! Il ne croit pas que cela soit monstrueux ; il trouve cela tout simple.

En montant ce soir une côte pour venir ici, je voyais un cheval de renfort mis là, par la Société protectrice des animaux, pour aider les autres chevaux dans la montée. Cela est bien, j'approuve la Société protectrice des animaux ; mais, cela montre aussi que j'avais raison d'affirmer tout à l'heure que les animaux sont mieux traités que la femme enceinte abandonnée.

Car, celle-ci ne rencontre personne qui la soutienne, qui lui tende la main dans le calvaire qu'elle doit gravir. Tout est étrange à ce point de vue dans nos mœurs actuelles.

Je vous ai dit tout à l'heure que bien souvent les femmes enceintes étaient répudiées, même par leurs propres familles, sous prétexte de morale. Eh ! bien, je vais vous donner un autre exemple de cette manière d'envisager les liens du sang.

Ce matin, fut reçue dans mon service une pauvre fille, arrivée à Paris depuis quelque temps, pour y cacher sa grossesse. Elle avait épuisé le petit pécule qu'elle avait économisé ; il lui restait 25 centimes. Ne pouvant plus payer son hôtel, elle avait frappé en vain à la porte de toutes les Maternités ; exténuée, malade, elle s'était affaissée sur un banc du boulevard, où des sergents de ville la recueillirent, et, voyant sa situation, l'amenèrent chez nous. Je l'interrogeai devant mes élèves, afin de savoir comment elle était arrivée à ce degré de dénûment et d'abandon. Elle me raconta qu'elle était femme de chambre et que, dès qu'on s'était aperçu de sa grossesse dans la maison où elle travaillait, on l'avait renvoyée. — Eh ! bien, lui dis-je, le père de votre enfant vous a donc abandonnée ?

— Oh ! dit-elle, je crois bien, *c'est le frère à Madame*.

C'est le frère à Madame ! Que de fois ai-je eu des réponses du même genre, et qui m'ont démontré que la *cause* de la maternité se trouvait dans l'entourage de Madame, et souvent en était très rapprochée, que la *cause* de la maternité était dans la maison même d'où on venait de l'expulser ! Vous voyez combien sont puissants les liens du sang ! Voilà comment agissent les individus ; voilà ce que fait la société. — On appelle cela de la civilisation !

Tenez, tout dernièrement, j'applaudissais avec enthousiasme, ici même, comme on applaudit à tout ce qui est beau et grand, le capitaine Binger nous racontant ses explorations. Je voyais la civilisation pénétrant dans le centre de l'Afrique, et je constatais avec tristesse, que les femmes sauvages ayant fait preuve de fécondité auraient tout à perdre, en recevant les bienfaits de cette civilisation.

Oui, ce que fait à ce point de vue notre société actuelle est inférieur à ce que font toutes les tribus sauvages !

Et ce qui est remarquable, étonnant, mais non pas, au fond, incompréhensible, c'est que nous n'ayons pas plus souvent de crimes à déplorer, c'est que les cadavres de ces malheureuses ne soient pas plus nombreux dans la Seine !

Généralement, les malheureux, les désespérés mendient ou se tuent. La femme enceinte ne mendie pas ; elle se cache et elle ne se résout au suicide que rarement. Il faut certainement qu'il existe chez elle — et cela existe heureusement — quelque chose de surhumain pour lui faire supporter ses abominables souffrances. Ce quelque chose, j'en parlerai dans un instant.

Ah ! quand le crime existe, la société daigne s'occuper de ces femmes. Vous avez faim, vous avez froid, vous êtes sans asile, la société ne s'occupe pas de vous ; vous êtes une femme enceinte, la société n'a ni argent, ni asile. Oh ! si vous voulez faire disparaître votre grossesse, si vous tuez votre enfant, la société est riche pour vous poursuivre, elle a des prisons pour vous recevoir !

Mais, ce crime que vous allez punir, n'est-ce pas vous, souvent, qui l'avez préparé ? Je ne crains pas d'affirmer que, quand le crime est commis au moment de la naissance, il a été préparé, dans la pluralité des cas, par les souffrances endurées pendant la grossesse. Je vais vous en donner la preuve.

Depuis six ans, j'ai eu dans mon service quatre femmes ayant tué ou voulu tuer leur enfant. Ces quatre femmes étaient filles-mères. Deux sont accouchées dans des hôtels borgnes où elles avaient séjourné pendant quelques mois. Arrivées à Paris avec quelques effets dans leur malle, celle-ci s'était vidée en faveur du Mont-de-Piété. Lors de l'accouchement, ces malheureuses mirent leur enfant dans ces malles. La troisième arriva dans le service en travail : elle était épuisée et pouvait à peine parler ; elle accoucha quelques instants après, et dans la nuit même, elle étouffa son enfant. A son arrivée, elle n'avait pas mangé depuis trois jours.

La quatrième, en se présentant à nous, n'avait pas de chemise. Elle essaya d'étouffer son enfant, pendant la nuit qui suivit son accouchement ; mais elle fut surprise avant que ses mains, crispées autour du cou du nouveau-né, eussent pu déterminer l'asphyxie complète. Cet enfant, qui avait la figure violette et tuméfiée, put être ranimé. Quant à la mère, sous l'influence des conseils

qui lui furent donnés, et surtout des soins dont elle fut entourée, elle nous fit assister à la plus belle des réhabilitations. En effet, cette femme donna, quelques jours après, le sein à son enfant; elle se prit bientôt à l'aimer, et, restée dans le service comme nourrice, elle soignait douze enfants par jour et en allaitait plusieurs en même temps que le sien. Jamais je n'eus de meilleure nourrice.

Vous le voyez, ainsi que je le disais dernièrement à la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle, la misère seule, la misère atroce, que cette femme avait endurée pendant quelques mois, l'avait poussée à commettre le plus grand des crimes !

N'ai-je pas le droit de dire après cela : Interroge-toi, société, avant de frapper cette femme, et demande-toi ce que tu as fait pour elle !

Je pourrais vous donner d'autres preuves; je m'arrête. Il suffit, je pense, que de pareils faits soient connus pour qu'ils disparaissent. Comment ? je vous le dirai dans un instant. J'ai hâte d'arriver à un sujet moins pénible et d'envisager comment ces femmes, parvenues de cette façon à la fin de la première période de la maternité, vont traverser la deuxième, celle de l'accouchement.

Je ne parlerai pas de ce qui se passe en province ; comme je l'ai dit tout à l'heure, le docteur Napias nous a montré tout ce qu'il y avait à faire à ce point de vue. Je ne m'occuperai que de ce qui se passe actuellement à Paris.

Aujourd'hui, lorsqu'une femme demande secours et assistance au moment de son accouchement, elle voit les portes de nos Maternités s'ouvrir devant elle. Presque toutes les femmes y sont accueillies et recueillies, et dans quelques années, on pourra dire toutes, car la grande Ville, toujours généreuse, aura achevé son œuvre.

L'année dernière, dix mille femmes (exactement 9,996) ont reçu les soins de l'art et les secours de l'assistance pendant leur accouchement dans les Maternités de Paris. Si je compare

la situation de ces femmes, pendant leur séjour dans nos Maternités, à celle des femmes qui accouchent chez elles au milieu de la richesse et de l'aisance, je ne serai démenti par personne en disant : au point de vue des soins, les premières n'ont rien à envier aux dernières. Il y a des femmes riches qui, au moment de leur accouchement, sont aussi bien soignées que celles qui accouchent dans nos services d'accouchement ; il en est qui le sont moins ; il n'en est aucune qui le soit mieux.

Oh ! si tout à l'heure j'étais douloureusement ému, en vous racontant ce qui se passe chez les femmes enceintes, laissez-moi vous dire combien je suis heureux de vous exposer les magnifiques résultats auxquels on est arrivé pour les femmes accouchées.

En 1864, un homme disait : « Si les Maternités étaient bien établies à Paris, on empêcherait de mourir plus de 500 femmes par an. »

Eh bien ! cet homme qui, quelques années auparavant, avait démontré avec une précision mathématique pourquoi ces femmes mouraient ; cet homme qui avait conservé un si poignant chagrin des premiers désastres qu'il avait contemplés et qui souffrait chaque jour de ceux qu'il constatait encore, cet homme voulut, au plus vite, faire disparaître une pareille calamité.

Il se mit à l'œuvre avec la ténacité qui le caractérise, avec l'amour et l'ardeur d'un philanthrope, avec la conviction que chaque jour de retard équivalait à la mort de plusieurs femmes fauchées sur ce nouveau champ de bataille.

S'appuyant sur ses démonstrations scientifiques, accueillant avec enthousiasme celles des autres, mettant à profit les découvertes de ces bienfaiteurs de l'humanité qui se nomment Pasteur, Chauveau, etc., il réclama l'application de toutes les méthodes prophylactiques, et il créa et fit créer des Maternités bien organisées ; il a eu, certes, des collaborateurs ardents aussi, zélés, généreux, je ne les oublie pas ; mais, c'est grâce à ses persévérants efforts que j'ai pu prononcer les paroles que je répète, à

savoir que, l'année dernière, les dix mille femmes qui sont venues accoucher dans les Maternités de l'Assistance publique y ont trouvé ce que peuvent donner la fortune la plus grande et le dévouement le plus complet.

Eh bien ! cet homme qui, à ce point de vue, a presque réalisé un idéal, cet homme qui peut et doit être si fier de son œuvre, j'ai aujourd'hui, dans les circonstances particulières où nous sommes, le droit et le devoir de le nommer, c'est mon Maître, c'est notre Président d'honneur, c'est le Professeur Tarnier ! ! ! (*Une longue ovation est faite au Professeur Tarnier.*)

Que je vous suis reconnaissant, Mesdames et Messieurs, d'avoir fait cette ovation si bien méritée ! !

Parmi les collaborateurs auxquels je faisais allusion il y a un instant, je dois citer M. Peyron, directeur de l'Assistance publique à Paris, dont je ne puis dire ici tout le bien que j'en pense puisqu'il est présent. Je me contenterai de dire qu'il a mis au service de cette œuvre, comme au service de tant d'autres, son amour pour le bien et l'appui de sa haute influence. Le Conseil supérieur de l'Assistance publique ne fut pas moins favorable à ces réformes. Quant au Conseil municipal, nous ne le remercierons jamais assez. Car, en somme, il faut qu'on le sache, malgré tous les efforts dont je vous parlais tout à l'heure, malgré toutes les bonnes volontés, tout serait resté à l'état de projet pendant bien des années encore, si le Conseil municipal n'avait pas voté les sommes nécessaires. Et ces sommes sont considérables ! Malgré l'énormité de ces dépenses, en face des résultats obtenus, le Conseil, toujours guidé par la plus belle philanthropie, ne refuse pas et ne refusera pas les sommes qui sont encore nécessaires pour parachever cette belle œuvre. C'est avec empressement que je saisis cette occasion pour lui exprimer toute ma gratitude.

Mais alors, dira-t-on, si les femmes qui réclament les secours de l'assistance, au moment de leur accouchement, sont placées dans d'aussi bonnes conditions, toutes les femmes voudront y participer.

Ce serait une profonde erreur d'envisager ainsi les choses.

Ces femmes trouvent bien, dans nos Maternités, les secours de l'art et les secours de l'assistance, mais il est une chose qui leur manque et leur manquera toujours, l'entourage de la famille.

Je dirai plus, et cela va probablement vous étonner, ces femmes qui sont dans de si bonnes conditions, pour traverser la deuxième période de leur maternité, qui sont entourées de soins matériels qu'elles ne connaissaient pas, ces femmes n'ont généralement qu'un désir, celui de nous quitter le plus vite possible; et, en fait, elles nous quittent presque toutes avant leur rétablissement complet. Pourquoi, demandez-vous? — Parce qu'elles songent au lendemain, parce qu'elles vont traverser la troisième période de leur maternité, troisième et dernière étape, qui n'est souvent pas moins pénible que la première.

Oui, malgré nos observations, ces femmes sortent prématurément. Les unes, parce qu'elles ont d'autres enfants qui sont au Dépôt, c'est-à-dire aux Enfants-Assistés (et la population de Paris n'aime pas ce Dépôt, craignant toujours pour ses enfants une contagion quelconque, malgré les efforts faits par l'Administration et les Chefs de service pour rendre cet asile moins pernicieux); les autres parce qu'elles ont des enfants en garde. Or, cette garde des enfants coûte, à Paris, de 50 centimes à 1 fr. 75 par jour : c'est beaucoup pour ceux qui n'ont pas grand' chose. Ou bien, et cela arrive souvent, les enfants sont chez les voisins. Oui, l'on ne saurait croire combien le Peuple de Paris, qu'on calomnie si souvent, a de générosité et met en pratique la vraie solidarité ! Les familles demeurant sur le même palier, elles-mêmes chargées d'enfants, n'hésitent pas à en prendre un, deux, trois, suivant les circonstances, pendant que la mère, leur voisine, ira accoucher. Et cette femme, quelques jours après son accouchement, sachant que ses voisins en recueillant ses enfants se sont imposé de lourds sacrifices, se hâte de rentrer chez elle et de reprendre sa famille et, quoi que nous disions, elle s'en va.

A côté de ces mères de famille qui ne constituent que le tiers

de nos accouchées, il y a les femmes et les filles abandonnées que nous retrouvons ici. Les unes, plus vaillantes, nous disent : Je m'en vais, parce que je veux travailler pour gagner les mois de nourrice de mon enfant. Déjà celles-là n'ont pas le droit d'allaiter elles-mêmes leur enfant.

Il y en a d'autres enfin, moins courageuses peut-être, plus déshéritées de la nature et de la fortune encore, qui n'ont pas le *premier sou*, suivant l'expression vulgaire, mais vraie, et qui ne peuvent songer à mettre leurs enfants en nourrice. Ce sont celles-là que nous trouvons avec les yeux rougis le matin, à l'heure de la visite, et qui se taisent quand nous leur demandons pourquoi elles ont pleuré. Elles n'osent même pas dire tout haut qu'elles vont abandonner leur enfant. Et elles s'en vont, comme j'en ai vu ce matin encore, serrant convulsivement leur nouveau-né dans leurs bras et, le couvrant de leurs larmes, elles se dirigent en chancelant vers le bureau d'abandon.

Eh bien ! oui, où voulez-vous qu'elles aillent ? Qu'est-ce que la société leur offre ? Le bureau d'abandon ou les tours, dont on annonce le rétablissement ? Le tour, voilà ce qu'on offre à ces femmes ! Ainsi, une femme aura passé par toutes les angoisses de la grossesse, aura supporté les douleurs de l'enfantement, et cette femme qui a subi de telles épreuves n'aura pas le droit d'être mère ? Et la société, ou plutôt ceux qui préconisent cette chose monstreuse qu'on appelle les tours, vont lui dire : « Mets ton enfant au tour et la morale sera satisfaite. »

Comment, ce qu'il y a de plus beau dans l'espèce humaine, cet amour maternel si grand, si profond, qui se traduit à tout âge, qui fait que la petite fille berce sa poupée avant de savoir marcher, qui fait pleurer de désespoir les femmes qui ne peuvent être mères, cet instinct si puissant, vous en faites table rase ! Mais vous ne savez donc pas ce que peut faire une femme qui ne veut pas abandonner son enfant ! Je vais vous l'apprendre. Vous avez lu les *Misérables*, et vous vous rappelez ce que fit Fantine, lorsqu'elle n'eut plus de dents à se faire arracher, pour envoyer l'argent qu'on lui demandait pour son enfant. Vous vous êtes dit

certainement que notre grand poète avait dépassé la mesure, que ce n'était pas possible, que c'était une fiction ?

Eh ! bien, je vais vous montrer que cette fiction peut être égalée, sinon dépassée, par la réalité.

Il y a quelque temps, — je ne puis préciser, le fait s'étant passé publiquement, — une femme vient dans mon service, très malade. Elle arrive, sachant qu'une opération est nécessaire, qu'il faut l'endormir et qu'elle peut mourir.

Alors, avant de respirer le chloroforme, elle nous dit : Prenez mon porte-monnaie, vous trouverez de l'argent et une adresse ; si je meurs, vous enverrez cet argent à l'adresse, car c'est pour payer le mois de nourrice de mon enfant. Cette femme ne mourut pas et nous raconta son histoire, qui fut vérifiée et reconnue vraie. Cette histoire la voici :

Jeune fille de magasin, elle vint accoucher à la Maternité. Elle était abandonnée, naturellement. Huit jours après son accouchement, elle sort de la Maternité. N'ayant aucune ressource et ne voulant pas abandonner son enfant, elle va frapper à quelques portes amies, ou qu'elle croyait telles ; partout on lui refuse ce qu'elle demandait, c'est-à-dire l'argent nécessaire pour payer le premier mois de nourrice. A la fin de la journée, savez-vous ce qu'elle fit ? — Elle fit ce que fit Fantine !

Une pourvoyeuse lui offrit le premier mois. Elle accepta le marché de cette façon et put payer la nourrice.

Ah ! je laisse à d'autres le soin de chercher ici où finit le sublime et où commence l'infamie ; je me contente de constater que, pour rester mère, pour ne pas abandonner son enfant, pour éviter le *tour*, cette femme n'a reculé, ni devant la fange, ni devant l'ignominie ! Et vous, mères, qui êtes ici, si l'on vous disait : Il faut abandonner votre enfant, ou l'un de vos enfants, vous ne le verrez plus, vous ne saurez ce qu'il deviendra, que répondriez-vous ? Je le sais — du plus profond de vos entrailles monterait ce cri : J'aime mieux qu'il meure !

Comment des hommes, bons, généreux, et je sais qu'il y en a beaucoup parmi ceux qui préconisent le rétablissement des

tours, n'ont-ils pas songé à cette chose abominable, contre nature : une mère abandonnant son enfant ?

Je sais bien que plusieurs n'ont en vue que les femmes qui seront heureuses de mettre ou de faire porter leur enfant au tour pour sauver leur honneur ! mais, celles-là sont l'exception, heureusement. Il faut bien qu'on le sache, la plupart des femmes abandonnées n'ont pas peur de la maternité, elles ne demandent que ce qui est nécessaire pour élever leur enfant. Aussi, ai-je été heureux de lire dans le beau discours prononcé dernièrement à l'Académie par un homme qui a passé sa vie à faire le bien et qui est cependant partisan du rétablissement des tours, M. Marjolin, une phrase qui commence ainsi : « Oui, le tour est une des institutions les plus tristes de la société. » Les tours, jugés de cette façon, par M. Marjolin, cela nous suffit, ils sont condamnés. Et comment ne le seraient-ils pas ?

Admettons qu'ils soient rétablis et que les enfants y soient portés en foule, comme cela ne manquerait pas d'arriver. Que vont devenir ces enfants ? Vous les donnez à l'Assistance publique ; c'est bien, mais est-ce que cette Administration — que M. le Directeur général me pardonne — peut remplacer la mère ? Par qui peuvent et doivent être élevés les enfants ? Par les femmes en général et par leur mère en particulier. Et la preuve est dans ce fait que, dès que l'Assistance publique a des enfants abandonnés, elle cherche d'autres mères pour les leur confier. Et alors, on arrive à créer une industrie qui est en elle-même monstrueuse.

Vous placez ces enfants chez des femmes en qui vous éveillez l'amour du gain aux dépens de l'amour maternel. Leur enfant à elles va être frustré, de par vous, et je vous dénie ce droit. Mais je m'arrête, ne voulant froisser personne, je me contente de dire qu'il m'est impossible, à moi, de considérer comme une chose normale, comme une chose morale, l'élevage des enfants descendu au niveau d'une industrie ; or, les nourrices mercenaires ne font guère autre chose. Par conséquent, si vous voulez faire quelque chose de bien, de grand, qui ne puisse qu'aider et non

entraver l'accroissement de notre population, donnez à toutes les femmes qui le désirent le moyen et le droit d'être mères.

Je sais que toutes ne pourront pas allaiter leur enfant; mais j'espère qu'on fera pour elles ce qu'on a fait pour les femmes accouchées et ce qu'on va faire bientôt pour les femmes enceintes. Je sais que M. Tarnier se propose de réaliser, à bref délai, le projet qu'il a proposé à l'Académie, il y a quelques années déjà, et qui consiste à instituer un établissement modèle où serait étudié l'allaitement artificiel, établissement qui indiquerait ce qu'on doit faire quand on est obligé de recourir à ce moyen.

Mais, je ne veux pas prolonger cette conférence indéfiniment.

De ce que je vous ai exposé, il résulte qu'aujourd'hui, si la femme, ayant fait preuve de fécondité, est secourue lors de son accouchement, elle n'a ni protection, ni secours pendant sa grossesse, quand elle est abandonnée.

Chose invraisemblable, mais vraie cependant, la société n'a pas songé encore à combler cette lacune.

Aussi la Fondatrice de la Société l'Allaitement maternel — Société qui a secouru depuis sa fondation cinquante-sept mille mères, — cette Femme, qui, pour l'œuvre dont je viens de parler et pour bien d'autres aussi, n'a ménagé ni sa fortune, ni sa santé, cette Femme, dont je ne dirai jamais assez de bien pour ceux qui la connaissent, cette grande bienfaitrice, que je ne veux pas faire souffrir plus longtemps, en parlant d'elle, a voulu faire plus encore.

Connaissant la lacune que je viens de vous signaler, elle a résolu de commencer à la combler. « Fondons, a-t-elle dit, un établissement où les femmes enceintes abandonnées seront recueillies et soignées. Ce premier sera suivi d'autres, car il n'est pas possible que cet état de choses persiste plus longtemps. » Alors, avec cet ardent amour du bien qui la caractérise, avec cette foi qui ne connaît pas d'obstacles, elle s'est mise à la tâche.

Elle a demandé au Comité de la Société de l'Allaitement maternel d'adopter cette nouvelle œuvre, et a enlevé le vote de ce Comité; j'en remercie ici son président.

Elle s'est adressée au Conseil municipal, sachant que, quand il y a une bonne action à faire, on ne frappe jamais en vain à sa porte, n'ignorant pas que depuis quelque temps déjà le Conseil s'efforce d'entrer dans la voie qu'elle s'est tracée ; elle rencontre une Commission favorable et dans l'un des membres du Conseil un appui aussi éclairé que puissant. Personne n'ignore, en effet, que M. Strauss s'occupe, depuis des années, des questions d'assistance avec une sollicitude particulière ; et il suffirait, pour en être convaincu, de lire le beau rapport qu'il présenta l'année dernière, au Conseil général de la Seine, sur le budget des enfants assistés.

Elle obtint de la municipalité de Paris la concession d'un terrain, je ne puis pas dire la location, et de plus, une subvention.

Elle s'adressa à M. Tarnier qui accepta la Présidence d'honneur de l'œuvre, c'est assez dire qu'il lui donnait son appui.

Elle a su donner des collaborateurs profondément dévoués à sa cause et parmi eux je dois citer en première ligne le docteur Barbézieux, qui ne ménage rien de ce qu'il possède pour la réussite de l'œuvre.

Elle a même trouvé, chose rare, — et j'en demande pardon à mon éminent ami, M. Émile Trélat — deux architectes de grand talent, MM. Bapaume et Maurice Yvon, qui ont bien voulu faire le plan du nouvel établissement, et qui, en le dressant, se sont beaucoup plus occupés des femmes enceintes que des pierres de taille, c'est-à-dire qu'ils ont tout sacrifié à l'hygiène et à l'économie.

C'est ce plan qu'on est en train d'exécuter, 203, avenue du Maine, sur le terrain concédé par la Ville et où bientôt, si l'argent ne nous fait pas défaut, quarante femmes enceintes pourront être recueillies et soignées.

C'est pour nous aider à réaliser le rêve de Madame Léon Béquet (née de Vienne), que nous vous avons convoqués à cette réunion, et je suis sûr à l'avance que vous nous aiderez.

D'ailleurs, en vous voyant si nombreux, je suis plein de confiance ; votre présence ici est déjà une preuve de sympathie pour l'œuvre. Vous nous donnerez par patriotisme, car vous

savez combien la maternité doit être protégée, étant donné le minime accroissement de notre population, et vous n'ignorez pas — bien que je ne veuille pas entrer dans cet ordre de questions — que les femmes qui ont le plus d'enfants sont celles qui ont le plus besoin d'assistance. — Vous savez que mon collègue et ami, le professeur C. Richet, vient de démontrer mathématiquement qu'une femme de Montmartre est quatre fois plus féconde qu'une femme des Champs-Élysées.

Vous nous donnerez donc par patriotisme; vous nous donnerez aussi, mus par le désir de faire le bien, de faire disparaître une classe de malheureux, j'allais dire de victimes, et aussi pour ne plus être exposés, comme vous l'êtes encore ce soir, à rencontrer une de ces infortunées se dirigeant, en rasant les murs, vers l'asile de nuit de la rue Saint-Jacques.

Vous ferez plus encore, ou du moins laissez-moi caresser cet espoir. J'espère que, touchés par l'exposé que je viens de vous faire de la situation de tant de malheureuses, souffrant comme nous de leurs souffrances, vous allez devenir des apôtres.

J'espère que, grâce à vous, un courant puissant d'opinion va s'établir et que, l'initiative privée s'unissant au bon vouloir des assemblées communales, départementales, gouvernementales, il en résultera une communauté d'action si efficace que, dans quelque temps, les deux pavillons du Refuge-Ouvroir auront prospéré, multiplié et qu'on en rencontrera, à Paris, dans chaque quartier; en province, dans chaque chef-lieu de département.

Oui, j'espère que la fin de ce siècle verra se réaliser ce magnifique projet qui avait été décrété il y aura bientôt cent ans — le 28 juin 1793, — et cela, grâce à vos efforts et à cette cohésion de forces qui ne veulent que le bien, comme le disait M. le Président en ouvrant la séance.

Et alors il nous sera permis de dire : *Sur cette chère terre de France, toute femme, aujourd'hui, peut être mère.*

DE LA PUÉRICULTURE INTRA-UTÉRINE (1)

I

MESSIEURS,

Vous n'ignorez pas certainement qu'à l'heure actuelle, à Paris, les femmes enceintes privées d'aide et de protection, les femmes enceintes abandonnées, peuvent être admises, quelle que soit leur situation sociale, quelle que soit leur nationalité, dans des établissements spéciaux dits : Refuges ou Asiles des femmes enceintes.

Le premier établissement de ce genre, dû à l'initiative de Mme Béquet de Vienne, est connu sous le nom de Refuge de l'avenue du Maine, et fonctionne depuis 1892. Quelque temps après, la Ville de Paris ouvrait l'asile Michelet, rue de Tolbiac; et je ne doute pas qu'avant longtemps l'œuvre ne soit parachevée, par la multiplication et l'agrandissement de ces établissements. Chose désirable à tous égards et rendue plus urgente encore, si c'est possible, par la connaissance des résultats déjà obtenus.

Je ne veux point insister aujourd'hui sur les immenses services rendus à ces pauvres femmes par la création de cette belle et nouvelle assistance, qui non seulement donne à ces déshéritées le logement et la nourriture, leur apporte la consolation et la quiétude, mais encore leur assure les soins spéciaux que réclame leur état de grossesse. — Soins spéciaux qui font disparaître la plupart des terribles accidents observés auparavant chez ces

(1) Communication faite à l'*Académie de médecine*, séance du 26 novembre 1895. *Annales de Gynécologie*, décembre 1895.

abandonnées. — Je viendrai un jour vous démontrer, chiffres en mains, les cas dans lesquels, en faisant disparaître en particulier l'éclampsie et les mauvaises présentations, on a empêché les femmes de mourir et on a permis aux enfants de naître, et je vous donnerai le nombre de ces vies humaines économisées.

Je désire simplement, aujourd'hui, m'occuper du *produit* de ces femmes, c'est-à-dire vous exposer les résultats obtenus dans ces conditions chez les enfants de ces femmes. Résultats prévus — dira-t-on peut-être — je ne dis pas non, mais qui n'en sont pas moins importants à constater.

Presque toutes les femmes recueillies et soignées au Refuge de l'avenue du Maine viennent accoucher dans mon service, à la Clinique Baudelocque. Or, nous n'avons pas tardé à reconnaître que la plupart des enfants de ces femmes étaient remarquables par leur développement. Et chaque fois que dans ma visite, je m'arrêtais près d'un berceau pour faire constater combien l'enfant qui y reposait était beau, presque toujours quand je demandais l'origine, on me répondait : c'est un enfant du refuge ou c'est un enfant du dortoir. Ce qui voulait dire : c'est un enfant dont la mère a été soignée et recueillie soit au refuge, soit au dortoir de la Clinique.

Le résultat de cette observation, superficielle je le veux bien, mais constamment répétée, a déjà été consigné dans un des éloquents rapports faits chaque année sur le Refuge de l'avenue du Maine, par un de nos plus éminents et aimés collègues, qu'on retrouve toujours à la tête des bonnes œuvres : j'ai nommé M. Cadet de Gassicourt. Mais, dire qu'un enfant du refuge est beau, qu'il est vigoureux, cela est bien, mais cela m'a semblé insuffisant, et j'ai cherché, par une observation plus attentive, à déterminer la véritable signification de ces termes. Ce sont les résultats de ces recherches que je vous apporte, les voici :

J'ai comparé les enfants des femmes venant accoucher dans mon service directement, c'est-à-dire ayant pour la plupart continué à travailler pendant toute la durée de leur grossesse, — la première contraction douloureuse faisant cesser leurs

occupations, — avec les enfants des femmes reposées et soignées soit aux refuges, soit au dortoir. Cette comparaison n'est pas facile à établir, et si les éléments de chaque terme présentent le même degré d'analogie, ils ne présentent pas toujours le même degré de similitude. C'est ainsi que, parmi les femmes qui viennent directement de chez elles, pour accoucher dans les services d'accouchements, il en est un certain nombre qui se trouvaient dans des conditions hygiéniques convenables, parmi beaucoup d'autres se trouvant en état de surmenage.

De même, l'influence du repos et de l'hygiène chez les femmes du dortoir et du refuge doit nécessairement varier et être en rapport direct avec la durée du séjour, et ce séjour est loin d'être le même pour toutes les femmes.

De là, la difficulté de réunir dans chaque catégorie devant être opposée, des éléments absolument semblables.

Quoi qu'il en soit, j'ai pu, en éliminant les cas considérés comme pathologiques, comparer le poids des enfants chez 500 femmes reposées et soignées, soit au refuge (1), soit au dortoir, et le poids des enfants chez 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement, et voici ce que j'ai trouvé :

500 femmes, ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement, ont donné :

Poids d'enfants : 1,505,000 grammes ; par enfant, 3,010 grammes.

500 femmes, ayant séjourné au moins dix jours au refuge, ont donné :

Poids d'enfants : 1,645,000 grammes ; par enfant, 3,290 grammes (140,000 grammes en plus).

500 femmes, ayant séjourné au dortoir de la Clinique Baudelocque, ont donné :

Poids d'enfants : 1,683,000 grammes ; par enfant, 3,366 grammes (178,000 grammes en plus).

Je ne puis mieux faire que de comparer ces chiffres avec ceux constatés par M. Tarnier.

M. Tarnier a recherché le poids moyen des enfants des femmes

(1) Les 1,500 fiches du refuge de l'avenue du Maine ont été rédigées par le Dr Barbezieux, médecin du refuge, qui a bien voulu me les communiquer ; je ne saurais trop l'en remercier.

accouchées à la Maternité, pendant une période de seize ans, et nous lui devons les données ci-dessous :

Poids moyen de 3,794 garçons issus de primipares : 3,146 grammes.

Poids moyen de 3,159 filles issues de primipares : 3,101 grammes.

Poids moyen de 4,025 filles issues de multipares : 3,120 grammes.

Poids moyen de 4,623 garçons issus de multipares : 3,372 grammes.

Ces résultats nous donnent l'explication du chiffre plus élevé obtenu chez les enfants des femmes du dortoir que chez les enfants des femmes du refuge.

Nous voyons, en effet, l'influence de la multiparité. Or, chez les femmes du refuge, la proportion des primipares est bien plus considérable :

69 primipares pour 31 multipares.

Tandis qu'au dortoir la proportion est de :

45 primipares pour 55 multipares.

Ce n'est donc pas la différence de soins, mais la différence de population qui est cause de la différence des poids.

Si la statistique de M. Tarnier donne comme moyenne d'ensemble un chiffre un peu plus élevé que le mien, cela tient probablement à ce que, parmi toutes les femmes accouchées à la Maternité, il s'en trouvait un certain nombre ayant séjourné un temps plus ou moins long au dortoir de la Maternité.

Je ne me suis pas contenté de rechercher et de comparer les poids des enfants chez les femmes soignées et chez celles qui ne l'ont pas été, mais encore, j'ai essayé de comparer la durée de la grossesse chez les unes et chez les autres.

Ce point-là est particulièrement délicat et difficile.

En effet, comment évaluer la durée de la gestation dans l'espèce humaine ?

Je n'ai trouvé qu'un moyen pouvant renseigner sur ce point, moyen qui consiste à évaluer le laps de temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement. Ces deux points de

repère bien établis, et les causes d'erreur étant les mêmes chez les unes et chez les autres, une comparaison significative peut s'ensuivre.

Et le dépouillement des observations, fait à ce point de vue, m'a donné la proportion ci-dessous :

Chez 1,000 femmes, ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

	de 280 jours et plus	482 fois.
	de 270 — à 280	279 —
au-dessous	de 270 —	239 —

Chez 1,000 femmes, ayant séjourné au refuge ou au dortoir, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

	de 280 jours et plus	660 fois.
	de 270 — à 280	214 —
au-dessous	de 270 —	126 —

Je n'insisterai pas sur l'éloquence de ces chiffres. Nous savons maintenant ce qu'il faut faire pour que la période d'incubation ne soit pas troublée et pour que le développement de l'enfant soit aussi parfait et aussi complet que possible.

Naître prématurément n'est point une chose indifférente ; et s'il est bon pour tout citoyen de posséder un casier judiciaire vide, il n'est pas moins utile de posséder, pour bien agir dans la vie, un casier utérin vierge de tout accident.

Ces données nous montrent à tous ce que nous avons à faire, si nous voulons une population forte et vigoureuse, et si nous applaudissons aux efforts faits pour secourir les faibles et les malades, il me semble que votre reconnaissance ne doit pas être épargnée à ceux qui ont trouvé et créé le moyen d'empêcher les mères de souffrir et de faire naître d'aussi vigoureux enfants.

II [1]

Dans une note parue en 1895, j'essayais de montrer l'influence du repos chez la mère, pendant la grossesse, sur le développement de l'enfant. Pour cela, je donnais le poids moyen de 500 enfants nés de mères ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement et le poids moyen de 500 enfants nés de mères reposées et soignées pendant la fin de leur grossesse (dix jours au moins), et je faisais observer la différence considérable en plus observée chez ces derniers (2).

Mon interprétation de ces faits fut contestée, et l'on m'objecta, sans preuves à l'appui il est vrai, que le repos de la mère pendant la grossesse n'avait que peu ou pas d'influence sur le développement de l'enfant et que le poids des nouveau-nés dépendait surtout de la taille des parents.

J'apporte, aujourd'hui, d'autres constatations pouvant servir à élucider cette question qui me semble avoir une importance considérable.

Je ne veux envisager ici qu'un des nombreux facteurs ayant une influence sur le développement du produit de conception. Je laisserai volontairement de côté tout ce qui est relatif aux questions de *semence* et de *terrain*, avant la conception, ou au moment où elle se produit (3). Je n'étudierai pas davantage l'influence des maladies de l'organisme maternel pendant la gros-

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, août 1898.

(2) In *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 26 novembre 1895, et in *Revue d'hygiène*.

(3) Je traiterai ce point ultérieurement, car il est nécessaire, à mon avis, de diviser l'histoire de la puériculture en trois chapitres : 1° puériculture avant la fécondation (semence et terrain) ; 2° puériculture pendant la grossesse ; 3° puériculture après la naissance.

sesse, ni celle des rapports pathologiques des éléments de l'œuf humain sur le développement du fœtus.

Toutes choses égales d'ailleurs, je veux simplement démontrer que *la grossesse a d'autant plus de chance d'évoluer normalement, et le fœtus de se développer d'une façon plus naturelle et plus complète, que la femme se trouve placée pendant la gestation dans des conditions particulières.* Et d'autre part, que *toute femme enceinte surmenée est exposée à accoucher avant terme.*

Je sais que des dispositions particulières de l'œuf peuvent atténuer ou augmenter ce danger; mais je ne puis étudier toutes ces questions aujourd'hui. En résumé, je ne cherche à établir dans cette note qu'un seul point: L'influence de la manière d'être de la femme, pendant la grossesse, sur le développement du fœtus.

M. le Dr François-Charles Bachimont (1), d'après mon conseil, a recherché quel est le poids moyen des enfants chez les femmes :

1° Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse;

2° Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse dans la station debout ;

3° Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse dans la station assise ;

4° Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse, assises, mais en faisant mouvoir les jambes ;

5° Ayant eu une période de repos pendant deux ou trois mois ;

6° Ayant eu une période de repos dépassant trois mois.

Ces documents ont été recueillis, soit à la Clinique Baudelocque, soit à la maternité de Tourcoing.

Les tableaux ci-dessous donnent le résumé de ces recherches.

(1) *Documents pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine.* Paris, G. Steinheil, 1898.

NOMBRES	PRIMIPARES	AGE MOYEN	POIDS MOYENS
391	Primipares ayant travaillé debout jusqu'à l'accouchement	25,67	2k.931
144	Primipares, ouvrières de filature, ayant travaillé debout jusqu'à l'accouchement	20,53	2k.988
54	Primipares, ménagères, couturières de la Maternité de Tourcoing	21,58	3k.030
219	Primipares ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	22,54	3k.097
22	Primipares, machinistes, ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	24,59	2k.950
298	Primipares s'étant reposées de deux à trois mois	22,58	3k.291
199	Primipares s'étant reposées plus de trois mois	22,70	3k.255
197	Primipares s'étant reposées	22,63	3k.255

NOMBRES	MULTIPARES	AGE MOYEN	POIDS MOYENS
523	Multipares ayant travaillé debout jusqu'à l'accouchement	28,83	2k.116
80	Ouvrières de filature ayant travaillé jusqu'à l'accouchement	25,34	3k.114
70	Multipares, ménagères, couturières de la Maternité de Tourcoing,	27,32	2k.323
388	Multipares ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	29,67	3k.303
55	Mécaniciennes ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	28,80	3k.201
301	Multipares s'étant reposées de un à trois mois	27,43	3k.457
234	Multipares s'étant reposées plus de trois mois	26,90	3k.457
531	Multipares s'étant reposées	27,17	3k.457

Ce tableau récapitulatif, qui porte sur 4,455 observations, démontre, il me semble, avec une rigueur mathématique, l'influence du repos ou de la fatigue, pendant la grossesse, sur le poids du produit de conception, puisqu'il fait voir que *le poids de l'enfant d'une femme qui s'est reposée deux à trois mois*

est supérieur, d'au moins 300 grammes, à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement.

Pouvons-nous, maintenant, expliquer le pourquoi de cette différence, pourquoi les enfants sont plus développés chez les reposées et plus petits chez les surmenées ?

L'explication me paraît très simple : les enfants des reposées sont plus développés, parce que chez elles la grossesse a eu une durée normale, tandis que les enfants des surmenées sont moins développés, parce que la durée de la grossesse a été interrompue. En un mot, la période d'incubation est normale chez les premières, elle est incomplète chez les secondes.

Mais, me dira-t-on, pourquoi la grossesse a-t-elle eu une durée normale chez les unes alors qu'elle est interrompue chez les autres ?

Je réponds : parce que l'utérus gravide doit surtout se développer dans la cavité abdominale, et que toute cause qui tend à le faire pénétrer dans l'excavation, dans les derniers mois de la grossesse, expose le fœtus à une expulsion prématurée. Or la fatigue, la station debout ne peuvent que faire descendre l'utérus.

Depuis longtemps cette chose a été dite : la fécondation est pelvienne, la grossesse est abdominale. Je vais essayer de prouver la véracité de cette assertion, en démontrant que chez les femmes qui ont un bassin vicié, et chez qui, par conséquent, l'utérus reste fatalement dans la cavité abdominale, la durée de la grossesse est plus souvent normale que chez les femmes qui ont un bassin bien conformé.

Ce point a été déjà étudié par le Dr F. La Torre (1). Réfutant l'opinion de Fasola, cet auteur démontre, en s'appuyant sur la statistique de Rigaud et sur la sienne, que l'accouchement prématuré est moins fréquent dans les bassins mal conformés que dans les bassins normaux, et il est évident, dit-il, « que le bassin rétréci, loin de favoriser l'expulsion prématurée de l'œuf, sem-

(1) F. La Torre. *Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié*, 1887.

blerait éloigner au contraire plusieurs facteurs pathogéniques ».

Et il ajoute plus loin : « Le poids moyen des fœtus à terme conçus dans les bassins rétrécis doit, non seulement être considéré comme égal à celui des fœtus à terme conçus dans les bassins normaux, *mais assez souvent il est supérieur*. »

Et après avoir fait ces constatations, il formule les conclusions suivantes :

1° « Les sténoses pelviennes, sous quelque point de vue qu'on les envisage, n'accusent aucune influence sur la durée de la gestation.

« Il semblerait au contraire qu'elles éloignent certaines conditions favorables à l'expulsion prématurée de l'œuf.

2° « L'accouchement avant terme spontané est en général plus fréquent chez les sujets bien conformés que chez ceux atteints de malformation pelvienne ;...

3° « Le produit de la conception acquiert le même développement en poids et en volume dans les bassins viciés et dans les bassins bien conformés. »

La Torre a entrevu une partie de la vérité, mais non la vérité entière.

Il faut dire : *Le poids moyen des enfants conçus dans les bassins rétrécis est supérieur à celui des fœtus conçus dans les bassins normaux*.

La preuve de cette assertion se trouve dans le tableau ci-dessous qui contient le poids des enfants de cent femmes ayant un bassin assez vicié pour avoir nécessité la symphyséotomie.

On peut dire, après l'avoir examiné, que chez ces cent femmes symphyséotomisées, le poids moyen des enfants est de 3,350, à une fraction infinitésimale près.

Ce poids est supérieur au poids moyen, je n'ai pas à le rappeler ici.

Poids des enfants de cent femmes symphyséotomisées (1).

1... 3.350	26... 3.220	51... 1.900	76... 3.110
2... 4.630	27... 3.820	52... 3.770	77... 3.580
3... 2.730	28... 2.830	53... 3.030	78... 3.210
4... 3.110	29... 3.570	54... 3.615	79... 3.650
5... 3.300	30... 3.080	55... 2.480	80... 3.250
6... 4.000	31... 3.400	56... 3.850	81... 3.500
7... 3.200	32... 3.590	57... 2.950	82... 4.070
8... 3.220	33... 3.380	58... 3.020	83... 3.380
9... 3.750	34... 2.920	59... 3.200	84... 3.480
10... 3.650	35... 3.660	60... 3.160	85... 3.000
11... 3.300	36... 2.870	61... 4.960	86... 3.250
12... 3.180	37... 3.320	62... 3.440	87... 3.825
13... 2.800	38... 2.950	63... 3.980	88... 4.750
14... 3.390	39... 3.340	64... 3.120	89... 4.370
15... 2.950	40... 2.810	65... 3.400	90... 3.060
16... 3.900	41... 3.580	66... 3.720	91... 4.180
17... 3.730	42... 3.590	67... 3.070	92... 3.400
18... 3.700	43... 2.590	68... 3.680	93... 3.710
19... 1.700	44... 3.120	69... 3.480	94... 3.060
20... 3.260	45... 3.170	70... 3.960	95... 3.020
21... 3.770	46... 2.230	71... 2.945	96... 2.400
22... 3.730	47... 2.310	72... 3.200	97... 3.620
23... 2.520	48... 3.070	73... 3.500	98... 4.050
24... 3.170	49... 3.260	74... 4.450	99... 5.200
25... 3.020	50... 3.660	75... 2.940	100... 3.050

Poids moyen : **3.349.95.**

Il me semble qu'on ne peut guère m'objecter l'influence de la taille de la mère, car presque toutes ces femmes ont une taille au-dessous de la moyenne et quelques-unes sont de véritables naines. Et si quelques-unes de ces femmes se sont reposées pendant leur grossesse, il en est beaucoup qui ont travaillé jusqu'au moment de l'accouchement.

Donc, je pense qu'il est difficile de posséder une preuve plus démonstrative de la nécessité pour l'utérus de rester dans

(1) Cette statistique comprend 93 femmes symphyséotomisées à la Clinique Baudelocque, et sept femmes symphyséotomisées par le Dr Lepage dans son service.

la cavité abdominale pendant toute la grossesse, pour que la durée de cette dernière soit normale.

Ainsi se trouve expliquée l'influence du repos ou du surmenage, pendant la grossesse, sur le développement du produit de conception.

Nous savons enfin quelles sont, dans bien des cas, les conditions qui peuvent faire naître un enfant à terme ou prématurément. Est-il nécessaire d'insister pour montrer combien cette connaissance est importante ? Est-il indifférent pour un enfant de naître à terme ou prématurément ?

Avec les progrès réalisés depuis quelques années dans l'hygiène de la première enfance, l'on a pu croire un moment qu'il serait indifférent pour un enfant de naître, prématurément ou tempestivement, à terme ou avant terme. Certains accoucheurs ont même conçu l'espoir de faire reculer, au delà du sixième mois, l'époque de la viabilité des fœtus en employant la couveuse, le gavage, l'oxygène, etc., etc.

Les faits n'ont pas tardé à démontrer combien cette idée est fausse, combien cet espoir est vain. Ils ont démontré et ils démontrent chaque jour que plus le fœtus est expulsé prématurément, plus il est exposé à l'infirmité, à la maladie, à la mort.

« Sachant, dit le Dr Bachimont, que des sacrifices considérables avaient été consentis pour installer à la Maternité, un établissement consacré aux prématurés ou débiles, sachant que là rien ne manque à ces petits êtres : installation confortable, air pur oxygéné, alimentation convenable, direction scientifique éclairée, etc., etc., nous avons demandé à M. le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique, M. Peyron, l'autorisation de publier la statistique administrative de cet établissement, c'est-à-dire de compléter ce qu'a commencé, dans un travail des plus remarquables à tous égards, Mme Henry, la sage-femme en chef de la Maternité, la première fondatrice, du reste, de cette institution.

Voici ces résultats.

Mouvement de la population des enfants débiles depuis l'ouverture du service jusqu'au 31 décembre 1897.

	DU 20 JUILLET AU 31 DÉCEMBRE 1893	1894	1895	1896	1897
Existant le 1er juin....	»	44	50	12	37
Entrées dans le courant de.....	211	519	395	345	354
Totaux des excédents et des décès.....	211	563	445	377	391
Sorties.....	80	261	175	99	74
Décédés.....	87	252	258	241	292
Totaux des sorties et des décès.....	167	513	433	340	366
Restant le 31 décembre.	44	50	12	37	25
Nombre de journées de traitement.....	4.969	13.261	13.007	12.216	12.303
Moyenne par enfant (séjour).....	23.5	23.5	29.3	32.6	34.1
Décès pour cent.....	41.23	44.75	59.97	61.2	70.4

Et dans quel état se trouvaient la plupart de ceux qui n'ont pas succombé ? On peut le résumer en disant : ils sont sortis non morts.

Ces résultats lamentables, enregistrés dans les meilleures conditions, ne montrent-ils pas que cette voie n'est pas la bonne et qu'il faut en chercher une autre.

Ce qu'il faut, c'est empêcher les enfants de naître prématurément, et on le peut dans bien des cas.

Aussi, ne saurions-nous trop applaudir et soutenir la conclusion de la thèse du Dr Bachimont :

« Au point de vue de l'humanité, au point de vue de l'augmentation de la population, au point de vue de l'évolution de la race française, il est nécessaire, il est urgent que les pouvoirs publics interviennent pour protéger la femme enceinte, pendant les trois derniers mois de sa grossesse, et le fœtus pendant les trois derniers mois de sa vie intra-utérine. »

III [1]

Tout ce qui touche à la puériculture m'intéresse passionnément. Or M. J. Bertillon a fait, à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, une communication intitulée : la Puériculture à bon marché (2).

Je dois déclarer immédiatement, que si ce travail avait été communiqué par un inconnu, j'aurais pensé tout simplement que cet inconnu était un homme aussi animé de bons sentiments qu'étranger aux choses dont il parlait, et je m'en serais tenu là. Mais il n'en est point ainsi ; ce mémoire est signé M. Jacques Bertillon, nom qui porte en soi un caractère sérieux, que soutiennent bien les travaux antérieurs du chef des travaux statistiques de la ville de Paris, et qui, par cela même, donne de l'autorité à tout ce qui s'abrite sous lui. De plus, M. Jacques Bertillon ne parle généralement que de choses qu'il connaît. Dans ces conditions, je n'ai pas cru devoir m'abstenir, et je vais essayer de lui démontrer que les principes sur lesquels il s'appuie, que les moyens qu'il préconise pour élever très bien les enfants *sans dépenser beaucoup d'argent* sont, à mon avis du moins, la négation de toute puériculture bien comprise et aboutiraient à des résultats absolument contraires à ceux qu'il recherche.

M. Bertillon pose d'abord ces prémisses :

« Pour arriver à un minimum de dépense, il faut fabriquer en grand, c'est une nécessité industrielle ; il en est de même en puériculture. Pour élever les enfants à bon marché, il faut en élever beaucoup à la fois. »

Cette idée de réunir un grand nombre d'enfants, émise par un

(1) Voir *Revue scientifique*, t. VIII, 4e série, n° 5.

(2) *La puériculture à bon marché*, par M. J. BERTILLON, chef des travaux statistiques de la ville de Paris. Mémoire communiqué à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, dans la séance du 31 mars 1897, et publié dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° d'avril, p. 311.

membre d'une société d'hygiène, fera de suite, j'en suis convaincu, sursauter tous les hygiénistes et tous ceux qui passent leur temps à chercher les mesures à prendre pour lutter contre les dangers, contre les méfaits de l'agglomération des êtres sains ou malades. M. Bertillon ne nie pas ce danger, je le reconnais, puisqu'il dit : «Une collection d'enfants est assez comparable à une poudrière ; il suffit d'une seule étincelle, je veux dire d'un seul germe nuisible, pour mettre le feu aux poudres. » Pour éviter ce danger, voici la nouveauté proposée par notre confrère : réunir les enfants, en les isolant et en les désinfectant. Faire, en un mot, pour les enfants, ce que M. Tarnier a essayé de faire autrefois pour les parturientes. Ce paradoxe apparent se comprend en allant au fond des choses. C'est la masse des enfants qui, dans cette vue de l'esprit, sera isolée du monde en général et des infiniment petits en particulier.

De là, une série de moyens à prendre tels que : établissement comportant au moins deux lazarets, une étuve à vapeur constamment sous pression, puis une grande *nursery* n'ayant qu'une porte, porte franchie seulement par des personnes et des objets désinfectés, c'est-à-dire sortant du bain ou de l'étuve, infirmières cloîtrées, etc.

Je ne veux pas rechercher ici, comment s'opérerait le recrutement d'*infirmières cloîtrées et de parents consentants à ne communiquer avec leurs enfants qu'à travers une glace*. J'admets que ce recrutement puisse se faire. Mais M. Bertillon a-t-il réfléchi au personnel qui sera nécessaire pour laver, baigner, désinfecter et soigner les objets et les enfants ? A-t-il pensé au nombre des personnes indispensables au bon fonctionnement d'un tel service ? Je soupçonne que ce point a été négligé par lui ; ce soupçon se change en certitude, quand je lui vois rapprocher ces trois mots : isolement, désinfection, bon marché. En théorie, ces trois mots ou ces trois principes peuvent être solidaires ; ils ne le sont pas en pratique, loin de là ; ils se repoussent quand il s'agit, bien entendu, de l'isolement d'une agglomération d'individus.

Quel est l'établissement qui, à l'heure actuelle, se rapproche le plus de l'établissement idéal qu'on nous propose? Je n'en vois qu'un, c'est la Pouponnière de Porchefontaine. Eh bien, que coûte un enfant à la Pouponnière? Environ *quinze cents francs par an!* Qu'on ne croie pas que j'exagère. En lisant le rapport si remarquable fait par l'un des plus compétents philanthropes et des plus éclairés, sur le fonctionnement de cet établissement, voici, en plus des chiffres ci-dessus indiqués, l'appréciation qu'on y trouvera:

« La Pouponnière de Porchefontaine est une institution excellente, *mais qui, par le fait de ses dépenses, lesquelles sont la condition même de ses réussites hygiéniques*, n'est pas susceptible de grand développement. Le dévouement et l'intelligence de ses fondatrices, la science et l'expérience de son conseil médical, la générosité de ceux qui lui fournissent ses ressources ont permis de réaliser des miracles au point de vue de l'abaissement de la mortalité; mais, ces merveilles d'hygiène n'ont été obtenues qu'en lui imposant des charges sous lesquelles elle succombera dans un temps plus ou moins éloigné. Ce n'est pour le moment qu'une œuvre individuelle. Que l'une des conditions qui ont assuré son succès disparaisse, lorsque les dames qui la dirigent seront, dans le cours des temps, remplacées par d'autres moins dévouées ou simplement moins favorisées par les circonstances, l'œuvre périclitera. Aux portes de cet asile, les causes de mort sont là, agissantes, toutes prêtes à pénétrer par la moindre fissure. Un instant de négligence, et elles fondront sur leur proie. La pouponnière n'est actuellement qu'une expérience de laboratoire tout à fait réussie, mais, nous le craignons, fragile et précaire (1). » Ce qui se dégage de plus frappant et de capital au point de vue qui nous occupe dans les lignes ci-dessus, est la phrase suivante : « *Dépenses qui sont la condition même des réussites hygiéniques.* » Voilà ce que la pratique révèle partout et toujours, là où l'on veut rassembler des enfants

(1) L. BRUEYRE. Les Pouponnières. V. *Revue d'assistance*, 1897.

en respectant les lois de l'hygiène. Voyez ce qui se passe dans les crèches. Demandez à l'éminent Inspecteur général de l'Assistance publique, M. Napias, lui, le philanthrope, l'économiste, l'hygiéniste par excellence, s'il ne combat pas le grand nombre, et si le respect de l'hygiène dans ces conditions mène à l'économie.

Je n'insisterai pas davantage pour faire comprendre que, dans le projet de puériculture à bon marché proposé par M. J. Bertillon, les mots *bon marché* doivent être rayés. Reste à examiner maintenant la question *puériculture*.

Pour très bien élever les enfants, M. Bertillon dit : « *Les enfants seront tous nourris au lait stérilisé, la nourriture au sein doit être forcément bannie d'un établissement qui vise au bon marché.* »

Ainsi, voici proclamée sans ambage la toute-puissance du lait stérilisé. *Le lait stérilisé peut remplacer, même avec avantage, le lait de la femme ; le lait de la femme est, à l'heure actuelle, une chose négligeable !*

Pour oser proclamer une affirmation aussi grosse de conséquences, sur quoi, sur qui s'appuie M. Bertillon ? Sous quelle autorité de faits ou de noms devons-nous nous incliner ? Je cherche dans la communication et ne trouve pas. M. Bertillon ne cite ni fait ni nom, et se contente d'affirmer qu'il est un partisan convaincu du lait stérilisé, et voilà tout. Eh bien, ce qu'il ne fait pas, nous allons le faire et exposer la valeur du lait stérilisé, telle que nous avons pu l'apprécier en l'étudiant et en l'expérimentant depuis dix ans dans une grande Maternité : soit à la Maternité de Lariboisière, soit à la Clinique Baudelocque.

L'emploi du lait stérilisé fut conseillé probablement pour la première fois, en France, par le professeur Alphonse Herrgott, de Nancy (1). Après l'avoir expérimenté, je l'ai introduit officiellement à la Maternité de Lariboisière que je dirigeais alors, en 1888, et je l'ai toujours employé depuis cette époque. Mon

(1) *Revue médicale de l'Est*, 1893, p. 145.

maître, le professeur Tarnier, l'a étudié plus que tout autre à la Maternité. Et à mon tour, je viens avec lui répéter, affirmer, proclamer bien haut que *le lait de la femme, pris au sein, est et sera toujours supérieur à tous les laits stérilisés, maternisés, imaginables, et que le lait stérilisé ne sera jamais pour le nouveau-né qu'un pis-aller. Tout ce qui se passe et qu'on peut observer dans les Maternités le prouve. Il n'est pas une statistique intégrale qui ne vienne confirmer notre affirmation.*

Pour vanter la supériorité du lait stérilisé, on a montré, on a publié des courbes d'accroissement remarquables ; mais ces courbes se rapportent à des observations isolées ; or personne n'ignore que tous les soldats qui vont sur le champ de bataille ne meurent pas. Il en est même qui reviennent de leurs campagnes plus vigoureux ; que dirait-on si l'on montrait ceux-là pour prouver que la guerre fait courir aux soldats moins de dangers que la paix ? L'exhibition de ces courbes isolées a la même valeur pour démontrer la supériorité du lait stérilisé. Qu'on cite donc une Maternité où les enfants nouveau-nés nourris au lait stérilisé ne meurent pas plus et se développent aussi bien que dans les Maternités où les enfants sont allaités au sein. On ne la citera pas, parce qu'elle n'existe pas.

Qu'on prenne cent enfants nouveau-nés allaités au sein par leur mère, et cent enfants nouveau-nés allaités avec le meilleur lait stérilisé, dans les conditions réputées parfaites, et qu'on compare le résultat au bout de six mois. J'affirme qu'il n'y aura aucune comparaison à établir. Les premiers seront plus nombreux et mieux portants.

La raison en est simple. Le sein de la femme fabrique un lait supérieur, pour le nouveau-né, par sa composition, à celui fabriqué par le pis de la vache ; et de plus, il permet à l'enfant de le prendre directement sans aucun intermédiaire. Ce fait du lait qui passe directement de la glande mammaire dans la bouche de l'enfant est capital. Placez entre le mamelon et les lèvres du nouveau-né un simple intermédiaire, une tétine ou téterelle quelconque, et vous verrez les résultats ! Le muguet

apparaîtra souvent, et en tout cas, la courbe d'accroissement s'abaissera de suite et restera inférieure à la normale, tant que durera l'interposition.

Ce n'est donc pas seulement par sa composition, mais encore par le passage direct de la glande mammaire dans la bouche de l'enfant, que l'allaitement au sein est et restera supérieur à tout autre mode d'élevage.

Je ferai remarquer, et j'insiste particulièrement sur ce point, que je n'ai parlé et entendu parler que du nouveau-né. Il ne faut pas confondre, comme on le fait trop souvent, en fait d'élevage, nouveau-né avec enfant. Pour bien me faire comprendre et préciser, je formule ainsi ma pensée : le lait de la femme pris au sein doit être la *seule première nourriture* du nouveau-né.

Cela dit, bien établi, entendu, je me plais à proclamer la supériorité du lait de vache stérilisé sur le lait de vache contaminé.

Quand le lait de vache devient nécessaire à l'alimentation de l'enfant, oui, cent fois oui, le lait de vache stérilisé doit être conseillé et employé. Et pour montrer ma conviction à cet égard, je dirai que, depuis dix ans, je vais passer mes vacances à la campagne au milieu des fermes, et que je me fais précéder de caisses de lait stérilisé pour mes enfants. Ce fut une stupéfaction dans mon pays, quand on me vit préférer le lait en bouteille au lait trait en ma présence, et fourni par des vaches bien portantes. La stupéfaction cessa quand, allant dans les étables, je montrai l'état des mamelles lavées plus ou moins avec la même eau, la coloration des mains des personnes faisant la traite, les cercles plus ou moins ombrés constatés, au début de la traite, au fond du seau, l'état de la passoire ou du linge servant à clarifier le lait, etc., etc. Et aujourd'hui, chez moi, l'emploi du lait stérilisé est vulgarisé en pleine campagne, comme je voudrais qu'il le fût partout et comme j'espère qu'il le sera un jour.

Dans ces conditions, l'emploi du lait stérilisé constitue un

progrès énorme. C'est encore là un des bienfaits, et non des moindres, que nous devons à notre immortel Pasteur.

Convaincu, comme je l'étais, des avantages du lait stérilisé, je ne l'ai pas vanté *urbi et orbi* pour l'élevage des enfants, parce que j'étais certain que la confusion se ferait entre enfant et nouveau-né, et que l'on donnerait à celui-ci ce que l'on proclamait bon pour celui-là. Sachant et déplorant la tendance actuelle à l'alimentation artificielle des nouveau-nés, pénétré de cette idée, à savoir qu'elle doit et peut être tout autre, je m'efforçai simplement de déterminer et d'exposer à mes élèves les conditions dans lesquelles le lait stérilisé constitue véritablement une nourriture supérieure. Mais, ce que je redoutais ne s'est que trop réalisé.

Tous ne pensèrent pas comme moi. Le lait stérilisé fut prôné de telle façon qu'aujourd'hui il est commun d'entendre de futures mères s'exprimer ainsi : « Maintenant qu'on a le lait stérilisé, je n'allaiterai pas mon enfant. » Cette notion fausse, dangereuse au premier chef, a pénétré non seulement la société, mais même le monde médical, à ce point que M. Bertillon nous apporte un *projet d'établissement de puériculture où l'allaitement au sein sera banni !* On montre, on cite les enfants élevés exclusivement au lait stérilisé, et on ne parle pas des autres qui sont morts ! Est-ce qu'on ne montrait *pas autrefois des enfants élevés au biberon ?* Instruit par l'expérience, je crie aujourd'hui aux mères, aux médecins, à tous : prenez garde, *tout enfant nouveau-né nourri exclusivement au lait stérilisé court des dangers* (1), non seulement parce que la composition du lait de vache n'est pas la même que celui de la femme, mais aussi parce que le lait peut ne pas être bien stérilisé, et surtout parce qu'il est extrêmement difficile de faire que le réservoir du lait et le vase ou la tétine, en contact avec la bouche de l'enfant, ne soient pas à un moment donné contaminés. Je me résume en disant : *Le*

(1) Surtout pendant les mois chauds que nous appelons les mauvais mois : juin, juillet, août, septembre et souvent la première moitié du mois d'octobre.

lait de vache stérilisé doit constituer la seconde nourriture de l'enfant. Mais, objectera-t-on, toutes les femmes ne peuvent pas allaiter leur enfant ; mais, me dira M. Bertillon, vous avez raison en principe, en théorie ; mais en pratique, ce que vous préconisez ne se fait pas ! Cela est vrai, mais pourquoi cela ne se fait-il pas ? C'est ce qu'il me reste à examiner.

J'espère qu'aujourd'hui je ne serai contredit par qui que ce soit en posant en principe que *le lait de la femme pris au sein constitue la seule nourriture normale du nouveau-né, la seule qui, par sa composition, soit suffisante et sans danger.* Je dirai même volontiers avec M. Marfan (1) et après bien d'autres : « Toute mère doit allaiter son enfant. Ce qu'il faut au nouveau-né et au nourrisson, c'est le lait de sa propre mère. »

Étudions donc cette source, et voyons comment se fait cette production naturelle, et de quelle façon elle est actuellement utilisée. Depuis vingt-cinq ans, j'étudie ce qui se passe chez les femmes récemment accouchées, et j'affirme que *toutes les femmes accouchées récemment ont du lait.* Je ne saurais trop protester contre cette assertion assez répandue et qui a même été portée à la tribune de l'Académie de médecine, à savoir que certaines femmes n'ont pas de lait après l'accouchement. C'est là une erreur absolue que toute observation sérieuse fera disparaître. La fluxion mammaire se fait à un moment variable, rarement avant les quarante-huit premières heures, plus souvent après ; mais enfin, elle se produit toujours plus ou moins accusée.

Que se passe-t-il ensuite ? Voici ce qu'une expérience de plus de vingt années m'a démontré, et cela, aussi bien dans les classes riches que dans les classes pauvres, comme celles qui viennent dans nos Maternités.

1° Les mères peuvent être, dans la pluralité des cas, des nourrices suffisantes ; et je suis absolument d'accord avec M. Lepage quand il dit : « Quelle que soit sa situation sociale,

(1) MARFAN. *De l'allaitement artificiel.* G. Steinheil, éditeur, 1897.

toute femme qui ne présente pas de tare pathologique est presque toujours une nourrice suffisante (1). »

2° Quelques femmes sont des nourrices insuffisantes. Je m'explique. Il est des femmes chez lesquelles la fluxion mammaire est peu accusée; la production du lait est si peu abondante dans les premiers jours que les tétées sont de 5 grammes et 10 grammes seulement. Il en est qui, à la fin du premier mois, ne donneront encore que des tétées de 20 grammes. Et cependant, parmi ces femmes, il en est, et c'est le plus grand nombre, qui deviennent suffisantes, et qui, au troisième mois, donnent, à l'aide d'un seul sein, 100 et 250 grammes à chaque tétée. *C'est l'action qui fait la fonction.* C'est là un point intéressant et important concernant la physiologie de la glande mammaire et qui est peu connu. Je possède nombre d'observations qui démontrent ce fait. Il ne faut donc pas, comme cela se fait généralement, abandonner l'allaitement, dans les huit ou quinze premiers jours, en disant : Il n'y a pas de lait.

3° Quelques femmes sont et demeurent des nourrices insuffisantes, mais c'est exceptionnel, et en tout cas, elles fournissent quand même une petite quantité de lait.

4° Quelques femmes ont du lait, mais l'enfant ne peut le prendre en raison d'une malformation du mamelon (2).

5° Quelques femmes ont du lait, mais elles sont malades, et on doit leur interdire l'allaitement (3).

En résumé, à part quelques *rares exceptions*, on peut dire que *les femmes qui n'allaitent pas, ou ne le veulent pas, ou ne le peuvent pas par situation sociale.*

Comment remédier à cet état de choses ?

(1) G. LEPAGE, accoucheur des hôpitaux. Note sur l'allaitement des nouveau-nés à terme par leur mère. *Revue d'hygiène*, p. 515, juin 1897. Voir aussi la thèse de Mme DLUSKI. *Contribution à l'étude de l'allaitement maternel*, Paris, 1894 ; et l'article : Sur la façon de diriger l'allaitement maternel, par M. WALLICH. *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1894.

(2) Pour constater combien ces cas sont rares, voir la thèse de Mme DLUSKI. *Contribution à l'étude de l'allaitement maternel*, Paris, 1894.

(3) Il faut savoir que toutes les maladies ne contre-indiquent pas l'allaitement. Voir la thèse de M. GAMULIN. *L'allaitement chez les albuminuriques*, Paris, 1896.

Occupons-nous d'abord des exceptions.

La nourrice insuffisante donnera quand même son lait, quelque minime qu'en soit la quantité ; elle pourra alors compléter par l'usage d'un lait pur et bien stérilisé. C'est *l'allaitement mixte prématuré*. Assurément, ce n'est pas l'idéal ; mais, avec des soins éclairés et le dévouement d'une mère, le résultat peut être favorable.

La femme malformée et la femme malade, devant renoncer à tout espoir d'être nourrices, devront prendre une nourrice ; nous verrons tout à l'heure dans quelles conditions.

Restent les deux grandes catégories : 1° les femmes qui ne veulent pas allaiter ; 2° les femmes qui le voudraient, mais ne le peuvent pas, parce que leurs occupations les en empêchent.

Les femmes qui ne veulent pas allaiter seront bien forcées de le faire quand la loi Roussel ne sera plus, comme aujourd'hui, impunément violée.

Quand on ne permettra aux nourrices de venir se placer qu'après les sept mois révolus de leur enfant, alors les bureaux ne seront plus encombrés. Et cet être immoral, cette nourrice mercenaire tuant le plus souvent son enfant de six semaines, en le privant de son lait, pour en faire trafic, aura disparu. Donc, cette catégorie est peu intéressante, et j'espère qu'avec nos efforts à tous, les femmes comprenant leur devoir, les droits des enfants étant enfin respectés, on n'en entendra plus parler.

Quant à la dernière catégorie, si misérable ou si touchante, et en même temps si nombreuse, ce n'est ni par le rétablissement des tours, ni par des établissements de puériculture à bon marché qu'il faut essayer de leur venir en aide.

Une seule solution est normale et humaine, et c'est la seule efficace.

Faire en sorte que l'enfant ne soit pas séparé de sa mère. C'est là le but à atteindre, c'est vers ce but que doivent se concentrer nos efforts. Tout ce qui ira à l'encontre de ce but sera inefficace et stérile le plus souvent, coûteux toujours. Élevez les subventions aux sociétés d'allaitement maternel, multipliez ces sociétés,

augmentez les secours donnés aux mères nécessiteuses, créez des établissements si vous voulez, mais où seront admises les mères avec leurs enfants.

Hors de là, vous n'aurez que déception. Le sein et le cœur d'une mère ne se remplacent pas. Si vous pouvez vous procurer l'égal du premier à prix d'argent, vous n'obtiendrez jamais l'autre. Que fait l'Assistance publique dès qu'elle a le dépôt d'enfants abandonnés ? Elle leur cherche une mère, elle les confie à une femme qui, à prix d'argent, usurpe ce nom. Il en est de bonnes, je le veux bien, mais combien peu nombreuses ! et vous croyez que vos infirmières cloîtrées soigneront vos enfants avec la sollicitude voulue ? Vous vous trompez étrangement ; elles les soigneront réglementairement, et l'absence de la sollicitude et de l'instinct maternel s'accusera sur les tables de la mortalité (1).

Non, ne faisons plus d'expériences coûteuses et de sacrifices inutiles.

J'ai essayé de démontrer de quelle façon on pouvait et on devait faire de la puériculture intra-utérine (2), en plaçant la mère, pendant la grossesse, dans des conditions telles que le développement de l'enfant soit normal. C'est de la même façon qu'on doit chercher à faire de la puériculture extra-utérine, et c'est pour cela que je convie M. Bertillon à abandonner la voie dans laquelle il s'est engagé, avec les meilleures intentions, j'en suis convaincu, mais qui n'aboutiraient qu'à des désastres. Tous nos efforts doivent tendre à ne pas éloigner la mère de l'enfant, à faire allaiter l'enfant par la mère (3) et à demander à la société les moyens pouvant permettre à toute mère d'user de son droit et de remplir son devoir.

(1) Voir la thèse de M. LÉON PETIT. *Le droit de l'enfant à la mère.* Paris, 1895.
(2) De la puériculture intra-utérine. V. *Revue d'hygiène*, 1895.
(3) Voir : *Deux ans de fonctionnement d'une crèche*, par M. GAUCHAS. Paris, 1897.

PREMIERS DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES INJECTIONS DE SÉRUM DE CHIEN PRATIQUÉES CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS ISSUS DE TUBERCULEUSES OU NÉS EN ÉTAT DE FAIBLESSE CONGÉNITALE (1).

Après avoir lu les travaux de MM. Charles Richet et Héricourt, après avoir constaté les résultats obtenus par ces expérimentateurs sur les animaux traités par le sérum de chien, je pensai que cette méthode pourrait être appliquée chez les enfants nouveau-nés issus de tuberculeux, soit comme traitement curatif : pour ceux qui pensent que les enfants naissent avec le bacille ; soit comme traitement prophylactique, pour ceux qui croient que les enfants naissent simplement prédisposés à la tuberculose. Je priai alors mon ami, le professeur Charles Richet, de m'initier aux détails de la pratique et de me prêter sa collaboration pour les premières injections.

Le 5 mars 1891, il vint dans mon service où j'avais deux enfants nés avant terme de mères tuberculeuses, et pratiqua sur chacun d'eux une première injection d'un centimètre cube de sérum de chien. Ces injections furent ensuite pratiquées par moi ou mes collaborateurs. Ignorant les réactions qui pourraient se produire sur un terrain semblable, nous avons tout d'abord procédé avec prudence, pour ne pas dire avec timidité.

Après avoir observé que la première injection avait été très bien supportée par les deux enfants, qu'elle n'avait déterminé aucun phénomène fâcheux, ni local ni général, je pratiquai sept

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, novembre 1891.

jours après une deuxième injection, également d'un centimètre cube de sérum, cinq jours après une troisième, deux jours après une quatrième.

Je n'entrerai pas ici dans les détails de ces observations que l'on trouvera consignées à la fin de cette note. Je me borne à exposer les faits suivants :

1° Les mères de ces deux enfants étaient, au moment de leur accouchement, à la dernière période de la cachexie tuberculeuse ; l'une est morte le 9e jour et l'autre le 17e après l'accouchement. L'autopsie a démontré l'existence de la tuberculose pulmonaire et l'absence de toute autre maladie.

2° L'un de ces enfants reçut quatre injections de sérum de chien, l'autre cinq, et aucun accident résultant des injections ne fut constaté sur l'un d'eux.

3° De ces deux enfants, l'un, l'enfant T..., pesait au moment de sa naissance, le 26 février, 2600 gr. ; à sa sortie de mon service le 26 mars il pesait 2680 gr., après être tombé le 3e jour de sa naissance à 2430 gr.

L'autre, l'enfant B..., pesait, au moment de sa naissance, 1530 gr. et à sa sortie de mon service il pesait 1520 gr., après être tombé à 1210 gr. le 9e jour de sa naissance.

Il faudrait être dénué, je ne dirai pas d'esprit scientifique, mais de tout sens commun, pour songer à tirer une conclusion quelconque de ces deux faits au point de vue du traitement de la tuberculose.

Ce n'est pas avec deux enfants suivis pendant un mois, mais avec cinquante suivis pendant cinquante ans, qu'on sera autorisé à formuler une conclusion au point de vue de l'efficacité du traitement.

Mais, il est un fait qui nous a frappé par sa constance dans la plupart de nos observations : c'est l'action bienfaisante immédiate produite chez l'enfant après chaque injection.

Cette action est manifeste, elle augmente la vitalité de l'enfant. Il est probable que le sérum constitue pour le nouveau-né, en état de faiblesse congénitale, un excitant de la nutrition, et c'est

pour cette raison que j'ai pris depuis quelques mois la détermination de soumettre tous les enfants pesant moins de 2000 grammes, quelle que soit leur origine, aux injections de sérum.

De plus, non seulement j'ai augmenté la dose de chaque injection qui, de 1 centim. cube, a été portée à 2 centim. cubes, mais encore je fais à l'heure actuelle à chaque enfant des injections plus nombreuses et plus fréquentes. C'est ainsi qu'un enfant dont je relate l'histoire dans mes observations a reçu en 41 jours 25 injections de 2 centim. cubes.

J'ai soumis à ce traitement, depuis le 5 mars jusqu'à aujourd'hui, 21 enfants ; 4 sont morts, ils pesaient au moment de leur naissance 1700, 1600, 1590, 1310 grammes ; — 17 sont vivants ou du moins étaient vivants au moment où ils ont quitté mon service.

Cette proportion est plus considérable que celle que nous avions jusqu'alors.

Assurément, je ne puis à l'heure actuelle dire exactement à quelle dose il convient d'injecter le sérum de chien chez les nouveau-nés, quels doivent être le nombre et la fréquence de ces injections, pour que celles-ci puissent donner leur maximum d'action ; j'ignore également la dose qui ne doit pas être dépassée.

Une plus longue expérience est indispensable pour résoudre toutes ces questions. Mais, il n'est pas téméraire de penser qu'à la couveuse et au gavage préconisés, avec tant de succès, par mon maître, M. Tarnier, pour l'élevage des enfants nés avant terme, est venu s'adjoindre un auxiliaire puissant.

Et je crois qu'il est établi suffisamment :

1° Que les injections de sérum de chien pratiquées chez le nouveau-né, avec les précautions antiseptiques voulues et avec les doses employées jusqu'à ce jour, ne déterminent pas d'accidents ;

2° Que les injections de sérum de chien constituent pour le nouveau-né, en état de faiblesse congénitale, un tonique puissant.

Quant à déterminer de quelle façon le sérum agit, il est difficile de dire si *c'est directement* ou *indirectement*.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Virginie C..., âgée de 26 ans, est atteinte de tuberculose pulmonaire à la troisième période. — Trois grossesses antérieures.

Les deux premiers enfants sont venus à terme et vivants. Le troisième enfant est né à huit mois et est mort 14 jours après sa naissance, d'athrepsie.

Grossesse actuelle. — Dernières règles le 24 août 1890.

Le 3 mars 1891, à 7 heures du soir, cette femme entre à la Clinique Baudeocque. A 7 heures 40 minutes, le même soir, elle expulse un fœtus du sexe masculin qui pèse 1530 grammes.

Dès le lendemain de son accouchement la température de la malade s'élève vers le soir à 40°. — Jusqu'au vingtième jour, la température continue à être aussi élevée. La femme est alors transportée à l'hôpital Necker dans un service de médecine, où elle meurt quelques jours après son entrée.

L'enfant est placé dans une couveuse dès le jour de sa naissance.

3 mars	1530	grammes
4 —	1450	—
5 —	1410	—

Le 5 mars, M. le professeur Ch. Richet fait à l'enfant une injection d'une demi-seringue de sérum de chien.

6 mars	1330	grammes	10 mars	1270	grammes
7 —	1330	—	11 —	1240	—
8 —	1310	—	12 —	1210	—
9 —	1300	—			

Le 12 mars, M. le professeur Pinard fait une deuxième injection d'une demi-seringue de sérum de chien. L'enfant a des selles vertes.

13 mars	1220	grammes	16 mars	1240	grammes
14 —	1225	—	17 —	1265	—
15 —	1230	—			

Le 17 mars, une troisième injection est faite à l'enfant.

18 mars	1275	grammes
19 —	1300	—

Le 19 mars, une quatrième injection est faite.

20 mars.....	1300 grammes	27 mars.....	1410 grammes
21 —	1305 —	28 —	1420 —
22 —	1315 —	29 —	1440 —
23 —	1335 —	30 —	1480 —
24 —	1350 —	1er avril.....	1490 —
25 —	1375 —	2 —	1500 —
26 —	1395 —	3 —	1510 —

Le 3 avril, on fait à l'enfant une cinquième injection.

4 avril.....	1510 grammes
5 —	1520 —

Le 6 avril, l'enfant quitte la Clinique Baudelocque. Il est confié par son père à une nourrice qui doit l'élever au sein.

Obs. II. — X..., primipare, atteinte de tuberculose pulmonaire à la dernière période, accouche à huit mois d'un enfant vivant, du sexe masculin, qui pèse 2700 grammes et qui a une longueur de 46 centimètres. La mère meurt 17 jours après son accouchement.

Poids de l'enfant :

26 février.....	2600 grammes	2 mars.....	2470 grammes
27 —	2460 —	3 —	2460 —
28 —	2430 —	4 —	2470 —
1er mars.....	2460 —	5 —	2480 —

Le 5 mars, une première injection de 1 centimètre cube de sérum de chien est faite par M. le professeur Ch. Richet.

6 mars.....	2460 grammes	10 mars.....	2490 grammes
7 —	2470 —	11 —	2505 —
8 —	2525 —	12 —	2520 —
9 —	2500 —		

Le 12 mars, une deuxième injection d'une demi-seringue de sérum de chien est faite à l'enfant.

13 mars.....	2530 grammes	16 mars.....	2530 grammes
14 —	2520 —	17 —	2560 —
15 —	2510 —		

Le 17 mars, on fait une troisième injection d'une demi-seringue.

18 mars.....	2580 grammes
19 —	2585 —

Le 19 mars, on fait une quatrième injection.

20 mars.....	2620 grammes	23 mars.....	2670 grammes
21 —	2650 —	24 —	2670 —
22 —	2630 —	25 —	2680 —

Le 26 mars, l'enfant est porté aux Enfants-Assistés.
Élevé par une nourrice, il avait toujours bien pris le sein.

Obs. III. — L..., secondipare, accouche à sept mois d'un enfant vivant, du sexe masculin, qui pèse 1800 grammes et qui mesure 44 centimètres.

Depuis le jour de sa naissance jusqu'au jour de son départ, l'enfant est mis dans la couveuse. On lui donne des bains de vin aromatique et on lui fait deux fois par jour des frictions avec le baume Nerval.

Poids de l'enfant :

25 avril.....	1700 grammes
26 —	1670 —
27 —	1630 —

Le 27 avril, on fait la première injection de sérum de chien à la dose d'une demi-seringue.

28 avril.....	1610 grammes
29 —	1580 —

Le 29 avril, deuxième injection. L'enfant vomit et ne veut pas téter.

30 avril.....	1600 grammes
1er mai.....	1600 —

Le 1er mai, troisième injection.

2 mai.....	1615 grammes

Le 3 mai, la mère veut emmener son enfant, malgré les observations qui lui sont faites. L'enfant commence à téter et ne vomit plus.

Obs. IV. — G..., VIIpare, a eu cinq enfants venus à terme et a fait un avortement. Sa septième grossesse est une grossesse gémellaire. Elle accouche à sept mois et demi de deux enfants vivants. L'un de ces enfants meurt le lendemain de sa naissance.

Le deuxième enfant, du sexe féminin, pèse 1630 grammes et a une longueur de 42 centimètres. Il est allaité par sa mère et par une nourrice. Pendant son séjour à la Clinique, il est mis dans une couveuse et, deux fois par jour, on lui donne des bains de vin aromatique et on lui fait des frictions avec le baume Nerval.

Poids de l'enfant :

27 avril..... 1560 grammes

Le 27 avril, première injection d'une demi-seringue de sérum de chien.

28 avril..... 1530 grammes
29 — ..... 1550 —

Le 29 avril, deuxième injection.

30 avril..... 1540 grammes
1er mai..... 1560 —

Le 1er mai, troisième injection.

2 mai..... 1570 grammes

Le 2 mai, quatrième injection.

3 mai..... 1470 grammes

L'enfant est confié à une nourrice. Il a de la diarrhée verte et des vomissements. Il tette un peu.

4 mai.....	1500 grammes	7 mai.....	1450 grammes
5 —	1480 —	8 —	1460 —
6 —	1460 —		

L'enfant quitte la Clinique le 9 mai. Il est chétif et son teint est jaunâtre. La diarrhée a disparu. Il boit à la cuiller.

Obs. V. — B..., primipare, accouche le 9 mai d'un enfant vivant, du sexe féminin, qui pèse 1960 grammes et qui a une longueur de 42 centimètres.

Pendant son séjour à la Clinique, l'enfant reste dans une couveuse. On lui donne deux fois par jour des bains de vin aromatique et on lui fait deux frictions au baume Nerval.

Poids de l'enfant :

10 mai.....	1950 grammes	14 mai.....	1750 grammes
11 —	1900 —	15 —	1710 —
12 —	1780 —	16 —	1710 —
13 —	1750 —		

16 mai, première injection avec une seringue de sérum de chien.

17 mai..... 1650 grammes

17 mai, deuxième injection avec une demi-seringue.

18 mai..... 1650 grammes

18 mai, troisième injection avec une demi-seringue.

19 mai	1600 grammes
20 —	1610 —

20 mai, quatrième injection avec une demi-seringue.

21 mai	1610 grammes

Le 21 mai, l'enfant quitte le service. Son état est mauvais. On le fait boire à la cuiller. Il a eu de la diarrhée et des vomissements.

Obs. VI. — H..., primipare, accouche à 8 mois et demi de deux enfants.

Le premier pèse 2480 grammes, à sa naissance, et quand il quitte la Clinique il pèse 2890 gr.

Le second enfant, du sexe féminin, pèse 1620 grammes et a une longueur de 42 centimètres. Il est allaité par une nourrice et placé dans une couveuse. Deux fois par jour on lui donne un bain aromatique et on lui fait des frictions au baume Nerval.

Poids de l'enfant :

11 mai	1520 grammes	14 mai	1500 grammes
12 —	1460 —	15 —	1525 —
13 —	1480 —	16 —	1540 —

16 mai, première injection de sérum de chien.

17 mai	1540 grammes

17 mai, deuxième injection.

18 mai	1550 grammes
19 —	1570 —

19 mai, troisième injection.

20 mai	1580 grammes

20 mai, quatrième injection.

21 mai	1600 grammes

21 mai, cinquième injection.

22 mai	1610 grammes
23 —	1630 —

23 mai, sixième injection.

24 mai	1630 grammes
25 —	1650 —

25 mai, septième injection.

26 mai..... 1670 grammes

Le 26 mai, l'enfant part en nourrice où il sera élevé au sein. Il a toujours bien tété pendant son séjour à la Clinique.

Obs. VII. — D..., primipare, accouche au septième mois de deux enfants. Le premier enfant meurt le lendemain de sa naissance. — Le second enfant, du sexe féminin, pèse 1890 grammes. On le place dans une couveuse.

Poids de l'enfant :

25 mai.....	1810 grammes		1er juin.....	1830 grammes	
26 —	1750	—	2 —	1820	—
27 —	1730	—	3 —	1830	—
28 —	1710	—	4 —	1830	—
29 —	1750	—	5 —	1850	—
30 —	1770	—	6 —	1890	—
31 —	1800	—	7 —	1920	—

7 juin, première injection de sérum de chien à la dose de 1 centim. cube 5.

8 juin..... 1900 grammes
9 — ..... 1930 —

9 juin, deuxième injection.

10 juin..... 1930 grammes

10 juin, troisième injection.

11 juin..... 1950 grammes

11 juin, quatrième injection.

12 juin..... 1960 grammes

12 juin, cinquième injection.

13 juin..... 1960 grammes

13 juin, on retire l'enfant de la couveuse.

14 juin..... 2000 grammes

14 juin, sixième injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

15 juin..... 2030 grammes
16 — ..... 2060 —

16 juin, septième injection avec 2 centimètres cubes.

17 juin..... 2100 grammes

17 juin, huitième injection avec 2 centimètres cubes.

18 juin..... 2150 grammes
19 juin..... 2290 —

19 juin, neuvième injection avec 2 centimètres cubes.

20 juin..... 2250 grammes

20 juin, dixième injection avec 2 centimètres cubes.

21 juin..... 2250 grammes
22 — ..... 2250 —

22 juin, onzième injection avec 2 centimètres cubes.

23 juin..... 2270 grammes
24 — ..... 2290 —

24 juin, douzième injection avec 2 centimètres cubes.

25 juin..... 2330 grammes
26 — ..... 2370 —

26 juin, treizième injection avec 2 centimètres cubes.

27 juin..... 2390 grammes
28 — ..... 2420 —
29 — ..... 2440 —

29 juin, quatorzième injection avec 2 centimètres cubes.

30 juin..... 2500 grammes
1er juillet..... 2560 —
2 — ..... 2490 —
3 — ..... 2490 —

3 juillet, quinzième injection avec 2 centimètres cubes.

4 juillet..... 2570 grammes

Le 5 juillet, l'enfant quitte la Clinique pesant 2600 grammes.

Obs. VIII. — E..., secondipare, accouche à 6 mois et demi d'un enfant vivant, du sexe féminin, qui pèse 1380 grammes et qui a une longueur totale de 36 centimètres.

Les membranes se sont rompues prématurément.

Pendant les 3 premiers mois de sa grossesse, la femme a eu des hémorrhagies

L'enfant est mis dans une couveuse. Deux fois par jour, on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions avec le baume Nerval.

Poids de l'enfant :

15 juin.....	1380 grammes.		
16 —	1330	—	Première injection de 2 centim. cubes de sérum de chien.
17 juin.....	1290	—	Deuxième injection.
18 —	1270	—	
19 —	1280	—	Troisième —
20 —	1270	—	Quatrième —
21 —	1260	—	
22 —	1280	—	Cinquième —
23 —	1270	—	
24 —	1270	—	Sixième —
25 —	1280	—	
26 —	1290	—	Septième —
27 —	1280	—	
28 —	1280	—	
29 —	1295	—	Huitième —
30 —	1290	—	Neuvième —
1er juillet.....	1200	—	Dixième —
2 —	1150	—	Onzième —
3 —	1110	—	Douzième —
4 —	1160	—	Treizième —
5 —	1150	—	Quatorzième —
6 —	1160	—	Seizième —
7 —	1170	—	Dix-septième —
8 —	1190	—	Dix-huitième —
9 —	1185	—	
10 —	1175	—	
11 —	1085	—	
12 —	1070	—	Dix-neuvième —
13 —	1060	—	Vingtième —
14 —	1050	—	
15 —	1040	—	
16 —	1035	—	
17 —	1045	—	
18 —	1050	—	
19 —	1040	—	
20 —	1045	—	
21 —	1065	—	
22 —	1065	—	Vingt-deuxième —
23 —	1085	—	
24 —	1140	—	Vingt-troisième —

25 juillet.....	1150	grammes.		
26 —	1160	—	Vingt-quatrième injection.	
27 —	1170	—	Vingt-cinquième —	
28 —	1160	—	L'enfant tette bien la nourrice.	
29 —	1170	—		
30 —	1170	—	1 piqûre de sérum 2 c. c.	
31 —	1190	—		
1er août.....	1180	—		
2 —	1210	—	—	—
3 —	1210	—	—	—
4 —	1230	—	—	—
5 —	1240	—	—	—
6 —	1255	—	—	—
7 —	1255	—	—	—
8 —	1270	—	—	—
9 —	1280	—	—	—
10 —	1310	—	—	—
11 —	1290	—	—	—
12 —	1310	—	—	—
13 —	1320	—	—	—
14 —	1350	—	—	—
15 —	1380	—	—	—
16 —	1390	—	—	—
17 —	1400	—	—	—
18 —	1430	—	—	—
19 —	1480	—	—	—
20 —	1420	—	—	—
21 —	1480	—		
22 —	1500	—	—	—
23 —	1510	—		
24 —	1520	—	—	—
25 —	1540	—		
26 —	1550	—	—	—
27 —	1570	—		
28 —	1590	—		
29 —	1590	—	—	—
30 —	1600	—		
31 —	1600	—	—	—
1er septembre.....	1650	—		
2 —	1660	—	—	—
3 —	1680	—		
4 —	1700	—		
5 —	1710	—	—	—
6 —	1730	—	On retire l'enfant de la couveuse.	
7 —	1750	—	1 piqûre de sérum 2 c. c.	

8 septembre.....	1770 grammes.	1 piqûre de sérum 2 c. c.	
9 —	1780 —		
10 —	1800 —	—	—
11 —	1840 —		
12 —	1850 —		
13 —	1880 —		
14 —	1900 —		
15 —	1920 —		
16 —	1930 —		
17 —	1950 —		
18 —	1970 —		
19 —	2010 —		
20 —	2020 —		
21 —	2050 —		
22 —	2060 —		
23 —	2090 —		
24 —	2100 —		
25 —	2130 —		
26 —	2150 —		
27 —	2180 —		
28 —	2200 —		
29 —	2220 —		
30 —	2250 —		
1er octobre.....	2270 —	On donne des bains salés à l'enfant.	
2 —	2290 —		
3 —	2290 —		
4 —	2310 —		
5 —	2330 —		
6 —	2360 —		
7 —	2320 —		
8 —	2340 —		
9 —	2360 —		
10 —	2450 —		
11 —	2430 —		
12 —	2450 —		
13 —	2480 —		
14 —	2470 —		
15 —	2490 —		
16 —	2510 —		
17 —	2540 —		
18 —	2555 —		
19 —	2540 —		
20 —	2570 —		
21 —	2585 —		
22 —	2595 —		

23 octobre	2630	grammes.	
24 —	2645	—	
25 —	2650	—	
26 —	2670	—	
27 —	2675	—	
28 —	2690	—	
29 —	2720	—	
30 —	2735	—	
31 —	2750	—	
1er novembre.....	2770	—	
2 —	2785	—	
3 —	2805	—	
4 —	2830	—	
5 —	2850	—	
6 —	2865	—	
7 —	2880	—	
8 —	2895	—	
9 —	2905	—	
10 —	2915	—	
11 —	2920	—	
12 —	2925	—	
13 —	2945	—	Diarrhée.
14 —	2930	—	
15 —	2960	—	
16 —	2975	—	
17 —	2995	—	
18 —	3010	—	
19 —	3030	—	
20 —	3040	—	
21 —	3055	—	
22 —	3080	—	
23 —	3090	—	
24 —	3100	—	

L'enfant part le 24 novembre 1891. Elle est en bon état et tette admirablement.

Obs. IX. — C..., tertipare, accouche au huitième mois de deux enfants.

Premier jumeau. — Du sexe masculin, le premier jumeau pèse 1610 gr. et a une longueur totale de 39 centimètres.

On le place dans une couveuse, et deux fois par jour, on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait une friction avec le baume Nerval.

Poids de l'enfant :

19 juin.....	1610	grammes.
20 —	1520	—

20 juin, première injection de sérum de chien.

21 juin	1500	grammes
22 —	1470	—

22 juin, deuxième injection.

23 juin	1450	grammes
24 —	1450	—

24 juin, troisième injection.

25 juin	1460	grammes
26 —	1470	—

26 juin, quatrième injection.

27 juin	1460	grammes
28 —	1350	—
29 —	1400	—

29 juin, cinquième injection.

30 juin	1410	grammes
1er juillet	1370	—
2 —	1375	—

Depuis le 26 juin, l'enfant tette mieux. Après chaque tétée, il boit un peu de lait de sa nourrice à la cuiller.

Le 2 juillet 1891, l'enfant quitte le service.

Deuxième jumeau. — Le deuxième jumeau est du sexe masculin. Il pèse 1810 grammes et a une longueur totale de 41 centimètres.

Cet enfant est mis dans une couveuse. Deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait une friction avec le baume Nerval.

Poids de l'enfant :

19 juin	1810	grammes
20 —	1720	—

20 juin, première injection de sérum de chien.

21 juin	1700	grammes
22 —	1600	—

22 juin, deuxième injection.

23 juin	1570	grammes
24 —	1550	—

24 juin, troisième injection.

25 juin..... 1540 grammes
26 — ..... 1520 —

26 juin, quatrième injection.

27 juin..... 1490 grammes
28 — ..... 1500 —
29 — ..... 1490 —

29 juin, cinquième injection.

30 juin..... 1450 grammes
1er juillet..... 1440 —
2 — ..... 1430 —

Ce n'est qu'à partir du 26 juin que l'enfant peut téter. Auparavant, il ne pouvait boire qu'à la cuiller.

L'enfant quitte le service le 2 juillet 1891.

Obs. X. — M..., primipare, accouche à 8 mois et demi d'un enfant vivant, du sexe féminin, qui pèse 1990 grammes et qui a une longueur de 42 centimètres.

La mère allaite son enfant.

Tous les jours, on donne deux bains de vin aromatique à l'enfant et on lui fait deux frictions au baume Nerval.

Poids de l'enfant :

26 juin ..... 1980 grammes

26 juin, première injection avec 2 centim. cubes de sérum de chien.

27 juin..... 1940 grammes
28 — ..... 1830 —
29 — ..... 1840 —

29 juin, deuxième injection.

30 juin..... 1860 grammes

30 juin, troisième injection.

1er juillet..... 1850 grammes

1er juillet, quatrième injection.

2 juillet..... 1850 grammes

2 juillet, cinquième injection.

3 juillet..... 1870 grammes

3 juillet, sixième injection.

4 juillet..... 1890 grammes

4 juillet, septième injection.

5 juillet..... 1890 grammes

5 juillet, huitième injection.

6 juillet..... 1900 grammes
7 — ..... 1920 —

L'enfant quitte le service le 7 juillet 1891. Il tette bien et son état général est satisfaisant.

Obs. XI. — R..., primipare, accouche à 6 mois et demi d'un enfant vivant du sexe masculin, qui pèse 1830 grammes et qui a une longueur de 40 centimètres.

Dès le jour de sa naissance, l'enfant est mis dans une couveuse. Deux fois par jour, on lui fait des frictions au baume Nerval et on lui donne des bains de vin aromatique.

Poids de l'enfant :

29 juin.....	1830 grammes	1er juillet.....	1640 grammes
30 —	1820 —	2 —	1650 —

2 juillet, première injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

3 juillet..... 1500 grammes

3 juillet, deuxième injection.

4 juillet..... 1560 grammes

4 juillet, troisième injection.

5 juillet..... 1570 grammes

5 juillet, quatrième injection.

6 juillet..... 1530 grammes

6 juillet, cinquième injection.

7 juillet..... 1498 grammes
8 — ..... 1500 —

8 juillet, sixième injection.

9 juillet..... 1550 grammes

L'enfant quitte le service le 9 juillet 1891. Son état général est satisfaisant. Il prend bien le sein de sa mère.

Obs. XII. — X..., primipare, atteinte de syphilis, accouche d'un enfant bien vivant du sexe masculin, qui pèse 3200 grammes et qui a une longueur de 46 centimètres.

Cet enfant est resté, pendant deux jours, sans faire le moindre mouvement de succion. On l'alimentait avec du lait stérilisé. Le troisième jour, il prit le sein et continua à bien téter. Dès sa naissance, il fut mis dans une couveuse, il eut des bains aromatiques et fut tous les jours frictionné avec la pommade mercurielle. On lui donna aussi de la liqueur de Van Swieten.

Poids de l'enfant :

30 juin ..... 3200 grammes
1er juillet ..... 2840 —
2 — ..... 2720 —

2 juillet, première injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

3 juillet ..... 2750 grammes

3 juillet, deuxième injection.

4 juillet ..... 2780 grammes

4 juillet, troisième injection.

5 juillet ..... 2910 grammes

5 juillet, quatrième injection.

6 juillet ..... 2900 grammes

6 juillet, cinquième injection. Éruption de pemphigus généralisé.

7 juillet ..... 2760 grammes
8 — ..... 2950 —

8 juillet, sixième injection.

9 juillet ..... 2980 grammes

9 juillet, septième injection.

10 juillet ..... 2970 grammes

10 juillet, huitième injection.

11 juillet ..... 3000 grammes

11 juillet, neuvième injection.

12 juillet..... 3030 grammes
13 — ..... 3020 —

13 juillet, dixième injection.

14 juillet..... 3030 grammes
15 — ..... 3020 —

L'enfant sort le 16 juillet 1891. L'œdème des membres inférieurs a disparu.

La mère promet de suivre un traitement et de ramener son enfant dans le service.

Obs. XIII. — C..., multipare; les 3 enfants qu'elle a déjà eus sont morts. Actuellement, cette femme semble atteinte de tuberculose pulmonaire. Elle a eu la syphilis.

Le 1er juillet 1891, elle accouche d'un enfant, né en état de mort apparente. Cet enfant est du sexe féminin, pèse 2850 grammes et a une longueur totale de 50 centimètres. Pendant les deux jours qui suivent sa naissance, l'enfant reste cyanosé.

Des frictions mercurielles sont faites à l'enfant. On lui donne de la liqueur de Van Swieten et on lui fait prendre tous les jours un bain de vin aromatique.

Poids de l'enfant:

1er juillet.....	2850 grammes	3 juillet.....	2530 grammes
2 —	2550 —	4 —	2460 —

4 juillet, première injection de 2 centimètres cubes de sérum de chien.

5 juillet..... 2460 grammes

5 juillet, deuxième injection.

6 juillet..... 2470 grammes

6 juillet, troisième injection.

7 juillet..... 2490 grammes
8 — ..... 2500 —

8 juillet, quatrième injection.

9 juillet..... 2500 grammes

9 juillet, cinquième injection.

10 juillet..... 2520 grammes

10 juillet, sixième injection.

11 juillet..... 2550 grammes
12 — ..... 2550 —
13 — ..... 2560 —

13 juillet, septième injection.

14 juillet..... 2550 grammes
15 — ..... 2510 —

15 juillet, huitième injection.

Pendant les trois premiers jours, l'enfant ne voulut pas téter, on lui donna du lait stérilisé. Depuis le quatrième jour, date de la première injection, l'enfant prend bien le sein de la mère. Il sort le 16 juillet 1891.

Obs. XIV. — A..., secondipare, accouche à 7 mois et demi d'un enfant vivant du sexe masculin, qui pèse 2010 grammes et qui a une longueur totale de 43 centimètres. La mère a eu une rupture prématurée des membranes.

L'enfant est placé, dans un berceau, avec trois boules d'eau chaude autour de lui.

Deux fois par jour, on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions avec le baume Nerval.

Poids de l'enfant :

4 juillet..... 1920 grammes.

4 juillet, première injection de 2 centimètres cubes de sérum de chien.

5 juillet..... 1850 grammes

5 juillet, deuxième injection.

6 juillet..... 1800 grammes

6 juillet, troisième injection.

7 juillet..... 1840 grammes

7 juillet, quatrième injection.

8 juillet..... 1810 grammes

8 juillet, cinquième injection.

9 juillet..... 1820 grammes

9 juillet, sixième injection.

10 juillet..... 1770 grammes

10 juillet, septième injection. L'enfant est paresseux pour téter. On le fait boire un peu à la cuiller. Il est mis dans une couveuse et on lui donne un peu de bismuth pour arrêter sa diarrhée jaune.

11 juillet..... 1740 grammes
12 — ..... 1690 —

12 juillet, huitième injection.

13 juillet..... 1590 grammes

13 juillet, neuvième injection.

14 juillet.....	1590 grammes	17 juillet.....	1560 grammes
15 —	1590 —	18 —	1560 —
16 —	1550 —	19 —	1550 —

L'enfant quitte le service le 20 juillet 1891. Son état général n'est pas très satisfaisant.

Obs. XV. — C..., primipare, accouche au huitième mois d'un enfant vivant du sexe masculin, qui pèse 2270 grammes et qui a une longueur totale de 48 centimètres. L'enfant se présentait par le siège, mode des fesses. Les membranes s'étaient rompues prématurément.

La mère ayant des mamelons mal conformés, l'enfant est allaité par une nourrice.

Deux fois par jour, on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait une friction au baume de Nerval.

Poids de l'enfant :

4 juillet..... 2270 grammes

4 juillet, première injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

5 juillet..... 2100 grammes

5 juillet, deuxième injection.

6 juillet..... 2080 grammes

6 juillet, troisième injection.

7 juillet..... 2100 grammes

7 juillet, quatrième injection.

8 juillet..... 2090 grammes

8 juillet, cinquième injection.

9 juillet..... 2080 grammes

9 juillet, sixième injection.

10 juillet..... 2060 grammes

10 juillet, septième injection.

11 juillet.....	2130 grammes
12 —	2110 —
13 —	2120 —

13 juillet, huitième injection.

A partir du 10 juillet, l'enfant buvait à la cuiller du lait de sa nourrice.
Il part le 14 juillet 1891, avec un état général satisfaisant.

Obs. XVI. — D..., primipare, accouche à 7 mois et demi d'un enfant vivant, du sexe masculin, qui pèse 1850 grammes et qui a une longueur totale de 42 centimètres.

L'enfant se présentait par le siège. Il y avait de l'hydramnios.

On place l'enfant dans son berceau avec trois boules d'eau chaude autour de lui. Deux fois par jour, on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions au baume Nerval.

Poids de l'enfant :

5 juillet..... 1850 grammes
6 — ..... 1760 —

6 juillet, première injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

7 juillet..... 1810 grammes

7 juillet, deuxième injection.

8 juillet..... 1840 grammes

8 juillet, troisième injection.

9 juillet..... 1870 grammes

9 juillet, quatrième injection.

10 juillet..... 1890 grammes

L'enfant a toujours bien pris le sein de sa mère. Il quitte le service le 10 juillet 1891 dans un état satisfaisant.

Obs. XVII. — V..., multipare, accouche à 8 mois et demi d'un enfant vivant, du sexe féminin. Il pèse 1700 grammes et a une longueur totale de 43 centimètres. La mère avait de l'hydramnios.

L'enfant est mis dans une couveuse. Deux fois par jour, on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions au baume Nerval.

Poids de l'enfant :

2 juillet..... 1630 grammes

2 juillet, première injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

3 juillet..... 1590 grammes
4 — ..... 1500 —

4 juillet, deuxième injection.

5 juillet..... 1490 grammes

5 juillet, troisième injection.

6 juillet..... 1460 grammes

6 juillet, quatrième injection.

7 juillet..... 1469 grammes

7 juillet, cinquième injection.

8 juillet..... 1420 grammes

8 juillet, sixième injection.

9 juillet..... 1340 grammes

9 juillet, septième injection.

10 juillet..... 1220 grammes

10 juillet, huitième injection.

11 juillet..... 1310 grammes
12 — ..... 1310 —

12 juillet, neuvième injection.

13 juillet..... 1300 grammes

13 juillet, dixième injection.

Depuis sa naissance, l'enfant est nourri avec du lait d'ânesse qu'il boit à la cuiller. A partir du cinquième jour de sa naissance, l'enfant a du sclérème. Il meurt le 14 juillet 1891.

Obs. XVIII. — X..., accouche le 5 avril 1891 de deux enfants.

Premier jumeau. — Le premier jumeau est du sexe masculin, il pèse 1590 grammes et a une longueur totale de 40 centimètres.

Cet enfant est allaité par une nourrice. Il est mis dans une couveuse. Deux fois par jour, on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions au baume Nerval.

Poids de l'enfant :

25 avril..... 1530 grammes
26 — ..... 1455 —
27 — ..... 1420 —

27 avril, première injection de sérum de chien.

28 avril..... 1410 grammes
29 — ..... 1409 —

29 avril, deuxième injection.

30 avril	1412	grammes
1er mai	1400	—

1er mai, troisième injection.

2 mai	1400	grammes

2 mai, quatrième injection.

3 mai	1390	grammes

L'enfant ne boit qu'à la cuiller.
Il meurt le 4 mai 1891.

Deuxième jumeau.— Le deuxième jumeau, du sexe féminin, pèse 1310 grammes et a une longueur totale de 38 centimètres.

Il est allaité par sa mère et par une nourrice.

Il est mis dans une couveuse. Deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions avec le baume Nerval.

Poids de l'enfant :

25 avril	1310	grammes
26 —	1270	—
27 —	1207	—

27 avril, première injection de sérum de chien.

28 avril	1164	grammes
29 —	1165	—

29 avril, deuxième injection.

30 avril	1160	grammes
1er mai	1150	—

1er mai, troisième injection.

2 mai	1100	grammes

2 mai, quatrième injection.

3 mai	1080	grammes	8 mai	1000	grammes
4 —	1000	—	9 —	970	—
5 —	970	—	10 —	1000	—
6 —	980	—	11 —	960	—
7 —	1000	—			

Cet enfant était nourri à la cuiller. Il vomissait après chaque tétée.
Il meurt le 12 mai 1891.

Obs. XIX.— D..., secondipare, accouche au sixième mois d'un enfant vivant du sexe masculin, qui pèse 1600 grammes et qui a une longueur totale de 42 centimètres.

Il est mis dans une couveuse. Deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions au baume Nerval.

Poids de l'enfant :

10 juin..... 1600 grammes
11 — ..... 1530 —

11 juin, première injection de 1 centimètre cube et demi de sérum de chien.

12 juin..... 1470 grammes

12 juin, deuxième injection.

13 juin..... 1420 grammes
14 — ..... 1400 —
15 — ..... 1380 —

15 juin, troisième injection.

16 juin..... 1340 grammes

16 juin, quatrième injection.

17 juin..... 1270 grammes

17 juin, cinquième injection.

18 juin..... 1250 grammes
19 — ..... 1210 —

19 juin, sixième injection.

20 juin..... 1180 grammes

20 juin, septième injection.

21 juin..... 1160 grammes

Cet enfant ne peut boire qu'à la cuiller. Il meurt le 21 juin 1891.

CONTRIBUTION
A L'HISTOIRE DES GROSSESSES TRIPLES (1)

Les grossesses triples sont très rares, les observations complètes les concernant le sont plus encore; leur histoire n'est qu'ébauchée, et depuis quelques années seulement, dans les traités classiques. Pour ces raisons je crois devoir donner avec détails la relation d'un fait de ce genre observé récemment dans mon service, et le faire suivre de quelques réflexions.

La première partie de l'observation a été rédigée par M. Mantel, mon interne, la seconde par M^lle^ Carrier, sage-femme du service.

Grossesse triple diagnostiquée quinze jours avant l'accouchement. — Mort subite au début du travail. Extraction des trois fœtus vivants. — La nommée Alexandrine D..., femme D..., âgée de 38 ans, couturière, entre le 27 octobre 1888, à la Maternité de Lariboisière, salle Mauriceau, n° 2.

Cette femme, ayant toutes les apparences d'une constitution normale et d'une bonne santé habituelle, ne présente aucun fait intéressant à relever dans ses antécédents héréditaires. Née à terme, régulièrement réglée, elle n'a jamais fait de maladie grave, et ne présente aucun signe de diathèse quelconque. Sa taille mesure 1 m. 62. Elle a eu 5 grossesses antérieures, normales, terminées par des accouchements spontanés, à terme et par le sommet. Quatre enfants sont vivants et bien portants à l'heure actuelle.

6^e^ grossesse (grossesse actuelle) : les dernières règles ont eu lieu dans le courant du mois de février 1888 ; jusqu'à l'époque de son entrée à la Maternité, tout s'est passé normalement. Cette femme a pu continuer à se livrer à ses occupations. Elle accusait néanmoins, de temps à autre, des accès de dyspnée assez pénibles mais toujours très passagers.

Dans la journée du 27 octobre, elle ressentit quelques douleurs, et pensant

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, 1889, t. XXXI, p. 21.

qu'elle était sur le point d'accoucher, elle vint à la Maternité de Lariboisière où elle fut admise à 9 heures du soir.

A son entrée, on constata que cette femme, grande, amaigrie, paraissant normalement constituée, sans traces de rachitisme, présentait tous les signes d'une grossesse datant de huit mois environ.

La santé générale paraissait satisfaisante ; l'examen du cœur, des poumons, des différents viscères fut négatif.

Ce qui attirait l'attention, c'était le développement du ventre. L'utérus paraissait beaucoup plus volumineux qu'il ne l'est, à cette époque de la grossesse, dans la grossesse simple. Son fond remontait à 10 cent. 5 environ au-dessus de l'ombilic, et il disparaissait de chaque côté sous les fausses côtes. Il existait un très léger degré d'œdème sus-pubien, et un peu d'œdème péri-malléolaire. Varices peu développées au niveau des membres inférieurs.

Au palper, la tension de l'utérus n'était pas exagérée ; ses parois assez minces rendaient l'examen facile. On trouvait très nettement 3 pôles fœtaux indéniables ; l'un ballottait au fond de l'utérus et à droite, disparaissant sous le rebord costal droit ; un 2e ballottait à gauche ; enfin, on en retrouvait un 3e très net ayant tous les caractères du pôle céphalique, ballottant au-dessus de la symphyse pubienne à peu près sur la ligne médiane ; l'auscultation permettait de constater l'existence de deux maxima : l'un à gauche, entre l'épine iliaque et l'ombilic, le 2e en haut et à droite au-dessus de l'ombilic.

Au toucher, bassin normal, col largement déhiscent, membranes intactes, et 4e pôle : une tête très nettement engagée. Les douleurs, peu intenses d'ailleurs, qui avaient amené la femme à Lariboisière disparurent rapidement.

Le lendemain matin, le 29 octobre, M. Pinard examina cette femme, et fut conduit, par son premier examen, à admettre l'existence probable d'une grossesse triple ; mais il se réserva d'examiner la femme plus longuement et suspendit son diagnostic.

Après deux examens minutieux, sa conviction fut faite, et le 30, à la visite du matin, il dit textuellement aux élèves du service : « Je ne peux pas ne pas porter le diagnostic de grossesse triple ; le palper, pratiqué avec méthode, me force à faire ce diagnostic. » Il leur fit constater, et plus tard à MM. Champetier de Ribes et Stapfer, l'existence bien nette de six pôles fœtaux.

Un pôle fœtal, une tête, occupait l'excavation, se continuant, par un plan résistant regardant à gauche et en arrière, avec un siège ballottant sous les fausses côtes gauches. Deux autres pôles céphaliques. L'un en bas au-dessus de la symphyse pubienne et au niveau de l'éminence iléo-pectinée droite ; cette tête est assez mobile ; l'autre occupant le fond de l'utérus à droite, c'est le pôle le plus élevé. Les deux derniers pôles, deux sièges, occupaient : l'un la ligne médiane au fond de la cavité utérine, l'autre la fosse iliaque droite ; les deux plans résistants de ces deux fœtus étaient moins nettement perceptibles, et des six pôles fœtaux, ce fut jusqu'à la fin le siège occupant la fosse iliaque droite dont la perception fut la moins facile.

Des trois foyers d'auscultation, l'un siégeait entre l'épine iliaque gauche et l'ombilic ; les deux autres, moins nettement séparables, étaient perçus en haut et à

droite, au-dessus de l'ombilic. Ils se déplaçaient du reste assez fréquemment.

La grossesse continua à évoluer normalement, sans déterminer de troubles notables de la santé générale. Les examens assez prolongés auxquels cette femme était soumise chaque jour, ne paraissaient même pas la gêner notablement: elle allait et venait dans les salles, rendant même quelques petits services.

A deux ou trois reprises, on crut qu'elle allait entrer en travail ; mais les douleurs se calmèrent comme la 1re fois. La santé générale se maintenait bonne ; l'examen du cœur et des poumons, répété plusieurs fois, resta toujours négatif.

Néanmoins, le ventre grossissait et donnait à la mensuration les chiffres suivants :

4 novembre. Circonférence ombilicale, 112 cent.

Le 7. Circ. omb., 115 cent.

Le 12. Circ. omb., 116 cent.

A partir du 10 novembre, la malade se plaignit de respirer difficilement, mais ses accès de dyspnée étaient très passagers et peu intenses, puisqu'elle supportait encore les examens de chaque matin (sans oreillers) sans en souffrir particulièrement.

Le 13, lors de la visite, elle causa gaiement avec M. Pinard ; elle se leva après la visite.

Vers 6 heures du soir, quelques contractions douloureuses apparurent et se succédèrent jusqu'à neuf heures du soir. A ce moment, elle se plaignit de ne pouvoir respirer et on alla prévenir Mlle Carrier.

Note remise par Mlle Carrier :

« A 9 heures et demie du soir, une infirmière vient me chercher pour la femme couchée au n° 3 de la salle Mauriceau, prise subitement d'étouffements.

Je trouve, en effet, dans la salle d'attente du service, accoudée à une fenêtre ouverte, cette femme qui dit ressentir de petites douleurs depuis quelques heures et se trouver très oppressée ; elle parle néanmoins facilement, mais elle est légèrement cyanosée et anhélante.

Elle se rend seule jusqu'à la salle d'accouchements, refusant en riant le bras qu'on lui offrait.

En y arrivant, elle ressent une contraction douloureuse qui détermine un véritable accès de suffocation. La malade devient violacée, demande de l'air, sa respiration est sifflante. Elle est assise dans un fauteuil près de la fenêtre ouverte. Cet état, et la contraction qui paraît l'avoir produit, durent une demi-minute environ ; après quoi, la respiration redevient normale, les lèvres seules restent un peu violacées.

Elle prend quelques cuillerées de sirop d'éther et se trouve mieux.

Je l'examine alors, toujours assise dans son fauteuil, et je trouve le col effacé, l'orifice externe dilaté comme une pièce de 2 francs, à bords réguliers et souples, une tête engagée, recouverte encore par les membranes.

Après l'avoir fait coucher, ou mieux asseoir dans son lit soutenue par une pile d'oreillers, je romps les membranes dans le but de diminuer la tension intra-utérine, et j'envoie une infirmière prier l'interne du service de venir

immédiatement, pensant qu'il serait peut-être possible d'extraire le premier fœtus par le forceps.

Tout cela a été l'affaire de quelques minutes.

Coup sur coup, D... a deux ou trois contractions, et chaque fois, les phénomènes précédemment décrits se renouvellent avec une intensité de plus en plus marquée.

Brusquement, à la suite d'un nouvel accès plus violent, la malade s'écrie « j'étouffe », se renverse en arrière, fait trois ou quatre inspirations spasmodiques et reste immobile.

Une écume sanguinolente s'échappe de la bouche, la pupille est largement dilatée, la vessie et le rectum se vident instantanément.

J'ausculte le cœur ; il a cessé de battre. Plusieurs piqûres d'éther, des frictions, des pressions sur la cage thoracique, la respiration artificielle restent sans résultats.

Abandonnant alors la mère qui est bien morte, je ne poursuis plus qu'un but : extraire les enfants le plus rapidement possible.

Seule, sans une aide, je ne puis songer au forceps, ni placer la femme en position obstétricale.

J'introduis, au travers de l'orifice qui n'oppose aucune résistance, ma main droite dans l'utérus. Je refoule la tête et j'arrive assez difficilement, parmi des extrémités multiples, à saisir un pied ; le fœtus évolue facilement et est rapidement extrait ; il ne crie pas mais respire.

Pour ne pas perdre de temps, n'ayant pas de ciseaux sous la main, je casse le cordon et l'abandonne sans ligature.

Ma main, immédiatement réintroduite dans l'utérus, dont la cavité paraît énorme, rencontre une grande poche membraneuse flasque, qu'elle ne peut rompre. Je saisis un membre au travers et je l'attire dans le vagin, il rompt les membranes, c'est un bras ; en le prenant pour guide, j'arrive sur un pied qui vient pour ainsi dire de lui-même se placer dans ma main, et j'extrais, sans plus de difficultés, un second enfant qui se met aussitôt à crier.

Je confie la ligature et la section du cordon à l'infirmière qui vient de revenir, et pendant ce temps, je réintroduis une troisième fois la main droite qui se perd à nouveau dans les membranes, les rompt par le même procédé que précédemment, et extrait le troisième fœtus dont la tête plus volumineuse résiste davantage. Il ne respire pas, mais son cœur bat faiblement.

Au bout de quelques minutes d'insufflation, la respiration s'établit.

Il ne s'est écoulé que très peu de sang pendant ces trois opérations qui n'ont pas duré cinq minutes. Il y a environ dix à douze minutes que la mère a rendu le dernier soupir, il est 10 heures du soir.

Les placentas restent adhérents. Les trois enfants sont en bon état ; ce sont, dans l'ordre de leur extraction : 2 filles et un garçon.

La première, fille, la plus petite, pâle, ayant perdu un peu de sang avant qu'on ait pu faire la ligature du cordon rompu, pèse 2150 gr.

La deuxième, fille, pèse 2720 gr.

Le troisième, garçon, 2950 gr.

Voici, maintenant, les résultats de l'*autopsie* pratiquée le 15 novembre à dix heures du matin.

(L'utérus ne fut pas ouvert à ce moment ; enlevé avec soin, je le fis congeler afin d'en faire des coupes. Cette dernière étude fera l'objet d'une publication prochaine. Il y avait trois poches distinctes, mais seulement deux masses placentaires.)

La paroi abdominale mesure à peine 3 millimètres d'épaisseur sur la ligne médiane.

A l'ouverture de la cavité, il s'écoule une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. (Le même liquide fut retrouvé dans les plèvres et le péricarde.)

On peut, à l'aspect que donne la cavité abdominale ouverte, la diviser en trois segments égaux ou superposés.

Le segment inférieur est occupé par l'utérus.

Le segment moyen par la masse intestinale.

Le segment supérieur par l'estomac très distendu par des gaz.

La partie apparente de l'utérus mesure, du bord supérieur de la symphyse à la masse intestinale qui recouvre sa partie supérieure : 8 centimètres.

En soulevant la masse intestinale, on aperçoit le fond de l'utérus distant du bord supérieur de la symphyse de 24 centimètres.

L'utérus est incliné à droite et tordu sur son axe. On aperçoit la trompe gauche de 3 centimètres environ, la trompe droite est invisible. Le diamètre transverse maximum de l'utérus est de 19 centim. ; il est représenté par une ligne oblique allant de la trompe droite à 3 centim. au-dessus de la trompe gauche.

L'utérus enlevé, sa face postérieure mesure, du col à la partie la plus élevée, 30 centimètres.

Les *ovaires* seront décrits ultérieurement par le professeur Mathias Duval, qui a bien voulu se charger de leur examen.

Le *foie* est énorme, il pèse 3220 gr. Son aspect est celui qu'il offre généralement à la fin de la grossesse.

Les *reins* sont simplement congestionnés.

La *rate* est grosse et diffluente.

Le *cœur* est surchargé de graisse, surtout à droite ; il pèse 410 gr.

La paroi du ventricule droit a une épaisseur de 3 millimètres.

La paroi du ventricule gauche mesure 13 millim. d'épaisseur.

Il n'y a que du sang diffluent, gelée de groseilles dans toutes les cavités.

Pas de lésions des valvules.

Les poumons sont congestionnés, quelques adhérences pleurales. 150 gr. de liquide séro-sanguinolent dans la plèvre.

Rien d'anormal dans le cerveau.

Examen histologique *du foie et du cœur*, fait par M. Mantel.

Foie. — Le foie est le siège d'une congestion très intense que dévoile l'élargissement considérable des capillaires distendus par des amas de globules rouges. Cette congestion est essentiellement diffuse, et frappe également toutes les par-

ties du lobule, soit à la périphérie, soit au centre, au voisinage de la veine sus-hépatique. En certains points, l'afflux sanguin a été assez considérable pour occasionner des hémorrhagies au sein du tissu hépatique.

Ces foyers apoplectiques présentent un aspect et une structure différents suivant l'ancienneté de la lésion : tandis que les uns, les plus récents, sont constitués par un amas de globules rouges à peine déformés et au milieu desquels on aperçoit les cellules hépatiques dissociées, comprimées mais à peu près intactes, les autres, au contraire, sont le siège d'un processus de réparation se traduisant par le développement, au sein des thromboses, de cellules jeunes se colorant vivement par le carmin.

Ces éléments embryonnaires sont d'autant plus abondants que le foyer est plus ancien. En aucun point, cependant, nous ne les avons vus envahir toute la masse nécrobiosée, ce qui semblerait prouver que si les hémorrhagies se sont produites par poussées successives, leur début est de date récente.

Quoique se colorant moins bien que d'habitude par le carmin et l'hématoxyline, les cellules hépatiques paraissent peu altérées.

Cœur. — Le tissu conjonctif est plus abondant qu'à l'état normal, et forme, en pénétrant entre les fibres musculaires, des cloisons à larges mailles, en général peu épaisses. Il est surtout abondant autour des vaisseaux.

Les artères sont le siège d'une endartérite assez marquée pour les oblitérer presque complètement. Les veines sont atteintes au même degré que les artères et paraissent plus étroites qu'à l'état normal.

Les fibres musculaires, plus pâles, présentent une striation moins nette que normalement, et ne sont atteintes en aucun point de dégénérescence granulo-graisseuse.

Réflexions. — Je crois qu'il est de quelque intérêt de mettre en lumière certains points de cette observation.

La *physionomie* de cette grossesse ne présenta rien de caractéristique. Sauf quelque gêne passagère de la respiration, aucun phénomène de compression ne fut apparent. Le développement exagéré du ventre vers le 5e mois, assez souvent noté par les auteurs, ou bien n'a pas existé, ou n'a pas attiré l'attention de cette femme.

L'œdème existait à peine au niveau de la région sus-pubienne et au niveau de la région péri-malléolaire, et cela jusqu'au dernier jour.

Il y avait quelques varices, mais moins développées qu'on ne les observe souvent à la fin d'une grossesse simple chez une primipare.

Le décubitus dorsal et horizontal fut supporté jusqu'à la fin.

La marche fut possible et relativement facile jusqu'au moment de la mort.

En résumé : grossesse paraissant être admirablement supportée.

La *durée* de cette grossesse ne différa pas sensiblement de la durée d'une grossesse simple normale. L'époque de la dernière apparition des règles, le volume des enfants démontrent en effet que la grossesse est allée à terme ou tout près du terme, fait qui n'est pas très commun.

J'arrive au diagnostic. Bien des auteurs, et des plus récents, disent que pour faire le diagnostic d'une grossesse triple, il faut d'abord penser à cette hypothèse. Cela serait bien si quelque chose de particulier, de spécial, pouvait faire naître cette idée. Malheureusement, il n'en est rien le plus souvent, et les partisans de cette méthode, par trop subjective, nous en fournissent la preuve, en nous rapportant des observations de grossesse triple méconnue et en ajoutant : nous aurions fait le diagnostic si nous y avions pensé.

Je crois la méthode objective bien supérieure, mais à une condition, c'est qu'on la connaisse et surtout qu'on sache s'en servir.

Chez notre femme, rien n'avait éveillé chez les personnes déjà expérimentées qui l'avaient examinée avant moi, l'idée d'une grossesse triple. Moi-même, après avoir regardé cette femme, vu son ventre, je ne pensais nullement à cette hypothèse. Le volume du ventre était, il est vrai, considérable, mais il n'avait rien d'exagéré ; la tension des parois abdominale et utérine n'était pas plus grande que celle qu'on observe dans les grossesses doubles, ou même dans certaines grossesses simples, alors qu'il y a un *gros œuf*.

Ce qui a fait naître en moi l'idée d'une grossesse triple, c'est le *palper*, pratiqué méthodiquement. Après avoir trouvé l'excavation remplie par une tête, j'explorai le fond de l'utérus, et je trouvai assez facilement, successivement, trois pôles ou grosses extrémités à ce niveau qui me parurent distinctes au premier abord.

En bas, je trouvai bientôt un second pôle ; le troisième fut moins nettement perçu à mon premier examen que je ne voulus pas prolonger, cette femme ayant été examinée par plusieurs personnes avant mon arrivée.

C'est pour cette raison que je suspendis mon diagnostic jusqu'au lendemain, car je me demandais encore si l'une des grosses parties, que j'avais perçues au fond de l'utérus, n'était pas constituée par une tumeur fibreuse.

Un second examen leva tous mes doutes, et j'avoue qu'il fallut que mes sensations fussent bien nettes, que j'eusse perçu avec certitude les six pôles et les trois plans résistants, pour affirmer, devant tous mes élèves, l'existence d'une grossesse triple.

Ainsi, le palper seul me permit de diagnostiquer la présence de trois fœtus, et leur attitude. Je reconnus que deux têtes étaient en bas; l'une engagée, l'autre au niveau du grand bassin et un peu à droite, la troisième au fond de l'utérus. Cette attitude des fœtus persista jusqu'au moment du travail.

Je la trouvai tous les jours. La superposition des fœtus qui existerait, si souvent, d'après certains accoucheurs, dans les grossesses doubles, mais que je n'ai jamais rencontrée, a également fait défaut dans ce cas.

Je ne fus pas le seul à faire ce diagnostic. Je priai mon collègue Ribemont-Dessaignes de venir examiner cette femme, sans lui dire de quoi il s'agissait, et lui aussi, après avoir simplement pratiqué le palper, fit le diagnostic de grossesse triple.

J'ajouterai que plus de vingt personnes firent ensuite ce diagnostic.

L'*auscultation* fit constater la présence d'un foyer à gauche et en bas bien isolé, mais permit d'entendre des pulsations fœtales dans toute la moitié supérieure droite de l'utérus, sans qu'il fût possible de limiter deux autres foyers. Un foyer qu'on avait cru isolé la veille, à ce niveau, s'était déplacé le lendemain. Seul le foyer de gauche, appartenant au fœtus dont la tête était engagée, resta permanent. Les deux autres, situés à droite un peu au-dessus de l'ombilic, ne purent être assez dissociés, ni par la dis-

tance ni par la différence du nombre des pulsations, pour qu'on pût affirmer deux autres foyers distincts.

Le *toucher* ne faisait pas constater autre chose de spécial qu'une déhiscence du col assez prononcée. Bien qu'il y eût trois poches distinctes, on ne trouva à aucun moment de poches bi ou trilobées.

En résumé, dans ce cas, comme dans celui que j'ai observé et diagnostiqué, en 1876, à la Clinique d'accouchements, c'est le palper qui me permit de constater et d'affirmer la présence de trois fœtus dans l'utérus.

J'arrive, maintenant, au drame qui termina la scène.

En présence de cette mort subite, on peut se demander et je me suis demandé si je n'aurais pas dû intervenir et faire accoucher cette femme avant terme : j'avoue que je ne me sens pas coupable.

Rien ne faisait prévoir une semblable terminaison. L'examen du cœur, pratiqué à maintes reprises par mon interne M. Mantel, par les Drs Boissard, Varnier, Potocki, Lepage, par moi-même, n'avait jamais rien révélé d'anormal. L'auscultation de la poitrine n'a jamais fait entendre ni râle, ni souffle ; la tension de la paroi utérine n'a jamais été très marquée : la circonférence abdominale maxima, prise quotidiennement, ne montrait en aucune façon un développement rapide et exagéré ; seule, une gêne passagère de la respiration se montrait de temps à autre. Je ne crus pas trouver là une indication suffisante pour provoquer le travail.

Quant à la cause de la mort de cette femme, je ne puis l'attribuer qu'à l'arrêt du cœur. Cette femme a dû avoir le *cœur forcé*. Il est probable que dès le début du travail, sous l'influence des contractions utérines, la tension devint considérable dans le système circulatoire et que le cœur, déjà fatigué, fut rapidement forcé. Je donne cette explication pour ce qu'elle vaut. Mais, je ne vois pas pour ma part d'autre cause, car sauf le volume énorme du foie qui pesait 3220 grammes, et la dilatation et la minceur des parois du ventricule droit, l'autopsie ne révéla rien autre chose.

L'examen histologique du foie et du cœur ne permet guère de faire d'autres suppositions.

Il est un autre point de cette observation que je désire mettre en lumière ; je veux parler de l'accouchement.

On ne saurait trop louer, je pense, la décision rapide prise par M^lle^ Carrier, en face d'une situation si angoissante ; mais ce qu'il faut remarquer également, c'est la facilité avec laquelle elle put faire pénétrer la main à travers un orifice incomplètement dilaté quelques instants avant, et repousser la tête primitivement engagée, pour aller chercher un pied.

Ce fait prouve, une fois de plus, combien il est facile d'introduire la main dans l'utérus, pendant la période agonique ou immédiatement après la mort, et justifie les efforts faits par mon ami, le D^r^ Thévenot, pour vulgariser en France la méthode de Rizzoli.

Pour terminer, je ferai remarquer combien le poids total des enfants était considérable :

Le premier pesait.....	2150
Le deuxième —	2720
Le troisième —	2950
Total.....	7820

Ces trois enfants, très bien conformés, très vivaces, sont à l'heure actuelle (mars 1889) très bien portants.

DE L'APPENDICITE
DANS SES RAPPORTS AVEC LA PUERPÉRALITÉ (1)

Obs. — Le 14 décembre 1897, une jeune femme de vingt-cinq ans, enceinte pour la première fois, de six mois environ (dernières règles le 28 juin), n'ayant aucun passé médical, se promenant dans Paris avec son mari, éprouva brusquement une douleur très vive, d'abord au niveau de la région épigastrique, puis s'irradiant bientôt dans toute la région abdominale, avec prédominance dans la fosse iliaque droite et la fosse lombaire. Rentrée avec peine chez elle, les vomissements ne tardèrent pas à se montrer, alimentaires d'abord, puis bilieux et porracés le lendemain. Un médecin fut appelé qui conseilla des injections chaudes, des cataplasmes et des lavements laudanisés. Le ventre se ballonna et la constipation, qui n'existait pas avant, se montra opiniâtre, malgré l'ingestion de purgatifs. Cet état dura, avec des alternatives de calme et d'exacerbation, jusqu'au 19 décembre, jour où la malade fut amenée à la Clinique Baudelocque.

A son entrée, mon chef de clinique, M. Baudron, constate un ballonnement considérable du ventre, avec circulation collatérale très apparente de la paroi, au niveau de la région iliaque droite. A la palpation, le ventre est très douloureux dans toute la région hypogastrique, surtout à droite. Point de Mac Burney très net. Le palper permet de délimiter une tumeur dont la limite supérieure affleure l'ombilic ; cette tumeur se contracte sous la main : c'est l'utérus. Les anses intestinales distendues, refoulées dans la partie supérieure de la cavité abdominale, donnent à la percussion une sonorité considérable. Le toucher démontre la présence du col ramolli, un peu effacé ; au centre de l'excavation et dans le cul-de-sac antérieur, on perçoit le ballottement vaginal. Rien d'anormal dans les autres culs-de-sac.

L'auscultation fait percevoir nettement les pulsations du cœur fœtal. Le pouls maternel était à 120 et la température à 37°,2. Le soir, la température s'éleva seulement à 37°,8. Traitement : injections sous-cutanées de morphine. Glace intus et extra. Je vis le lendemain matin la malade. La situation n'avait pas changé. Le pouls était à 120, la température à 37. Mais le facies était grippé et le ballonnement du ventre extrêmement accusé. Je portai le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée, et je pensai qu'un seul traitement pouvait offrir une chance de guérison : l'intervention chirurgicale.

(1) Communication à l'Académie de médecine, à la séance du 22 mars 1898, et *Ann. de Gynécologie*, mai 1898, t. XLIX, p. 345.

Toutes les dispositions furent prises pour cela. A trois heures du soir, la température étant toujours à 37° et le pouls à 120, et la malade ayant été soumise à l'anesthésie chloroformique, mon collègue Segond pratiqua une incision de 6 centimètres, parallèle à l'arcade de Fallope, au niveau de la région cæcale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoula un flot de pus extrêmement fétide, au milieu duquel nageaient l'ovaire et la trompe très congestionnés. Les doigts, introduits à travers l'incision, plongent dans un vaste foyer rétro-cæcal et reconnaissent que le pus, libre dans la cavité péritonéale, contourne l'utérus repoussé en avant et existe en abondance dans la fosse iliaque gauche.

Pour cette raison, M. Segond pratique à gauche une incision analogue à l'incision de droite. Il s'écoule encore une notable quantité de liquide séro-purulent odorant, mais moins fétide que le pus qui emplissait la fosse iliaque droite. Les annexes gauches nagent dans ce liquide et apparaissent entre les lèvres de l'incision. On place, de chaque côté, deux drains en canon de fusil, dont les extrémités profondes se réunissent dans le cul-de-sac de Douglas et, par ces drains, on fait passer de l'eau bouillie jusqu'au moment où cette eau ressort absolument claire. Pansement à la gaze stérilisée à plat. Durée de l'intervention : vingt minutes.

Dans la soirée, apparition de contractions utérines douloureuses. Température 38°,2. Pouls 150. Expulsion du fœtus le 21, à 4 h. 30 du matin. Délivrance naturelle. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Les vomissements n'ont plus reparu après l'opération, mais le pouls devint de plus en plus fréquent et petit, et malgré les injections d'éther et de caféine, l'affaiblissement progressa et la malade mourut à 1 h. 45 du soir.

Autopsie (pratiquée en ma présence par le Dr Wallich, mon chef de laboratoire). — L'autopsie complète n'a pu être faite ; mais on a pu examiner l'abdomen en réunissant les deux incisions de la laparotomie.

On constata des adhérences, nombreuses entre l'utérus et l'intestin. Dans la fosse iliaque droite, l'intestin est, pour ainsi dire, maçonné dans des adhérences. Au niveau du cæcum, l'appendice iléo-cæcal est adhérent, accolé au cæcum. Cet appendice mesure sept centimètres ; il présente deux perforations : l'une au voisinage de l'insertion du cæcum, l'autre à trois centimètres au-dessous.

L'autopsie de l'enfant n'a pu être pratiquée, *mais le sang recueilli dans un des vaisseaux du cordon et ensemencé a fourni des cultures pures de coli-bacille.*

Bien que l'examen bactériologique n'ait pas porté sur les organes maternels, il est bien vraisemblable d'admettre qu'il y avait du coli-bacille dans la cavité péritonéale, par suite de la perforation intestinale.

Voici donc un nouveau cas qui vient s'ajouter à d'autres, déjà nombreux, pour démontrer combien Paul F. Munde a eu raison, en publiant le premier cas bien étudié d'appendicite pendant la grossesse (1), d'appeler l'attention des accoucheurs et des gyné-

(1) *Medical Record*, 1er décembre 1894.

cologistes sur les rapports que peut présenter l'appendicite avec la puerpéralité.

C'est, depuis cette époque seulement, que l'appendicite a été le sujet de recherches et de publications en Amérique, où les observations n'ont pas tardé à se succéder. Déjà, des travaux importants — parmi lesquels il faut surtout citer le mémoire de Munde, paru l'année dernière (1), et celui de R. Abrahams (2), où sont recueillis et analysés de nombreux matériaux — permettent d'envisager l'étendue de la question.

En France, où on a fait — et je pourrais dire du haut de cette tribune — de l'appendicite une étude si magistrale et si complète, où notre collègue Dieulafoy a, comme Munde en Amérique, donné le branle en appelant, lui aussi, soit à l'Académie, soit dans ses leçons, l'attention des médecins sur les rapports de l'appendicite sur la grossesse, en France, dis-je, les observations commencent à se multiplier.

Sous l'inspiration du professeur Poncet, une thèse intéressante a été soutenue à la Faculté de Lyon par M. Gaston Boullier, l'année dernière (3). Cette thèse renferme des observations inédites dues à MM. Laroyenne, Vinay et Bouveret. M. Vinay a publié dans le *Lyon médical*, le 2 janvier 1898, un mémoire sur l'appendicite au cours de la grossesse et pendant les suites de couches. Il rapporte, en détail, l'histoire de quatre femmes atteintes d'appendicite pendant la période puerpérale (deux fois pendant la grossesse et deux fois pendant les suites de couches), et fait suivre ces observations de considérations très intéressantes concernant l'évolution et la marche de l'appendicite survenant dans ces conditions spéciales.

A Paris, aux observations rapportées par M. Dieulafoy, sont venues se joindre celles de Le Gendre et de Tuffier. Une thèse a été tout récemment soutenue (le 13 janvier 1898) par le Dr Georges N. Iarca. Dans cette thèse se trouvent trois observations

(1) *The medical News a Weeckly Journal of medical Science*, New-York, 1897, n° 20.
(2) *American Journal of Obstetrics*, 1897, v. XXXV.
(3) *De l'appendicite pendant la grossesse*. Lyon, 1897.

inédites dues à MM. Maygrier et Budin. Dans les sociétés médicales, cette question est à l'ordre du jour, et dans le cours des discussions, des observations sont citées. C'est ainsi qu'en compulsant ce qui a paru, j'ai pu rassembler, en y comprenant la mienne, 45 observations. On le voit, il se passe pour l'appendicite ce qui s'est passé pour la grossesse extra-utérine. Sans vouloir dire, en aucune façon, que la fréquence de ces deux maladies soit la même, il faut reconnaître que si, il y a vingt ans, on ignorait la fréquence de la grossesse extra-utérine, si, il y a dix ans, les médecins et les chirurgiens n'avaient que de vagues rapports avec l'appendicite ; hier encore, les accoucheurs ne se doutaient pas que cette terrible affection pût venir compliquer la puerpéralité.

Je n'ai nullement l'intention de soulever ici des questions de doctrine. La pathogénie, l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'appendicite ont été traités, ici et ailleurs, avec une éloquence que vous n'avez point oubliée et une compétence à laquelle je ne saurais prétendre.

Mon but est beaucoup plus modeste et beaucoup plus restreint. Me plaçant à un point de vue clinique particulier, je veux simplement envisager, aujourd'hui, ce que présente de spécial l'appendicite, quand elle complique ou vient compliquer la puerpéralité. Même ainsi limitée, mon étude ne pourra être que rudimentaire, car les observations, quoique nombreuses déjà, ne sont pas suffisantes pour permettre de porter sur bien des points de cette histoire un jugement définitif.

Le seul fait bien établi aujourd'hui, qui doit éveiller, dès maintenant, l'attention des médecins en général et des accoucheurs en particulier, est le suivant : *l'appendicite peut compliquer la puerpéralité dans toutes ses périodes : soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit pendant les suites de couches*. Trente cas opérés, ou suivis d'auptosie, prouvent cette assertion. Des observations démontrent que la grossesse peut être troublée par l'appendicite dès les premières semaines et pendant toute sa durée ; de même que l'appendicite peut venir

compliquer la fin de la dernière période puerpérale (20 jours, obs. Dieulafoy; 28 jours, obs. Lepage, après l'accouchement).

Les observations démontrent aussi que l'appendicite, survenant pendant la grossesse, interrompt le plus souvent celle-ci et menace aussi bien l'existence du fœtus que celle de la mère.

Presque tous les auteurs ont remarqué combien souvent les fœtus viables étaient expulsés morts, ou mouraient fréquemment de cause indéterminée en présentant, dans les quelques jours de leur existence, des signes de septicémie.

Notre observation peut fournir une explication du fait. L'ensemencement pratiqué par le Dr Wallich et qui a donné des cultures pures de coli-bacille démontre l'infection *in utero*, le sang ensemencé ayant été pris dans les vaisseaux du cordon ombilical.

Je ne dirai rien des causes, si ce n'est que la plupart des auteurs incriminent la constipation opiniâtre. Vous savez ce que nous devons en penser.

Au point de vue de la symptomatologie, tous les types si magistralement étudiés et décrits par notre collègue Dieulafoy, se retrouvent dans les observations d'appendicite survenant, soit pendant la grossesse, soit pendant les suites de couches.

Le diagnostic d'appendicite pendant la puerpuéralité offre peut-être des difficultés plus grandes, qui tiennent, pendant la grossesse, à la présence dans la région hypogastrique de l'utérus développé, et pendant les suites de couches, à la confusion des signes d'infection puerpérale et d'infection appendiculaire. Mais, ces difficultés ne sont point insurmontables pour un observateur attentif, ainsi que les faits le démontrent.

Quant au traitement, Munde s'exprimait ainsi en 1896 :

« Pour conclure, je pense que les nombreux exemples d'appendicite, avec ou sans suppuration, se produisant pendant la grossesse ou le travail, qui ont été relatés depuis la publication de mon mémoire, il y a environ un an, doivent nous engager à nous mettre en garde contre cet accident dans cette circonstance (la grossesse) comme dans toutes les autres, et à traiter la

maladie sans nous préoccuper de l'existence de la grossesse. C'est pourquoi, je ne suis pas du même avis que les médecins qui veulent, pour une attaque d'appendicite, provoquer l'avortement ou l'accouchement. »

Je ne saurais, pour ma part, qu'applaudir à ce jugement. Peut-être irai-je plus loin et dirai-je : l'appendicite pendant la grossesse doit être traitée chirurgicalement, plus rapidement que dans n'importe quel autre cas. Et cela, en raison des rapports du foyer infectieux avec l'appareil génital. Je ne veux pas rechercher, pour le moment, si l'infection se fait par contiguïté, ou par la voie sanguine ; je reviendrai plus tard sur ce point si l'Académie me le permet. Quelle que soit la voie, l'infection se fait, et les deux existences sont menacées. Tout est là.

Ces considérations ne seront peut-être pas à dédaigner quand on se trouvera en présence d'une appendicite survenue chez une jeune fille ou une jeune femme. Pensant aux rapports de l'appendicite avec la puerpéralité, on trouvera sans doute bon de se déterminer à enlever le foyer infectieux, là où jusqu'ici on aurait pu hésiter. Cela sera, je pense, de la bonne prophylaxie.

J'en ai fini, Messieurs. Vous le voyez, je n'ai pas eu d'autre but, en faisant cette courte communication, que d'éveiller l'attention, de provoquer des discussions scientifiques, et je profite de la circonstance pour exprimer à ceux de nos confrères et collègues qui ont dépensé tant d'efforts et de talent pour élucider ce chapitre si intéressant de la pathologie, l'expression de la reconnaissance des accoucheurs.

Voici maintenant, pour terminer, le résumé statistique des observations que j'ai pu trouver dans les auteurs.

TABLEAUX DES CAS OPÉRÉS ET NON OPÉRÉS

Nos	OPÉRATEURS ET DATES	PÉRIODE DE LA PUERPÉRALITÉ	ÉTE DES
1	STIMSON. — *New-York J.*, 1890, b. 449.....	3e mois.	Périt.
2	MIXTER. — *Bost. med. and. surg. J.*, 1891, p. 97	7e mois.	Périt.
3	MUNDE. — *Med. Rec.*, 1894, p. 678.....	8e mois.	Périt.
4	MUNDE. — *Med. Rec.*, 1895, p. 609.....	9e mois.	Périt.
5	MUNDE. — (Cité par ABRAHAMS, *loc. cit.*).....	5e mois.	Périt.
6	MAC ARTHUR. — *Amer. J. of Obst.*, 1895, p. 185.	4 mois 1/2	Périt.
7	MAC ARTHUR. — *Ibid*.....	5e mois.	Périt.
8	HARRISSON. — *Med. Rec.*, 1895, p. 29.....	5e mois.	Périt.
9	HIRST. — *Amer. J. of Obst.*, 1896, p. 253.....	4 mois 1/2	Périt.
10	NOBLE. — *Amer. J. of Obst.*, 1896, p. 253.....	Au moment du travail.	Périt.
11	HOWARD CRUTCHER. — *Med. Rec.*, 1896, p. 461.	2 mois 1/2	Périt.
12	MARX. — *Med. Rec.*, 1896, p. 461.....	9e mois.	Périt.
13	JARMAN. — *Ibid*.....	4 mois 1/2	Périt.
14	WINEBERG. — *Ibid*...	8e mois.	Périt.
15	PENROSE. — *Amer. J. of Obst.*, 1896, p. 253.....	3e mois.	Périt.
16	PENROSE. — *Ibid*.....	3e mois.	Périt.
17	ABBE. — *Med. Rec.*, 1897, p. 347	7e mois.	Périt
18	ABRAHAMS. — *Amer. J. of Obst.*, 1897, p. 205...	3e mois.	Périt
19	ABRAHAMS. — *Ibid*.....	8e mois.	Périt
20	BLACK. — *Ann. of Gyn. and Pæd.*, 1897, p. 525.	Grossesse extra-utérine des premiers mois.	Périt
21	WILLIAM BULL. — *Med. Rec.*, 1897, p. 347.....	4e mois.	Périt
22	LAROYENNE. — In Th. de BOUILLIER, p. 51.....	3 mois 1/2	Périt
23	LE GENDRE. — *Rev. d'obstétr. et de péd.*, 1897, p. 200.	2 mois 1/2	Périt
24	TUFFIER. — *Ibid.*, p. 206.....	4e mois.	Périt
25	VINAY. — *Lyon méd.*, 1898, p. 1.....	4 j. après l'accouchem.	Périt
26	BUDIN. — In Th. de JARCA, 1898, p. 52.....	5e mois.	Périt
27	MAYGRIER. — *Ibid.*, p. 47.....	6e mois.	Périt
28	PEYROT. — *Inédit*.....	3e mois.	Périt
29	PINARD.....	5e mois	Périt
30	DIEULAFOY. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, p. 314...	20 j. après l'accouch.	Périt

URE DE L'OPÉRATION		RÉSULTATS POUR LA MÈRE		RÉSULTATS POUR LE FŒTUS		
SIMPLE	ABLATION	GUÉRISONS	MORTS	AVORTEMENT	VIVANTS	MORTS
	Ablation.	G.	»	?	?	?
	Ablation 3 m. ap. l'acc.	G.	»	»	»	M.
	Ablation.	G.	»	»	»	M.
	»	»	M.	»	»	M. Monstre anencéph.
drain.	»	»	M.	?	»	»
	Ablation.	»	M.	Avortem. fœtus mort.	»	»
drain.	»	»	M.	Avortem.	»	»
drain. l'av.	»	G.	»	Avortem.	»	»
drain.	»	G.	»	»	V.	»
drain. l'acc.	»	G.	»	»	V.	»
drain.	»	»	M.	Avortem.	»	»
drain.	»	G.	»	»	V.	»
drain.	»	G.	»	»	V. à terme.	»
drain.	»	G.	»	»	?	?
drain.	»	G.	»	»	V. (?).	»
	Ablation. 6 m. ap. l'av.	G.	»	Av. prov. à 3 mois 1/2.	»	»
drain.	»	G.	»	»	V. à terme.	»
drain. Mundé l'acc.).	»	»	M.	Avortem.	»	»
drain.	»	»	M.	»	»	M.
l'acc.	Ablation.	G.	»	»	»	»
	»	G.	»	?	?	?
drain.	»	G.	»	»	V. à terme.	»
drain.	Ablation.	G.	»	La grossesse continue.		
	Ablation.	G.	»	La grossesse continue.		
	Ablation.	G.	»	»	V.	»
	Ablation.					
drain.	»	»	M. non acc.	»	»	»
drain.	»	»	M.	»	V.	»
	Ablation.	G.	»	»	V. à 7 m 1/2	»
drain.	»	»	M.	Avortem.	»	»
drain.	Ablation.	G.	»	»	»	»

B. — Cas non opérés.

N°s	OBSERVATEURS ET DATES	PÉRIODE DE LA PUERPÉRALITÉ	VÉRIFIÉS A L'AUTOPSIE	RÉSULTATS POUR LA MÈRE		RÉSULTATS POUR LE FŒTUS		
				GUÉRISONS	MORTS	AVORTEMENT	VIVANTS	MORTS
1	WIGGIN. — *Med. Rec.*, 1891, p. 109.....	3e mois.	Péritonite généralisée.	»	M.	?		
2	BAYLEY. — *Med. Rec.*, 1895, p. 342.....	5e mois.	»	G.	»	»	V. (à terme).	
3	THOMASON. — *Med. Rec.*, 1835, p. 407.....	8e mois 1/2.	»	G.	»	»	V.	»
4	WINEBERG. — Cité par MARX, *Med. Rec.*, 1896, p. 461.	9e mois.	»	G.	»	»	V.	»
5	ABRAHAMS. — *Amer. J. of Obst.*, 1897, p. 205.	8e mois.	»	G.	»	»	V. (à terme).	M.
6	ABRAHAMS. — *Ibid*.....	9e mois.	»	G.	»	»	»	
7	ABRAHAMS. — *Ibid*.....	9e mois.	»	G.	»	»	V. (à terme).	
8	ABRAHAMS. — *Ibid*.....	5e mois.	»	G.	»	La grossesse continue.		
9	SCHAIE. — Cité par ABRAHAMS, *loc. cit.*.	7e mois.	»	G.	»	»	»	M.
10	BOUVERET. — Thèse de BOUILLIER, p. 36..	4e mois.	»	G.	»	Avort.	»	»
11	VINAY. — *Lyon méd.*, 1898, p. 1.....	6e mois.	»	G.	»	»	V.	»
12	VINAY. — *Ibid*.....	2e mois.	»	G.	»	Avort.	»	»
13	VINAY. — *Ibid*.....	6 semaines après l'acc.	»	»	»	»	V.	»
14	BUDIN. — Thèse de JARCA, p. 49.	6e j. après l'accouchem.	»	»	M.	»	V.	»
15	LEPAGE. — *Inédit*.....	28 j. apr. l'acc.	»	G.	»	»	V. (à terme).	»

RÉSUMÉ

A. *Cas opérés :* 30. Mortalité totate : 1° maternelle, 10, soit 33 p. 100; 2° infantile, 11, soit 36 p. 100.
α) Péritonites enkystées : 22. Mortalité maternelle, 5, soit 25 p. 100.
β) Péritonites généralisées : 8. Mortalité maternelle, 5, soit 62 p. 100.
B. *Cas non opérés :* 15. — Mortalité totale : 1° maternelle, 2, soit 13 p. 100; 2° infantile, 2, soit 13 p. 100.
Péritonites généralisées : 2. Mortalité maternelle, 2, soit 100 p. 100.

DU CANCER DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE (1)

MESSIEURS,

Je désire, aujourd'hui, vous entretenir de la question suivante : Quelle est la conduite à suivre chez une femme enceinte atteinte de cancer de l'utérus ? Et cela à propos d'une de nos malades, entrée dans le service, depuis quelques jours, et dont voici l'histoire, aussi succincte que possible.

Femme âgée de trente ans, enceinte pour la quatrième fois, n'ayant rien présenté de particulier pendant ses grossesses et ses accouchements antérieurs, qui ont eu lieu à terme. Tous ses enfants sont vivants et bien portants. Sa santé a été parfaite, au moins en apparence, jusque dans ces derniers temps. Réglée pour la dernière fois le 8 octobre 1894, elle a commencé à perdre en décembre, tantôt en blanc, tantôt en rouge. Depuis cette époque, les pertes ont continué, se montrent par intermittences et de plus sont fétides. La défécation, depuis quinze jours, est difficile et douloureuse. La miction est fréquente, mais ne cause aucune souffrance.

Cette femme, entrée hier, se présente à nous avec un état général paraissant excellent. Son ventre est développé, comme il l'est normalement à cinq mois de grossesse. Le fond de l'utérus s'élève à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'enfant est vivant. Jusque-là tout paraît parfait, mais, si l'on pratique le toucher vaginal, on arrive, de suite, sur une énorme

(1) Leçon recueillie par le Dr WALLICH, chef de clinique. *Bulletin médical*, 12 juin 1895.

masse végétante, occupant tout le col de l'utérus et reposant sur une base indurée, qui s'étend à tous les culs-de-sac.

Ainsi, chez cette femme qui présente toutes les apparences de la santé, qui n'a que peu ou point souffert, qui, depuis deux mois seulement, perd par les organes génitaux un liquide plus ou moins coloré, nous venons de découvrir un cancer ayant envahi tout le col et déjà s'étant propagé aux organes voisins : vessie et rectum.

Ce fait nous démontre donc la possibilité de la fécondation chez une femme atteinte de cancer de l'utérus. Et, bien que je ne veuille pas aujourd'hui m'étendre sur ce point, je tiens cependant à vous dire, que si la fécondation est possible dans ces cas, elle est relativement rare, comme le prouvent les dernières statistiques et en particulier celle qui concerne mon service. Mais je veux étudier surtout aujourd'hui : l'influence du cancer de l'utérus sur la grossesse et l'accouchement, et ensuite, la conduite à tenir dans ces cas.

Au point de vue de l'influence du cancer sur la grossesse, les auteurs ne sont pas d'accord, et leur désaccord provient peut-être de ce qu'on a réuni, dans des travaux d'ensemble, des cas fort différents. Plusieurs statistiques importantes ont été publiées et peuvent être examinées pour établir la fréquence de l'interruption de la grossesse, et surtout de la mort de l'enfant dans les cas de cancer utérin ; ce sont les statistiques publiées par Lever, Mirman, Cohnstein, et mon collègue, le Dr Bar, dans sa thèse d'agrégation de 1889. Je me rallie, d'après ce que j'ai pu observer, aux statistiques dont les résultats tendent à démontrer que, dans deux tiers des cas, le fœtus ne succombe pas avant sa viabilité, et que la grossesse évolue jusqu'à terme ou près du terme. Retenez bien cela, à savoir que le plus souvent, dans deux tiers des cas, le fœtus peut naître vivant, et vous savez que je n'ai pas l'habitude de considérer cela comme une quantité négligeable ; nous allons du reste revenir plus loin sur ce point, à propos du traitement.

Quelle est donc la conduite à tenir quand on est en présence

d'une femme enceinte ayant un cancer utérin ? Doit-on intervenir pendant la grossesse ou au moment du travail ?

Pendant la grossesse, il y a lieu de tenir compte de l'âge de celle-ci. Vous savez, en effet, que l'ablation totale de l'utérus par hystérectomie vaginale a donné et donne, ailleurs et ici, des résultats merveilleux ; vous savez, avec quelle audace et aussi avec quelle sécurité, les chirurgiens la pratiquent à l'heure actuelle. Mais il n'en est aucun qui ne considère, comme une limite absolue à l'intervention par la voie vaginale, toute tumeur remontant au-dessus de l'ombilic. Or, j'estime que cette loi est applicable à la question de l'intervention sur l'utérus cancéreux gravide. Lorsque l'utérus a dépassé dans son développement l'ombilic, on ne doit pas pratiquer l'hystérectomie vaginale. Mais si l'on ne doit pas faire l'hystérectomie vaginale lorsque l'utérus a dépassé les limites que je viens de vous indiquer, est-on autorisé à pratiquer d'autres opérations ?

Avant de chercher à résoudre cette question, rappelons-nous ce que je vous disais tout à l'heure : c'est que dans deux tiers des cas l'enfant continue à vivre et à se développer. C'est ce que nous disent les chiffres de Cohnstein et de Bar, c'est ce que m'a appris mon expérience personnelle. Et je m'éloigne à ce sujet, d'une façon absolue, de l'avis émis par Fritsch, considérant la mort de l'enfant et l'avortement comme très fréquents. Cette opinion, que je ne partage pas, a été soutenue dans un travail fort intéressant de mon élève et ami le Dr Hernandez.

Étant donné que la vie de l'enfant doit entrer en ligne de compte, on ne serait en droit de la sacrifier, que si les résultats obtenus par les méthodes opératoires pendant la grossesse étaient très favorables à la survie de la mère.

On a vanté l'opération de Freund, celle de Zweifel, celle de Mackenrodt, procédés divers d'hystérectomie abdominale totale. Mais, les cas sur lesquels elles s'appuient sont des cas isolés. Avouons-le, on n'a pas encore à ce sujet de très grande expérience, et en tout cas, les observations ne sont pas à l'heure actuelle suffisantes pour entraîner délibérément à sacrifier l'enfant,

quelque mauvaises que soient les conditions dans lesquelles il se développe.

Je vous disais, tout à l'heure, que l'hystérectomie vaginale était, dans les cas dont nous nous occupons, contre-indiquée par l'élévation de l'utérus au-dessus de l'ombilic. Mais, ne pourrait-on pas obvier à cet inconvénient en provoquant l'avortement et en pratiquant, dans les semaines qui suivent, l'hystérectomie vaginale après l'involution utérine ?

Cette manière de faire est défendue par mon ami, le Dr Pozzi, dans son remarquable Traité de gynécologie; je ne puis l'accepter. Il faut avoir vu les désastres que peut provoquer toute intervention chirurgicale sur l'utérus, pendant la période puerpérale, pour apprécier tous les dangers d'une telle conduite. Il faut attendre au moins trois mois, après l'accouchement, pour se permettre une opération sur l'utérus, si l'on veut attendre son involution complète et parfaite. Or, attendre trois mois quand il s'agit d'un cancer, voyez ce que peut avoir gagné en étendue le néoplasme pendant cette période, surtout après le coup de fouet, que peuvent avoir donné au développement de la tumeur : et les manœuvres de la provocation de l'avortement, et l'avortement lui-même.

Donc, jusqu'ici, les méthodes dont je viens de vous parler n'offrent, à mon avis, pas assez de bénéfices à la mère pour compenser le sacrifice de l'enfant. Surtout si l'on considère que, dans des cas envisagés comme des succès, la mort s'est produite à des époques très rapprochées de l'intervention, dans les jours ou les semaines qui ont suivi l'opération.

Aussi, je n'hésite pas à formuler l'opinion que, lorsque l'utérus gravide cancéreux a dépassé l'ombilic, il n'est plus justiciable des opérations dont nous venons de parler.

Il faut d'abord attendre ; car on a vu des cas où l'induration cancéreuse, bien qu'ayant envahi tout le col, n'a pas empêché la dilatation de se produire, et même quelquefois dans un laps de temps très court.

Si, au contraire, la dilatation ne se fait pas sous l'influence des

contractions répétées, n'attendez pas, intervenez. L'expectation, dans ces circonstances, ne peut être que nuisible à la mère et à l'enfant.

A quel mode d'intervention aurez-vous recours ? On a conseillé les incisions du col, soit superficielles, soit profondes. Eh bien, tout ce que j'ai pu lire, toutce que j'ai vu me fait absolument rejeter cette manière d'agir. Compter sur la dilatation par élasticité est raisonnable ; compter sur la dilatation par déchirure est une chose mauvaise, qui ne donne et ne peut donner que des résultats désastreux.

Aussi, je vous conseille d'abandonner les voies naturelles et de créer au fœtus un passage artificiel. Vous aurez donc recours à la laparotomie et à la section de l'utérus. Cela étant accompli et l'enfant ayant été extrait, que devez-vous faire ensuite ? Ici encore, les opinions diffèrent. Pour les uns, il faut se conduire comme dans l'opération césarienne conservatrice et suturer, après la délivrance, les parois utérines. Malgré quelques beaux succès enregistrés en opérant ainsi, je n'adopte pas cette méthode, qui fait courir des dangers immédiats à la femme. Je vous recommande de pratiquer, après l'extraction de l'enfant, l'amputation utéro-ovarique, l'opération de Porro.

Je sais bien qu'on reproche à cette opération d'enlever de l'utérus, justement les parties qui ne sont pas malades, en laissant en place les portions envahies par le néoplasme. Mais à cela je réponds que les opérations d'ablation totale, de Freund, Zweifel, Mackenrodt, n'ont, jusqu'ici, donné que bien peu de résultats ou des résultats peu encourageants. L'opération de Porro, si elle n'enlève pas tout l'utérus, permet au moins, par l'extériorisation du moignon, d'interrompre toute communication entre le col et la cavité utérine avec le péritoine. D'autre part, ne pas toucher, dans ces conditions, au néoplasme, est-ce si gros de conséquence qu'on a bien voulu le dire ? Je vais, avant de terminer notre entretien, vous soumettre deux observations de Porro, pratiquées dans mon service sur des utérus gravides cancéreux à terme, et vous verrez que les résul-

tats n'ont pas été faits pour nous détourner de cette opération.

Dans un cas, j'ai opéré moi-même, dans l'autre, l'opération a été pratiquée par M. Lepage, accoucheur des hôpitaux.

La nommée D..., âgée de trente-sept ans, est amenée de Saint-Denis le 25 novembre 1891, avec une lettre du Dr Dupuy, dans laquelle il dit qu'il a constaté chez cette femme « un col carcinomateux et un vagin envahi à gauche, le tout dans des proportions telles qu'il faut une opération grave ».

Cette femme est enceinte pour la onzième fois ; ses accouchements antérieurs ont été normaux. La date des dernières règles est inconnue ; d'après le volume de l'utérus, il semble que la grossesse soit arrivée à terme.

Dès les premiers mois de sa grossesse, cette femme a éprouvé des douleurs lombaires et abdominales assez intenses ; elle a perdu, par les organes génitaux, un liquide sanguinolent et de l'eau roussâtre sentant mauvais, à partir du cinquième mois.

Elle a commencé à avoir des douleurs dans la soirée du 23 novembre ; une sage-femme fut appelée auprès d'elle, et, après l'avoir observée pendant quarante-huit heures, l'envoya à l'hôpital de Saint-Denis, d'où elle fut dirigée sur la Clinique Baudelocque. Les membranes se sont rompues dans la matinée du 25 novembre.

A son entrée, on constate que le fœtus vivant se présente par le siège ; tout le col et une grande partie du segment inférieur sont envahis par un néoplasme végétant et facilement saignant.

Après examen, je me décide à faire une opération de Porro ; sous chloroforme, je constate que le néoplasme a envahi, non seulement le vagin, mais la vessie.

L'opération ne présente aucun incident particulier : j'extrais une fille vivante, pesant 3220 grammes, et qui quitta le service le 16 janvier 1892 en bon état, pesant 4110 grammes.

La malade guérit, ou du moins sortit vivante de la Clinique le 16 janvier ; elle conservait alors une fistule urinaire qui s'était produite, à la suite d'un abcès urineux, au voisinage du pédicule. Le pédicule est tombé le 26 décembre (trente et un jours après l'opération).

Cette femme est morte de cachexie cancéreuse, à Saint-Denis, dans le courant du mois d'avril 1892.

Juliette B..., vingt-huit ans, blanchisseuse, entrée à la Clinique Baudelocque le 21 août 1893, à huit heures du matin. Elle a déjà mené à terme trois grossesses normales, terminées par la naissance d'enfants vivants et bien portants. La dernière grossesse date de 1891. En 1889, avortement de deux mois. Six mois plus tard, elle avorte de nouveau, dit-elle, à six semaines. En 1892, nouvel avortement d'un mois. A partir de ce dernier avortement, elle perd toujours un peu de sang ; ces pertes irrégulières et peu abondantes surviennent à quelques jours d'intervalle. Elle perd aussi en blanc, mais sans odeur fétide. Depuis le mois de juillet 1891, elle maigrit beaucoup, mais l'état général reste bon.

Les dernières règles ont lieu le 10 novembre 1892. Elle perd du sang dans les trois ou quatre premiers mois, puis les pertes deviennent de plus en plus fréquentes et s'accompagnent de vives douleurs lombaires. Jamais elle n'a remarqué d'écoulement fétide. Le 20 août, à quatre heures du matin, la veille de son entrée dans le service, elle perd les eaux, mais continue à travailler.

Dans la soirée du 21, vers huit heures, les douleurs deviennent plus fortes, puis s'arrêtent vers minuit. A deux heures du matin, le 22 août, l'utérus reste inerte : elle perd beaucoup de sang, un médecin appelé veut faire une application de forceps, mais il ne peut introduire qu'une branche et dirige la femme vers la Clinique Baudelocque, où elle arrive à cinq heures du matin.

Elle est dans un état de prostration profonde. L'utérus est tétanisé, il est impossible de reconnaître une partie fœtale. Au toucher, on constate une tête engagée et une dilatation grande comme une pièce de cinq francs. Les bords de l'orifice présentent des excroissances mamelonnées, irrégulières, dures, saignant facilement. M. Lepage, alors chef de clinique, constate que tout l'orifice utérin est envahi par du néoplasme sur une hauteur de deux centimètres environ, et décide de pratiquer l'opération de Porro. L'enfant est extrait par la section césarienne, il est ranimé promptement. La mère et l'enfant sont sortis le 11 octobre. Cette femme est examinée à sa sortie par le Dr Segond qui conseille l'abstention, étant donnée l'extension du néoplasme à la paroi vaginale antérieure.

DE L'ACTION DE L'EAU CHAUDE SUR L'UTÉRUS, PENDANT LA PUERPÉRALITÉ (1).

Étudiant depuis quelques années l'action de l'eau chaude sur l'utérus, pendant la puerpéralité, je vais exposer le résultat de mes recherches en rappelant rapidement les principales opinions émises jusqu'à ce jour sur ce sujet. J'envisagerai successivement l'action de l'eau chaude sur l'utérus : 1° pendant la grossesse ; 2° pendant le travail ; 3° pendant la délivrance ; 4° pendant l'involution utérine.

1° *Pendant la grossesse.* — Depuis Hippocrate jusqu'à la fin du XVIII^e^ siècle, l'usage des bains est proscrit chez les femmes enceintes, et à l'heure actuelle, l'imprégnation de la doctrine hippocratique n'a pas disparu. Beaucoup de médecins, en effet, conseillent de ne pas prendre de bains pendant la grossesse, redoutant l'avortement ou l'accouchement prématuré. Donc, de par la tradition, l'action de l'eau chaude sur l'utérus gravide peut déterminer des contractions intempestives.

Kiwcish, 1844-1848 (2), en faisant connaître sa méthode pour provoquer l'accouchement, semble venir étayer la crainte traditionnelle.

Il paraît évident, en effet, de prime abord, que, si des douches vaginales peuvent provoquer l'accouchement prématuré, l'eau chaude peut interrompre le cours de la grossesse quel que soit l'âge de cette dernière.

Calliburcès, 1857 (3), Kehrer (4), Claude Bernard, 1876 (5),

(1) Publiée dans la *Médecine moderne*, 1889, n^os^ 1 et 2.

(2) Kiwisch. *Beit. d. g.*, t. I, 11.

(3) Calliburcès. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, décembre 1857.

(4) Kehrer. *Beiträge zur vergleschenden und experimentellen Geburtskunde*, Heft I, 1864.

(5) Claude Bernard. *Leçons sur la chaleur animale*, 1876.

Runge, 1877-78 (1), Murray, 1885 (2), Henri Lorain, 1887 (3), expérimentant sur des animaux (lapines), étudièrent l'action de la chaleur et de l'eau chaude, en particulier sur l'utérus, et reconnurent unanimement que l'eau chaude à 45 ou 50° constitue un stimulant énergique de la fibre musculaire lisse.

De ce que les douches vaginales employées d'après la méthode de Kiwisch, peuvent, dans certains cas, provoquer l'accouchement, de ce que l'eau chaude à 45 ou 50° constitue un stimulant énergique de la fibre musculaire lisse, en doit-on conclure que l'eau chaude, mise en contact avec la portion vaginale du col chez une femme enceinte, puisse produire des contractions utérines efficaces suffisantes pour interrompre le cours de la grossesse ? Les expériences qui suivent vont répondre à cette question.

En 1875, étant chef de clinique du professeur Depaul, je fus chargé par ce dernier de provoquer l'accouchement prématuré, à l'aide de la méthode de Kiwisch, chez trois femmes ayant le bassin rétréci.

L'irrigateur puissant construit *ad hoc* par Mathieu (et avec lequel M. Tarnier avait constaté qu'on pouvait perforer le cul-de-sac vaginal postérieur), fonctionnant mal, je me servis d'un irrigateur ordinaire, et dans les trois cas, les irrigations vaginales furent impuissantes à faire naître des contractions utérines efficaces. M. Depaul dut recourir à l'introduction de cônes d'éponges préparées dans le col (moyen si justement abandonné aujourd'hui), pour provoquer le travail.

A partir de ce moment, je résolus de reprendre et d'étudier la question.

Dès que je fus chargé de diriger une Maternité, je cherchai à réaliser mon projet, pensant, je crois non sans raison, qu'au point de vue du but que je poursuivais, la Clinique serait supérieure au Laboratoire comme expérimentation.

En effet, au lieu de prendre des animaux comme sujets d'ex-

(1) RUNGE. *Berlin. klin. Woch.*, 177, p. 169. *Arch. für Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 123.
(2) MURRAY. *Obst. Society Edinb.*, p. 85. *Ann. de Gynécologie*, t. XXV, 1876, p. 151.
(3) HENRI LORAIN. *De l'eau chaude en obstétrique.* Thèse Nancy, 1887.

périences, je pouvais prendre des femmes, sans faire courir aucun risque à ces dernières.

Donc, chez des femmes ayant des rétrécissements du bassin, chez lesquelles l'indication de l'accouchement prématuré était bien établie, dans l'intérêt de la mère et dans celui de l'enfant, j'employai l'eau chaude comme agent provocateur du travail.

Pour cela, je pris un réservoir d'une contenance de 7 litres, placé à 50 centimètres au-dessus du plan sur lequel reposait la femme, et muni, à sa partie inférieure, d'un long conduit en caoutchouc terminé par une canule en verre percée à son extrémité olivaire de plusieurs trous.

Un robinet placé sur le trajet du tube en caoutchouc permettait de régler l'arrivée du jet de liquide. Le liquide employé fut l'eau boriquée à 10 pour 1000 et portée à une température variant de 46 à 48°.

La femme étant dans le décubitus dorsal et horizontal, je fis faire des irrigations vaginales, tantôt intermittentes, tantôt continues.

Chez sept femmes, je fis faire, en procédant ainsi, des irrigations vaginales intermittentes toutes les deux heures, pendant un quart d'heure ; chez trois, pendant 24 heures ; chez deux, pendant 48 heures ; chez une, pendant 72 heures ; chez une, pendant trois jours et deux nuits.

Chez trois autres, je fis faire des irrigations vaginales *continues* pendant 48 heures. Dans aucun cas, le travail ne se déclara, et je fus obligé, pour provoquer l'accouchement, d'avoir recours au ballon de M. Tarnier.

Ces expériences ont été faites, à la Maternité de Lariboisière et à la clinique d'accouchements de la Faculté, pendant que je suppléais le professeur Pajot.

Quelques-unes de ces observations ont été publiées *in extenso*, dans une thèse fort bien faite, par le docteur Gauvry (1887). Dans une observation prise par le docteur Gauvry et dans laquelle il a présidé lui-même à l'irrigation continue qui a duré deux jours et deux nuits, on fit passer dans le vagin, pendant ce temps,

environ 367 litres d'eau chaude, ce qui fait 21 litres par heure.

Fort de ces résultats, je n'hésitai pas alors à traiter les vaginites granuleuses ou végétantes des femmes enceintes par les irrigations vaginales antiseptiques faites par le même procédé.

Étudiant l'action des différents antiseptiques contre cette affection, je pus observer des femmes chez lesquelles on fit, soit deux fois, soit trois fois par jour, des irrigations vaginales pendant un mois et plus (chez l'une pendant 70 jours), qui n'eurent aucune contraction intempestive et qui toutes accouchèrent à terme.

Depuis, des centaines de femmes ont été traitées de cette façon, sans qu'il en soit résulté pour elles aucun incident.

En face des faits observés par Kiwisch et les physiologistes d'une part, et les résultats enregistrés par moi-même, je suis amené à me demander pourquoi cette contradiction apparente.

A mon avis, il n'y a pas de contradiction. Nous avons simplement expérimenté et observé dans des conditions différentes.

Kiwisch n'employait pas seulement l'eau chaude, il employait le *jet*, et ce n'est pas le cas de répéter à ce propos : « La manière de donner vaut mieux que ce que l'on donne. » Dans une leçon faite à la clinique d'accouchements de la Faculté, le 2 mars 1887, sur les divers moyens de provoquer l'accouchement, je disais : « La méthode de Kiwisch n'agit pas, parce que l'eau chaude est congestive ou irritante, elle agit, parce qu'on projette sur le col et le segment inférieur de l'utérus, quelquefois même sur l'œuf lui-même à travers le canal cervical, un *jet* provenant d'un réservoir élevé à six ou sept pieds au-dessus du lit; on a même substitué à ce réservoir une pompe à main, une pompe de jardin (Kehan), un irrigateur monstre (Dubois), pour obtenir un jet plus fort et plus constant. Le traumatisme est le secret des réussites, et non le contact de l'eau chaude avec le col.

De là ce dilemme: si vous employez l'eau chaude selon la méthode de Kiwisch, c'est-à-dire avec traumatisme, vous pourrez obtenir des succès, au point de vue de la provocation de l'accouchement, mais vous observerez certainement aussi des acci-

dents : perforation des culs-de-sac, pénétration de l'air dans les sinus utérins, congestion pelvienne, mort subite, etc.

Si vous employez l'eau chaude sans traumatisme, vous n'aurez aucun succès au point de vue de la provocation du travail. En résumé : action, danger ; pas de danger, pas d'action.

Mais, les faits observés par les physiologistes sont réels. L'action stimulante de l'eau chaude sur la fibre musculaire de l'utérus ne fait doute pour personne à l'heure actuelle. Comment concilier ces faits avec ce que j'ai observé ?

L'explication de ces faits, contradictoires en apparence, me paraît très simple.

Lorsque l'eau chaude est mise en contact avec la portion vaginale du col, au moyen de la balnéation vaginale, la surface de contact avec la paroi utérine est extrêmement restreinte, de sorte que, même en admettant, ce qui est encore à démontrer, que la portion vaginale du col soit aussi excitable que le reste du muscle utérin, la somme d'excitation n'est pas suffisante pour provoquer des contractions efficaces.

Si, au contraire, l'eau chaude pénètre dans le canal cervical et vient au contact de la muqueuse, l'excitation peut être plus considérable. C'est ainsi que j'interprète ce fait constaté par Lorain : à savoir que les injections chaudes réussissent mieux chez les pluripares que chez les primipares. « Sur quinze cas, disait-il (1), sept fois les injections chaudes suffirent à provoquer prématurément le travail : six des femmes étaient multipares ; huit fois, les injections restèrent inefficaces ou leur action fut douteuse, et l'on dut recourir à la méthode de Kiwisch : sur les huit femmes, sept étaient primipares. »

Je ne crois pas avec Keller (2) et Lorain que l'utérus des multipares soit plus excitable que celui des primipares, ce que j'ai observé dans d'autres circonstances me ferait plutôt admettre le contraire ; je pense que l'action différente observée chez les pluripares et les primipares, tient à ce que chez les premières le

(1) *Loc. cit.*, p. 80.

(2) KELLER. Inaug. Dissert. Tubingen, 1881.

col étant ouvert plus ou moins largement pendant la grossesse, la surface baignée par l'eau chaude est plus considérable d'une part, et que d'autre part, l'eau chaude au contact de la muqueuse cervicale produit une excitation plus puissante, tandis que cela n'a pas lieu chez les primipares dont le col reste fermé pendant toute la durée de la grossesse.

Enfin, d'après ce que j'ai observé, l'action de l'eau chaude sur l'utérus gravide serait comme celle du seigle ergoté, beaucoup plus intense pendant le travail (tempestif ou intempestif) que pendant la grossesse, en dehors, bien entendu, des conditions qui permettent le contact sur une surface plus considérable.

Je renvoie, à la fin de cet article, les conséquences thérapeutiques résultant de cette étude et que je donnerai sous forme de conclusion.

2° *Pendant le travail.* — Mme Lachapelle dit : « J'ai vu maintes fois tel accouchement qui ne faisait aucun progrès depuis huit à dix heures, à cause de l'état stationnaire de l'orifice, se terminer avec une vélocité étonnante à la suite d'un demi-bain » (1). Aussi, les bains chauds furent-ils conseillés et employés par un assez grand nombre d'accoucheurs. Mais, il faut le reconnaître, on conseillait d'employer les bains chauds, comme on recommandait, dans les mêmes circonstances, d'employer la *saignée*. Les indications étaient aussi vagues que l'était la nature de l'action de l'eau chaude sur l'utérus en travail.

Kiwisch, en 1848, un des premiers, devient plus précis et préconise l'eau chaude comme agent ocytocique. Campbell, partisan de sa méthode, publie une observation où les douches chaudes furent employées avec succès pour activer un travail languissant (2). Barnes considère que « l'irrigation du col et du vagin est la plus utile de toutes les mesures préparatoires à prendre contre la rigidité du col (3). Kilner, en 1879, constate dans six observations les heureux effets des injections chaudes

(1) Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, t. I, p. 50.
(2) *Moniteur des hôpitaux*, 1853.
(3) Barnes. *Leçons sur les opérations obstétricales*, 1873. Traduction Cordes, p. 81.

dans les cas de rigidité du col : « l'effet produit, dit-il, est le relâchement des tissus maternels et quelquefois les douleurs semblent accrues (1) ». Ruet (2), dans sa thèse sur les causes de l'inertie utérine, attachant une grande importance aux injections chaudes, s'exprime ainsi : « Nous ne saurions trop recommander, pour renforcer les contractions, les douches ascendantes vaginales. »

Tous les traités d'accouchements reflètent plus ou moins les opinions de ces auteurs. Mais, je dois faire remarquer qu'ils en limitent presque tous l'indication aux cas dits de rigidité de l'orifice, et pour beaucoup, l'action émolliente prédomine sur l'action ocytocique.

Après avoir expérimenté l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant le travail, je suis convaincu que cette dernière action est manifeste et puissante.

Je fus amené à étudier et à expérimenter l'action de l'eau chaude sur l'utérus, après avoir observé ce que produisait l'eau chaude sur la paroi utérine, alors que j'avais la main dans l'utérus pour pratiquer les délivrances artificielles. Je sentais, dès que l'eau chaude arrivait au contact de la muqueuse, l'utérus se contracter sur ma main, et, dans certains cas, de façon assez énergique pour chasser, du même coup, ma main et le placenta.

J'employai alors les injections chaudes pendant le travail, lorsque ce dernier était lent. J'expérimentai ainsi la simple balnéation vaginale, puis la balnéation vaginale jointe aux injections intra-utérines, enfin les injections intra-utérines seules.

Je me servis d'un appareil instrumental semblable à celui que j'ai décrit plus haut (réservoir placé à 50 centimètres au-dessus du plan occupé par la femme, tube de caoutchouc terminé par une canule de verre). Le liquide, toujours porté de 46 degrés à 48, était constitué, tantôt par une solution boriquée, tantôt par une solution naphtolée. Pour pratiquer les injections utérines, après avoir avec grand soin purgé le tube et la canule de verre,

(1) KILNER. *The Lancet*, 1870, p. 796.
(2) RUET. Thèse de Lyon, 1881.

j'introduis cette dernière, de 1 à 2 centimètres, dans le col ou au delà de l'orifice, lorsque le col est effacé ; dans ce dernier cas, entre les membranes et la paroi utérine, ou entre la paroi utérine et la région fœtale, lorsque les membranes sont rompues.

Je ne puis ici donner mes observations (1), je me contenterai d'exposer le résumé de ce que j'ai constaté.

Les injections chaudes, soit vaginales, soit intra-utérines, exercent une action manifeste sur la contractilité de l'utérus pendant le travail de l'accouchement.

Les injections intra-utérines exercent une action plus évidente et plus intense que les injections vaginales.

L'eau chaude, en tant qu'agent ocytocique, ne modifie point les caractères physiologiques de la contraction utérine. Les contractions sont séparées par des intervalles de repos aussi réguliers et aussi nets que quand l'utérus n'est pas excité, contrairement à ce qu'on observe avec d'autres ocytociques, et en particulier avec le seigle ergoté.

Les contractions qui suivent l'emploi des irrigations extra-utérines ont une amplitude plus marquée, une durée plus longue, mais ne sont pas plus fréquentes, au moins dans la pluralité des cas. Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces contractions sont alors plus efficaces et rendent le travail plus rapide. Ces constatations, faites chez les femmes en travail, ont été également observées par le docteur Lorain (2) en expérimentant avec l'eau chaude sur l'utérus gravide des lapines.

De plus, il paraît résulter de mes observations, que l'utérus excité par plusieurs irrigations chaudes, se contracte d'une façon plus énergique un assez long temps après la cessation des irrigations. C'est ainsi que des femmes qui avaient été soumises aux irrigations chaudes, pendant la période de dilatation, et qui avaient abrégé la durée de cette dernière, m'ont

(1) Vingt-cinq de mes observations, rédigées par M. Varnier, alors mon interne, sont déjà publiées dans la thèse du Dr Gauvry.

(2) LORAIN. *Loc. cit.*

paru présenter une période d'expulsion plus rapide qu'on ne l'observe généralement.

Que le travail soit tempestif ou intempestif, que le fœtus soit mort ou vivant, l'action ocytocique de l'eau chaude paraît s'exercer de la même façon. Je suis autorisé à m'exprimer de cette façon, par ce que j'ai observé dans des cas nombreux d'avortement où j'ai employé ce moyen (1).

3° *Pendant la délivrance.*— De ce que j'ai exposé à propos de l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant le travail, on ne sera pas surpris de me voir affirmer que les irrigations chaudes intra-utérines augmentent la puissance des contractions utérines, aussi bien après qu'avant l'expulsion du fœtus.

Il suffit, pour constater ce fait, d'introduire la main dans la cavité d'un utérus plus ou moins inerte, pendant la période de délivrance, et de faire une irrigation intra-utérine chaude.

Aussitôt, on sentira l'utérus se contracter. — Il se contractera avec plus ou moins d'énergie, car les susceptibilités sont loin d'être les mêmes et varient à l'infini, mais il se contractera.

Si la contraction est plus énergique, le décollement du placenta et son expulsion seront facilités et devront être plus rapides, je n'ai pas besoin d'insister sur ce point. Ce que je veux exposer rapidement, c'est l'action hémostatique de l'eau chaude pendant cette période. Depuis longtemps, on connaît l'action de l'eau chaude sur les hémorrhagies utérines. D'après le Dr Herveou (2) et le Dr Lorain (3), ce serait Trousseau qui, le premier, aurait préconisé, dès 1853, les injections d'eau chaude, comme moyen d'hémostase, dans les hémorrhagies utérines (4).

D'après M. Tarnier, le Dr Salgues, professeur à l'école de Dijon, dès 1840, conseillait l'usage des bains chauds dans les métrorrhagies non puerpérales.

(1) Voir quelques observations d'avortement publiées *in extenso* dans la thèse du Dr Gauvry.

(2) Herveou. *Contribution à l'étude du traitement des hémorrhagies post partum.* Thèse Paris, 1884.

(3) Lorain. *Loc. cit.*

(4) Trousseau. *Gazette des hôpitaux*, 1853, n° 33, et n° 59, 1854.

Emmet, vers 1870, employa l'eau chaude surtout en gynécologie.

M. Tarnier, vers la même époque, employa avec succès les bains chauds dans les métrorrhagies post partum, et vulgarisa cette méthode.

Breisky employa les injections chaudes dans un certain nombre de cas d'inertie utérine après la délivrance; ses résultats ont été publiés par son assistant le Dr Sackesch (1).

Le travail de Runge, déjà cité, démontra que l'eau chaude, mise au contact de la paroi utérine, possédait des propriétés hémostatiques incontestables et bien supérieures à celles de l'eau froide.

Nul, plus que le professeur Sneguireff, de Moscou (2), n'a démontré l'action bienfaisante des irrigations chaudes dans les métrorrhagies.

Laissant de côté les métrorrhagies non puerpérales, n'envisageant que les hémorrhagies pendant la délivrance, je puis dire, qu'aujourd'hui, elles sont le plus souvent combattues au moyen des irrigations intra-utérines chaudes, par un grand nombre d'accoucheurs.

Depuis 1883, je les ai employées à peu près exclusivement dans mon service à la maternité de Lariboisière. L'eau chaude a pour moi remplacé le seigle ergoté. J'ai donné comme règle que dès qu'une hémorrhagie survient, soit avant, soit après la délivrance, immédiatement une injection intra-utérine chaude doit être pratiquée et continuée jusqu'à ce que le liquide sorte de l'utérus aussi clair qu'il y est entré. C'est assez dire que l'utérus est parfaitement contracté. La double action est produite, action sur la fibre musculaire et action sur les vaisseaux.

Comme on le voit, je n'assigne comme durée à l'irrigation chaude que la cessation de l'hémorrhagie. Dans quelques cas, j'ai vu l'irrigation durer un quart d'heure, vingt minutes, dans un cas, une demi-heure.

(1) *Prager medecin. Woch.*, 11 octobre 1876.

(2) SNEGUIREFF. *Des hémorrhagies utérines.* Traduction VARNIER, Steinheil, 1886.

J'ai toujours employé le même appareil instrumental que celui que j'ai décrit plus haut; le liquide employé possédait une température variant de 46° à 50°. Je n'ai jamais vu un accident se produire.

Assurément, on a toujours pris soin de ne pas injecter d'air, le réservoir n'a jamais été placé à plus de 50 centimètres au-dessus de la femme, de façon à produire une véritable balnéation intra-utérine, plutôt qu'une douche ascendante; je le répète, grâce à ces précautions, je n'ai jamais constaté aucun accident.

Quant au liquide injecté, je n'emploie la solution de biiodure à 1 pour 4000 que dans les cas où l'utérus peut avoir été infecté par des mains ou des instruments suspects.

Et dans ces cas, après avoir fait passer deux ou trois litres de ce liquide, j'emploie, quand l'irrigation doit être prolongée, l'eau boriquée ou naphtolée, mais, je reconnais que l'eau, préalablement et simplement bouillie, peut suffire, pourvu que sa température atteigne encore au moins 46°.

Ces irrigations d'eau chaude ne dispensent pas de vider avec la main la cavité utérine des caillots qu'elle contient, il est inutile d'insister sur ce point, je pense.

Est-on sûr, par ce moyen, d'arrêter *toutes* les hémorrhagies qui peuvent se produire pendant la délivrance? On pourrait, je pense, répondre par l'affirmative si toutes ces hémorrhagies reconnaissaient pour cause l'inertie utérine. Mais, il ne faut pas oublier que certaines hémorrhagies graves peuvent se produire alors que l'utérus est dur et contracté. Ce sont des hémorrhagies causées par des lésions du col, du vagin ou de la vulve. Ces hémorrhagies réclament une thérapeutique spéciale que je ne puis et ne veux exposer ici.

De même, il ne faut pas compter sur les propriétés hémostatiques de l'eau chaude pour se rendre maître des hémorrhagies causées, pendant la grossesse, par l'insertion vicieuse du placenta. La contraction puissante du muscle utérin est insuffisante pour arrêter l'écoulement sanguin. Il n'y a pas, dans ces cas, hémor-

rhagie par inertie ; ainsi que je l'ai exposé ailleurs (1), il faut, pour faire cesser l'hémorrhagie, faire disparaître la cause qui produit le décollement du placenta.

4° *Pendant la période d'involution.* — Pendant la période appelée autrefois, improprement, post-puerpérale et qu'on appelle, avec raison, post-partum ou période d'involution utérine, qui s'étend depuis la délivrance jusqu'au retour de l'utérus à l'état normal, l'eau chaude exerce une action évidente sur l'utérus. Ainsi que je l'ai dit, M. Tarnier préconise l'usage des bains chauds, depuis plus de vingt ans, contre les métrorrhagies qui se produisent à cette époque.

Depuis plusieurs années, je n'ai plus employé ni ergot de seigle, ni ergotine, ni ergotinine dans ces cas. J'ai toujours eu recours aux bains chauds, dans les cas légers, et aux injections vaginales chaudes, dans les cas plus sérieux et plus rebelles, et j'ai toujours vu ces hémorrhagies cesser rapidement. Je n'ai jamais été dans la nécessité de faire une irrigation intra-utérine quelques jours après l'accouchement.

D'un autre côté, l'on sait combien chez quelques femmes, et surtout parmi celles qui n'allaitent pas, l'involution utérine est lente, l'utérus restant gros et mou.

La balnéation vaginale rend, dans ces cas, les plus grands services.

Souvent, pour montrer son action aux élèves, j'ai fait l'expérience suivante : je prenais deux femmes accouchées le même jour, et toutes deux dans les mêmes conditions. A l'une, on faisait des irrigations chaudes vaginales deux ou trois fois par jour ; à l'autre, on ne faisait que la toilette des organes génitaux externes. Or, en mesurant quotidiennement la hauteur de l'utérus, chez l'une et chez l'autre, on ne tardait pas à reconnaître une hauteur utérine moindre chez la femme irriguée. De même au toucher, la différence de consistance du col était parfaitement appréciable.

(1) PINARD. De la rupture prématurée des membranes. *Annales de Gynécologie*, mars 1886, t. XXV, p. 171.

Résumant ce que je viens d'exposer concernant l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la puerpéralité, je crois pouvoir formuler les conclusions suivantes :

Pendant la grossesse. — La balnéation vaginale, quelle que soit sa durée, et quelle que soit la température de l'eau, ne peut déterminer des contractions utérines efficaces.

Il en résulte que les vaginites peuvent et doivent être traitées par les irrigations chaudes médicamenteuses pendant la grossesse.

Pendant le travail. — L'eau chaude, par son action excitante sur la paroi utérine, augmente la puissance de la contraction, sans faire perdre à celle-ci ses caractères physiologiques.

De là, l'emploi des irrigations intra-utérines chaudes, dans les cas où la période de dilatation dépasse la durée moyenne. De là, aussi et surtout, doit-on les employer quand la mort du fœtus et la rupture de l'œuf exigent une expulsion rapide, et cela, aussi bien dans l'avortement que dans l'accouchement.

Pendant la délivrance. — Les irrigations chaudes exercent pendant la période de délivrance la même action que pendant le travail. Mais, à l'action ocytocique vient se joindre la propriété hémostatique (action sur la fibre musculaire de l'utérus et action sur les vaisseaux).

DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES PENDANT L'ÉTAT PUERPÉRAL (1)

MESSIEURS,

J'ai résolu d'étudier avec vous, dans une série de leçons, les hémorrhagies utérines pendant l'état puerpéral, c'est-à-dire pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après la délivrance.

Le désir de vous montrer la gravité de cet accident, le devoir de vous faire connaître les armes nouvelles que vous possédez à l'heure actuelle pour le combattre, ont été les raisons déterminantes du choix de ce sujet.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître qu'il n'est pas d'accident plus redoutable que l'hémorrhagie utérine pendant l'état puerpéral ; mais aucun ne s'est exprimé sur ce point avec autant de vérité, de raison et de cœur que Burns. Aussi, je vous demande la permission de le citer textuellement : « De tous « les accidents auxquels est exposée une femme enceinte, il « n'en est pas de plus alarmant, de plus fâcheux que l'hémor- « rhagie utérine, lorsqu'elle se montre à une époque avancée de « la grossesse, ou après la délivrance de l'enfant.

« Il n'y a pas de maladie pour laquelle le praticien est « appelé, où il encourt une plus grande responsabilité que dans « l'hémorrhagie utérine. Il faut employer les mesures les plus « promptes et les plus efficaces ; il faut y donner la plus grande « attention, et chaque fois qu'il entreprend une maladie de ce

(1) Leçon recueillie par le Dr WALLICH, chef de clinique. *Bulletin médical*, 1894, p. 1043.

« genre, quelle que soit la condition de la femme, il doit la « surveiller avec constance, et oublier toute considération de « gain ou de peine. Sa réputation, la tranquillité de son âme, « la vie de sa cliente et celle de son enfant sont exposées.

« Je rends à l'étudiant le plus grand service lorsque je recom- « mande principalement ces considérations à ses réflexions; et « lorsque je le prie et le supplie de bien poser le mode de « conduite qu'il doit suivre, les soins nécessaires qu'il doit « apporter, je parle pour l'existence de sa malade, pour sa « propre réputation et pour son propre bonheur (1). »

Je n'ai rien à ajouter, maintenant, pour vous faire comprendre combien il est important pour vous d'étudier et de connaître cet accident, afin d'être en mesure de discerner les indications qu'il comporte et d'appliquer immédiatement les traitements qui conviennent.

Dans cette première leçon, je n'envisagerai que les généralités, chaque cas particulier devant être examiné et traité, en détail, dans les leçons ultérieures, mais toujours, bien entendu, aujourd'hui comme plus tard, en restant exclusivement sur le terrain clinique, en bannissant toute spéculation et en n'admettant que les théories chaque jour vérifiées par les faits.

Cela dit, je vais étudier les hémorrhagies utérines de la grossesse, les hémorrhagies du travail, les hémorrhagies de la délivrance et les hémorrhagies post-partum.

Pendant la grossesse :

Les auteurs ont divisé les hémorrhagies de la grossesse en deux grandes classes : hémorrhagies des six premiers mois ou hémorrhagies de l'avortement, et hémorrhagies des trois derniers mois, ou hémorrhagies causées par insertion vicieuse du placenta.

Je trouve, quant à moi, cette division beaucoup trop schématique, et je ne puis l'admettre pour les raisons suivantes. D'abord, il y a nombre de femmes qui avortent et qui n'ont

(1) V. BURNS, traduit par GALLIOT. 9e édit., p. 212 et 220.

pas d'hémorrhagie ; et réciproquement, il y a des femmes qui, pendant les premiers mois de la grossesse, ont des hémorrhagies et n'avortent pas. Voilà pour la première division. Quant à la seconde, elle tendrait à nous mettre dans l'esprit ce fait : à savoir que l'hémorrhagie survenant dans les trois derniers mois de la grossesse reconnaît toujours pour cause une insertion vicieuse du placenta, ce qui est une erreur, et que l'insertion vicieuse du placenta ne cause d'hémorrhagie que pendant les trois derniers mois, ce qui en est une autre. Car, ainsi que je vous le démontrerai, en m'appuyant sur un grand nombre d'observations, l'insertion vicieuse du placenta est la cause d'hémorrhagies dans bien des cas avant le sixième mois. Voilà pour la seconde division.

Enfin, cette division laisse de côté quelques chapitres importants tels que : les hémorrhagies utérines observées dans les cas de dégénérescence kystique des villosités choriales (môle hydatiforme), les hémorrhagies rétro-placentaires et les hémorrhagies causées par le décollement du placenta normalement inséré, trois variétés d'hémorrhagies qu'on peut observer à toutes les périodes de la grossesse.

Pour ces raisons, nous étudierons successivement et séparément parmi les hémorrhagies de la grossesse :

Les hémorrhagies des premiers mois, de cause mal définie ;

Les hémorrhagies causées par insertion vicieuse du placenta ;

Les hémorrhagies de la grossesse dégénérée (môle hydatiforme) ;

Les hémorrhagies rétro-placentaires ;

Les hémorrhagies causées par le décollement du placenta normalement inséré.

Nous aurons ensuite à étudier :

Les hémorrhagies du travail ;

Les hémorrhagies pendant la période de délivrance ;

Les hémorrhagies après la délivrance : immédiates ou consécutives.

Toutes ces hémorrhagies peuvent être graves, et sans insister

maintenant sur le danger des hémorrhagies causées, soit par le décollement du placenta inséré vicieusement ou normalement, soit par l'inertie utérine après l'accouchement, je veux que vous sachiez déjà que l'on peut observer des hémorrhagies utérines, mettant la vie des femmes en danger, aux deux extrêmes de l'état puerpéral : au début et à la fin.

Je reconnais que ces faits sont exceptionnels, mais ils existent ; j'en ai vu et je vous en rapporterai des observations.

Après avoir ainsi énuméré les circonstances multiples dans lesquelles la femme puerpérale peut avoir des pertes de sang assez considérables pour entraîner la mort, nous devons nous demander si cette terminaison fatale est fréquente.

Pour répondre à cette question, je ne ferai pas appel, et cela pour beaucoup de raisons, aux nombreuses statistiques rassemblées par les auteurs. J'interrogerai simplement la mienne, c'est-à-dire celle qui a trait au fonctionnement de mon service, et que je vais vous exposer.

J'ai l'honneur de diriger un service d'accouchements depuis le 1er novembre 1882, c'est-à-dire depuis douze ans. De 1882 à 1889, j'ai dirigé le service d'accouchements de Lariboisière (service interne et service externe). Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, j'ai dirigé la Clinique Baudelocque.

Or, du 1er novembre 1882 jusqu'au 1er janvier 1889, soit dans le service interne, soit dans le service externe, 12,580 femmes vinrent accoucher ou avorter à la Maternité de Lariboisière. De 1890 jusqu'à aujourd'hui, 8,562 femmes vinrent accoucher ou avorter à la Clinique Baudelocque. Total : 21,142.

Ainsi, sur plus de vingt mille accouchements ou avortements, soit exactement 21,142, combien de femmes sont mortes d'hémorragies ? — Dix (1).

Voici le résumé de ces dix observations :

(1) Voir *Du fonctionnement de la Maternité de Lariboisière et des résultats obtenus depuis 1882 jusqu'en 1889* et *Du fonctionnement de la Clinique Baudelocque 1890-91 92 et 93*. Steinheil, éditeur.

1. Insertion vicieuse du placenta. Femme apportée exsangue, perdant du sang depuis six semaines. *Tamponnement en ville. Morte une heure et demie après son entrée dans le service.*

2. Décollement du placenta normalement inséré, par brièveté accidentelle du cordon. Femme apportée exsangue. *Morte non accouchée dix heures après son entrée.*

3. Avortement gémellaire de cinq mois. Apportée exsangue. *Morte deux heures après son entrée dans le service.*

4 et 5. Deux cas de mort par hémorrhagie survenue dans le service externe (chez des sages-femmes) pendant la période de la délivrance.

6. Insertion vicieuse du placenta. Femme apportée exsangue. *Tamponnement en ville. Morte quatre heures après son entrée dans le service.*

7. Hémorrhagie rétro-placentaire chez une albuminurique. Femme apportée exsangue. *Morte douze heures après son entrée dans le service.*

8. Insertion vicieuse du placenta. Femme apportée exsangue. *Morte trois heures après son entrée dans le service.*

9. Femme morte après la délivrance par suite d'hémorrhagie causée par rupture de l'utérus, ayant atteint l'artère utérine (la pièce est au musée de la Clinique).

10. Femme morte quinze heures après l'accouchement. Enfant macéré de 4,450 grammes. Forceps. Délivrance artificielle cinquante-cinq minutes après l'accouchement; hémorrhagies multiples par inertie utérine. Cette dernière femme est morte le 11 décembre 1891.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis trois ans, nous n'avons pas perdu une seule femme d'hémorrhagie.

Ce simple résumé suffit pour vous montrer que nous avons là, dans ces dix cas malheureux, presque toutes les variétés d'hémorrhagies que nous aurons à étudier. Vous pouvez constater également que nous n'avons que trois cas de mort causée par insertion vicieuse du placenta, et chez trois femmes apportées dans le service *in extremis*.

Or, nous verrons bientôt combien les cas d'insertion vicieuse ont été nombreux, et peut-être serez-vous frappés de la différence qui existe entre notre faible mortalité et la mortalité effrayante signalée par les auteurs.

Vous le serez probablement beaucoup plus encore, quand je vous aurai dit que nous avons obtenu ces résultats en bannissant absolument de notre pratique les deux moyens qui, depuis plus d'un siècle pour l'un, depuis un peu moins d'un siècle pour l'autre, étaient recommandés par tous les auteurs ; je veux

parler de l'emploi du seigle ergoté et du tamponnement vaginal.

En vous disant que j'abandonne ces deux moyens, je ne vous dis pas toute ma pensée, et je dois et veux vous la dire. Ces moyens, *je les proscris et je les condamne, comme n'ayant jamais donné qu'une sécurité passagère et trompeuse.*

En prononçant ces paroles, je sais quelle responsabilité j'assume ; mais aussi, en condamnant les deux moyens considérés, pendant si longtemps, comme les deux piliers du traitement des hémorrhagies utérines, je suis pénétré du service que je vous rends, service dont bénéficieront les femmes et les enfants dont vous avez la vie entre les mains. Je n'exagère rien. Lisez nos traités classiques réputés les meilleurs ; voyez Jacquemier, Cazeaux, la traduction de Nægele, etc., vous y trouverez au chapitre : « Traitement des hémorrhagies utérines » un tableau, une espèce de *vade mecum* que P. Dubois faisait distribuer aux élèves qui suivaient sa clinique et intitulé : « *Tableau synoptique pour le traitement des hémorrhagies utérines avant et pendant le travail de l'accouchement.* »

Vous verrez alors recommandé l'usage du seigle ergoté, et surtout l'usage du tampon vaginal. Ce tableau fut considéré comme une sorte d'évangile par la plupart des élèves de Dubois, devenus eux-mêmes des maîtres ; et l'enseignement de Dubois était encore l'enseignement classique, il y a quelques années. Mais aujourd'hui, l'usage du seigle ergoté et de ses préparations est à peu près abandonné. Seul, le tampon résiste mieux, et j'espère qu'avant longtemps il aura rejoint son complice, bien que nous n'ayons pas réalisé le désir de M^me^ Lachapelle, en trouvant le moyen de « diriger l'insertion du placenta sur un lieu plus convenable ». Et cet espoir ne peut être déçu, car il suffit de comparer les résultats obtenus en employant le tamponnement, et les résultats que je vous ai fait connaître, pour être, je pense, convaincu.

C'est ici le cas de répéter : l'autorité des noms doit s'incliner devant l'autorité des faits.

Le dernier tamponnement vaginal pratiqué dans mon service

l'a été en 1885. Or, depuis cette époque, c'est-à-dire depuis près de dix années, j'ai employé d'autres moyens. Donc, les résultats que nous avons enregistrés ne sont pas les résultats d'une série heureuse, mais bien les résultats certains d'une thérapeutique dont les bienfaits se mesurent en comparant nos chiffres avec ceux des accoucheurs qui préconisent le tamponnement.

Nous reviendrons du reste sur ce sujet ; mais je tenais à vous démontrer que je n'avais pas agi à la légère et qu'en prononçant aujourd'hui la condamnation absolue de l'emploi du seigle ergoté et du tamponnement vaginal dans le traitement des hémorrhagies utérines, je m'appuyais sur une expérience déjà longue de dix années.

Après avoir exposé ce que nous avions abandonné, condamné et proscrit, le moment est venu de vous parler des *armes nouvelles* que nous possédons à l'heure actuelle, c'est-à-dire des méthodes et des moyens que nous avons substitués aux anciens.

Ces moyens, nous les retrouverons dans le *traitement préventif, curatif et consécutif* des hémorrhagies utérines, et j'ajouterai : ces moyens sont simples et à la portée de tous les praticiens. Notre méthode, à l'heure actuelle, consiste à intervenir plus tôt et plus vite qu'on ne le faisait autrefois. De là, la nécessité pour moi de vous préciser autant que possible, dans des leçons ultérieures, les indications de telle ou telle intervention, aussi bien pour prévenir que pour empêcher et guérir.

Les moyens que nous employons sont :

1° L'emploi de l'eau chaude à 48° au minimum ;

2° La large déchirure des membranes ;

3° La dilatation du col de l'utérus, obtenue sans décollement du placenta et sans descente de la région fœtale ;

4° L'emploi des injections de sérum salin.

Déjà, je disais, en 1890 (1) : « Depuis 1883, j'ai employé les

(1) Voyez *Médecine moderne*, 1890, De l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la puerpéralité. Voyez p. 127 et suiv. de ce volume.

irrigations chaudes, presque exclusivement, dans mon service, à la Maternité de Lariboisière. *L'eau chaude a pour moi remplacé le seigle ergoté.* » Et je montrais l'action de l'eau chaude sur la fibre musculaire et sur les vaisseaux.

Depuis, l'usage de l'eau chaude s'est assez répandu dans la pratique obstétricale pour que je n'aie rien à ajouter aujourd'hui. Nous aurons seulement à voir, dans quels cas l'emploi de l'eau chaude est tout-puissant, et dans quels cas il est insuffisant.

La déchirure des membranes, dira-t-on, n'est pas un procédé nouveau. Assurément non, et nous ne l'avons pas inventé. Mais, peut-être, trouverez-vous, quand nous nous serons expliqués sur ce point, qu'il y a une différence entre notre *large déchirure des membranes* et la vieille perforation; et peut-être conviendrez-vous avec moi que chercher à empêcher le décollement du placenta n'est point la même chose que de s'efforcer d'obtenir l'évacuation du liquide amniotique.

La dilatation de l'orifice utérin, sans décollement du placenta et sans descente de la région fœtale, obtenue par l'introduction dans l'utérus du ballon incompressible de Champetier de Ribes, a une action bien différente de ce que l'on obtient par le tamponnement vaginal. Avec celui-ci, on est censé opposer au sang une barrière infranchissable, et voilà tout. Nous verrons ce qu'est cette barrière infranchissable, même construite par des ouvriers impeccables; mais, nous verrons surtout qu'avec l'emploi du ballon, nous arrêtons immédiatement l'hémorrhagie ; nous empêchons le décollement du placenta, pendant que nous obtenons sûrement et sans danger la dilatation de l'orifice utérin. Et j'aurai alors la grande satisfaction de vous montrer les services rendus à l'obstétrique par mon collègue Champetier de Ribes en nous dotant de ses ballons.

Il me reste à vous parler du dernier moyen énoncé tout à l'heure : je veux dire : *l'emploi du sérum salin*. Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre que nous n'employons pas ce moyen pour combattre l'hémorrhagie, pour empêcher

l'écoulement sanguin. Nous l'employons pour combattre les effets immédiats ou consécutifs de l'hémorrhagie, et je puis vous affirmer que nombre de femmes, apportées exsangues dans mon service et n'ayant plus perdu de sang, y seraient mortes si on ne leur avait injecté, dans le tissu cellulaire, une quantité plus ou moins considérable de sérum fait avec un litre d'eau bouillie et sept grammes de sel marin.

Telles sont les armes que nous employons aujourd'hui pour combattre les hémorrhagies pendant la puerpéralité.

Vous voyez que si nous avons brisé les anciennes, nous en avons forgé de nouvelles que vous serez toujours à même de vous procurer facilement, et je vous dis en terminant : « Prenez-les, venez en apprendre le maniement, et leur usage se traduira par une économie de vies humaines. »

TRAITEMENT
DE L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA (1)

Messieurs,

Le traitement de l'insertion vicieuse du placenta a son histoire, et cette histoire est aussi instructive qu'intéressante.

Ainsi que cela est arrivé si souvent en médecine, l'on a institué un traitement avant de connaître la cause première de la maladie.

En effet, Guillemeau, Louise Bourgeois, Mauriceau, Amand, de la Motte, Deventer, Puzos, ignoraient ou ne voulaient pas admettre que le placenta pût être inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Et cependant, ces noms sont cités dans vos traités classiques à propos du traitement de l'insertion vicieuse du placenta. Bien plus, un traitement célèbre, le *procédé de Puzos*, est donné par la plupart des auteurs comme une des grandes méthodes de traitement de l'insertion vicieuse, et si vous avez jamais la louable et légitime curiosité de recourir au fameux mémoire de Puzos, vous verrez parmi bien d'autres choses, et à votre grand étonnement, que Puzos ne connaissait pas l'insertion vicieuse du placenta.

On peut donc dire que jusqu'à Portal, ou, pour être plus exact encore, jusqu'à Levret, le traitement était dirigé contre « les hémorrhagies qui surviennent aux femmes enceintes pendant les trois derniers mois de la grossesse » et non pas contre l'hémorrhagie causée par l'insertion vicieuse.

(1) Leçon faite à la Maternité de Lariboisière. *Écho médical de Toulouse*, juillet 1888, nos 26 et 27.

Pendant la période qui s'étend de Louise Bourgeois à Levret, deux moyens étaient conseillés et employés pour combattre l'hémorrhagie. Le premier, préconisé par Guillemeau et Louise Bourgeois, consiste dans l'évacuation rapide du contenu de l'utérus, lorsqu'il survient une hémorrhagie pendant le travail, c'est, en un mot, l'*accouchement forcé*.

Le second, auquel Puzos a attaché son nom, consiste, dès que la femme est *en travail*, à « introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice avec lesquels on travaille à l'exciter par des degrés de force proportionnés à sa résistance : cet écartement gradué, interrompu de temps en temps par des repos, fait naître des douleurs, il met la matrice en action, et l'un et l'autre font gonfler les membranes qui contiennent les eaux de l'enfant ; l'attention, pour lors, doit être d'avoir les membranes le plus tôt qu'on peut pour procurer l'écoulement des eaux, parce que leur écoulement diminue déjà l'écartement de la matrice, qu'il fournit à cette partie le moyen de se contracter et de s'emparer de l'espace qu'elles occupaient dans sa cavité. La matrice ainsi resserrée et tendant à l'être davantage, presse l'enfant du fond vers son orifice ; elle y excite de plus fortes douleurs, les efforts volontaires et involontaires s'y joignent. Les douleurs et les efforts, mis à profit par la malade, secondés par l'action des doigts portés circulairement dans l'orifice pour l'écarter, réussissent pour l'ordinaire et font avancer l'enfant ; le sang qui s'échappait se trouve réuni dans les vaisseaux par la compression générale et par le resserrement de la partie ; enfin, *la nature et l'art* concourent ensemble pour faire avancer l'accouchement » (1).

J'ai tenu à vous citer textuellement Puzos, afin de vous faire connaître exactement son procédé, défiguré par la plupart des auteurs contemporains. Vous le voyez, le procédé de Puzos c'est l'*accouchement accéléré*.

Les accoucheurs qui l'ont précédé ne voyaient de salut pour

(1) Puzos. *Mémoire sur les pertes de sang qui surviennent chez les femmes grosses, etc.*, p. 334. Paris, 1759.

la femme en proie à l'hémorrhagie que dans l'évacuation rapide, pour ainsi dire instantanée de l'utérus.

Puzos compte, lui, sur le resserrement de la matrice, resserrement recherché et obtenu par l'excitation, la rupture des membranes, la dilatation digitale circulaire de l'orifice et enfin la descente de l'enfant. C'est un moyen, comme il le dit lui-même, qui tient le milieu entre l'accouchement naturel et l'accouchement forcé.

Je vous ferai remarquer, Messieurs, que Puzos *n'intervient et ne conseille d'intervenir que quand la femme est en travail.* Quand une hémorrhagie survient pendant la grossesse et qu'il n'y a pas de travail, il conseille d'ordonner le repos et surtout de pratiquer des saignées! C'est ainsi qu'il rapporte l'observation d'une dame prise d'hémorrhagie au sixième mois de la grossesse, qu'il saigna et fit saigner à plusieurs reprises, c'est-à-dire chaque fois qu'elle eut une hémorrhagie, et à laquelle il tira encore trois palettes de sang, lors de sa dernière perte, et alors qu'il y avait déjà des petites douleurs.

S'il est quelque chose de plus étonnant que cette manière de faire, c'est d'apprendre que l'enfant vint vivant et que la mère n'en mourut pas.

Portal, qui avait reconnu l'insertion vicieuse du placenta, comme le prouvent les obs. 39, 41, 43, 51 et 69 de son livre (1), mais sans attacher d'importance à ce fait, avait recours à l'accouchement forcé.

Levret, qui eut le mérite de démontrer l'insertion du placenta sur le segment inférieur, tout en commettant des erreurs, ainsi que je vous l'ai dit dans notre précédente leçon, en croyant l'insertion centrale à peu près dans tous les cas, en admettant que c'est la contraction qui est la cause de l'hémorrhagie, et en affirmant que l'hémorrhagie est fatale, inévitable toutes les fois que le placenta est sur le segment inférieur, Levret, dis-je, n'admet la méthode de Puzos que pour les cas où le placenta inséré

(1) PORTAL. *Pratique des accouchements*. Paris, 1682.

au fond de l'utérus se décolle, mais la repousse lorsque le placenta est inséré en bas.

Dans ce cas, il conseille et pratique *l'accouchement forcé* et rapide (1), mais en recommandant de rompre les membranes à la périphérie du placenta, de ne pas arracher ce dernier et de ne pas le traverser afin de ne pas être exposé à séparer le cordon.

C'est alors que Leroux, de Dijon (2), publia son livre intitulé : *Observations sur les pertes de sang des femmes en couches* et sur le moyen de les guérir, et auquel il aurait pu donner pour titre: *De l'utilité du tampon dans les pertes de sang qui arrivent pendant la grossesse et l'accouchement.*

En effet, c'est Leroux qui fit connaître et vulgarisa le tamponnement vaginal, déjà employé une fois par Hoffmann et Smellie. Il arrête l'écoulement sanguin en lui opposant une barrière, une *digue infranchissable.*

Depuis cette époque jusque dans ces dernières années, si l'on en excepte l'arrachement du placenta que Simpson a tenté de remettre en honneur, *heureusement en vain*, et l'emploi du seigle ergoté que quelques accoucheurs ont préconisé, mais qui est également et à juste titre abandonné par tous, on peut dire que la méthode de Guillemeau (*accouchement forcé*), la méthode de Puzos (*accouchement accéléré*), la méthode de Leroux (*tamponnement vaginal*) trouvèrent des défenseurs. Nos maîtres conseillent, suivant les cas, soit la méthode de Puzos, soit la méthode de Leroux, mais, il faut le reconnaître, c'est le tamponnement vaginal qui est en France, jusque dans ces derniers temps, à peu près exclusivement conseillé et employé.

En Angleterre, Braxton Hicks, dans un mémoire lu à la Société obstétricale de Londres en 1863, préconise une méthode qui comprend la version pelvienne bipolaire par manœuvres

(1) LEVRET. Obs. 44 et suivantes. *L'art des accouchements*, p. 353 et suivantes; édition 1766.

(2) LEROUX. *Observations sur les pertes de sang des femmes en couches. Les moyens d'y remédier.* Dijon, 1776.

externes et internes combinées, puis l'abaissement d'un pied dans le vagin. Il donne huit observations où il a employé ce moyen dans les cas de placenta *prævia*. En Allemagne, Hofmeier, Behm, Lomer ont adopté cette méthode. Déjà Lomer, en 1884 (in *American Journal of obstetrics*), avait rassemblé 178 cas où cette méthode a été employée. Robert Barnes, s'appuyant, ainsi que je vous l'ai dit, sur une conception de la cause de l'hémorrhagie que je crois fausse, a conseillé d'introduire un doigt dans l'utérus, de décoller le placenta, dans toute l'étendue de la zone dangereuse, c'est-à-dire dans un rayon de 76 millimètres, de rompre les membranes enfin, et de placer ensuite un de ses dilatateurs, celui-ci faisant l'office de tampon et d'excitateur. Je vous ai dit que C. Schrœder, en 1877 (*Zeitschrift für Gebürtshülfe*, t. I, p. 225), publia un travail remarquable sur l'importance de la rupture des membranes dans le placenta *prævia* latéral.

Il démontre que ce n'est pas au tamponnement, produit par la partie fœtale qui se présente, qu'il faut attribuer la cessation de l'hémorrhagie, car, dit-il, l'hémorrhagie s'arrête lorsque les membranes sont rompues et que l'enfant se présentant par le siège, la cuisse seule se présente à l'orifice.

Enfin, j'ai publié, en 1886, un mémoire sur la *rupture prématurée dite spontanée des membranes* (1) dont je vous ai déjà entretenus et dans lequel, après avoir, si je ne me trompe, démontré la cause de l'hémorrhagie dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, j'ai indiqué la conduite à tenir d'une façon générale dans ces cas. Du reste, je vais y revenir dans un instant.

Tels sont, Messieurs, les différents moyens, les différents procédés, les différentes méthodes préconisés et employés pour combattre les hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta.

Si je me contentais de cette rapide exposition, je vous aurais été d'une utilité contestable, et vous seriez peu préparés à lutter

(1) De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain. *Annales de Gynécologie*, mars 1886, t. XXV, p. 171.

efficacement contre ce terrible accident. Il ne s'agit pas seulement, en effet, d'être en possession de tous les moyens qui ont été proposés et employés pour combattre une affection, il faut encore connaître les avantages et les inconvénients de chacun d'eux, et surtout, savoir dans quelles circonstances on peut et on doit les appliquer.

Pour ces raisons, je vais vous donner une appréciation concise de chaque procédé, et nous verrons ensuite la conduite à tenir dans les différents cas que nous catégoriserons.

L'accouchement forcé, tel qu'il était pratiqué par les anciens accoucheurs, a toujours donné des résultats déplorables, aussi a-t-il été justement condamné et abandonné. On a reconnu que si, par la rapidité de l'action, on empêchait la femme de mourir d'hémorrhagie causée par l'insertion vicieuse, on la tuait d'une autre façon (hémorrhagies consécutives, déchirures du vagin et de l'utérus, etc.). Aussi, nous ne parlerons plus ni de *l'accouchement forcé*, ni de *l'arrachement du placenta*, ni de *l'emploi du seigle ergoté*. Vous savez que vous seriez coupables en employant ces moyens.

Il n'en est pas de même de *l'accouchement accéléré*. Cette méthode comprend : LE PROCÉDÉ DE PUZOS; — LE PROCÉDÉ DE BARNES; — LE PROCÉDÉ DE BRAXTON HICKS.

Le procédé exact de Puzos n'est guère employé à l'heure actuelle; la dilatation de l'orifice à l'aide des doigts, quoique lente, est difficile et pénible. De plus, elle expose à produire des déchirures du col, beaucoup plus dangereuses dans ce cas que dans les cas ordinaires, et qui peuvent devenir par elles-mêmes la cause d'hémorrhagies graves soit pendant le travail, soit pendant ou après la délivrance. De plus, ce sont des portes ouvertes aux germes pathogènes.

Le procédé de Barnes est employé, surtout en Angleterre et en Amérique. D'après la statistique de Murphy, partisan convaincu de cette méthode, les résultats seraient excellents (1). Je ne

(1) Cette statistique comprend 23 cas, dont voici les résultats : — mortalité des mères, 0 p. 100 ; — mortalité des enfants, 43 p. 100.

puis cependant m'empêcher de vous faire remarquer que le décollement du placenta me paraît absolument inutile, je dirai même dangereux, chaque fois que les membranes sont directement accessibles.

Le procédé de Braxton Hicks, parfaitement rationnel, employé à l'heure actuelle par un assez grand nombre d'accoucheurs en Angleterre et en Allemagne, doit donner et donne de bons résultats. Les chiffres fournis par Hofmeier, Behm et Lomer, en sont la preuve (1). Seulement, je crois que la version pelvienne, qui est toujours une opération délicate et quelquefois difficile, est souvent inutile.

La méthode de Leroux, le tamponnement vaginal, presque exclusivement employé en France, jusque dans ces dernières années, ne peut présenter d'avantages que dans des conditions particulières et difficiles à remplir, tandis que ses inconvénients, je dirai même ses dangers, sont nombreux.

Pour qu'un tampon agisse efficacement, il faut qu'il offre à l'écoulement sanguin une barrière infranchissable, c'est-à-dire qu'il faut que le vagin soit assez rempli pour que le sang ne puisse passer entre le tampon et les parois vaginales d'une part, et que, d'autre part, le tampon soit assez serré pour que le sang ne l'imprègne pas et ne puisse le traverser. Ceux-là seuls, qui ont pratiqué de véritables tamponnements, savent combien cette opération est difficile pour celui qui la fait, et pénible pour celle qui la supporte. Aussi, ne serez-vous point étonnés d'apprendre que depuis quinze ans je n'ai jamais vu apporter à l'hôpital une femme ayant un tampon véritablement efficace ; par contre, j'en ai vu un nombre relativement considérable ayant dans le vagin un semblant de tampon qui n'avait jamais empêché l'hémorrhagie de continuer.

Pour qu'un *tampon efficace* ne soit pas *dangereux*, il faut qu'il soit absolument aseptique. Il faut donc avoir à sa disposition des corps privés de tout germe pathogène (ouate, charpie,

(1) Sur 178 cas : mères mortes, 8 ; — enfants morts, 105.

étoupe, etc.), conservés dans des liquides antiseptiques, ou dans des vases préalablement désinfectés et hermétiquement fermés (conditions pour ainsi dire impossibles à réaliser en dehors des maternités), autrement le tampon devient très rapidement la cause d'une infection rapide. C'est une véritable inoculation que l'on pratique, car le tampon n'est pas seulement en contact avec un plus ou moins grand nombre de vaisseaux ouverts au niveau de l'orifice externe, mais encore dépouillant la muqueuse vaginale de son épithélium, ainsi que je l'ai souvent constaté et que vous avez pu le voir, chez une femme qui nous fut amenée dernièrement, et qui, cependant, avait un tampon illusoire, il transforme la paroi vaginale en paroi absorbante. Enfin, le tampon *efficace* et *aseptique* agit toujours en *aveugle*. S'il empêche le sang de s'écouler au dehors, il n'empêche nullement le placenta de se décoller ; on ne sait ce qui se passe derrière lui. Aussi, fait-il courir les plus grands risques aux enfants.

Vous ne serez donc pas étonné de voir, qu'avant l'antisepsie, il mourait une femme sur trois environ.

Il est vrai que, depuis l'emploi rigoureux des antiseptiques, la mortalité a considérablement diminué, comme le prouve la statistique de la Maternité où la mortalité est tombée à 6 pour 100.

Quant à la mortalité des enfants, elle est énorme, ainsi qu'on devait s'y attendre, elle n'a pas varié depuis l'antisepsie. Elle reste à 55 pour 100 environ.

Ce que je viens de vous dire suffira pour vous convaincre, je pense, que le tampon ne doit plus être considéré que comme un moyen de *nécessité*, et jamais comme un *procédé de choix*.

Il me reste à vous parler de la *rupture des membranes*. Considérée, depuis longtemps et improprement, sous le nom de méthode de Puzos, préconisée par C. Schrœder, elle constitue, suivant moi, d'après ce que je vous ai dit à propos du mécanisme suivant lequel se produit l'hémorrhagie pratiquée dans des conditions *requises* et *nettement déterminées*, le moyen le plus sûr, le plus simple et le plus rapide pour faire cesser l'écoulement sanguin.

Conduit à cette conviction par ce que j'avais observé : à savoir que, dans tous les cas d'insertion vicieuse du placenta, il ne se produisait pas d'hémorrhagie quand il se produisait une rupture spontanée des membranes, j'ai depuis trois ans exclusivement recours à ce procédé, et voici ce que j'ai obtenu :

En trois ans, à la Maternité de Lariboisière, sur 39 cas d'insertion vicieuse avec hémorrhagie..... 2 décès.

Dans les deux cas, les femmes avaient été tamponnées en ville, l'une par une sage-femme, l'autre par un accoucheur de profession. La septicémie, dans les deux cas, était la cause de la mort.

Il nous faut, Messieurs, étendre ce sujet davantage et examiner la conduite à tenir dans les différentes circonstances où l'on peut être appelé. Ne pouvant exposer chaque cas en particulier, je vais essayer d'établir des catégories qui répondront suffisamment, je crois, aux exigences de la clinique. Tout d'abord, l'hémorrhagie pouvant se produire soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, on peut être appelé dans l'une ou l'autre de ces circonstances.

Pendant la grossesse, l'hémorrhagie peut être minime, légère, ou considérable, grave.

Si l'hémorrhagie est légère, vous ferez immédiatement le diagnostic de la présentation, et si la présentation est transversale, si c'est le tronc, ou, comme on le dit plus communément, l'épaule qui se présente, vous transformerez de suite cette présentation transversale en présentation longitudinale, par manœuvres externes.

Mais, devez-vous ramener l'extrémité céphalique ou l'extrémité pelvienne en bas? Vous le savez, Braxton Hicks et ses partisans n'hésitent pas, ils ramènent toujours l'extrémité pelvienne. Je ne suis pas de leur avis. Ayant la conviction que l'enfant court toujours de plus grands risques lorsqu'il se présente par le siège, je pense qu'il est préférable, lorsque les circonstances le permettent, de ramener le sommet en bas.

Ainsi, chaque fois que l'exploration du segment inférieur

m'a permis de constater que cette région n'est point constituée par une épaisseur considérable, que de plus, j'ai apprécié l'épaisseur de la paroi abdominale et pu me rendre compte de la facilité avec laquelle je pourrais maintenir la tête, je ramène tout d'abord en bas cette dernière, quitte à la faire évoluer et à ramener le siège si je vois qu'elle reste élevée, qu'elle s'applique mal sur l'aire du détroit supérieur, qu'elle n'a aucune tendance à s'engager, alors qu'elle en a beaucoup à glisser dans l'une des fosses iliaques.

Quand la tête est ainsi ramenée en bas, il est bon, malgré la rupture des membranes, de la fixer à l'aide de la ceinture eutocique ou d'un bandage de corps bien appliqué et serré.

C'est déjà l'un des moyens les plus efficaces que vous puissiez employer pour atténuer, amoindrir ou faire cesser l'hémorrhagie. Quelle que soit, du reste, l'abondance de l'écoulement sanguin, que vous soyez appelé, pendant la grossesse ou pendant le travail, vous devez procéder ainsi et commencer par là.

Puis, vous ferez faire ou ferez des injections vaginales chaudes et antiseptiques, en employant de préférence, soit la solution de biiodure à un pour quatre mille, soit la solution phéniquée à un pour cent. La solution de sublimé à un pour deux mille ou à un pour quatre mille, qui constitue un excellent liquide antiseptique, a l'inconvénient, lorsque les irrigations doivent être répétées ou prolongées, de tanner les muqueuses et de rétrécir le vagin.

Ces irrigations, ainsi faites, ont un double but. Elles débarrassent d'abord le vagin des caillots qui peuvent s'y rencontrer et s'y rencontrent presque toujours, en même temps qu'elles rendent cette cavité aseptique ; de plus, elles agissent comme moyen hémostatique. Mais, cette dernière action est limitée ; qu'elles excitent assez la fibre musculaire pour amener la constriction des vaisseaux béants, je le reconnais, et vous savez si j'en profite, mais, il faut que vous le sachiez, elles n'empêchent pas d'autres décollements placentaires de se produire. Par conséquent, cette manière de faire, suffisante lorsqu'une seule hémor-

rhagie se produit, devient insuffisante lors de décollements successifs, c'est-à-dire dans nombre de cas.

Je ne vous parle pas, Messieurs, des moyens conseillés depuis un temps immémorial, applications de glace sur la vulve, compresses froides sur le ventre, injections et potions astringentes, etc., car ils n'ont et ne peuvent avoir aucune action dans le cas actuel.

L'hémorrhagie est grave. J'emploie ici intentionnellement l'expression *d'hémorrhagie grave*, car si l'écoulement sanguin peut être dangereux d'emblée par son abondance, un écoulement modéré peut ne l'être pas moins par sa répétition ou sa persistance. Vous devez donc toujours considérer, et la quantité de sang perdu, et l'état général de la femme. Souvent, vous ne serez que peu ou point renseigné sur l'abondance du sang perdu avant votre arrivée; mais, si le sang n'a pas été recueilli, si les linges n'ont pas été conservés, si les renseignements concernant les antécédents vous font défaut, vous aurez toujours à votre disposition les plus précieux éléments d'appréciation, en examinant avec soin l'état de la femme. La décoloration des téguments, la faiblesse et l'accélération du pouls, la tendance à l'état syncopal, l'état nauséeux, etc..., vous permettront toujours de juger de la gravité plus au moins accentuée de la situation.

Bref, l'état est grave par suite de l'hémorrhagie considérable d'emblée, ou répétée, ou persistante ; la femme ne doit plus perdre de sang, sous peine de courir les plus grands risques, et j'insiste à dessein sur ce point, que l'hémorrhagie continue ou qu'elle soit arrêtée lors de votre arrivée, votre conduite doit être la même dans les deux cas. Vous devez faire cesser l'hémorrhagie actuelle comme l'hémorrhagie prochaine. Ne vous leurrez pas du vain espoir de la non réapparition de l'hémorrhagie. Vous n'avez pas le droit de compter sur cette hypothèse. Et si vous agissez ainsi, si vous vous contentez, en présence de l'état grave mais de la cessation de l'hémorrhagie, de prescrire des stimulants, des alcooliques, on vous appellera en toute hâte quelque temps

après, parce que le sang aura reparu, et quoi que vous fassiez alors, il sera trop tard.

Donc, en face de cet état grave que j'ai tenu à vous préciser, que devez-vous faire ? La présentation est longitudinale, les irrigations chaudes ont été faites ; il faut alors introduire la main dans le vagin et un doigt à travers l'orifice externe, de façon à arriver sur les membranes puis déchirer largement ces dernières.

Tantôt, les membranes sont facilement accessibles, peu résistantes, et la rupture et la déchirure se font facilement ; tantôt, elles sont résistantes et le doigt les repousse sans pouvoir les rompre. Il faut alors prendre un perce-membranes qui, guidé par les doigts, agit sur les membranes seulement, sans léser ni les organes maternels ni les organes fœtaux.

Tantôt enfin, les membranes paraissent inaccessibles : le doigt ne rencontre, au niveau de l'orifice interne, que des caillots ou n'effleure qu'un cotylédon détaché. J'ai toujours pu, dans ces circonstances, en procédant lentement et avec délicatesse, rencontrer un point où le doigt pouvait passer entre l'œuf et la paroi utérine, sans rien décoller, et arriver ainsi jusqu'aux membranes.

Ainsi que je vous l'ai déjà dit, je n'ai pas encore rencontré d'insertion centrale. Mais si j'en rencontrais une, je n'hésiterais pas, après m'être assuré de quel côté le placenta empiète le moins, afin de décoller le moins de cotylédon possible et d'arriver sur les membranes par le chemin le plus court, à décoller rapidement ces cotylédons pour atteindre la périphérie du placenta, et là encore, je déchirerais rapidement les membranes. Suivant en cela le précepte de Levret et de Dubois, je ne chercherais pas à passer au centre du placenta, afin de ne pas être exposé à décoller complètement ce dernier, ou à rompre l'insertion du cordon. Nous savons, de plus, que la ponction des membranes à travers le placenta et l'évacuation du liquide amniotique ne suffisent pas pour arrêter l'hémorrhagie. Mais, dans ce cas, je ramènerais toujours le siège en bas, soit par manœuvres extérieures, soit par manœuvres combinées, et j'amènerais un

pied dans le vagin afin de fixer la présentation,car en ramenant la tête en bas, en raison de l'élévation de la région fœtale, on serait exposé à voir la tête glisser dans l'une des fosses iliaques, et la présentation du sommet se transformer en présentation de l'épaule.

Telle est, Messieurs, la conduite que je vous conseille de tenir pendant la grossesse.

Pendant le travail. Il faut tout d'abord, comme pendant la grossesse, faire le diagnostic de la présentation.

Si la tête est en bas et bien accessible, il faut, quel que soit le degré de dilatation, simplement et immédiatement, rompre et déchirer largement les membranes.

Si la tête est élevée et mobile, si la paroi abdominale est épaisse, si on a des raisons de craindre la mobilité de la tête et la difficulté ou l'impossibilité de la maintenir, il faut faire évoluer le fœtus, ramener le siège en bas et saisir un pied ou un membre pelvien qu'on amènera dans le vagin.

Si le siège est en bas, il faut, quel que soit le degré de dilatation, déchirer les membranes et fixer le siège en amenant un pied.

Si c'est une présentation transversale, il faut la transformer en présentation longitudinale, et suivant l'épaisseur du segment inférieur de l'utérus, suivant l'épaisseur de la paroi abdominale, ramener et fixer en bas, soit la tête, soit le siège, en déchirant largement les membranes.

Il peut arriver qu'on soit appelé alors que déjà une partie assez considérable du placenta soit décollée et se trouve dans le vagin. En présence d'un semblable état de choses, il faut rejeter avec la main le placenta de côté, rompre les membranes, et faire en sorte que la région fœtale puisse s'engager à côté du placenta, et ne le pousse pas directement devant elle de haut en bas.

Si vous rencontrez une insertion centrale, la conduite à tenir serait la même que pendant la grossesse.

Je ne saurais trop vous recommander, Messieurs, dans tous les cas, de laisser à la nature le soin d'expulser le fœtus. Une ex-

traction déterminerait presque toujours, du côté du col et du segment inférieur vascularisé outre mesure, des lésions extrêmement graves sur lesquelles j'ai déjà, du reste, appelé votre attention.

Enfin, en vous répétant que les règles de l'antisepsie la plus sévère, la plus rigoureuse, doivent être observées ici plus que jamais, je ne saurais trop vous conseiller d'avoir recours, le traitement obstétrical étant appliqué, à un traitement médical énergique.

C'est dans ces circonstances que les boissons alcooliques rendent les plus grands services; vins généreux, vins de champagne, cognac, rhum doivent être donnés à haute dose. Ce sont choses connues et sur lesquelles je n'insiste pas.

Mais, lorsque la réaction ne se produit pas, lorsque l'état syncopal persiste, lorsque le pouls, au lieu de se relever, reste filiforme, lorsque la respiration est fréquente, vous emploierez en même temps les injections sous-cutanées d'éther sulfurique, vous ferez la compression des quatre membres à l'aide de bandes de toile, de flanelle ou mieux de caoutchouc; et enfin, si ces moyens ne donnent pas de résultat, et si vous êtes outillé pour cela, vous aurez une dernière ressource, j'allais dire une dernière cartouche, la transfusion.

CONDUITE A TENIR DANS LES CAS D'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA (1)

Dans une première leçon, nous avons étudié l'histoire des divers traitements de l'insertion vicieuse. Étudions aujourd'hui la conduite que vous devrez tenir en pareil cas : pendant la grossesse, pendant le travail, après l'accouchement.

A. — *Grossesse.* — La première chose à faire, lorsqu'on est appelé auprès d'une femme qui perd ou qui a perdu du sang, le diagnostic d'insertion vicieuse étant fermement établi, est de reconnaître la présentation. Si cette présentation est transversale, vous lui substituerez, au moyen de la version par manœuvres externes, une présentation longitudinale, qui sera fixée à l'aide d'un bandage. Cela est capital : *substituer à une présentation transversale une présentation longitudinale.* Maintenant, une question secondaire se pose. Doit-on ramener en bas la tête ou le siège ? La solution de cette question dépend du genre d'insertion vicieuse. Est-elle marginale? Vous ramènerez la tête. Est-elle centrale ou du moins un certain nombre de cotylédons recouvrent-ils l'orifice ? Vous ramènerez le siège. Mais, comment savoir si l'insertion est marginale ou centrale ? Par le toucher, pratiqué de la façon suivante :

Après avoir lavé avec soin le vagin pour le débarrasser des caillots qu'il renferme, vous explorerez avec la pulpe de l'index le segment inférieur de l'utérus. Si vous lui trouvez ses qualités ordinaires de souplesse et d'amincissement au niveau des divers culs-de-sac, vous en conclurez que le placenta est assez éloigné de l'orifice, et vous ramènerez l'extrémité céphalique en bas.

(1) *Union médicale*, 3 juillet 1890, n° 78, p. 13.

Vous ferez de même si la souplesse et l'amincissement des parois ne font défaut que dans un espace assez limité. Si, au contraire, vous trouvez le segment inférieur dur et épais, en totalité ou sur une notable étendue, c'est que le placenta est étalé sur ce segment inférieur dont il comble plus ou moins la cavité. Dans ce cas, il est préférable de ramener en bas l'extrémité pelvienne.

La transformation de la présentation transversale en présentation longitudinale et la fixation de cette dernière suffisent-elles ? Oui, dans certains cas ; non, dans d'autres. Si la femme a perdu peu de sang, si elle n'est pas épuisée par des hémorrhagies antérieures, si la perte actuelle est arrêtée, vos soins peuvent se borner à faire plonger le pelvis ou la tête dans l'excavation, et à une stricte vigilance ; mais, si la femme est épuisée par l'hémorrhagie récente ou par les hémorrhagies qui ont précédé, ce que vous jugez à l'état général, faiblesse, pâleur, rapidité du pouls, tendance à la syncope, votre intervention ne doit pas se borner à la version par manœuvres externes. A ce propos, rappelez-vous que vous devez en pareil cas craindre les atermoiements. Ne remettez l'intervention radicale dont je vais vous entretenir que dans les cas où l'état général ne laisse rien à désirer. Remettre cette intervention quand l'état général est douteux, sans être encore mauvais, c'est exposer deux vies.

Supposons donc que vous êtes en présence d'une femme qui ne peut supporter sans péril une nouvelle hémorrhagie, qu'allez-vous faire ?

Autrefois on tamponnait, et c'est encore le moyen que préconisent nombre d'accoucheurs. Je ne puis partager et ne partage nullement cette manière de voir. Le tampon a de gros inconvénients. Sans doute, on peut, à la rigueur, rendre aseptiques des boulettes d'ouate, de charpie ou de gaze, mais un tamponnement, même fait selon toutes les règles de l'art, a, je le répète, de gros inconvénients : 1° C'est une barrière illusoire. Il est vrai que le sang ne filtrera pas au dehors ; mais il s'épanchera et s'accumulera au-dessus du tampon. En effet,

quand on le retire, de gros caillots s'échappent après lui, ce qui prouve que son efficacité n'est pas absolue ; 2° la mise en place du tampon est très douloureuse ; 3° il desquame le vagin, il le transforme en une véritable bouche absorbante, par la quantité de fissures et d'excoriations que détermine le frottement des boulettes. Donc il favorise la septicémie.

Que faire alors ? Il faut rompre les membranes. Ce sont elles qui, en tiraillant le placenta, le décollent et causent l'hémorrhagie ; mais il ne suffit pas de rompre les membranes, *il faut les rompre largement*. On a cité, pour faire objection à la rupture des membranes, des cas où l'hémorrhagie continua malgré la perforation du chorion et de l'amnios ; mais une perforation n'est qu'un trou circulaire, et, dans les cas cités, le diamètre de ce trou était petit . *Il faut l'éclatement, la rupture sur une large étendue.* Il ne suffit pas que la pression à l'intérieur de l'œuf disparaisse par écoulement de liquide ; il faut que la région fœtale qui s'engage n'entraîne pas par frottement les membranes ou le placenta, car, dans ces cas, le tiraillement des cotylédons, et, partant, l'hémorrhagie, continuent. *Donc, rompez sur une large étendue, déchirez, faites éclater l'œuf.* Comment pratiquer cette rupture ? Avec le doigt ; au besoin avec un instrument. Voici comment vous devez vous conduire :

Introduisez le doigt dans la cavité cervicale, poussez-le jusqu'à la rencontre du chorion et dilacérez-le. Cela n'est pas toujours facile. Il peut arriver que l'on rencontre, non pas les membranes, mais le placenta. Il peut même arriver, *dit-on*, que l'insertion soit centrale, ce dont il est permis de douter, car comment des cotylédons se développeraient-ils au niveau même de l'orifice, dans un vide pour ainsi dire ; mais il est possible que, dans certains cas, deux masses placentaires existent, unies par un pont membraneux ou un placenta zonaire ayant à son centre une sorte d'ombilic membraneux. Quoi qu'il en soit, puisque par l'exploration du segment inférieur faite avec la pulpe de l'index promené dans les culs-de-sac du vagin, vous savez de quel côté s'étale la masse placentaire, faites pénétrer

votre doigt dans la direction opposée. C'est là que vous trouverez les membranes.

Les avantages que vous retirerez de cette opération sont nombreux. Sa supériorité sur le tampon est incontestable. D'abord les dangers de septicémie, d'infection, par les fissures de la muqueuse excoriée de toutes parts, n'existent pas. Ensuite vous portez avec vous, sur vous, en tous lieux, ce qui est nécessaire pour pratiquer l'opération. Nous pouvons, à la rigueur, avoir dans nos hôpitaux, bien installés, de grands bocaux remplis de boulettes aseptiques qui attendent le jour et l'heure où elles seront utilisées ; mais, comment le médecin de campagne peut-il transporter avec lui un semblable appareil, pour les cas bien rares, bien éventuels, où il aurait à soigner une femme qu'une insertion vicieuse mettrait en péril ?

On a dit qu'en rompant les membranes on provoquait sûrement l'accouchement et quelquefois à une période où le fœtus n'a pas toutes les chances de vie qu'il aurait plus tard ; mais, dans un accident aussi grave, ne doit-on pas penser aux jours de la mère avant de songer à ceux de l'enfant ? De plus, le tampon, qui provoque assez souvent le travail, tue l'enfant à coup sûr lorsqu'on ne le retire pas avant l'expulsion, et le tue fréquemment quand on le retire. Cette objection tirée de la provocation de l'accouchement, à une époque prématurée, fournit donc l'occasion de faire valoir encore la supériorité de la rupture des membranes sur le tamponnement.

Je puis mettre sous vos yeux une statistique assez éloquente. Sur 66 femmes qui ont subi la petite opération de la rupture des membranes, 3 sont mortes, mais elles sont mortes de septicémie causée par un tampon qui avait été appliqué en ville. Je puis ajouter à cette statistique un autre cas également suivi de mort causée, cette fois, par l'hémorrhagie. Or, là, la femme avait été tamponnée, et bien tamponnée. On n'avait jamais vu encore, dans mon service, un tampon placé en ville avec autant de savoir-faire. C'était une véritable barrière infranchissable. Les boulettes d'ouate ou de charpie n'avaient rien laissé trans-

suder; mais le sang s'était accumulé au-dessus du tampon et cette hémorrhagie interne avait tué la femme. Vous voyez combien cet exemple est instructif et confirme ce que je vous disais.

B. — *Travail.* — La conduite que l'on doit tenir pendant le travail, dans les cas d'insertion vicieuse, ressemble beaucoup à celle que j'ai indiquée pour la grossesse. Vous assurerez d'abord le diagnostic de la présentation, et, si elle est transversale, vous la rendrez longitudinale. Si l'hémorrhagie persiste, vous romprez les membranes avec les précautions que j'ai tout à l'heure énumérées. Je rappelle à ce propos que la rupture peut présenter quelques difficultés, surtout lorsque les cotylédons placentaires recouvrent l'orifice. Dans ce cas, vous devez rechercher — et j'ai insisté longuement sur cette recherche — le bord du placenta au point le plus voisin des bords de l'orifice ; c'est là qu'il faut déchirer largement le chorion. Mais, direz-vous, si le placenta est inséré centre pour centre, que doit-on faire? Faut-il chercher son bord, nécessairement assez éloigné? Faut-il passer au centre du disque?

Je ne vous conseille pas de passer au centre du disque ; je vous conseille d'aller à la recherche du bord et de rompre en ce point les membranes. Il est préférable que le placenta soit refoulé à droite ou à gauche de la région fœtale. En effet, le décollement cotylédonaire qui produit l'hémorrhagie a trois causes : 1° le tiraillement exercé par les membranes distendues ; 2° le tiraillement exercé par les membranes perforées, mais non largement rompues, et qui entraînent par frottement la région fœtale ; 3° le frottement direct, sur le placenta, de la région fœtale, qui le pousse au dehors, ou l'expansion du segment inférieur, qui se retire laissant à nu une quantité plus ou moins grande de cotylédons, au fur et à mesure que l'orifice s'agrandit. Vous comprenez, maintenant, pourquoi il est préférable de frayer le passage au fœtus, à droite ou à gauche du placenta, de refouler celui-ci d'un côté ou de l'autre, que de faire passer le fœtus précisément au centre de la masse. Le premier procédé vous donne toutes chances de limiter l'étendue du décollement. Je

vais d'ailleurs, par un exemple clinique, vous faire comprendre mieux encore ce que je veux dire.

Voici un placenta qui était vicieusement inséré. C'est moi qui suis intervenu pendant toute la durée du travail ; j'ai donc pu juger les choses par moi-même, et voici ce que j'ai constaté d'intéressant. A mon premier examen, je n'ai trouvé par le toucher que des membranes lisses et tendues. Je les ai rompues. A un second examen pratiqué plus tard, à un moment où la dilatation était complète ou presque complète, j'ai trouvé une masse cotylédonaire considérable qui pendait dans le vagin. Que s'était-il passé? De deux choses l'une : ou le placenta, entraîné par la région fœtale, avait glissé en se décollant, ou le segment inférieur, à mesure que l'orifice s'entr'ouvrait, s'était retiré laissant à nu plusieurs cotylédons. Peu importe le mécanisme, je constate le fait simplement. Eh bien, si je n'avais pratiqué que le second toucher, je me serais dit : l'insertion était centrale ou presque centrale. Elle ne l'était pas cependant, puisque, par le premier examen, j'avais constaté au niveau de l'orifice les membranes seules. Je répète que je ne crois pas beaucoup à l'insertion centre pour centre. Je ne la nie pas, mais je ne l'ai pas rencontrée, et je crois que bien des faits semblables à celui que je viens de citer ont été, par erreur d'interprétation, rapportés à l'insertion centre pour centre.

Donc, vous romprez les membranes sur l'un des bords du placenta; vous les romprez largement.

Et si cette rupture ne suffit pas pour arrêter l'hémorrhagie, que ferez-vous? C'est dans ces cas que la version pelvienne est préférable à la version céphalique. On les observe surtout lorsque le placenta, obstruant une notable partie du segment inférieur, fait obstacle à la descente de la région fœtale. Vous irez à la recherche d'un ou des deux pieds, que vous abaisserez dans le vagin. Cette opération peut se faire alors que l'orifice est relativement peu dilaté. Imaginée par Braxton Hicks, elle est aujourd'hui répandue en Allemagne. Elle y est considérée comme le meilleur traitement de l'hémorrhagie par inser-

tion vicieuse. Pour ma part, je ne la considère comme nécessaire que dans les cas dont je viens de parler. Le plus souvent, la rupture large des membranes suffit ; et rappelez-vous, lorsque vous exécuterez la manœuvre de l'abaissement du pied, que vous ne devez faire l'extraction du fœtus que si la dilatation est complète. Si elle n'est pas complète, laissez-lui le temps de s'achever.

C. — *Après l'accouchement.* — Il ne faut pas croire que l'expulsion du fœtus et même celle du placenta mette la femme à l'abri des hémorrhagies. Elles sont, au contraire, assez communes dans les cas d'insertion vicieuse, parce que les conditions de rétractilité et de contractilité du segment inférieur ne ressemblent pas à celles du segment moyen ou supérieur. Je n'ai pas besoin de vous dire que le seigle ergoté doit être banni du traitement que vous pourrez opposer à ces hémorrhagies. Donnez la préférence aux injections d'eau chaude à 48° centigrades, injections intra-utérines ; et je vous recommande de les employer, dans tous les cas, avant même l'expulsion du délivre, qu'elles faciliteront, en excitant les contractions de l'utérus.

Je n'ai pas parlé du traitement général. Je le rappelle en quelques mots. L'alcool, à haute dose, et de préférence le champagne frappé, rendent les plus grands services chez les femmes débilitées par l'hémorrhagie. Les injections hypodermiques d'éther raniment celles qui sont en état syncopal. Enfin, et surtout, n'oubliez pas l'importance de la situation et de l'immobilité. Immobilité absolue. La femme ne doit ni se tourner de côté, ni s'asseoir. Décubitus horizontal, avec élévation des membres inférieurs, s'il y a lieu, et application d'ouate et de bandes roulées depuis les pieds jusqu'à la racine des cuisses.

Tel doit être le traitement adjuvant de l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta. Je ne parle pas des méthodes plus ou moins banales, plus ou moins dangereuses, à l'énumération lesquelles quelques livres consacrent encore trop de pages.

J'en ai fini. J'ai voulu appeler votre attention sur ce nouveau moyen d'arrêter l'hémorrhagie : la rupture des membranes. Je

dis nouveau, car les accoucheurs anciens ne le pratiquaient pas; ils ont pratiqué d'abord l'accouchement forcé; puis, à l'exemple de Puzos, l'accouchement hâtif, sans violence. Puzos, en effet, ne rompait les membranes que dans le but de précipiter le travail. Les accoucheurs contemporains ont accordé la préférence au tamponnement. Je combats ce procédé parce que je le crois meurtrier; et je souhaite que, dans votre pratique, vous démontriez l'efficacité de la rupture des membranes. Je ne doute pas qu'elle ait entre vos mains les succès qu'elle a entre les miennes.

DES HÉMORRHAGIES CAUSÉES PAR L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA ET DE LEUR TRAITEMENT (1)

Messieurs,

En un laps de temps qui n'a guère excédé deux mois, le hasard, qui quelquefois est intelligent, a amené dans nos salles quatre femmes ayant eu, pendant le cours de leur grossesse, et cela à des époques bien différentes, des hémorrhagies considérables produites par l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Je veux profiter de cette circonstance pour revenir sur ce sujet si important, et je vais m'efforcer de vous tracer, aussi clairement et aussi simplement que possible, la ligne de conduite à tenir en face de ce redoutable accident. Je prendrai comme thème de cet entretien, ou plutôt de ces entretiens — car je ne pourrai terminer aujourd'hui — les quatre observations de ces femmes que vous avez pu suivre chaque jour et qui toutes, heureusement, mais après des péripéties diverses, sont aujourd'hui en parfaite santé.

Obs. I. — Il s'agit de cette femme qui a occupé le lit n° 33 de la salle La Chapelle. C'est une grande multipare, enceinte pour la septième fois, dont les six premières grossesses ont évolué d'une façon normale. Elle a eu ses dernières règles du 2 au 5 mars, et tout s'était passé sans le moindre incident jusqu'au 5 décembre dernier. Mécanicienne, elle avait, à cause des douleurs abdominales qu'elle éprouvait, cessé tout travail depuis quelque temps, quand, à cette date, se trouvant par conséquent dans le neuvième mois, elle fut prise d'une hémorrhagie légère, laquelle s'arrêta spontanément sous l'influence du repos.

Deux jours après, le 7 décembre, à 6 heures et demie du matin, elle fut prise

(1) Leçon recueillie par MM. Argelliès et Le Masson, externes du service, et revue par le professeur. *Bulletin médical*, 1896, p. 317.

subitement, en se levant, d'une violente hémorrhagie. Une sage-femme, appelée en toute hâte, l'examina, fit sans doute le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta et la fit transporter à la Clinique Baudelocque.

Elle arriva à 10 heures, à la salle de travail, au moment de la visite : elle était baignée dans son sang, mais ne perdait plus. En pratiquant le toucher, après avoir débarrassé le vagin d'abondants caillots, il fut constaté que la femme n'était pas en travail : le col était long et perméable comme cela existe chez toute multipare, surtout chez celles qui viennent de perdre du sang. Au niveau de l orifice interne, il fut facile de percevoir très nettement, avec la pulpe du doigt, l'existence de cotylédons. Immédiatement après, je constatais, par le palper, l'existence d'une présentation longitudinale, la tête en bas, non engagée. Les bruits du cœur étaient normaux ; l'enfant était vivant.

Que faire en présence de cette situation ?

La femme n'était pas anémiée : le pouls battait à peine 100 pulsations ; les pertes avaient cessé et l'état général restait bon. Je jugeai qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir à ce moment. Je fis faire seulement des injections chaudes, non pas pour arrêter l'hémorrhagie, puisqu'elle l'était, et que ces injections eussent été insuffisantes, mais pour aseptiser le vagin. Je fis, en outre, exercer sur cette malade une étroite surveillance, en recommandant de rompre et de déchirer largement les membranes, si une nouvelle hémorrhagie survenait, et d'agir ensuite selon les préceptes suivis dans cette clinique.

La journée se passa sans incident. Mais brusquement, à 6 heures du soir, survint une nouvelle hémorrhagie, celle-ci très abondante, alarmante même. La femme n'avait pas encore de contractions douloureuses ; elle n'était pas en travail. Notre sage-femme en chef, M^lle^ Roze, introduisit la main dans le vagin, puis deux doigts dans le col. Elle les dirigea *directement en haut derrière la symphyse*, et passant sous les cotylédons déjà décollés, sans rien rompre par conséquent, elle finit par rencontrer les membranes qu'elle déchira largement. Mais comme la languette de placenta déjà décollée s'engageait dans l'orifice et que la tête était très élevée, elle introduisit aussitôt un ballon Champetier distendu à son maximun, afin de prévenir un décollement direct et plus considérable du placenta, de par l'engagement de la région fœtale.

L'hémorrhagie s'arrêta et les contractions douloureuses firent leur apparition.

A 1 heure 20 du matin, le 8 décembre, la femme expulsa le ballon. On se préparait déjà à faire une version, quand, en pratiquant le toucher, on constata que la tête avait suivi le ballon et était profondément engagée. Dix minutes après, l'accouchement se terminait par l'expulsion spontanée d'un enfant du sexe masculin pesant 3250 grammes, aujourd'hui très bien portant et nourri par sa mère.

Voilà l'histoire très intéressante de notre parturiente ; tirons-en maintenant les déductions théoriques et pratiques qu'elle comporte.

Disons tout d'abord que l'insertion vicieuse du placenta, qui produit l'hémorrhagie, s'observe souvent et surtout chez les

grandes multipares. C'est là un fait d'expérience constaté depuis longtemps par tous les accoucheurs ; nous n'avons pas à y insister. De plus, l'hémorrhagie est survenue à la fin de la grossesse ; c'est encore la règle chez les multipares ayant eu beaucoup d'enfants ; chez les primipares, ces accidents surviennent beaucoup plus tôt. Enfin, les deux hémorrhagies des 5 et 7 décembre se sont manifestées insidieusement et arrêtées d'elles-mêmes. Jusque-là, rien de nouveau ; c'est la confirmation de ce que nous savons déjà depuis longtemps.

Un premier point à discuter est la *sensation des cotylédons placentaires* ressentie par M^lle^ Roze, lorsqu'elle a pratiqué le toucher la première fois. Y avait-il là une insertion centre pour centre, comme on pourrait l'admettre, et comme d'ailleurs quelques accoucheurs l'admettent aujourd'hui ? Je n'ai jamais, pour ma part, rencontré ce mode d'insertion, et, dans le cas actuel, je ne l'admets pas davantage. En effet, le palper démontrait, d'une façon très nette, l'existence du placenta sur la paroi postérieure, car la tête, facile à sentir, était directement en contact avec la paroi utérine antérieure ; on percevait très bien, par le palper, la tête recouverte par la paroi utérine très mince et au niveau de laquelle il n'y avait pas trace de placenta. Si, pour déchirer les membranes, on avait, comme on a tendance à le faire, dirigé les doigts en arrière, on aurait transpercé le placenta. C'est ainsi que je m'explique ce soi-disant mode d'insertion centre pour centre, si souvent observé ailleurs, d'après des placentas troués. Au lieu de cela qu'a-t-on fait ? On a ménagé la portion de placenta décollée et venue progressivement, par glissement, au niveau et en avant de l'orifice interne ; on a glissé deux doigts *en avant, derrière la symphyse ;* on est arrivé directement sur les membranes, et on a pu les rompre, sans produire aucun décollement nouveau du placenta.

Le deuxième point à discuter est celui-ci : *pourquoi ai-je conseillé l'expectation armée*, c'est-à-dire une étroite surveillance, des injections chaudes et rien de plus ? Parce que l'état général de la femme était bon et qu'il pouvait s'écouler un

temps plus ou moins long avant l'apparition de nouveaux accidents. C'était donc autant de gagné pour le fœtus, car il ne saurait, avant terme, avoir un meilleur lieu de développement que l'utérus. Quel que soit l'âge de la grossesse, que la femme soit en travail ou non, étant donné un cas pareil, de deux choses l'une : ou bien le pouls est au-dessus de 100 ; ou bien il est au-dessous. Est-il au-dessus de 100? — Intervenez immédiatement. Attendez, au contraire, s'il est au-dessous.

Une nouvelle hémorrhagie survient-elle, comme celle qui se produisit le soir chez notre femme, il ne saurait y avoir d'hésitation : *ne tamponnez pas, mais déchirez largement les membranes*. Je reviendrai tout à l'heure sur la première partie de ma proposition ; j'aborde immédiatement la seconde : il faut déchirer largement les membranes. Et dans quel but? — Pour faire appliquer la partie fœtale qui se présente? — Non ; mais pour empêcher un nouveau décollement du placenta. C'est là un précepte qu'il faut suivre, même pendant la grossesse en dehors du travail, lorsque la vie de la femme se trouve compromise, et votre criterium de l'indication formelle de l'intervention sera : l'accélération du pouls.

La simple ponction de l'œuf serait complètement insuffisante. C'était jadis le moyen employé par Mauriceau, Puzos, etc. Il y a, entre ces deux méthodes, la ponction et la déchirure large, que j'ai préconisée, une différence plus considérable qu'on ne voudrait le faire croire : par la ponction, une fois les eaux écoulées, sans doute la tension de l'œuf diminue, mais elle n'empêche pas les tiraillements du chorion, d'où décollement du placenta, et l'hémorrhagie peut fort bien persister. Seule, la déchirure large des membranes prévient la distension et les tiraillements du chorion.

Mais, la rupture large des membranes, quelle que soit son efficacité, ne peut agir *que sur le décollement indirect* du placenta, c'est-à-dire sur celui qui résulte des tiraillements du chorion. Elle ne peut *rien contre le décollement direct*, lequel a lieu quand une partie fœtale, en s'engageant, vient appuyer

directement sur le placenta. Dans notre observation, une languette de l'arrière-faix comblait, en partie, l'orifice du col, comme cela se produit souvent. Or, l'engagement de la partie fœtale ne peut alors se faire qu'en entraînant le placenta et en déterminant ainsi une hémorrhagie redoutable. Déchirer largement les membranes, c'était bien : le décollement indirect se trouvait ainsi combattu; mais, contre le décollement direct, il fallait quelque chose de plus. Voilà pourquoi l'introduction d'un ballon Champetier, c'est-à-dire d'un ballon incompressible, devenait nécessaire, et pour arrêter le décollement direct, et pour accélérer le travail, et pour permettre la dilatation complète sans engagement de la région fœtale. Quel a été le résultat de cette façon d'agir? La cessation complète de l'hémorrhagie, d'une part ; et, de l'autre, l'existence d'un travail qui s'est fait très régulièrement, en veillant à la déplétion et à la réplétion du ballon suivant les besoins de la cause.

Ce dernier expulsé, vous avez pu voir que dans le cas où la tête ne se serait pas engagée, M^lle^ Roze se préparait à faire une version par manœuvres internes, afin d'obtenir une extraction rapide du fœtus. Car, je ne suis pas partisan de la version bipolaire ou par manœuvres mixtes, dite de Braxton Hicks; entre les mains de ses meilleurs défenseurs, opérateurs habiles, elle donne encore une mortalité fœtale de 75 à 80 p. 100. Je la crois absolument dangereuse pour le fœtus, pour cette raison que les manœuvres multiples qu'elle nécessite provoquent une excitation du réflexe respiratoire et déterminent par là même des respirations prématurées; de là, la cause de la mort. De plus, elle n'est pas applicable à tous les cas.

Ceci étant dit, je reviens à la question du tamponnement. Je ne parle même pas du seigle ergoté, ni des injections d'ergotine ou d'ergotinine. Si cette médication est bien à tout jamais anéantie, il n'en est pas encore de même du tamponnement. Et bien qu'il paraisse superflu, peut-être, de vous en parler à nouveau, je veux y revenir encore une fois, car il est des morts qu'il faut tuer.

Les partisans du tamponnement l'admettent encore, parce que, disent-ils, il oppose une digue infranchissable au sang. Or, le tampon est rarement une digue infranchissable : presque toujours, après une première application de tampon, on est obligé de recourir à une deuxième, à une troisième, à une quatrième et, malgré tout, le sang filtre peu à peu d'une façon continue. Voilà ce qui résulte de la plupart des observations publiées par les accoucheurs partisans de ce procédé, et cela alors même qu'il a été appliqué par les opérateurs les plus expérimentés et les plus habiles.

En second lieu, d'une application très difficile, le tamponnement est douloureux pour la femme, et, fût-il imperméable, il ne peut constituer qu'un moyen aveugle.

En effet, à supposer que rien ne s'écoule plus au dehors, le sang peut s'accumuler en arrière, ainsi que je l'ai constaté à l'autopsie, chez la seule femme qui m'ait été amenée du dehors bien tamponnée. C'est donc un moyen aveugle, puisqu'il n'attaque pas la cause de l'hémorrhagie. Aussi, presque tous les enfants meurent, pendant que, de leur côté, les mères courent elles-mêmes un grand danger.

Enfin, au point de vue de l'asepsie, cette méthode n'est pas indifférente, car elle n'est que trop souvent une cause d'infection chez les femmes tamponnées, comme nous allons le voir dans notre deuxième observation.

Obs. II. — *Insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagies abondantes ayant déterminé un état anémique profond. Femme tamponnée en ville et amenée exsangue. Rupture artificielle des membranes. Délivrance artificielle. Injections de sérum. Infection. Injections intra-utérines. Irrigation continue. Curettage. Injection de sérum anti-streptococcique. Guérison.*

La nommée Eugénie P..., 22 ans, couturière, entre à la Clinique Baudelocque le 22 décembre 1895, à 1 h. 45 du soir.

Ses deux premières grossesses se sont terminées en 1893 et en 1894 (celle-ci à la Clinique Baudelocque) par deux accouchements spontanés et à terme.

La grossesse actuelle a évolué d'une façon normale jusqu'au 15 décembre. Elle avait eu ses dernières règles du 10 au 12 mai 1895 et se trouvait par conséquent à la fin du septième mois.

Le 15 décembre, en conduisant sa fille à l'hôpital, elle est prise d'une hémorrhagie ; néanmoins, elle continue de travailler pendant trois jours. Le quatrième jour, comme elle perdait beaucoup, elle fait venir une sage-femme qui, pour tout traitement, lui dit de garder le lit en ajoutant que ça ne sera rien. L'hémorrhagie diminue d'intensité mais ne cesse pas complètement. Le lendemain et pendant deux jours, elle reprend ses occupations.

Le 22, à 4 heures et demie du matin, l'hémorrhagie augmente d'intensité. La malade se lève, fait du feu et est prise d'une syncope. On attend un médecin de 7 heures du matin à midi, et comme il ne vient pas, on en mande un second qui la *tamponne*, ordonne une potion et conseille le transport à la clinique.

On l'amène à la Clinique Baudelocque le 22 décembre, à 1 heure et demie de l'après-midi, dans une voiture des Ambulances urbaines. Elle est transportée à la salle de travail, où l'on constate l'état suivant :

Cette femme, absolument exsangue, ne peut prononcer une parole. Elle est sans connaissance ; le pouls, filiforme, bat 140 ; les extrémités sont froides, *le réflexe cornéen est aboli*. C'est un cadavre chaud.

En pratiquant le toucher, M^lle^ Roze trouve dans le vagin un bourdonnet d'ouate du volume d'une noix environ (le reste du tampon était, paraît-il tombé au moment où l'on mettait la femme en voiture). Une partie du placenta décollé recouvre l'orifice. M^lle^ Roze trouve à gauche les membranes très tendues et les déchire largement.

Immédiatement après, l'hémorrhagie s'arrête. A ce moment la dilatation est grande comme une pièce de deux francs ; la tête descend et s'applique bien sur l'orifice sans entraîner le placenta.

Sur ces entrefaites, on pratique une première injection de 450 gr. de sérum.

La dilatation progresse très rapidement. Le cordon, qui faisait procidence, au moment de la rupture des membranes, n'était plus animé de battements. A 5 h. 10, expulsion du fœtus mort.

Il suffit d'une dizaine de minutes, après la *première injection de sérum*, pour que la femme sorte de l'état syncopal dans lequel on l'avait amenée : la face se colore légèrement, le pouls, toujours rapide, devient plus perceptible. On fait une *deuxième injection de sérum* de 300 grammes, puis M^lle^ Roze pratique la délivrance artificielle suivie d'une injection intra-utérine très chaude et prolongée. Bientôt, le liquide ressort très clair, « le globe de sûreté » est très net, l'hémorrhagie a complètement cessé.

Troisième injection de sérum, 350 grammes. Champagne. Inhalations d'oxygène. On replace la femme dans son lit, elle est entourée de linges chauds. A ce moment le pouls est à 120 ; la température est de 36°,2.

Quatrième injection de sérum de 350 grammes à 9 heures du soir. Pouls 108. Mais si nous avions combattu victorieusement l'hémorrhagie, nous allions avoir à lutter contre cet autre accident : l'infection.

En effet, les suites de couches ont été pathologiques. Pour combattre l'infection, on fait d'abord des injections intra-utérines et de l'irrigation continue ; puis, on a pratiqué le curettage et fait des injections de sérum anti-streptococcique. Cette femme est aujourd'hui complètement guérie.

Dans cette observation, nous voyons apparaître l'hémorrhagie, non plus quelques jours seulement avant le terme de la grossesse, mais vers le septième mois. *Mais nous voyons surtout les effets du tamponnement !*

Depuis plus de vingt ans, combien sont nombreuses les femmes que j'ai vu amener dans les services d'accouchements soi-disant tamponnées ! Eh bien, je vous le déclare, j'ai rencontré la *digue infranchissable*, le tamponnement bien fait, une seule fois, chez la femme dont je vous ai parlé tout à l'heure, qui mourut en arrivant dans mon service à Lariboisière, et qui avait un kilogramme de caillots derrière le tampon.

Dans tous les autres cas, le tampon était embryonnaire. Du reste, vous pouvez vous en convaincre en allant visiter notre Musée, car nous collectionnons les tampons des femmes apportées chez nous.

Qu'a-t-on fait dès l'entrée de cette femme dans le service ? On a simplement déchiré largement les membranes et immédiatement l'hémorrhagie s'arrêta. Vraiment, j'aurais commandé une observation pour justifier la méthode thérapeutique que je préconise, que je ne l'eusse pas désirée aussi convaincante.

Cette observation est encore extrêmement intéressante et importante à deux points de vue.

D'abord, ceux d'entre vous qui étaient là, au moment de l'entrée de cette femme, n'oublieront de leur vie, j'en suis certain, ce qu'ils ont vu, car ils ont assisté à une résurrection, résurrection due à l'initiative de ma sage-femme en chef, que je suis heureux de féliciter publiquement.

Le sérum salin s'est montré dans toute sa puissance.

Vous avez pu constater la rapidité de son action alors qu'il est injecté dans le tissu cellulaire. Vous voyez qu'il est absolument inutile d'avoir recours aux injections intra-veineuses qui nécessitent un certain outillage et une habileté spéciale.

On a donc fait à cette femme, en quelques heures, quatre injections qui ont permis de lui faire absorber 1350 grammes de sérum salin.

Si notre joie était grande d'avoir ainsi brillamment vaincu l'hémorrhagie, elle n'était cependant pas sans mélange. Instruit par l'expérience, je sais combien les femmes qui ont perdu beaucoup de sang constituent un terrain favorable, un bouillon de culture approprié, au développement des micro-organismes pathogènes, et je sais aussi combien le fameux tamponnement n'est souvent qu'un ensemencement; donc je redoutais l'infection et je n'avais pas tort.

Quarante-huit heures après, les premiers symptômes infectieux apparurent et nous dûmes lutter longuement. Je ne puis entrer aujourd'hui dans les détails de la thérapeutique appliquée en cette circonstance. Ceux d'entre vous, qui n'ont point assisté à nos efforts, trouveront dans un ouvrage qui va paraître la méthode sur les procédés employés (1). Quelle part revient dans la guérison de l'infection de cette femme, à l'irrigation continue, au curettage, au sérum anti-streptococcique? Je ne puis le dire encore.

Bien que j'emploie le sérum anti-streptococcique depuis un an, je veux attendre la fin de l'année pour vous donner mon opinion à ce sujet, car, alors seulement, elle sera appuyée sur des faits nombreux et sur des éléments comparatifs suffisants.

Je vous ferai simplement remarquer que cette femme a quitté le service n'ayant pas eu de phlegmatia alba dolens, et ne présentant aucune lésion, aucune induration au niveau de son appareil génital.

Je passe à la troisième observation.

Obs. III. — *Insertion vicieuse du placenta. Femme tamponnée en ville pour hémorrhagie. Persistance de l'hémorrhagie. Déchirure des membranes et introduction d'un ballon Champetier. Extraction d'un enfant mort. Délivrance artificielle.*

La nommée Eugénie H..., 29 ans, ménagère, entre à la Clinique Baudelocque, le 6 janvier 1896, à 6 h. 30 du matin.

Cette femme, secondipare, a eu une première grossesse normale qui s'est ter-

(1) Pinard et Wallich. *Traité de l'infection puerpérale.* G. Steinheil, éditeur. Paris, 1896.

minée le 20 octobre 1894, à la Clinique Baudelocque, par un accouchement spontané à terme (sommet).

Les dernières règles ont eu lieu du 22 au 25 juillet : elle n'a jamais cessé de travailler jusqu'à l'époque actuelle.

Le 15 novembre, *1re hémorrhagie*, laquelle se continue pendant trois ou quatre jours en petite quantité. La malade n'en continue pas moins de travailler, fait seulement des injections chaudes et l'hémorrhagie s'arrête spontanément.

Le 6 janvier 1896, à 3 heures et demie du matin, *2e hémorrhagie*. Celle-ci se produit brusquement et abondamment et, de ce fait, réveille la malade. Un médecin est immédiatement appelé et pratique un tamponnement vaginal. L'hémorrhagie s'arrête pendant une demi-heure, puis le sang recommençant à filtrer à travers le tampon, le médecin fait conduire cette femme à la Clinique Baudelocque où elle arrive sur un brancard à 6 heures et demie du matin.

A son entrée à la salle de travail, on retire du vagin un tampon formé de six bourdonnets d'ouate et on fait une injection vaginale prolongée ; l'hémorrhagie s'arrête.

A l'examen, par le palper, on constate que les parois abdominales sont très épaisses et qu'il existe une présentation du siège en D. T. Le bassin est normal, l'auscultation est négative, le col long ; il y a des varices et de l'œdème des membres inférieurs, surtout marqué du côté gauche. Fœtus mort.

Malgré l'hémorrhagie, l'état général est resté bon : le pouls bat 80, la température est à 37°,2, le facies est coloré ; il n'y a que des contractions utérines rares et peu intenses.

A 1 heure de l'après-midi, réapparition d'un écoulement sanguin, peu considérable, qui cède à une injection chaude, mais se reproduit au bout d'une heure.

Mlle Roze introduit alors la main dans le vagin, perçoit une partie du placenta décollé engagé dans le col, et dirigeant deux doigts très haut et à gauche, elle finit par sentir les membranes, mais leur très grande flaccidité en rend la rupture très difficile.

Les membranes largement déchirées, à 2 heures, elle introduit un ballon Champetier incomplètement distendu (400 gr. de liquide environ).

A ce moment, le pouls est à 120, l'hémorrhagie est complètement arrêtée, mais bientôt la femme pâlit et est dans un état syncopal. On la ranime à l'aide de boissons alcoolisées, et le pouls, quoique faible, redescend vite à 96. On juge inutile de faire des injections de sérum salin.

A 2 heures et demie, on retire 20 grammes de liquide du ballon ; les contractions utérines deviennent fréquentes et énergiques.

A 4 h. 20, pouls 76. Dilatation complète, extraction du ballon.

A 4 h. 30, extraction du fœtus qui se présente par le siège. L'enfant, mort-né, pèse 1260 grammes. La délivrance artificielle est immédiatement pratiquée et suivie d'une injection intra-utérine prolongée.

Depuis lors, l'état général est demeuré excellent, le pouls est revenu à l'état normal et y est resté ainsi que la température.

Cette observation est intéressante, surtout par l'apparition

précoce de l'hémorrhagie. En effet, le premier écoulement sanguin eut lieu le quatrième mois, et se reproduisit avec assez de violence pour interrompre la grossesse avant la fin du sixième mois.

Vous pouvez encore constater, ici, l'insuffisance du tamponnement, et vous avez pu voir, de par l'emploi des moyens que vous connaissez, avec quel succès on a fait cesser l'hémorrhagie.

Je n'insiste pas, et j'arrive à la quatrième et dernière observation.

Obs. IV. — Mme X..., 31 ans, couturière, entre à la Clinique Baudelocque, salle Levret, nº 93, le 17 février 1896, pour des hémorrhagies datant de six mois.

Elle raconte qu'elle a eu, en 1888, une première grossesse suivie d'un accouchement spontané et prématuré (8 mois).

Les dernières règles normales ont eu lieu du 5 au 9 septembre 1895. Le 27 septembre, apparition d'un léger écoulement sanguin qui n'a pas duré. Des vomissements très abondants et des douleurs abdominables ont marqué le début de cette seconde grossesse et, dès les premiers jours de novembre, les douleurs ont pris une telle intensité que cette femme a dû cesser tout travail, puis s'aliter presque continuellement.

Le 17 janvier 1896, apparition d'un écoulement séreux, grisâtre et fétide, lequel cesse au bout de huit jours et est remplacé par un écoulement sanguin, continu, plus ou moins intense. Depuis le 25 janvier, date de son apparition, la malade a toujours été dans le sang. Les hémorrhagies avaient lieu, la nuit comme le jour, et étaient plus abondantes pendant la nuit. Dans cette première période de la grossesse, la malade a été successivement examinée par deux médecins : le premier fit le diagnostic de grossesse anormale ; le second crut à l'existence d'une tumeur.

Le 1er février, elle entre à la Maison municipale de santé, d'abord dans un service de médecine, puis dans le service de chirurgie du Dr Tuffier, qui fait sans doute le diagnostic de grossesse, car il conseille à la malade de rentrer chez elle, et de garder le repos absolu au lit, afin d'éviter un avortement possible.

Du 9 au 17 février, elle reste chez elle, mais les pertes continuant toujours, son médecin, redoutant une grossesse extra-utérine, lui conseille d'entrer à la Clinique Baudelocque.

Examen à l'entrée. — Par le palper, on constate la présence d'une tumeur abdominale, qui n'est autre que l'utérus gravide dont le fond dépasse l'ombilic.

On fait le diagnostic de grossesse de quatre mois et demi environ, avec placenta inséré sur le segment inférieur. L'enfant est vivant, ainsi que le démontre la perception des mouvements actifs et des battements du cœur fœtal. Les divers appareils ne présentent rien de particulier à noter. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Mais la décoloration des téguments et des muqueuses est très accusée ; toutefois, comme l'état général se maintient assez bon,

que le pouls, régulier, oscille entre 70 et 80 pulsations, on se contente de surveiller étroitement la malade, en lui faisant garder le repos absolu, et en pratiquant des injections chaudes plusieurs fois par jour. Bref, en dépit de l'hémorrhagie persistant depuis le 25 janvier, on se borne à l'expectation armée, quitte à intervenir à la première alerte.

Le 29 février, à 5 heures et demie du soir, les contractions utérines douloureuses apparaissent et, comme elles deviennent de plus en plus intenses, on fait transporter la malade à la salle de travail. A 2 heures du matin, le 1er mars, on trouve une dilatation de la dimension d'une pièce de deux francs et on perçoit très nettement *les membranes épaisses et tendues*, puis, quelque temps après, on ne retrouve que le placenta au niveau de l'orifice, mais en remontant un peu en haut et à gauche derrière la symphyse, on rencontre le siège, lequel est orienté en S. I. G. A.

A 2 h. 20, l'œuf est expulsé en entier, le placenta le premier, sans qu'il y ait eu hémorrhagie pendant toute la durée du travail. Le placenta, comme vous pouvez le voir, occupe la presque totalité des membranes. En avant, il couvre un tiers de l'œuf; en arrière, il remonte très haut jusqu'au niveau du cou du fœtus.

Injection intra-utérine prolongée immédiatement après l'expulsion de l'œuf.

Les suites de l'avortement ont été absolument normales.

Cette observation offre les particularités suivantes :

1° Elle démontre de la façon la plus nette que des hémorrhagies peuvent se produire dès les premiers mois de la grossesse lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur. L'hémorrhagie débute ici à la fin du premier mois et ne cesse pas, pour ainsi dire, pendant cinq mois.

2° Elle rappelle les observations de Simson, dans lesquelles le placenta a été expulsé le premier, sans qu'il y ait eu hémorrhagie pendant le travail.

3° Enfin elle prouve, de la façon la plus évidente, le glissement du placenta sur l'orifice pendant la période de dilatation, puisque, au début, on ne percevait que des membranes, et que ce ne fut que quand la dilatation dépassa la grandeur d'une pièce de deux francs qu'on sentit le bord du placenta, puis, à la dilatation complète, du placenta partout.

Certes, en examinant l'œuf intact, tel que je vous le présente, il serait difficile de ne pas admettre l'insertion centrale.

Vous voyez, par conséquent, combien ont peu de valeur les

autopsies des placentas, les examens des œufs non en place, au point de vue du lieu d'insertion du placenta. Mais je n'insiste pas davantage aujourd'hui sur ce point.

Je désire vous rappeler ce fait, à savoir que chez la femme dont je viens de vous résumer l'observation, l'hémorrhagie ne s'est jamais montrée grave par son abondance ; elle ne devint dangereuse que par sa continuité et sa persistance. La surveillant avec grand soin, j'étais prêt à intervenir, c'est-à-dire à interrompre la grossesse, si le pouls s'était élevé à 100.

Je termine en résumant la conduite que je préconise et que je vous conseille.

1° Quand, *pendant la grossesse* ou *pendant le travail*, une hémorrhagie causée par insertion vicieuse du placenta se déclare et est assez grave pour produire une accélération du pouls telle qu'il dépasse 100, il faut intervenir.

2° L'intervention doit avoir pour but de *faire disparaître la cause de l'hémorrhagie et de hâter autant que possible l'expulsion du fœtus* (1). La déchirure des membranes fera cesser la cause première et sera le plus souvent suffisante. L'introduction d'un ballon incompressible fera cesser la cause seconde quand elle se produira, c'est-à-dire empêchera la région fœtale de décoller directement le placenta en s'engageant, et hâtera le travail.

3° Quand, ce qui arrive souvent, des hémorrhagies se produisent pendant la période de délivrance, soit avant, soit après l'expulsion ou l'extraction du placenta, recourir aux injections intra-utérines prolongées avec de l'eau chaude à 48° ou 50°.

4° Quand la quantité de sang perdu a été considérable et détermine des symptômes d'anémie aiguë grave, recourir aux injections de sérum salé pratiquées dans le tissu cellulaire, avec des doses variant de 200 à 2000 grammes, suivant la gravité des cas.

C'est en appliquant rigoureusement ces préceptes, que nous avons obtenu les résultats que vous connaissez (2), et c'est en

(1) Il est, je pense, inutile d'ajouter que quand l'enfant se présente par l'épaule il faut transformer cette présentation transversale en présentation longitudinale.

(2) Voyez *Fonctionnement de la Clinique Baudelocque.*

comparant ces résultats avec ceux obtenus par d'autres accoucheurs employant d'autres méthodes, que je crois avoir le droit et le devoir de vous dire : je ne connais pas, à l'heure actuelle, de meilleure méthode thérapeutique que celle que je vous conseille.

DU TRAITEMENT DE L'INSERTION DU PLACENTA SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS (1)

MESSIEURS,

Depuis plus de vingt ans que j'ai l'honneur d'enseigner, j'ai consacré un nombre considérable de leçons à l'étude du *traitement de l'hémorrhagie causée par l'insertion vicieuse du placenta*. Je dis bien : *traitement de l'hémorrhagie*, ce qui voulait dire surtout, *traitement curatif*, car si j'ajoutais quelques considérations sur le *traitement consécutif*, je ne parlais que peu ou point du *traitement préventif*, n'ayant comme objet principal, m'efforçant simplement de ne mettre en relief, que les différents et meilleurs moyens de faire cesser l'écoulement sanguin. Connaissant mieux le sujet, instruit par l'expérience, m'appuyant sur de nombreuses observations, je pense qu'il est nécessaire et possible d'étudier le traitement complet de l'insertion vicieuse du placenta, c'est-à-dire, *le traitement pouvant prévenir la production de l'hémorrhagie ; le traitement pouvant faire cesser l'hémorrhagie, le traitement pouvant empêcher les suites fâcheuses de l'hémorrhagie*.

C'est cette question ainsi envisagée que je vais vous exposer aujourd'hui.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Vous n'ignorez pas que l'insertion du placenta sur le segment inférieur, même en un point aussi rapproché que possible de l'orifice interne, peut, dans certains cas, laisser évoluer la grossesse jusqu'à terme et ne causer aucune hémorrhagie pendant le travail ; je vous donne assez souvent la preuve de ce fait. Aussi, en clinique, la signification

(1) Leçon inédite, faite le 2 mai 1898.

de l'insertion du placenta sur le segment inférieur équivaut à hémorrhagie *probable* et non à hémorrhagie *fatale*.

Pourquoi, toutes choses égales d'ailleurs, au point de vue de l'insertion placentaire, telle femme perdra du sang pendant la grossesse ou le travail, alors que telle autre n'en perdra pas ? C'est précisément la recherche de ce pourquoi qui m'a fourni les principaux éléments constituant ou devant constituer le traitement préventif, aussi bien pendant la grossesse que pendant le travail.

Je m'explique.

C'est quand l'observation m'eut démontré que chez les femmes n'ayant pas eu d'hémorrhagie, bien qu'ayant une insertion placentaire sur le segment inférieur, ce segment n'avait été ni *distendu,* ni *descendu* pendant la grossesse, que j'ai pensé à les placer toutes dans ces conditions, de même qu'après avoir observé l'influence de la rupture spontanée des membranes au début du travail, je préconisai la déchirure des membranes.

Le traitement préventif ou prophylactique de l'hémorrhagie, dans l'insertion du placenta sur le segment inférieur, doit donc viser la recherche et la réalisation des conditions les plus favorables pour que, pendant la grossesse, le segment inférieur de l'utérus soit aussi peu distendu et aussi peu descendu que possible. Examinons donc quelles sont les causes de distension et de descente du segment inférieur.

Parmi les causes de distension anormale ou exagérée, la présentation de l'épaule est celle qui tient la première place ; or, heureusement, c'est celle que nous pouvons le plus facilement faire disparaître. Aussi, dès que le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta est probable, — et vous savez combien ce diagnostic peut se faire facilement dans la plupart des cas, — devez-vous rechercher quelle est la présentation, et si c'est une présentation transversale, la transformer de suite en une présentation longitudinale, siège ou tête, suivant les circonstances.

La descente de l'utérus dans l'excavation pelvienne produit aussi une distension, un amincissement du segment inférieur.

Telle est la raison qui fait que, toutes choses égales d'ailleurs, l'hémorrhagie est plus fréquente et plus précoce chez les primipares que chez les multipares. Chez les grandes multipares, il n'est pas rare de voir la grossesse évoluer silencieusement jusque près du terme ou à terme, et l'hémorrhagie ne se produire qu'au début du travail, parce que, chez ces dernières, la sollicitation à l'accommodation pelvienne n'existe que peu ou point.

Les causes d'engagement pendant la grossesse vous sont donc bien connues. Vous connaissez l'influence de la primiparité, l'influence de la station debout et de l'effort brusque instantané ou répété. Ce sont ces causes que nous devons nous efforcer d'atténuer ou de faire disparaître dans le cas qui nous occupe.

Assurément, nous ne pouvons rien contre la primiparité ; mais nous ne sommes pas pour cela désarmés. Nous pouvons par le *repos absolu au lit*, et cela pendant des mois, rendre l'accommodation pelvienne, gênée déjà par la présence du placenta, aussi peu accusée que possible.

J'ai pu, aussi bien dans ma clientèle particulière que dans cette clinique, mener des grossesses à terme ou près du terme chez des primipares, alors que le placenta était inséré sur le bord même de l'orifice interne de l'utérus.

Ainsi, même chez les primipares, par le repos absolu au lit, en ne permettant sous aucun prétexte de mettre le pied à terre, j'ai la conviction que l'on peut éviter ou rendre moindre la rupture vasculaire, cause de l'hémorrhagie.

Assurément, je n'ai pas la prétention, par ce traitement, d'empêcher toute hémorrhagie ; assez souvent l'hémorrhagie se produira, mais la perte de sang sera peu considérable et s'arrêtera spontanément, de sorte que malgré des hémorrhagies répétées, la grossesse pourra assez souvent aller près du terme, quelquefois même jusqu'à terme.

Ce traitement a donc un double résultat favorable aux deux existences en jeu. Il évite ou atténue l'hémorrhagie, — bénéfice pour l'organisme maternel ; — il permet à la grossesse d'évoluer,

— bénéfice pour l'organisme fœtal ; — et vous savez que l'étude des statistiques démontre que dans l'insertion vicieuse du placenta, nombre d'enfants meurent parce qu'ils ont été expulsés ou extraits, soit avant l'époque de la viabilité, soit à une époque trop éloignée du terme.

C'est ce traitement qui doit être rigoureusement formulé et suivi, tant que ne se montre pas l'indication du traitement curatif.

Traitement curatif. — Une femme enceinte a une hémorrhagie utérine, vous diagnostiquez une insertion du placenta sur le segment inférieur, il n'y a pas de début de travail, que devez-vous faire?

Avant de faire quoi que ce soit, vous devez vous renseigner sur les quatre points suivants :

1° L'âge de la grossesse ;

2° La présentation du fœtus ;

3° L'histoire de l'hémorrhagie. — Est-ce la première ou est-ce une répétition?

4° L'état du pouls.

Examinons en détail tous ces points.

a) Age de la grossesse. — L'âge de la grossesse peut, par lui-même, avoir une influence sur la détermination à prendre, dans les cas où l'indication d'une intervention n'est pas nette, ne s'impose pas. C'est dans ces conditions, qu'avant la viabilité du fœtus, le traitement préventif devra l'emporter tout d'abord sur le traitement curatif ; au contraire, si la grossesse est près du terme, si la viabilité du fœtus est assurée, la balance doit pencher en faveur du traitement curatif.

b) Présentation. — Le diagnostic de la présentation, comme je l'ai déjà dit, a une grande importance ; car si le fœtus se présente transversalement, il suffit, dans un certain nombre de cas, de transformer la présentation transversale en présentation longitudinale, pour faire cesser définitivement l'hémorrhagie.

c) Histoire de l'hémorrhagie. — Savoir si l'hémorrhagie se

produit pour la première fois, ou est une hémorrhagie à répétition, constitue un renseignement précieux.

Si c'est une première hémorrhagie, la temporisation, ou, autrement dit, le traitement préventif doit le plus souvent l'emporter, car il est extrêmement rare qu'une première hémorrhagie, quelle que soit son apparente abondance, mette la vie de la mère en danger.

Dans les cas d'hémorrhagie à répétition, surtout si le traitement préventif a été appliqué, l'intervention s'impose plus souvent, mais ne doit être mise en œuvre qu'après l'examen du pouls.

d) État du pouls. — Je considère, vous le voyez, *l'étude du pouls, dans les cas d'hémorrhagie utérine puerpérale, comme pouvant et devant fournir, à elle seule, l'indication d'une intervention.* C'est assez dire son importance.

L'abondance apparente de l'écoulement sanguin, la pâleur des téguments, les bourdonnements d'oreilles, les tendances syncopales, constituent un cortège symptomatique à allure grave, effrayante, je le veux bien, qui doit plus qu'attirer l'attention, je le reconnais, qui présente au plus haut point l'invitation opératoire, cela ne fait pas de doute, mais qui ne renferme pas tous les éléments sur lesquels doit s'appuyer l'indication formelle du traitement curatif. Il manque l'étude des caractères du pouls.

En effet, on peut constater tous les symptômes que je viens d'énumérer, coïncidant avec un pouls encore bien frappé et peu accéléré, ou avec un pouls petit et très rapide. De plus, le pouls petit et très rapide peut être passager ou permanent.

Or, une longue observation m'a démontré que, chez une femme enceinte ayant eu des hémorrhagies ou en ayant, lorsque *le pouls, d'une façon permanente, bat 100 fois et au-dessus par minute, il est dangereux de temporiser. Un traitement curatif et définitif s'impose, il y a plus alors qu'une invitation opératoire, il y a nécessité opératoire.*

Vous ne devrez donc songer au traitement préventif, que si

le pouls bien frappé ne dépasse pas 100, s'il a une tendance à devenir moins fréquent, et si la grossesse n'est pas à terme ou près du terme.

Mais, lorsque le pouls dépasse 100 d'une façon permanente, que l'hémorrhagie soit arrêtée, ou *a fortiori* qu'elle continue, il faut, quel que soit l'âge de la grossesse, et aussitôt que possible, mettre en avant le traitement curatif définitif, c'est-à-dire *provoquer l'évacuation totale de l'utérus.*

Ce traitement curatif définitif doit donc, tout d'abord, faire cesser l'hémorrhagie, l'empêcher de se reproduire, et de plus, provoquer l'expulsion rapide et totale de l'œuf.

La rupture des membranes et l'introduction dans l'utérus d'un ballon incompressible, c'est-à-dire du ballon Champetier de Ribes, remplissent les desiderata du traitement, plus et mieux que tous les autres procédés recommandés.

Vous comprenez, maintenant, combien il est nécessaire pour un accoucheur, d'avoir constamment ces ballons dans sa trousse.

Mais, je suppose que vous ne soyez pas en possession de ce ballon, ou bien que, n'en ayant qu'un seul, il ait crevé soit avant le début du travail, soit avant la dilatation complète, que devez-vous faire ? Pour obéir à l'indication formelle, pressante, absolument nécessaire d'évacuer l'utérus, voici ce que je vous conseille : *Si la présentation est celle de l'extrémité céphalique, rompez les membranes et remplacez le ballon par la main. Si c'est une extrémité pelvienne, rompez les membranes et abaissez un pied.*

Je viens de dire : remplacez le ballon par la main, ce qui veut dire : faites jouer à la main le rôle du ballon. Dilatez avec les doigts d'abord, puis avec la main, constamment, mais sans provoquer de lésions de l'orifice.

C'est, comme je l'ai dit depuis longtemps, *l'accouchement accéléré* et non *l'accouchement forcé.*

Si vous avez abaissé un pied, je vous conseille d'exercer une traction légère et continue sur ce membre.

Assurément, cette manière de faire est plus délicate et plus difficile que l'introduction du ballon, elle fait courir plus de risques à la mère et à l'enfant; mais, elle donne de moins mauvais résultats que les autres procédés et surtout que l'expectation.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'après l'extraction du fœtus, la délivrance doit être ici particulièrement surveillée, et que vous devrez toujours avoir présentes à l'esprit ces deux notions : à savoir que la femme n'a plus le droit de perdre du sang, et que, dans les cas d'insertion sur le segment inférieur, l'hémorrhagie est très fréquemment observée pendant la période de délivrance; aussi, la délivrance artificielle est-elle plus fréquemment indiquée dans ces circonstances que dans toute autre.

Tout ce que je viens de dire s'applique à la femme enceinte. La conduite à tenir, près d'une femme en travail, est sensiblement la même, quoique pourtant plus facile. En effet, il n'y a plus à discuter ici la question de l'interruption de la grossesse. La cessation de l'hémorrhagie ou sa non-reproduction doivent seules préoccuper. Or, dans ces conditions, la simple mais large déchirure des membranes suffit, dans la plupart des cas, à faire cesser l'hémorrhagie. Si celle-ci continue par décollement direct du placenta, c'est-à-dire si le placenta est décollé, poussé par la partie fœtale, l'introduction du ballon la fera cesser, en permettant à la dilatation de s'effectuer, sans descente du fœtus. A défaut de ballon, la main encore en remplira l'office.

J'en aurai fini avec le traitement curatif, quand je vous aurai dit que, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, il faut lui adjoindre, dans certains cas, le traitement consécutif de l'hémorrhagie. C'est ce dernier traitement qu'il nous reste à étudier.

Traitement consécutif. — Une femme épuisée par des hémorrhagies avant votre arrivée, accouchée par vous, sans perte nouvelle, ou avec une perte insignifiante, peut mourir, quelques instants ou quelques heures après son accouchement, d'anémie aiguë.

C'est cette chose lamentable que nous voyions malheureuse-

ment trop souvent, autrefois, et il y a quelques années encore. Heureusement, ces faits sont absolument exceptionnels aujourd'hui. Vous devez donc en conclure que le traitement consécutif de l'hémorrhagie est beaucoup plus puissant aujourd'hui, ce qui est l'exacte vérité.

Autrefois, pour lutter contre les méfaits de l'hémorrhagie, beaucoup de moyens étaient employés. Ils n'étaient pas inutiles, mais ils étaient insuffisants. Vous continuerez à les employer, mais vous en emploierez conjointement un autre, je dirai même vous commencerez le plus souvent par employer d'abord cet autre.

Ce moyen puissant, c'est l'*injection sous-cutanée d'eau salée*. Ce moyen si puissant est d'autant plus précieux que partout vous le trouverez. Il y a de l'eau, du sel et du feu partout. Dans toutes les circonstances, vous pouvez vous le procurer facilement et le préparer vous-même en faisant bouillir, pendant un quart d'heure, un litre d'eau dans lequel vous aurez mis une cuillerée à potage de sel marin.

J'ai dit injection sous-cutanée, car je suis convaincu qu'elle est suffisante dans la pluralité des cas, et il est certain qu'elle est d'une exécution facile et n'offre aucun danger. L'injection intra-veineuse est difficile à bien faire et, pour moi, très dangereuse.

Je n'entre pas aujourd'hui dans l'étude détaillée des injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'eau salée, je l'ai fait ailleurs. Vous pouvez consulter les travaux de MM. Faney (1), Boureau (2) et Desmons (3) pour être au courant de nos connaissances actuelles sur ce sujet.

Mais, je tiens à vous dire que ce traitement, vous ne devez pas seulement l'employer après l'accouchement, après la délivrance, mais bien chez toute femme enceinte ou en travail, chez

(1) Faney. *Du traitement des hémorrhagies par le sérum salé*. Th. doct., Paris, 1896.
(2) Boureau. *Technique des injections de sérum artificiel*. Th. doct., Paris, 1898.
(3) Desmons. *Contribution à l'étude des injections salines intra-veineuses et sous-cutanées*. Th. doct., Paris, 1898.

laquelle vous avez été forcé d'appliquer le traitement curatif et conjointement avec ce dernier.

J'en ai fini avec ce que je voulais vous dire aujourd'hui.

Ce que je vous ai exposé constitue ma méthode, celle qui est appliquée depuis plusieurs années à la Clinique Baudelocque.

En prenant connaissance des résultats obtenus par la lecture attentive du fonctionnement publié chaque année, vous pouvez constater par vous-même quelle en est la valeur.

DE L'HÉMORRHAGIE PAR DÉCOLLEMENT DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ. (HÉMORRHAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE) (1).

MESSIEURS,

Je vais vous entretenir, aujourd'hui, d'un fait désastreux qui vient de se passer dans le service; fait doublement désastreux, puisqu'il s'est terminé par la mort de la mère et de l'enfant, mais fait intéressant qui va me permettre d'aborder les principaux chapitres d'une affection qui n'a guère pénétré dans nos traités classiques, et qui, en tout cas, n'y occupe pas encore la place qu'elle mérite.

Le 7 janvier, à deux heures et demie du soir, entrait dans le service, une femme qui nous était déjà connue. C'était une de nos clientes. Après avoir accouché chez elle, en 1894, d'un enfant à terme qui ne vécut que trois jours, elle était de nouveau devenue enceinte, et le 21 février 1896, elle venait demander nos soins. Cette femme nous frappa par son facies spécial : elle avait les stigmates les plus caractéristiques de l'hérédo-syphilis : prognathisme très accusé, la voûte palatine excavée, les dents mal plantées, mal développées, offrant, outre le microdontisme, toutes les altérations décrites par Hutchinson.

Elle était de petite taille ; les côtes, le sternum, la colonne vertébrale n'étaient pas touchés par le rachitisme, mais les membres inférieurs étaient particulièrement déformés : les fémurs étaient fortement convexes en avant, et les tibias incurvés en dehors en lame de sabre. Immédiatement, on pensa à un rétrécissement du bassin, et la mensuration nous donna pour le diamètre promonto-sous-pubien sans déduction, 84 millim. Toutefois, cette viciation pelvienne si accentuée ne nous inquiéta point. En effet, le fond de l'utérus s'élevait à 14 centimètres seulement au-dessus de la symphyse. 3 semaines auparavant, il y avait eu une fluxion mammaire, l'enfant était mort; le toucher faisait constater à travers le col effacé une

(1) Leçon inédite, faite le 24 janvier 1898 et recueillie par le Dr E. BAUDRON, chef de clinique.

hernie de la poche des eaux, et le jour même, la femme expulsait un fœtus macéré d'environ 6 mois. Les suites de couches furent normales, et cette femme, très désireuse d'avoir un enfant, partit en promettant de suivre régulièrement le traitement spécifique que nous lui avions prescrit.

Mais, elle ne tint point sa promesse, et le 10 septembre, elle revenait de nouveau expulser un fœtus mort et macéré d'environ 6 mois. On dut faire une délivrance artificielle, à cause d'une hémorrhagie abondante : les suites de couches furent normales.

De nouveau, cette femme redevint enceinte au mois de mai 1897, les dernières règles ayant eu lieu du 14 au 17 mai. Le 26 octobre, elle se présentait à la consultation et était mise immédiatement au traitement spécifique en raison de ses avortements antérieurs : elle revint à la consultation quatre fois, dont la dernière fois le 10 décembre, et à aucun moment on ne constata d'albumine dans ses urines.

Le 7 janvier, à deux heures et demie, elle était apportée à la clinique et voici son observation telle qu'elle a été rédigée par mon ancien chef de clinique M. Bouffe, répétiteur de garde : Cette femme dit qu'elle a perdu depuis le matin une notable quantité de sang : sa chemise d'ailleurs en est couverte. Elle n'a ressenti aucune autre douleur que celle des contractions utérines qui depuis le matin reviennent toutes les dix minutes environ. L'utérus mesure 36 centimètres au-dessus du pubis (à 7 mois et demi de grossesse) ; la femme ressent quelques douleurs, mais, même dans l'intervalle des contractions, l'utérus présente une dureté ligneuse surtout dans sa portion droite et inférieure. Le palper est presque impossible, et on sent seulement en haut et à gauche, un pôle qui ressemble à une tête et qui ballotte. On n'entend de bruits du cœur nulle part. Il s'écoule toujours du sang. Au toucher, l'orifice est dilaté comme deux francs, on sent une poche d'eau absolument plate, très tendue, qui sépare le doigt d'une partie fœtale très élevée et qui ressemble à un petit membre.

Le pouls est à 88 ; la température à 36°,7.

Je signale en passant, me réservant d'y revenir dans une autre leçon, les constatations faites par M. Bouffe, chez cette femme hérédo-syphilitique, de syphilides ulcéreuses hypertrophiques au niveau des grandes lèvres, d'ecthyma syphilitique sur tout le corps, enfin d'une éruption roséolique sur la poitrine.

M. Bouffe fait le diagnostic d'hydramnios, avec fœtus mort, probablement en présentation du siège, et probablement aussi de décollement du placenta normalement inséré.

La poche des eaux rompue laisse écouler 800 grammes de liquide amniotique mélangé à une assez grande quantité de sang. Après l'écoulement du liquide, l'utérus paraît un peu moins tendu : il ne mesure plus que 31 centimètres. On donne un peu de chloroforme, afin de s'assurer de la présentation par le toucher manuel, et intervenir, car l'écoulement de sang continue. M^lle^ Roze introduit la main, reconnaît une présentation du siège complet en sacro-droite ; chaque fois

qu'on repousse la partie fœtale, il s'écoule du sang. On discute alors pour savoir s'il faut introduire un ballon, mais la partie fœtale est exactement appliquée sur l'orifice qui est très dur ainsi que le segment inférieur ; d'un autre côté, l'enfant est mort, il n'y a donc plus à le préserver, et on décide d'abaisser un pied. M^lle^ Roze dilate lentement l'orifice qui arrive à être comme 5 francs ; puis sa main étant fatiguée, M. Bouffe abaisse un pied, le droit. Pendant que M^lle^ Roze a un doigt sur l'orifice, M. Bouffe tente quelques tractions pour tâcher d'engager le siège, mais on juge cela dangereux et on laisse les choses en état. La femme ne perd plus ; la hauteur utérine est de 31 centimètres : le pouls est à 90. (Il est 4 h. 10.) On fait une injection salée de 500 grammes. La femme se réveille et vomit : son état n'est pas bon. La face est très pâle, un peu d'agitation. 20 minutes après, à 4 h. 30, le pouls arrive presque subitement à 140 et l'utérus atteint une hauteur de 38 centimètres ; il ne s'écoule toujours rien au dehors. Comme l'état devient grave, M. Bouffe fait placer la femme en travers et tente l'extraction. La main gauche est introduite pour surveiller l'orifice et l'engagement du siège et de la cuisse relevée, pendant que la main droite tire légèrement sur le pied abaissé. Quand la main introduite dans l'orifice cherche à reconnaître la position de la cuisse, il s'écoule du sang rouge pur et quelques caillots anciens noirs. Petit à petit, le siège s'engage, puis le ventre, et on n'a aucune difficulté pour extraire les épaules et la tête. Immédiatement derrière le fœtus jaillit un jet considérable de sang frais. Cette opération a duré 15 minutes. La main gauche, introduite pour faire la délivrance artificielle, sent dans l'utérus le placenta complètement décollé et une quantité considérable de caillots dont on a recueilli 650 grammes, sans le sang liquide écoulé. On perçoit une déchirure du col et du segment inférieur, d'environ 7 centimètres, qui communique avec une déchirure du cul-de-sac latéral droit. On entre dans le ligament large, mais il ne paraît pas exister de communication péritonéale. L'utérus se contracte énergiquement.

La femme est dans un très mauvais état : le pouls n'est plus comptable, il est imperceptible. On fait un tamponnement vaginal très serré, et on applique sur le ventre un bandage de corps. Depuis la délivrance, il s'est écoulé très peu de sang. A partir de ce moment, 5 h. 30, il est impossible de faire revenir le pouls, malgré 1,500 grammes de solution salée en injection sous-cutanée, plusieurs injections d'éther et les moyens habituels. La femme meurt à 6 h. 20.

Il s'agissait de savoir si cette femme était morte d'hémorrhagie ou de shock péritonéal par rupture utérine. Nous avons pu, samedi soir, faire l'autopsie, et je vais vous faire part de nos constatations. Tout d'abord, nous avons soumis le bassin à l'action des rayons X afin de vérifier, d'étudier le cliché par comparaison avec le bassin. La mensuration exacte du bassin nous a donné pour le diamètre promonto-sous-pubien, 83 ; chiffre bien peu différent de ceux que nous avions obtenus à deux reprises

par le toucher mensurateur, une première fois 82 millim., une seconde fois 84 millim. Le diamètre promonto-pubien minimum, le diamètre utile, mesurant 72 millim.; enfin, nous avons trouvé une déchirure incomplète du segment inférieur n'intéressant ni le péritoine ni l'artère utérine.

Ceci posé, j'arrive au point capital de cette leçon, à l'étude des hémorrhagies internes, occultes, cachées de la grossesse. Ce chapitre est à peine ébauché dans les traités classiques ; c'est à la clinique qu'il appartient de le créer de toutes pièces, et il ne faut point que la théorie le vienne obscurcir.

Déjà, dans Mauriceau, on en trouve un cas très net observé chez une femme aux derniers mois de la grossesse (car c'est seulement des hémorrhagies des derniers mois que je veux parler). Peut-être trouverait-on dans Peu, dans Puzos, dans de la Motte, dans Levret, des faits qui s'y rapportent, mais ces faits sont vagues et peu précis. En somme, il faut arriver à Jean-Louis Baudelocque pour découvrir dans le traité d'accouchements qu'il nous a laissé, un passage tout à fait indiscutable sur l'hémorrhagie causée par décollement prématuré du placenta normalement inséré, hémorrhagie nettement différenciée de l'hémorrhagie causée par insertion vicieuse. Quelques années plus tard, César Baudelocque, sur une question mise au concours à propos de la mort d'une princesse anglaise, écrivit un traité des hémorrhagies utérines, mais la confusion la plus grande y règne. M^me^ Lachapelle nie la possibilité de ces hémorrhagies ; M^me^ Boivin ne les admet pas davantage. Quant à Jacquemier, dans son *Manuel d'accouchements*, il ne cite que l'observation de Baudelocque, et n'apporte aucun fait original. En somme, la question demeurait stationnaire et discutée en France, mais il n'en était pas de même à l'étranger. Dès 1860, Braxton Hicks publie 23 observations ; en 1869, Goodell en réunit 100 ; en 1874, Pilat et Brunton en rassemblent un nombre plus considérable encore. Et pourtant en 1878, Stoltz déclarait que, depuis Baudelocque, aucun cas nouveau d'hémorrhagie par décollement prématuré du placenta normalement inséré n'avait été publié. Aussi, fal-

lut-il l'autorité de Tarnier, et l'important travail de Mme Henry basé sur 24 observations personnelles, pour établir définitivement l'existence d'une affection jusque-là si controversée. Aux faits cliniques, l'anatomie pathologique avait apporté son puissant contrôle. Winter publie sa coupe si intéressante, si probante. Un cas suivi de mort est observé par mon collègue Ribemont, et avec Varnier, nous en publions la coupe dans notre *Atlas*. Mais la constatation anatomo-pathologique n'est pas indispensable pour affirmer ce diagnostic, et la thèse de Dumarcet, soutenue en 1872, renferme nombre de cas, où le diagnostic a pu être facilement posé au lit des femmes, et non point sur la table d'autopsie.

Quand l'hémorrhagie rétro-placentaire est peu importante, elle reste purement interne : le caillot, dont le volume peut varier du volume d'une noix à celui d'une orange, se creuse une dépression sur la face utérine du placenta et s'y limite. Mais, la quantité de sang épanché est parfois assez considérable pour décoller le placenta tout entier, et entraîne la mort de la femme sans que l'hémorrhagie se manifeste au dehors. C'est là l'exception, et le plus souvent, le sang fuse peu à peu entre les membranes de l'œuf et la paroi utérine, les décolle et apparaît au dehors : l'hémorrhagie est mixte, à la fois interne et externe.

Mais, quelle est donc la cause capable de produire ce décollement du placenta normalement inséré ? Jacquemier, le premier, se pose la question et croit la résoudre en invoquant la congestion, le molimen menstruel. Dans une thèse récente, on a incriminé les faux-pas, les colères violentes. Laissons de côté cette étiologie de fantaisie, et demandons-nous si, en dehors des hypothèses, il est des causes tangibles et réelles. Eh bien oui, ces causes existent. Presque toutes les femmes chez lesquelles on a observé des hémorrhagies, par décollement du placenta normalement inséré, étaient des albuminuriques. Et cela ne doit point vous surprendre, vous à qui, presque tous les matins, à la salle de travail, je montre les lésions caractéristiques du placenta albuminurique, ces infarctus blancs, vestiges d'hémorrhagies

anciennes, et ces foyers hémorrhagiques récents qui truffent pour ainsi dire la masse placentaire. Supposez qu'un de ces foyers, au lieu de rester intra-cotylédonaire, franchisse la muqueuse, l'hémorrhagie rétro-placentaire est créée. Entre cette dernière forme hémorrhagique et la première, il n'y a qu'une question de degré et d'évolution.

A côté de l'albuminurie, il faut faire la part du traumatisme, car cette part est réelle. Sans doute, il ne s'agit point du traumatisme direct sur l'utérus gravide, mais du traumatisme transmis au placenta par l'intermédiaire du cordon devenu trop court, la brièveté accidentelle du cordon. J'en ai publié une observation des plus curieuses. Il s'agissait d'une femme, grande multipare, qui en ramassant de l'herbe, auprès d'Aubervilliers, se sentit tout à coup inondée d'un flot de sang. Transportée dans mon service de Lariboisière, elle succombait en arrivant. A l'autopsie, nous trouvâmes l'œuf complètement décollé, libre dans l'utérus comme un œuf dans un coquetier. Le cordon formait un nœud coulant autour d'un des pieds du fœtus et celui-ci dans un mouvement brusque avait décollé le placenta tout entier. Ribemont a observé un cas analogue, et c'est chez cette femme, que Varnier et moi avons pu faire la coupe dont je vous ai parlé.

Enfin, quand le placenta est inséré sur le segment inférieur et en avant, s'il se décolle et saigne, il arrive un moment où la tête en comprime le bord inférieur contre le bord osseux du bassin; l'hémorrhagie cesse alors de se manifester au dehors, mais elle peut continuer derrière le placenta ; c'est là une variété d'hémorrhagie rétro-placentaire, mais elle relève plutôt de l'hémorrhagie par insertion vicieuse et je ne fais que la signaler sans y insister davantage.

Or, Messieurs, nous ne trouvons chez la femme qui fait l'objet de cette leçon aucune des causes que je viens de vous énumérer. Elle n'a jamais été albuminurique, et il n'existait pas de brièveté accidentelle du cordon. Faut-il donc faire appel à la colère, aux faux-pas? Cela n'est pas nécessaire, et il est une autre cause qu'il faut peut-être mettre en lumière. Un fait m'a

frappé en lisant les observations d'hémorrhagie par décollement du placenta normalement inséré : c'est la fréquence de la présentation du siège, et j'en suis à me demander si, là encore, le cordon ne serait pas le grand coupable, et si le fœtus, en s'asseyant sur son cordon, n'exercerait pas ainsi une traction capable de le décoller.

Quelle que soit l'étiologie de cette affection, elle se manifeste par des symptômes pour ainsi dire pathognomoniques. Je passe sur la douleur vive, lancinante qui se produirait au moment précis où le placenta se décolle ; pour ma part, je ne l'ai jamais observée. En revanche, il faut tenir grand compte, chez une femme près du terme et ne perdant point de sang, de l'apparition soudaine ou progressive des phénomènes dits hémorrhagiques tels que les vertiges, les bâillements, les bourdonnements d'oreilles, la petitesse du pouls, la pâleur de la face. Localement, il est des signes de la plus haute valeur : c'est la forme irrégulière de l'utérus, c'est surtout sa consistance ligneuse, c'est la dureté du segment inférieur qui s'enfonce comme une *sébile* de bois dans l'excavation. Enfin, si, sur un utérus qui présente ces modifications si particulières de forme et de consistance, vous constatez subitement une augmentation de volume, le doute n'est plus permis et le diagnostic s'impose.

La confusion d'ailleurs est bien difficile à faire. La rupture d'une grossesse ectopique n'a guère que les phénomènes d'hémorrhagie interne qui puissent en imposer, car les signes locaux sont bien différents. La rupture spontanée de l'utérus est chose rare, on ne l'observe que chez les grandes multipares avec présentation de l'épaule ; le sang qui s'écoule par le vagin n'est pas le sang du décollement placentaire, il a des caractères particuliers sur lesquels a insisté Tarnier, il est noirâtre et poisseux. Reste la péritonite généralisée d'origine appendiculaire survenant brusquement au cours de la grossesse : les phénomènes généraux ont des points communs tels que la rapidité du pouls coïncidant avec une température presque normale ; mais, là encore, les signes locaux sont très dissemblables, ce n'est

pas l'utérus, c'est le ventre tout entier qui augmente de volume, se ballonne et se météorise.

Et maintenant, Messieurs, que faut-il faire en présence d'une affection dont les conséquences peuvent être si terribles ? Sans doute, il est des cas peu graves, qui même ne s'accusent par aucun symptôme bien net, et c'est seulement en examinant, après la délivrance, le placenta, qu'on découvre le caillot. Pour ces cas-là, le traitement est nul. Dans des cas moins bénins, la simple déchirure large des membranes a pu arrêter l'hémorrhagie, et c'est à cette pratique que Mme Henry a dû 22 succès sur 24 cas. Mais cette bénignité relative est loin d'être la règle, et Goodell et Braxton Hicks ont observé une mortalité de 50 p. 100. C'est aux cas graves comme celui qui s'est déroulé sous nos yeux qu'il faut opposer un traitement énergique et efficace. L'indication à remplir, c'est de vider rapidement l'utérus ; mais ici, le ballon incompressible, même manié avec la plus grande habileté, ne saurait donner une dilatation assez rapide : les incisions, au niveau du col, préconisées par Dührssen, sont insuffisantes ou dangereuses ; l'abaissement d'un pied, comme nous venons de le voir, doit être souvent inefficace, car le membre abaissé ne fait compression qu'au niveau du segment inférieur, bien au-dessous de la surface qui saigne. Alors que faire ? Quelle conduite tenir ? Eh bien, Messieurs, je n'hésite pas à le dire, et je n'hésiterais pas à le faire, en présence d'un cas d'hémorrhagie rétro-placentaire grave, sûr de mon diagnostic, j'irais directement, par la laparotomie, atteindre le foyer hémorrhagique inaccessible par les voies naturelles. Je viderais rapidement l'utérus de son contenu, et ensuite je le traiterais, suivant l'état de l'opérée, soit par l'amputation supra-vaginale, soit par l'hystérectomie abdominale totale.

Sans doute, c'est là une intervention sérieuse, mais c'est la seule, en l'espèce, qui soit rationnelle et qui puisse être efficace. Vous y recourerez donc, où que vous vous trouviez, plutôt que de laisser une femme mourir d'hémorrhagie ; mais vous aurez bien rarement l'occasion de prendre une telle décision, si vous

vous rappelez que l'hémorrhagie rétro-placentaire reconnaît le plus ordinairement pour cause l'albuminurie, et que contre l'albuminurie, nous sommes presque tout-puissants grâce au traitement prophylactique institué par notre maître à tous, le professeur Tarnier.

En terminant cette leçon, je désire vous mettre au courant d'un fait intéressant qu'il m'a été permis de constater dans un cas bien net d'hémorrhagie rétro-placentaire.

Je veux parler de la coloration rouge du liquide amniotique.

J'ai pu recueillir du liquide amniotique dans une poche absolument intacte, ayant une coloration très nette. Il n'y avait dans ce cas aucune lésion du cordon ni de la surface placentaire pas plus que d'hémorrhagies fœtales. Mais il y avait des foyers rétro-placentaires anciens qui avaient, par leur volume et leur étendue, dépassé les limites du placenta et étaient en contact direct avec les membranes.

Je pense donc que la matière colorante du sang avait diffusé à travers les membranes pour se mélanger avec le liquide amniotique.

Fait intéressant au point de vue scientifique et pratique et sur lequel je reviendrai.

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENTDE LA GROSSESSE ECTOPIQUE APRÈS LE SIXIÈME MOIS (1)

La femme qui est couchée au lit n° 9, salle Dubois, va me permettre d'étudier avec vous trois des grands chapitres concernant l'histoire de la grossesse extra-utérine, ou plutôt, suivant l'heureuse expression de Robert Barnes, de la grossesse ectopique.

Je laisserai de côté, aujourd'hui, tout ce qui se rapporte aux causes, à la fréquence, à l'anatomie pathologique de cet état anormal, et ne m'occuperai que de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement.

Je commence par vous donner le résumé de l'observation de cette femme. Il s'agit d'une plumassière, âgée de trente-neuf ans, qui est entrée à la Clinique Baudelocque le 10 juillet 1893. Quatre personnes l'examinèrent ce même jour : un externe du service, M. Cobilovici ; notre sage-femme, M^lle^ Roze ; mon chef de clinique, le docteur Lepage ; le docteur Varnier, professeur agrégé, et toutes quatre formulèrent le même diagnostic : grossesse ectopique. Et je vous avoue que ce ne fut point sans satisfaction que le lendemain, après avoir à mon tour examiné cette femme, je reconnus que le diagnostic porté était exact. Car ce fait prouve, je crois, que si dans certains cas, les signes de la grossesse ectopique constituent par leur ensemble une étiquette facile à lire pour des personnes expérimentées, il démontre aussi que les efforts faits depuis quelques années pour compléter cette symptomatologie n'ont pas été stériles, puisqu'un externe du service, zélé et habile, je le reconnais, mais encore assez inexpérimenté — il ne m'en voudra pas de le dire — a pu faire ce diagnostic.

(1) *Semaine médicale*, 10 janvier 1894, p. 9.

Examinons maintenant sur quels signes nous nous sommes appuyés pour porter ce diagnostic, et pour cela reprenons l'histoire de cette femme.

Réglée régulièrement depuis l'âge de quatorze ans, elle eut un premier accouchement spontané à terme en 1873, un deuxième en juin 1885, un troisième en avril 1888, un quatrième en septembre 1889 ; tous ses enfants sont nés vivants et bien portants.

Depuis cette époque, santé générale parfaite.

Dernière apparition des règles du 15 au 20 novembre 1892.

Aucune douleur, aucun symptôme morbide jusqu'au 28 janvier 1893. A ce moment, douleurs abdominales, léger écoulement sanguin et expulsion d'une *peau épaisse en forme de sac*, selon l'expression même de la malade.

L'écoulement sanguin dura jusqu'au 5 février ; mais les douleurs abdominales persistèrent plus longtemps et s'accompagnèrent bientôt de difficulté dans la miction et la défécation.

Cet état dura jusqu'à la fin du mois de mars, époque à laquelle les douleurs s'atténuèrent ; les fonctions devinrent moins pénibles et le repos au lit ne fut plus nécessaire.

Depuis le 5 février, la malade n'a plus perdu de sang, mais, le 4 juillet, il s'est produit un écoulement de liquide roussâtre, qui a persisté jusqu'au jour de son entrée dans le service.

Les douleurs reparurent à la fin d'avril, et obligèrent cette femme à reprendre le lit jusqu'au 22 mai. Depuis ce moment, elles sont moins accusées et permettent la marche.

Préoccupée de cette grossesse qui ne ressemblait à aucune de ses grossesses antérieures, cette femme alla consulter un médecin qui lui conseilla d'entrer dans une clinique d'accouchements. C'est ainsi qu'elle vint dans notre service, le 10 juillet dernier.

Voici ce que présentait cette malade à l'examen général et local :

État général mauvais, facies fatigué, douleur très vive dans la cuisse droite ; pas d'œdème des membres inférieurs.

Le ventre est irrégulièrement développé, et, à travers la paroi abdominale amincie, se dessinent en relief deux tumeurs, de formes différentes et de volume inégal : l'une de ces tumeurs, la plus petite, est située à gauche de la ligne médiane et s'élève à 9 centimètres au-dessus de la branche horizontale du pubis; l'autre, beaucoup plus volumineuse, est située à droite et s'élève à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Ces deux tumeurs sont le siège de contractions intermittentes et indépendantes.

Ces contractions sont appréciables à la vue et au palper.

Le palper permet de reconnaître, dans la tumeur droite, qui n'est mobile que par son extrémité supérieure, la présence d'un fœtus vivant. Ce fœtus est couché en diagonale, le siège dans le flanc droit, la tête dans la fosse iliaque gauche, repoussant en avant la petite tumeur. Le stéthoscope fait entendre le maximum des pulsations fœtales sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic.

Le cathétérisme de la vessie démontre que cet organe est dévié en bas et à gauche. Au toucher, on trouve une tumeur remplissant l'excavation, et, entre cette tumeur et la face postérieure de la symphyse, on rencontre le col projeté en haut et en avant. Ce col est déchiqueté, mou et gros.

Combinant le palper au toucher, on constate nettement que le col se continue avec la petite tumeur située à gauche, laquelle est distincte de la grosse tumeur qui s'élève à droite dans la grande cavité abdominale et qui plonge dans l'excavation en la remplissant.

L'exploration attentive de la petite tumeur ne donne en aucun point la sensation de parties fœtales; mais, par contre, la pulpe de l'index perçoit presque partout des pulsations très fortes.

Tels furent les renseignements fournis par les procédés d'exploration mis en usage, c'est-à-dire : l'interrogatoire, la vue, le palper, l'auscultation et le toucher.

Reprenons en détail les signes fournis par chaque procédé d'exploration et examinons la valeur de chacun de ces signes.

L'interrogatoire nous a appris trois choses importantes, à savoir : 1° que cette femme a éprouvé pendant sa grossesse des troubles péritonitiques et des troubles fonctionnels ; 2° qu'elle a eu à plusieurs reprises des écoulements sanguins; 3° qu'elle a expulsé un sac membraneux ; que les premiers accidents se sont montrés dans le cours du deuxième mois, ainsi que les troubles fonctionnels du côté de la miction et de la défécation, qu'ils se sont ensuite atténués; et que seuls, des phénomènes péritonitiques ont reparu à différentes reprises. Est-ce là ce qu'on observe dans le cours d'une grossesse ectopique ? Oui, le plus communément, les choses se passent ainsi : accidents péritonitiques et troubles fonctionnels plus ou moins accusés apparaissant à la fin du premier mois ou dans le second, puis tantôt s'atténuant et disparaissant jusqu'à la fin de la grossesse, tantôt se reproduisant par poussées, à des intervalles plus ou moins éloignés, et cela, pendant tout le cours de la gestation. Je dois dire cependant que, s'il est commun de constater des accidents péritonitiques, il est plus rare de voir se reproduire des troubles fonctionnels ; ces derniers ne se montrent guère que dans les trois ou quatre premiers mois.

Mais, il faut que vous sachiez bien qu'*une grossesse ectopique peut évoluer silencieusement jusqu'à terme sans déterminer le moindre accident ni le moindre trouble fonctionnel.* J'en ai publié un très bel exemple (1).

J'arrive aux écoulements sanguins : dans notre cas, nous voyons l'écoulement sanguin apparaître la première fois, deux mois et quelques jours après la cessation des vraies règles, durer plusieurs jours, puis cesser pour reparaître quelques mois après. Je vous ferai remarquer tout d'abord que si la première perte était constituée par du sang rouge, la deuxième était constituée par du sang noir marc de café, puis par du sang brun couleur chocolat. Enfin, le premier écoulement sanguin a coïncidé avec l'expulsion d'un sac membraneux, expulsion sur laquelle je vais revenir dans un instant.

(1) PINARD. *Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine.* Douze observations (obs. III). Paris, 1892.

Cela étant dit, recherchons quelle peut être la valeur séméiologique de ces écoulements sanguins. Et, d'abord, peut-on et doit-on considérer ces pertes de sang comme de véritables règles? Bien que des auteurs classiques, et non des moins autorisés, admettent que les règles peuvent se produire pendant la grossesse ectopique, comme pendant la grossesse utérine, je ne saurais trop m'élever contre cette manière de voir. La femme enceinte n'est pas plus réglée pendant la grossesse ectopique que pendant la grossesse utérine. Il peut se produire pendant toute grossesse des hémorrhagies utérines, mais ces hémorrhagies diffèrent toujours des hémorrhagies cataméniales physiologiques, par le défaut de périodicité, aussi bien que par la qualité et la quantité du sang perdu.

Pendant toute la durée de la grossesse ectopique, c'est-à-dire tant que le fœtus est vivant, les règles sont supprimées ; elles ne paraissent que deux mois environ après la mort du fœtus. Mais si les vraies règles n'existent pas, il est commun d'observer, pendant le cours de la grossesse ectopique, des écoulements sanguins. Tantôt le sang est rouge et abondant, et presque toujours cette perte sanglante coïncide avec l'expulsion d'une caduque, tantôt le sang perdu est plus ou moins altéré, et dans ce cas l'écoulement dure longtemps. J'ai, depuis plusieurs années, insisté sur la fréquence et la valeur de ces écoulements de liquide marc de café ou chocolat foncé dans le cours de la grossesse ectopique. Mais, à ce propos, je vous répéterai ce que je vous disais tout à l'heure concernant les phénomènes péritonitiques et les troubles fonctionnels : une grossesse ectopique peut évoluer jusqu'à son dernier stade sans provoquer le moindre écoulement sanguinolent.

Reste enfin un troisième renseignement important, à savoir « l'expulsion d'une peau épaisse en forme de sac », selon l'expression caractéristique de cette femme. Cette peau épaisse en forme de sac n'était pas autre chose, vous l'avez compris déjà, que la caduque utérine. Vous savez effectivement que pendant toute grossesse ectopique, quelle que soit la variété, l'utérus

est hypertrophié ; je reviendrai du reste sur ce fait. Or, la muqueuse utérine, qui a participé ,elle aussi, à l'hypertrophie totale, peut être expulsée pendant le cours de la grossesse.

Remarquez que je dis *pendant,* ce qui signifie que le fœtus peut continuer à se développer après l'expulsion de la caduque. On a beaucoup discuté sur le fait de cette expulsion, mais si l'on s'accorde aujourd'hui sur sa réalité, on discute, ou plutôt on discutait encore récemment, sur sa signification au point de vue de la marche de la grossesse. Or, de mes observations qui aujourd'hui dépassent le chiffre de cinquante, il résulte que l'expulsion de la caduque peut dans certains cas n'être constatée à aucun moment de la grossesse et faire totalement défaut ; que, lorsqu'elle se produit, cette expulsion peut être observée soit dans les premiers mois, soit à la fin de la grossesse, au moment dit du faux travail. Lorsque l'expulsion se produit au début de la grossesse, elle est précédée d'une perte sanguine et coïncide probablement avec la rupture primitive du kyste fœtal. Mais ce qu'il y a de certain, et ce sur quoi j'appelle votre attention, c'est que, après l'expulsion de la caduque, l'œuf peut continuer à se développer, comme je l'ai vu dans quelques cas, et comme cela s'est passé chez la femme qui fait le sujet de cette leçon.

Je ne saurais trop vous mettre en garde contre deux erreurs de diagnostic rendues possibles et faciles à commettre par le fait de l'expulsion de la caduque.

En effet, chez une femme qui n'a pas eu ses règles depuis deux ou trois mois, qui éprouve des douleurs et perd du sang, et qui, enfin, expulse une caduque, on est naturellement conduit à faire le diagnostic d'avortement, car on considère la caduque comme constituant l'œuf ouvert d'où s'est échappé le produit de conception. J'ai déjà vu commettre cinq fois cette erreur de diagnostic, qui peut être évitée en examinant histologiquement la constitution de ce sac membraneux.

L'autre erreur de diagnostic peut se faire — et je l'ai vu commettre — lorsque l'expulsion a lieu à la fin de la grossesse,

au moment du faux travail. Comme au début de la grossesse, cette expulsion est précédée et accompagnée d'une perte sanguine plus ou moins considérable qui fait penser à une hémorrhagie causée par une insertion vicieuse du placenta, et l'expulsion de la caduque fait croire à l'expulsion de portions de cotylédons placentaires. Ainsi prévenus, vous ferez un examen minutieux du produit expulsé, ce qui vous permettra d'éviter facilement une erreur, et vous n'oublierez pas : 1° *que l'expulsion de la caduque peut faire complètement défaut pendant toute la durée de la grossesse ectopique;* 2° *que, lorsque cette expulsion a lieu, elle se produit tantôt dans les premiers mois, tantôt à la fin de la grossesse;* 3° *que l'œuf peut continuer à se développer après l'expulsion de la caduque.*

Passons maintenant à l'examen direct.

Laissant de côté les seins, qui présentent dans ce cas les mêmes modifications que dans la grossesse utérine, je m'occuperai particulièrement de la région abdominale.

La *vue* est le plus souvent frappée par la physionomie étrange du ventre. L'aspect général, les reliefs diffèrent de ce qu'ils sont ordinairement dans la grossesse normale.

Tantôt une seule tumeur apparaît nettement, mais cette tumeur n'a pas l'aspect de l'utérus gravide. Ce n'est point cette tumeur physiologique à grand axe longitudinal inclinée à droite, et ayant refoulé l'oreiller intestinal à gauche, comme cela a lieu le plus souvent, ou inclinée à gauche et ayant refoulé les intestins à droite, comme cela se produit quelquefois : c'est une tumeur de forme insolite dont le siège, extrêmement variable, ne paraît pas en rapport avec le développement d'un organe.

Quelquefois, comme dans notre cas, deux tumeurs apparaissent en relief à travers la paroi abdominale : l'une constituée par le kyste fœtal, l'autre par l'utérus hypertrophié, quoique à l'état de vacuité. Enfin, le ventre peut paraître absolument défiguré lorsque, comme je l'ai vu dans certains cas, aux deux tumeurs susmentionnées il vient s'en adjoindre une troisième : la vessie remplie d'urine.

La *percussion* commence à jeter un peu de lumière, en permettant d'éliminer tout ce qui est intestin et de limiter tout ce qui est mat.

Le *cathétérisme de la vessie*, qui doit toujours être pratiqué avant le palper, non seulement renseigne sur l'état de plénitude ou de vacuité du réservoir urinaire, mais encore, montre la situation exacte de cet organe, les rapports qu'il a contractés avec la tumeur, et les déplacements qu'il a pu subir de par le fait de cette dernière. Dans notre cas, la vessie est déviée en bas et à gauche et refoulée pour ainsi dire dans l'excavation ; quelquefois, elle est entraînée dans la grande cavité abdominale, soit à droite, soit à gauche du kyste fœtal. Cette constatation doit être faite avec d'autant plus de soin qu'elle doit jouer un grand rôle au moment de la discussion du choix de l'intervention. Nous n'oublierons donc pas que, chez notre femme, la vessie tapisse la base du kyste fœtal.

Après avoir ainsi recherché et limité les déplacements de la masse intestinale et du réservoir urinaire, il reste à apprécier la forme, le volume, la consistance de la tumeur ou des tumeurs.

C'est alors qu'on s'adresse au *palper*, qui vient la plupart du temps éclairer puissamment ces recherches. Presque toujours, le palper fera percevoir une grosse tumeur de forme variable, mais ne possédant pas la mobilité du globe utérin. On sent la tumeur immobilisée, fixée le plus souvent dans le bassin, et quelquefois cette immobilité, cette fixité peut être absolue, comme dans les cas où il y a adhérence totale du kyste fœtal avec les parties périphériques. Quelquefois aussi, mais bien plus rarement, on rencontre une tumeur aussi mobile que l'utérus gravide, comme je l'ai constaté une fois (1), mais n'occupant pas sa situation habituelle. Enfin, exceptionnellement, on peut ne percevoir que le fœtus lui-même, libre et flottant dans la cavité abdominale, ainsi que je l'ai observé deux fois (2). Dans ces cas, il n'y a plus de kyste fœtal. Le

(1) PINARD. *Loc. cit.*, obs. V.
(2) PINARD. *Loc. cit.*, obs. X et XII.

kyste s'est rompu à un moment donné, le fœtus a continué à se développer, alors que les parois du kyste se résorbaient.

Laissant de côté ces faits exceptionnels, qu'il ne faut cependant pas oublier, je n'envisagerai que les cas où il y a kyste fœtal, c'est-à-dire une tumeur plus ou moins adhérente dont il s'agit de déterminer la nature et le contenu. Quand l'enfant est vivant, comme c'était le cas chez notre malade, le diagnostic est relativement facile, et l'on arrive rapidement à percevoir les deux pôles du fœtus et la rénitence du liquide amniotique. On a dit que la main, qui explorait dans ces cas, percevait bien plus facilement que dans la grossesse utérine les parties fœtales, en raison de leur superficialité. Je ne saurais trop vous mettre en garde contre cette assertion, et je puis vous affirmer que, dans les nombreux cas de grossesse extra-utérine que j'ai eu à explorer, je n'ai jamais été frappé de cette superficialité des parties fœtales. Le plus souvent, je les ai rencontrées profondément situées, et il m'est arrivé maintes fois de les sentir plus facilement dans les grossesses utérines que dans les grossesses extra-utérines. La tension du kyste peut être celle de l'utérus gravide, mais elle peut être quelquefois considérable, quand il y a exagération de liquide amniotique, et il faut savoir qu'on peut rencontrer l'hydropisie de l'amnios dans la grossesse ectopique comme dans la grossesse intra-utérine.

Quand l'enfant est mort, le palper devient plus difficile ; cependant, on peut percevoir la sensation de ballottement, quelquefois longtemps après que le fœtus a cessé de vivre. C'est ainsi que j'ai pu la constater six semaines après la mort du fœtus, dans un cas que j'ai observé en 1875 (1). Quand la sensation de ballottement disparaît par suite de la résorption du liquide amniotique et des progrès de la macération des parties fœtales, on voit le plus souvent survenir un autre signe : c'est la crépitation osseuse produite par le chevauchement des os du crâne les uns sur les autres. Signe excellent qui, dans certains

(1) PINARD. Art. Grossesse extra-utérine, in *Dict. de Dechambre.*

cas difficiles, viendra puissamment éclairer votre diagnostic.

Telles sont les différentes sensations que pourra vous donner le palper, dans les cas de grossesse ectopique après le sixième mois, et suivant que l'enfant est vivant ou mort. C'est ainsi que chez notre malade, le palper nous permit d'affirmer qu'il y avait un kyste fœtal, que ce kyste contenait du liquide amniotique en quantité normale, et que le fœtus était placé en diagonale, la tête en bas et à gauche, le siège en haut et à droite.

Souvent aussi, le palper permet de reconnaître au-dessus de la symphyse, ou avoisinant cette dernière, une petite tumeur quelquefois distincte de la grosse, quelquefois semblant lui être accolée : c'est l'*utérus hypertrophié*, qu'on doit toujours rechercher et qu'on trouvera presque toujours dans le cas où l'enfant est vivant, dans celui où il est mort et où la date de la mort ne dépasse pas deux mois, car, après cette époque, l'hypertrophie disparaît par suite de l'involution, et la recherche devient plus difficile.

Quelquefois, grâce à des circonstances heureuses, comme j'en ai rencontré dans cinq cas, une contraction perçue au niveau de cette petite tumeur vous permettra de suite de faire le diagnostic ; mais c'est surtout en combinant le toucher au palper, que vous arriverez sûrement à reconnaître la nature de cette tumeur.

Enfin, j'ajouterai que la main explorant la paroi abdominale peut sentir un frémissement caractéristique analogue à celui qu'on perçoit quelquefois au niveau de la région iliaque dans les cas de grossesse utérine, mais ici plus accentué, plus étendu et n'occupant pas la même région. A ce niveau, du reste, l'auscultation fait entendre un bruit de souffle avec renforcement (1). Ce frémissement, qui est persistant pendant la vie du fœtus, disparaît, d'après ce que j'ai pu observer, vers la fin du mois qui suit sa mort. Il me paraît, d'après mes observations, pro-

(1) PINARD. *Loc. cit.*, obs. II.

duit par le développement du placenta sur la paroi antérieure du kyste fœtal.

Je serai très bref sur l'*auscultation*, qui peut vous faire entendre trois choses, mais qui nous sera d'un faible secours dans la plupart des cas.

Si l'enfant est vivant, vous pouvez entendre, et vous entendrez les pulsations fœtales avec leur rythme normal, comme dans la grossesse utérine. Vous aurez ainsi la double notion de l'existence de la grossesse et de l'existence de l'enfant, mais cela ne vous apprendra rien quant à la nature de la grossesse.

Il en est de même de la perception du souffle maternel, que vous pouvez entendre avec le même caractère, aussi bien dans la grossesse ectopique que dans la grossesse normale. Seule, la perception du *souffle continu avec renforcement*, dont je vous parlais il y a un instant, pourra vous mettre sur la voie du diagnostic; mais, ainsi que je vous l'ai dit, cette perception est loin d'être constante.

Le *toucher vaginal*, au contraire, se montre beaucoup plus puissant, car presque toujours la physionomie de l'excavation est profondément modifiée dans les cas de grossesse ectopique.

Et d'abord, le *col* de l'utérus présente pendant la grossesse ectopique deux modifications sur lesquelles je ne saurais trop insister : 1° une modification concernant la résistance, cette modification est constante ; 2° une modification concernant la situation, cette modification est variable.

Le col se ramollit, de même que l'utérus s'hypertrophie, pendant la grossesse extra-utérine. Le ramollissement, qui est constant, je le répète, pendant toute la durée de la grossesse, n'est jamais aussi accusé, aussi complet que dans la grossesse utérine, de sorte que la consistance du col tranchera toujours sur celle des parties ambiantes. Le ramollissement disparaît environ un mois après la mort du fœtus.

Les modifications de situation sont plus importantes à connaître. Presque toujours, le col est déplacé et le plus souvent porté en avant et en haut, vers la face postérieure de la sym-

physe pubienne, mais pas toujours. C'est ainsi que je l'ai rencontré tout à fait en arrière (1), au niveau de l'angle sacro- vertébral et sur les côtés. Il peut aussi, comme le prouve une de mes observations, ne pas être déplacé et rester au centre de l'excavation.

Chez notre malade, le col était déplacé latéralement à gauche, ce qui permit, en combinant le palper au toucher, de reconnaître que la petite tumeur qui s'élevait à 9 centimètres au-dessus de la branche horizontale du pubis gauche, se continuait dans le col, et était manifestement constituée par l'utérus.

Le kyste fœtal plonge plus ou moins dans l'excavation, sous forme de tumeur tantôt régulière comme le segment inférieur de l'utérus, tantôt irrégulière et de consistance inégale. L'engagement, la forme, la consistance de cette tumeur qui remplit plus ou moins l'excavation sont en rapport avec la variété de grossesse ectopique, ainsi qu'avec l'attitude du fœtus et le lieu d'insertion du placenta. Vous n'oublierez donc pas que, si dans certains cas, le doigt rencontre, profondément engagée, une tumeur lisse, régulière, recouverte d'une paroi mince permettant de sentir au travers les caractères de la région fœtale (sutures ou petites parties), quelquefois aussi, la tumeur est moins engagée, présente des parois irrégulières, d'inégale consistance et dont l'épaisseur est telle que le doigt, même en déprimant fortement, ne peut arriver à percevoir nettement aucune partie fœtale. Presque toujours, dans ces cas, le placenta, en totalité ou en partie, se trouve dans le petit bassin : constatation importante au point de vue du choix de l'intervention.

Chez notre malade, les choses se présentèrent ainsi. Il était impossible, en déprimant tous les points de la tumeur, qui plongeait dans l'excavation et qui avait déjeté l'utérus à gauche, de percevoir aucune sensation fœtale ; ce qui m'a fait dire que le placenta occupait la base du kyste fœtal, c'est-à-dire tapissait le petit bassin. Et cependant, l'engagement était tel

(1) PINARD. *Loc. cit.*, obs. II.

que la tumeur appuyait sur le périnée et déterminait des effets expulsifs en même temps que le besoin d'aller à la garde-robe se faisait continuellement sentir.

Tels sont les moyens à employer et les signes à constater, pour établir le diagnostic de la grossesse ectopique. Diagnostic facile quelquefois, surtout quand l'enfant est vivant, difficile dans d'autres circonstances, difficile surtout quand l'enfant est mort et mort depuis longtemps.

C'est dans ces cas difficiles qu'il faut employer un autre procédé, sur l'infaillibilité duquel mon maître M. Tarnier a insisté avec tant de raison, je veux parler du *cathétérisme utérin* et surtout du *cathétérisme utérin digital*.

Il est bien certain, en effet, que si vous avez constaté, d'une part, la présence d'un fœtus mort ou vivant, et, d'autre part, avec le doigt, la vacuité de l'utérus, le diagnostic s'impose. C'est assez vous dire que vous devez toujours, avant toute intervention, avoir recours à ce moyen, et c'est ainsi que vous m'avez toujours vu procéder. En principe, cela n'est pas discutable. En clinique, malheureusement, l'application de ce procédé est souvent difficile et quelquefois impossible. Le déplacement de l'utérus peut être assez accusé pour que le col soit, même pendant l'anesthésie, aussi inaccessible au doigt qu'aux divers instruments rigides ou flexibles. J'ai dû opérer plusieurs femmes, sans avoir pu pratiquer le cathétérisme digital ou instrumental (1).

Chez notre malade, je n'ai pu pratiquer le cathétérisme utérin qu'à l'aide d'un hystéromètre, et cela, pendant l'anesthésie qui a précédé l'opération.

Je viens de vous exposer comment, d'une façon générale, l'on peut arriver à faire le diagnostic d'une grossesse extra-utérine, comment, en particulier, nous étions arrivés à formuler chez notre femme le diagnostic suivant : *grossesse ectopique, fœtus de six mois au moins et vivant*.

Quelle conduite devait-on tenir en face d'un cas semblable ?

(1) PINARD. *Loc. cit.*

C'est la question que je vais maintenant étudier, en essayant de légitimer ma manière de faire, qui a paru être en contradiction avec ce que j'enseigne depuis longtemps.

Il est une formule que je répète souvent, et qui, je crois, est à l'heure actuelle indiscutable, c'est la suivante : *toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.*

Cette formule diffère de celle de Werth adoptée aujourd'hui par beaucoup de chirurgiens et qui est la suivante : *toute grossesse extra-utérine doit être traitée comme une tumeur maligne.*

Je vous demande la permission de vous montrer en quoi diffèrent ces deux formules.

Celle de Werth implique l'intervention immédiate dès que le diagnostic est posé.

La mienne laisse aux circonstances le soin d'indiquer le moment de l'intervention, c'est-à-dire qu'elle prend en considération, suivant le cas, tantôt l'intérêt de la mère, tantôt l'intérêt de l'enfant, ainsi que je vais essayer de le démontrer.

Dans la première moitié de la grossesse, ou quand l'enfant est mort depuis deux mois, au moins, j'accepte la formule de Werth : oui, il faut opérer de suite.

Mais, vous pouvez faire le diagnostic de grossesse extra-utérine dans les deux cas suivants : 1° la grossesse est dans la deuxième moitié, comme dans notre cas ; 2° le fœtus est mort seulement depuis quelques jours. Dans ces deux cas, devez-vous intervenir de suite ? Telle n'est point mon opinion.

Quand l'enfant est mort depuis quelques jours, je crois qu'une intervention immédiate exposerait la mère aux dangers de l'hémorrhagie au même degré que si l'enfant était vivant. Et c'est pour cette raison que je préfère attendre deux mois environ, c'est-à-dire la cessation de la vascularisation placentaire active. Mais, il est bien entendu que si des symptômes faisaient craindre, ou une rupture, ou une transformation purulente de son contenu, je n'hésiterais pas à intervenir de suite, au risque de courir les dan-

gers de l'hémorrhagie, ceux-ci étant moins grands que ceux qu'on redoute. Vous le voyez, l'intérêt de la mère est ici seul en jeu et ce sont les circonstances qui pour moi dictent l'intervention.

Quand l'enfant est vivant et âgé de six mois, en intervenant de suite, c'est-à-dire en sacrifiant l'enfant, intervient-on dans des conditions plus favorables pour la mère que si l'on intervenait à l'époque de la viabilité du fœtus ? Je ne le crois pas. Je pense qu'à cette époque les dangers de l'hémorrhagie sont sensiblement les mêmes qu'à la fin de la grossesse, parce qu'à cette époque le placenta a acquis, en grande partie, son développement. Et c'est pour cette raison que, ne faisant pas courir plus de danger, à la mère, je préfère tenter la chance de sauver l'enfant et faire comme l'a dit Rein au Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Bruxelles (1), de la *chirurgie obstétricale absolument conservatrice*. Non pas qu'il faille conserver l'espoir de sauver beaucoup d'enfants en agissant ainsi, car souvent, les enfants meurent, avant d'avoir atteint l'époque de la viabilité, et dans les deux cas où j'ai cru devoir attendre, deux fois les enfants sont morts au septième mois, c'est-à-dire avant que j'aie pu intervenir d'une façon utile en leur faveur.

Mais, comme dans cette occurrence, nous n'avons rien à perdre, il vaut mieux, à mon avis, essayer de sauver les enfants dont le développement ne sera point empêché, comme cela a été fait déjà un assez grand nombre de fois.

C'est en m'appuyant sur ces principes, que je n'ai pas voulu intervenir de suite, me contentant de surveiller attentivement notre malade.

Trois semaines après son entrée, les battements du cœur fœtal ne furent plus perçus : l'enfant avait succombé avant d'avoir atteint sa véritable viabilité.

Dans ces conditions, j'attendis le mois d'octobre avant d'opérer, et c'est le 9 que vous m'avez vu pratiquer l'extraction du fœtus.

(1) REIN. *Semaine médicale*, 1892, p. 373.

Avant de vous parler de l'opération, je dois encore examiner quelques questions importantes.

Le moment de l'intervention étant fixé, comment doit-on intervenir ? Doit-on toujours pratiquer la laparotomie ? Doit-on, dans certains cas, pratiquer l'élytrotomie ?

M'appuyant sur mon expérience, je persiste à croire que l'élytrotomie devra être préférée dans tous les cas où le kyste fœtal plonge dans l'excavation, la vessie et l'utérus ayant été déplacés latéralement, et le placenta n'étant pas inséré à la partie inférieure du kyste.

Lorsque les conditions que je viens d'énumérer ne se rencontrent pas, comme c'était le cas chez notre malade, il faut pratiquer la laparotomie.

Surgit une autre question : *La laparotomie ou l'élytrotomie étant pratiquée, et le fœtus extrait, doit-on ensuite chercher à enlever tout le kyste, comme si l'on avait affaire à un kyste de l'ovaire, ou doit-on se contenter d'extérioriser le kyste et attendre l'élimination du placenta ?*

D'après les observations publiées, et d'après ce que j'ai vu moi-même, je pense qu'il est préférable de ne pas enlever le kyste et de se contenter de la *marsupialisation*. Comme je l'ai dit et écrit : *enlever tout le kyste est peut-être plus chirurgical, mais c'est certainement moins prudent.*

L'on ne sait jamais à l'avance quelles sont les adhérences et les difficultés auxquelles on pourra se heurter pendant l'opération. Deux fois, j'ai rencontré sur la face antérieure du kyste des anses intestinales qui n'avaient pu être détachées qu'en déchirant l'intestin (1).

Pour ces raisons, je reste partisan convaincu de la méthode qui consiste à suturer, avant ou après l'extraction du fœtus, les parois du kyste à la paroi abdominale et à faire l'antisepsie du kyste ainsi en rapport avec l'air extérieur, en attendant l'élimination du placenta, élimination qui se fait généralement du

(1) PINARD et VARNIER. *Études d'anatomie obstétricale, normale et pathologique.* Paris, G. Steinheil, 1892.

dixième au vingtième jour et qu'on peut aider dès que la face interne du kyste se tapisse de granulations.

Je ne vous conseille d'enlever de suite le placenta, que dans les cas où le kyste a été rompu et résorbé en grande partie et où le fœtus, mort depuis longtemps, à nu au milieu des anses intestinales, n'est même plus en communication avec lui, le cordon ayant été mangé lui-même par les cellules du péritoine. J'ai rencontré deux cas semblables, dans lesquels j'ai extrait de suite le placenta sans hémorrhagie et où je me contentai de faire un drainage à la gaze iodoformée (1).

Agissant d'après ces préceptes, vous m'avez vu pratiquer chez notre malade la laparotomie, inciser le kyste, extraire le fœtus, puis laver le kyste, suturer ses parois à la paroi abdominale, et, après avoir légèrement rempli de gaze iodoformée, appliquer un bandage de corps. Vous avez assisté aux suites de cette opération et vous avez dû voir combien elles étaient simples. L'élimination du placenta était complète le vingt-deuxième jour ; aujourd'hui cette femme est absolument bien portante. Le toucher, pratiqué chez elle, démontre que l'utérus a repris sa place et qu'il jouit de toute sa mobilité. Je vous ai fait remarquer, à ce propos, combien la résorption du kyste fœtal était généralement rapide. Peut-être notre opérée reviendra-t-elle accoucher dans le service, mais d'une façon normale cette fois, comme cette femme que je vous ai montrée hier, qui est enceinte de huit mois et que j'ai opérée pour une grossesse extra-utérine, il y a deux ans.

Je terminerai en vous disant que, sur 14 cas de grossesse extra-utérine ayant dépassé le sixième mois, et pour lesquels j'ai dû intervenir, j'ai eu 13 guérisons et 1 décès. La seule femme qui a succombé a été opérée *in extremis* (2).

(1) PINARD. *Loc. cit.*, obs. IX et XII.
(2) PINARD. *Loc. cit.*, obs. VI.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, DIAGNOSTIQUÉE AU SIXIÈME MOIS, OPÉRÉE A UNE ÉPOQUE RAPPROCHÉE DU TERME; — EXTRACTION D'UN ENFANT VIVANT; SUITES HEUREUSES POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT (1).

Le 26 février 1895, entrait dans mon service, à la Clinique Baudelocque, la femme Philomène Nicolet, qui m'était adressée par mon collègue et ami, le professeur Berger.

Cette femme, âgée de 36 ans, nous raconte ce qui suit : elle nous affirma n'avoir jamais été malade. Réglée à quatorze ans, les règles parurent régulièrement depuis cette époque, tous les mois, jusqu'au mois de juillet 1894 ; mais, elle ne peut préciser exactement la date.

Dès le mois d'août, nausées et vomissements, et du 22 au 23, elle perd un liquide à peine rosé. Elle continue son métier de blanchisseuse. Mêmes symptômes pendant le mois de septembre : du 22 au 23 septembre, même perte qu'au mois d'août.

Au mois d'octobre, douleurs abdominales qui l'obligent à s'aliter pendant deux jours; puis, reprise du travail et de la vie habituelle. Pendant le mois de novembre, les douleurs reparaissent, en même temps que la miction et la défécation deviennent douloureuses. Elle ne peut bientôt plus se tenir debout, prend le lit, et fait appeler pour la première fois un médecin. Ce premier confrère diagnostiqua une grossesse avec menace de fausse couche, et prescrivit le repos au lit. Les douleurs persistant et la fausse couche ne se faisant pas, un deuxième médecin fut appelé qui diagnostiqua fibrome utérin et non grossesse. Et dans le but de faire revenir les règles, il ordonna de prendre, matin et soir, un cachet contenant vingt centigrammes de poudre de sabine. 75 de ces cachets, c'est-à-dire 15 grammes de sabine, furent pris (j'ai eu entre les mains les ordonnances), sans produire le moindre incident. Au mois de février, les douleurs devenant moins vives, elle put quitter le lit et alla, alors, consulter dans un service d'accouchements où on lui dit qu'elle était enceinte et qu'elle avait en plus une tumeur.

(1) Communication à l'*Académie de médecine*, séance du 6 août 1895. *Annales de Gynécologie*, août 1895, t. XLIV, p. 81, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1895, t. XXIV, p. 189.

Quelques jours après, elle éprouvait des douleurs au niveau du membre inférieur gauche qui augmentait de volume, et cela d'autant plus, qu'elle restait debout plus longtemps.

C'est pour cette raison qu'elle alla consulter le professeur Berger, qui, après l'avoir examinée, pensa à une grossesse extra-utérine et voulut bien me l'adresser.

Examen à son entrée. — État général mauvais, facies grippé. Cuisse et jambe gauches œdématiées et douloureuses. A la vue, le ventre est développé comme chez une femme enceinte de six mois environ. La paroi abdominale est tendue, lisse et dépourvue de toute trace de vergeture.

Au *palper*, on constate la présence d'une tumeur médiane dépassant l'ombilic de deux travers de doigt. Cette tumeur, à parois kystiques constamment tendues, ne peut être déplacée. Elle paraît fixée et immobilisée par des adhérences dans la profondeur. Ce n'est qu'avec difficulté qu'on perçoit, en déprimant fortement la paroi, la sensation des parties fœtales. Mais, à gauche et en bas de l'ombilic, on entend avec facilité les bruits du cœur. A droite, en dehors et à côté de la grosse tumeur, on en sent une petite, de la grosseur d'une mandarine qui présente, pendant l'examen, des alternatives de durcissement et de ramollissement. Quand elle durcit, on peut non seulement la sentir et constater le sillon qui la sépare de la grosse tumeur, mais encore, on peut aussi la voir formant un relief dans la fosse iliaque droite.

En pratiquant le toucher de la main gauche, on trouve l'excavation remplie par la partie inférieure de la grosse tumeur, et en déprimant le point le plus déclive, avec la pulpe de l'index, on perçoit le ballottement céphalique. Le col est légèrement dévié en avant et à droite ; il est ramolli comme dans la grossesse utérine. Pratiqué de la main droite, le toucher combiné avec le palper fait reconnaître que le col et la petite tumeur sont en continuité.

En présence de ces renseignements et de ces constatations, je porte le diagnostic de grossesse extra-utérine de six mois et demi environ, avec enfant vivant. Mais, je fais remarquer à mes élèves qu'il nous manque un élément de diagnostic extrêmement important, à savoir : la certitude de la vacuité de l'utérus, que seul peut nous donner le cathétérisme intra-utérin. Et si je ne le pratique pas immédiatement, c'est que les autres symptômes sont assez nets pour ne pas me faire hésiter dans le choix de l'étiquette, et surtout, parce que je ne veux produire en ce moment, ni traumatisme, ni réflexe qui pourraient avoir, dans l'espèce, des conséquences fâcheuses.

Dans ces conditions, je résolus d'attendre, pour intervenir, l'époque où la viabilité du fœtus me paraîtrait parfaitement établie, et je pris toutes les mesures qui, à mon avis, me permettraient d'atteindre ce moment sans encombre. J'ordonnai le repos au lit, avec immobilité absolue. La régularité des fonctions fut assurée. Le membre inférieur gauche fut placé dans une gouttière ; les battements du cœur observés quotidiennement. — Le 8 mars, l'œdème de la jambe gauche ayant disparu, la gouttière fut enlevée. — État général excellent. — Le fond du kyste fœtal s'élève à 26 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Le fond de la petite tumeur, c'est-à-dire de l'utérus, s'élève à 9 centimètres et demi.

Cette grossesse ectopique évolue ainsi, sans aucun incident, jusqu'à la fin du mois d'avril. Le kyste fœtal se développa, offrant toujours les mêmes caractères, c'est-à-dire, immobilité et tension très accusée et constante de ses parois, de telle façon que le 30 avril, le fond s'élevait à 35 centimètres au-dessus de la symphyse. L'utérus s'élevait à 11 centimètres et demi. Le col était aussi ramolli que chez une femme primipare à terme. Les battements du cœur étaient normaux. A aucun moment, l'auscultation, pratiquée chaque jour, n'avait permis d'entendre le souffle maternel. De temps en temps, seulement, on put percevoir à gauche et en bas un bruit de piaulement, mais extrêmement fugace.

Ce même jour, 30 avril, je fis une nouvelle leçon sur ce cas intéressant et je prévins les élèves que j'interviendrais le jeudi 2 mai. La viabilité du fœtus me paraissait acquise et le développement suffisant. Je pratiquai l'opération, le 2 mai, avec l'assistance de mon collègue et collaborateur et ami Segond, et en présence de mon collègue P. Berger et de tous mes élèves.

Opération. — Chloroforme à 11 heures. Cathétérisme de la vessie. Cathétérisme de l'utérus, avec le doigt d'abord. Le col est trouvé aussi mou que chez une femme à terme ; il est facilement perméable ; mais, aussi haut que le doigt peut atteindre, il ne perçoit rien au-devant de lui. Le cathétérisme de l'utérus est alors pratiqué avec une grosse sonde en gomme qui pénètre jusqu'au fond de l'organe. Du col au fond, l'étendue est de 14 centimètres et demi.

J'incise la paroi abdominale sur la ligne médiane. Les parois du kyste apparaissent, et on voit leur minceur extrême qui supporte de nombreux vaisseaux énormes ; les uns dépassent le volume du petit doigt. Au moment où je pince la paroi, un de ces vaisseaux se rompt. Une pince qu'on cherche à appliquer sur le vaisseau ne fait que rendre l'hémorrhagie plus considérable, tellement la minceur et la fragilité des parois sont accusées. Le kyste est alors rapidement incisé. Un pied est saisi au fond du kyste et le fœtus extrait. La compression est faite, au pourtour des parois du kyste, à l'aide des mains d'abord, puis à l'aide de pinces à forcipressure et à ligaments.

On procède immédiatement à la suture des parois du kyste aux lèvres de la plaie abdominale, en comprenant dans la suture le bord du placenta qui affleure à droite et à gauche.

Quand ces nombreuses sutures sont faites, on voit alors une ouverture de 10 centimètres de diamètre dont le fond est tapissé entièrement par le placenta. Cette cavité est remplie de gaze iodoformée et salolée. Bandage de corps. Opération terminée à midi.

Pendant les suites de couches, la température n'a pas dépassé 38 degrés. Le lendemain, la mère allaitait son enfant.

Le 13 mai, *premier pansement*. On se contente de laver la cavité avec la solution de biiodure à 1 p. 4000. On renouvelle la gaze salolée. On fait ensuite le même pansement tous les trois jours.

Le 25, une portion considérable du placenta s'est détachée spontanément et fait saillie ; on l'enlève. Elle pèse 150 grammes.

Le 30, on retire 70 grammes de placenta ; le 2 juin, 35 grammes, le 5 juin, l'irrigation fait sortir le reste, 175 grammes. Depuis ce moment, lavage quotidien

de la cavité avec la solution biiodurée. La femme se lève le quarante-troisième jour.

Aujourd'hui, qu'on peut le constater, la cavité a disparu. Les parois du kyste sont résorbées ; l'utérus a repris sa place normale et l'état général est parfait.

L'enfant (garçon), dont l'extraction avait été aussi rapide que facile, présenta cependant des troubles de la respiration pendant quelques minutes. Il était plus qu'étonné. Les inspirations étaient rares et spasmodiques, mais on ne fut pas obligé de pratiquer l'insufflation. Un quart d'heure après son extraction, la circulation et la respiration étaient normales.

Voici son poids et ses principales dimensions :

1° Poids	2,730	grammes.
2° Longueur totale	47	centimètres.
3° Diamètre de la tête :		
O.M.	124	millimètres.
O.F.	112	—
S.O.B.	114	—
S.O.F.	104	—
Bi-P	94	—
Bi-T	8	centimètres.
S.M.B.	10	—

Cet enfant présente une légère asymétrie de la face, et une dépression assez accusée au niveau du maxillaire gauche, dépression produite par le moignon de l'épaule, la tête ayant été, pendant la vie intra-kystique, inclinée et pressée sur l'épaule gauche par les parois du kyste.

Cette asymétrie et cette dépression ont complètement disparu aujourd'hui, ainsi qu'on peut le voir en examinant l'enfant. Nourri, en partie par sa mère, en partie à l'aide de lait stérilisé, il a présenté un accroissement normal.

Voici ses poids :

Poids initial	2.730	grammes.
3e jour	2.570	—
10e —	2.800	—
20e —	3.110	—
30e —	3.305	—
40e —	3.620	—
50e —	4.000	—
60e —	4.380	—
70e —	4.850	—
80e —	5.300	—
90e —	5.800	—

Remarques. — Cette observation me semble présenter un certain nombre de points intéressants concernant l'étiologie, la

symptomatologie, le diagnostic, la marche, le traitement de cette grossesse extra-utérine et le résultat obtenu.

Au point de vue de l'étiologie, je ferai remarquer combien il est rare de constater une grossesse e topique chez une primipare n'ayant jamais présenté, ni le moindre trouble fonctionnel de l'appareil génital, ni une affection quelconque de la cavité abdominale.

La symptomatologie a été celle observée dans la pluralité des cas. Sauf l'expulsion d'une caduque qui n'a pas eu lieu, nous retrouvons ici le schéma du complexus symptomatique noté dans le plus grand nombre des observations, à savoir : la suppression des règles, des accidents abdominaux et des troubles de la miction et de la défécation survenant du deuxième au quatrième mois, etc. Je n'insisterai donc point; mais je veux m'arrêter sur certains phénomènes objectifs qui ont, de suite, pour ainsi dire, éclairé le diagnostic. Je veux parler de la présence de deux tumeurs : *l'une*, grosse, à parois constamment tendues, comme dans les cas de grossesse utérine avec hydropisie de l'amnios, ou de kyste de l'ovaire, mais qui, au lieu de se présenter comme dans ces cas, se montre immobile dans ses parties profondes; *l'autre*, petite, et présentant, dès le moindre contact, des alternatives de durcissement et de ramollissement. Je n'ai jamais, pour ma part, dans plus de 80 observations de grossesse extra-utérine que j'ai pu étudier, rencontré des contractions aussi fréquentes et aussi facilement mises en jeu. Je me permets donc d'attirer l'attention des accoucheurs sur ces deux points qui constituent, selon moi, deux éléments extrêmement importants du diagnostic : tumeur contenant un fœtus, fixée dans la cavité abdominale, accompagnée d'une autre petite tumeur se contractant.

Je dois faire remarquer également, que la superficialité des parties fœtales signalée par quelques auteurs, faisait ici complètement défaut. Du reste, j'ai pu constater que, sauf dans deux cas, où le fœtus était absolument libre, à nu, sans aucun sac, dans la cavité abdominale, et où, par conséquent, il était facile

de le percevoir, à travers la paroi abdominale, j'ai toujours perçu par le palper, le fœtus contenu dans le kyste fœtal avec plus de difficultés que le fœtus contenu dans l'utérus. Je ne ferai que signaler le ramollissement du col aussi prononcé que dans les cas de grossesse utérine. Cela dit au point de vue de l'étiologie, des symptômes et du diagnostic, j'arrive à ce point : étant donné qu'on se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine, de six mois au moins, avec enfant vivant, que peut-on, que doit-on faire ?

C'est ce que je vais exposer rapidement en essayant de légitimer ma conduite dans ce cas, conduite qui a paru être en contradiction avec ce que j'enseigne depuis longtemps, et à propos de laquelle je me suis déjà expliqué ailleurs, pour un cas semblable (1). Il est une formule que je répète souvent et qui, je crois, me paraît être acceptée par la majorité des gynécologues, c'est la suivante :

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.

Cette formule diffère de celle de Werth adoptée par beaucoup de chirurgiens et qui est celle-ci :

Toute grossesse extra-utérine doit être traitée comme une tumeur maligne.

Je vous demande la permission de vous montrer en quoi diffèrent ces deux formules. Celle de Werth implique l'intervention immédiate, dès que le diagnostic est posé, car, on n'intervient jamais assez tôt dans un cas de tumeur maligne. La mienne, tout en commandant l'intervention, laisse aux circonstances le soin d'indiquer le moment de cette intervention, c'est-à-dire qu'elle prend en considération, suivant les cas, tantôt l'intérêt de la mère, tantôt l'intérêt de l'enfant, ainsi que je vais essayer de vous le démontrer.

Dans la première moitié de la grossesse, ou quand l'enfant est mort depuis deux mois, j'accepte la formule de Werth. Oui, il

(1) Voyez *Semaine médicale*, 10 janvier 1895 et la précédente leçon.

faut opérer de suite, car alors, la mère se trouve dans les meilleures conditions pour guérir; et quand, dans les premiers mois, l'enfant est vivant, nous savons combien il a peu de chances d'arriver à la viabilité. Donc, sur ce point, aucun désaccord.

Mais, il arrive que le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé dans les deux circontances suivantes :

1° La grossesse est dans la derniere moitié, comme dans le cas que je viens de rapporter.

2° Le fœtus, âgé de plus de cinq mois, est mort seulement depuis quelques jours.

Dans ces deux cas, devons-nous intervenir de suite ? Telle n'est point mon opinion, et voici mes raisons.

Quand l'enfant est mort depuis quelques jours seulement, je crois qu'une intervention immédiate exposerait la mère aux dangers d'une hémorrhagie, au même degré que si l'enfant était vivant. Et c'est pour cette raison que je préfère attendre deux mois environ, c'est-à-dire la cessation de la vascularisation placentaire active. Mais, il est bien entendu que si des symptômes faisaient craindre, ou une rupture, ou une transformation purulente de son contenu, je n'hésiterais pas à intervenir de suite, au risque de courir les dangers de l'hémorrhagie, ceux-ci étant moins grands que ceux qu'on redoute d'une péritonite purulente.

Vous le voyez, l'intérêt de la mère est ici seul en jeu, et ce sont les circonstances qui, pour moi, dictent l'intervention.

Quand l'enfant est vivant et âgé de six mois, en intervenant de suite, c'est-à-dire en sacrifiant l'enfant, intervient-on dans des conditions plus favorables pour la mère que si l'on intervenait à l'époque de la viabilité du fœtus ? Je ne le crois pas. Je pense qu'à cette époque les dangers de l'hémorrhagie sont sensiblement les mêmes qu'à la fin de la grossesse, parce que le placenta, à ce moment, est en grande partie développé. Et c'est pour cette raison que, ne faisant pas courir plus de dangers à la mère, je préfère tenter la chance de sauver l'enfant et faire, comme l'a dit Rein au Congrès international d'obsté-

trique et de gynécologie de Bruxelles, *de la chirurgie obstétricale absolument conservatrice.*

Non pas qu'il faille conserver l'espoir de sauver beaucoup d'enfants en agissant ainsi, car souvent, les enfants meurent avant d'avoir atteint l'époque de la viabilité. Comme preuve de cette assertion, je puis dire que sur trois cas où, dans ces conditions, j'ai cru devoir attendre, deux fois les enfants sont morts avant que j'aie pu intervenir d'une façon utile en leur faveur. Le cas que je rapporte aujourd'hui est le seul qui m'ait permis de réaliser mon idéal.

Mais comme, dans cette occurrence, nous n'avons rien à perdre, il vaut mieux, à mon avis, essayer de sauver les enfants dont le développement ne sera point empêché, comme cela a déjà été fait un certain nombre de fois, et comme j'ai pu le faire moi-même.

C'est en m'appuyant sur ces principes, que je n'ai pas voulu intervenir de suite, me contentant de surveiller activement notre malade.

A ce propos, je ne saurais trop insister sur la valeur du *repos absolu* dans ces circonstances. Je suis convaincu que le développement énorme des vaisseaux de nouvelle formation entraîne leur fragilité et les expose à la rupture, sous l'influence du moindre choc ou de la moindre pression. On a pu constater le bien fondé de cette assertion lors de mon intervention. Dès que j'eus touché à l'un de ces énormes vaisseaux, il se rompit, et il est impossible, dans ces cas, de faire de la forcipressure, tellement est accusée la minceur et la friabilité des parois vasculaires.

Je n'insisterai pas davantage sur ces considérations, et je soulève une autre question : Sur quoi doit-on s'appuyer pour fixer le moment de l'intervention ? Ce point est également très important, car, intervenir trop tôt, c'est s'exposer, comme on l'a fait trop de fois, à extraire un enfant n'ayant pas encore toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine; intervenir trop tard, c'est s'exposer à extraire un enfant mort.

Aussi, sur ce terrain si mouvant, je pense qu'il faut prendre

en considération l'âge de la grossesse autant qu'on peut le connaître et le développement du kyste, contenant et contenu. Je crois que si le développement du fœtus dans un kyste fœtal n'est pas toujours entravé, il est tout au moins toujours plus ou moins gêné, retardé ; il se fait moins régulièrement que dans la grossesse utérine.

Aussi, me paraît-il prudent, pour avoir toutes les chances d'extraire un enfant tout à fait viable, de ne pas intervenir, avant le 8e mois tout à fait accompli. Je fixerais donc le moment opportun de l'intervention dans le cours du 9e mois.

C'est ainsi que chez ma malade, bien que je ne fusse pas exactement renseigné sur la date des dernières règles, — je savais seulement qu'elle avait eu ses dernières règles au mois de juillet, — je ne voulus pas intervenir avant d'avoir constaté que le fond du kyste s'élevait à 35 centimètres au-dessus de la symphyse (le fond de l'utérus à terme s'élevant en moyenne à 34 centimètres), et aussi avant d'être certain que la grossesse était dans le neuvième mois. Et la suite a démontré que je n'avais pas eu tort d'attendre jusqu'à cette époque.

Le moment de l'intervention étant déterminé, j'étais absolument fixé sur le manuel opératoire que je suivrais. J'étais résolu à pratiquer la laparotomie, à ouvrir le kyste, à extraire le fœtus *et à ne pas toucher au placenta*, me contentant de la marsupialisation ou de l'extériorisation du sac.

D'après la lecture des observations publiées, et d'après ce que j'ai vu moi-même dans dix-sept cas, je pense qu'il est bien préférable, dans l'intérêt de la femme, de ne pas essayer d'extraire le placenta ou d'extirper le sac. L'on ne sait jamais à l'avance quelles sont les adhérences du kyste, où le placenta est inséré ; en un mot, l'on ignore les difficultés auxquelles on pourra se heurter pendant l'opération. Aussi, pour ces raisons, je suis partisan convaincu de la méthode qui consiste à tout faire pour éviter tout décollement du placenta, et à laisser ce dernier s'éliminer spontanément. Je redoute beaucoup moins la septicémie par rétention que l'hémorrhagie par extraction immédiate, et je m'appuie sur les faits pour juger ainsi. Aussi, je répète ce que

j'ai dit et écrit nombre de fois : *enlever tout le kyste est peut-être plus chirurgical, mais, c'est certainement moins prudent.*

Dans seize cas de marsupialisation, je n'ai pas eu un seul accident grave causé par la rétention placentaire. J'attendrai qu'un opérateur, partisan de l'extirpation du sac, me montre une série semblable pour changer d'opinion.

J'ai pu constater que l'élimination du placenta, si elle était peut-être un peu retardée, se faisait aussi facilement, après extraction d'un enfant vivant, qu'après extraction d'un fœtus mort. L'élimination s'est faite, dans le cas actuel, du vingt-sixième au trente-deuxième jour. Je ferai remarquer aussi que la cavité du kyste fut irriguée depuis le jour de l'opération, jusqu'au moment de sa disparition, avec la solution de biiodure à 1 p. 4000, sans qu'il y eût le moindre symptôme d'intoxication hydrargyrique.

J'arrive enfin à l'enfant. Ainsi que je l'ai dit, son poids était de 2730 grammes. Il était bien conformé, sauf l'asymétrie faciale signalée plus haut. Ces déformations ou malformations, observées chez des enfants développés dans un kyste fœtal, ont été notées déjà par un certain nombre d'observateurs, notamment par :

A. Martin (1) : Volumineuse encéphalocèle à l'occiput.

Stadtfeld (2) : Subluxation du poignet droit et des articulations tibio-tarsiennes.

William (3) : Petites déformations crâniennes.

Spaeth (4) : Paralysie faciale.

Rein (5) : Légère asymétrie de la tête.

Olshausen (6) : Aplatissement considérable du crâne et du visage, du côté gauche.

Taylor (7) : Déformations crâniennes.

(1) A. Martin. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1881, p. 217.

(2) Stadtfeld. *Hospital Tidende*, 1886, p. 889.

(3) William. *Transactions of the obstetrical Society of London*, 1887, t. XXIX, p. 482.

(4) Spaeth. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1889, Bd XVI, p. 269.

(5) Rein. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Kieff*, 28 fév. 1890; anal. in *Ann. de Gyn.*, fév. 1892, t. XXXVII, p. 156.

(6) Olshausen. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1890, p. 171.

(7) Taylor. *Transactions of the obstetrical Society of London*, avril 1891, p. 115.

Frommel (1) : Sillon profond sur le pariétal gauche.

Guéniot (2) : Légère dépression au niveau de la suture fronto-pariétale gauche.

Marchand (3) : Légère dépression au niveau du pariétal droit.

Comme le dit, avec raison, le Dr Orrillard (4), dans sa thèse inaugurale extrêmement intéressante :

« Il est certain que les malformations sont plus fréquentes chez les fœtus extra-utérins ; mais elles paraissent être, en somme, la plupart du temps, compatibles avec la vie. »

Elles sont semblables à celles qu'on observe quelquefois chez les enfants des primipares, ayant peu de liquide amniotique et des parois utérines très résistantes ; ces déformations siègent sur les pieds, faux pieds bots, quand l'enfant se présente par le sommet, ou bien sur les côtés de la face, quand l'enfant se présente par le siège. J'ai cité plusieurs de ces cas dans mon traité du *palper abdominal*.

Ces déformations, résultat de pressions pendant la période de développement, disparaissent assez rapidement, et chez notre enfant, comme on peut le voir aujourd'hui, il n'y en a plus traces.

Chose curieuse, cet enfant, aussitôt après son extraction, qui avait été rapide et facile, ne s'est pas mis à crier de suite, et la respiration a eu quelque peine à s'établir. Il a présenté le choc spécial, encore inexpliqué, qu'on observe chez presque tous les enfants extraits par l'opération césarienne, quelles que soient la rapidité et la facilité de l'extraction.

Mais ce trouble n'a pas duré, et un quart d'heure après sa naissance, toutes ses fonctions s'établissaient régulièrement.

Ainsi que le montrent ses poids, son accroissement a été normal. Aujourd'hui, il pèse 5900 ; c'est un enfant superbe que j'ai fait venir avec sa mère et que vous allez pouvoir examiner.

(1) Frommel. *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1892, p. 1.

(2) Guéniot. In Thèse Orrillard, obs. LV, p. 93.

(3) Marchand. *Ibid.*, obs. LVI, p. 95.

(4) Orrillard. *De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable*. Th. doct., Paris, Steinheil, 1894.

DE LA CONDUITE A TENIR CHEZ UNE FEMME EN TRAVAIL QUAND LE FŒTUS EST MORT, L'ŒUF OUVERT ET LA DILATATION INCOMPLÈTE (1).

Nous avons eu dans le service, pendant ces vacances, à observer un fait extrêmement intéressant et instructif, que je veux vous faire connaître.

Le titre de l'observation mentionne :

Bassin vicié, fœtus mort, œuf ouvert. Crâniotomie, putréfaction fœtale, physométrie. Expulsion de la tête, rétention du tronc, dégagement des bras. Délivrance artificielle. Accidents convulsifs à la suite d'une injection intra-utérine faite deux heures après l'accouchement.

Malgré les nombreux accidents qui ont marqué cet accouchement, la femme qui fait le sujet de notre observation est sortie, il y a quelques jours, de nos salles en très bonne santé. Il est donc intéressant d'examiner en détail ces différents accidents et le traitement qu'on leur a opposé. Lisons donc l'histoire de cette femme.

Elle n'a que quinze ans, mais elle a été réglée à l'âge de douze ans, et, depuis, très régulièrement jusqu'au mois de février dernier, ses règles s'étant montrées pour la dernière fois du 27 décembre 1891 au 2 janvier 1892. Elle était enceinte et à terme, lorsqu'elle se présenta dans notre service le 3 octobre à huit heures du soir, disant ne plus sentir remuer son enfant depuis le matin. On l'examina. Le fond de l'utérus s'élevait à 33 centim. au-dessus de la symphyse pubienne. On trouva un fœtus volumineux en présentation du sommet non engagé, en position gauche, variété transversale ; la tête était très inclinée sur le pariétal postérieur.

Le bassin était petit, puisque avec un seul doigt on arrivait sur l'angle sacro-

(1) Leçon faite le 7 novembre 1892 et rédigée par M. le Dr WALLICH, chef de laboratoire de la Clinique. *Bulletin médical*, 1892, p. 1489.

vertébral. Et l'on constatait encore au toucher que le col de l'utérus était en voie d'effacement, la poche des eaux rompue, du liquide amniotique coloré en vert s'écoulant par le vagin.

A l'auscultation, on n'entendait aucun bruit fœtal ; la santé antérieure de cette femme avait toujours été bonne, avant et pendant sa grossesse ; ses urines ne contenaient pas d'albumine.

Le 4 octobre, à six heures du matin, la dilatation était grande comme une pièce d'un franc, et, à dix heures du matin, comme une pièce de cinq francs. La tête ne s'engage pas ; seule la bosse séro-sanguine progresse, l'inclinaison sur le pariétal postérieur persiste. *Les conditions d'une bonne dilatation font par conséquent défaut ;* les bords de l'orifice du col s'indurent. Le liquide amniotique dégage une odeur fétide, mais la température est normale.

Je prie mon chef de clinique, M le Dr Varnier, de faire une crâniotomie, qu'il pratique à 10 h. 30 du matin, sous le chloroforme, en perforant sur la ligne médiane et tout contre le pubis par la suture sagittale ou en un point très voisin. Le perforateur est porté dans tous les sens pour dilacérer le cerveau, et une injection intra-crânienne, faite avec une sonde de verre à injection intra-utérine, entraîne la substance cérébrale. On place un pansement occlusif sur la vulve, et l'on attend.

A dix heures du soir, malgré des contractions fréquentes et énergiques, la dilatation n'a pas augmenté. Les bords de l'orifice du col sont durs. L'orifice de perforation, qui le matin se trouvait immédiatement derrière le pubis, et tout près de son bord supérieur, se trouve maintenant à six centimètres en arrière du bord inférieur de la symphyse. La fétidité de l'écoulement a augmenté ; la température reste normale. Il est impossible, étant donnée l'insuffisance de la dilatation, de songer à pratiquer l'extraction du fœtus.

On fait des injections fréquentes, et l'on surveille attentivement la température qui est à 37°,7 à minuit, et à 37°,9 à quatre heures du matin. A cinq heures et demie du matin, le 5 octobre, bien que la dilatation soit incomplète, la tête vidée s'aplatit suffisamment pour être expulsée ; mais le tronc ne suit pas, malgré les tractions énergiques pratiquées par la sage-femme adjointe de service. Celle-ci envoie chercher M. Varnier, qui trouve, à son arrivée, la tête aplatie putréfiée, seule au dehors des parties génitales. Il n'y a plus de contractions utérines, mais seulement des poussées volontaires. La température s'est élevée à 38°,1 ; le ventre est très développé, et s'est développée surtout depuis l'expulsion de la tête. Il est sept heures du matin.

La femme est transportée dans le service d'isolement, et là, M. Varnier, introduisant toute la main dans les parties génitales, pratique la manœuvre de Ribemont-Dessaignes ; il abaisse successivement les deux bras. Le thorax est alors aisément extrait, mais il faut tirer énergiquement pour extraire l'abdomen du fœtus — augmenté de volume — et, derrière l'extrémité pelvienne extraite, est projeté avec bruit un flot de liquide putride, d'une odeur épouvantable. M. Varnier fait immédiatement la délivrance artificielle, puis pratique une injection intra-utérine avec un litre d'eau phéniquée à 5 p. 100, puis avec plusieurs litres de solution de biiodure à 1 pour 4000.

Le fœtus est putréfié, considérablement augmenté de volume par une infiltration gazeuse ; il pèse 3030 grammes. La tête vidée, aplatie, mesure dans son diamètre bi-zygomatique, le seul qui ait subsisté, 7 centim. 1. Vous pourrez voir cette tête au musée de la Clinique ; la perforation a porté sur le bord supérieur du pariétal antérieur et la suture sagittale. Le diamètre bi-acromial, réduit au maximum, mesurait 9 centim. 5. Ce n'est donc pas le diamètre qui a rendu si difficile l'extraction du tronc, mais bien le volume du ventre. Les annexes du fœtus ne présentaient rien de particulier.

Nous avons vu qu'à sept heures du matin, cette femme avait une température de 39°,1 ; immédiatement après l'extraction du fœtus, à sept heures trente, la température est tombée à 38°,4. Deux heures après, sur le conseil de M. Varnier, suivant la méthode que nous avons préconisée ensemble, il y a quelques années, on veut soumettre la femme à l'irrigation continue, mais à peine la canule est-elle dans l'utérus que la femme est prise de mouvements convulsifs, suivis d'un coma assez prolongé. Il s'écoule immédiatement des organes génitaux une notable quantité de sang pur. La canule est tout de suite retirée. La respiration et le pouls sont fréquents. Le visage est couvert d'une sueur froide. La femme est dans un état des plus inquiétants. On l'entoure de linges chauds ; elle reçoit six piqûres d'éther et reprend enfin connaissance une demi-heure après le début des accidents. L'utérus, resté inerte jusqu'alors, se rétracte.

L'état général reste très grave ; à onze heures et demie du matin la température est à 35°,6 et à 35° à une heure. Il y a de l'agitation, du délire, de la dyspnée, des sueurs froides. On fait de nouvelles injections d'éther, on administre des grogs et de la caféine. A quatre heures, la température remonte à 36°, mais l'agitation continue et se calme pour disparaître à minuit. Depuis ce moment, ainsi que vous pouvez le constater eu examinant la courbe de la température, celle-ci est restée normale ; les suites de couches ont été physiologiques et cette femme nous a quittés très bien portante, il y a quelques jours.

Cette observation présente plusieurs points intéressants à étudier.

Nous devons rechercher, tout d'abord, quelle a été la cause de la mort de l'enfant, mort ayant précédé l'arrivée de cette femme dans notre service. Eh bien ! nous retrouvons ici les conditions sur lesquelles j'ai déjà tant de fois appelé votre attention, conditions qui, en empêchant l'accommodation pelvienne pendant la grossesse, favorisent la compression du cordon au début du travail. Bassin rétréci, tête volumineuse restant suspendue au niveau du détroit supérieur, vaginant comme un bélier au moment de chaque contraction ; telles sont les conditions et les causes de la compression intermittente du cordon, dès le début du travail.

Que cette compression soit passagère, et vous aurez simplement le liquide amniotique vert, indice d'un état de souffrance de l'enfant, celui-ci continue à vivre. C'est ce que je vous ai fait remarquer bien souvent. Que cette compression intermittente soit prolongée l'enfant succombera, et il est hors de doute pour nous qu'il en a été ainsi dans le cas qui nous occupe. Vous voyez, une fois de plus, l'importance de la pénétration de la tête fœtale dans l'excavation, et son adaptation exacte au segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse.

En second lieu, vous avez pu être étonnés, étant donnée la lenteur avec laquelle le travail s'est effectué, que nous n'ayons pas eu recours aux instruments dilatateurs dont nous disposons, pour hâter la terminaison de l'accouchement, afin aussi d'éviter les phénomènes de putréfaction et leurs conséquences. Cette dilatation du col pouvait être obtenue, soit avec le dilatateur métallique à trois branches de M. Tarnier, soit avec le ballon Champetier de Ribes. La tête était fixée par la tétanisation utérine ; je pouvais donc, d'abord, songer à dilater avec le dilatateur Tarnier, mais j'estimais que précisément, par l'écartement de ses branches, cet instrument mettait pour ainsi dire à ciel ouvert les parties fœtales, et, favorisant la pénétration de l'air entre ces dernières et la paroi utérine, pouvait par suite hâter et favoriser leur putréfaction. D'autre part, bien que la tête fût fixée, j'aurais pu peut-être refouler cette tête et gonfler dans le segment inférieur le ballon dilatateur Champetier de Ribes, que nous employons habituellement et d'une façon si efficace. Vous pouvez évidemment vous demander pourquoi nous avons exclu ce moyen de dilatation dans la circonstance actuelle.

C'est moi-même qui ai dicté à mon chef de clinique, M. Varnier, la conduite qui a été suivie, et après avoir examiné la femme, je le priai de pratiquer la crâniotomie, de vider le crâne de sa matière cérébrale, de pratiquer ensuite une injection antiseptique dans le crâne, de placer un pansement occlusif sur la vulve et d'attendre que, poussée par les contractions utérines, cette tête, devenue moins résistante, descendît plus rapidement

et provoquât elle-même la dilatation. J'ai obéi dans cette circonstance aux indications que je vais vous énoncer. Je pensais que l'introduction et le gonflement du ballon Champetier, dans cet utérus déjà depuis un certain temps vidé de son liquide et contracturé, tétanisé, pourrait s'accompagner de rupture de cet organe, qu'il aurait fallu repousser dans l'utérus. J'ai obéi aussi, je veux vous l'avouer, aux sentiments de prudence dans lesquels j'ai été élevé, et j'ai été influencé par l'imprégnation classique. Mais, comme il faut qu'ici tout serve d'enseignement à nous tous, je dois vous dire que j'ai tiré de cette observation une leçon qui est la suivante : si par la conduite qui a été suivie, j'ai évité à cette femme le danger d'une rupture utérine, je l'ai exposée, par la lenteur qu'a eue le travail, aux dangers de cette septicémie qui se développe lorsque, l'œuf étant ouvert, le fœtus se putréfie, et se putréfie, vous avez vu, avec quelle rapidité.

Aussi, dans une circonstance identique, serais-je porté à modifier ma conduite de la façon suivante : à travers l'orifice du col dilaté, comme il l'était au moment où l'on a pratiqué la crâniotomie, j'introduirais le perforateur du basiotribe Tarnier et j'exécuterais avec cet instrument la crâniotomie telle qu'elle fut pratiquée ; mais je ne m'en tiendrais point là : laissant le perforateur en place, j'introduirais prudemment — et la dilatation serait suffisante pour cela — la branche gauche du basiotribe Tarnier, et je pratiquerais ainsi le premier temps de la basiotripsie, c'est-à-dire le petit broiement ; puis, laissant mon instrument en place, lequel tiendrait solidement la tête diminuée de volume, j'exercerais des tractions lentes et soutenues qui auraient pour résultat de hâter la dilatation, en faisant agir la tête à demi broyée comme un véritable coin sur l'orifice du col. J'arriverais ainsi à provoquer une dilatation rapide, sans m'exposer à une rupture de l'utérus, et j'estime que je diminuerais aussi pour la femme les chances d'infection par son fœtus putréfié, en accélérant la marche du travail.

Vous avez vu, dans notre observation, combien cette putréfaction avait suivi une marche rapide. Aussi, immédiatement

après l'extraction du fœtus, M. Varnier fit à la femme une injection intra-utérine avec la solution forte d'acide phénique à 5 p. 100 et prescrivit que l'on fît deux heures après, une irrigation intra-utérine continue, telle que nous la pratiquons habituellement dans les cas de septicémie depuis plusieurs années, avec des résultats très satisfaisants. Or, vous vous souvenez de ce qui arriva : dès le début de cette irrigation, dès que la canule fut en place, la femme fut prise d'accidents généraux graves; elle pâlit, son facies se grippa, son pouls devint imperceptible, elle eut des mouvements convulsifs, et en même temps, fait qui ne manque jamais dans ces circonstances, du sang s'écoulait le long de la canule introduite dans l'utérus et cet organe était très mou. Eh bien ! j'ai tout à l'heure fait suffisamment la critique de ma propre conduite pour en adresser une petite à celle de M. Varnier. Je lui sais gré d'avoir, en présence des phénomènes septiques imminents, songé à faire immédiatement une injection intra-utérine avec un antiseptique énergique, l'injection d'eau phéniquée à 5 p. 100; mais j'aurais renoncé à faire une nouvelle injection intra-utérine, parce que, dans les cas de putréfaction fœtale, l'utérus met un certain temps à reprendre sa tonicité, et je crois que ces phénomènes syncopaux, consécutifs à l'injection, dus à la pénétration du liquide de l'injection dans les vaisseaux de l'utérus, auraient pu être évités. Car ce manque de tonicité, cet état flasque, cette paralysie de l'utérus, est, je l'ai signalé bien souvent, un des phénomènes qui accompagnent la putréfaction fœtale, et il faut bien le connaître.

Il faut, en outre, que vous soyez prévenus de deux autres phénomènes qui accompagnent la putréfaction fœtale et qui se montrent sur le fœtus. Je veux parler, d'abord, de l'infiltration séro-gazeuse, de l'œdème considérable qui se manifeste chez le fœtus, et aussi de l'altération rapide de ses téguments. La conséquence de ce dernier phénomène, c'est que la peau perd toute résistance, se laisse déchirer à la moindre traction.

Vous aurez peut-être occasion de voir des faits comme celui dont j'ai été témoin, il y a quelques années, chez une femme qui

avait dans son utérus un fœtus putréfié, fœtus auquel les médecins qui l'entouraient avaient successivement arraché la tête, les jambes et les bras; je n'eus plus que le tronc à extraire après l'avoir morcelé. Ici, nous n'avons pas eu cet incident, mais rappelez-vous les difficultés que l'on éprouva pour extraire le tronc infiltré, œdématié. Il est certain que si l'extraction avait été faite moins méthodiquement, avec plus de force, on eût certainement arraché la tête du fœtus. Car ici, l'infiltration a été très marquée, au point que, comme vous avez pu l'entendre tout à l'heure, la tête du fœtus étant sortie de la vulve, le tronc ait été retenu dans les parties génitales, et n'ait pu être extrait qu'après l'abaissement successif des bras, suivant la manœuvre de Ribemont. Vous vous souviendrez donc, que lorsque le fœtus mort se trouve retenu dans la cavité utérine, si l'œuf est ouvert, le fœtus se putréfie avec une très grande rapidité. Vous saurez que cette putréfaction peut être suivie rapidement d'accidents septiques. Notre femme avait déjà 39° au moment de l'expulsion du fœtus. Aussi, vous songerez à terminer le plus tôt possible l'accouchement, par ce demi-broiement et les tractions, ainsi que je vous l'ai indiqué. Enfin, vous n'oublierez pas les trois phénomènes que je vous ai signalés et qui se montrent dans ces circonstances, phénomènes qui constituent trois causes de dystocie et qui sont :

1° Augmentation rapide et considérable du volume du tronc du fœtus par suite de l'œdème séro-gazeux (dystocie par excès de volume);

2° Altération de la peau qui se déchire alors avec la plus grande facilité, sous l'influence de la moindre traction. D'où arrachement du cou ou des membres (dystocie par friabilité du fœtus);

3° Paralysie du muscle utérin produite par les liquides et les gaz septiques (dystocie par insuffisance de contraction).

Il faudra, aussi, ne pas oublier que l'utérus ainsi intoxiqué peut rester en état de flaccidité, de parésie, pendant plusieurs heures après l'expulsion ou l'extraction du fœtus putréfié. Cette parésie

a persisté, dans notre cas, deux heures après l'accouchement.

Ainsi, dans ces cas où il est absolument nécessaire de désinfecter la cavité utérine, je ne saurais trop vous recommander d'introduire votre main tout entière dans l'utérus, de tenir avec cette main la canule et de ne mettre en contact avec la paroi utérine qu'une nappe de liquide antiseptique et non pas un jet. De plus, en agissant ainsi, vous serez certain que l'extrémité de la canule ne viendra pas heurter la paroi de l'utérus, et que vous ne ferez pas ainsi d'injection intra-veineuse avec des produits antiseptiques dont les effets ne tarderaient pas à se faire sentir sous forme d'accidents aussi brusques que redoutables.

KYSTES HYDATIQUES MULTIPLES COMPLIQUANT L'ACCOUCHEMENT (1)

MESSIEURS,

Nous venons d'observer un cas de dystocie relativement assez rare, et qui s'est présenté à nous dans des conditions tout à fait exceptionnelles. Pour ces raisons j'ai résolu de vous en entretenir aujourd'hui, en portant à votre connaissance tout d'abord l'observation complète, puis en essayant ensuite de faire ressortir les renseignements qu'elle comporte.

Le 21 mars, à onze heures du soir, on apportait dans le service une jeune femme, en travail depuis deux jours. Aucune intervention ne paraissant utile, on ne me fit pas prévenir, et je vis cette femme, pour la première fois, le 22 mars à 9 heures du matin.

Cette femme, quoique fatiguée, et en proie à des contractions utérines très douloureuses et fréquentes, répond avec intelligence à nos questions.

Elle nous raconte qu'elle est blanchisseuse, âgée de 21 ans, primipare, et nous affirme qu'elle n'a *jamais été malade*. Elle ne sait pas à quel âge elle a marché ; elle a été réglée pour la première fois à 13 ans, et depuis très régulièrement. Mais ses règles ont toujours été douloureuses, et elle expulsait à ce moment un certain nombre de caillots.

La dernière apparition des règles eut lieu du 12 au 18 juin.

Environ six semaines après cette époque, elle s'aperçut pour la *première fois*, de la présence d'une tumeur ayant le volume d'un œuf de poule, dans l'hypochondre droit.

(1) *Annales de Gynécologie*, 1888, t. XXIX, p. 241.

Elle éprouva quelques jours après des troubles de la miction — rétention et dysurie — car, elle était déjà obligée de faire de nombreux efforts, et souvent de marcher pendant un certain temps dans sa chambre, avant d'arriver à expulser une petite quantité d'urine.

Elle consulta à ce moment un médecin, qui lui fit prendre un purgatif, parce qu'elle était en même temps constipée.

Cet état dura quelques jours, puis la tumeur disparut, dit-elle ; elle reprit ses occupations, et n'éprouva plus rien d'anormal pendant la durée de sa grossesse, jusqu'au 10 mars. A ce moment, elle perdit de l'eau, et pendant 7 à 8 jours, dut garnir son lit, tellement l'écoulement était abondant.

Elle commença à ressentir les premières douleurs le 20 mars. Une sage-femme fut appelée, qui constata la présence d'une tumeur dans l'excavation, mais ne put déterminer la situation du col.

Aucune modification n'étant constatée dans la journée, un médecin fut demandé. Ce dernier, après examen, reconnut comme la sage-femme, la présence d'une tumeur dans l'excavation, mais ne put pas davantage atteindre le col. Il donna le conseil de transporter cette femme à la Clinique d'accouchements.

A son arrivée ici, M^me^ Victor constata que cette femme avait des contractions très fréquentes, et qu'un liquide incolore assez abondant s'écoulait du vagin. Au toucher, elle rencontra une tumeur remplissant toute l'excavation.

Elle explora le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux, sans rencontrer autre chose que les parois de la tumeur. Mais, en avant, elle parvint, en faisant glisser les doigts entre la tumeur et la symphyse, à atteindre l'orifice qui lui parut offrir une dilatation égale à une pièce de un franc.

Les battements du cœur de l'enfant étant normaux, on se contenta de faire des injections vaginales antiseptiques et l'on attendit.

Tels sont, Messieurs, les renseignements qui furent fournis, par la parturiente elle-même, par la sage-femme qui l'assista tout d'abord, et par M^me^ Victor ensuite.

Le 22 mars, à 9 heures du matin, en l'examinant à mon tour, je ne trouvai rien d'anormal dans la conformation du squelette, si ce n'est une légère parenthèse entre les cuisses, et une brièveté assez notable du thorax.

L'abdomen paraissait régulièrement développé, comme il l'est généralement chez une femme à terme. Je trouvai la paroi abdominale mince.

La percussion ne donna de sonorité que dans les deux flancs, tout à fait en arrière. Partout ailleurs, la matité était absolue.

Le palper, rendu difficile par l'apparition de contractions fréquentes, me permit cependant de faire les constatations suivantes : en bas et à gauche, tumeur dure, régulière, siégeant en partie dans la fosse iliaque, en partie au niveau de l'aire du détroit supérieur, et débordant, en avant, la branche horizontale du pubis de 2 centim. environ. Au fond de l'utérus, je rencontrai une autre grosse extrémité à peu près sur la ligne médiane, accompagnée de petites parties.

Sous les fausses côtes à droite, je rencontrai une petite tumeur assez superficielle, paraissant faire corps avec l'utérus, et semblant durcir au moment de la contraction. Dans l'hypochondre droit, je trouvai une deuxième tumeur de la grosseur d'un œuf, puis immédiatement au-dessous, une troisième tumeur présentant à peu près le même volume et les mêmes caractères.

En résumé, le palper me fit reconnaître que le pôle fœtal inférieur, occupant en partie la fosse iliaque gauche, en partie l'aire du détroit supérieur, paraissait repoussé d'arrière en avant; que le pôle fœtal supérieur était presque caché sous l'appendice xiphoïde, que le plan résistant qui réunissait ces deux pôles était à gauche. De plus, la régularité et la consistance du pôle fœtal inférieur, et surtout la constatation du sillon du cou, me fit reconnaître que la tête était en bas.

Enfin à droite, et de haut en bas, il y avait des irrégularités, des reliefs, des tumeurs, mais fournies, et par l'organisme fœtal, et par l'organisme maternel.

Je trouvai le foyer d'auscultation à gauche de la ligne médiane,

au niveau de l'ombilic. Les pulsations fœtales étaient bien frappées et présentaient leur rythme normal.

En faisant légèrement écarter les jambes pour pratiquer le toucher, je constatai l'écoulement par la vulve d'un liquide épais, verdâtre et déjà fétide. L'enfant commençait à expulser son méconium.

Mon doigt, introduit dans le vagin, arriva directement sur une tumeur, s'étendant depuis le plancher pelvien jusques et au-dessus du détroit supérieur. Il me fut impossible, par le toucher, de la délimiter supérieurement.

Cette tumeur, partout régulière, donnait au doigt la sensation de rénitence. Il ne me fut pas possible de percevoir la sensation de fluctuation.

Sa consistance paraissait augmenter au moment de la contraction. En portant mes doigts bien à plat, derrière et au-dessus de la symphyse du pubis, je rencontrai l'orifice dont les bords étaient souples, minces, et présentaient une dilatation elliptique à grand axe dirigé transversalement, que je ne pus mieux comparer qu'à un orifice buccal. Cette fente mesurait 4 à 5 centim. de longueur, tandis que ses deux lèvres étaient presque au contact.

En écartant ces lèvres, mon doigt arrivait directement sur la tête.

Le toucher rectal me donna peu de renseignements, car s'il me fit voir que la tumeur se trouvait en avant du rectum, il ne me permit de reconnaître aucun point d'implantation.

Après avoir ainsi pratiqué le toucher digital, je pratiquai le toucher manuel. Ma main, introduite dans le vagin, ne me donna pas d'autres résultats, au point de vue de l'exploration, que ceux qui m'avaient été fournis par le doigt ; de plus, en prenant à pleine main la tumeur, il me fut impossible de lui imprimer un seul mouvement, soit de latéralité, soit de bas en haut. La tumeur paraissait immobile et ne pouvait être déplacée. Ainsi, *je me trouvais en face d'une femme primipare, ayant une rupture prématurée des membranes, à terme, en travail depuis deux jours, chez laquelle l'enfant était vivant, se présentant par la tête,*

mais ne pouvait pénétrer dans l'excavation par suite de la présence d'une tumeur oblitérant le canal pelvien.

Quelle conduite devais-je tenir ?

Vous vous rappelez, Messieurs, que je vous réunis dans l'amphithéâtre, immédiatement après mon examen, pour résoudre cette question. Je vous donnai les raisons pour lesquelles, à mon avis, l'expectation plus prolongée devait être rejetée, ne pouvant que devenir préjudiciable à la mère et à l'enfant. En effet, chez une femme en travail depuis deux jours, ayant une tumeur remplissant l'excavation, *l'enfant se présentant par le sommet*, il y a peu d'espoir de voir à un moment la tumeur se déplacer spontanément, c'est-à-dire sous l'influence seule des contractions. Dans notre cas, la tumeur me paraissait immobile, j'avais essayé inutilement des tentatives de réduction ; l'enfant était vivant, mais rendait depuis quelques heures son méconium, donc il souffrait ; et, pour toutes ces raisons, je pensai qu'une intervention était nécessaire, indiquée et urgente.

Quelle devait être la nature de mon intervention ?

Je vous exposai qu'avec une tumeur aussi volumineuse, si l'enfant se présentait par l'extrémité pelvienne, j'aurais essayé, la femme étant anesthésiée, de faire pénétrer la main dans l'interstice situé en avant, entre la tumeur et la symphyse, de façon à aller chercher un pied. Ce dernier étant saisi, peut-être en exerçant des tractions sur lui, aurais-je eu la chance de voir alors la tumeur se déplacer, remonter dans le grand bassin et permettre ainsi à l'enfant de passer. Nous trouvons dans les auteurs un certain nombre d'observations où les choses se sont passées ainsi. M. Tarnier insiste, depuis longtemps, sur ce mécanisme et pense avec raison que, dans les cas de tumeurs oblitérant le bassin, et en particulier dans les cas de tumeurs fibreuses, la présentation de l'extrémité pelvienne est plus favorable que la présentation céphalique, la première s'insinuant comme un coin entre le bassin et la tumeur, et pouvant déplacer cette dernière, la seconde poussant la tumeur devant elle et ne pouvant que l'abaisser.

A ce propos, je crois devoir vous rappeler un fait que je n'oublierai jamais.

Il y a trois ans, M. Tarnier voulut bien me faire prévenir qu'il allait pratiquer une opération césarienne à la Maternité.

J'arrivai avec quelques-uns de ses élèves. La femme était dans l'amphithéâtre, où tout était préparé pour l'opération. M. Tarnier nous exposa que la femme qu'il allait opérer avait une tumeur fibreuse énorme, remplissant le bassin, que le travail durait depuis longtemps, que la région fœtale n'avait aucune tendance à s'engager, et que, l'enfant étant vivant, il ne voyait guère d'autre ressource, pour délivrer la femme et sauver l'enfant, que dans l'opération césarienne.

La femme fut anesthésiée, et, pratiquant alors le toucher manuel, il fut possible d'atteindre la région qui se présentait : c'était l'extrémité pelvienne. M. Tarnier me permit d'explorer moi-même.

J'introduisis la main, et je dois dire que je trouvai une tumeur ayant le même volume et la même consistance que celle que j'ai rencontrée chez notre femme. J'eus beaucoup de peine à faire passer ma main à plat entre la tumeur et la symphyse, et j'arrivai sur l'extrémité pelvienne de l'enfant.

Sur le conseil de M. Tarnier, M^me^ Henry, sage-femme en chef de la Maternité, ayant la main plus petite, alla chercher un pied. Elle eut la plus grande peine à l'atteindre, parvint enfin à le saisir et l'abaissa péniblement dans le vagin. Fatiguée, elle l'abandonna. M. Tarnier me demanda de la suppléer. Je saisis à mon tour le pied, j'exerçai des tractions lentes et soutenues, et nous vîmes bientôt le siège s'engager, puis le tronc, et je n'eus pas beaucoup de peine à dégager les bras et la tête. L'enfant était vivant. *La tumeur s'était donc déplacée.* Je vous montrai que, dans notre cas, je ne pouvais songer à aller chercher un pied ; il m'eût fallu pour cela aller au fond de l'utérus, chose impossible ou dangereuse.

C'est alors que j'abordai la question de *nature* de la tumeur. Je rejetai immédiatement, en raison des caractères que j'avais

perçus, l'hypothèse de tumeur s'étant développée aux dépens des os du bassin. Puis, je discutai le diagnostic différentiel entre une tumeur fibreuse et une tumeur renfermant un liquide.

Je vous exposai les raisons qui semblaient militer en faveur d'une tumeur fibreuse, et faire rejeter l'hypothèse d'une tumeur liquide. En effet, la tumeur que je venais d'explorer ne m'avait paru nullement fluctuante, elle me paraissait offrir la consistance d'une tumeur fibreuse ramollie par le fait de la grossesse. J'ai eu, assez souvent, l'occasion de toucher des tumeurs ramollies, au moment du travail, pour affirmer l'analogie. De plus, le palper m'avait fait reconnaître, dans la cavité abdominale, d'autres tumeurs, entre la paroi abdominale et la paroi utérine, me paraissant adhérentes à cette dernière et semblant durcir au moment de la contraction. Or, nous savons combien il est commun de rencontrer des tumeurs fibreuses multiples. Donc, la présence d'une tumeur fibreuse développée au niveau du segment inférieur de l'utérus, cadrait parfaitement avec l'hypothèse d'autres tumeurs fibreuses siégeant sur le corps de l'utérus.

Enfin, vous disais-je, les tumeurs fibreuses sont infiniment plus fréquentes que les tumeurs liquides.

Malgré toutes ces raisons, je discutai l'existence possible d'une de ces tumeurs.

Les observations de *kyste de l'ovaire* compliquant la grossesse ne sont pas rares, et il arrive qu'au moment du travail, le kyste soit entraîné par la tête dans le petit bassin. J'ai déjà eu l'occasion d'observer deux cas dans lesquels les choses se sont passées de cette façon. Mais dans ces cas, les antécédents, c'est-à-dire la présence d'une tumeur abdominale avant la grossesse, avait été constatée; l'interrogation de la tumeur par les doigts me renseigna de suite. Dans l'intervalle des contractions, je percevais nettement la sensation de fluctuation. Ici, rien de semblable. Aussi, tout en vous faisant remarquer qu'un kyste de l'ovaire peut se développer à l'insu de la femme, tant qu'il n'est pas très volumineux ; que, dans certains cas, le kyste peut être assez comprimé par la région fœtale pour que sa consistance

soit augmentée, et que la sensation de fluctuation ne puisse être perçue; qu'il serait curieux de voir en même temps un kyste de l'ovaire et des tumeurs fibreuses, je considérais l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire comme peu probable, mais cependant possible.

Les *kystes hydatiques* du petit bassin sont bien plus rares que les kystes de l'ovaire; cependant, vous ai-je dit, il faut y songer. Il est vrai que cette femme n'a jamais eu sa santé troublée avant sa grossesse, je n'ai pu d'aucune façon constater le frémissement hydatique. Il faudrait admettre, ou un kyste hydatique du petit bassin coïncidant avec des tumeurs fibreuses, ou des kystes hydatiques multiples; mais, malgré l'absence de ces signes, et la rareté de cette coïncidence, bien que cette hypothèse soit également peu probable, elle est possible. Et je vous rappelais brièvement les cas cités par M. Charcot, dans son Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin, dans lesquels des kystes multiples avaient évolué longtemps sans troubler la santé, et dans lesquels, aussi, le frémissement n'avait pu être perçu.

Enfin, je ne fis que vous rappeler les *kystes du vagin* pour les éliminer de suite, et ne vous dis que quelques mots des *kystes dermoïdes* et *inclusions fœtales*, auxquels je ne me rattachai pas davantage, sans toutefois les rejeter d'une façon absolue.

Et je terminais en vous disant : malgré les raisons qui semblent militer en faveur d'une tumeur fibreuse, je pense qu'il est prudent, qu'il est sage, qu'il est nécessaire, de faire d'abord une ponction exploratrice dans cette tumeur, et avec un gros trocart. Si le contenu de la tumeur est liquide ou demi-solide, nous verrons la tumeur s'affaisser, diminuer, peut-être disparaître, et l'accouchement s'effectuera alors probablement spontanément. Si, au contraire, la ponction nous fait voir que la tumeur est solide, je pratiquerai l'opération césarienne.

Quittant l'amphithéâtre, nous retournâmes de suite à la salle d'accouchement; la femme fut endormie, placée dans la situation obstétricale, et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, un gros trocart ayant été flambé, je pratiquai une ponction de la tumeur, et nous vîmes s'écouler par la canule

un liquide clair, légèrement visqueux, qui, examiné de suite, contenait des crochets d'échinocoques.

Nous avions donc affaire à un kyste hydatique.

Il s'écoula un litre et demi de liquide ; au fur et à mesure que la tumeur s'affaissait, la tête s'engageait en O.I.G.A., et l'accouchement se termina spontanément, une demi-heure après la ponction. L'enfant était vivant, bien constitué, du poids de 2800.

La délivrance fut normale.

Il fut alors possible de voir que les tumeurs, qui étaient dans la cavité abdominale, n'étaient nullement adhérentes à l'utérus, mais flottaient librement dans le ventre. La pauvre femme qui avait, lors de l'opération, une température de 38°,5, était malheureusement infectée, et mourut le 4e jour après son accouchement des suites de son infection.

Je vais vous exposer les résultats de l'autopsie, et vous montrer les pièces recueillies, que je vais faire préparer pour les conserver dans le musée, car elles sont extrêmement intéressantes.

Auparavant, je vais vous faire connaître le résultat de l'analyse du liquide obtenu par la ponction, analyse faite par M. le Dr Galippe, chef du laboratoire de la Clinique d'accouchement, qui m'a remis la note suivante :

Analyse du liquide d'un kyste hydatique.

Réaction : Alcaline, mais devient acide par la suite.
Densité : 1008.

Composition.

Eau		93.573
Résidu sec à 100°	Matières organiques (albumine)	0.293
	Matières minérales	1.148
	Chlorure de sodium.	
	Sulfates.	100.000
	Phosphates.	
	Carbonate de chaux.	
	Silice.	
	Acide phosphorique.	

« Le liquide, recueilli au fur et à mesure qu'il sortait du kyste, était extrêmement fluide, mais présentait une certaine opalescence. Abandonné à lui-même, il garda néanmoins cette légère opacité. Quelques gouttes de liquide recueillies, dans les parties inférieures, à l'aide d'une pipette stérilisée, et sans précautions particulières, laissaient voir de très nombreux petits points blanchâtres, qui, examinés au microscope, se montrèrent constitués par des échinocoques. En même temps, dans le liquide, on voyait flotter des fragments d'une membrane extrêmement mince et délicate.

« Toutes les préparations, sans exception, montrèrent un grand nombre d'échinocoques, ainsi que des crochets mis en liberté. Le liquide avait été recueilli dans les conditions suivantes : le trocart avait été stérilisé avec le plus grand soin, et les flacons dans lesquels le liquide fut reçu avaient été également stérilisés. La cavité vaginale avait été lavée avec une solution de sublimé corrosif.

« A titre de renseignement, un certain nombre de tubes de bouillons furent ensemencés à l'aide d'une pipette stérilisée et de quelques gouttes du liquide extrait du kyste. Dès le lendemain, tous les tubes s'étaient montrés fertiles ; ils renfermaient un diplocoque extrêmement fin, se colorant très bien par le violet 5 B. Nous ne donnons ce fait qu'à titre de renseignement, sans vouloir actuellement en tirer aucune conséquence. »

Voici maintenant les résultats de l'autopsie :

Autopsie, pratiquée 36 heures après la mort.

Cerveau. — Rien de particulier.

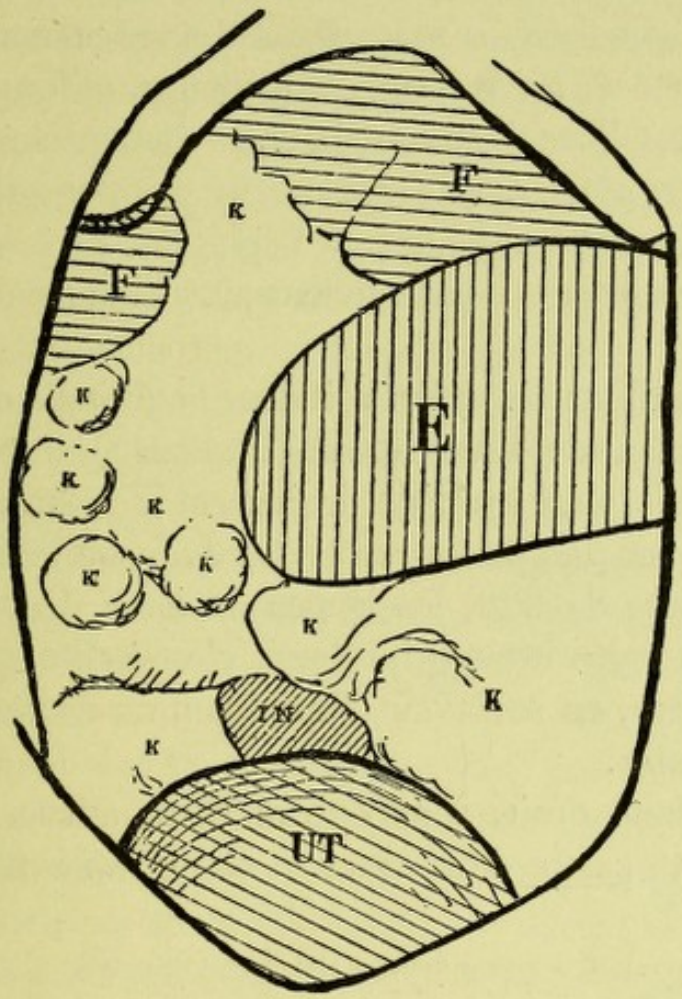
Thorax. — Cœur : volume ordinaire ; valvules saines. Le péricarde renferme quelques grammes de liquide jaune citrin ; pas de péricardite ni de plaques laiteuses.

Poumons : sains.

Abdomen. — Le péritoine contient un peu de liquide sanguinolent.

Foie : volumineux, débordant de plusieurs travers de doigt les fausses côtes ; toute la moitié antérieure du lobe est envahie par

un énorme kyste hydatique; ce kyste fait une saillie à la face antérieure, près de l'encoche qui sépare le lobe droit du lobe gauche, et de cette saillie partent quelques tractus conjonctifs et vasculaires qui vont se rattacher au foie. A ce niveau, naît



Kystes hydatiques multiples de l'abdomen. (Figure schématique.)

F, Foie. — E, Estomac. — IN, Côlon transverse. — UT, Utérus. — K, K, K, Kystes.

une grappe de kystes dont nous donnons plus loin la topographie.

Rate : pèse 222 grammes, sans dégénérescence amyloïde.

Reins : paraissent sains.

Vessie : contractée, contient une très petite quantité d'urine trouble.

Utérus : volume d'une tête de fœtus; l'ovaire et la trompe gau-

ches sont sains; l'ovaire droit est confondu avec la poche kystique qui est située dans le cul-de-sac postérieur ; la trompe correspondante est saine.

Topographie des kystes. — *A droite.* — Le kyste qui est dans la fosse iliaque droite est uni à la face profonde de la paroi abdominale, par des adhérences lamelleuses et vasculaires, qui lui forment une sorte de méso, large de 6 centim. et long de 3 centim. environ. Il est libre dans tout le reste de son étendue, sauf au niveau de son pôle supérieur, rattaché par des adhérences vasculaires mesurant 12 centim. à l'épiploon et à la grappe des kystes, au nombre de 9, qui semble naître de la face antérieure du foie.

La portion d'intestin qu'on voit dans l'aquarelle ci-jointe (faite au moment même de l'ouverture de l'abdomen), entre le gros kyste de gauche et le petit kyste de droite, est le côlon transverse, et l'épiploon qui en part paraît renfermer dans son intérieur, comme dans une sorte de filet, les kystes du flanc droit. La grappe kystique est toute intra-épiploïque, c'est-à-dire qu'on soulève tous les kystes, en soulevant l'épiploon, au-dessous duquel on trouve l'intestin.

Dans le flanc droit, sont encore deux autres kystes erratiques faisant partie de la grappe et qui ne sont pas dans le dessin.

A gauche. — Le gros kyste du flanc gauche a contracté également des adhérences avec la paroi abdominale et l'S iliaque. Il est libre dans tout le reste de son étendue, sauf au niveau de son pôle supérieur. De ce pôle, part un véritable pédicule tenant à l'épiploon, de telle sorte qu'en détachant les adhérences avec la paroi de l'S iliaque, on peut sortir le kyste du flanc gauche et le mettre sur la table; il n'est plus retenu alors que par son pédicule épiploïque.

Quand on a détaché le kyste du flanc droit, en coupant ses adhérences, on peut relever la grappe du côté de l'estomac et découvrir la face inférieure du lobe droit du foie occupé par un énorme kyste du volume d'une tête d'enfant nouveau-né. On aper-

çoit encore la vésicule biliaire qui est remplie, distendue. Le kyste du foie est peu apparent à la surface.

Dans la fosse lombaire droite, au-dessus du bord supérieur du rein, se trouve un kyste du volume d'une pomme, rattaché au foie par des adhérences lamelleuses et vasculaires. Le lobe gauche du foie se laisse facilement soulever et paraît sain.

Le rectum passe à gauche du promontoire.

Quand on a renversé l'utérus en avant, on trouve dans le cul-de-sac postérieur, surtout à droite, envoyant toutefois un léger prolongement à gauche, une poche kystique, flasque, qui paraît renfermée dans l'intérieur du ligament large. C'est cette poche qui constituait la tumeur remplissant l'excavation, et que j'ai dû ponctionner pour terminer l'accouchement.

En l'incisant, on trouve, dans son intérieur, un peu de pus et des vésicules entières ou en lambeaux, de dimensions variables ; l'une d'elles est énorme, du volume d'une orange aplatie. La paroi interne de la poche est épaisse, et dans aucun point, nous n'avons pu constater la présence de l'ovaire qui est confondu avec les parois de la poche.

Quelques-uns de ces kystes, comme vous pouvez le constater vous-mêmes, et comme il sera toujours possible de le voir sur la pièce conservée, ont une paroi incrustée, par places, de sels calcaires qui donnent au doigt une sensation analogue à celle que donnent certains fibromes calcifiés.

Messieurs, je ne vous ai fait grâce d'aucun détail concernant cette observation, parce que je crois qu'ils comportent tous quelque chose d'instructif. J'ai essayé de vous le démontrer, chemin faisant, je n'y reviendrai pas.

Au point de vue clinique, vous avez pu voir les difficultés du diagnostic ; et si nous avons eu l'occasion de constater une fois de plus, ce qui est commun, que des kystes hydatiques multiples peuvent évoluer et devenir volumineux, sans altérer la santé, sans même attirer l'attention de celle qui les porte, il faut bien reconnaître que nous avons eu à établir un diagnostic dans des conditions particulièrement difficiles, et telles que je n'en ai pas ren-

contré de semblables, dans les observations déjà nombreuses et publiées sur le même sujet, depuis celle de Park jusqu'à nos jours.

Vous n'oublierez pas combien j'ai eu à me louer d'avoir, quand même, et alors que tout militait en faveur de l'existence d'une tumeur solide, pratiqué une ponction exploratrice.

Au point de vue anatomo-pathologique, cette observation est remarquable par le nombre et le volume des kystes hydatiques. De plus, leur disposition dans l'abdomen, leurs rapports avec l'épiploon, et surtout le foie, semblent devoir étayer la théorie de Hunter.

Je n'ai pas l'intention de discuter ce point, ni de prendre parti pour ou contre cette théorie, mais en considérant le kyste énorme du foie, sa saillie en avant, la disposition des autres kystes, leurs relations épiploïques et vasculaires, l'hypothèse de l'existence d'un kyste primitif du foie, semant dans la cavité abdominale des cellules filles, devient tout au moins vraisemblable.

DE L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ (1)

MESSIEURS,

Je viens d'examiner devant vous, à la salle de travail, deux femmes ayant le bassin vicié par le rachitisme et chez lesquelles, vous ai-je dit, je vais provoquer l'accouchement.

Je profite de cette circonstance pour vous entretenir, aujourd'hui, de l'un des plus beaux actes opératoires de la thérapeutique obstétricale, qui nous permet, si souvent à l'heure actuelle, de sortir absolument victorieux des impasses de l'angustie pelvienne, et nous donne le pouvoir, comme l'a si bien dit Jacquemier, de réaliser l'idéal de Levret, c'est-à-dire de sauver et la mère et l'enfant.

Je veux, aussi rapidement que possible, vous montrer comment l'idée de provoquer l'accouchement avant terme, chez les femmes ayant un rétrécissement du bassin, a pris naissance, combien cette idée géniale a été critiquée et combattue, alors même que les faits venaient prouver sa légitimité et sa puissance, avant d'apparaître aux yeux de tous ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire l'une des plus heureuses conceptions de l'art obstétrical.

Puis, je vous exposerai de quelle façon l'accouchement provoqué, enfin « partout sorti victorieux de sa longue et laborieuse phase militante », est devenu le moyen prophylactique par excellence de la dystocie, dans le plus grand nombre des bassins viciés. Nous aurons ensuite à étudier les indications, la technique opératoire et les résultats obtenus.

L'accouchement provoqué, en tant qu'opération considérée

(1) *Ann. de Gyn.*, 1891, t. XXXV, p. 1 et 81.

comme légitime, ayant ses indications, ses contre-indications et son manuel opératoire, est de date toute moderne.

L'accouchement prématuré accidentel avait prouvé, depuis un temps immémorial, que les enfants nés avant terme, dans les deux derniers mois de la grossesse, sont le plus souvent viables, et que, d'un autre côté, les femmes qui accouchent dans ces conditions, ne courent pas plus de dangers que celles qui accouchent à terme. Dans un certain nombre de cas, même, les accoucheurs avaient observé que des femmes qui n'avaient pu accoucher à terme que d'enfants morts et mutilés, avaient expulsé spontanément des enfants vivants et viables, lorsqu'une cause fortuite était venue déterminer l'accouchement prématuré.

Il n'y avait donc qu'un bien petit pas à faire, pour que l'art pût mettre à profit les résultats de l'observation, pour que la cause fortuite devînt voulue, pour que ces cas exceptionnels devinssent la règle.

Quelques esprits s'engagèrent dans cette voie, mais soulevèrent bientôt des sentiments de réprobation. Une considération morale, ou envisagée comme telle (l'inviolabilité de la grossesse), paralysa ces élans particuliers et immobilisa, pendant longtemps, la main des accoucheurs.

Ainsi, cette prétendue morale admettait la légitimité de la mutilation, de la destruction du fœtus à terme pour sauver la mère et s'élevait contre l'emploi du moyen qui aurait donné les plus grandes chances de vie à la mère et à l'enfant.

Aux accoucheurs anglais, revient l'honneur d'avoir les premiers proclamé, vers l'année 1756, la légitimité du principe de l'accouchement provoqué, considérant ce dernier comme conforme à la saine morale et à la saine pratique.

Macaulay justifia, le premier, la décision de ses confrères; et bientôt après, C. Kelly le suivait dans cette voie, en provoquant trois fois l'accouchement chez la même femme, et deux fois avec succès.

Un mouvement semblable se produisit un peu plus tard en Allemagne. Dès 1799, E. A. Mai essayait de poser les indica-

tions de l'accouchement prématuré artificiel, et Wenzel, en 1804, faisait mieux encore en le pratiquant avec succès. Mais, ce ne fut qu'après la publication de l'ouvrage de Reisinger, en 1820, que toutes les résistances furent vaincues en Allemagne.

A partir de ce moment, l'accouchement prématuré artificiel fut accepté et pratiqué par les accoucheurs de presque tous les pays.

C'est en France où il a rencontré les résistances les plus opiniâtres, et où il a eu à lutter le plus longtemps pour pénétrer dans la pratique.

Conseillé avec timidité par Lauverjat, approuvé par A. Petit qui le fit pratiquer, d'après Sue, « dans le cas de difformité aux os du bassin », l'accouchement provoqué fut rejeté par la plupart des accoucheurs de la fin du dernier siècle et du commencement de celui-ci.

D'après Sue, il faudrait, avant de discuter les résultats pratiques de cette opération, « que les casuistes et les théologiens eussent décidé s'il est permis d'accélérer par art une fonction à laquelle la nature a assigné un terme fixe ».

Baudelocque laisse de côté, lui, les considérations morales ou théologiques, mais, s'appuyant sur quelques observations malheureuses, repousse le principe de l'accouchement provoqué, ce dernier ne pouvant donner d'aussi bons résultats que l'accouchement prématuré accidentel.

Cet anathème, prononcé par Baudelocque, accusé encore par ses élèves, eut une influence désastreuse. Ce ne fut pas seulement de la défaveur, ce fut de l'opprobre qui s'attacha à la provocation de l'accouchement.

Il suffit, pour s'en convaincre, de lire la réponse « énergiquement négative et menaçante faite en 1827 par une commission de l'Académie de médecine, composée d'accoucheurs et de médecins légistes éminents, à la proposition de l'accouchement provoqué faite par un praticien de la ville, à l'occasion d'un accouchement prématuré heureux » (Jacquemier).

Enfin, Stoltz, Dezeimeris, Dubois, Velpeau, esprits plus

larges, observateurs plus sagaces, se montrèrent partisans de l'accouchement provoqué, le conseillèrent et le firent définitivement entrer dans la pratique en France. M. Stoltz provoqua l'accouchement pour la première fois en 1831.

Depuis cette époque, les indications se multiplièrent en se précisant, en même temps que les procédés opératoires se modifièrent en se perfectionnant.

Au point de vue des indications en général, on peut dire avec Jacquemier, que l'accouchement peut et doit être provoqué, chez des femmes qui ont le bassin trop étroit pour permettre le passage d'un enfant vivant à terme, ou qui sont affectées de maladies produites ou aggravées par la grossesse, menaçant sérieusement et prochainement leur existence, et celle de leur enfant.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'interruption de la grossesse doit avoir lieu seulement à une époque où la viabilité du fœtus est assurée, car, avant ce moment, ce ne serait plus un accouchement, mais bien un avortement qui serait provoqué. En disant viabilité assurée, je n'entends point qu'on confonde ces termes avec viabilité légale qui commence à la fin du sixième mois.

Car l'aptitude à vivre de la vie extra-utérine, bien qu'aidée puissamment, à l'heure actuelle, par de nouveaux moyens mis récemment à notre disposition, et en particulier par les couveuses et le gavage, n'est qu'exceptionnelle avant le septième mois révolu. On peut élever des enfants nés à la fin du sixième mois; M. Tarnier en a donné la preuve, ainsi que plusieurs accoucheurs; moi-même, j'ai vu dans mon service quatre enfants, nés avant le septième mois, vivre et se développer, grâce aux soins dont ils furent entourés, comme des enfants venus à terme. Mais, je le répète, ces cas sont exceptionnels et, en provoquant l'expulsion du produit de conception avant le septième mois, il faut bien qu'on sache qu'on provoquera bien plus souvent un avortement qu'un accouchement. Du reste, je reviendrai sur ce point et nous verrons la preuve de ce que j'avance en constatant les résultats obtenus.

Je veux m'occuper principalement ici de l'indication, de beaucoup la plus fréquente et la plus importante, et pour ainsi dire, la mieux établie, je veux dire celle qui est fournie par les rétrécissements du bassin.

Je laisse de côté, pour le moment, les indications résultant de maladies créées par la grossesse, ou aggravées par elle, et je ne ferai que vous rappeler en passant l'indication nouvelle que je vous ai signalée, il y a quelque temps, et qui résulte de la connaissance que vous avons maintenant du mécanisme suivant lequel meurent le plus souvent les fœtus des mères albuminuriques. Je ne veux envisager, aujourd'hui, que l'accouchement provoqué chez les femmes ayant un rétrécissement du bassin.

Vous savez tous que les rétrécissements du bassin peuvent être, ou peu accusés, ou très considérables, avec toutes les nuances qui séparent les rétrécissements extrêmes des rétrécissements peu accentués.

Or, une première question se pose : quel est le degré du rétrécissement qui nécessite la provocation de l'accouchement? La solution de cette question paraît très simple en théorie ; nous allons voir, au contraire, combien elle est difficile en pratique.

Cette question fut étudiée, et en grande partie élucidée, par P. Dubois, dans sa magistrale thèse de concours.

S'appuyant sur la moyenne des dimensions de la tête fœtale à terme, P. Dubois établit que chez toute femme, ayant un diamètre promonto-pubien minimum, ou diamètre utile (il n'employait pas ces termes, mais peu importe) de 9 centimètres au moins, il était inutile de provoquer l'accouchement, à moins que des accouchements antérieurs ne soient venus démontrer que des fœtus n'avaient pu traverser cette filière pelvienne, par suite du développement et de l'ossification trop prononcée de leur tête.

On sait, en effet, que le diamètre bipariétal mesure en moyenne de 9 cent. à 9 cent. 1/2 chez un enfant à terme. Or, comptant sur la réductibilité qui résulte de l'élasticité et de la mobilité des os du crâne, on admet, et avec raison, que le plus souvent un enfant

à terme et de volume normal peut traverser, sans dommage pour lui, soit spontanément, soit artificiellement, un bassin dont le détroit supérieur rétréci mesure encore au moins 9 centimètres. C'est donc, suivant les auteurs, au-dessous de 9 centimètres qu'on doit surtout intervenir.

Eh bien, voyons maintenant comment, classiquement, on doit agir en face de bassins ayant moins de 9 centimètres.

Sachant que dans des bassins viciés régulièrement, si je puis m'exprimer ainsi, par le rachitisme, c'est-à-dire étant aplatis d'avant en arrière, le maximum du rétrécissement porte sur le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, admettant, d'autre part, que c'est le diamètre transverse ou diamètre bipariétal qui se met en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du bassin pour traverser la filière pelvienne, les accoucheurs ont cherché à connaître les dimensions du diamètre bipariétal aux différents âges de la vie intra-utérine.

Or, des mensurations nombreuses et suffisamment concordantes ont établi que le diamètre bipariétal mesure en moyenne :

A 8 mois : 8 centimètres.
A 7 mois : 7 centimètres.
A 6 mois : 6 centimètres.

Donc, la conclusion était facile à tirer et elle le fut.

On a dit : chez une femme ayant un diamètre promonto-pubien :

de 8 centimètres et demi, il faut provoquer l'accouchement à 8 mois et demi ;

de 8 centimètres, à 8 mois ;

de 7 centimètres et demi, à 7 mois et demi ;

de 7 centimètres, à 7 mois.

Avec ces notions, vous vous croyez bien forts et vous partez, non pas en guerre, mais faire de la pratique.

Vous rencontrez chez votre première cliente, qui se dit enceinte de plus de 7 mois, une excavation vide. Vous rappelant ce que

nous vous avons enseigné, vous recherchez la cause de cette absence d'accommodation pelvienne.

Vous pratiquez le toucher explorateur, et vous rencontrez la face antérieure du sacrum. Le diagnostic est fait, il y a un rétrécissement du bassin.

C'est très bien d'avoir fait ce diagnostic, d'avoir mis cette étiquette : *rétrécissement du bassin*, mais cela ne suffit pas et ne doit pas vous suffire.

Il faut évaluer mathématiquement le degré du rétrécissement; il faut chercher à connaître l'étendue du diamètre promonto-pubien minimum.

Vous savez que ce diamètre n'est pas directement mensurable sur la femme vivante. Vous savez, de plus, que le temps des pelvimètres internes, externes, mixtes et universels est passé ; vous vous rappelez qu'on vous a dit et prouvé que le moins mauvais des instruments à employer est dans la main : indicateur seul ou indicateur et médius réunis. Alors, vous allez avec un seul doigt (l'indicateur), si le rétrécissement est peu considérable, avec deux doigts (l'indicateur et le médius réunis), si le rétrécissement est très accusé, introduits dans le vagin, à la recherche de l'angle sacro-vertébral. Connaissant et éprouvant les sensations qui vous permettront d'affirmer que l'extrémité de votre index ou de votre médius est bien en rapport avec le promontoire, vous relevez le bord radial de votre index pour le mettre en rapport avec le bord inférieur de la symphyse, et, marquant le point de contact exact de ce bord sur votre doigt, vous n'aurez plus qu'à mesurer la distance qui sépare ce point de l'extrémité du doigt qui était en contact avec l'angle sacro-vertébral, pour connaître l'étendue du diamètre promonto-sous-pubien. Mais, ce n'est point ce diamètre qu'il faut connaître exactement, c'est le diamètre promonto-pubien minimum, c'est le diamètre utile. Et pour obtenir ce dernier, vous êtes obligé de faire une soustraction, car vous n'ignorez pas que le diamètre promonto-sous-pubien est plus grand que le diamètre utile.

Votre embarras commence, car imprégné de vos auteurs, vous

vous demandez combien il vous faut retrancher du diamètre promonto-sous-pubien, pour avoir l'étendue exacte du diamètre promonto-pubien minimum.

Devez-vous retrancher 1 centim., 1 centim. et demi, 2 centim., 2 centim. et demi? ces différentes soustractions ont été conseillées par des accoucheurs de la plus haute autorité.

Et moi, qui me suis particulièrement occupé de cette question, qui ai mesuré tous les bassins viciés contenus dans les collections et musées de Paris, je ne puis vous répondre avec certitude, ou plutôt avec précision.

En effet, j'ai constaté que la différence entre ces deux diamètres pouvait n'être que de quelques millimètres parfois, tandis que dans d'autres cas elle dépasse 2 centim. J'ai cherché quelles étaient les causes qui font varier le rapport entre ces deux diamètres ; j'ai bien trouvé que ces causes résidaient dans la hauteur de la symphyse, dans son épaisseur, dans son inclinaison ; depuis la publication de ma thèse inaugurale, j'ai vu maintes fois que l'inclinaison du plan du détroit supérieur jouait également un grand rôle, et que plus l'angle sacro-vertébral était élevé, par rapport à la symphyse, plus la différence était grande entre les deux diamètres ; mais est-il facile sur la femme vivante de connaître, d'évaluer, d'apprécier toutes ces conditions, toutes ces manières d'être? Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de formuler une mesure exacte.

Et, le plus souvent, on prend une moyenne et on retranche un centimètre et demi.

Je suppose qu'imbus des données classiques ou généralement établies vous ayez trouvé, chez votre cliente, un diamètre promonto-sous-pubien de 10 centim., vous allez alors retrancher 1 centim. et demi, et vous en concluez que le diamètre promonto-pubien minimum ne mesure que 8 centim. et demi.

D'où la nécessité de provoquer l'accouchement.

Avec un bassin de 8 centim. et demi, direz-vous, il faut provoquer l'accouchement à 8 mois et demi.

Vous chercherez alors à établir le diagnostic exact de l'âge de la grossesse, et vous allez vous heurter à une nouvelle difficulté. En effet, bien que vous soyiez exactement renseigné sur la dernière apparition des règles, pouvez-vous savoir avec précision quand a eu lieu la fécondation ? La conception s'est-elle produite aussitôt après les dernières règles, ou plus ou moins longtemps après ? Ne voyez-vous pas, à chaque instant, des femmes qui viennent accoucher ici et qui n'ont pas eu leurs règles depuis près de dix mois ?

Nouvelle incertitude, qui pourra avoir des conséquences graves, et vous vous demanderez, avec inquiétude, sinon avec angoisse, si vous n'allez pas intervenir ou trop tôt ou trop tard.

Vous voyez, Messieurs, combien la pratique s'éloigne de la théorie, combien la précision presque mathématique est nécessaire, combien elle est difficile, sinon impossible, à obtenir.

Et encore, n'ai-je point parlé des différences considérables qui peuvent exister dans le volume et le degré d'ossification de la tête des fœtus à terme. Le volume de la tête ? Nouvelle inconnue.

Vous ne vous étonnerez donc point que nombre d'interruptions de la grossesse aient été produites ou trop tôt ou trop tard.

C'est après avoir eu à lutter avec ces difficultés, que j'ai cherché si l'on ne pourrait arriver à quelque chose de plus précis ; et je crois aujourd'hui, plus fermement que jamais, que le palper peut nous rendre les plus grands services dans ces circonstances.

Ce n'est plus le palper explorateur qu'il faut pratiquer, mais le palper mensurateur. Vous me voyez tous les jours le mettre en œuvre devant vous, je ne vous le décrirai donc pas avec détails. Je me contenterai de vous rappeler qu'il faut ramener la tête au-dessus de l'aire du détroit supérieur, quand elle ne s'y trouve pas spontanément, puis la fixer à ce niveau en la prenant de haut en bas à travers la paroi abdominale, en même temps qu'on la redresse, c'est-à-dire qu'on cherche à la faire se présen-

ter d'aplomb. Il suffit alors de constater si la tête pressée contre le promontoire déborde ou non la symphyse (1).

Par ce moyen, vous avez, du premier coup et en même temps, le rapport qui existe entre la tête du fœtus et les dimensions antéro-postérieures du bassin.

Vous pouvez même, dans quelques cas, lorsque la paroi abdominale n'est ni trop épaisse, ni trop tendue, apprécier la résistance des os du crâne et la réductibilité plus ou moins grande qu'offrira la tête. Ce procédé est simple, beaucoup plus facile pour l'accoucheur que le toucher mensurateur, beaucoup moins pénible pour la femme.

Je n'ai point la prétention d'affirmer que ce procédé de crâniométrie intra-utérine peut permettre d'évaluer exactement, en centimètres, les dimensions de la tête fœtale, mais j'affirme que c'est un procédé d'examen comparatif excellent, et presque toujours suffisant dans la pratique.

Ce serait bien beau de connaître mathématiquement le degré du rétrécissement de chaque bassin, mais ce ne serait pas encore l'idéal. Il resterait à connaître les dimensions de la tête fœtale. Avec le palper mensurateur, l'on ne connaît aucune dimension, l'on ne constate qu'un rapport : celui qui existe entre le volume de la tête et le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, et, en somme, c'est là le point capital.

Ou je me trompe fort, ou ce nouveau procédé, déjà conseillé par Muller, est appelé à rendre de très grands services, dans tous les cas où se pose l'indication de l'accouchement provoqué pour un rétrécissement du bassin.

Dans tous les cas, depuis quelques années, tout en faisant appel au diagnostic de l'âge de la grossesse, tout en pratiquant avec grand soin le toucher mensurateur et le toucher explorateur, car le palper mensurateur ne renseigne que sur le détroit supérieur et nullement sur l'état des autres segments du bassin, mes déterminations ont toujours été prises d'après les données

(1) Voir mon *Traité du Palper abdominal*, 2e édition, p. 202.

qui m'étaient fournies par le palper mensurateur. Nous verrons un peu plus loin les résultats obtenus.

Il est bien entendu que d'autres procédés sont nécessaires, quand on se trouve en face de bassins asymétriques, ou dont le maximum de rétrécissement n'est plus au niveau du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

Dans ces derniers cas, vous le savez, c'est le toucher manuel, pratiqué pendant l'anesthésie, qui peut seul nous donner des renseignements aussi exacts que possible.

Ceci étant dit, concernant les indications, examinons maintenant les procédés opératoires mis en œuvre pour provoquer l'accouchement.

J'ai dit, Messieurs, *procédés opératoires*, car il est reconnu aujourd'hui qu'une opération est nécessaire pour provoquer scientifiquement l'accouchement.

Je ne passerai donc pas en revue les remèdes généraux qui ont été tour à tour préconisés comme très efficaces. Ils ont surtout cette renommée, auprès des gens du monde; mais vous tous médecins ou près de l'être, vous ne devez pas ignorer qu'ils sont toujours inefficaces et souvent dangereux.

Ce sont, en première ligne, la rue, la sabine, le safran, l'armoise, l'absinthe et le seigle ergoté. En les examinant tour à tour, nous pourrions dire de chacun qu'il ne peut, en aucune façon, déterminer l'accouchement. Il en est de même du sulfate de quinine, qui, quoi qu'on en ait dit, ne provoque pas de contractions utérines efficaces pendant la grossesse.

J'insiste sur ce point, car il est important de savoir que, chez une femme enceinte atteinte de fièvre intermittente, on peut administrer ce médicament puissant sans craindre de déterminer l'accouchement. Les expériences que j'ai entreprises, d'abord sous la direction de M. Tarnier, en 1873, à la Maternité; que j'ai continuées depuis dans mon service, me permettent d'être affirmatif sur ce point. Comme l'a dit avec raison Jacquemier, le cadre qui contient les moyens qui déterminent l'accouchement, en impressionnant l'économie tout entière, est un cadre vide.

Je passerai sous silence une série d'autres moyens consistant dans le massage, les frictions et même l'électricité, et cela pour les mêmes raisons.

J'arrive alors aux procédés opératoires.

Le plus anciennement connu et employé consiste dans la *ponction des membranes :* soit au niveau du point le plus déclive de l'œuf, soit, comme l'a conseillé Meissner, en un point plus élevé.

Ce procédé primitif n'est plus employé aujourd'hui que dans les cas absolument exceptionnels où l'utérus est surdistendu par une quantité énorme de liquide amniotique. Et encore, a-t-on bien plus en vue, en pratiquant cette ponction, la déplétion de l'utérus, par suite de l'évacuation du liquide amniotique, que l'expulsion du fœtus.

Le tamponnement du vagin, à l'aide de boulettes de charpie, ou de ballons à eau ou à air, est un moyen inefficace, douloureux et également abandonné.

L'introduction de l'éponge préparée ou procédé de Kluge a été longtemps le procédé habituel de la plupart des accoucheurs. Il est, aujourd'hui, justement délaissé pour les raisons suivantes: Difficile à employer chez les primipares, assez souvent inefficace, même à faire naître des contractions, chez les multipares, ce procédé est souvent dangereux par suite de la difficulté que l'on a à se procurer des éponges préparées absolument antiseptiques.

La *douche utérine*, ou procédé de Kiwisch, appliquée par cet accoucheur en 1846, introduite en France en 1851, vint prendre le pas sur l'éponge préparée.

D'après Kiwisch, il suffirait de pratiquer des irrigations chaudes sur le col pour déterminer l'accouchement. Ce procédé fut accueilli avec faveur pendant un certain temps, les accoucheurs croyant à « la propriété excitante et congestive des irrigations vaginales » (Jacquemier).

Nous savons aujourd'hui ce qu'il faut penser de cette propriété irritante et congestive de l'eau chaude.

Vous connaissez les expériences que j'ai faites sur ce point, celles que j'ai fait faire par le Dr Gauvry et qui ont consisté à faire passer des centaines de litres d'eau chaude, pendant des jours et des nuits, dans le vagin de femmes ayant un bassin vicié, et chez lesquelles je voulais provoquer l'accouchement. Nous ne pûmes faire naître en aucun cas une contraction.

Mais, je me hâte d'ajouter que nous avions supprimé toute pression, ou à peu près, dans le liquide. C'était une balnéation du vagin et du col de l'utérus, et nullement des douches que nous pratiquions.

Ces faits démontrent donc bien que l'action de l'eau chaude est insuffisante, et que c'est à la force du jet et au traumatisme qu'il détermine, que doit être attribuée l'efficacité de la méthode de Kiwisch. Mais si, dans ces conditions, elle est efficace, elle est par cela même dangereuse.

Les accidents observés par Olshausen, Blot, Taurin, Depaul, Tarnier sont là pour le démontrer. Tout dernièrement encore, le Dr Baudry publiait, dans sa thèse inaugurale, une observation des plus intéressantes et des plus concluantes à cet égard. Ce procédé doit donc être absolument abandonné, car il est ou inefficace ou dangereux.

A l'heure actuelle, on provoque l'accouchement en introduisant dans l'utérus, soit des instruments simplement excitateurs : sonde de Krause ; soit en introduisant des instruments à la fois excitateurs et dilatateurs : ballon de Barnes, ballon de M. Tarnier, ballon de Champetier de Ribes.

Ce sont ces procédés que nous allons étudier et apprécier avec plus de détails.

Le procédé de Krause consiste, comme vous le savez, à introduire dans l'utérus, entre les membranes et la paroi utérine, une simple bougie de gomme ou de caoutchouc, de volume indéterminé, variable suivant les accoucheurs. La longueur de la bougie, qu'on doit faire pénétrer dans l'utérus, n'est pas non plus déterminée ; elle serait de 12 à 14 centim. pour les uns, tandis que d'autres veulent que la sonde tout entière soit introduite.

Comme vous le voyez, ce procédé n'exige qu'un instrument des plus simples et ne comporte que peu ou pas de difficultés opératoires.

Et, cependant, vous ne me le voyez pas employer, et voici pourquoi. D'abord, il arrive, malgré toutes les précautions prises, toute la lenteur et la délicatesse de l'introduction, de rompre les membranes, et comme rien ne s'oppose à l'écoulement du liquide amniotique, ce dernier peut s'écouler presque complètement, d'où il peut résulter un état de souffrance pour le fœtus.

De plus, en introduisant toute une bougie, on peut rencontrer le placenta, le décoller, d'où une hémorrhagie, comme j'ai eu l'occasion d'en observer un cas. Mais ce ne sont pas là mes principaux griefs.

Je reproche à la sonde de n'être qu'un excitateur quelquefois lent et quelquefois impuissant. La sonde séjourne alors un temps indéfini, ou plutôt infini, sans provoquer de contractions.

Elle s'incruste dans la muqueuse utérine, en formant une espèce de rigole, et quelquefois cause de l'endométrite; aussi quelques accoucheurs ont-ils accusé le procédé de Krause de ne déterminer l'accouchement qu'en produisant de l'infection. Si, avec les précautions antiseptiques rigoureuses, on peut se mettre à l'abri de ce danger, il n'en reste pas moins avéré que, dans un certain nombre de cas, le travail peut durer des jours, témoin le cas si intéressant publié par le professeur Pajot dans les *Annales de gynécologie* (juillet 1890).

Le procédé de M. Tarnier consiste à introduire un ballon vide, au-dessus de l'orifice interne. Ce ballon gonflé agit d'abord comme excitateur, puis bientôt comme dilatateur, et son action dilatatrice dure autant que la production d'une dilatation suffisante pour le laisser passer. Je ne vous décris pas en détail ce procédé, puisque vous me le voyez employer constamment. Je m'en suis servi exclusivement jusqu'au moment où M. Champetier de Ribes me présenta son ballon.

On a reproché au procédé de M. Tarnier, sa complication instrumentale; ceci n'est pas un reproche sérieux, car vous savez

combien l'instrumentation est simple, puisqu'elle ne consiste que dans une tige-mandrin et une sonde. On a dit qu'il était difficile de faire pénétrer l'instrument dans le col des primipares. Vous m'avez vu, assez de fois, l'introduire chez ces dernières pour faire justice de cette accusation. On a dit encore que, quelquefois le ballon éclatait, soit pendant qu'on le remplit, soit dès le début des premières contractions. Cela est vrai, mais, cela était surtout vrai autrefois. Depuis quelques années, sur l'observation qui leur en a été faite, les fabricants se sont décidés à employer du caoutchouc de meilleure qualité, et cet incident n'arrive plus que rarement.

Le reproche le plus sérieux qu'on puisse lui adresser, c'est que, quelquefois, lorsque le ballon a été expulsé dans le vagin, le travail commencé s'arrête, et l'on assiste alors à une véritable rétrocession du travail.

On est obligé, dans ces cas, de procéder à de nouvelles introductions qui ne suffisent pas toujours à produire un travail définitif.

Il y avait donc là une lacune que j'étais le premier à reconnaître, et que M. Champetier de Ribes a fait disparaître.

Je dis M. Champetier de Ribes et non Barnes, car le ballon dilatateur de Barnes perd sa forme de violon, lorsqu'il est complètement distendu, et tombe dans le vagin comme le ballon de M. Tarnier. Il m'est arrivé plusieurs fois d'employer le plus grand modèle de Barnes et d'une façon infructueuse.

En 1888 M. Champetier de Ribes en faisant connaître son ballon, et en décrivant avec soin le manuel opératoire (1), disait : « J'ai longtemps cherché le moyen de provoquer sûrement et rapidement le travail et en même temps de dilater tout le canal génital de façon à supprimer les obstacles provenant des parties molles au moment de l'accouchement, soit qu'on abandonne celui-ci à la nature, soit qu'on le termine à l'aide d'opération; ce moyen, je crois l'avoir trouvé. »

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, décembre 1888, t. XXX, p. 401.

Je puis dire aujourd'hui qu'il ne s'était pas trompé, et chaque introduction de son ballon me démontre qu'il a atteint le but qu'il recherchait.

Son ballon, vous le connaissez; le manuel opératoire nécessaire pour l'introduire vous est également familier.

Voici, depuis trois ans, quelle est ma manière de procéder lorsque je veux provoquer l'accouchement. Chez les primipares, j'introduis d'abord le ballon de M. Tarnier, puis, lorsque ce ballon a été expulsé, j'introduis le ballon de M. Champetier de Ribes.

Chez les multipares, le plus souvent le canal cervical et l'orifice interne sont assez perméables pour que je puisse d'emblée, sans efforts et sans causer de douleurs, introduire le ballon Champetier de Ribes.

Bien des objections ont été adressées à ce ballon. Avant de passer la parole à ses détracteurs ou à ses admirateurs, donnons la parole aux faits.

Laissant de côté tous les accouchements que j'ai provoqués, avant d'être chef de service, ou dans ma clientèle privée, ne prenant que les accouchements provoqués pour rétrécissement du bassin, dans mon service, soit à la Maternité de Lariboisière, soit à la Clinique Baudelocque, je compte cent cas. Examinons les procédés employés et les résultats obtenus dans ces cent cas.

Je donne (p. 276-295) le résumé des cent observations qui sont consignées dans mes registres.

J'aurais voulu que ces observations fussent plus complètes et par cela même plus démonstratives; je reconnais que les lacunes sont nombreuses, et j'espère les faire disparaître au moins en partie dans les observations futures. Mais telles qu'elles sont, elles suffiront cependant, je le crois du moins, à montrer ce qu'on doit attendre de l'accouchement provoqué.

TABLEAU STATISTIQUE DES CENT OBSERVATIONS

Comprenant le résumé de cent observations d'accouchement provoqu

N°s	INITIALES	BASSIN DIAM. PR.-S.-PUB.	ANTÉCÉDENTS (2)	AGE DE LA GROSSESSE	PLACEMENT DU BALLON TARNIER	APPARITION DES PREMIÈRES DOULEURS	EXPULSION DU BALLON
							An
1	E-F.	9c 1/2.	— (2).	D. R. 10 mai.	19 fév., 10 h. mat.	Immédiate.	?
2	D.	8c 3.	1 accouchement à terme. Basiotripsie.	D. R. 8 juillet.	3 mars, 9 h. mat.	3 mars, midi.	?
3	B.	8c.	1 accouchement à terme. Version. Enfant mort.	D. R. 6 juillet.	2 avril, 10 h. mat.	Immédiate.	2 avril, 5 h.
4	P.	9c 1/2.	—	D. R. 11 nov.	4 juill., 10 h. mat.	Immédiate.	?
5	G.	9c 3.	—	D. R. 20 déc.	4 août, 10 h. mat.	4 août, 8 h. sr.	5 août, 11 h.
6	M.	10c, scolio-rachitique.	—	8 mois 1/2.	27 août, 10 h. mat.	27 août, 6 h. sr.	27 août, min
7	H.	8c 1/2.	2 accouch. ant. ayant nécessité deux céphalotripsies (dans le service).	D. R. 7 février.	19 oct., 10 h. mat.	19 oct., 3 h. sr.	20 octobre, s début de tra 21 octobr 2e ballon p gros, expu dans la nu sans trava Dilatateu de Barnes, l
8	M.	10c 2.	—	D. R. 19 mars.	23 déc., 11 h. mat.	23 déc., à 1 h.	23 décemb 10 h. soi
							An
9	P.	Obliq. ovalaire.	1 accouchement à terme. Céphalotripsie.	D. R. 18 oct.	16 mai, 10 h. mat., deux ballons crèvent.	Quelques instants après.	5 h. 1/2 so Le 18 ma à 10 h. du m on introdu une sond qu'on enlève Le 20, nouv sonde plu grosse, lais à demeur jusqu'au 2

(1) Quelques-unes de ces observations datant de 1888 et 1889 ont déjà paru dans le travail du docteur Champetier, *loc*

(2) Le tiret dans la colonne *antécédents* indique *primiparité*.

(3) La dénomination : *terminaison spontanée*, implique la présentation du sommet.

TATISTIQUE

à Maternité de Lariboisière et à la Clinique Baudelocque, de 1883 à 1891 (1).

RUPTURE DES MEMBRANES	DILATATION COMPLÈTE	TERMINAISON (3)	ÉTAT DES ENFANTS AU MOMENT DE LA NAISSANCE	SUITES DE COUCHES	DATE DE LA SORTIE; ÉTAT DE L'ENFANT
883					
Spontanée, 20 février, h. 1/2 matin.	20 février, 10 h. matin.	Spontanée (3), 10 h. 45 matin	Vivant. Garçon. 2750 gr.	Physiologiques.	28 février. Enfant pesant 3070 gr.
Artificielle, la dilatation complète.	6 mars, 9 h. mat.	Spontanée, 6 mars, 10 h. mat.	Vivant. Garçon. 1370 gr.	Physiolog.	16 mars. Enfant mort le 4e jour.
Artificielle, la dilatation complète.	4 avril, 9 h. mat.	Application infructueuse de forceps. Basiotripsie, à 11 h. 50 matin.	Mort. Garçon. 2580 gr. sans substance cérébrale.	Physiolog.	15 avril.
Artificielle, la dilatation complète.	5 juillet, 10 h. matin.	Version, à 10 h. 1/2.	Vivant. Fille. 1730 gr.	Physiolog.	15 juillet. Enfant mort 24 hres apr. la naissance.
Spontanée, oût, 5 h. soir.	Quelques minutes après.	6 août, 5 h. 1/2 s.	Vivant. Garçon. 1800 gr.	Physiolog.	16 août. Enfant bien portant
Artificielle, août, 2 h. soir.	29 août, 4 h. soir.	Spontanée, 29 août, 5 h. soir.	Vivant. Garçon. 2700 gr.	Physiolog.	17 septembre. Enfant pesant 3060 gr.
Artificielle, oct., 8 h. mat.	24 oct., 8 h. mat.	Basiotripsie.	—	Physiolog.	3 novembre.
Artificielle, 10 h. soir.	21 décembre 9 h. 1/2 matin.	Forceps, 10 h. 1/2 matin.	Garçon. Vivant. 3300 gr.	Physiolog.	10 janvier. Enfant pesant 3320 gr.
884					
Spontanée. nai, 11 h. soir. Procidence du cordon. étropulsion.	22 mai, 1 h. mat.	Version, 22 mai, 1 h. mat.	Garçon. 2500 gr. Né en état de mort apparente. Ranimé après 40 minutes d'insufflation.	Patholog.	12 juin. Sortie bien portante. Enfant en bon état. Revu en bonne santé en 1886.

Nos	INITIALES	BASSIN DIAM. PR.-S.-PUB.	ANTÉCÉDENTS	AGE DE LA GROSSESSE	PLACEMENT DU BALLON TARNIER	APPARITION DES PREMIÈRES DOULEURS	EXPULSION DU BALLON
10	R.	9c 1/2.	Secondipare.	D. R. 17 mars.	3 déc. 10 h. mat. Trois ballons se rompent successivement. Introduction d'une sonde.	Peu après.	Extraction de la sond le 4 décemb à 3 h. du ma
11	B.	10c 1/2.	1 accouch. en Belgique. Forceps. Enfant mort le 4e jour.	Près du terme.	22 déc., 10 mat.	22 décembre, midi 1/2.	Intact aprè l'expulsion de la tête.
							An
12	D.	10c.	1 accouch. prématuré, à 8 mois. Enfant vivant.	D. R. 8 mars.	2 janv., 10 h. 1/2 matin. Introduction, le 3 janvier, à 10 h. matin, d'un dilatateur de Barnes.	3 janv. midi.	Dans la nu du 3 janvie
13	C.	9c 1/2.	Secondipare.	Près du terme.	2 févr., 11 h. mat.	1 h.apr.-midi.	2 fév., 6 h. s
14	P.	9c 1/2.	1 céphalotripsie à terme. 1 accouch. prov. à 7 m. 1/2. Version. Enfant mort.	D. R. 20 sept.	16 mai, 10 h. 1/2 matin.	16 mai, 4 h. soir.	16 mai, 6 h. s
15	I.	9c.	—	8 mois.	20 juin, 10 h. mat.	dans l'après-midi.	Expulsé int après la tê de l'enfant
16	L.	10c.	—	D. R. 18 nov.	3 août, 10 h. mat.	9 h. 1/2 soir.	3 août, 5 h. s sans résulta Introductio d'une bougi à 9 h. soir
17	M.	10c.	—	D. R. 20 nov.	28 août, 9 h. mat.	28 août, midi.	?
							An
18	D.	8c 3.	1 accouch. Basiotripsie.	7 mois 1/2.	5 mars.	5 mars.	?

RUPTURE DES MEMBRANES	DILATATION COMPLÈTE	TERMINAISON	ÉTAT DES ENFANTS AU MOMENT DE LA NAISSANCE	SUITES DE COUCHES	DATE DE LA SORTIE; ÉTAT DE L'ENFANT
Spontanée, 5 décembre, h. 1/2 matin.	5 déc., 7 h. mat.	Spontanée, 8 h. 1/2 matin (Face).	Fille vivante. 2900 gr.	Physiolog.	14 décembre. Mère et enfant en bon état.
déc., 3 h. mat.	23 déc., 8 h. mat.	Spontanée, 23 déc. 10 h. 1/2	Garçon vivant. 3750 gr.	Physiolog.	1er janvier. Mère et enfant en bon état.
885					
3 janvier. latation de 2 fr.	3 janv., 6 h. soir.	Spontanée, 7 h. 1/2	Garçon vivant. 3600 gr.	Physiologiques.	11 janvier. Mère et enfant en bon état.
Spontanée, év., 9 h. mat.	3 fév., 6 h. 1/2.	Spontanée, 3 fév., 7 h. mat.	Garçon vivant. 3600 gr.	Physiolog.	13 février. Enfant pesant 3000 grammes à la sortie.
mai au matin.	18 mai, 3 h. 1/2 matin.	Spontanée, 18 mai, 7 h. mat.	Fille vivante. 1250 gr.	Physiolog.	28 mai. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
Spontanée, 21 juin.	22 juin, 10 h. 1/2 soir.	Spontanée, 22 juin, 11 h. 1/2 soir.	Garçon vivant. 2500 gr.	Physiolog.	4 juillet Enfant pesant 2650 grammes.
Spontanée. oût, 2 h. mat.	4 août, 3 h. mat.	4 août, 3 h. mat.	Fille vivante. 2300 gr.	Physiolog.	13 août. Enfant pesant 2300 grammes.
Spontanée, août, 9 h. soir.	30 août, 4 h. mat.	Spontanée, 30 août, 5 h. 1/2 matin.	Garçon 2900 gr. Mort apparente. Ranimé après 1 h. 1/2 d'insufflation.	Physiolog.	9 septembre. Enfant mort le 31 août.
886					
Artificielle. nars, 2 h. mat.	6 mars, 6 h. mat.	Spontanée, 6 mars, 10 h. matin.	Garçon vivant. 1370 gr.	Physiolog.	17 mars. Enfant mort dans la couveuse le 4e jour.

Nos	INITIALES	BASSIN DIAM. PR.-S.-PUB.	ANTÉCÉDENTS	AGE DE LA GROSSESSE	PLACEMENT DU BALLON TARNIER	APPARITION DES PREMIÈRES DOULEURS	EXPULSION DU BALLON
19	B.	8c	1 accouch. Version. Enfant mort.	8 mois 1/2.	2 avril, 10 h. mat.	Immédiate.	2 avril, 5 h. s
20	J. G.	9c 3	Primipare.	7 mois 1/2.	4 août, 10 h. mat.	4 août, 8 h. sr.	5 août, 11 h. s
21	A. M.	8c 5	Primipare.	8 mois 1/2.	27 août, 10 h. mat.	27 août, 2 h. sr.	?
22	H. H.	8c 5	2 accouch. ant. 2 céphalotripsies.	8 mois 1/2.	19 octobre (1er ballon). 2e introduction d'un ballon Tarnier. 3e introduction d'un ballon de Barnes.	Dès l'introduction des ballons, cessant après leur expulsion.	?
23	L. M.	10c	Primipare.	Près du terme.	23 déc., 10 h. mat.	23 déc., midi.	23 déc., 10 h. s
							Ann
24	F. A.	Asymétrique.	Primipare.	Près du terme.	4 janvier. Introduction d'un 2e ballon, le 6 janvier, à 10 h. du matin.	Vers minuit, le 4 janvier.	Le 1er éclat à 2 h. soir, le 4 janv. Le 2e expul le 5 janv., à 9 h. soir.
25	J. M.	10c2	1er accouchem. Enfant macéré. 2e accouchem. Enfant macéré.	8 mois.	26 février, 10 h. matin.	26 fév., midi.	?
26	M. Ç.	10c3	1er accouchem. provoqué.	8 mois 1/2.	Deux introductions du ballon, le 5 mai.	5 mai 1 h. soir.	?
27	J. D.	9c2	Primipare.	Près du terme.	Introduction d'un ballon Gariel, le 27 juillet, à 10 h. matin.	27 juillet, 11 h. soir.	?
28	J. B.	9c8	1 accouchem. à terme. Forceps. Enfant mort.	8 mois 1/2.	Ballon Champetier, 25 août, 11 h. mat.	25 août, 1 h. soir.	?

RUPTURE MEMBRANES	DILATATION COMPLÈTE	TERMINAISON	ÉTAT DES ENFANTS AU MOMENT DE LA NAISSANCE	SUITES DE COUCHES	DATE DE LA SORTIE; ÉTAT DE L'ENFANT
rtificielle, l, 10 h. mat.	4 avril, 10 h. mat.	Forceps infructueux. Basiotripsie, le 4, à 11 h. mat.	Garçon. 2880 gr. sans substance cérébrale.	Physiolog.	17 avril.
ontanée, ût, 5 h. soir.	6 août, 5 h. soir.	Spontanée, 6 août, 5 h. 20 soir.	Garçon placé dans la couveuse. Se développe bien.	Physiolog.	17 août. Enfant en bon état.
ontanée, 9 août.	29 août, 4 h. soir.	Spontanée, 29 août, 5 h. soir.	Garçon vivant. 2700 gr.	Physiolog.	18 septembre. Enfant en bon état.
tificielle. ilatation e la paume la main.	24 oct., 8 h. 40 du soir.	Basiotripsie, deux broiements, le 24 oct., à 9 h. soir.	Fille pesant 2000 gr. sans substance cérébrale.	Physiolog.	4 novembre.
tificielle, dilatation mplète.	24 déc., 9 h. 1/2 matin.	Forceps, le 24 à midi.	Garçon vivant. 3300 gr.	Physiolog.	3 janvier. Enfant en bon état.
7					
ificielle, 6 janv , . 1/2 matin.	6 janv. 11 h. 1/2 mat.	Spontanée, le 6 janv. à 1 h. soir.	Fille vivante, 1980 gr.	Physiolog.	16 janvier. Enfant en bon état.
ontanée, à 5 h. mat.	28 fév., midi.	Forceps au détroit inf.	Enfant vivant. 2500 gr. Légère paralysie faciale.	Physiolog.	10 mars. Enfant en bon état.
ontanée, début travail.	6 mai, 9 h. 1/2 soir.	Spontanée, le 6, à 10 h. soir.	Enfant vivant. 2650 gr.	Physiolog.	30 mai. Enfant en bon état.
ielle, le 28, . 50 soir.	Le 28, à 6 h. 50 soir.	Basiotripsie.	Enf. 3020 gr. sans substance cérébrale.	Physiolog.	7 août.
ificielle, dilatation nplète.	Le 25, à 11 h. soir.	Version, à minuit.	Enfant pesant 2930 gr. Mort pendant le travail.	Physiolog.	5 septembre.

N°s	INITIALES	BASSIN DIAM. PR.-S.-PUB.	ANTÉCÉDENTS	AGE DE LA GROSSESSE	PLACEMENT DU BALLON TARNIER	APPARITION DES PREMIÈRES DOULEURS	EXPULSI DU BALL
29	M. B.	Promontoire accessible.	Primipare.	8 mois 1/2.	Ballon Tarnier, 22 novembre, 10 h. matin.	22 novembre, 2 h. soir.	?
30	L. C.	Rétréci	Secondipare.	8 mois.	Ballon Tarnier, 22 novembre, 10 h. matin. Dilatateur Barnes, le 26, à 10 h. matin.	Immédiate après l'introduction du ballon Tarnier, cessant avec son expulsion, reparaissant après l'introduction du Barnes.	?
31	H.	Rétréci.	—	8 mois.	Deux introductions du ballon Tarnier, le 2 décembre.	4 déc., à 10 h. matin.	?
32	D.	8e 3.	1er accouchement provoqué 7 mois 1/2. Enfant mort. 2e accouchement Basiotripsie. 7 mois.	—	Ballon Tarnier, le 2 décembre. Trois introductions du ballon de Barnes.	7 déc., à 10 h. matin.	?
							A
33	N.	Rétréci et asymétriq.	Primipare.	Près du terme.	Ballon Tarnier, le 14 janvier, à 10 h. matin.	14 janv., 2 h. soir.	15 jan 2 h. so
34	B.	Rétréci.	—	Près du terme.	1re introd. du ballon Tarnier, le 30 janvier, 10 h. matin. 2e introd. le 1er février.	2 fév., midi.	1er ball expuls le 30 janv. le 2e, le 1e 6 h. so
35	T.	Oblique ovalaire.	1 accouch. ant. Basiotripsie.	8 mois.	Ballon Champetier, 31 mai, 10 h. mat.	31 mai, midi.	?
36	D.	10e.	4 accouchement 1er siège. 2e sommet. 3e épaule. 4e ?	8 mois.	Ballon Champetier, 14 juin, 11 h. matin.	le 15, à 6 h. soir.	le 15 à 9 h.
37	R.	—	8 accouchements antér.	8 mois 1/2.	Ballon Champetier, le 15 juin, à 10 h. matin.	le 15, à 1 h. soir.	?

RUPTURE MEMBRANES	DILATATION COMPLÈTE	TERMINAISON	ÉTAT DES ENFANTS AU MOMENT DE LA NAISSANCE	SUITES DE COUCHES	DATE DE LA SORTIE; ÉTAT DE L'ENFANT
ontanée, dilatation mplète.	Le 23, à 6 h. matin.	Spontanée, le 23 à 6 h. 1/2 matin.	Enfant vivant. 2730 gr.	Physiol.	2 décembre. Enfant en bon état.
ontanée, dilatation mplète.	Le 26, à 10 h. 1/2 soir.	Spontanée, le 26 à 10 h. 45 soir.	Enfant vivant. 2550 gr.	Physiol.	6 décembre. Enfant en bon état.
ontanée, dilatation mplète.	5 déc., 3 h. mat.	Spontanée, 5 déc. à 5 h. 1/4 matin.	Enfant vivant. 2050 gr.	Physiol.	16 décembre. Enfant en bon état.
ificielle, dilatation mplète.	7 déc., 9 h. soir.	Forceps, le 8 à 3 h. 1/2 matin.	Enfant mort pendant le travail. 2300 gr.	Physiol.	22 décembre.
8					
née, le 15, h. soir.	le 16, à 8 h. 1/2 soir.	Forceps, au détroit sup^{r}, le 16 à 10 h. soir.	Enfant vivant. 3060 gr.	Physiol.	27 janvier. Enfant en bon état.
ificielle, évr., 10 h. natin.	2 fév., 6 h. 1/2 soir.	Spontanée, 2 fév., 8 h. soir.	Enfant vivant. 3350 gr.	Physiol.	18 février. Enfant en bon état.
ificielle dilatation mplète.	31 mai, 7 h. soir.	Version, 31 mai, 7 h. soir.	Enfant vivant. 3220 gr.	Physiol.	16 juin. Enfant en bon état.
née, le 15, h. soir.	le 15, à 9 h. soir.	Version céphalique par manœuvre ext. Accouch. spontané, le 15, à 10 h. soir.	Enfant vivant. 2380 gr.	Physiol.	29 juin Enfant en bon état.
elle, après pulsion bras cordon faisaient idence.	?	Spontanée, le 15 juin, à 6 h. 40 soir.	Enfant vivant. 2800 gr.	Physiol.	24 juin. Enfant mort le 3^{e} jour.

N°s	INITIALES	BASSIN DIAM. FR.-S.-PUB.	ANTÉCÉDENTS	AGE DE LA GROSSESSE	PLACEMENT DU BALLON TARNIER	APPARITION DES PREMIÈRES DOULEURS	EXPULSI DU BALL
38	P.	Rétréci.	—	8 m 1/2.	Bal. Champetier, le 26 avril, à 10 h. matin.	26 avril, 10 h. matin.	?
39	C.	11c 1/2	Secondipare.	8 m. 1/2.	Bal. Tarnier, 30 avril, à 10 h. matin. Bal. Champetier, le 2 mai.	2 mai, 1 h. 1/2 soir.	1er ballo 1er mai 3 h Bal. Cha tier, 2 n 10 h. n
40	G.	9c 1/2	Secondipare. 1 accouch. Enfant petit, mort quelques jours après sa naissance.	Près du terme.	Bal. Champetier, 21 juillet, 10 h. matin.	21 juillet, 11 h. 1/2 m.	?
41	P.	Obliq. ovalaire.	Primipare.	Près du terme	Bal. Champetier, 24 juillet, 10 h. matin.	24 juillet, 1 h. 1/2 soir.	?
42	D.	Exostose de la symphyse sacro-iliaque gauche.	—	8 mois.	Bal. Champetier, 30 juillet, 10 h. matin.	30 juillet, 2 h. soir.	?
43	L.	8c 8	2 accouch. ant. 2 applications de forceps.	8 mois.	Bal. Champetier, 30 juillet, 10 h. matin.	30 juillet, 2 h. soir.	?
44	P.	9c 3	2 accouch ant. 1er accouch. basiotripsie. 2e accouch. prov 7 m. 1/2. Version. Enfant mort.	7 mois 1/2.	Bal. Champetier, 5 octobre, 10 h. matin.	5 octobre, 1 h. soir.	?
45	B.	9c 7	Primipare.	Près du terme.	Bal. Champetier, 6 octobre, 10 h. matin.	6 octobre, midi.	?
46	G.	Rétréci.		7 mois 1/2.	Bal. Champetier, 20 octobre, 10 h. matin.	20 octobre, vers midi.	?
47	D.	Rétréci. dans tous ses diamètr.	Primipare.	Près du terme.	Bal. Champetier, 28 octobre, 10 h. matin	le 28, à 11 h. du soir.	?
48	P.	Cyphose. Bassin vicié au détroit infér.	2 accouch. provoqués.	Près du terme	Bal. Champetier, 10 décembre, à 10 h. matin.	10 décembre, à midi.	?

RUPTURE MEMBRANES	DILATATION COMPLÈTE	TERMINAISON	ÉTAT DES ENFANTS AU MOMENT DE LA NAISSANCE	SUITES DE COUCHES	DATE DE LA SORTIE ; ÉTAT DE L'ENFANT
ontanée, dilatation mplète.	26 avril, 8 h. soir	Spontanée, le 26 à 8 h. 40 s.	Enfant vivant. 2720 gr.	Physiolog.	5 mai. Enfant en bon état.
tificielle, dilatation mplète.	2 mai, 8 h. soir	Spontanée, le 2 mai 8 h. ½ s.	Enfant vivant. 2720 gr.	Physiolog.	11 mai. Enfant en bon état.
ontanée, dilatation mplète.	le 21 à 2 h. 20 s.	Forceps, le 21 à 7 h. soir	Enfant vivant. 3650 gr.	Physiolog.	31 juillet. Enfant en bon état.
tificielle, dilatation mplète	24 juil., 5 h. ½ s.	Version, le 24 à 7 h. soir	Enfant vivant. 2930 gr.	Physiolog.	18 août. Enfant en bon état
ntanée, juillet . 15 soir.	30 juil., 10 h. s.	Version. 30 juil., 10 h. 15 s.	Enfant vivant. 2050 gr.	Physiolog.	9 août. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
tificielle dilatation mplète.	30 juil., 10 h. s.	Version, 30 juil. 10 h. ½ s.	Enfant vivant. 2100 gr.	Physiolog.	13 août. Enfant en bon état.
tificielle dilatation mplète.	Le 5 à 8 h. soir	Forceps, le 5 à 10 h. s	Enfant vivant, faible, 2209 gr.	Physiolog.	16 octobre. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
ificielle, dilatation mplète.	6 oct. à 7 h. s.	Forceps, le 6 à 7 h. 20 soir	Enfant vivant. 2780 gr.	Physiolog.	15 octobre. Enfant en bon état
maturée, octobre.	Le 20 à 10 h. ½ s.	Forceps, le 20 à minuit	Enfant vivant. 1870 gr.	Physiolog.	2 novembre. Enfant en bon état.
ntanée, 10 h. soir.	?	Basiotripsie (2 broiements), 31, à midi	Enfant pesant 3500 gr., sans substance cérébrale.	Élévat. de températ. maximum 38°,5 du 3e au 5e jr.	28 novembre. Très bien portante.
ficielle, ilatation plète.	10 déc. à 5 h. ½ s.	Forceps, au dét. inférieur le 10 à 3 h. 3/4	Enfant vivant. 2900 gr.	Physiolog.	23 décembre. Enfant en bon état.

N°s	INITIALES	BASSIN DIAM. PR.-S.-PUB.	ANTÉCÉDENTS	AGE DE LA GROSSESSE	PLACEMENT DU BALLON TARNIER	APPARITION DES PREMIÈRES DOULEURS	EXPULS DU BAL
49	B.	Rétréci.	Primipare.	Près du terme.	Bal. Champetier, 11 décembre, 10 h. matin.	N'a pas eu de douleurs.	?
50	P.	Rétréci.	Secondipare.	Près du terme.	Bal. Champetier, 18 décembre, 10 h. matin.	18 décembre, à midi 1/2.	?
51	P.	Rétréci.	2 accouch. ant. 1er forceps 2e accouch. prov. à 8 mois.	7 mois 1/2.	Bal. Tarnier, 5 janvier, 10 h. matin.	5 janv., 1 h. s.	?
52	R.	Rétréci.	1er accouch. à terme. Forceps.	8 mois.	1er Bal. Tarnier, 5 janvier, 8 h. matin. Expulsé et remp. par un dilatateur Champetier, le 5, à 10 h. du soir.	5 janv., 6 h. s.	?
53	F.	—	Secondipare.	8 mois.	Bal. Tarnier, remplacé par le dilatateur Champetier, le 16 janvier, à 10 h. matin.	16 janvier, 9 h. soir.	?
54	M.	9e 1/2	Primipare.	Près du terme.	Bal. Tarnier, remplacé par le dilatateur Champetier, le 25 janvier, à 10 h. matin.	25 janvier, 4 h. soir.	?
55	P.	Rétréci.	5 accouch. à terme. 4 applications de forceps. 1 extraction par le siège.	8 mois 1/2.	Bal. Champetier. 2 mars, 10 h. matin.	2 mars, midi.	?
56	F.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois.	Bal. Champetier, 7 mars, 10 h. matin.	7 mars, midi.	?
57	M.	Asymétrique.	1 accouch. provoqué. Forceps.	8 mois.	Bal. Champetier, 8 mars, 10 h. matin.	8 mars, 11 matin.	?
58	N.	Obliq. ovalaire.	1 accouch. prov. à 8 m. 1/2.	8 mois 1/2.	Bal. Champetier, 8 avril, 10 h. matin.	8 avril, 2 h. s.	?

UPTURE MEMBRANES	DILATATION COMPLÈTE	TERMINAISON	ÉTAT DES ENFANTS AU MOMENT DE LA NAISSANCE	SUITES DE COUCHES	DATE DE LA SORTIE ; ÉTAT DE L'ENFANT
dentelle, troduisant ballon.	11 déc. à 5 h. ½ s.	Forceps au dét. supérieur, 11 déc. à 5 h. ½ s.	Enfant mort pendant le travail 3470 gr.	Physiolog.	26 décembre.
dentelle, troduisant ballon.	Le 18 à 3 h. 50.	Extraction du siège, le 18, à 4 h. soir	Enfant vivant 3050 gr.	Physiolog.	28 décembre. Enfant mort le 3e jour.
ificielle, 10 1/2 mat.	6 janvier, à 10 h. 1/2 mat. Rétrocession du travail.	Spontanée, le 7 à 8 h. mat.	Enfant vivant. 2500 gr.	Physiolog.	18 janvier. Enfant en bon état.
ificielle, dilatation mplète.	6 janv., 1 h. s.	Version, 6 janvier 1 h. 1/2 soir.	Enfant vivant. 2400 gr.	Physiolog.	20 janvier. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
ficielle, dilatation mplète.	17 janvier, 5 h. 1/2 soir.	Forceps au détr. supérieur, le 18 à 11 h. matin.	Enfant mort pendant le travail. 2000 gr.	Physiolog.	29 janvier.
ficielle, dilatation mplète.	26 janvier, 9 h. 1/2 matin.	Forceps au détr. supérieur, le 26 à 10 h. 1/2 mat.	Enfant vivant. 3280 gr.	Physiolog.	6 février. Enfant en bon état.
ficielle, dilatation mplète.	2 mars, 6 h. 1/2 soir.	Forceps au détr. sup., le 2 mars à 7 h. 1/2 soir.	Enfant mort. 3750 gr.	Physiolog.	14 mars.
?	8 mars, minuit.	8 mars, 4 h. 1/2 matin. Siège.	Enfant mort pendant le travail. 2730 gr.	Physiolog.	18 mars.
icielle, ilatation plète.	8 mars, 5 h. 1/2 soir.	Spontanée, 8 mars, 6 1/4 soir.	Enfant vivant. 2610 gr.	Physiolog.	21 mars. Enfant en bon état.
icielle, latation plète.	9 avril, à 10 h. matin.	Spontanée, le 9 avril, à midi 1/2,	Enfant vivant. 2100 gr.	Physiolog.	23 avril. Enfant en bon état.

Nos	INITIALES	BASSIN DIAM. PR.-S.-PUB.	ANTÉCÉDENTS	AGE DE LA GROSSESSE	PLACEMENT DU BALLON TARNIER	APPARITION DES PREMIÈRES DOULEURS	EXPUL DU BAL
59	M.	Rétréci.	1 accouch. prov. à 8 m. 1/2.	8 mois.	Bal. Tarnier 12 avril, 9 h. mat. Bal. Champetier, le 13 avril, à 9 h. matin.	?	?
60	S.	Rétréci.	4 accouch. 2 spontanés. 1 forceps. 1 accouch. provoqué.	8 mois.	Bal. Champetier. 12 avril, 10 h. matin.	12 avril midi.	?
61	L.	Rétréci.	Tertipare.	8 mois 1/2.	Bal. Tarnier, 22 avril, 10 h. matin. Bal. Champetier, 24 avril.	24 avril 2 h. matin.	?
62	C.	Coxalgique.	—	Près du terme.	Bal. Tarnier, 11 mai, 10 h. mat. Bal. Champetier, 13 mai, 10 h. matin.	12 mai 7 h s.	?
63	A.	Rétréci.	3 accouch. ant. 1er sommet enf. macéré. 2e siège, mort pendant le travail. 3e accouch. prov. à 8 mois.	8 mois.	Bal. Tarnier, 20 mai. Bal. Champetier, 22 mai.	22 mai, 4 h. matin.	?
64	D.	Petit. Rétréci et symétrique.	1er accouch. prov. à 7 mois et une semaine.	8 mois 1/2.	Bal. Champetier, 7 octobre, 9 h. 1/2 matin.	7 oct., midi.	7 oct., 6
65	M. B.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois 1/2.	Bal. Champetier, 10 octobre, 9 h. 1/2 matin.	10 oct., 6 h. s.	11 oct, 1
66	F. B.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois 1/2.	Bal. Tarnier, 30 octobre, 9 h. 1/2 matin.	31 octobre, 5 h. matin.	Derriè l'enfan
67	C.	9c 1/2.	Primipare.	8 mois.	Bal. Tarnier, 10 h. matin. Bal. Champetier, à 3 heures, le 10 novembre.	Immédiate.	Bal. Tarn à 2 heu
68	M	9c	1er accouch. à 7 mois. 2e accouch. à terme. Basiotripsie.	7 mois.	Bal. Champetier, 28 nov. 10 h. mat.	28 nov., 1 h.	28 nov., 1

UPTURE MEMBRANES	DILATATION COMPLÈTE	TERMINAISON	ÉTAT DES ENFANTS AU MOMENT DE LA NAISSANCE	SUITES DE COUCHES	DATE DE LA SORTIE ; ÉTAT DE L'ENFANT
ificielle, dilatation mplète.	13 avril, midi 1/2.	Spontanée, le 13 à midi 50.	Enfant vivant. 2090 gr.	Physiolog.	16 mai. Enfant en bon état.
ificielle, dilatation mplète.	12 avril, 6 h. 1/2 soir.	Version, le 12 à 7 h. soir.	Enfant vivant. 2190 gr.	Physiolog.	2 mai. Enfant en bon état.
ificielle, dilatation mplète.	24 avril, à 1 h. 1/2 soir.	Siège. Version céphalique par man. externe. Accouch. spontané par le sommet, le 24 à 3 h. soir.	Enfant vivant. 2750 gr.	Physiolog.	9 mai. Enfant en bon état.
ificielle, dilatation mplète.	13 mai, 7 h. soir.	Version, le 13 à 7 h. soir.	Enfant vivant. 3350 gr.	Physiolog.	26 mai. Enfant en bon état.
ificielle, dilatation mplète.	22 mai, 10 h. soir.	Version, 22, à 10 h. soir.	Enfant vivant. 2800 gr.	Physiolog.	1er juin. Enfant en bon état.
ificielle, l'expulsion ballon.	7 octobre, à 8 h.	Spontanée, 7 oct., 9 h. 1/2.	Enfant vivant. 3220 gr.	Physiolog.	17 octobre. Enfant en bon état.
ificielle, h. 1/4.	1 heure 1/4.	Siège, le 11 oct., 1 h. 1/2 soir.	Enfant vivant. 2560 gr.	Physiolog.	27 octobre. Enfant mort le 11e jour. Spina-bifida.
ntanée, ctobre, 6 h. natin.	31 octobre, 4 h. soir.	Spontanée, 31, 4 h. 1/2 soir.	Enfant vivant. 2700 gr.	Physiolog.	15 novembre. Enfant en bon état.
dilatation mplète.	A 6 h. du soir.	Spontanée, à 6 h. 1/2.	Enfant vivant. 2200 gr.	Physiolog.	23 novembre. Enfant en bon état.
?	28, à 9 h. 1/2 s.	28 nov., 10 h. s. Siège.	Enfant vivant. 1600 gr.	Physiolog.	14 décembre. Enfant mort le lendemain de sa naissance.

N^{os}	INITIALES	BASSIN DIAM. PR.-S.-PUB.	ANTÉCÉDENTS	AGE DE LA GROSSESSE	PLACEMENT DU BALLON TARNIER	APPARITION DES PREMIÈRES DOULEURS	EXPULS DU BAL
69	M.	Rétréci.	1er accouch. à terme. Basiotripsie.	Près du terme.	B^{on} Champetier, 3 janv. 10 h. mat.	?	3 janv. 1
70	B.	Rétréci.	Primipare.	Près du terme.	B^{on} Champetier, 27 janv. 9 h. mat.	?	27 janv. 2
71	B.	Rétréci.	Primipare.	Près du terme.	B^{on} Champetier, 15 fév. 10 h. mat.	?	15 févr. 4
72	L. G.	Cyphotique.	1 accouch. prov. à 8 m.	7 mois 1/2.	Ballon Tarnier, 15 fév. 10 h. mat. B^{on} Champetier, 16 fév. 11 h. mat.	?	1er b^{on} ex le 16 à 9 l le 2^{e} à 6 l
73	S.	Rétréci.	Tertipare.	Près du terme	B^{on} Champetier, 10 mars 10 h. m.	3 h. soir.	6 h. 20 s
74	B.	Rétréci.	Primipare.	Près du terme.	B^{on} Champetier. 22 mars 9 h. 1/2 m.	3 h. soir.	9 h. 25 s
75	M.	Rétréci.	Secondipare.	Près du terme.	B^{on} Champetier, 26 mars 10 h. m.	11 h. matin.	5 h. soi
76	L.	Rétréci.	2 accouch. spontanés. 1 troisième provoqué.	8 mois 1/2.	Ballon Tarnier, 1er av. 10 h. 40 m.	1er avr. 2 h. s.	9 h. soi
77	H.	Rétréci.	Primipare.	8 mois 1/2.	Ballon Tarnier, 5 av. 9 h. 1/2 m. 1er B^{on} Champetier, le 5 à 4 h. 50 s. 2^{e} B^{on} Champetier, le 6 à 10 h. m.	5 avr. 3 h. s.	le 1er 5 a 4 h. 45 s le 2^{e} 5 a 11 h. soi le 3^{e} 6 av midi.
78	B.	Aplati dans toute sa moitié gauche.	1er accouch. Basiotripsie.	8 mois 1/2.	B^{on} Champetier, 18 av. 9 h. 1/2 m	Midi.	5 h. 1/2 s
79	P.	Rétréci.	1er accouch. Forceps. 2^{e} et 3^{e} acc. provoqués.	8 mois 1/2.	B^{on} Champetier, 2 mai 10 1/2 m.	?	2 mai 4 h.
80	E.	Rétréci.	1er accouch. Forceps.	8 mois 1/2.	B^{on} Champetier, 5 mai 10 h. 3/4 m.	11 h. matin.	3 h. soir

PTURE EMBRANES	DILATATION COMPLÈTE	TERMINAISON	ÉTAT DES ENFANTS AU MOMENT DE LA NAISSANCE	SUITES DE COUCHES	DATE DE LA SORTIE; ÉTAT DE L'ENFANT
troduisant ballon.	3 janv., à 7 h. s.	Spontanée, 4 janv., 5 h. 1/2 m.	Enfant vivant. 3830 gr.	Physiolog.	15 janvier. Enfant en bon état.
ıtanée, 30 soir.	27 janvier, 5 h. 1/2 soir.	Spontanée, 27 janv., 6 h. s.	Enfant vivant. 2625 gr.	Physiolog.	10 février. Enfant en bon état.
ficielle, expulsion ballon.	15 fév., 4 h. s.	Siège. Abaissement d'un pied. Extraction, 5 h. soir.	Enfant vivant. 3680 gr.	Physiolog.	3 mars. Enfant en bon état.
ficielle, la sortie ballon duction membre cident.	16 fév., 6 h. 1/2 s.	16 février. Spontanée, 8 h. 1/2 soir.	Enfant vivant. 2240 gr.	Physiolog.	24 février. Enfant en bon état
/2 matin.	10 mars, minuit.	Spontanée, minuit 1/2.	Enfant vivant. 2950 gr.	Physiolog.	22 mars. Enfant en bon état.
ficielle, 40 soir.	9 h. soir.	Spontanée, 9 h. 45.	Enfant vivant. 2970 gr.	Physiolog.	3 avril. Enfant en bon état.
. 40.	5 h. 30.	Siège, extraction, 6 h. soir.	Enfant vivant. 2240 gr.	Physiolog.	9 avril. Enfant en bon état.
ficielle, 2 h. mat.	2 avril, 3 h. s.	Spontanée, 2 avril, 4 h. 20 s.	Enfant vivant. 3080 gr.	Physiolog.	21 avril. Enfant mort, le 17e jour, d'un érysipèle.
ficielle. 1 h. soir.	6 avril, 2 h. s.	Spontanée, 6 avril, 2 h. 20 s.	Enfant vivant. 2020 gr.	Lymphangite du sein	20 mai. Enfant en bon état
cielle, /2 soir.	19 avril, 1 h. m.	Forceps au détroit sup, le 19 avr., 2 h. m.	Enfant mort, quelques instants après, 3050 gr.	Physiolog.	3 mai
/2 soir.	9 h. 1/2 soir.	Spontanée, 9 h. 45 soir.	Enfant vivant. 2720 gr.	Physiolog.	12 mai. Enfant en bon état.
soir.	3 h. soir.	Spontanée, 4 h. 15 soir.	Enfant vivant. 3250 gr.	Physiolog.	17 mai. Enfant en bon état.

Nos	INITIALES	BASSIN DIAM. PR.-S.-PUB.	ANTÉCÉDENTS	AGE DE LA GROSSESSE	PLACEMENT DU BALLON TARNIER	APPARITION DES PREMIÈRES DOULEURS	EXPULS DU BAL
81	G.	10c	Primipare.	8 mois 1/2.	Ballon Tarnier, 5 mai 10 h. mat. Bon Champetier 5 mai 5 h. soir.	5 mai, midi 1/2.	Ballon T 5 h. s Bon Chan 6 mai m
82	M.	Rétréci.	2 accouch. provoqués.	8 mois 1/2.	Bon Champetier, 5 mai 10 1/2 m.	Midi.	6 mai 4
83	G.	Oblique ovalaire.	Primipare.	8 mois 1/2.	Ballon Tarnier, 23 mai 10 1/2 m. Bon Champetier, 23 mai 6 h. soir	Midi.	1er 23 4 h. s 2e à 8 h.
84	H.	Cyphotique.	3 accouch. ant. provoqués.	8 mois 1/2.	Bon Champetier, 2 juil. 10 h. 40 m.	Midi 45	4. h 1/2
85	V.	Rétréci.	Primipare.	8 mois 1/2.	1er Bon Tarnier, 2 juillet 9 h. ½ m. 1er Bon Champ., 2 juil. 6 h. 45 s. 2e Bon 6 h. soir. 3 juillet	2 juil. 4 h. s.	1er 2 ju 6 h. 5 2e 3 jui 5 h. 45 3e 3 jui 11 h. s
86	V.	Asymétrique et canaliculé.	Primipare.	8 mois.	Bon Tarnier, 17 juillet 9 h. 55 matin. Bon Champetier, 3 h. soir	Immédiate.	1er 3 h. 2e 19 ju 1 h. 1/2
87	M.	Rétréci.	Primipare.	Près du terme.	Bon Tarnier, 9 août 10 h. mat.	2 h. soir	10 août, 5
88	B.	Rétréci.	1 accouchem. à terme, siège.	Près du terme.	Bon Tarnier, 10 sep. 11 h. ½ m.	?	10 septe 8 h. 1/2
89	M.	Rétréci.	—	Près du terme.	Bon Tarnier, 16 sep. 10 h. m. Bon Champetier 17 sep. 10 h. 45 m.	17 septemb. 10 h. matin.	1er 16 s 9 h. 1/2 2e 17 sept 2 h. 25 s
90	A.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois 1/2.	Bon Champetier, 17 oct. 10 h. 20 m.	10 h. matin.	7 h. so
91	C.	Cyphotique.	Primipare.	8 mois 1/2.	Bon Tarnier, 7 oct. 10 h. mat. Bon Champetier, 5 h. 20 soir.	7 octobre 2 h. 25 soir.	1er à 5 h 2e 8 oct 3 h. 1/2
92	B.	Rétréci.	Primipare.	Près du terme.	Bon Tarnier, 31 oct. 10 h. 45 m. Bon Champetier, 6 h 1/2 soir.	4 h. soir.	1er à m 2e 11 h.
93	G.	Rétréci.	Primipare.	Près du terme.	Bon Tarnier, 10 nov. 10 h. m. Bon Champetier, 10 nov. 7 h. ½ m.	—	1er 11 n 7 h. n 2e 11 nov 10 h. 50

RUPTURE MEMBRANES	DILATATION COMPLÈTE	TERMINAISON	ÉTAT DES ENFANTS AU MOMENT DE LA NAISSANCE	SUITES DE COUCHES	DATE DE LA SORTIE ; ÉTAT DE L'ENFANT
rtificielle, 1 h. matin.	—	Forceps, 6 mai 4 h. 25 m.	Enfant mort pend. le travail. 3310 gr.	Physiolog.	21 mai.
rtificielle, i 4 h. 45 m.	6 mai 4 h. mat.	Version, 6 mai 4 h. 50 m.	Enfant vivant. 2800 g.	Physiolog.	4 juin. Enf. mort le 10e jour.
?	23 mai 10 h. 1/2 s.	Basiotripsie, 23 mai 10 h. 1/2 s.	Enfant pesant 2880 gr. sans subst. cérébrale	Physiolog.	8 juin.
h. soir.	4 h. 25 soir.	Spontanée, 5 h. 20 soir.	Enfant vivant. 2700 gr.	Physiolog.	19 juillet. Enf. en bon état.
ntroduisant e ballon ampetier	4 juillet, 8 h. 45 matin.	Spontanée, 4 juillet 9 h. 45 matin. Délivrance artificielle.	Enfant vivant. 2850 gr.	Patholog.	Morte le 12 juillet de septicémie.
rtificielle, 19 juillet 1/2 matin	19 juillet, 2 h. 1/2 matin.	Forceps, 19 juillet 3 h. matin.	Enfant vivant. 1930 gr.	Physiolog.	5 août. Enfant en bon état.
ontanée, 10 août . 1/2 soir	11 août, à 11 h. matin.	Forceps, 11 août 11 h. 20 matin.	Enfant vivant. 2850 gr.	Physiolog.	23 août. Enfant en bon état.
ontanée, septembre 10 matin	11 septembre, 3 h. 1/2 matin.	Spontanée, 11 septembre 6 h. 1/2 matin.	Enfant vivant. 2870 gr.	Physiolog.	28 septembre. Enfant en bon état.
?	17 septembre, 2 h. 1/2 soir.	Spontanée, 17 septembre 2 h. 55 soir.	Enfant vivant. 2310 gr.	Physiolog.	1er octobre. Enfant en bon état.
?	7 h. soir.	Spontanée, 8 h. 35 soir.	Enfant vivant. 2920 gr.	Physiolog.	30 octobre Enfant en bon état.
tificielle, octobre 1/2 matin.	8 octobre, 3 h. 1/2 matin.	Spontanée, 8 octobre 4 h. 10 matin.	Enfant vivant. 2400 gr.	Physiolog.	19 octobre. Enfant en bon état.
?	?	Version, 11 h. 45 soir.	Enfant vivant. 2790 gr.	Physiolog.	13 novembre. Enfant en bon état.
tificielle, ov. 10 h. 50	?	Spontanée, le 11 novembre à 11 h. 20 matin	Enfant vivant. 3020 gr.	Lymphan-gite du sein	23 novembre. Enfant en bon état.

Nos	INITIALES	BASSIN DIAM. PR.-S.-PUB.	ANTÉCÉDENTS	AGE DE LA GROSSESSE	PLACEMENT DU BALLON TARNIER	APPARITION DES PREMIÈRES DOULEURS	EXPULS DU BAL
94	H.	10c 5	2 accouchem. à terme. 2 forceps.	8 mois 1/2.	Bon Champetier, 17 nov. 9 h. 40 m.	2 h. ¼ soir.	7 h. s
95	L	Vicié par cal. multipl.	1er accouchem. spontané à terme après 6 jours de travail. Enfant mort. 2e basiotripsie. 3e accouchem. prov. à 7 m. Enfant mort. 4e basiotripsie.	—	Bon Tarnier, 20 nov. 8 h. s. Bon Champetier, 21 nov. 6 h. ¼ m.	21 novemb. 6 h. matin.	1er 20 r 11 h. s 2e 21 no 10 h. m
96	P.	Asymétrique.	Primipare.	Près du terme.	Bon Tarnier, 21 nov. 9 h. 55 m. Bon Champetier, 22 nov. midi.	22 novemb. 2 h. soir.	1er 22 no 2e 23 no 10 h. 10
97	C.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois 1/2.	Bon Tarnier, 24 nov. 10 h. 25 m. Bon Champetier 1 h. 30 soir.	Immédiate.	1er 24 no 2e 7 h. 1
98	D.	9c 2	Primipare.	Près du terme.	Bon Champetier, 5 déc. 10 h. m.	?	5 déc. 4
99	V.	Rétréci dans tous ses diamèt.	Primipare.	8 mois.	Bon Tarnier, 22 déc. 10 h m. Bon Champetier 22 déc. 9 h. ¾ s.	22 décemb. 11 h. matin.	1er 22 déc 9 h. 1/2 2e 23 déc 4 h. 10 m
100	J. B.	10c 2	1 accouch. ant. provoq. à 8 m. Enfant vivant.	—	Bon Champetier, 9 janvier 11 m.	Immédiate.	—

RUPTURE MEMBRANES	DILATATION COMPLÈTE	TERMINAISON	ÉTAT DES ENFANTS AU MOMENT DE LA NAISSANCE	SUITES DE COUCHES	DATE DE LA SORTIE ; ÉTAT DE L'ENFANT
rtificielle, h. soir.	7 h. soir.	Basiotripsie, après trois applications de forceps.	Enfant pesant 2530 gr., sans substance cérébrale.	Physiolog.	27 novembre.
novembre, . 15 matin.	21 novembre, 10 h. matin.	Basiotripsie, 10 h. 1/2 matin.	Enfant pesant 2830 gr., sans substance cérébrale.	Physiolog.	6 décembre.
tificielle, novembre, . 25 matin.	23 novembre, 10 h. 1/2.	Version, après trois applications de forceps.	Enfant mort pend. le travail. 4200 gr.	Physiolog.	7 décembre.
h. 1/2 soir.	7 h. 1/2 soir.	Forceps, 7 h. 1/2.	Enfant vivant. 2930 gr.	Physiolog.	6 décembre. Enfant en bon état.
tificielle, écembre, . matin.	4 h. soir.	Forceps, 4 h. 45.	Enfant vivant. 2860 gr.	Physiolog.	22 décembre. Enfant en bon état
., 4 h. 15 m.	23 déc., 4 h. 10	Forceps, 4 h. 15.	Enfant mort, quelques heures après, pesant 2965 gr.	Physiolog.	4 janvier 1891.
?	9 janvier, 6 h. 1/2 soir.	Version.	Enfant vivant. 2470 gr.	Physiolog.	Enfant parti en nourrice, le 18 janvier.

De 1883 à 1891, le nombre d'accouchements spontanés, effectués dans les deux services, a été de 14,505.

La proportion des accouchements provoqués est donc de 1 sur 150 accouchements spontanés environ.

Cette proportion est considérable et nullement en rapport avec la pratique ordinaire. Elle s'explique par les raisons suivantes :

Non seulement le rachitisme, comme on le sait, est plus fréquent dans les grandes villes, et surtout à Paris, que dans les campagnes, mais les femmes, mal conformées et le sachant, viennent très souvent spontanément dans nos services ou y sont adressées par des médecins ou des sages-femmes. De plus, chaque Maternité a sa clientèle, et j'ai des clientes hospitalières chez lesquelles j'ai déjà provoqué l'accouchement trois et quatre fois.

Enfin, il faut bien le reconnaître, les femmes se font examiner pendant la grossesse plus qu'autrefois, heureusement; et d'un autre côté, nous pratiquons à l'heure actuelle l'accouchement provoqué dans bien des cas où on ne le pratiquait pas il y a quelques années.

Je ne suis pas le seul à avoir cette tendance, car si je consulte la statistique de Léopold, publiée par Ludwig Korn, en 1888 (1), je vois que, de 1883 à 1887, sur 5,875 accouchements, l'accouchement fut provoqué 45 fois chez 38 femmes, ce qui donne la proportion de 1 accouchement provoqué sur 131 accouchements spontanés, proportion par conséquent encore supérieure à la mienne.

Tableau récapitulatif des observations précédentes.

Accouchements provoqués	100
Femmes sorties bien portantes	99
Femme morte	1
Enfants vivants au moment de la naissance	83
Enfants morts pendant le travail	17
Enfants morts avant leur sortie du service	16
Enfants sortis bien portants	67

(1) *Beitrag zur Lehre von der künstlichen Frühgeburt.*

Des 16 enfants qui moururent avant leur sortie du service :

9 moururent	le	1er jour.
2 moururent	le	3e »
2 moururent	le	4e »
1 mourut	le	10e »
1 mourut	le	11e »
1 mourut	le	17e »

Il ressort de ces chiffres que les femmes, chez lesquelles on provoque l'accouchement, ne courent guère plus de dangers que celles qui accouchent spontanément. 84 accouchements furent successivement provoqués sans causer un seul décès.

J'ai eu 1 décès sur 100, cela est vrai (le 85e), mais il est facilement explicable et nullement dû aux interventions nécessitées par la provocation de l'accouchement. Cette femme, qui est morte de septicémie, avait été, malgré mes recommandations, examinée par sept élèves, dont deux étrangers au service. Le placenta était adhérent, et on fut obligé de pratiquer une délivrance artificielle. Or, l'autopsie démontra l'absence de toute lésion des organes et de toute rétention placentaire. Cette femme fut infectée par des touchers.

On voit par là, combien une surveillance incessante est nécessaire, indispensable, dans les services d'enseignement et plus encore, comme je le dirai plus loin, quand il s'agit de femmes chez lesquelles on a provoqué l'accouchement.

Cette bénignité du pronostic, relativement aux mères, se retrouve du reste dans toutes les statistiques recueillies depuis l'emploi des antiseptiques.

Ainsi, dans la statistique de C. Braun, publiée par son fils Eg. von Braun Fernwald en 1888 (1), je relève les chiffres suivants sur 54 accouchements provoqués :

Mortalité maternelle, 0 pour 0/0.

La statistique de Léopold donne : Mortalité maternelle, 2,2 p. 100. Celle d'Ahlfeld (2) nous apprend que sur 111 fem-

(1) *Der Kaiserschnitt*, etc., Vienne, 1888.

(2) AHLFELD. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 30, p. 529, et *Annales de Gynécologie*, oct. 1890, t. XXXIV, p. 317.

mes, chez lesquelles on provoqua l'accouchement pour rétrécissement du bassin, une seule mourut des suites directes de l'accouchement. Il en est de même de la morbidité. J'ai même remarqué, et fait souvent remarquer aux élèves, que les suites de couches étaient plus franchement physiologiques à la suite de l'accouchement provoqué qu'à la suite de l'accouchement spontané. La raison en est que l'asepsie et l'antisepsie sont plus rigoureusement mises en usage.

C'est ce qui explique comment, en plus de la femme qui a succombé, j'ai eu trois autres femmes seulement ayant eu des suites de couches pathologiques. Toutes les autres ont eu des suites de couches normales. La morbidité plus accusée dans les statistiques de Léopold et d'Ahlfeld tient, selon moi, aux procédés employés. Je reviendrai du reste sur ce point.

Quant aux enfants, ma statistique me donne 83 enfants nés vivants.

67 enfants ayant quitté le service bien portants.

En définitive, 67 enfants vivants ; 33 enfants morts.

Les résultats de C. Braun, sont 63,8 enfants pour 100 extraits vivants ; ceux d'Ahlfeld, 60 pour 100 d'enfants vivants au moment du départ de la mère.

Ceux de Léopold, 66,6 pour 100 d'enfants vivants au moment du départ de la mère.

Je ferai remarquer de suite que, dans sa statistique, Léopold ne compte pas 2 cas dans lesquels il pratiqua la basiotripsie, n'ayant aucun espoir d'obtenir un enfant vivant par les voies naturelles.

Si j'avais envisagé les choses de cette façon, j'aurais dû retrancher de ma statistique 8 cas, dans lesquels je provoquai l'accouchement, sans avoir jamais caressé l'espoir d'obtenir un enfant vivant. Ces femmes s'étaient présentées trop tardivement à mon examen, ou étaient affectées de viciations pelviennes tellement prononcées, qu'aucune espérance d'obtenir un enfant viable ne pouvait venir à l'esprit. Je provoquai l'accouchement dans ces cas, simplement pour obtenir une extraction plus facile, mais une extraction d'un enfant mutilé.

Si maintenant, je serre de plus près ma statistique, et si j'examine les résultats fournis par les différentes terminaisons de l'accouchement, j'obtiens les chiffres ci-dessous :

Présent. du sommet (accouchem. spontanés).	50	44	enf. vivants,	6	enf. morts.
Extraction du siège	6	2	—	4	—
Versions	14	8	—	6	—
Forceps	21	14	—	7	—
Basiotripsie	9		—	9	—

De ces chiffres, il résulte : 1° Que dans tout accouchement provoqué, on doit s'efforcer d'obtenir une présentation du sommet et un accouchement spontané ;

2° Que la présentation du siège est désastreuse.

J'insiste sur ce point, car les résultats obtenus dans la présentation du siège, par d'autres accoucheurs, sont sensiblement les mêmes que les miens. Ainsi, dans la statistique de Léopold on trouve les chiffres suivants :

Extraction du siège	10
Enfants vivants	3
Enfants mort-nés	6
Enfant mort le 8e jour	1

Si l'on ajoute les chiffres de Léopold aux miens, on a, sur 16 extractions du siège, 11 enfants morts !

Fait bien intéressant à constater, et que je me contente de vous signaler pour l'instant, c'est que les résultats fournis par la version et le forceps sont meilleurs que ceux obtenus dans la présentation du siège.

Ma statistique me donne :

Versions : 14, dont 8 enfants vivants et 6 morts.

Forceps : 21, dont 14 enfants vivants et 7 enfants morts.

Léopold a obtenu :

Versions : 10, dont 9 enfants vivants et un mort-né.

Forceps : 5, dont 5 vivants.

Si ces chiffres sont insuffisants pour trancher la question, encore pendante, de la supériorité du forceps ou de la version dans les rétrécissements du bassin, ils sont dans tous les cas

encourageants pour ceux qui (et je suis du nombre) pensent que, dans les bassins rétrécis et avant terme, les applications de forceps donnent de meilleurs résultats que la version.

Si maintenant, j'étudie les résultats obtenus suivant les procédés employés pour provoquer l'accouchement, je constate les résultats ci-dessous :

	BALLON TARNIER	BALLON TARNIER ET CHAMPETIER	BALLON CHAMPETIER	TARNIER ET BARNES	TARNIER ET SONDE	GARIEL
	28 cas. 20 enf. viv. 8 m.	23 cas. 16 enf. viv. 7 m.	40 cas. 26 viv. 14 m.	5 cas. 2 v. 3 m.	3 cas 3 viv.	1 cas 1 mort
Spontanés. .	20 : 15 viv. 5 m.	10 viv.	15 : 14 viv. 1 m.	2 viv.		
Siège	....	....	6 : 2 viv. 4 m.	.....	3 viv.	
Version	1 mort.	5 : 3 viv. 2 m.	7 : 5 viv. 2 m.	.....	.....	1 mort
Forceps	5 viv.	6 : 3 viv. 3 m.	9 : 5 viv. 4 m.	1 mort.		
Basiotripsie	2	2	3	2		
Durée du temps écoulé depuis la provocation jusqu'à l'accouchement.	6 de 12 à 24 h. 10 de 24 à 48. 9 de 48 à 60. 2 de 60 à 72. 1 plus de 4 jrs.	11 de 12 à 24 h. 6 de 24 à 36 6 de 36 à 48	23 de 6 à 12 h. 7 de 12 à 24. 10 de 24 à 48.	1 pl. de 4 j. 2 de 4 j. 1 de 2 j. 1 de 13 h.	1 de 2 j. 1 de 24 h. 1 de 20 h.	

Au point de vue du temps écoulé, aucune discussion n'est possible, c'est le ballon Champetier qui donne les résultats les plus rapides.

Non seulement il ne s'est jamais montré impuissant, mais encore, le laps de temps écoulé, depuis son introduction jusqu'à la terminaison de l'accouchement, n'a jamais dépassé 48 heures. Obtient-on de semblables résultats avec les autres procédés ? Toutes les statistiques démontrent le contraire.

Ahlfeld qui a généralement recours au procédé de Krause, à l'introduction d'une bougie flexible, dit que très fréquemment le procédé de Krause provoqua le travail, mais les contractions restèrent très lentes; on eut alors recours à des méthodes de renfort pour ainsi dire : décollement du pôle inférieur de l'œuf, ballon Tarnier, rupture des membranes, etc., etc.

La statistique de Léopold montre que si le temps écoulé entre l'introduction de la bougie et l'accouchement est très variable, il n'en est pas moins le plus souvent très long. Les deux extrêmes ont été de 7 heures 45 jusqu'à 214 heures 35 minutes !

En moyenne, 80 heures 18 minutes.

Dans onze cas où l'introduction de la sonde avait provoqué la rupture des membranes, la moyenne ne fut que de 49h,53. Je le répète, sur ce point, l'emploi du ballon Champetier donne des résultats meilleurs que l'emploi de tous les autres moyens généralement usités.

Son emploi est-il dangereux, ainsi que l'ont dit surtout les accoucheurs qui ne le connaissent pas ou ne l'ont pas employé?

Voyons d'abord pour les mères.

On voit par mes observations qu'il a été appliqué 63 fois; c'est là un chiffre respectable, je pense.

A-t-il provoqué une seule fois une hémorrhagie grave ? jamais. J'ajoute même que si un décollement du placenta résultant de son introduction se produisait, le remède serait, par le gonflement du ballon, immédiatement opposé au mal. Vous vous rappelez, à ce propos, que chez une femme qui avait une insertion vicieuse du placenta, craignant le décollement direct du placenta par le fœtus, je n'ai pas hésité à introduire le ballon Champetier, et cela avec un plein succès. Je suis même convaincu que c'est là le meilleur tampon, et qui détrônera l'ancien dans la thérapeutique de l'hémorrhagie causée par insertion vicieuse du placenta.

J'ai introduit successivement le ballon Tarnier et le ballon Champetier chez la femme qui est morte. Dira-t-on que c'est le ballon Champetier qui est cause de la mort ? Après les explications que j'ai données concernant ce cas, les personnes qui le diront seront de mauvaise foi, et il n'y a pas lieu de s'en préoccuper.

Les suites de couches ont-elles été pathologiques plus souvent qu'avec les autres procédés ? Mes observations sont là comme démonstration. Il suffit de lire les statistiques d'Ahlfeld et de

Léopold, pour être convaincu que la sonde produit bien plus souvent de l'infection.

Je me résume donc en disant que l'emploi du ballon Champetier n'est pas dangereux pour la mère. En est-il de même pour l'enfant?

La rupture des membranes s'observe assez souvent, a-t-on dit. Cela est vrai, mais pas plus souvent qu'avec les autres procédés. Quand cet incident se produit, le ballon Champetier possède sur tous les autres moyens, la supériorité d'empêcher l'écoulement complet du liquide amniotique.

Il déplace le pôle fœtal qui tend à s'engager. Cela est parfaitement exact, et c'est un reproche qu'on peut légitimement lui adresser.

Mais ce défaut n'est point irrémédiable ; seulement, il exige de la part de ceux qui surveillent l'accouchement des soins constants et attentifs.

C'est-à-dire que l'on doit faire tous ses efforts, dès que le ballon s'engage, pénètre et descend dans l'excavation, pour que la tête le suive.

La version par manœuvres externes est pour moi le complément dans bien des cas de l'emploi du ballon, puisque nous savons, ainsi que je vous le démontrais par des chiffres, tout à l'heure, que l'idéal dans l'accouchement provoqué est d'obtenir une présentation du sommet et un accouchement spontané.

C'est en m'efforçant d'agir ainsi, dans la plupart des 63 cas où le ballon a été employé, que j'ai obtenu les résultats suivants :

Emploi du ballon Champetier : 63 cas.
Enfants vivants : 42 —

Cette proportion n'est pas celle qu'on peut et qu'on doit obtenir, j'en ai la conviction. D'une part, j'ai pratiqué 4 fois la basiotripsie, ayant introduit le ballon sans aucun espoir d'obtenir un enfant vivant. D'autre part, dans plusieurs cas, volontairement, la version pelvienne a été pratiquée par manœuvres externes ;

or, nous savons à l'heure actuelle les résultats que donne la présentation du siège.

Il est une autre question que je désire exposer, c'est la suivante :

Quelle est la limite du rétrécissement au-dessous de laquelle on ne peut avoir l'espoir légitime d'obtenir un enfant vivant et viable ?

Mon tableau n'est guère explicite à ce sujet, direz-vous ?

Je reconnais que le degré du rétrécissement n'est pas souvent indiqué ; je pourrais dire, n'est pas assez souvent indiqué. Mais, je vous avoue que ma statistique n'est pas, au point de vue de la vérité, bien inférieure à celles où le diamètre promonto-pubien minimum est indiqué en millimètres. La mensuration du diamètre promonto-pubien minimum n'est pas toujours facile, la déduction que l'on est obligé de faire pour obtenir le diamètre promonto-pubien minimum est bien souvent trompeuse.

Aussi, aujourd'hui, je me préoccupe de ces deux points surtout :

1° *Savoir si la tête bien appliquée au niveau de l'aire du détroit supérieur déborde ou ne déborde pas.*

2° *Savoir si le diamètre promonto-sous-pubien mesure au moins* 9 *centimètres.*

Quand le diamètre promonto-sous-pubien mesure moins de 9 centimètres, en provoquant l'accouchement je sais que l'enfant, s'il est viable, n'a guère de chance pour traverser vivant la filière pelvienne.

J'ai eu 3 enfants vivants et viables, dans des bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien mesurait : l'un 8,8 et l'autre 8,5.

J'en ai même extrait un, à l'aide du forceps, dans un bassin mesurant moins encore, comme je vous l'ai dit déjà, mais ce sont là des exceptions.

Je crois être dans le vrai en vous disant : pour provoquer l'accouchement, avec le légitime espoir d'obtenir un enfant vivant et viable, il faut d'abord que ces deux conditions soient réunies : *grossesse de sept mois au moins, bassin ayant un diamètre promonto-sous-pubien de* 9 *centimètres.*

Je ne m'appuie pas seulement sur ma pratique, sur mon expérience, pour vous parler ainsi, mais aussi sur celles d'accoucheurs autorisés.

Ahlfeld n'a pas obtenu un enfant vivant sur 10, dans des bassins dont le diamètre promonto-pubien minimum mesurait moins de 7 centimètres.

Léopold a obtenu, dans des bassins mesurant de 7,4 à 6,5, sur 5 cas, 1 enfant vivant et 4 morts.

Mon collègue de Liège, le professeur Charles, dans une série d'articles remarquables, publiés dans le journal d'accouchements de Liège, arrive au même résultat et fixe la limite à 7,5.

Heureusement, les bassins mesurant moins de 9 centimètres de diamètre promonto-pubien sont rares, plus rares qu'on ne le croit généralement, et j'ajouterai plus rares qu'autrefois. En effet, c'est là une remarque faite depuis quelques années par mon maître, M. Tarnier; « on ne voit plus, me disait-il, autant de rétrécissements extrêmes qu'autrefois ». Les progrès de l'hygiène atténuent, amoindrissent les viciations pelviennes. Espérons qu'ils les feront disparaître complètement.

Mais nous n'en sommes pas encore là; et en attendant, efforçons-nous de faire pour le mieux, quand nous nous trouvons en face d'un bassin rétréci.

Nous connaissons déjà les indications générales, les procédés d'exploration qui doivent nous guider. Ces indications existent, les conditions ci-dessus énoncées sont remplies, que devez-vous rechercher alors ?

Vous devez alors faire tous vos efforts pour que : 1° *par des moyens exempts de violence, vous obteniez un travail régulier, une dilatation aussi normale, j'allais dire aussi physiologique que dans un accouchement naturel;* 2° *que le passage de l'enfant à travers la filière pelvienne soit aussi rapide que possible.*

Pour atteindre le premier but : faire naître le travail et obtenir un travail régulier, physiologique, je ne connais à l'heure actuelle que l'emploi du ballon Tarnier et du ballon Champetier.

Chez les primipares, l'introduction du ballon Tarnier se fait toujours sans violence, et je commence par lui. L'introduction du ballon Champetier chez les primipares, nécessite le plus souvent l'anesthésie, et je ne considère pas cette manière de faire comme une bonne chose.

Quand le ballon Tarnier, ayant fait naître le travail, est expulsé, j'introduis alors immédiatement le ballon Champetier, et cette introduction est aussi facile que peu douloureuse.

Chez les multipares, à canal cervical facilement dilatable, j'introduis d'emblée le ballon Champetier. Si le canal cervical n'est pas perméable, je procède comme chez les primipares.

Dès que le ballon Champetier est introduit, je dirai qu'on ne doit plus quitter la parturiente. Il peut arriver que le ballon soit trop rempli, et les contractions s'arrêtent : ou parce que le ballon n'appuie plus exactement sur tous les points du segment inférieur, ou parce que la tension de l'utérus devient trop considérable ; il faut retirer alors une certaine quantité de liquide qu'on réinjectera quand la dilatation s'effectuera. Quand la dilatation est complète, il faut faire, comme je l'ai déjà dit, et comme je le répète, tout le possible pour ramener la tête en bas et lui faire suivre le ballon.

Le ballon étant expulsé, il faut surveiller les progrès de l'engagement ; si c'est le sommet, et si, après une demi-heure, la tête ne s'engage pas, faites une application de forceps. Ne laissez pas l'enfant souffrir, laissez-lui toute la force, toute la vitalité indispensable pour supporter le traumatisme nécessité par son extraction. Si vous attendez, d'une part, les lèvres de l'orifice reviendraient sur elles-mêmes, s'œdématieraient et augmenteraient la viciation pelvienne ; de plus, l'enfant serait atteint dans sa vitalité, et bien que faisant une application de forceps sur un enfant vivant, vous n'arriveriez à extraire bien souvent qu'un enfant mort.

Si l'enfant se présente par le siège, procédez de suite à l'extraction. Vous savez que toutes les parties molles utérines, vaginales et vulvaires, ont été dilatées par le ballon et dilatées d'une façon

suffisante pour n'apporter aucun obstacle au passage du fœtus : donc, faites tous vos efforts pour que l'enfant traverse aussi rapidement que possible le bassin. Il meurt, comme nous l'avons vu, très souvent, parce que, ayant moins de place que dans un bassin normal, le tassement des parties molles produit, pour ainsi dire fatalement, la compression du cordon, sans qu'il y ait procidence.

Je n'ai pas besoin de vous dire que tout en étant rapide, cette extraction devra toujours être scientifique. Et à ce propos, je puis vous dire que nous ne trouvons pas de meilleur guide pour nous conduire, dans ces circonstances, que dans le beau livre que viennent de faire paraître le prof. Farabeuf et le Dr Varnier, et qui est intitulé *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements*.

Si l'enfant se présente par l'épaule, ou si la tête reste très élevée et mobile, et que vous ayez recours à la version, faites évoluer lentement l'enfant, opérez encore suivant les préceptes que vous trouverez dans le livre que je viens de vous recommander, et surtout procédez rapidement à l'extraction, et alors, vous vous trouverez dans les conditions que je vous signalais à propos de la présentation du siège.

C'est en opérant ainsi, que l'accouchement provoqué donnera le maximum de ce qu'il peut donner, c'est-à-dire, le succès complet dans la pluralité des cas.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE (1)

A l'heure actuelle, lorsque nous nous trouvons en présence d'une femme en travail ayant un rétrécissement du bassin, et que nous avons constaté, soit par le seul palper mensurateur, soit après l'emploi infructueux du forceps, l'impossibilité de l'expulsion ou de l'extraction du fœtus par les voies naturelles, nous sommes réduits à choisir, pour délivrer cette femme, entre les deux moyens suivants : ou broyer la tête et terminer l'accouchement par les voies naturelles, ou pratiquer l'opération césarienne.

Quand l'enfant est mort, la situation est nette. L'indication de broiement est formelle, acceptée par tous, et, grâce au basiotribe, ce merveilleux instrument dont nous sommes redevables à M. Tarnier, l'embryotomie céphalique se fait avec autant de facilité que de sécurité. Tous ceux qui ont manié ou vu manier le basiotribe, m'accorderont que la basiotripsie est une opération souvent plus facile qu'une application de forceps régulière au détroit supérieur, et que le pronostic pour la mère en est tout aussi favorable. Les résultats que j'ai publiés en 1887 (2), ceux que j'ai pu enregistrer depuis cette époque, ne me laissent aucun doute à ce sujet.

Notre situation est tout autre quand l'enfant est vivant. Le broiement est discutable, et très discuté par les partisans de l'opération césarienne. Tandis que, s'appuyant sur les résultats de la basiotripsie, les accoucheurs français, à peu d'exceptions près, sacrifient l'enfant dans tous les cas pour sauver la mère, un

(1) Leçon faite le 7 décembre 1891. *Ann. de Gyn.*, 1892, t. XXXVII, p. 81.
(2) *Union médicale*, 1887, p. 157 et 170.

grand nombre d'accoucheurs étrangers se prononcent pour l'opération césarienne, lorsque *la situation n'a pas été compromise* par des tentatives d'extraction par les voies naturelles.

Quels sont les résultats de ces différentes manières d'agir ?

Sur 50 femmes saines, chez lesquelles on pratique la basiotripsie, l'enfant étant vivant, nous avons :

Femmes guéries	50
Enfants sacrifiés	50

Sur 28 femmes saines, chez lesquelles on pratique l'opération césarienne, nous avons, d'après la statistique la plus favorable, celle de Léopold (jusqu'en 1890) :

Femmes guéries	25	Mortes	3
Enfants sauvés	28		

Ainsi, aujourd'hui encore, malgré les progrès considérables réalisés depuis quinze ans, en présence du cas que je vous ai signalé au début de cet entretien, nous sommes réduits soit à pratiquer une opération qui sauve la mère aussi sûrement qu'elle tue l'enfant, soit à pratiquer une opération qui sauve l'enfant en compromettant la vie de la mère.

Resterons-nous toujours en face de cette cruelle alternative ? Serons-nous, longtemps encore, condamnés à ce supplice, qu'il faut avoir enduré pour savoir ce qu'il est, de tuer des enfants bien portants ou de faire courir à la mère les dangers encore redoutables de l'opération césarienne ?

J'espère que non, Messieurs; je crois que cette fatalité peut disparaître grâce à une opération, la Symphyséotomie, imaginée en 1768 par un de nos compatriotes, étudiant en chirurgie, Sigault, qui la pratiqua pour la première fois, et avec succès, en 1777, sur la femme d'un soldat du guet nommé Souchot.

Cela vous étonne, je le comprends ; et vous vous demandez sans doute pourquoi je fonde aujourd'hui de si grandes espérances sur le réveil d'une opération que certains d'entre vous savent délaissée depuis si longtemps, et dont les autres ignorent presque le nom.

C'est, Messieurs, ce que je désire vous exposer aujourd'hui.

Bien que je ne veuille ni ne puisse vous faire ici l'historique complet de la section de la symphyse du pubis, il m'est impossible de ne pas vous en rappeler les grands traits, car c'est seulement ainsi que j'espère vous faire comprendre les causes de la grandeur, de la décadence et de la résurrection de cette opération.

Ainsi que je vous le disais, il y a un instant, c'est à Sigault que revient le mérite de la conception et de l'application de la symphyséotomie, et nullement, comme on a cherché à l'insinuer, à Séverin Pineau.

Mal accueillie dès le début (1768), par l'Académie de chirurgie, mais pratiquée, avec succès, par son auteur en 1777, l'opération nouvelle eut bientôt un immense retentissement et provoqua un enthousiasme extraordinaire. La Faculté de médecine ne crut pas trop récompenser, en faisant graver une médaille en son honneur, Sigault qui fut considéré par bien des gens comme un bienfaiteur de l'humanité. Comme toujours, quand on préconise une opération nouvelle, les cas prétendus justiciables de la symphyséotomie se multiplièrent à l'envi à Paris, dans les provinces et à l'étranger. Mais bientôt, une réaction se produisit, et l'on put assister à une lutte ardente entre les symphysiens et les césariens, lutte à laquelle prirent part les accoucheurs de tous les pays.

Parmi les adversaires acharnés de la symphyséotomie, j'ai le regret d'être obligé de vous citer, en première ligne, Baudelocque. Ayant, en 1776, soutenu une thèse dans laquelle il se prononçait contre l'opération de Sigault, il ne voulut jamais revenir sur ce premier jugement. Peut-être est-ce la cause de sa persistance dans ce que je considère, moi, comme une erreur. Quoi qu'il en soit, Baudelocque, qui avait cependant fait de nombreuses expériences cadavériques et des remarques très judicieuses, en vint à dire, en résumé, que quand les femmes opérées de symphyséotomie mouraient, c'était incontestablement l'opération seule qu'il fallait incriminer ; qu'on trouvait à l'autopsie des lésions aussi nombreuses qu'effroyables, telles qu'un médecin,

ce pauvre M. de Mathiis, assistant à l'autopsie d'une de ses opérées, « à la vue de tant de désordres fut tellement ému qu'il s'en trouva mal et tomba en syncope ». Quant aux femmes guéries, peut-être quelques-unes, dit Baudelocque, n'ont-elles pas été opérées ; et pour celles chez qui il ne peut nier l'opération, il affirme qu'elles ont été opérées inutilement. L'accouchement aurait eu lieu spontanément, comme en témoignent les signes d'immaturité des enfants.

Bref, l'opération recommandée par Sigault ne peut donner de bons résultats, puisque, d'après ses expériences, Baudelocque affirme que les symphyses sacro-iliaques se déchirent pour un écartement des os pubis de moins de deux pouces et demi, et que, malgré cet écartement, l'augmentation des diamètres antéro-postérieurs est insuffisante pour laisser passer l'enfant.

L'anathème de Baudelocque fut répété par M^me^ Lachapelle. Aussi, bien qu'Antoine Dubois eût opéré pour la deuxième fois avec succès la femme Delaplace, et malgré le judicieux plaidoyer de Gardien en faveur de la symphyséotomie, cette opération ne tarda pas à disparaître de la pratique des accoucheurs français. P. Dubois et Désormeaux la condamnent à peu près. Si Velpeau, Jacquemier, Cazeaux ne la repoussent pas absolument et pensent même qu'elle peut avoir des indications dans quelques cas, ils ne la pratiquent pas. Stoltz, bien qu'il ait imaginé un procédé nouveau de symphyséotomie, lui préfère l'opération césarienne. Il en est de même de M. Tarnier qui, cependant, a écrit dans le texte qui accompagne l'Atlas de Lenoir, M. Sée et Tarnier, « qu'il n'est peut-être pas audacieux ni téméraire de penser que la symphyséotomie sera un jour le complément de l'accouchement prématuré ». J'ajouterai enfin que M. Bouchacourt qui, dans l'article Pubiotomie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, — article très intéressant dont je vous recommande la lecture, — rapporte qu'il a fait avec M. Pollosson des expériences sur ce sujet et se montre favorable à l'opération, surtout en s'appuyant sur les résultats obtenus par l'école de Naples, n'y a jamais eu recours.

En Allemagne, E. G. J. de Siebold a formulé, peu après Baudelocque, cette appréciation sur la symphyséotomie : « Il y a, dit-il, une grande vérité dans le jugement de Baudelocque qui dit que toutes les fois qu'on a sauvé l'enfant on a tué la mère, ou quand on a sauvé la mère on a tué l'enfant. Quand les deux individus ont été sauvés, l'opération n'était pas nécessaire. » Et plus loin, en terminant les considérations sur l'opération, il ajoute : « L'expérience et le temps sont suffisants aujourd'hui pour permettre de porter un jugement définitif. Pour tous ceux qui ne sont pas aveugles, elle ne reste plus qu'une curiosité historique et c'est à elle qu'on peut appliquer ce précieux proverbe : « *Felix quem faciunt aliena pericula cautum !* » (1).

C'est à peine si actuellement, en Allemagne, il est question de la symphyséotomie, même à titre historique. Zweifel écrit, en 1880, que l'idée même en est fausse.

Fehling (2) dit : « Quand la femme ne vient consulter qu'à terme, l'opération césarienne conservatrice (opération de Sänger) si l'enfant est vivant, et la crâniotomie s'il est mort, vaudront beaucoup mieux que la symphyséotomie. Je suis d'accord, sur ce point, avec tous les accoucheurs allemands, anglais et français. »

Winckel (1889) la condamne également. Dans la 4e édition de Fritsch (de Breslau), 1888, il n'est pas question de la symphyséotomie ; et dans la 10e édition du traité de Schröder, revue par Olshausen et J. Veit, le mot n'existe même pas à la table des matières.

Même réprobation de la part des accoucheurs anglais.

En Italie, au contraire, la symphyséotomie qui avait été, dès le début, acclamée comme un bienfait du ciel, prit racine. Elle y fut pratiquée, nombre de fois, depuis le commencement du siècle et, depuis quelques années, presque exclusivement par l'École napolitaine. Les résultats obtenus furent à plusieurs reprises pu-

(1) *Essai d'une histoire de l'obstétricie*, par SIEBOLD, traduite avec additions, figures et appendices par le professeur F.-J. HERRGOTT (Paris, Steinheil, 1893).

(2) MÜLLER. *Handbuch der Geburtshülfe*, 1889.

bliés par le professeur Morisani (Congrès de Londres, *Annales de Gynécologie*, 1881, et *Annali di Ostetricia*, 1886) qui a bien voulu m'envoyer les résultats obtenus, depuis 1880 jusqu'à ce jour, et dont je donnerai connaissance dans quelques instants (1).

J'adresse à ce sujet au Directeur de la Clinique obstétricale de Naples mes plus sincères remerciements.

Je ne m'arrêterai à discuter, pour le moment, ni les causes qui ont fait abandonner et condamner la symphyséotomie par le plus grand nombre des accoucheurs, ni les raisons pour lesquelles l'École obstétricale de Naples affirme que c'est une opération utile, bienfaisante, et appelée à tenir une large place en obstétrique opératoire. Je vous rappellerai seulement que l'avènement de l'antisepsie a rendu possibles et inoffensives une foule d'opérations, jadis graves, sinon toujours mortelles, et que la symphyséotomie paraît être du nombre.

Dans ces nouvelles conditions, l'intérêt du débat réside tout entier dans la solution des questions suivantes :

1° Peut-on, par la symphyséotomie, obtenir, sans lésions graves, un agrandissement notable du bassin ? Quel peut être cet agrandissement ?

2° La symphyséotomie est-elle à la portée de tous les accoucheurs et comment doit-on la pratiquer ?

3° Quelles sont les suites de l'opération, relativement à la consolidation du bassin, à la station debout, à la marche et à des grossesses ultérieures ?

I. — Quant à la première question, les résultats publiés par Baudelocque et par ceux qui, depuis Baudelocque, ont cherché à élucider cette question, paraissent absolument contradictoires.

Pour les uns, la symphyséotomie ne ferait gagner que quelques millimètres aux diamètres antéro-postérieurs. Pour les autres, ces diamètres augmenteraient bien davantage. Mais, ceux-là mêmes qui concèdent cet agrandissement, pensent qu'il ne peut être obtenu sans que les ligaments des symphyses sacro-iliaques

(1) Voyez *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, janvier 1892, t. XXXVII, p. 2.

se déchirent, sans une véritable dislocation du bassin, aux conséquences redoutables. Tâchons d'expliquer ces contradictions, et cherchons la vérité à l'aide des documents anciens et de quelques expériences que j'ai faites avec la collaboration du professeur Farabeuf et de mon chef de clinique, le Dr Varnier.

Sans tirer de conclusions, voyez d'abord cette coupe, faite suivant le plan du détroit supérieur d'un bassin de 10 c. 8, provenant d'une femme morte de néphrite, 9 jours après un accouchement à terme, et que M. Labadie-Lagrave, médecin de la Maternité, et M. Gouget, son interne, ont mis gracieusement à ma disposition (pl. I et II). Moyennant un écartement pubien de 6 centimètres, ce bassin de 10 c. 8 est devenu un bassin de 12 c. 4, c'est-à-dire que le diamètre antéro-postérieur a gagné 14 millimètres. L'articulation sacro-iliaque est béante en avant ; les puissants ligaments postérieurs sont intacts et ne sauraient souffrir de l'écartement des pubis, quelle qu'en soit l'étendue ; le mince ligament antérieur qui, lui, résiste à l'écartement, n'est même pas déchiré, mais simplement décollé de la face antérieure de l'os iliaque. J'enlève l'index de bois qui fixait l'écartement et je referme le bassin (pl. II) ; les surfaces de l'articulation sacro-iliaque se rapprochent, et il faut y regarder de près pour retrouver traces du décollement.

Voyez cette autre coupe qui intéresse aussi bien le chirurgien que l'accoucheur. Elle a été moins heureuse que la précédente ; la scie a notablement dévié sur la gauche du plan du détroit supérieur. Vous pouvez voir, néanmoins, que pour un écartement de 3 centimètres, les ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques ne sont même pas décollés. Pourtant, Messieurs, il s'agit là d'un bassin de vieille femme, morte en dehors de tout état puerpéral.

Ainsi, sur ces deux bassins dont l'un est vicié et l'autre normal, dont l'un appartenait à une femme âgée non puerpérale, et l'autre à une femme morte en couches, vous pouvez faire des constatations presque identiques et vous persuader : 1° que l'agrandissement est possible ; qu'il est notable ; 2° que main-

tenu dans des limites utiles, il se fait sans autre altération du bassin qu'un décollement des ligaments antérieurs des symphyses sacro-iliaques.

Pour vous rendre compte de l'agrandissement des bassins viciés, moyennant un écartement inter-pubien de six centimètres, il vous suffira de regarder les deux figures ci-jointes (fig. 1 et

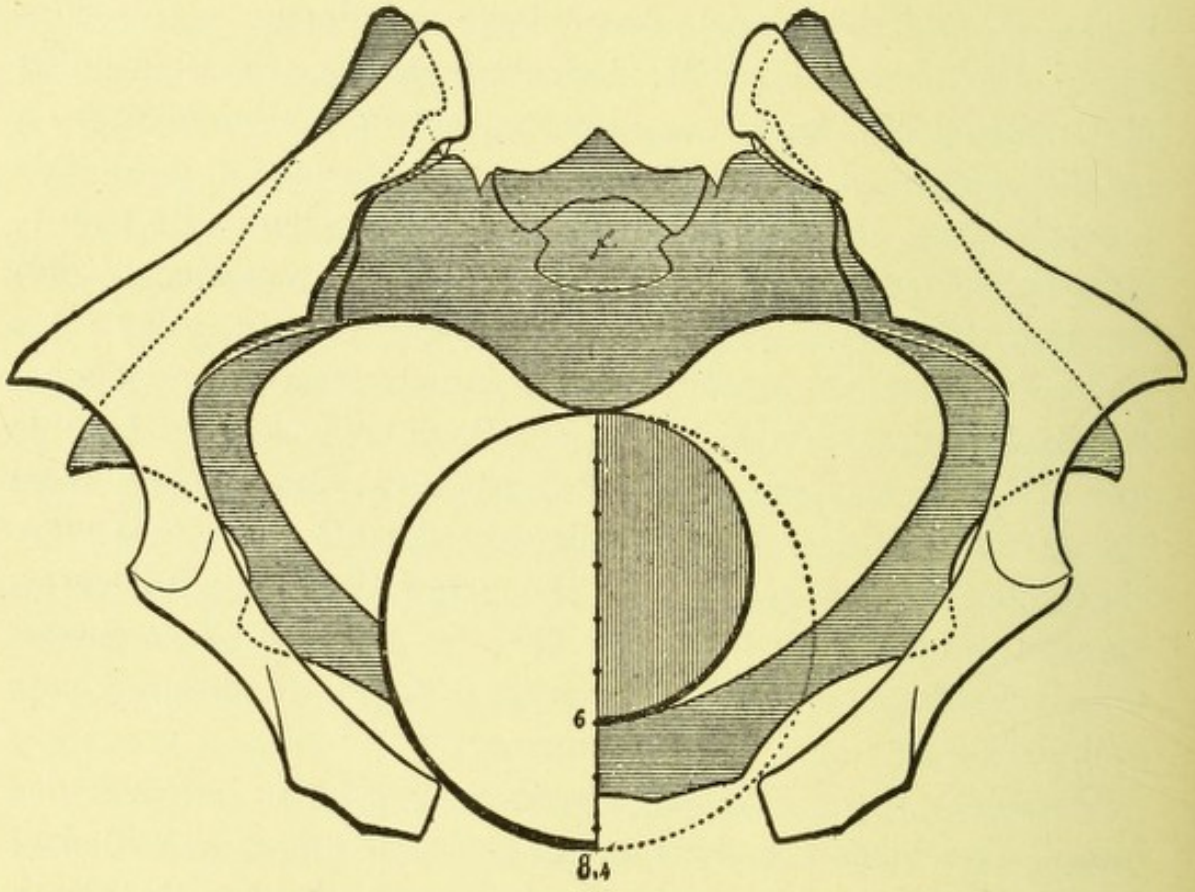


FIG. 1. — Coupe parallèle au plan du détroit supérieur du bassin très rétréci ayant un diamètre promonto-pubien de 6 cent. — représenté gris avant la section de la symphyse et blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette section.

Le diamètre de la sphère blanche, acceptée par le bassin écarté, est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact comme 84 : 60. Le volume de la sphère blanche est au volume de la sphère grise : : 310 : 113, presque le triple!

fig. 2) qui ont été construites par M. Farabeuf, pour schématiser les résultats que nous avons obtenus, et que l'on doit toujours obtenir, mathématiquement. Vous y verrez, ce que Baudelocque avait déjà constaté : un agrandissement d'autant plus considérable que le rétrécissement est plus accusé. Et les

légendes suggestives qui les accompagnent complèteront ma pensée.

Je laisse de côté d'autres points secondaires qui sont à l'étude. Il me suffit, pour l'instant, de vous avoir montré ce que peut

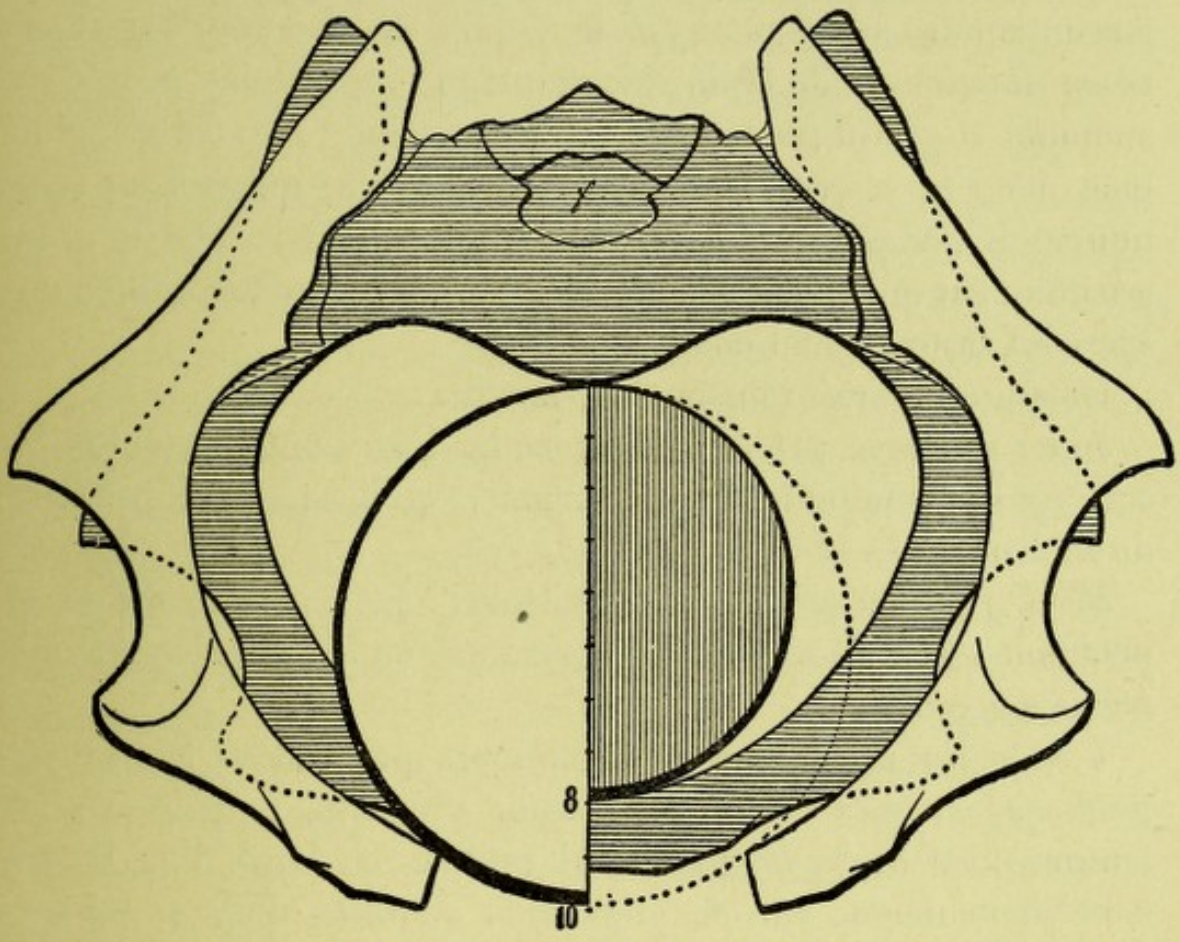


FIG. 2. — Coupe parallèle au détroit supérieur d'un bassin modérément rétréci, ayant un diamètre promonto-pubien de 8 cent. — représenté gris avant la symphyséotomie, blanc après l'écartement de 60 millim. permis par cette opération.

Le diamètre de la sphère blanche, acceptée par le bassin dilaté, est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact, comme 98 : 80. Le volume de la sphère blanche est à celui de la sphère grise : : 488 : 267, presque le double. Autrement : un fœtus de 3,000 gr. sera plus petit pour le bassin coupé qu'un fœtus de 2,000 gr. pour le bassin intact.

vous donner, sans grands désordres articulaires, la symphyséotomie.

II. — La plupart de ceux qui ont pratiqué cette opération, la considèrent comme relativement facile, quel que soit le manuel opératoire mis en œuvre. M. le Dr Spinelli, ancien

assistant du professeur Morisani, a bien voulu, non seulement me donner les renseignements les plus complets sur les différents procédés employés en Italie, mais encore, pratiquer devant nous cette opération, sur le cadavre, telle qu'on l'exécute à Naples. Je lui adresse, à ce propos, mes remerciements; car, fervent apôtre de la symphyséotomie, il a tout fait pour entraîner notre conviction. Je crois que ce manuel opératoire peut être simplifié et rendu plus sûr ; je suis convaincu que dans la plupart des cas, la symphyséotomie sera facile; qu'on peut sectionner la symphyse sans craindre de léser ni la vessie, ni le péritoine, et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir à sa disposition un appareil instrumental compliqué.

Ce qui me paraît raisonnable, le voici :

Je ne repousse pas formellement les instruments ostéotomes employés ordinairement ; je crois même qu'il est sage et prudent de les avoir à sa disposition.

Mais, j'estime que le simple bistouri à lame courte, solide et pourtant assez mince, suffira et sera préférable dans la majeure partie des cas.

Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, je placerais la femme dans le décubitus dorsal parfait, au bord d'un lit de hauteur modérée, afin de pouvoir la dominer de mon regard tombant à pic sur la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser. Je me placerais à droite de la patiente très rapprochée de moi.

Ayant rasé le pubis et marqué, au besoin au cordeau et à la teinture, la ligne médiane sterno-clitoridienne, j'inciserais les téguments et la graisse prépubienne attentivement, sur cette ligne, en tenant mon bistouri incliné et marchant rigoureusement dans le plan vertical médian.

Une incision de 8 à 10 cent. me paraît convenir : elle aboutirait au-dessus du clitoris et là seulement elle se dévierait légèrement pour épargner cet organe et ses vaisseaux.

Je séparerais alors les muscles droits, dans la partie supérieure de la plaie, pour permettre au doigt d'entrer dans la cavité pré-

vésicale, de protéger la vessie et de sentir le bourrelet. Alors, ayant repris notion nette de la ligne médiane, j'inciserais la symphyse de haut en bas et d'avant en arrière par plusieurs traits de bistouri.

Si j'en juge d'après le cadavre, quand la symphyse est coupée, les pubis s'écartent un peu d'eux-mêmes. Au besoin, je ferais solliciter cet écartement par deux aides agissant sur les cuisses.

Je réserverais le ligament sous-pubien pour la fin ; je n'y porterais la pointe qu'avec réserve, j'essaierais d'abord de le forcer avec le doigt. Je ne m'arrêterais qu'après avoir pu passer à l'aise le doigt entre les pubis, dans toute leur hauteur. Et même, je voudrais alors, avant toute tentative obstétricale, m'assurer, en provoquant une prudente abduction des cuisses, que la section est complète, qu'il ne reste rien en avant dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire que les pubis peuvent s'écarter de 4 à 6 centim.

Après m'être assuré ainsi que les pubis sont libres, que les ligaments antérieurs sacro-iliaques permettent un écartement notable, je remplirais et couvrirais la plaie antiseptiquement (pansement provisoire) et je redeviendrais accoucheur.

III. — Ceci étant dit, j'arrive à la 3e question : Dans quelles conditions s'observe et s'effectue la consolidation du bassin après la symphyséotomie ?

Nous savons déjà, par des observations assez nombreuses, qu'après la rupture spontanée ou artificielle de la symphyse pubienne, pendant le travail, la consolidation du bassin est la règle. J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'en observer un bel exemple. Le 25 décembre 1883, en faisant une application de forceps dans mon service à Lariboisière, chez une femme ayant un rétrécissement du bassin, j'entendis au moment où, avec un seul doigt, je faisais exécuter à l'instrument et à la tête le mouvement de rotation, un craquement sonore. Après l'extraction complète, n'ayant constaté aucun enfoncement sur la tête de l'enfant qui se portait très bien, je pratiquai le toucher, et reconnus avec effroi que la symphyse était rompue et qu'on pouvait loger deux doigts

dans l'écartement des pubis. Six semaines après, sans application d'aucun appareil contentif, cette femme quittait ma Maternité, marchant aussi bien qu'avant son accouchement. J'ajouterai que, devenue enceinte une seconde fois, cette femme, qui avait un rétrécissement assez prononcé, accoucha à terme et spontanément.

J'étais donc déjà confiant, dans une certaine mesure, et cette observation m'avait donné beaucoup à réfléchir. De plus, je savais qu'Antoine Dubois avait pratiqué la symphyséotomie chez une femme qui la subissait pour la 2e fois et qui, cependant, se rétablit parfaitement. Mais les résultats tout récents observés à Naples, et rapportés en particulier par Morisani, ne laissent plus planer aucun doute. A la suite de la symphyséotomie, la consolidation du bassin s'effectue, et même, d'après les renseignements qui m'ont été fournis par le Dr Spinelli et le Pr Morisani, dans un laps de temps assez court, environ un mois. Il est évident qu'il faut s'efforcer, pendant la cicatrisation, d'immobiliser le bassin : soit à l'aide de la ceinture plâtrée qui a fait ses preuves, soit à l'aide de la ceinture mécanique, d'une gouttière de Bonnet, etc. Voilà ma réponse à la 3e question.

Or, si ces trois réponses sont vraies, si la section du pubis constitue une opération relativement facile, si un écartement de six centimètres donne l'agrandissement que je vous ai annoncé, si la consolidation consécutive du bassin ne fait pas défaut, je me demande pourquoi nous laisserions l'École de Naples jouir seule de ces bienfaits.

N'est-il pas temps de lutter et de réagir contre l'anathème formulé par Baudelocque? N'est-on pas autorisé à l'heure actuelle, avec les éléments dont nous disposons, à reviser les jugements de nos anciens? Est-ce que les méfaits attribués à la symphyséotomie ne relevaient pas le plus souvent de l'infection et non de l'opération en elle-même? Est-ce que les Dubois, les Désormeaux qui, sans condamner la symphyséotomie, ne la pratiquaient pas, n'avaient pas pris ce parti, parce qu'ils savaient combien alors toute opération pratiquée pendant le travail était dangereuse?

Qui sait si le basiotribe lui-même, n'aurait pas été incriminé et vilipendé, s'il avait vu le jour en même temps que l'opération de Sigault ?

Les succès nombreux de l'opération césarienne sont-ils dus exclusivement aux modifications apportées très heureusement, je le reconnais, par Porro et Sänger ? Assurément non. Ils sont dus surtout à l'antisepsie. Eh bien, ne peut-on faire pour la symphyséotomie ce qui a été fait pour l'opération césarienne ? Est-ce que nos collègues de Naples ne nous ont pas montré l'exemple ? Comment, quand je recevais hier une statistique du professeur Morisani dans laquelle je lis que, sur 12 symphyséotomies pratiquées à la clinique obstétricale de Naples, il y a eu 12 mères guéries et 11 enfants vivants, je ne devrais rien faire pour suivre un tel exemple et obtenir de pareils résultats ! Tel n'est point mon avis.

Et si je ne me trompe, la symphyséotomie, qui a eu la mauvaise fortune d'être enfantée par un homme sans autorité en accouchements, et qui ne pouvait que la compromettre, s'appuyant aujourd'hui sur l'antisepsie, s'éclairant des connaissances plus exactes que nous possédons sur les rétrécissements du bassin, guidée par la sûreté de nos procédés d'exploration, profitant des perfectionnements de nos techniques opératoires deviendra, comme l'a prédit M. Tarnier, le complément de l'accouchement prématuré dans bien des cas, et se substituera à l'embryotomie et à l'opération césarienne dans bien d'autres, en ne laissant à celles-ci qu'un champ très restreint où elles régneront seules sans partage.

Et je souhaite ardemment de ne pas me tromper, car si je suis dans la vérité, la vie de bien des femmes et de bien des enfants sera sauvegardée, et les accoucheurs n'auront plus à s'imposer le supplice de broyer des enfants pleins de vie qu'ils ont mission de sauver.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE PENDANT L'ANNÉE 1892 (1)

Messieurs, il y a un an, le 7 décembre 1891, je commençais une leçon dans cet amphithéâtre en prononçant les paroles suivantes : « A l'heure actuelle, lorsque nous nous trouvons en « présence d'une femme en travail ayant un rétrécissement du « bassin et que nous avons constaté soit par le seul palper « mensurateur, soit après l'emploi infructueux du forceps, l'im- « possibilité de l'expulsion ou de l'extraction du fœtus par les « voies naturelles, nous sommes réduits à choisir, pour délivrer « cette femme, entre les deux moyens suivants : ou broyer la « tête et terminer l'accouchement par les voies naturelles, ou « pratiquer l'opération césarienne (2). » Et après avoir chiffré les résultats obtenus par les partisans de l'une et de l'autre manière de voir et de faire, je continuais en disant : « Ainsi, « aujourd'hui encore, malgré les progrès considérables réalisés « depuis quinze ans, en présence du cas que je vous ai signalé « au début de cet entretien, nous sommes réduits : soit à prati- « quer une opération qui sauve la mère aussi sûrement qu'elle « tue l'enfant, soit à pratiquer une opération qui sauve l'enfant « en compromettant la vie de la mère.

« Resterons-nous toujours en face de cette cruelle alternative? « Serons-nous longtemps encore condamnés à ce supplice qu'il « faut avoir enduré pour savoir ce qu'il est, de tuer des enfants

(1) Leçon faite le 7 décembre 1892. *Annales de Gynéc.*, t. XXXVIII, p. 431.

(2) De la symphyséotomie. Leçon faite le 7 décembre 1891, publiée dans les *Annales de Gynécologie*, le 15 février 1892 et présentée à l'Académie de médecine par le professeur Tarnier le 15 mars 1892.

« bien portants ou de faire courir à la mère les dangers encore « redoutables de l'opération césarienne?

« J'espère que non, disais-je; je crois que cette fatalité « peut disparaître grâce à une opération, la *symphyséotomie*, « imaginée en 1768 par un de nos compatriotes, étudiant en « chirurgie, Sigault, qui la pratiqua pour la première fois, et « avec succès, en 1777, sur la femme d'un soldat du guet nommé « Souchot.

« Cela vous étonne, je le comprends ; et vous vous demandez « sans doute pourquoi je fonde aujourd'hui de si grandes espé- « rances sur le réveil d'une opération que certains d'entre vous « savent délaissée depuis si longtemps, et dont les autres igno- « rent presque le nom. »

J'exposai alors les raisons qui me faisaient penser et parler ainsi, et qui ne sont autres que la solution des trois questions suivantes :

1° Peut-on, par la symphyséotomie, obtenir sans lésions graves, un agrandissement notable du bassin? quel peut être cet agrandissement?

2° La symphyséotomie est-elle à la portée de tous les accoucheurs et comment doit-on la pratiquer?

3° Quelles sont les suites de l'opération relativement à la consolidation du bassin, à la station debout, à la marche, et à des grossesses ultérieures?

Enfin, je terminais en disant : « Si je ne me trompe, la sym- « physéotomie, qui a eu la mauvaise fortune d'être enfantée « par un homme sans autorité en accouchements, et qui ne « pouvait que la compromettre, s'appuyant aujourd'hui sur « l'antisepsie, s'éclairant des connaissances plus exactes que « nous possédons sur les rétrécissements du bassin, guidée par « la sûreté de nos moyens d'exploration, profitant des perfec- « tionnements de nos techniques opératoires, deviendra, comme « l'a prédit M. Tarnier, le complément de l'accouchement pré- « maturé dans bien des cas, et se substituera à l'embryotomie « et à l'opération césarienne dans bien d'autres, en ne laissant

« à celles-ci qu'un champ très restreint où elles régneront « seules sans partage. »

Eh bien, Messieurs, je désire examiner avec vous si, dans l'année qui vient de s'écouler, depuis le moment où je prononçais ces paroles, mes espérances ont été déçues ou réalisées. Le moment est venu d'établir notre bilan et de préciser l'actif et le passif de la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892.

Tout d'abord, c'est avec une satisfaction dont je ne cherche pas à vous dissimuler la vivacité, que je vous déclare que sur dix-huit cents accouchements effectués dans l'année, *je n'ai pas pratiqué une seule fois l'embryotomie sur un enfant vivant*. Et cependant, nous avons eu à lutter contre des rétrécissements du bassin en nombre considérable. Nous n'avons fait dans tous les cas que de l'obstétrique opératoire conservatrice. Mais, je ne veux vous parler aujourd'hui que des cas de symphyséotomie pratiqués dans le service, et vous en montrer et faire apprécier les résultats.

13 symphyséotomies ont été pratiquées à la Clinique Baudelocque, pendant l'année 1892.

8 ont été pratiquées par moi-même ;
2 — — par le Dr Varnier, professeur agrégé ;
1 — — par le Dr Lepage, chef de clinique ;
1 — — par le Dr Wallich, chef de laboratoire ;
1 — — par le Dr Potocki, ex-chef de clinique.

J'ai pratiqué la première le 4 février ; M. le Dr Potocki a pratiqué la dernière le 14 novembre.

Je vais, Messieurs, vous montrer ces treize femmes, car elles ont bien voulu consentir à revenir aujourd'hui; de cette façon vous pourrez juger, en toute connaissance de cause, des résultats immédiats et consécutifs de la symphyséotomie.

Je vais vous les présenter par ordre chronologique, en vous exposant pour chacune d'elles le résumé de l'observation.

Observation I. — 4 février 1892. (Pinard.)

Femme B..., 32 ans, secondipare. Bassin canaliculé; promonto-sous-pubien, 9,7.

1er accouchement : 13 juillet 1886, à terme (Maternité).

Présentation de l'épaule; procidence du cordon, enfant mort et macéré. Embryotomie rachidienne par M. Ribemont-Dessaignes avec l'embryotome de Tarnier.

La tête ne put être extraite qu'après basiotripsie. Cette femme est sortie 32 jours après.

2e *accouchement :* 3 février 1892; dernières règles du 1er au 6 mai 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 36 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Hydropisie de l'amnios ; fœtus mobile ayant tendance à se présenter par le siège, paraissant volumineux. Le palper mensurateur accuse une disproportion considérable,

Introduction d'emblée du ballon Champetier à 6 heures et demie du soir, le 3 février. A minuit et quart, la dilatation est complète et l'expulsion du ballon est imminente.

A minuit 30, chloroforme ; extraction du ballon ; la poche des eaux est intacte. On tente à plusieurs reprises, mais sans succès, de ramener en bas, par manœuvres externes, la tête du fœtus qui se présente par le siège en droite transversale.

M. Pinard se décide alors à faire l'extraction par les pieds après symphyséotomie préalable. A minuit 50, commencement de l'incision. Après symphyséotomie, écartement spontané de 1 cent.

A 1 h. 15, rupture artificielle des membranes et commencement de l'extraction : à 1 heure 20, le siège est hors de la vulve; à 1 h. 24, extraction de la tête par la manœuvre de Champetier, extraction difficile, accompagnée de deux ressauts dont le dernier est le plus marqué. L'écartement n'a pas été mesuré. Délivrance.

A 1 h. 45, la suture est faite et le pansement fixé par une ceinture plâtrée. L'enfant pèse 3,350 grammes et mesure 52 cent.

Il est en état de mort apparente, mais ne tarde pas à être ranimé par simples frictions, et à crier.

Enfoncement du pariétal postérieur, le droit, siégeant au lieu d'élection, profond et tel que tandis que le diamètre biparietal mesure 9 cent. 8, le diamètre qui va du fond de la dépression à la bosse pariétale antérieure mesure 8 cent. 9 seulement.

Enfant mort le 6 février à 6 heures du soir (3e jour), ayant présenté les symptômes classiques de l'hémorrhagie méningée. Tête conservée au Musée.

Suites de couches normales; une seule fois, le 5e jour, la température a atteint 38°,2. Réunion par 1re intention.

L'opérée se lève le 23 février (21e jour) et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

OBSERVATION II. — 22 février 1892. (PINARD.)

Femme G..., primipare. Bassin aplati, promontoire accessible. (Pinard.)

Dernières règles du 10 au 12 mai 1892. A terme.

Entrée à Baudelocque à 9 h. 15 du soir, le 24 février, la dilatation étant comme 1 franc ; membranes intactes, tendues.

Le fond de l'utérus remonte à 47 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Gros œuf. Présentation du sommet non engagé en gauche transversale. Enfant vivant.

Rupture artificielle des membranes à 10 h. 15 du soir, le 24 février ; 400 grammes de liquide.

Dilatation complète à 4 heures et demie du matin, le 25 février. La tête est fixée mais non engagée.

A sept heures et demie du matin, l'engagement ne se faisant pas malgré de bonnes contractions, M. Lepage, répétiteur, fait sous le chloroforme une application de forceps (1). Tractions pendant 15 minutes sans résultat.

A 8 h. 4, seconde application de forceps. Tractions pendant 3 minutes seulement ; aucun progrès.

M. Pinard prévenu, arrive à 9 heures et demie. Chloroforme.

Symphyséotomie (19 minutes) donnant immédiatement après la section et spontanément un écartement de 1 cent., que l'abduction des cuisses porte sans difficulté à 3 centimètres.

3e application de forceps et extraction extrêmement facile en 4 minutes, d'un garçon vivant de 4,630 grammes, mesurant 53 cent. et demi et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	14c,3	S.O.F.	11c,3
O.F.	12c,7	*Biparietal*	9c,3
S.O.B.	10c	Bitemporal	8c,7

Pendant l'engagement et la descente de la tête, l'écartement du pubis a été porté à 6 centim. 1.

L'enfant pèse le 15 mars, 5,970 gr.

Suites de couches normales ; 4 fois seulement, les 3e, 5e, 10e et 14e jours, la température a atteint 38°. Réunion par 1re intention.

L'opérée se lève le 30 mars (33e jour) et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

Revue le 9 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Enfant vivant et bien portant, actuellement en nourrice.

(1) Toutes les applications de forceps dont il s'agit dans ces observations ont été faites suivant la méthode préconisée par moi, c'est-à-dire qu'on s'est toujours proposé de prendre la tête régulièrement en plaçant une cuillère en arrière devant le promontoire et l'autre en avant, derrière la symphyse. Le forceps employé est, ai-je besoin de le dire, le forceps de Tarnier.

OBSERVATION III. — 23 mars 1892. (PINARD.)

Femme P..., 30 ans, IVpare. Bassin annelé. Diam. prom.-sous-pub., 9c.

1er accouchement, en 1887 (Maternité de Lyon), à terme. Intervention après éthérisation. Enfant mort-né.

2e accouchement, en 1888 (Maternité de Lyon), provoqué à 8 mois. Enfant mort le 3e jour.

3e accouchement, en avril 1890 (Charité de Lyon), à terme. Application de forceps faite par M. Fochier qui put extraire un garçon pesant 3,220 gr., mais dont le diamètre biparietal ne mesurait que 7 centim. (1). Mort au bout de 15 jours, en nourrice.

4e accouchement, 23 mars 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 30 juin au 2 juillet 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 36 centim. au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Présentation du sommet en G. T. (après version externe et ceinture).

Introduction du ballon Tarnier le 21 mars à 10 h. 50 du matin ; expulsion à 1 heure de l'après-midi.

23 mars, à 5 heures du matin, introduction du ballon Champetier.

A 11 heures du matin, dilatation complète ; extraction du ballon sous le chloroforme ; rupture des membranes.

Au bout d'une heure (midi 1/4), M. Fochier fait successivement deux applications obliques du forceps Tarnier ; puis M. Pinard fait une application directe, e tout sans succès.

A midi 40. Symphyséotomie (7 minutes).

Les pubis s'écartent spontanément de 1 cent. ; par abduction des cuisses l'écartement est porté à 4 cent. 8.

A midi 50. 4e application de forceps, pendant laquelle l'écartement est porté à 6 cent. et demi.

1 heure. Extraction d'un garçon de 2,730 grammes dont les diamètres céphaliques mesurés immédiatement après la naissance sont :

O.M.	12c,7	*Biparietal.*	9c,7
O.F.	11c,8	B.T.	7c,9
S.O.B.	10c,5	S.M.B.	9c,5
S.O.F.	10c,6		

Né en état de mort apparente, mais rapidement ranimé, l'enfant pèse, le 15 mars, 3,000 grammes et est en parfait état.

Suites de couches normales. Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 29e jour et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Enfant vivant et bien portant (revu le 7 décembre).

(1) Observation communiquée par M. le professeur Fochier.

Ces trois femmes ont été présentées à l'Académie de médecine dans sa séance du 21 mai 1892, et j'ai lu le résumé de ces trois observations à la réunion de la Société obstétricale de France.

Observation IV. — 3 mai 1892. (Varnier.)

Femme R..., 26 ans, IVpare. Taille 1m,46. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent. 8.

1er accouchement, en 1886 (Clinique de la rue d'Assas), terminé par embryotomie après deux jours de travail.

2e accouchement, en 1887 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), provoqué à 8 mois environ, terminé par version à la dilatation complète (tête avec procidence du cordon, des mains et d'un pied). Fille en état de mort apparente, ranimée sans insufflation, pesant 2,400 gr., morte le lendemain.

3e accouchement, en 1890 (Maternité de Tenon, service de M. Champetier de Ribes), provoqué à 8 mois, terminé par basiotripsie.

4e accouchement, 3 mai 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 3 au 5 août 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 29 centim. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Présentation du sommet en G. T.

Vu les antécédents, M. Pinard décide de provoquer l'accouchement et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Introduction du ballon Champetier le 3 mai à 5 h. et demie du matin ; à 10 h. 40 du matin, dilatation complète, poche intacte, sans procidence, tête en gauche transversale, non engagée.

A 11 h. 48, symphyséotomie par M. Varnier (7 minutes). Écartement de deux travers de doigt (3 cent.).

Rupture artificielle des membranes et à 11 h. 58, application de forceps en gauche transversale. Extraction facile pendant laquelle l'écartement n'augmente que d'un demi-travers de doigt, d'un garçon de 2,130 gr. dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	15c,4	S.O.F.	9c,8
O.F.	11c,1	*Biparietal.*	8c,2
S.O.B.	9c,3	Bitemporal	7c,5

Né en état de mort apparente, mais ranimé en 2 minutes sans insufflation, cet enfant paraît chétif. Il est mis dans une couveuse à 36°. La respiration se fait mal pendant toute la journée du 3. Cyanose. Ne tette pas mais prend et garde le lait qu'on lui donne à la cuillère.

4 mai. Même état. Respiration accélérée ; la cyanose persiste. Le lait est rejeté.

Mort le 5, à 6 heures du matin.

Autopsie faite à 6 heures du soir.

Poids du cadavre, 1,950 gr. Tous les viscères paraissent sains. La tête a été préparée par Tramond et est conservée au Musée. Aucune fracture ou fissure. Os wormiens.

Suites de couches, pathologiques ; abcès de la grande lèvre gauche, incisé et drainé le 17e jour, sans connexion avec la plaie opératoire dont la réunion s'est faite par première intention.

L'opérée se lève le 26e jour et marche sans douleur ; sortie le 23 juin en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Observation V. — 29 mai 1892. (Pinard.)

Femme A..., 38 ans, VIpare. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,3.

1er accouchement en 1885 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), à terme, terminé par basiotripsie de l'enfant vivant, après 73 heures de travail et une application de forceps faite par M. Pinard. Poids de l'enfant, 3,520 gr.

2e accouchement en 1887 (Clinique de la rue d'Assas, M. Pinard), provoqué à 7 mois et demi. Enfant mort pendant le travail.

3e accouchement en 1888 (Maternité de Lariboisière, M. Pinard), provoqué à 7 mois, terminé par une application de forceps au détroit supérieur. Garçon de 2,200 gr., mort dans la nuit. Biparietal, 8,6.

4e et 5e grossesses (1890 et 1891), avortements de 2 mois et demi et 3 mois.

6e accouchement, 29 mai 1892, à la Clinique Baudelocque.

Dernières règles du 14 au 17 septembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en gauche transversale.

Vu les antécédents, M. Pinard décide d'attendre le terme et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Début du travail le 28 mai à 5 heures du matin (rupture prématurée des membranes) ; dilatation complète le 29 à 6 heures du matin.

A 10 h. 10, symphyséotomie par M. Pinard (10 minutes). Écartement spontané de 2c,5.

A 10 h. 38, application de forceps en gauche transversale. Extraction facile à 10 h. 40 (pendant laquelle l'écartement est porté à 4c,5) d'un garçon de 3,110 gr., criant de suite et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,2	S.O.F.	10c
O.F.	11c,5	B.P.	9c,1
S.O.B.	10c	B.T.	8c,2

Allaité par sa mère, d'abord aidée par une nourrice, cet enfant pèse à sa sortie le 31e jour 3,850 gr.

Suites de couches normales ; 2 fois seulement 38°, le deuxième et le septième jour. Réunion par première intention.

Se lève sans autorisation le seizième jour sans éprouver aucune gêne ; sortie le 30 juin (31e jour) en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction. L'enfant est bien portant (revu le même jour).

Observation VI. — 29 juin 1892. (Pinard.)

M. F..., 32 ans, primipare. Taille 1m,35. Bassin généralement rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien : 9 centim.

Dernières règles, du 9 au 12 octobre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Le 28 juin 1892, vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, la mensuration du promonto-sous-pubien et l'exploration de la totalité du bassin, M. Pinard décide de provoquer l'accouchement et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Introduction du ballon Tarnier le 28, à 10 h. 1/2 du matin ; du ballon Champetier à 5 h. 1/2 du matin, le 29 (rupture des membranes).

Dilatation complète à 9 h. du soir ; l'extraction du ballon entraîne une déchirure latérale gauche du vestibule, nécessitant l'application de 2 pinces à forcipressure.

A 9 h. 15, symphyséotomie par M. Pinard (3 minutes) ; écartement de 3 cent. 5.

A 9 h. 24, application de forceps en G. T., et extraction facile à 9 h. 42 (pendant laquelle l'écartement est porté à 6 cent. 2) d'un garçon de 2,720 gr., criant de suite, et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c	S. O. F.	10c,3
O.F.	11c	*Biparietal*	9c,4
S.O.B.	10c	Bitemporal	8c,2

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, le 15e jour, 4,000 gr.

Suites de couches normales. Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 20e jour (27 juillet), et marche sans douleurs et sans difficultés. Actuellement, elle est infirmière dans le service. L'enfant, revu le 7 décembre 1892, est bien portant.

Observation VII. — 7 juillet 1892. (Pinard.)

A..., 23 ans, primipare. Taille 1m,42. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 1,04.

Dernières règles, du 25 au 30 septembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Le 6 juillet 1892, vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, M. Pinard provoque l'accouchement à l'aide du ballon Tarnier remplacé le 7 juillet, à quatres heures du matin, par le ballon Champetier.

Dilatation complète à 10 heures 1/4 du matin, le 7 juillet.

A 10 h. 40, après exploration manuelle, symphyséotomie par M. Pinard (7 minutes). Écartement spontané de 1 centim.

A 10 h. 51, rupture artificielle des membranes et application de forceps

en G. T. ; extraction à 11 heures 4 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 centim.), grâce à une deuxième application de forceps, la première menaçant de déraper, d'un garçon de 3,300 gr., vivant, dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c	S.O.F.	12c
O.F.	12c,2	*Biparièlal*	10c
S.O.B.	11c	Bitemporal	9c

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse à sa sortie, le 2 septembre, 4,340 grammes.

Suites de couches légèrement pathologiques (oscillations autour de 38°,5 pendant les 7 premiers jours). Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 24e jour ; marche sans douleurs.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction. L'enfant est bien portant (en nourrice).

Observation VIII. — 30 juillet 1892. (Lepage.)

M. M..., 26 ans, secondipare. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,7.

1er accouchement en 1887 (hospice d'Amiens), à terme, spontané, d'un enfant volumineux (?) actuellement vivant et bien portant.

2e accouchement, 30 juillet 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles, du 1er au 5 octobre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

A l'arrivée dans le service, le 30 juillet à 4 h. 44 du matin, la dilatation est presque complète ; le travail a débuté le 29 à 11 heures du soir, les membranes sont intactes.

A 6 h. 45 du matin, rupture artificielle des membranes.

A 7 heures, M. Lepage, répétiteur, constate : dilatation complète, tête très élevée en G. T. ; liquide vert, procubitus du cordon, bruits du cœur sourds et irréguliers.

Après une application de forceps restée infructueuse (20 minutes de tractions) M. Lepage prévient M. Pinard qui lui fait faire la symphyséotomie, à 10 heures (13 minutes) ; section de la symphyse de bas en haut. Écartement spontané de 26 millim.

Application de forceps et extraction facile à 10 h. 18 (extraction pendant laquelle l'écartement a été porté à 5 cent.) d'un garçon de 4,000 grammes, né en état de mort apparente, insufflé, ranimé 10 minutes après et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,1	S.O.F.	11c,3
O.F.	11c,5	*Biparièlal*	9c,5
S.O.B.	9c,8	Bitemporal	8c,7

Allaité par une nourrice, l'enfant pèse à sa sortie, le 2 septembre, 4,090 gr.

Suites de couches pathologiques. Abcès de la grande lèvre droite, incisé et drainé le 10e jour, sans connexion avec la plaie opératoire dont la guérison s'est faite par première intention.

L'opérée se lève le 30e jour. Sort le 5 novembre, en parfait état. Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

Observation IX. — 13 septembre 1892. (Varnier.)

Femme B..., secondipare. Taille 1m,39. Bassin rachitique annelé.

Diamètre promonto-sous-pubien, 9c,2.

1er accouchement en 1889 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), à terme, terminé par la basiotripsie de l'enfant mort. Femme apportée en brancard, dilatation complète, membranes rompues, procidence du cordon et du bras antérieur. Tête non engagée en G. T. M. Varnier dut faire deux broiements ; l'extraction ne devint néanmoins possible qu'après rétropulsion du bras antérieur et il fallut pratiquer la manœuvre de Ribemont pour extraire le tronc. Poids de l'enfant, 3,350 grammes.

2e accouchement, 13 septembre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles, du 10 au 15 décembre 1891.

A l'entrée dans le service, le 25 juillet, grossesse de 7 mois environ. Enfant vivant, sans présentation fixe ; la tête est maintenue en bas à l'aide de la ceinture eutocique à partir du 15 août. Dès ce moment, le palper mensurateur montre qu'il y a disproportion.

M. Pinard, partant en vacances, laisse à M. Varnier le soin de fixer la date à laquelle sera pratiquée la symphyséotomie ; M. Varnier décide d'attendre le terme.

Début du travail le 12 septembre 1892, à 7 heures du soir.

La dilatation est complète le 13 à 5 heures 40 du soir.

A 5 h. 40, symphyséotomie par M. Varnier (6 minutes). Écartement de 3 centim. 5 provoqué par abduction des cuisses. A ce moment, rupture spontanée des membranes.

A 5 h. 49, application de forceps en G. T. Extraction à 5 h. 55 (pendant laquelle l'écartement est porté à 7 cent.) d'un garçon de 3,200 grammes, criant de suite et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	12c,5	Bitemporal	8c,5
S.O.B.	9c,8	Circonf. S.O B.	34c
S.O.F.	11c,4	— S.O.F.	36c
Biparietal	9c,5		

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse 3,630 grammes à sa sortie le 16 octobre.

Suites de couches : 3 fois seulement, les 3e, 4e, 5e jours, la température a atteint 38o,5. Réunion par première intention. L'opérée se lève le 19e jour, marche seule et sans douleurs.

Et cependant il faut noter que, au cours de l'extraction, il s'était produit, à gauche de l'urèthre, intact ainsi que le montra le cathétérisme, une déchirure longitudinale de la paroi antérieure du vagin permettant de conduire, par le vagin, l'index entre les pubis écartés. La plaie opératoire communiquait avec le vagin qui fut tamponné à la gaze iodoformée laissée en place pendant 3 jours.

Sort en parfait état le 16 octobre. Pas de mobilité anormale, pas de troubles de la miction ni de la marche ; cicatrice vaginale nettement perceptible au toucher, non douloureuse.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (revu le même jour).

Observation X. — 1er octobre 1892. (Pinard.)

A. F..., 25 ans, secondipare ; bassin plat. Diamètre promonto-sous-pubien, 10 cent.

1er accouchement en 1891 (Clinique Baudelocque). Albuminurie et éclampsie.

Accouchement gémellaire. Extraction par les pieds. Enfants vivants, morts l'un à 14 jours, l'autre à 4 mois, pesant l'un 2,300 gr. (biparietal 8c,5), l'autre 1,980 gr. (biparietal 8c,4).

2e accouchement, 1er octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles, du 15 au 18 décembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en gauche transversale.

Début du travail le 29 septembre à 7 heures du soir. A 9 heures du soir, le 1er octobre, la dilatation restant stationnaire depuis 12 heures (5 francs), les membranes étant rompues, la tête nullement engagée, très inclinée sur le pariétal postérieur, intermédiaire à la flexion et à l'extension, M. Varnier introduit un ballon Champetier ; lorsque la dilatation est complète, après extraction du ballon distendu au maximum, application de forceps en gauche transversale qui ne fait qu'accuser la déflexion. M. Varnier fait alors une deuxième application de flexion (forceps à l'envers) ; la flexion est obtenue, mais malgré de solides tractions, l'engagement ne se produit pas. Ne voulant pas faire une application de force, M. Varnier va chercher M. Pinard qui, à 10 h. 50, les choses étant toujours au même point, pratique la symphyséotomie (12 minutes).

Écartement immédiat de 3 centimètres.

A 11 h. 9, application de forceps en gauche transversale, et extraction facile (pendant laquelle l'écartement est porté à 4c,5) d'un garçon de 3,220 grammes, criant de suite, dont les diamètres céphaliques sont :

S. O. B.	9c,3	Bitemporal	7c,8
S. O. F.	10c,6	Circonf. S. O. B.	31c
Biparietal	9c	— S. O. F.	32c

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, 3,420 gr.

Suites de couches normales. Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 19e jour, marche seule et très bien ; sort le 6 novembre en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

Observation XI. — 6 octobre 1892. (Pinard.)

A. B..., 28 ans, secondipare. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 10 cent.

1er accouchement en 1889 (Maternité), à terme, terminé par une application de forceps. L'enfant a succombé le 27e jour, de convulsions, portant encore les traces de l'application de forceps.

2e accouchement, 9 octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles, du 26 au 29 décembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Début du travail, le 5 octobre à 3 h. du matin. Rupture spontanée des membranes à 7 h. 20 du soir. Dilatation complète à 11 h. 55 du soir. Application de forceps en gauche transversale au détroit supérieur, par M. Wallich qui, malgré des tractions énergiques, ne peut engager la tête.

Après avoir pratiqué le toucher manuel, M. Varnier ne voulant pas faire une seconde application qui serait une application de force, prévient M. Pinard. Celui-ci, exactement renseigné sur l'état de la mère et de l'enfant, conseille d'attendre encore.

A 10 h. du matin, la température étant à 38°,8, et les choses étant toujours au même point, M. Pinard pratique la symphyséotomie en présence du professeur Krassowski (2 minutes). Écartement immédiat de 3 centim.

Application de forceps en G. T. Extraction facile à 10 h. 25 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 cent. 8) d'un garçon de 3,750 grammes, né en état de mort apparente, mais rapidement ranimé et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,6	B.T.	7c,9
O.F.	11c	S.O.B.	10c,3
B.P.	8c,4	S.O.F.	11c,5

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, le 15 novembre, 4,840 grammes.

Suites de couches : La température a oscillé autour de 38°, sans dépasser 38°,5, pendant les 12 premiers jours.

Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 20 octobre (23e jour) et sort le 15 novembre en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

Observation XII. — 21 octobre 1892. (Wallich.)

M..., tertipare Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 10,5.

1er accouchement en 1886, spontané, à terme, enfant vivant.

2e accouchement, spontané, en 1889 ; enfant volumineux, mort pendant le travail.

3e accouchement, 21 octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles, du 4 au 8 janvier.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Début du travail le 19 octobre à 8 heures du soir ; rupture spontanée des membranes à 1 heure du matin, le 20.

A la visite du matin, 20 octobre, M. Varnier constate que la tête qui se présente en G.T., non engagée, en attitude intermédiaire à la flexion et à l'extension, est inclinée sur le pariétal antérieur (obliquité de Nægelé). Fœtus volumineux. Dilatation comme 5 francs. Pronostic impossible, vu l'obliquité de Nægele, la déflexion, le rétrécissement du bassin et le volume du fœtus. Si les choses ne se corrigent pas d'elles-mêmes, il sera inutile et dangereux d'appliquer le forceps ; on fera la symphyséotomie d'emblée si la tête ne s'engage pas.

A 5 heures, la dilatation est complète.

A 10 heures du soir, l'exploration manuelle montre que la tête n'a pas bougé d'une ligne.

A 11 h. 50, M. Pinard fait pratiquer la symphyséotomie par M. Wallich, répétiteur. Écartement immédiat (à 12 h. 10) par abduction des cuisses, de 2 cent. 5. Une première application de forceps (12 h. 15) ayant dérapé et le cordon ayant fait procidence, M. Varnier fait une seconde application rapide en flexion. Extraction à 12 h. 20 (pendant laquelle l'écartement est porté à 4 cent. 5) d'un garçon de 3,650 grammes, né en état de mort apparente, qui commence à respirer à 12 h. 27, et ne pousse son premier cri qu'à 12 h. 31.

Les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,5	*Biparietal*	9c,5
O.F.	12c,3	Bitemporal	7c,9
S.O.B.	10c,4	Circonf. S.O.B.	33c
S.O.F.	11c,4	— S.O.F.	35c

Cet enfant, allaité par une nourrice, pèse actuellement 4,610 grammes.

Suites de couches : 38°,5 les 5e, 6e et 7e jours. Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le 29 octobre.

L'opérée se lève le 8 novembre (le 19e jour), marche bien et sans douleurs jusqu'au 16 novembre. Ce jour-là, 38°,4 et le lendemain, apparition d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche pour laquelle elle est encore actuellement en traitement à la Clinique Baudelocque (1).

Observation XIII. — 13 novembre 1892. (Potocki.)

M. F..., 38 ans, secondipare. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,7.

(1) Sortie en parfait état le 31 décembre.

1er accouchement en 1880 (Maternité), à terme, céphalotripsie.

2e accouchement, 13 novembre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles, du 18 au 22 février 1892.

Présentation du siège transformé par manœuvres externes en O. I. D. T.

Début du travail le 11 novembre, à 11 heures du soir ; rupture spontanée des membranes à minuit.

Dilatation complète le 13 novembre, à huit heures du matin.

Vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, M. Pinard fait pratiquer la symphyséotomie d'emblée à 9 heures du matin. par M. Potocki (9 minutes). Écartement spontané de 3 centim.

A 9 h. 11, application de forceps et extraction à 9 h. 23 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 cent. 7), d'une fille de 3,300, née en état de mort apparente, insufflée et ranimée ; morte à 1 heure du matin, le 4 novembre.

Les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,6	B.P.	9c,5
O.F.	11c,2	B.T.	8c,4
S.O. F.	10c,7		

Prise irrégulière, oblique ; frontal antérieur présentant une dépression profonde produite par la cuiller antérieure, dépression qui disparut dans la soirée en même temps qu'apparaissaient des mouvements convulsifs de la moitié gauche de la face. La tête, conservée au musée, sera décrite ultérieurement.

Suites de couches. Température oscillant autour de 38°, les cinq premiers jours.

Réunion par première intention. L'opérée se lève le 22e jour. Aucun trouble de la marche ni de la miction. Est encore à la Clinique (1).

Vous venez de voir ces treize femmes, et vous avez pu constater que leur état général ne laisse rien à désirer. Il ne reste chez elles, comme stigmate de l'opération qu'elles ont subie, qu'une petite cicatrice à peine visible au niveau de la région pubienne. Chez toutes, le bassin est aussi solide qu'avant l'opération. Aucune ne présente de troubles du côté de la station. Le résultat est donc aussi satisfaisant et aussi complet que possible du côté maternel.

Nous avons été moins heureux du côté des enfants, car si tous ont été extraits vivants, je n'ai pu vous en montrer que dix, aussi beaux, il est vrai, les uns que les autres; mais les trois autres sont morts :

(1) Sortie le 30 décembre.

Le 1er, le 3e jour après la naissance (1re observation);
Le 2e, le 2e jour — — (4e observation);
Le 3e, 16 heures — — (13e observation).

Si nous recherchons la cause de la mort de ces enfants, nous voyons que, pour le 1er, la mort a été produite par une fracture d'un pariétal au moment de l'extraction de la tête dernière.

L'écartement préalable du bassin n'était certainement pas suffisant, vu le volume de la tête et le rétrécissement pelvien. C'est là un point extrêmement important sur lequel je reviendrai.

Le 2e enfant est mort de faiblesse congénitale, car il ne présentait à l'autopsie aucune lésion. Bien que son poids fût à la naissance de 2130 grammes, sa vitalité était rudimentaire. Son cri était faible, son ventre volumineux. Des troubles respiratoires se montrèrent bientôt, et il mourut cyanosé. On ne peut ici incriminer ni l'opération ni l'opérateur. S'il y a un coupable c'est moi, car on peut m'adresser le reproche d'avoir interrompu trop tôt la grossesse. Mais, j'avais été conduit à agir ainsi en raison de ce qui s'était passé lors des accouchements précédents (1er accouchement à terme, embryotomie ; 2e accouchement provoqué à 8 mois, enfant mort ; 3e accouchement provoqué à 8 mois, basiotripsie). Je reviendrai également sur ce fait.

Quant au 3e enfant, il succomba, comme le premier, à la suite d'une fracture portant cette fois sur le frontal. Bien que l'écartement spontané des pubis fût avant l'extraction de 3 centimètres, la tête s'engagea difficilement, car elle était volumineuse (diamètre B. P., 9,3), mais surtout parce que l'application de forceps avait été irrégulière (prise oblique). C'est encore là un point que nous ne devrons pas oublier tout à l'heure.

Tels sont les résultats fournis par la symphyséotomie dans cette clinique depuis le 4 février 1892.

Avant d'entrer dans l'étude détaillée des faits, et bien que je veuille m'occuper spécialement de ce qui s'est passé ici, il me semble qu'il peut être intéressant de jeter un coup d'œil rapide

sur ce qui s'est fait ailleurs, pendant ce même laps de temps, et de rechercher si nous avons été suivi dans nos tentatives. Voyons donc ce qui s'est fait en France et à l'étranger.

Dès le 15 mars, M. Tarnier, en me faisant l'honneur de présenter ma leçon à l'Académie, se déclarait partisan de l'opération, après avoir vu deux de mes opérées. Le 28 juin, il présentait à l'Académie une femme chez laquelle il avait pratiqué lui-même la symphyséotomie le 27 mai, avec un succès complet pour la mère et pour l'enfant (1).

M. Porak, accoucheur de la Maternité de Lariboisière, présentait également à l'Académie, le 19 juillet, une femme opérée par lui avec un plein succès pour la mère et pour l'enfant (2). Une deuxième observation du même auteur est relatée dans un rapport lu à l'Académie le 6 septembre, rapport sur lequel je serai obligé de revenir dans le cours de cette leçon.

Mon collègue et ami, le Dr Ribemont-Dessaignes, accoucheur de la Maternité de Beaujon, a pratiqué déjà quatre symphyséotomies (communication orale). Mon chef de clinique a fait en ville avec un succès complet sa 2e symphyséotomie. Cette opération a été exécutée cette année quatre fois déjà à Marseille (communication orale de mon collègue et ami le Pr Queirel).

J'en sais d'autres pratiquées en France, mais comme elles ne sont pas encore publiées, je n'en parle pas.

A l'étranger, Müllerheim, assistant du professeur Freund, en fit une à Strasbourg (3).

Léopold en pratiqua deux à Dresde (4) et sa conduite est bientôt suivie en Allemagne par Desiderius v. Velits (5) et Zweifel (6).

The Medical News, n° du 16 octobre, contient deux observations de symphyséotomies pratiquées, la première, en Amé-

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 28 juin 1892, p. 873.
(2) Voyez *Annales de Gynécologie*, 1892, t. XXXVIII, p. 213.
(3) *Centralb. f. Gynäk*, 1892, n° 30, p. 588.
(4) *Ibid.*, p. 586.
(5) *Centralb. f. Gyn.*, 1892, n° 40, p. 777.
(6) *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 44, p. 857.

rique, par le Dr Ch. Jewett (de Brooklyn), le 30 septembre 1892 ; la 2e, le 1er octobre, par le Dr Barton Cooke Hirst.

J'ai reçu, il y a deux jours, une lettre du Dr Rodriguez dos Santos, m'apprenant qu'il venait de faire avec succès la première symphyséotomie au Brésil.

Enfin, le *British med. Journal* rapporte dans son numéro du 3 décembre que la première symphyséotomie vient d'être pratiquée en Angleterre (1).

Si nous joignons à tous ces cas, les opérations faites en Italie par Novi, Caruso, Morisani et Truzzi, je ne serai pas éloigné de la vérité en disant que cinquante symphyséotomies, au moins, ont été pratiquées en 1892, année qui pourra, je crois, être appelée *année de la renaissance de la symphyséotomie*.

Il y a lieu de se demander maintenant si, en dehors des observations publiées, il y a eu des travaux scientifiques dans lesquels de nouvelles recherches soient venues infirmer ou confirmer ce que nous avions établi, et si la formule géométrique du professeur Farabeuf a été contestée. Je n'en vois pas. Le professeur Morisani a publié une conférence (2) très intéressante, mais où il rappelle surtout ce qu'il avait déjà dit dans des travaux antérieurs. Caruso (3) nous a donné une statistique qui complète celle du Dr Spinelli et expose les résultats obtenus à Naples, du 25 août 1887 au 7 février 1892. J'ai été heureux de voir Caruso préconiser mon manuel opératoire. Truzzi (4) en publiant son observation se livre à une étude purement théorique. Enfin, Harris, in *The remarkable results of antiseptic symphysiotomy* (Gynecological Transactions, 1892, v. XVII), ne s'occupe que de statistique.

Nous n'avons donc à examiner que les réflexions qui accom-

(1) Le *Centralblatt f. Gynäk.* du 10 décembre contient deux observations de symphyséotomies exécutées le 5 septembre et le 4 octobre par le Dr A. Torngreen, à Helsingfors.

(2) MORISANI. Sulla Sinfisiotomia. *Riforma medica*, n° 60, mars 1892.

(3) CARUSO. Contributo alla pratica della sinfisiotomia. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, avril 1892, t. XIV, n° 4.

(4) TRUZZI. *Per la Riabilitazione della sinfisiotomia*. Milan, 1892, 2e semestre.

pagnent les observations publiées. Ces réflexions portent presque toutes sur le manuel opératoire et particulièrement sur la façon dont on doit attaquer la symphyse. Les uns attaquent la symphyse de bas en haut, les autres de haut en bas, et d'arrière en avant.

Quelques-uns s'efforcent de sectionner *incomplètement* la symphyse, ou si la symphyse est coupée, ils essaient de respecter le ligament sous-pubien (Léopold, Zweifel).

Quant aux moyens contentifs, on a proposé, pour favoriser la consolidation du bassin, la suture osseuse (Léopold) et différents bandages inamovibles ou pouvant être facilement enlevés pour faire le pansement.

Voilà le résumé rapide de ce qui a été fait sur la question.

Je vous demande pardon, Messieurs, j'omettais quelque chose. Un accoucheur de Paris a lu à l'Académie de médecine, dont il est membre, un long mémoire sur la symphyséotomie. Dans cette communication se trouvent trois choses :

1° Un résumé de l'article Pubiotomie publié par le professeur Bouchacourt dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ;*

2° Un plaidoyer en faveur de la symphyséotomie ;

3° L'annonce que, dans les deux premières symphyséotomies pratiquées par moi, j'aurais eu un accident opératoire, et que des deux enfants, l'un serait né mort.

Or de ces trois choses, les deux premières ne sont pas nouvelles, car l'article du Pr Bouchacourt est publié depuis longtemps, et d'autre part, le plaidoyer venait un peu tardivement, — le 15 mars, — alors que j'avais fait ma leçon le 7 décembre l'année précédente.

Quant à la troisième, elle est simplement fausse. Je n'ai jamais eu d'accident opératoire et je n'ai jamais extrait un enfant né mort.

Vous voyez que je n'étais pas bien coupable d'avoir oublié cette communication, en énumérant les travaux sérieux faits sur la symphyséotomie. Cependant, pour ne rien omettre, je vais

encore vous signaler un rapport, fait par ce même accoucheur, et lu à l'Académie de médecine dans la séance du 6 septembre 1892.

Vous pourrez lire, dans ce rapport, les lignes suivantes (in *Bulletin de l'Académie de médecine*, page 399) : « En résumé, tous les opérateurs jusqu'à présent procèdent à peu près de la même manière, qu'ils se servent de la faucille de Galbiati ou du simple bistouri boutonné. *Tous attaquent la symphyse d'arrière en avant.* »

Vous entendez bien, Messieurs, tous les opérateurs attaquent la symphyse d'arrière en avant, d'après cet auteur ; ceci est écrit et même se trouve en caractères italiques dans le Bulletin officiel de l'Académie. Et alors on trouve, quelques lignes plus loin, le conseil d'attaquer la symphyse d'avant en arrière, après avoir *décollé les tissus rétro-pubiens !*

Il y a un mot ou plusieurs, pour qualifier cette manière d'agir ; je préfère n'en prononcer aucun, ayant hâte d'abandonner ce terrain pour revenir à mon sujet et examiner les trois questions suivantes :

1° Que nous a appris l'expérience ?

2° Quelle place doit occuper la symphyséotomie dans l'obstétrique opératoire ?

3° Quels sont et quels seront ses rapports avec les autres opérations ?

1° *Que nous a appris l'expérience ?*

Nous avons appris, Messieurs, par les 13 cas qui ont été observés dans cette clinique, que les résultats obtenus sur le cadavre peuvent être obtenus de la même façon sur la femme vivante, et que la formule géométrique du professeur Farabeuf est parfaitement exacte.

Nous avons appris que le manuel opératoire que nous avions conseillé, que nous avons employé, et que je vous demande la permission de rappeler brièvement, rend l'opération facile et protège absolument les organes qui ne doivent pas être atteints.

Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, la femme doit être

placée dans le décubitus dorsal parfait, au bord d'un lit résistant et de hauteur modérée, afin de pouvoir dominer du regard, tombant à pic, la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser. Si, sur le cadavre, on peut se placer à droite pour pratiquer la symphyséotomie ; sur le vivant, il vaut mieux, en raison du développement du ventre, se placer entre les jambes. C'est ainsi que j'ai toujours procédé sur le vivant. Inciser sur la *ligne médiane*, exactement sur cette ligne, les téguments et la graisse prépubienne dans une étendue de 8 centim. environ. L'incision s'arrêtant au-dessus du clitoris, séparer les muscles droits dans la partie supérieure de la plaie et immédiatement au-dessus de la symphyse, pour permettre au doigt, l'index, de pénétrer dans la cavité prévésicale, et de protéger la vessie. Ce doigt joue, pour moi, un rôle capital : il protège, il renseigne. Il protège la vessie par sa face dorsale, il sent souvent le bourrelet de la symphyse (mais pas toujours, car ce dernier est quelquefois si peu accusé que sa saillie n'est pas appréciable) et alors rend facile la section. Dès que le bistouri a pénétré dans la symphyse, c'est ce doigt, sur lequel vient buter l'extrémité boutonnée de l'instrument, qui rend compte des progrès de la section jusqu'aux dernières fibres du ligament sous-pubien. Le doigt étant ainsi dans la cavité prévésicale, inciser la symphyse de haut en bas (1) et d'*avant en arrière* par plusieurs traits de bistouri, en laissant ce dernier pénétrer là où il trouve le moins de résistance. Dès qu'on a pénétré dans la symphyse, il faut laisser le bistouri nous guider pour ainsi dire, et ne pas vouloir lui faire suivre la ligne droite d'une façon immuable.

Ne pas s'arrêter après la section de la symphyse, mais *sectionner complètement le ligament sous-pubien*. Pour cette section, prendre la précaution de faire introduire une sonde dans l'urèthre, afin de récliner ce dernier en bas vers le côté ; puis attaquer avec précaution le ligament par petits coups, en cou-

(1) Une seule fois, voyez l'observation VIII, le Dr Lepage a incisé de bas en haut, mais il n'a pas l'intention de recommencer.

pant pour ainsi dire fibre par fibre. Le doigt renseigne sur les progrès accomplis, et, règle générale, au moment où le doigt apprend qu'il ne reste que quelques fibres, qu'une petite corde résistante, cette corde se rompt, et l'écartement spontané, qui n'était que de quelques millimètres, augmente subitement et atteint deux à trois centimètres. Une prudente abduction des cuisses montre alors qu'un écartement plus considérable peut être facilement obtenu. *Je ne saurais trop répéter, qu'avant toute tentative obstétricale, il faut s'assurer que la section est complète,* qu'il ne reste rien dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire qu'*il faut que les pubis soient écartés de quatre centimètres au moins* (1).

Si l'abduction des cuisses ne suffit pas pour produire cet écartement, l'écarteur enregistreur que nous avons fait construire par M. Collin, et que je vous montre, introduit entre les deux surfaces de section, produira facilement le résultat désiré et indispensable. Cela fait, remplir la plaie et la recouvrir avec une éponge, avec de la gaze ou de la ouate antiseptique. Vous voyez que je rejette complètement et absolument la section sous-cutanée, l'incision de la symphyse de bas en haut, et l'incision d'arrière en avant. *Vous voyez surtout que je suis en contradiction formelle avec ceux qui préconisent la section incomplète ou le respect du ligament sous-pubien.* Je suis convaincu que si j'avais obtenu un écartement préalable de 4 centimètres, dans ma première opération, avant d'extraire le fœtus, au lieu de laisser à la tête dernière le rôle d'écarteur, j'aurais obtenu un meilleur résultat.

Cela dit pour le manuel opératoire de la symphyséotomie proprement dite, j'examine une question obstétricale et je dis : avant symphyséotomie comme après symphyséotomie, il est préférable que l'enfant se présente par le sommet. Une application

(1) Si, dans nos observations, nous nous sommes arrêtés presque toujours au-dessous de quatre centimètres, l'expérience et les expériences nous ont démontré que l'on peut aller plus loin avant toute intervention obstétricale et qu'un écartement de quatre centimètres *au moins* est nécessaire.

de forceps est préférable à une extraction par les pieds. Telle est ma conviction.

Mais ici encore, je ne saurais trop répéter que *l'application de forceps doit être une application de forceps régulière*. Introduisez donc la main assez profondément pour placer votre première cuiller, directement en arrière, au niveau de la région préauriculaire ; si la tête est défléchie, fléchissez-la au préalable avec la main, rien n'est plus facile ; cela fait, introduisez l'autre branche sans déplacer ni la première ni la tête. Rappelez-vous que si les deux cuillers introduites et placées ne sont pas sur le même plan, si vous êtes obligés de faire des efforts pour articuler, vos cuillers sont mal placées, votre tête est mal prise, et tout à l'heure, en tirant, vous allez sans vous en douter, faire subir localement à la tête des pressions énormes et provoquer des fractures, — vous vous rappelez ce qui s'est passé dans notre 13e observation. — Donc, *nécessité absolue d'une application de forceps régulière sur une tête fléchie, après comme avant symphyséotomie*.

De même qu'après la section de la symphyse, je préfère intervenir et ne pas laisser aux contractions seules le soin d'expulser le fœtus, de même, après l'extraction du fœtus, je ne prolonge pas la période de délivrance. Si après un quart d'heure le placenta n'est pas décollé, je pratique la délivrance artificielle, car la femme, sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, est exposée à perdre plus de sang, et il est nécessaire de continuer l'anesthésie jusqu'à la fin de la suture de la plaie.

Aussitôt après la délivrance, je fais et vous conseille de faire une injection intra-utérine. Lorsque l'eau revient claire et que l'utérus est bien rétracté, j'introduis dans le vagin de la gaze iodoformée, puis je nettoie la plaie avec une éponge trempée dans une solution phéniquée à 5 p. 100, et je procède à la suture des *parties molles*.

Les symphyses rapprochées et bien en contact, je place quatre fils d'argent profonds rasant la face antérieure du pubis et quatre superficiels ; et je recouvre le tout d'iodoforme et de gaze iodoformée.

Puis, les jambes ayant été rapprochées et maintenues à l'aide d'un lien quelconque, la femme est placée ici, soit dans le lit que j'ai fait faire et que je vous montre, — lit qui permet, à l'aide de ses deux tampons latéraux et concaves, de maintenir constant le rapprochement des os du bassin, — soit dans une gouttière de Bonnet. Si cela est possible dans une maternité, cela peut être impossible dans la pratique ordinaire; aussi, je crois que le simple rapprochement des jambes avec un bandage de corps bien appliqué et bien serré au niveau du bassin, ou un bandage plâtré, comme je l'ai fait pour ma première opérée, sont parfaitement suffisants.

La supériorité de mon lit ou de la gouttière de Bonnet consiste dans la facilité avec laquelle le corps tout entier peut être soulevé, sans déterminer le moindre mouvement du côté du bassin.

Le 8e jour, les fils doivent être enlevés, et à ce moment les femmes se retournent déjà dans leur lit avec facilité et sans douleur. Si une de nos femmes s'est levée à notre insu, le 16e jour, sans qu'il en soit résulté le moindre accident, je crois prudent de ne les faire lever que vers le 20e jour. Telle est la meilleure conduite à tenir, selon moi, pendant et après l'opération.

L'expérience m'a démontré que je ne m'étais pas trompé lorsque je disais il y a un an : « M. le Dr Spinelli, ancien assistant du professeur Morisani, a bien voulu, non seulement me donner les renseignements les plus complets sur les différents procédés employés en Italie, mais encore exécuter devant nous cette opération sur le cadavre telle qu'on l'exécute à Naples. *Je crois que ce manuel opératoire peut être simplifié et rendu plus sûr.* » La section de la symphyse à ciel ouvert, de haut en bas et d'avant en arrière, qu'on peut appeler le *procédé français*, est une opération qui ne nécessite nullement un appareil instrumental compliqué.

Un bistouri à lame courte, solide et mince, et un bistouri boutonné sont absolument suffisants. Mais je ne saurais trop vous recommander d'avoir à votre disposition une scie à chaîne et

l'écarteur enregistreur. La scie à chaîne sera votre ressource ultime si vous ne pouviez par hasard sectionner la symphyse. On a dit que dans certains cas la symphyse était ankylosée ; cela peut être, car je n'ai pas la prétention d'avoir tout vu, mais tout ce que je puis vous affirmer, c'est que j'ai sectionné la symphyse sur plus de 100 cadavres de femmes âgées, sans avoir jamais rencontré d'ankylose.

L'écarteur enregistreur vous servira surtout à suivre les progrès de l'écartement pendant l'extraction. Nous avons vu, dans plusieurs de nos observations, l'écartement dépasser 6 centim., et dans ces cas, la consolidation du bassin se faire aussi bien et aussi vite que dans les cas où l'écartement n'avait pas dépassé 4 centim.

Je crois qu'il serait imprudent de dépasser 7 centim., et qu'il faut redoubler de lenteur dans l'extraction et faire immobiliser le bassin, lorsque l'aiguille commence à dépasser 6 centim. Et si j'insiste sur ce point, c'est bien moins dans la crainte de produire des lésions au niveau des symphyses sacro-iliaques, que dans le but d'éviter des lésions des parties molles au niveau de la vulve, du vagin et de la vessie. Nous n'avons jamais observé de lésions ni de l'urèthre ni de la vessie ; mais, dans trois cas (voy. les obs. VI, IX, XI), nous avons reconnu, après l'extraction, une petite déchirure vestibulo-vaginale, communiquant dans un cas au moins avec la plaie opératoire. Ces déchirures guérirent rapidement et sans sutures, mais de semblables solutions de continuité pourraient être le point de départ de lésions plus étendues, plus profondes et par cela même beaucoup plus graves.

Voilà, Messieurs, ce que nous a appris notre expérience.

J'arrive à la seconde question : *quelle place doit occuper la symphyséotomie dans l'obstétrique opératoire ?*

Aujourd'hui, l'on peut dire que non seulement la symphyséotomie est ressuscitée, mais encore qu'elle doit tenir une des premières places parmi les opérations obstétricales.

Elle doit tenir, dis-je, une des premières places, parce qu'elle

est surtout et avant tout une opération conservatrice. Elle ne lèse et ne doit léser aucun organe important de l'organisme maternel. Elle peut et doit soustraire l'enfant à toutes lésions graves. Est-ce à dire que les statistiques n'enregistreront pas de décès maternels ou fœtaux? Assurément non. Mais, ira-t-on incriminer l'opération dans tous ces cas? On pratiquera la symphyséotomie sur des femmes ayant déjà subi des applications de forceps et déjà infectées ; ces femmes succomberont. Auront-elles succombé de par la symphyséotomie? Non. L'embryotomie ou l'opération césarienne n'auraient pas donné de meilleurs résultats. Je ne me fais pas d'illusion, je serai combattu et traité d'enthousiaste ; mais en attendant que l'on me démontre qu'une femme est morte uniquement de et par la symphyséotomie, je persiste dans ma conviction.

J'ai eu la joie de voir mon maître, M. Tarnier, appuyer la symphyséotomie de sa grande autorité. J'ai eu la joie non moins vive de voir le grand césarien, le professeur Léopold, adopter et mettre en pratique notre manière de voir. Je vois que nombre de nos collègues, de nos confrères pensent et agissent comme nous. Cela me suffit. Je laisse aux faits le soin d'entraîner ou de convertir les autres.

Il nous reste à examiner la troisième question : *Quels sont et quels seront les rapports de la symphyséotomie avec les autres opérations obstétricales?*

Elle en aura de bons avec les unes, de fort mauvais avec les autres. Parmi ces dernières, je cite tout d'abord l'embryotomie pratiquée sur le fœtus vivant. Celle-là a vécu. Nous sommes à jamais débarrassés de ce cauchemar !

L'opération césarienne, suivie ou non de l'amputation utéro-ovarique, deviendra de plus en plus rare. Elle trouvera encore ses indications dans les cas de tumeurs utérines ou autres remplissant l'excavation; mais heureusement, combien ces cas sont peu nombreux ! Et encore, dans quelques-uns, la symphyséotomie pourra-t-elle trouver son indication. C'est ainsi que mon chef de clinique, le Dr Lepage, a pratiqué en ville, avec succès

pour la mère et pour l'enfant, une symphyséotomie dans un cas où une tumeur oblitérait en partie l'excavation.

Pour les rétrécissements du bassin, l'opération césarienne ne doit plus reconnaître comme indication qu'une *indication absolue*.

Messieurs, ces bassins à indication absolue sont tellement rares que vous avez toutes les chances pour n'en rencontrer jamais.

Si les rapports de la symphyséotomie avec l'embryotomie fœticide et l'opération césarienne sont faciles à délimiter, la tâche n'est pas encore aussi aisée, quand il s'agit d'établir les rapports de la symphyséotomie, d'une part avec l'accouchement provoqué, d'autre part avec les applications de forceps.

Cependant on peut dire, je crois, dès aujourd'hui, que la symphyséotomie est appelée à rendre un grand service à l'accouchement provoqué. Elle nous évitera de pratiquer désormais des accouchements *provoqués par trop prématurés*. La crainte de l'obstacle, de la filière pelvienne rétrécie, ne hantera plus autant nos esprits, et sachant que nous avons la faculté, j'allais dire la facilité d'agrandir la voie, nous attendrons avec calme que la vitalité du fœtus, que son aptitude à vivre de la vie extra-utérine soient certaines.

Le point délicat et qui ne sera jugé que par une longue expérience, par un nombre considérable de faits bien observés, est le suivant : vaut-il mieux provoquer un accouchement à 8 mois, comptant sur un accouchement spontané, que d'attendre la déclaration du travail spontané et tempestif et de pratiquer la symphyséotomie ? Je ne me reconnais pas le droit de vous dire aujourd'hui quelle est mon opinion à ce sujet. J'en ai une ; mais j'attends pour la faire connaître que des observations nombreuses soient venues l'appuyer ou la modifier.

Si la symphyséotomie doit faire disparaître l'accouchement provoqué trop prématuré, elle doit faire disparaître également *toute application de forceps dite de force*. Que de fois, dans la crainte de pratiquer l'embryotomie, et dans l'espoir d'extraire un

enfant vivant, n'avons-nous pas, n'ai-je pas, pourrai-je dire, exercé des tractions aussi fortes que longues et dont le résultat n'était autre chose qu'une céphalotripsie déguisée !

La symphyséotomie doit faire abandonner à tout jamais ces tractions meurtrières.

Quand une application de forceps régulière n'aura pu faire engager la tête après des tractions modérées, une seule chose est à faire : retirer l'instrument et pratiquer la symphyséotomie, comme je l'ai fait chez ma deuxième opérée dont le bassin, n'étant pas vicié par le rachitisme, était peu au-dessous de la normale, mais dont l'enfant était extrêmement volumineux.

Vous voyez, Messieurs, l'influence déjà exercée par la symphyséotomie sur la plupart des opérations obstétricales. Vous voyez son rôle bienfaisant s'exerçant et devant s'exercer sur presque toutes les viciations pelviennes : bassin simplement petit ou aplati, bassin vicié par le rachitisme, c'est-à-dire bassin vicié au détroit supérieur, bassin vicié au détroit inférieur, celui-ci gagnant plus que le détroit supérieur par la symphyséotomie. Il ne reste guère, après cela, que les bassins asymétriques et surtout les bassins obliques ovalaires avec synostose d'une symphyse sacro-iliaque.

Ici, Messieurs, la symphyséotomie perd la moitié ou la totalité de ses droits, cela est vrai ; mais je suis heureux de vous dire qu'on peut, dans ces cas, pratiquer avec succès une opération conçue, imaginée et réglée par le professeur Farabeuf, l'*ischio-pubiotomie*, que j'ai faite pour la première fois le 9 novembre dernier, et dont j'aurai l'honneur de vous entretenir dans une prochaine leçon.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE PENDANT L'ANNÉE 1893 (1)

Suivant l'engagement pris par moi de faire, chaque année, le 7 décembre, date anniversaire de ma première leçon sur cette question, un exposé analytique et synthétique des symphyséotomies pratiquées dans mon service, je vais aujourd'hui, comme je l'ai déjà fait l'an dernier à pareille époque, établir notre bilan et préciser l'actif et le passif de la symphyséotomie, à la Clinique Baudelocque, pendant l'année 1893.

Depuis le 1er janvier 1893 jusqu'à aujourd'hui, 13 symphyséotomies ont été faites à la Clinique Baudelocque :

2	ont été	pratiquées	par le Dr Lepage, chef de clinique ;
2	»	»	par le Dr Varnier, professeur agrégé ;
9	»	»	par moi-même.

Je vais vous lire le résumé de chaque observation et vous en montrer le résultat (mère et enfant) pour la plupart des cas, car ces femmes, sollicitées par nous de revenir aujourd'hui, ont presque toutes répondu à notre appel, ainsi, du reste, que celles qui ont été opérées l'année dernière et que je vous montrerai également.

Observation 55. — XIVe Symphyséotomie, 12 janvier 1893. (Pinard.)

C..., 28 ans, IIIpare. Entrée à la Clinique le 10 janvier.

Antécédents. — Première grossesse en 1889, accouchement à la Maternité, terminé par application de forceps, après deux jours de travail, et après avoir pris en ville 4 gr. de seigle ergoté. Enfant mort. Fistule vésico-vaginale consécutive ou vésico-utérine (?).

(1) Leçon faite le 7 décembre 1893. *Ann. de Gynéc.*, 1894, t. XLI, p. 1.

Deuxième grossesse en 1891, terminée à 4 mois par l'expulsion de 2 jumeaux.

Troisième grossesse. Dernières règles, 26 avril 1892.

A son entrée à la Clinique le 10 janvier, cette femme perdait du liquide qu'elle croyait être de l'urine, mais qui était probablement du liquide amniotique.

Diamètre promonto-sous-pubien. 9 centim.

Tête en bas, débordant les branches du pubis, dos à droite.

Premières douleurs le 11 janvier à 10 heures du soir; à 11 heures, le 12, la dilatation est complète; à 1 heure et demie, la tête n'ayant aucune tendance à s'engager, malgré des contractions fréquentes et énergiques et une orientation normale, je pratique d'emblée la symphyséotomie (1). Écartement spontané de 30 millim.; je provoque un écartement de 45 millim. en écartant doucement les cuisses, puis, je les fais rapprocher de façon à maintenir un écartement de 35 millim.

Application de forceps régulière et extraction facile d'un enfant en état de mort apparente, ranimé complètement, en huit minutes, par désobstruction des voies respiratoires, et insufflation.

Le liquide amniotique étant fétide, on pratique immédiatement la délivrance artificielle et le lavage antiseptique de la cavité utérine. Sutures au fil d'argent : 4 profondes et 3 superficielles, pansement à l'iodoforme. Application de la ceinture métallique. Fils enlevés le dixième jour.

Réunion par première intention. Légère phlegmatia de la jambe gauche, le huitième jour. Cette femme se lève le 20 février ne perdant plus d'urine. Elle quitte le service le 4 mars avec son enfant. Ce dernier pesait à sa naissance 3,180 gr. et avait un diamètre biparietal de 80 millim.; il pesait à sa sortie 3,980 gr.

Observation 154. — XV^e^ Symphyséotomie, 1^er^ février 1893. (Pinard.)

R..., 29 ans, secondipare, entrée à la Clinique le 25 novembre 1892.

Antécédents. — Premier accouchement en 1888, terminé à 8 mois et demi à la Maternité de Beaujon par une application de forceps. Enfant petit (2 kilogr.), élevé dans une couveuse. Mort à 5 ans de diphtérie.

Deuxième grossesse. Dernières règles au commencement de mars 1892.

Bassin aplati et asymétrique. Diamètre promonto-sous-pubien, 101 millim. Je laisse la grossesse aller à terme.

Le 1^er^ février à minuit, premières contractions utérines douloureuses. A ce moment, tête en bas mobile, dos à gauche. A 8 h. 15, la dilatation est complète et la poche intacte. Rupture artificielle des membranes à 8 h. 15. Liquide amniotique abondant et verdâtre. A 10 h. 5, la tête bien orientée ne s'engageant

(1) J'ai éprouvé quelque difficulté à faire pénétrer mon index derrière la symphyse en raison de la présence de la tête enclavée contre les parois du bassin. Je dus la faire soulever par un aide qui introduisit un doigt dans le vagin et me rendit ainsi le champ libre.

pas, sous l'influence des contractions, je résolus de pratiquer la symphyséotomie.

Section de la symphyse à 10 h. 27. Écartement spontané, 37 millim. Je provoque, par l'abduction des cuisses, un écartement de 45 millim. Application de forceps et extraction facile d'un enfant qui crie aussitôt. Au moment du dégagement des épaules, l'écartement fut de 5 centim. Délivrance artificielle à 10 h. 38. Injection intra-utérine au bi-iodure. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Sutures au fil d'argent, 3 profondes et 4 superficielles enlevées, le 8 février. Placée dans une gouttière de Bonnet après application d'un bandage de corps.

Lymphangite du sein pendant les suites de couches; se lève le 33e jour et marche très bien.

Enfant pesant à sa naissance 2,800 gr., avec un diamètre bipariétal de 95 millim., et pesant le 11 mars, jour de sa sortie, 3,180 gr.

Observation 160. — XVIe Symphyséotomie, 2 février 1893. (Pinard.)

L..., 25 ans, IIIpare, entre à la Clinique le 26 janvier 1893.

Antécédents. — Première grossesse terminée par un accouchement spontané à terme. Enfant vivant, mort deux jours après sa naissance. Deuxième grossesse terminée par un accouchement spontané à terme, enfant vivant, mort à 8 mois.

Troisième grossesse, dernières règles du 16 au 21 avril 1892.

Bassin symétrique; diamètre promonto-sous-pubien, 98 millim. Tête en bas, non engagée, dos à droite. Je laisse la grossesse aller à terme.

Le 1er février, à 7 heures du soir, premières contractions utérines douloureuses. Tête ayant une tendance à glisser dans la fosse iliaque gauche, ramenée et fixée à l'aide de la ceinture eutocique.

Le 2, à 1 h. 25, dilatation complète, membranes intactes. Rupture artificielle des membranes. Liquide vert. La tête bien orientée ne s'engage pas. A 2 heures et quart, je pratique la symphyséotomie d'emblée. Écartement spontané de 35 millim. Je provoque, par l'abduction des cuisses, un écartement de 40 millim.

Application de forceps. Extraction facile d'un enfant vivant. Au moment de la rotation de la tête, écartement de 57 millim. Enfant pesant 2,390 gr. et ayant un diamètre bipariétal mesurant 99 millim. et un diamètre bitemporal de 96 millim. Délivrance par expression à 2 h. 25. Injection intra-utérine au bi-iodure. Sutures au fil d'argent, 3 profondes et 4 superficielles, enlevées le 10 février. Le 22, bandage de corps et ceinture. La femme se lève et marche très bien.

L'enfant pesait à sa sortie, le 4 mars, 4,060 gr.

Observation 181. — XVIIe Symphyséotomie, 6 février 1893. (Lepage.)

C..., primipare, 25 ans, entre à la Clinique, le 6 février, à 10 heures du matin. Examinée en ville par une sage-femme et un médecin qui ont constaté une vicia-

tion du bassin et ont, pour cette raison, amené cette femme à la Clinique. On constate, à son entrée, que cette femme est près du terme. La tête est en bas et non engagée ; le dos à gauche. Enfant vivant. La dilatation est grande comme une pièce de 5 francs et les membranes sont intactes. On arrive facilement sur la face antérieure du sacrum, mais l'engagement de la poche ne permet pas d'arriver jusque sur l'angle sacro-vertébral. Je recommande, lorsque la dilatation sera complète, de rompre les membranes et d'attendre et, si l'accouchement spontané n'a pas lieu, de faire une application de forceps sans tractions fortes ni prolongées et, si cela ne suffit pas, de pratiquer la symphyséotomie.

A 11 h. 30, la dilatation est complète. M. Lepage rompt les membranes, le liquide amniotique qui s'écoule est normal. Deux heures plus tard, la tête ne descendant pas, M. Lepage fait une application de forceps, sous le chloroforme, et exerce des tractions soutenues mais sans force, pendant six minutes, sans faire descendre la tête. Il se décide alors à pratiquer la symphyséotomie qui est faite à 2 h. 55. Extraction d'un enfant vivant pesant 2,950 gr. et ayant un diamètre biparié tal de 92 millim. Délivrance par expression à 3 h. 20. Sutures au fil d'argent : 3 points profonds, 5 superficiels. Fils enlevés le 13 février. Bandage de corps et gouttière de Bonnet. La femme se lève le 24e jour et marche bien.

L'enfant a été envoyé en nourrice, pesant 3,020 gr.

Observation 389. — XVIIIe Symphyséotomie, 19 mars 1893. (Pinard.)

La nommée L..., 35 ans, entrée à la Clinique le 7 février 1893.

Antécédents. — Premier accouchement à terme, 11 novembre 1890, terminé par une application de forceps à la Maternité, après un travail ayant duré quarante-quatre heures. L'enfant vivant pesait 3 kilogr., d'après les renseignements donnés par Mme Henry.

Deuxième accouchement. Dernières règles du 25 au 29 mai 1892. Présentation du siège ; version par manœuvres externes. Entrée à la salle de travail le 19 mars à 7 heures du matin, avec des contractions utérines douloureuses. Dilatation comme une paume de main à 2 heures du soir. A 5 heures, dilatation complète. L'enfant se présente par le sommet en D. T. La tête est amorcée. M. Lepage tente une application de forceps, la femme étant soumise à l'anesthésie. Les tractions sont commencées à 5 h. 20 ; la tête s'amorce davantage.

M. Lepage augmente alors l'intensité des tractions ; mais, après deux minutes, la tête ne descend plus. M. Lepage s'arrête, retire les branches de l'instrument et me fait prévenir. En raison de ce qui s'était passé, je pratique immédiatement la symphyséotomie, dès mon arrivée à 6 h. 30. Écartement spontané de 15 millim. ; écartement provoqué de 50 millim. Pendant la rotation, l'écartement est porté à 55 millim. Extraction d'un enfant vivant qui crie immédiatement, qui présente une paralysie faciale et qui pèse 3,900 gr. ayant rendu son méconium.

Diamètre bipariétal, 96 millim. Diamètre bitemporal, 92 millim.

Délivrance artificielle à 6 h. 52. Injection intra-utérine au biiodure. A 6 h. 55, suture aux fils d'argent : 3 points profonds, 4 superficiels. Durée totale de l'opération, trentre-quatre minutes. Gouttière de Bonnet.

Le 25 mars, on enlève la gouttière et on fixe le bassin par une ceinture. Le 27 mars, on enlève les fils. La femme se lève et marche très bien le 15 avril. L'enfant pesait, le dix-huitième jour, 4,130 gr.

Cette femme est restée nourrice dans le service. Vous avez pu la voir tous les jours, ainsi que son enfant qui est magnifique.

Observation 410. — XIXe Symphyséotomie, 23 mars 1893. (Pinard.)

B..., Louise, 39 ans, IIIpare, entrée à la Clinique le 1er mars 1893.

Antécédents. — Premier accouchement à terme en 1887, sommet ; après quatre jours de travail, basiotripsie.

Deuxième accouchement, le 19 avril 1890, à la Clinique Baudelocque. Accouchement provoqué à l'aide du ballon Champetier ; application de forceps au détroit supérieur, extraction d'un garçon de 3,050 gr. en état de mort apparente, insufflé sans succès pendant deux heures, mort à 1 heure du matin.

Troisième accouchement : début du travail, le 23 mars 1893, à 2 h. 40 du matin. A 10 heures du matin, examen ; diamètre promonto-sous-pubien, 104 millim. ; tête en bas, non engagée, dos à gauche. Beaucoup de liquide. Le col est en voie d'effacement ; les membranes sont rompues depuis 1 heure du matin.

A 1 h. 20 du soir, ralentissement brusque des bruits du cœur ; 76 pulsations par minute. A 1 h. 40, 128 pulsations. Les lèvres de l'orifice sont œdématiées et l'orifice est légèrement dilatable. Bien que l'orifice soit incomplètement dilaté, à 5 h. 35, en raison de l'irrégularité des pulsations, je pratique la symphyséotomie. Écartement de 40 millim. ; application de forceps ; écartement, au moment de l'engagement, de 55 millim. ; au moment de la rotation, de 60 millim. Extraction facile d'un enfant vivant, chez lequel on se contente de désobstruer les voies respiratoires, du poids de 3,730 gr.

Diamètre bipariétal, 99 millim. Diamètre bitemporal, 91 millim.

Délivrance artificielle dix minutes après l'extraction du fœtus. Injection intra-utérine. Suture au fil d'argent : 4 points profonds, 3 superficiels. Opération et pansement terminés à 6 h. 15 ; durée totale, quarante minutes. Les fils furent enlevés le 1er avril.

Le 15 avril, la malade se lève et marche très bien. Il y a chez elle incontinence d'urine, sans qu'il y ait aucune lésion de l'appareil urinaire, incontinence qui a disparu sous l'influence d'un traitement électrique dirigé par le Dr Larat.

Observation 554. — XX^e^ Symphyséotomie. (Pinard.)

Résumé de l'observation publiée *in extenso* in *Annales de Gynécologie*, juin 1891, p. 529.

Le 18 avril 1893, Vpare, apportée à la Clinique Baudelocque à 9 heures du matin.

Antécédents. — 1^er^ accouch. à terme, spontané, fille vivante;
2^e^ » » sommet, forceps, garçon mort-né;
3^e^ » » spontané, fille vivante ;
4^e^ » » » » »

Grossesse actuelle à terme. Diamètre promonto-sous-pubien, 104 millim. Rupture prématurée des membranes, depuis 66 heures ; surveillée par une sage-femme depuis trois jours ; examinée par un médecin de la ville qui, ayant constaté le rétrécissement du bassin, conseille le transport à la Clinique.

Enfant vivant O.I.G.T., tête non engagée, bruits du cœur modifiés. Dilatation comme une pièce de 5 francs ; liquide vert épais, extrêmement fétide ; pouls 84, température 37°,2.

Symphyséotomie d'emblée : écartement primitif, 35 millim. ; forceps, extraction facile ; écartement secondaire, 55 millim. Enfant pesant 3,700 gr., en état de mort apparente, fortement coloré par du méconium et exhalant une odeur repoussante, ranimé en neuf minutes.

Diamètre biparietal, 93 millim.

Mère morte de septicémie le neuvième jour. (Voir l'observation *in extenso* avec autopsie in *Annales de Gynécologie*, juin 1893, p. 529.)

Enfant ayant eu une broncho-pneumonie le troisième jour, sorti en bon état le 8 mai, pesant 3,790 gr.

Observation 722. — XXI^e^ Symphyséotomie, 19 mai 1893. (Pinard.)

La nommée R..., 21 ans, primipare, entrée à la Clinique le 19 mai à 7 h. 30 du matin, en travail depuis 3 heures du matin.

Antécédents. — A marché à 7 ans.

Dernières règles du 12 au 15 juillet 1892. Grossesse à terme.

Examen. — Taille 1^m^,37 ; squelette très déformé par le rachitisme ; bassin très vicié, canaliculé. Diamètre promonto-sous-pubien, 88 millim., faux promontoire sacré. Enfant vivant, présentant le sommet non engagé en D. T. Membranes intactes ; le fœtus paraît petit, mais la tête déborde à ce point que je prends la résolution de pratiquer d'emblée la symphyséotomie à la dilatation complète.

Dilatation complète à 3 heures du soir. A 3 h. 25, je fais commencer l'anesthésie, et à 3 h. 36, je pratique la symphyséotomie. Écartement artificiel de 50 millim. ; rupture artificielle des membranes ; le liquide amniotique est vert et épais. Application de forceps ; extraction facile à 3 h. 48, sans augmentation de l'écartement des pubis pendant l'engagement, d'un garçon de 1,700 gr., en

état de mort apparente. Désobstruction des voies respiratoires ; l'enfant fait sa première respiration à 3 h. 50 et pousse son premier cri à 3 h. 55.

Diamètre bipariétal, 81 millim. Diamètre bitemporal, 71 millim.

Au moment du dégagement de la tête, on rapproche les jambes ; délivrance artificielle à 4 heures, injection intra-utérine. Sutures au fil d'argent : 4 points profonds et 4 superficiels. Pansement à la gaze iodoformée. Cette femme est placée dans le lit à symphyséotomie d'où elle est retirée le 24 mai pour être placée sur le lit Herbet ; le bassin est fixé par la ceinture métallique. Le 28 mai, on enlève les fils ; le 29 mai, on enlève la ceinture métallique que l'on remplace par une bande de flanelle. La malade se lève le 19e jour et marche très bien.

L'enfant, sorti le 28 juin, pèse 2,250 gr.

Observation 863. — XXIIe Symphyséotomie, 15 juin 1893. (Pinard.)

VIIpare de 36 ans. D. R. du 26 au 30 septembre.

Entrée à la Clinique, en travail, le 14 juin, à 5 heures du soir.

1er accouch en 1880 ; spontané, à terme, garçon actuellement vivant.

2e — 1882 — — fille — —

3e — 1884 — — garçon — —

4e — 1886 ; terminé par une application de forceps ; enfant mort pendant l'extraction qui avait produit de l'exophtalmie.

5e — 1889 ; spontané, à terme, fille morte à 2 ans et demi de rougeole ;

6e — 1890 ; terminé par une application de forceps ; fille morte à 15 mois.

Bassin vicié par le rachitisme. Diam. pr.-s.-p. 92.

L'enfant, vivant, se présente par le sommet non engagé en O. I. G. T.

A 11 h. 30 du matin, le 15 juin, la poche arrive à la vulve en refoulant les parois vaginales, car il y a rectocèle et cystocèle. Les bords de l'orifice sont appliqués sur les parois du bassin. La tête repose au-dessus de la fosse iliaque gauche et déborde considérablement quand on la ramène à l'entrée du bassin.

En raison de la minceur de la paroi abdominale et de la paroi utérine, considérant que les contractions utérines sont extrêmement violentes, craignant une rupture utérine, la tête reposant sur des épines osseuses très développées, M. Pinard prend la détermination de pratiquer d'emblée la symphyséotomie. Il ne rompt pas les membranes, voulant éviter aussi longtemps que possible les procidences.

A 11 h. 45, anesthésie. A midi 2, M. Pinard commence la symphyséotomie. Symphyséotomie complète ; écartement provoqué de 5 centim. Rupture des membranes. Forceps. Extraction à midi 17 (l'écartement n'ayant pas dépassé 55 millim.) d'un garçon vivant de 3,260 gr.

Diam. : O. M.	140	S. O. F.	112	Circonférences :
O. F.	120	Bip.	101	S. O. B. 31
S. O. B.	104	Bit.	80	S. O. F. 34

Délivrance artificielle. Sutures. L'opération est terminée à midi 37.

La température a oscillé de 38° à 39° pendant les neuf premiers jours. Réunion par première intention.

Se lève pour la première fois le 15 juillet. La prolongation du séjour au lit a été nécessitée par une eschare fessière due à l'appareil de contention.

L'enfant est envoyé en nourrice le 31 juillet. Il pèse 3,600 gr.

Sortie le 31 juillet en parfait état.

Observation 1071. — XXIII[e] Symphyséotomie, 11 juillet 1893. (Varnier.)

IVpare de 39 ans. D. R. du 15 au 20 octobre 1892. Entrée à la Clinique le 17 juin 1893. Bassin rachitique canaliculé. Pr.-s.-p. 105. On laisse se continuer la grossesse.

Antécédents. — Premier accouchement à terme en 1881, terminé par crâniotomie (Belgique).

Deuxième accouchement à terme en 1883, à Lariboisière D. R. le 25 novembre. Entrée à la Maternité le 15 septembre 1883, en travail depuis la veille à 10 heures du soir. Enfant vivant présentant le sommet en O. I. G. T. non engagé. Dilatation complète le 15, à 9 heures du soir.

Rupture artificielle des membranes. Extraction à 10 heures du soir, à l'aide d'une application de forceps, d'un garçon de 3,300 gr. ayant un enfoncement du frontal gauche. Parti en nourrice le 24 septembre en bon état. Cet enfant a vécu. Biparietal, 85 millim.

Revu le 6 juin 1893; l'enfoncement est encore visible. L'enfant, d'ailleurs bien développé, a de l'incontinence nocturne d'urine.

Troisième accouchement en 1885 à Lariboisière. D. R. le 26 octobre, entrée le 11 juillet 1885. Dans la nuit du 6 au 7 juillet, hémorrhagie; nouvelle hémorrhagie plus abondante dans la nuit du 8 au 9. C'est pour ces hémorrhagies qu'elle vient consulter. Ventre pendulum, enfant vivant; présentation de l'épaule gauche, dos en avant. Col non effacé. Placenta prævia. Vers 5 heures du soir, hémorrhagie.

A 11 heures, hémorrhagie grave; version par manœuvres externes. Ceinture. Tamponnement vaginal.

A 2 heures du matin, envies de pousser. Le tampon enlevé, rupture artificielle des membranes. Procidence du cordon. Mort de l'enfant.

A 5 heures du matin, basiotripsie par M. Pinard. Poids, 2,500 gr.

Quatrième accouchement (actuel). Dans la nuit du 10 au 11 juillet 1893, cette femme a une hémorrhagie légère qui cède à la suite d'une injection chaude.

A 4 heures du matin, nouvelle hémorrhagie qui s'arrête de même.

Le 11 juillet, vers 8 heures du soir, G. perd brusquement un flot de liquide amniotique teinté de sang. Les douleurs apparaissent à 9 heures, revenant régu-

lièrement toutes les 10 minutes. En relevant la ceinture pour ausculter, Mlle Roze trouve une présentation du siège ; un membre est dans la poche qui paraît flasque. Version par manœuvres externes. La tête, ramenée à l'entrée du bassin, est surveillée par une aide ; les bruits du cœur sont normaux.

La dilatation est complète à 10 h. 35 du matin, le 12 juillet. La tête reste très élevée, mobile en G. T.

M. Varnier fait endormir la parturiente, rompt les membranes, explore à nouveau le bassin, par le toucher manuel, et s'assure qu'il n'y a pas de procidence.

A 10 h. 53, incision cutanée pour la symphyséotomie; à 10 h. 55, introduction du doigt derrière la symphyse, recherche et attaque de cette symphyse. Après échec de cette recherche, et sans croire à une ankylose, M. Varnier se décide à pratiquer la pubiotomie avec ciseau et marteau de Mac Even qu'il avait fait préparer d'avance, la disposition de la symphyse ayant inspiré des craintes à M. Pinard et à lui, lors de l'examen pratiqué à l'entrée et pendant le travail. En effet, la région clitoridienne était le siège de varices très développées, et la commissure antérieure de la vulve était à ce point prépubienne qu'on avait résolu d'attaquer, exceptionnellement, d'arrière en avant, si possible.

La section osseuse se fait sans difficultés, en 13 minutes, à petits coups, et on produit un écartement artificiel de 50 millim. Après quoi, application de forceps et extraction d'un garçon vivant, criant de suite, de 3,770 gr.

Diam. :	O.M.	126	S.O.F.	115
	O.F.	116	Bip.	98
	S.O.B.	105	Bit.	83

La tête est très ossifiée; la fontanelle antérieure est très petite. L'opération a duré 38 minutes. Avant la suture de la plaie, M. Varnier s'est assuré que la section avait porté sur le corps du pubis gauche, à 1 centim. environ de l'articulation mobile. Pas de suture osseuse.

Les 6e, 7e et 8e jour, la température oscille autour de 38o. Dès le 26, G. allaite son enfant. En la retirant du lit spécial, on trouve à la fesse droite une eschare de la largeur d'une pièce de 5 francs, eschare expliquant la température.

Les fils sont retirés le 1er août; réunion par première intention.

L'opérée se lève le 20e jour; elle ne se plaint que de son eschare qui est large comme une pièce de 5 francs, profonde, en voie de réparation.

Sort le 3 septembre en parfait état quant à son bassin. Elle marche aussi bien qu'auparavant. L'eschare fessière n'est pas cicatrisée complètement.

Le toucher ne fait découvrir aucune saillie appréciable au niveau de la section osseuse.

Poids de l'enfant à sa sortie, le 3 septembre, 4,390 gr.

Cette femme a été revue en décembre. L'eschare était guérie, et G. ne se plaignait d'aucun trouble de la miction, de la marche, ni de la station. L'enfant se développe bien.

Observation 1203. — XXIVe Symphyséotomie, 13 août 1893. (Lepage.)

Secondipare de 36 ans. D.R. du 12 au 15 novembre 1892. Entrée à la Clinique Baudelocque le 17 juillet 1893. On laisse aller.

Enfant vivant présentant le sommet non engagé en O.I.G.T.

Diam. pr.-s.-p. 9,3.

Antécédents. — 1er accouchement en 1891, à la Clinique Baudelocque, provoqué. D.R. 15 novembre 1890 ; entrée à la Clinique en juillet 1891.

Grossesse gémellaire : 1er fœtus : tête en bas, dos à droite ; 2e fœtus : tête dans l'hypochondre droit, siège dans le flanc gauche.

Vu les dimensions du bassin et le volume de la tête qui se présente la première, M. Pinard provoque l'accouchement le 28 juillet, à 11 heures du matin, à l'aide du ballon Tarnier, remplacé à 10 h. 40 du soir par le ballon Champetier.

Le ballon est expulsé, à 3 heures du matin, le 29 juillet.

A 3 h. 45, après rupture des membranes, la tête restant élevée, mobile en O.I.G.T. et très projetée en avant : deux applications infructueuses de forceps.

A 6 h. 40, M. Pinard extrait le premier fœtus par version, tête dernière ; mort-né, sans battements cardiaques.

A 6 h. 45, extraction, également par version, du second fœtus avec quelques battements du cœur qui cessent rapidement.

Le premier pèse 2,450 gr.

Diam. :	O.M.	123	S.O.F.	95
	O.F.	102	Bip.	94
	S.O.B.	87	Bit.	70

Autopsie. — Fracture du pariétal droit (tête conservée au Musée).

Le second pèse 2,220 gr.

Diam. :	O.M.	118	S.O.F.	102
	O.F.	108	Bip.	91
	S.O.B.	90	Bit.	70

Autopsie. — Pas de fracture du crâne, hémorrhagie méningée. Fracture des deux humérus à leur partie moyenne, et de la clavicule gauche.

Les suites de couches ont été bonnes.

2e accouchement. Le travail débute le 13 août 1893, à heures du matin ; entrée à la salle de travail à 11 heures.

La dilatation, à 1 heure du soir, est de 1 franc. A ce moment, rupture spontanée de la poche des eaux. Liquide vert, mais battements du cœur normaux. Dilatation complète à 5 heures du soir.

A 5 h. 15, chloroforme. A 5 h. 28, M. Lepage commence la symphyséotomie.

Symphyséotomie complète ; écartement provoqué, 53 millimètres.

A 5 h. 49, extraction à l'aide du forceps d'une fille vivante, de 3,730 gr., longue de 51 centim.

Diam. :	O.M.	137	S.O.F.	107
	O.F.	118	Bip.	94
	S.O.B.	89	Bit.	84

Poids à la sortie, le 14 septembre, 3,980 gr.

Suites de couches : 38° les 2e et 5e jours. Réunion par première intention ; enlèvement des fils le 21 août.

Le 23. L'opérée peut s'asseoir dans son lit.

Le 5 septembre, elle se lève 2 heures et, le 7 septembre, elle descend l'escalier.

Sort en parfait état le 14 septembre.

Observation 1322. — XXVe Symphyséotomie, 8 septembre 1893. (Varnier.)

Primipare de 22 ans. D. R. du 5 au 9 décembre 1892. Entrée à la Clinique le 8 septembre 1893 à 9 heures du soir ; la dilatation était comme une pièce de 50 centimes.

Enfant vivant, présentant le sommet non engagé en D. T.

Le lendemain matin, 9 septembre, à 9 heures, la dilatation égale 5 francs, la poche des eaux est volumineuse. Aucune tendance à l'engagement.

M. Varnier constate ce qui suit :

Taille 1 m. 38.

Tibias fortement incurvés, à convexité antérieure ; fémurs petits, à convexité antérieure exagérée.

Dans le décubitus dorsal, la crête iliaque gauche est notablement plus élevée que la droite ; il y a un raccourcissement très apparent du membre inférieur droit.

L'inclinaison latérale du bassin s'accentue dans la station debout. Il y a boiterie légère.

La femme étant debout, le pli fessier du côté droit est plus bas que celui du côté gauche.

Tous ces signes, l'absence d'antécédents pathologiques, de cicatrices, d'ankylose, de raideur, font diagnostiquer une luxation coxo-fémorale congénitale droite.

	A GAUCHE	A DROITE
Distance du grand trochanter à l'interligne articulaire du genou	34 cent.	30 cent.
Distance du grand trochanter à l'épine iliaque antéro-supérieure	6 c. 7	5 c. 9
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule	39 cent.	32 c. 5

La colonne vertébrale présente une incurvation légère à convexité gauche dans la région dorsale supérieure, et une autre plus prononcée dorso-lombaire.

La vulve est légèrement déviée à gauche.

M. Varnier fait endormir la parturiente pour pratiquer l'exploration manuelle du bassin.

Diamètre promonto-pubien, 9 centim. ; bassin annelé mais asymétrique (arrêt de développement à gauche ; aplatissement à droite).

Les ailerons du sacrum paraissent égaux. Articulations sacro-iliaques mobiles.

La poche des eaux, très volumineuse, est sans procidence. La tête fœtale n'est pas engagée. L'occiput est à droite ; la suture sagittale très en avant, tout près de la symphyse.

Le fœtus ne paraît pas très volumineux.

La dilatation est complète à 3 h. 10 du soir ; la rupture des membranes se fait alors spontanément. M^lle^ Roze trouve la tête toujours très élevée.

A 5 heures du soir, M. Lepage constate que l'orifice est revenu sur lui-même. La fontanelle postérieure est accessible.

Le pariétal antérieur chevauche, d'une façon notable, sur le pariétal postérieur. La tête, toujours orientée en transversale, est enclavée. La suture sagittale s'immobilise à 6 centim. de la symphyse. Les contractions faiblissent ; le liquide amniotique est vert. Les bruits du cœur sont à 100.

Vu l'arrêt de la descente et l'état de souffrance du fœtus, M. Varnier décide de pratiquer la symphyséotomie. Il est 7 h. 1/2 du soir.

Après écartement de 3 centim., la tête s'engage et descend ; à 7 h. 35, application de forceps au détroit inférieur et extraction (pendant laquelle l'écartement atteint 42 millim.) d'un garçon de 2,520 gr , étonné, mais qui pousse son premier cri 3 minutes après.

Diam. :	O.M.	138	S.O.F.	116
	O.F.	113	Bip.	85
	S.O.B.	102	Bit.	77

Poids à la sortie, le 8 octobre, 2,930 gr.

Suites apyrétiques.

Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le 18 septembre.

L'opérée se lève le 30 septembre et marche, dès le premier jour, sans difficulté

Sort le 18 octobre en parfait état. Revue le 7 décembre 1893. L'enfant se développe bien.

Observation 1656. — XXVI^e^ Symphyséotomie, 15 novembre 1893. (Pinard.)

H..., primipare, entrée à la Clinique le 25 octobre.

Antécédents. — A marché à 2 ans jusqu'à 4 ans. A ce moment, chute d'un troisième étage, ayant déterminé des accidents imposant le séjour au lit pendant deux ans. Abcès multiples au niveau de la hanche droite. Depuis, ankylose et claudication.

Examen. — Arrêt de développement très marqué du membre inférieur droit. Nombreuses cicatrices dans toute la portion droite du bassin, aussi bien au niveau de l'articulation coxo-fémorale qu'au niveau de la symphyse sacro-iliaque. Ankylose du fémur sur le bassin, empêchant tout mouvement d'abduction. Soumise à l'anesthésie le 30 octobre, on constate que le diamètre promonto-sous-

pubien mesure 103 et qu'il y a une projection de la tubérosité ischiatique droite. Le bassin est asymétrique ; l'arcade du pubis est rétrécie par le redressement du côté droit. Il est impossible de percevoir un mouvement au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

Tête non engagée, dos à gauche.

Début du travail, le 15 novembre à minuit. Dilatation complète le 15 novembre à 11 h. 5 du matin. Rupture artificielle des membranes. Anesthésie à 11 h. 8 et symphyséotomie rendue difficile par le défaut d'abduction du membre inférieur droit. Section de la peau à 11 h. 9 ; section du pubis à 11 h. 16. Écartement spontané, 1 centim. ; écartement provoqué, après abduction des cuisses, 4 centim.

A ce moment, on reconnaît que le bassin s'ouvre surtout du côté gauche. Le pubis du côté droit, beaucoup plus petit, très anguleux, est très peu mobile.

Application de forceps à 11 h. 19 ; l'écarteur ne peut se maintenir en raison de l'asymétrie des deux surfaces pubiennes. Écartement 6 centim. 5 pendant l'engagement ; au moment de la rotation 6 centim. (mesuré avec les doigts). Dégagement à 11 h. 29. L'enfant pousse son premier cri à 11 h. 35, après désobstruction des voies respiratoires. Il pèse 3,170 gr.

Pendant l'extraction, il se produit une déchirure de la paroi antérieure du vagin communiquant avec la plaie opératoire. (Le bassin n'a pas été refermé après l'engagement de la tête.)

Délivrance par expression simple à 11 h. 35. Injection intra-utérine. Tamponnement vaginal. Sutures au fil d'argent : trois points profonds, quatre superficiels. Pansement à l'iodoforme ; bandage de corps ; application de la ceinture métallique.

Première miction spontanée et volontaire. Le 16 novembre, on enlève le tampon vaginal et, à partir de ce moment, incontinence d'urine.

Suites opératoires absolument simples. Lymphangite du sein le 17e jour, rapidement guérie.

Cette femme se lève, pour la première fois, le 15 décembre et marche très bien. L'incontinence d'urine est due à une fistule vésicale d'origine traumatique et résultant de la pression exercée par l'angle du pubis immobile, au moment de l'extraction de la tête par le forceps. La malade va être opérée incessamment de cette fistule.

L'enfant, nourri par sa mère, pèse, le 31 décembre, 3,880 gr.

En récapitulant, nous trouvons que, pendant l'année 1893, la symphyséotomie a été pratiquée :

9 fois chez des multipares ;

4 fois chez des primipares.

Et au point de vue de la viciation pelvienne :

10 fois sur des bassins viciés par le rachitisme, et à peu près symétriques ;

3 fois sur des bassins asymétriques.

Examinons maintenant les résultats obtenus chez les mères et chez les enfants.

13 femmes opérées : 12 femmes vivantes. 1 femme morte.
13 enfants vivants.

Tel est le résumé en bloc. Entrons, maintenant, dans l'étude détaillée des faits, et recherchons quelles sont les complications et les accidents qui se sont produits au moment de l'opération ou depuis, et quel est, à l'heure actuelle, l'état de santé de nos opérées.

Au point de vue des complications, je n'ai à noter que le développement exagéré de varices au niveau de la région pubienne (obs. 10, n° 1071) et une disposition anormale de la symphyse, complication ayant déterminé M. Varnier à pratiquer la pubiotomie au lieu de la symphyséotomie. Par conséquent, complication rapidement et facilement vaincue.

Quant aux accidents, *nous n'en avons constaté aucun pendant la section et l'agrandissement du bassin*. Nous n'avons eu aucune hémorrhagie, autre que celle qui se produit assez souvent lorsqu'on achève la section de la symphyse ou du ligament sous-pubien, hémorrhagie veineuse que le simple tamponnement a toujours suffi à arrêter.

Mais, *pendant l'extraction du fœtus*, deux fois, nous avons vu se produire une déchirure de la paroi antérieure du vagin, faisant communiquer ce canal avec la plaie opératoire. Ces déchirures, qui se sont produites chez deux primipares, n'ont pas été assez étendues pour nécessiter une suture. Le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée a été suffisant pour provoquer une réunion par première intention.

De plus, dans un cas (obs. 26, n° 1656) il y a eu lésion du réservoir urinaire, au niveau du col vésical, et finalement fistule vésico-vaginale. Messieurs, cela ne m'a point étonné, car cette symphyséotomie a été une des plus osées qu'on puisse faire. En raison de la viciation pelvienne et de l'ankylose du membre inférieur droit, empêchant tout mouvement d'abduction, je ne pouvais chez cette femme songer à pratiquer l'ischio-pubiotomie.

J'étais forcé de choisir entre l'opération césarienne et l'agrandissement du bassin par simple symphyséotomie. Mes mensurations m'ayant démontré que cette dernière opération permettrait le passage de la tête, je lui donnai la préférence, bien que redoutant le défaut de mobilité du côté droit du bassin après la section du pubis, mais certain que si un accident se produisait, il ne pourrait compromettre la vie de cette femme.

Effectivement, après la section de la symphyse, en provoquant moi-même l'agrandissement du bassin, je constatai que l'écartement des pubis ne se produisait pas d'une façon symétrique. La moitié gauche s'écartait librement, tandis que la moitié droite restait plus ou moins immobile, et il en résulta, d'une part, que les deux surfaces de section ne furent bientôt plus dans le même plan et que, d'autre part, tandis que l'une, la gauche, était éloignée de la ligne médiane, la droite, très petite, de par l'arrêt de développement, s'écartait peu du plan médian. Or, c'est contre cet obstacle, immuable ou à peu près, que la vessie, pressée par la tête entraînée par le forceps, fut lésée et c'est ainsi que se produisit la fistule vésico-vaginale (1).

Malgré cet accident, les suites de couches furent très simples : il y eut réunion pubienne par première intention. La femme se lève et marche aussi bien qu'avant son accouchement. Elle allaite son enfant qui est en parfait état, comme vous avez pu le constater il y a un instant, et dans quelque temps, je prierai mon collègue et ami Segond, qui veut bien être mon collaborateur, d'opérer cette femme, et je ne doute pas du succès.

(1) Je ne puis m'empêcher de rapprocher de ce fait la seule autre fistule vésico-vaginale que j'aie provoquée en appliquant le forceps et qui s'est produite dans les circonstances suivantes :

Application de forceps chez une primipare âgée (38 ans), ayant un bassin que je considérai comme normal. Extraction difficile d'un enfant vivant ne présentant aucune lésion. Le lendemain, écoulement d'urine par le vagin. A l'examen je rencontrai un calcul ayant un centimètre de diamètre, faisant saillie dans le vagin à travers une solution de continuité de la vessie. Quatre calculs semblables furent éliminés les jours suivants. J'avais broyé un calcul entre la tête et la symphyse et l'un des débris avait perforé la vessie.

Enfin, chez une de nos opérées (obs. 19, n° 410), on observa, quelques jours après la symphyséotomie, de l'incontinence d'urine, sans aucune lésion de l'appareil urinaire. Cette femme eut des suites opératoires apyrétiques, se leva le 22e jour et quitta la Clinique le 32e jour, ayant encore de l'incontinence. Je l'adressai alors à notre très distingué confrère le Dr Larat, qui diagnostiqua une parésie du sphincter vésical, de cause hystérique. Il institua un traitement électrique, et vous avez pu voir cette femme avec son enfant, il y a un instant, l'un se portant aussi bien que l'autre.

Il me reste à vous parler de notre 20e symphyséotomie (n° 554), c'est-à-dire de notre unique décès.

Vous vous rappelez que cette femme nous fut apportée le 19 avril à 9 heures du matin, en travail depuis trois jours, et examinée en ville par une sage-femme et un médecin. L'œuf était ouvert depuis 66 heures, et le liquide amniotique était vert, épais et extrêmement fétide.

Le pouls était à 84, la température à 37°,2. L'enfant vivant se présentait en O. I. G. T. tête non engagée ; les bruits du cœur étaient modifiés dans leur rythme. La dilatation était incomplète.

Bien que ces conditions fussent aussi défavorables que possible, après réflexion, je résolus de pratiquer la symphyséotomie en vous disant : « Si je ne songeais qu'à ma statistique, je n'entreprendrais pas cette opération, mais avec la conviction qui m'anime et que vous connaissez, je serais coupable. A tort ou à raison, je pense que la symphyséotomie n'aggravera pas la situation de la mère, et c'est la seule ressource qui me permette de sauver l'enfant, car je ne veux point, pour des raisons que vous connaissez, pratiquer l'opération césarienne. »

Et j'opérai. Mais, malgré la désinfection aussi complète que possible de l'utérus et du vagin après l'accouchement, cette femme mourait le 9e jour d'une septicémie à staphylocoques. (Voir l'observation in extenso avec autopsie, in *Ann. de gyn.*, juin 1893, p. 529.)

Tel est notre bilan pour 1893 :

13 symphyséotomies = 25 vivants + 1 mort.

Je reviendrai tout à l'heure sur ces chiffres; mais auparavant, je veux répondre à une question que je me posais déjà l'année dernière : *Que nous a appris l'expérience de cette deuxième année d'apprentissage?*

D'après cette expérience, nous n'avons rien à ajouter, rien à modifier, quant au manuel opératoire que nous avons décrit à plusieurs reprises; je vous rappelle seulement qu'une de nos observations (obs. 10) démontre combien nous avions raison, en vous disant : « Lorsque vous voulez agrandir le bassin, munissez-vous, non seulement d'un bistouri, mais encore, autant que possible, de scies à chaînes, de ciseau et de marteau pour le cas où vous seriez obligés de pratiquer une pubiotomie, la symphyséotomie étant impossible. »

L'expérience nous a appris encore que, chez les primipares, il est prudent, sinon nécessaire, de dilater, lorsqu'on le peut, le bassin mou, le vagin et la vulve, à l'aide du ballon Champetier de Ribes, avant de pratiquer la section du bassin osseux; et cela, afin d'éviter les ruptures des parties molles au moment de l'extraction, et de faciliter le passage de l'enfant. Ces ruptures, du reste, seront considérablement réduites, en prenant la précaution indiquée par Varnier, de faire rapprocher les cuisses quand la tête est engagée.

Si, au point de vue du manuel opératoire, nous n'avons que peu ou point de modifications à vous proposer, comme vous venez de le voir, si nous évoluons sur un terrain qui nous semble solide, nous sommes moins affirmatifs quant à la conduite à tenir dans tous les cas, après l'agrandissement du bassin. Je m'explique :

Quand le bassin est agrandi et que la dilatation est complète, doit-on immédiatement, et dans tous les cas, faire une application de forceps lorsque la tête se présente? C'est ainsi que nous avons procédé jusqu'à présent, et cela sans grand désavantage, je le reconnais. Mais cette conduite devra-t-elle être toujours suivie? je ne le pense pas. Dans les cas où la tête est très élevée,

le forceps, même avec un bassin agrandi, est un mauvais instrument. Et je me demande s'il ne serait pas préférable, ou de laisser aux contractions le soin d'engager la tête (conduite suivie d'une façon uniforme par Zweifel), ou d'engager la tête par des pressions manuelles hypogastriques (comme le conseillait le Dr Muret avant qu'il ne fût question de symphyséotomie). C'est là une question que nous étudions à l'heure actuelle, et dont nous espérons vous donner la solution l'année prochaine.

Je termine ici cette étude détaillée, pour examiner maintenant avec vous la place qu'a occupée la symphyséotomie dans l'obstétrique opératoire à la Clinique Baudelocque en 1893.

Aucune embryotomie n'a été pratiquée sur un enfant vivant.

Aucun accouchement n'a été provoqué.

Quelques applications de forceps ont encore été faites sur des têtes commençant à s'engager, et cela avec plus ou moins de succès pour l'enfant.

Une application de forceps a été faite dans un cas d'ankylose du coccyx (enfant mort). Les autres applications de forceps ont été faites pour résistance des parties molles ou insuffisance de contractions, sans qu'il y eût aucune disproportion entre la tête et le bassin.

Et... c'est tout.

Vous voyez que les rapports de la symphyséotomie avec l'accouchement provoqué et les applications de forceps au détroit supérieur sont devenus de plus en plus rares. Et ceux d'entre vous qui voudront étudier avec soin la révolution qui s'est accomplie dans mon service, grâce à la symphyséotomie, n'auront qu'à lire la thèse que vient de soutenir M. le Dr Pierre Farabeuf (1) et le *Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque*, publié tous les ans par le Dr Lepage (2) ; en comparant les résultats de 1890 et de 1891 avec ceux de 1892 et 1893, ils seront convaincus, du moins je l'espère.

(1) P. FARABEUF. *Les bienfaits de la symphyséotomie.* Th. doct., Paris, 1893. G. Steinheil, éditeur.

(2) G. Steinheil, éditeur. Paris, 1890, 1891, 1892, 1893.

Ils verront comment la symphyséotomie a agi directement et indirectement. Directement, en agrandissant le bassin ; indirectement, en m'empêchant de provoquer des accouchements dans nombre de cas de rétrécissements du bassin, où l'expectation armée, c'est-à-dire appuyée sur le bistouri prêt à agrandir la filière pelvienne, a permis d'attendre et de voir se faire l'expulsion spontanée d'enfants à terme et bien portants que j'aurais fait jadis naître prématurément, en m'appuyant sur les données classiques.

Je n'ai jamais eu dans mon service tant de rétrécissements du bassin que cette année; je n'ai jamais pratiqué moins d'opérations. C'est que, pour la première fois, j'ai appliqué, et de plus en plus rigoureusement, les préceptes suivants :

1° *Abandon de l'accouchement provoqué dans tous les cas où la symphyséotomie peut permettre le passage d'une tête de fœtus à terme ;*

2° *Abandon de toute application de forceps pour résistance osseuse (que cette résistance siège au détroit supérieur, dans l'excavation, ou au détroit inférieur) ;*

3° *Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant ;*

4° *Agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie) dans tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions, la tête étant bien orientée, et où le calcul me démontre que la section du bassin permettra le passage de la tête ;*

5° *Amputation utéro-ovarique dans les cas d'étroitesse absolue.*

Vous le voyez, Messieurs, l'évolution qui m'a conduit à abandonner les idées classiques a duré deux années environ.

Attaqué par les uns, pour avoir agi ainsi avec tant de rapidité, blâmé par les autres, pour avoir marché avec tant de lenteur, finalement accusé par tous, je vous demande la permission de vous expliquer les raisons qui ont dicté ma conduite et dirigé mes actes.

Imprégné des idées classiques réputées les meilleures ; témoin

des efforts constants faits par les maîtres les plus autorisés, pour perfectionner les méthodes, les procédés et les instruments employés dans les cas de dystocie d'origine pelvienne ; pénétré de reconnaissance et d'admiration pour les Stoltz, A. Baudelocque, Tarnier qui nous avaient mis en possession, et non sans luttes, de l'accouchement prématuré artificiel, du céphalotribe, du forceps actuel, du basiotribe, je ne pouvais point ne pas considérer ces moyens d'agir comme autant de conquêtes. Et cela d'autant plus que, quand je comparais les résultats obtenus par l'emploi de ces méthodes, de ces procédés et de ces instruments, aux résultats obtenus par d'autres accoucheurs employant des moyens différents, je trouvais une supériorité pour les premiers. Je sais bien que ces résultats, considérés comme fort beaux, — et ils l'étaient comparés aux anciens, — laissaient cependant beaucoup à désirer, au point de vue absolu. Et j'avais été témoin ou acteur dans trop de circonstances où l'ingéniosité de la méthode, la perfection des instruments et l'habileté opératoire s'étaient montrées inutiles, inefficaces ou impuissantes, pour ne pas être convaincu qu'il y avait encore beaucoup à faire sur ce terrain. Et moi-même, je cherchais, j'étudiais, je modifiais, et cela, je dois le dire, sans obtenir beaucoup plus de satisfaction que mes prédécesseurs.

C'est dans ces conditions que Spinelli vint nous rappeler ce que faisait Morisani et nous montrer une voie nouvelle, voie dans laquelle nous sommes entrés Farabeuf, Varnier et moi.

C'est alors que notre maître Farabeuf, si passionné dans la recherche de la vérité, vint nous démontrer, après de longues et patientes études, et avec la précision scientifique qui le caractérise, ce que nous faisions de mal et ce que nous pouvions faire de bien. C'est alors que son élève et son collaborateur, le Dr Varnier, pénétré des mêmes principes, entreprit la lutte du présent contre le passé et détermina le grand mouvement accompli en faveur de l'application immédiate de ces préceptes.

A l'heure actuelle, personne n'est encore venu démontrer que

Farabeuf se soit trompé dans ses calculs relatifs à l'agrandissement du bassin ; personne ne s'est élevé contre ses assertions touchant l'action si souvent meurtrière des tractions exercées sur le forceps appliqué au détroit supérieur. Les études statistiques de Varnier n'ont pas été contredites que je sache. Tout cela est indiscutable.

Mais, objectait-on, tout cela est théorique : donnez-nous les résultats pratiques, cliniques, de votre méthode nouvelle ? Cette sanction clinique, le temps pouvait seul la donner.

Depuis deux ans, m'appuyant sur les préceptes formulés par Farabeuf, j'applique la méthode nouvelle, j'enregistre et j'observe minutieusement ; et aujourd'hui, je viens vous redire avec conviction, après vous avoir exposé ce que nous avons obtenu : entrez dans cette voie, c'est la bonne, ou tout au moins, c'est la meilleure connue à l'heure actuelle.

Chargé de vous enseigner, je ne puis me montrer ici que révolutionnaire dans le bon sens du mot ; je ne puis détruire avant d'avoir étudié, préparé, édifié quelque chose de mêilleur.

Voilà, Messieurs, pourquoi j'ai mis deux ans à accomplir mon évolution.

J'ai maintenant abandonné toute application de forceps au détroit supérieur dans les rétrécissements du bassin, parce que j'ai vu trop de têtes fracturées, parce que Farabeuf m'a montré comment et pourquoi on les fracturait avec une si grande facilité ; j'ai abandonné l'accouchement provoqué, parce que j'ai fait naître trop de fois des enfants non viables, parce que dans d'autres circonstances j'intervenais trop tard, et parce qu'enfin, point sur lequel j'appelle votre attention, les travaux les plus récents des neuro-pathologistes démontrent qu'un enfant né avant terme, difficilement, est bien plus qu'un autre candidat aux diplégies cérébrales. De là, tous mes efforts pour agrandir le canal que doit traverser le fœtus à terme.

Le jour où l'on me démontrera, non pas par des raisonnements, non pas par des lambeaux de statistiques, mais par des faits

contenus dans une statistique intégrale, qu'en employant une autre méthode on obtient de meilleurs résultats que les miens, ce jour-là, mais ce jour-là seulement, j'abandonnerai ce que je préconise aujourd'hui, pour adopter ce qui m'aura été démontré devoir être meilleur.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BEAUDLOCQUE PENDANT L'ANNÉE 1894 (1)

Fidèle à mes engagements, je veux aujourd'hui vous exposer les résultats que nous avons obtenus à la Clinique Baudelocque, du 7 décembre 1893 au 7 décembre 1894, après avoir suivi et appliqué rigoureusement les préceptes que je vous demande la permission de rappeler :

1° *Abandon de l'accouchement prématuré artificiel;*

2° *Abandon de toute application de forceps et de toute opération impliquant la lutte de la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin (que cette résistance siège au détroit supérieur, dans l'excavation, ou au détroit inférieur);*

3° *Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant;*

4° *Agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie) dans tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions, la tête étant bien orientée, et où le calcul me démontre que la section du bassin et un écartement ne dépassant pas 7 centimètres permettront le passage d'une tête de fœtus à terme;*

5° *Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (opération de Porro) dans les cas d'étroitesse absolue.*

Ayant ainsi pour guide ces idées directrices, 22 agrandissements momentanés du bassin, par symphyséotomie, ont été pratiqués du 7 décembre 1893 au 7 décembre 1894 :

5 par le Dr Varnier, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux ;

6 par le Dr Wallich, chef de clinique ;

2 par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, chef de laboratoire ;

9 par moi-même.

(1) *Ann. de Gynéc.*, 1895, t. XLIII, p 1.

Je vais vous donner le résumé de ces 22 observations dont les onze premières ont déjà été publiées dans mon rapport, lu au Congrès international des sciences médicales tenu à Rome du 25 mars au 5 avril 1894 (1).

Obs. 571. — XXXVIII[e] Symphyséotomie, pratiquée le 10 avril 1894. (Pinard.)

La nommée Eulalie R..., âgée de 28 ans, primipare, entre à la Clinique le 10 avril 1894 à midi. Cette femme a marché à 11 mois et est à terme. Par le palper, on constate une présentation de la face. Par le toucher, on trouve le nez au centre de l'excavation, les narines regardent en arrière et à droite. Col en voie d'effacement, engagement non effectué. Poche des eaux rompue, aussitôt après l'arrivée de cette femme à la salle. A l'auscultation, on trouve le foyer en avant et au-dessous de l'ombilic.

A une heure du soir, le col est complètement effacé. Dilatation comme 50 centimes. A 3 heures, M[lle] Roze touche cette femme, et trouve le front au centre de l'excavation. Le bassin est vicié et mesure 103 de diamètre promonto-sous-pubien. Faux promontoire sacré, 99[mm].

A 8 heures et demie du soir, la dilatation est d'un peu plus de 5 centimètres. Application dans le vagin du ballon Champetier, distendu à son maximum.

9 h. 30. Extraction du ballon, sous le chloroforme, la dilatation n'a fait aucun progrès, bruits du cœur fœtal normaux.

A 10 h. 49. Chloroforme. Section de la peau. 11 heures, section de la symphyse terminée à 11 h. 5.

11 h. 6. Écartement provoqué à l'aide de l'écarteur à vis, 6 centim. On remplace cet écarteur par l'écarteur à ressort qui marque 4 centim.

11 h. 17. Introduction de la branche droite du forceps. 11 h. 18, branche gauche. La tête est saisie régulièrement par les régions pariéto-malaires. Le placement des cuillers suffit à provoquer la rotation de la tête et le menton tourne en avant.

Les tractions sont presque nulles et la tête est expulsée à 11 h. 20. Poids de l'enfant, 2,870 gr.

11 h. 40. Extraction simple du placenta, injection intra-utérine. Suture et pansement.

Suites de couches normales. Se lève le vingt-sixième jour. Part en bon état le 25 mai. L'enfant pèse alors 3,160 gr.

Obs. 584. — XXXIX[e] Symphyséotomie, pratiquée le 12 avril 1894. (Pinard.)

La nommée Maria B..., âgée de 17 ans, primipare, a le squelette déformé par le rachitisme. Taille : 1 m. 48.

(1) Voir in *Annales de Gynécologie*, mai-juin 1894, et *De l'agrandissement momentané du bassin*. G. Steinheil, Paris, 1894.

Entre au dortoir le 23 février. Est enceinte de 7 mois et demi.

En l'examinant, on constate que le fœtus se présente par *le siège* complet. Le dos est à gauche. Le bassin est vicié, canaliculé. Diamètre promonto-sous-pubien, 90mm.

Mi-sacro-sous-pubien, 89mm.

Au-dessous, 95mm.

Le 11 avril à midi, début du travail. A 10 h. 30 du soir, dilatation de 1 franc. La poche des eaux bombe et renferme à ce moment un paquet de cordon animé de battements. Auscultation fœtale, 126 pulsations.

Ralentissement brusque. Plaçant la femme dans la position génu-pectorale, on pratique le toucher, et l'on constate que les battements au niveau du cordon sont normaux.

A 11 h. 30. Dilatation de 2 francs. A minuit, on introduit un ballon Champetier dans l'utérus, on le gonfle lentement sans produire de rupture des membranes. Auscultation fœtale : 124 pulsations. Les douleurs sont peu intenses. La dilatation ne fait aucun progrès.

12 avril. A 7 h. 10 matin, on retire du ballon 100 gr. de liquide. 7 h 50, dilatation de 5 francs. 8 h. 50, le ballon tombe dans le vagin. La dilatation est grande comme une paume de main. On retrouve dans la poche d'eau une main et un paquet de cordon. On introduit de nouveau le ballon gonflé à son maximum et l'on commence la symphyséotomie.

A 10 h. 18, incision de la peau. Section de la symphyse. Écartement provoqué, 7 centim., avec écarteur à vis. Puis celui-ci est remplacé par l'écarteur à ressort.

10 h. 30. Extraction du ballon Champetier. La dilatation est comme une paume de main. Pendant l'extraction lente du ballon afin de dilater l'orifice, le ballon éclate. A ce moment les bruits du cœur du fœtus sont ralentis.

10 h. 34. Rupture artificielle des membranes. Liquide vert. Introduction d'une main dans l'utérus et abaissement d'un pied (le gauche).

10 h. 40. Le siège s'engage. Extraction du siège. Écartement, 45mm.

10 h. 41. Le tronc est dehors ainsi que les bras. Engagement de la tête qui descend, par les tractions seules, au moment où l'on se disposait à exercer les pressions externes. Écartement, 55mm. Pendant les tractions, on voit les bords de l'orifice utérin resserrés sur le cou du fœtus.

10 h. 45. Écartement, 7 centim. La tête est engagée en G. T.

10 h. 46. La bouche est à la commissure postérieure de la vulve.

10 h. 48. Extraction de la tête. L'enfant naît avec des battements faibles. Tractions sur la langue. Pendant une minute pas d'inspiration; désobstruction des voies respiratoires avec le tube de Ribemont. Insufflation. Battements du cœur accélérés; 146 par minute. On retire le tube. 1re inspiration à 10 h. 57; 2 en une minute. Frictions. Une autre inspiration ; 2 successives en 20 secondes; 15 secondes, 1 ; 12 secondes, 1 ; 7 en 30 secondes ; 2 successives ; 10 en 15 secondes. Mouvements vermiculaires du diaphragme.

Respiration régulière à 11 heures. 40 respirations par minute. Bain sinapisé. 11 h. 5, l'enfant se colore. Oxygène. 11 h. 10, l'enfant ouvre les yeux.

On place l'enfant dans une couveuse et on lui fait des inhalations continues d'oxygène. Dans l'après-midi, l'enfant crie et va très bien.

Enfant, sexe masculin, 3,320 gr.

Biparietal, 99mm.

Suites de couches normales. Femme partie en bon état le 26 mai. L'enfant à la sortie pèse 4,300 gr.

Obs. 609. — XLe Symphyséotomie, pratiquée le 17 avril. (Wallich.)

La nommée Clara L..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque le 26 février 1894. Elle a le squelette déformé par le rachitisme. A marché à 4 ans ; on constate une légère incurvation des tibias, pas de parenthèse fémorale.

Le bassin est vicié, *canaliculé*. Le diamètre P. S. P. mesure 108mm. Faux promontoire sacré. Présentation du siège en gauche transversale. Version par manœuvres externes.

Cette femme est placée au dortoir, où elle est gardée en observation.

Le 17 avril, à 4 heures du matin, premières douleurs, qui deviennent assez fortes vers 9 heures du matin. *Cette femme ne fait pas prévenir qu'elle souffre.* A midi, Mlle Roze, allant au dortoir, examine cette femme et trouve une dilatation complète. La femme est aussitôt transportée à la salle de travail ; le sommet se présente en droite transversale. Rupture artificielle des membranes. *Liquide vert.* Bruits du cœur à 120.

Midi 20. Battements à 148. Les pulsations deviennent bientôt irrégulières. Le chef de clinique appelé en hâte s'empresse de terminer l'accouchement.

1 h. 20 du soir, chloroforme. — 1 h. 25. Lavage au biiodure et à l'éther. — 1 h. 28. Incision de la peau sur la ligne médiane. — 1 h. 32. Section de la symphyse pubienne, terminée à 1 h. 45.

Pendant que la section s'achève, on n'entend plus les bruits du cœur. Écartement artificiel, 6 centim. A 1 h. 49, introduction de la première branche du forceps, A 1 h. 50, deuxième branche. Tractions. Écartement, 4 centim , rotation non faite ; rotation faite 45mm. La tête est saisie régulièrement par les régions pariétomalaires. — 1 h. 57. Tête à l'orifice vulvaire, dégagée à 1 h. 58. *Fœtus extrait à 1 h. 59, sans battements ;* il ne peut être ranimé. Sexe masculin. Poids, 2,950 gr. Diamètre bi-pariétal, 93mm. — 2 h. 5. Sutures : 5 superficielles, 2 profondes au fil d'argent. Pansement iodoformé. Les sutures sont pratiquées avant la délivrance.

La femme se lève le 8 mai et marche bien ; partie en bon état le 25 mai.

Obs. 738. — XLIe Symphyséotomie, pratiquée le 8 mai 1894. (Wallich.)

La nommée Berthe G..., IIIpare, âgée de 35 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 1er mai 1894. Cette femme dit avoir marché à 3 ans seulement et toujours bien marché.

Première grossesse à 27 ans, accouchement à terme terminé par une céphalotripsie. Deuxième grossesse à 29 ans, accouchement à terme terminé également par une céphalotripsie.

Pour la grossesse actuelle, ses dernières règles datent du 3 au 7 août. Présentation du sommet en G. T. Bassin vicié. Diamètre P. S. P. 95mm. Début du travail le 8 mai à 5 heures du matin. A 1 heure, la dilatation est comme une paume de main, et à 1 h. 30, elle est complète. On prévient M. Wallich qui constate que la suture sagittale se trouve derrière la symphyse ; la tête non engagée est très inclinée sur son pariétal postérieur. Il pratique la symphyséotomie. Anesthésie. Section de la peau et de la symphyse terminée à 2 heures. Pose de l'écarteur à vis, écartement provoqué de 65mm.

A 2 h. 2, on remplace le premier écarteur par l'écarteur sensible. A 2 h. 3, introduction de la branche gauche du forceps. Écartement de 5 centim. A 2 h. 5, deuxième branche. — 2 h. 6. Tractions. On sent un soubresaut et la tête tombe dans l'excavation.

Rotation faite, écartement de 35mm, on rapproche les cuisses. A 2 h. 15, extraction de la tête. — 2 h. 8. Naissance d'un garçon du poids de 3,340 gr. qui crie de suite.

De 2 h. 10 à 2 h. 25, trois points de suture au fil d'argent et 7 superficiels. — 2 h. 30, extraction simple du placenta. Injection intra-utérine, pansement.

Cette femme se lève le 29 mai et marche bien. Elle part en bon état le 3 juin. Poids de l'enfant, 3,600 gr.

Obs. 809. — XLIIe Symphyséotomie, pratiquée pour la deuxième fois, le 29 mai 1874. (Pinard.)

La nommée Fernande R..., âgée de 28 ans, journalière, entre à la salle de travail le 19 mai 1894, à 9 heures et demie du soir, ayant des douleurs très fréquentes. Dernières règles du 12 au 20 août.

Cette femme présente de nombreuses traces de rachitisme : parenthèse fémorale accusée. Elle est Vpare.

Premier accouchement à terme en 1886. Embryotomie à la Clinique de la rue d'Assas.

Deuxième accouchement provoqué et prématuré à huit mois en 1889, à Lariboisière ; fille morte quelques heures après l'accouchement. (Version, 6 janvier 1889.)

Troisième accouchement provoqué au huitième mois. Basiotripsie faite à Tenon par Wallich, le 9 novembre 1890.

Quatrième accouchement, provoqué et prématuré. Symphyséotomie à Baudelocque en 1892, au terme de huit mois. Enfant de 2,180 grammes, mort deux jours après la naissance (2e symphyséotomie).

Diamètre promonto-sous-pubien, 98mm. L'engagement n'est pas effectué.

Par le palper, on trouve la tête en bas, élevée, le dos à gauche, bruits du cœur normaux. Au toucher, on sent une poche d'eau assez volumineuse qui rem-

plit en partie le vagin. La dilatation est de plus de 5 francs : bords dilatables.

M. Pinard pratique la symphyséotomie. A 11 h. 5 soir, incision de la peau. — 11 h. 9, section de la symphyse. — 11 h. 29, écartement spontané de 1 centim. Écartement provoqué de 4 centim. et demi. Bruits du cœur fœtal un peu modifiés à 11 h. 32. Application du forceps en G. T. Introduction de la première branche à 11 h. 41, aussitôt après la rupture des membranes. A 11 h. 43, deuxième branche. Écartement de 4 centim. pendant la descente de la tête.

Extraction à 11 h. 45 d'un garçon vivant pesant 2,810 gr. Délivrance 15 minutes après. Suture par trois points profonds et quatre superficiels.

Suites de couches normales.

Le 9 juin. Plaie parfaite, la malade se lève et marche avec la plus grande facilité. L'enfant pèse à sa sortie 3,460 gr.

Obs. 901. — XLIII[e] Symphyséotomie, pratiquée le 5 juin 1894. (Varnier.)

La nommée Hortense T..., secondipare, âgée de 30 ans, amenée à la Clinique Baudelocque le 5 juin 1894. Cette femme dit avoir marché à 2 ans, toujours bien depuis. Aucune déformation apparente du squelette. Elle ne se souvient pas de la date de ses dernières règles.

Première grossesse en 1892. Accouchement à terme, basiotripsie par M. Pinard.

A son arrivée, on constate que cette femme est à terme. Présentation du sommet, droite transversale, engagement non effectué. Bassin canaliculé. Diamètre promonto-sous-pubien, 104[mm]. On constate que l'orifice est dilaté comme une paume de main, avec des bords œdématiés surtout à droite. Les contractions utérines sont régulières et énergiques. Après avoir chloroformé la femme, M. Bouffe pratique le toucher manuel et trouve une bosse séro-sanguine énorme et l'oreille à 2 centim. au-dessus du promontoire. Le liquide amniotique qui s'écoule est vert et épais. La température axillaire est de 38°,4. Pouls 106.

M. Varnier, qui s'est gardé de faire le toucher vaginal, pratique la symphyséotomie. A 11 h. 40, section de la peau. A 11 h. 45, section de la symphyse. A 11 h. 50, on pratique l'écartement provoqué. Au moment où l'aiguille de l'enregistreur marque 4 centim. et demi, la tête paraît à la vulve. Application de forceps par M. Bouffe. Écartement de 5 centim. A 11 h. 55, extraction de la tête, procubitus de la main et du cordon qui était en sautoir. A 11 h. 56, extraction complète d'un fœtus du sexe féminin, du poids de 3,580 gr., qui naît étonné, mais est vite ranimé par frictions et désobstruction des voies respiratoires. Diamètre B. P., 96 ; B. T., 85 ; G. C., 34 ; P. C., 32.

A midi, délivrance artificielle pratiquée par M. Bouffe. Injection intra-utérine.

A midi 10, suture de la plaie au fil d'argent par M. Varnier.

Suites de couches physiologiques. Réunion par première intention. Cette femme se lève le 20 juin, marche bien, et sort en bon état le 1[er] juillet. L'enfant pèse 4,220 gr.

Obs. 902. — XLIVe Symphyséotomie, pratiquée le 5 juin 1894. (Bouffe de Saint-Blaise.)

La nommée Jeanne L..., secondipare, âgée de 27 ans, arrive à la salle de travail le 5 juin, à 9 heures du matin. *Cette femme a subi en ville quatre applications de forceps.* Elle a marché à quinze mois, a eu en 1892 un accouchement terminé par une application de forceps. Enfant vivant.

La grossesse est à terme, l'utérus s'élève à 36 centim. Cette femme à son arrivée paraît très fatiguée, les traits sont tirés, le teint est plombé et tout le corps d'une saleté révoltante. Température, 38°,5. Fétidité extraordinaire. Liquide vert purée.

On constate que le fœtus est vivant, qu'il se présente par le sommet en G. T. Le bassin est vicié. La dilatation est complète, la tête au détroit supérieur en obliquité postérieure. M. Bouffe pratique la symphyséotomie.

Midi 40, section de la peau. Midi 45, section de la symphyse ; on place l'écarteur à vis en provoquant un écartement de 6 centim. ; la tête descend et apparaît à la vulve. On place alors l'écarteur sensible qui accuse un écartement de 3 centim. A midi 50, application de forceps au détroit inférieur par M. Varnier. A midi 52, extraction du fœtus qui naît en état de mort apparente. Poids 3,590 gr.

Frictions et tractions rythmées de la langue : l'enfant jette le premier cri à midi 57. Délivrance artificielle et injection intra-utérine par M. Varnier. A 1 h. 10, sutures par M. Bouffe : trois superficielles et trois profondes. Pansement.

Le 6 juin, lendemain de l'accouchement : Vomissements alimentaires ayant une odeur aigre, ballonnement du ventre excessif. Pouls irrégulier, 160 pulsations.

On retire le pansement vaginal qui répand une odeur infecte. Injection intra-utérine et curettage par M. Lepage à 6 heures du soir ; les débris retirés répandent une odeur extrêmement fétide.

A 8 h. et demie du soir, la température est de 39°,5. Le pouls à 160.

Le 7. Insomnie, vomissements. Température à 8 heures du matin, 38° ; 180 pulsations, respirations fréquentes, sueurs froides.

Laparotomie par M. Segond, à 11 heures et demie, qui montre l'existence d'une infiltration gazeuse de tous les tissus.

La femme meurt à 1 heure du soir.

L'enfant part en nourrice le 9 juin, pesant 3,350 gr.

L'autopsie montra que la femme avait succombé à la septicémie généralisée d'origine utérine.

Obs. 979. — XLVe Symphyséotomie, pratiquée le 20 juin 1894. (Bouffe de Saint-Blaise.)

La nommée Marie V..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque le 24 mai 1894. Elle a marché à 9 mois, toujours bien depuis. Elle ne présente

aucune déformation apparente du squelette. Les dernières règles datent du 12 au 15 août. A son entrée dans la salle de travail le 20 juin 1894, on constate que l'utérus remonte à 36 centim. au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Présentation du siège en droite transversale; pas d'engagement de la partie fœtale.

Le diamètre P. S. P. mesure 99mm.

Début du travail, le 20 juin, à 9 heures du matin.

Rupture des membranes à 4 heures du matin, le 20 juin 1894.

A 3 h. 30 du soir, la dilatation est complète. On introduit un ballon Champetier dans le vagin.

A 4 h. 15, le ballon crève. A 4 h. 20, on remet un second ballon qu'on distend progressivement au maximum. A 4 h. 30, on retire le ballon. Cathétérisme vésical. Anesthésie chloroformique. Symphyséotomie par M. Bouffe. Écartement spontané de 2 centim. ; écartement provoqué de 6 centim. On remplace l'écarteur à vis par l'écarteur sensible. Écartement, 4 centim.

A 4 h. 40, M. Bouffe abaisse le pied droit.

A 4 h. 42, extraction du tronc. Au moment du dégagement des épaules, l'écartement est de 45mm. Extraction de la tête. Enfant vivant du poids de 2,590 gr., insufflé pendant quelques minutes. Diamètre bi-pariétal, 90mm ; diamètre bi-temporal, 80mm; grande circonférence, 31 centim. ; petite circonférence, 30 centim.

Suites de couches légèrement pyrétiques. La femme se lève pour la première fois le 1er juillet et marche bien.

L'enfant pèse à sa sortie 2,530 gr., le 16 juillet.

Obs. 1088. — XLVIe Symphyséotomie, pratiquée le 8 juillet. (Wallich.)

La nommée Marie L..., primipare, arrive à la salle de travail le 8 juillet 1894; elle a marché à 18 mois. Ses dernières règles datent du 12 au 16 septembre 1893. En pratiquant le palper, on constate que la tête est bien fixée au niveau du détroit supérieur, le dos est à gauche. La dilatation est comme une grande paume de main, avec bords de l'orifice épais. Les membranes sont rompues, il s'écoule un liquide vert et épais. Malgré une bosse séro-sanguine considérable, Mlle Roze constate que la suture sagittale est à 5 centim. 6 du bord inférieur de la symphyse. On peut placer trois doigts de champentre le plancher osseux et la partie la plus déclive de la tête. A 6 heures et demie, on place un ballon Champetier dans le vagin, il est extrait avec facilité. Les contractions ayant été trop fréquentes toute l'après-midi, sans amener la moindre progression de la tête et sans faire avancer la dilatation, il est décidé de pratiquer la symphyséotomie et de laisser la dilatation se compléter après. Anesthésie.

A 7 h. 20, incision de la peau. Section de la symphyse. — 7 h. 27, écartement provoqué avec l'écarteur à cadran : 6 centim. On constate alors une descente notable de la tête. M. Wallich place une suture provisoire de la plaie. L'écarteur sensible marque 4 centim. On laisse la femme se réveiller et l'on attend deux heures.

A 9 heures un quart, les contractions, qui ont été fréquentes mais moins énergiques qu'avant l'opération, ont permis à la dilatation d'augmenter sinon de se compléter. A 9 heures et demie, l'orifice est assez dilatable pour que Mlle Roze puisse faire une application de forceps, dans l'excavation, sur la tête placée en gauche transversale. La rotation et l'extraction se font facilement ; l'enfant crie aussitôt. Il s'écoule ensuite un liquide très fétide.

Délivrance artificielle. Toutes les manœuvres utérines ont été faites par Mlle Roze pendant que M. Wallich s'occupait de la plaie opératoire.

Poids de l'enfant, 3,120 gr.

Suites de couches normales. L'enfant pèse à sa sortie, le 5 août, 4,200 gr.

Obs. 1490. — XLVIIe Symphyséotomie, pratiquée le 13 septembre 1894. (Wallich.)

La nommée Augustine A..., primipare, âgée de 22 ans, entre à la Clinique le 11 septembre 1894, à 4 heures du soir. *Elle est envoyée par un médecin et une sage-femme de la banlieue qui lui ont donné des soins chez elle depuis le matin.*

Elle a une luxation coxo-fémorale droite congénitale et a commencé à marcher à 2 ans et demi.

Dernières règles le 10 décembre.

A son entrée, on constate une présentation du sommet en gauche transversale, la tête maintenue très élevée débordant fortement du côté droit du grand bassin.

Les membranes sont rompues depuis le matin à 3 heures ; le col est incomplètement effacé, les contractions sont assez fréquentes.

A 9 h. 30 du soir, le col est effacé ; la dilatation grande comme 50 centimes. *Température*, 38°,5.

Le 12 septembre, à 10 heures du matin, la dilatation est grande comme une pièce de 2 francs. Le col est souple pendant les contractions, assez rares ; la tête appuie mal sur le col. Il s'est déjà formé une bosse séro-sanguine volumineuse qui empêche d'observer la suture sagittale. Les battements du cœur fœtal sont bons. Le bassin est très asymétrique, atrophié du côté droit (côté de la luxation), très aplati du côté gauche.

Diamètre P. S. P. 102 (pr.-p. 86mm, à l'autopsie).

A 5 heures du soir, température 38°,5, pouls à 100. Dilatation comme une pièce de 5 francs. Contractions utérines très espacées. Battements du cœur du fœtus normaux. Il est décidé d'attendre.

Pendant la nuit, contractions rares.

13 septembre matin, température normale, pouls idem. La dilatation n'a pas fait de progrès. Contractions rares pendant toute la journée.

5 heures du soir, température 38°,1, 100 pulsations. Toujours la même dilatation. M. Varnier décide de faire la symphyséotomie afin d'aider à la dilatation.

A 6 heures, chloroforme. M. Varnier pratique le toucher manuel et constate que la dilatation est un peu plus grande que 5 francs. Bords rigides pendant la contraction. Tête très élevée, appuyant mal, retenue par le bassin. En introdui-

sant les doigts, pour explorer le segment inférieur, la tête se soulève un peu et il sort une purée infecte à odeur de putréfaction fœtale. Jusque-là, on n'avait rien senti et rien ne s'écoulait.

Il est décidé qu'il y aura deux opérateurs, l'un pour la symphyséotomie, l'autre pour les manœuvres utérines, afin de ne pas transporter dans la plaie symphysienne l'infection manifeste du vagin et de l'infection.

A 6 h. 25 du soir, M. Wallich, qui n'a pas touché la femme, pratique la symphyséotomie et provoque un écartement de 5 centim. Aussitôt la tête s'amorce et appuie mieux sur le col. On ne peut songer à terminer l'accouchement vu l'insuffisance de la dilatation et l'absence de la dilatabilité de l'orifice. Deux points de suture provisoire ferment la plaie qui contient une éponge aseptique et l'écarteur sensible qui marque 3 centimètres et demi. Toilette vaginale et l'on attend les contractions. La femme est réveillée et maintenue en position obstétricale par deux aides. Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

8 heures et demie du soir. La femme dort épuisée. La dilatation n'a fait aucun progrès ; même résistance des bords de l'orifice. Contractions nulles. Bruits du cœur normaux.

Minuit. Toujours pas de contractions. Même dilatation. Œdème de la vulve et du périnée. Température, 37°,2. Pouls 88. On place l'écarteur Tarnier.

14 septembre, 1 h. 15 du matin. Même état. On retire l'écarteur Tarnier. Il est décidé de laisser la femme prendre un peu de repos. On retire également l'écarteur symphysien. On allonge les jambes et on les rapproche. On place un troisième point de suture provisoire. La femme s'endort. Aucune contraction utérine.

A 6 heures du matin, la dilatation n'est pas plus grande qu'une petite paume de main, *mais les bords sont dilatables*. M. Varnier applique le forceps. La branche gauche est placée la première en arrière ; la branche droite est introduite sans difficulté et ramenée en avant. On enlève les points de suture provisoires et on place entre les pubis l'écarteur sensible qui marque 4 centim. On commence l'extraction qui est gênée par le col incomplètement dilaté, mais qui se dilate peu à peu sous l'influence des tractions. La tête franchit l'orifice. On rapproche les cuisses et on presse sur les trochanters. La tête est extraite, puis les épaules sans difficultés trop grandes, sans déchirure périnéale. L'écarteur n'a pas marqué plus de 4 centim. *Aucune communication entre la plaie symphysienne et le vagin.*

Aussitôt après, injection vaginale, puis délivrance artificielle par M. Varnier, Injection intra-utérine et raclage digital de la cavité utérine. Ce raclage est continué avec la curette promenée doucement pendant l'injection intra-utérine. Tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Deux points de suture profonds et trois superficiels par M. Wallich.

Le troisième jour, température 38°,3. Injection intra-utérine.

Le 17. Curettage par M. Wallich. Temp. 38°,8 matin, le soir 39°,3.

Le 18. Irrigation continue. Temp., matin et soir, 39°,4.

Le 19 au matin, la température restant élevée, 40°,2, M. Varnier fait sauter les points de suture, bien qu'extérieurement la plaie semble réunie et en bon

état. Il s'écoule du pus de la plaie (environ un verre à bordeaux). L'exploration digitale permet de trouver et d'extraire quelques caillots putrides. Injection dans la plaie. Drain. Pansement fait plusieurs fois par jour. Température, 40°.

M. Hartmann, chirurgien des hôpitaux, appelé en consultation par M. Varnier, examine la femme, constate un trajet de décollement du volume et de la longueur du doigt, mais nulle part de collection à drainer ; le débridement est suffisant. Injections au biiodure. Pansement humide. La température reste très élevée, la suppuration est abondante. L'écoulement vaginal infect.

La femme meurt le 23, à cinq heures du matin.

L'enfant a été extrait vivant. C'est une fille du poids de 3,170 gr., ayant un diamètre bi-pariétal de 92. Elle est nourrie au sein par une nourrice, emmenée par la famille le 1er octobre, pesant 3,350 gr.

L'autopsie a montré que la femme a succombé à la septicémie généralisée. — L'examen de la plaie opératoire n'a rien révélé de plus que ce qui avait été noté pendant la vie. Péritoine sain. La description de la pièce sera donnée ultérieurement, en même temps que celle du bassin spondylolisthésique.

Obs. 1505. — XLVIIIe Symphyséotomie, pratiquée le 16 septembre 1894. (Varnier.)

La nommée Marie L..., IXpare, âgée de 34 ans, entre à la salle de travail le 15 septembre, à neuf heures du soir.

Dilatation comme une pièce de 2 francs. Tête élevée : sommet D. T. ; membranes rompues depuis l'avant-veille ; liquide verdâtre ; bruits du cœur normaux. Bassin vicié D. P. S. P. 84 millim. Le premier accouchement, en 1883, s'est terminé par une céphalotripsie à la Maternité ; le deuxième accouchement par une céphalotripsie après forceps ; en 1885, accouchement provoqué à sept mois et une semaine, version et basiotripsie ; en 1886, accouchement provoqué à sept mois et demi ; version, enfant mort. *Trois avortements successifs*. En 1892, procidence du cordon, enfant mort, basiotripsie, délivrance artificielle. Poids de l'enfant, sans substance cérébrale, 2,180 gr.

16 septembre à sept heures du matin, la dilatation est complète ; bosse séro-sanguine volumineuse, pas d'engagement, obliquité de Nægele. A neuf heures du matin, la tête n'a pas progressé. M. Varnier, prévenu, *pratique la symphyséotomie*.

10 h. 10. Chloroforme, cathétérisme vésical. 10 h. 25. Incision de la peau, 10 h. 30. Section de la symphyse terminée à 10 h. 35. On place l'écarteur à vis ; écartement artificiel, 65mm. Écarteur sensible, 55mm.

La tête descend à 10 h. 42, par expression. On engage la femme à pousser.

Expulsion du fœtus à 10 h. 45. Dégagement de la tête en transversale.

Garçon vivant, ranimé complètement à 11 heures, pesant 2,230 gr. et présentant sur le pariétal postérieur une eschare (promontoire) de la largeur d'une pièce de 20 sous, qui s'est détachée le 5e jour.

Délivrance artificielle à 10 h. 45 ; injection intra-utérine. Sutures profondes et superficielles au fil d'argent.

Suites de couches normales. Partie en bon état, le 15 octobre. Enfant pesant 2,730 gr.

Il résulte de ces 22 observations :

1° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

13 fois chez des primipares ;
9 fois chez des multipares.

2° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

17 fois l'enfant se présentant par le sommet ;
2 fois — — par le siège ;
1 fois — — par l'épaule ;
1 fois — — par le sommet en variété frontale ;
1 fois — — par la face.

3° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

20 fois sur des bassins viciés par le rachitisme ;
1 fois sur un bassin vicié par le rachitisme et par luxation coxo-fémorale unilatérale congénitale (obs. 1490, 47e symphyséotomie).
1 fois sur un bassin spondylolisthésique (27e symphyséotomie).

4° Que la symphyséotomie a été pratiquée *pour la deuxième fois chez la même femme* (obs. 809, 42e symphyséotomie).

Examinons, maintenant, les causes de mortalité maternelle et de mortalité infantile.

a) **Mortalité maternelle**.

La première femme, morte le 24 décembre 1893 (obs. 1840), était chez nous depuis le 15 novembre. Nous avions diagnostiqué chez elle un bassin vicié par spondylolisthésis. L'opération fut aussi simple que possible, mais des symptômes d'obstruction intestinale se montrèrent le troisième jour et elle mourait le sixième. L'autopsie a montré la présence d'une mince bride fibreuse produisant une obstruction infranchissable au niveau de l'union de l'S iliaque et du rectum. La plaie était réunie par première intention.

La deuxième, morte le 7 juin 1894 (obs. 902), fut apportée

de la ville après avoir subi quatre applications infructueuses de forceps. La température était de 38°,5 à son arrivée, et il s'écoulait des organes génitaux un liquide infect. Morte de septicémie d'origine utérine, quarante-huit heures après son entrée (1).

La troisième, morte le 23 septembre 1894 (obs. 1490), fut envoyée à la Clinique par une sage-femme et un médecin qui lui avaient *donné des soins* pendant une journée. Elle avait à son arrivée les membranes rompues et avait subi de nombreux touchers au dehors. Le soir de son entrée, elle avait 38°,5 de température et, avant son accouchement, le liquide amniotique était de couleur vert purée et d'odeur putride. L'opération ne produisit aucune lésion faisant communiquer le vagin avec la plaie opératoire pas plus que de lésion périnéale. Morte de septicémie, avec suppuration de la plaie opératoire, le 10e jour.

Donc, une mort par obstruction intestinale et deux morts par septicémie contractée avant l'arrivée dans le service.

b) **Mortalité infantile**.

L'enfant de la femme P... (obs. 53, 29e symphyséotomie) (2), né avec des battements du cœur, mais qui n'a pu être ranimé, présentait des fractures multiples des os du crâne, fractures produites par les applications de forceps faites en ville par un médecin, qui, au dire de la femme, exerça des tractions de minuit à deux heures du matin. Cause de la mort : fracture du crâne produite avant la symphyséotomie.

L'enfant de la femme Clara L... (obs. 609, 40e symphyséotomie) mourut pendant qu'on pratiquait la symphyséotomie. Cette femme n'avait point prévenu qu'elle fût en travail. Elle souffrait depuis quatre heures du matin, sans avoir rien dit. Ce fut le hasard qui fit que la sage-femme en chef, allant au dortoir à midi, et constatant son état de souffrance l'examina et trouva une dilatation complète. Transportée immédiatement à la salle de travail,

(1) *Ann. de Gynéc.*, mai-juin 1894, p. 443.
(2) *Ann. de Gynéc.*, mai-juin 1894, p. 445.

les membranes furent rompues. Le liquide amniotique était vert et les battements du cœur irréguliers. Aussitôt on prépara cette femme pour pratiquer la symphyséotomie, mais, avant la section du bassin, les battements du cœur avaient cessé et malgré une extraction rapide et facile on ne put ranimer l'enfant. Cause de la mort : asphyxie par compression du cordon sans aucune lésion du crâne.

Vous ayant donné, aussi succinctement que possible, le résumé de ce nouveau contingent, je dois l'étudier en détail et rechercher :

1° *Quels accidents et complications se sont produits au moment de l'opération ou depuis ?*

2° *Quel est, à l'heure actuelle, l'état de santé de nos opérées ?*

3° *Ce que nous a appris cette troisième année d'apprentissage.*

La réponse à la première question est très simple et la voici : *Nous n'avons observé, dans ces 22 nouvelles observations, aucun accident ni aucune complication opératoires.*

La symphyse a été, dans tous les cas, rencontrée très facilement, même chez la femme ayant une luxation de la hanche et un bassin asymétrique (47e symphyséotomie), et la section en a été pratiquée avec simplicité et sûreté.

Nous n'avons observé aucune hémorrhagie sérieuse.

Ces résultats, vous les observerez, vous les obtiendrez toujours en suivant, à la lettre, le manuel opératoire que nous devons à M. Farabeuf. Vous le trouverez décrit minutieusement dans mon rapport sur l'agrandissement momentané du bassin (1). Les lumineuses figures de notre maître montrent ce qu'on doit couper et comment on peut facilement et sûrement le couper.

Aussi, suis-je à me demander encore quelle peut bien avoir été la source des hémorrhagies observées par certains opérateurs en pratiquant la symphyséotomie ; je suis tout disposé à croire qu'il y a eu dans ces cas bien plutôt une anomalie opératoire qu'une anomalie vasculaire.

(1) *Ann. de Gynéc.*, mai-juin 1894, p. 431 et suiv.

Il en est de même des lésions des parties molles produites par l'extraction de l'enfant, après symphyséotomie pratiquée chez des primipares, lésions qui sont la terreur de quelques accoucheurs. Nous avons agrandi le bassin, cette année, chez 13 primipares et nous n'avons observé aucune lésion sérieuse. Il est vrai que nous avons toujours dilaté préalablement le vagin et la vulve avec le ballon Champetier (manœuvre préopératoire que je ne saurais trop vous recommander) et que nous avons toujours pris la précaution, indiquée par Varnier, de faire refermer le bassin quand la tête est engagée.

Du reste, il est probable que les accoucheurs qui redoutent ces lésions ont une tournure d'esprit qui les porte à exagérer ce qu'ils observent et aussi ce qu'ont observé les autres, car j'ai appris dernièrement, en lisant un travail d'un de mes collègues, que j'avais eu, chez mes opérées, *trois déchirures du vagin !* Si celles qu'il a observées chez ses opérées étaient semblables à celles des miennes, je suis tranquille sur leur sort. Il n'a pas eu de suture à pratiquer.

Si, l'année dernière, nous avions constaté chez une de nos opérées (obs. 26, n° 1656) une fistule vésico-vaginale, et chez une autre (obs. 19, n° 410) une incontinence d'urine prolongée, sans aucune lésion de l'appareil urinaire, cette année nous n'avons rien de semblable.

Quel est, à l'heure actuelle, l'état de nos opérées?

Vous venez de les voir, pour la plupart, et vous avez pu vous rendre compte de leur état général aussi bien que de leur état local.

Toutes ont repris leur vie antérieure et dans les mêmes conditions.

Vous en avez vu plusieurs qui offrent un intérêt particulier. D'abord, il en est deux qui, après avoir été symphyséotomisées, sont redevenues enceintes. L'une, le n° 10, opérée le 1er octobre 1892, eut une nouvelle grossesse et revint accoucher prématurément et spontanément, le 3 octobre 1893, d'un enfant vivant du poids de 3250 gr. et offrant un diamètre bi-pariétal de 83mm.

Vous venez de la voir ; elle a perdu son dernier enfant à 2 mois, mais le premier se porte à merveille et est un très bel enfant. L'autre (le n° 42, obs. 809) est celle chez laquelle j'avais, en 1892, combiné l'accouchement provoqué et la symphyséotomie, ce qui ne fut point un mariage de raison, car l'enfant mourut de faiblesse congénitale trois jours après sa naissance. Devenue enceinte, je la laissai aller à terme et je pratiquai chez elle une deuxième symphyséotomie, avec un succès complet, car à l'heure actuelle, comme vous avez pu le voir, la mère et l'enfant se portent bien.

Chez ces deux femmes, la grossesse, survenant après la symphyséotomie, n'a déterminé aucun trouble ni dans la station, ni dans la marche. Vous venez d'en voir trois autres, symphyséotomisées depuis plus ou moins longtemps et qui sont enceintes. Et chez aucune, la solidité du bassin n'est compromise.

Aussi, les accoucheurs qui demandaient et demandent encore ce que deviennent, au point de vue de la marche, les femmes chez qui on a agrandi le bassin, peuvent être rassurés. Vous venez d'en voir qui sont opérées depuis bientôt trois ans et qui se livrent sans fatigue aux travaux les plus pénibles ; vous en avez vu également qui sont enceintes et qui continuent à vaquer à leurs occupations habituelles ; et je vous ai montré celle qui avait été symphyséotomisée deux fois et qui marche et travaille aussi facilement qu'avant ces deux opérations.

Cette question est donc jugée, et la non-consolidation de la symphyse, entraînant l'impotence, peut être considérée comme une crainte chimérique, après la symphyséotomie bien faite.

J'arrive, enfin, à la troisième question : *Que nous a appris notre troisième année d'apprentissage?*

Je vous ai déjà dit que cette année avait confirmé la simplicité, la sûreté et l'innocuité du manuel opératoire de M. Farabeuf et je n'ai plus à insister sur ce point.

Mais, nous avons pratiqué cette année la symphyséotomie dans des conditions particulières. D'abord, au point de vue des présentations, j'ai à noter l'agrandissement momentané du bassin

pratiqué : pour une présentation du sommet en variété frontale, pour une présentation de la face, pour deux présentations du siège et une présentation de l'épaule qui n'avaient pu être transformées en présentation du sommet pendant la grossesse. Toutes ces interventions ont été suivies d'un plein succès.

De plus, si jusque-là nous avions pratiqué la section du bassin à la dilatation complète, nous avons fait, cette année, la symphyséotomie dans deux cas, au cours de la dilatation, afin de favoriser et de hâter cette dernière. C'est là une nouvelle indication du moment de l'intervention.

Enfin, en pratiquant la symphyséotomie pour la deuxième fois chez la même femme, j'ai pu voir que si l'opération n'est pas plus difficile, il est cependant nécessaire de sectionner tous les tissus fibreux de nature cicatricielle, pour obtenir l'écartement nécessaire.

Messieurs, tel est notre bilan en ce qui concerne la question de l'agrandissement momentané du bassin. Si je l'ajoute aux deux autres fournis par les années 1892 et 1893, je puis alors donner le tableau ci-dessous :

13	agrandissements	momentanés	du bassin	en 1892
14	—	—	—	1893
22	—	—	—	1894
Total, 49				

Avec les résultats ci-dessous :

45 femmes guéries,	4 mortes.
44 enfants vivants,	5 morts.

Ce résultat brut ne permet de formuler aucune appréciation juste et raisonnée sur l'agrandissement momentané du bassin. Il est absolument nécessaire d'envisager les conditions dans lesquelles l'opération a été pratiquée, afin de dégager nettement *ce qui appartient à l'opération*.

Pour cela, il est nécessaire, ici comme ailleurs, d'établir les catégories suivantes :

I. — **Femmes exclusivement examinées et soignées à la Clinique Baudelocque.**

1° *Agrandissement momentané du bassin complet, les enfants étant à terme et bien portants.* — 37 cas ayant donné les résultats ci-dessous :

Femmes guéries, 36	Enfants vivants, 37
— morte, 1 (d'obstruction intestinale)	— morts, 0

2° *Agrandissement momentané du bassin incomplet, l'enfant étant à terme.* — 1 cas :

1 femme guérie, 1 enfant mort seize heures après sa naissance (13e symphyséotomie) (1).

3° *Agrandissement momentané du bassin complet combiné avec l'accouchement provoqué.* — 4 cas :

Femmes guéries, 4	Enfants vivants, 3
— mortes, 0	— mort, 1, le 2e jour (4e symphyséotomie) (2).

4° *Agrandissement momentané du bassin incomplet combiné avec l'accouchement provoqué.* — 1 cas :

1 femme guérie, 1 enfant mort trois jours après sa naissance (1re symphyséotomie) (3).

5° *Agrandissement momentané du bassin complet, l'enfant étant à terme mais mourant.* — 1 cas :

1 femme guérie, 1 enfant mort (40e symphyséotomie).

(1) *Ann. de Gynéc.*, t. XXXVIII, p. 449.
(2) *Ibid.*, p. 433.
(3) *Ann. de Gynéc.*, t. XXXVIII, p. 433.

Total, 44 cas, donnant :

Femmes guéries,	43	Enfants vivants;	40
— morte,	1	— morts,	4
	44		44

II. — **Femmes ayant subi des examens ou des opérations avant leur entrée à la Clinique Baudelocque.**

5 cas, ayant donné les résultats ci-dessous :

Femmes guéries,	2	Enfants vivants,	4
— mortes,	3 (1)	— mort,	1 (2)

D'aucuns trouveront peut-être que je fais dire à nos chiffres ce que je veux. Je proclame, au contraire, que cette statistique est aussi précise qu'éloquente et fertile en enseignements. Elle nous démontre d'une manière absolue :

1° Que la symphyséotomie incomplète doit être rejetée ;

2° Que la combinaison de l'accouchement provoqué et de la symphyséotomie n'est pas la meilleure de toutes les choses.

Elle démontre surtout, et c'est là ma conclusion finale :

3° *Que l'agrandissement momentané du bassin complet pratiqué chez des femmes saines, les enfants étant à terme et bien portants, n'a causé la mort ni d'une femme ni d'un enfant.*

Vous voyez donc ce que vous avez à faire dans l'avenir.

Messieurs, il reste une question à discuter ou plutôt à étudier.

Cette question est la suivante : Doit-on sectionner le bassin quand, l'enfant étant encore vivant, une femme est déjà infectée? Ce n'est plus là, je vous le ferai remarquer, une question de thérapeutique des viciations pelviennes.

J'ai pratiqué cinq fois la section du bassin dans ces conditions, et vous avez vu que j'ai eu comme résultats 3 femmes mortes, 2 femmes guéries, 4 enfants vivants et un mort. Si j'avais

(1) 20e, 44e et 47e symphyséotomies.
(2) 29e symphyséotomie.

pratiqué la basiotripsie, aurais-je sauvé ces trois femmes? J'en doute, étant donnés les résultats que j'obtenais dans des cas semblables, quand j'avais recours à l'embryotomie.

Vaudrait-il mieux, dans ces cas, pratiquer l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique? C'est ce que l'avenir démontrera ; car, je le répète, c'est là une question qui, à mon avis, n'est pas résolue.

Tout ce que je viens de vous exposer ne se rapporte qu'au bilan spécial de l'agrandissement momentané du bassin, mais n'est point notre bilan général qui doit être établi d'après les préceptes que j'ai formulés au début de cette leçon. C'est ce que je vais faire pour terminer.

Je n'ai rencontré, dans l'année, qu'un seul cas de bassin à étroitesse absolue et j'ai pratiqué à terme l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, avec un succès complet pour la mère et pour l'enfant.

Si j'ajoute aux 22 symphyséotomies, 6 basiotripsies pratiquées sur des enfants morts et une application du levier préhenseur-mensurateur, vous aurez le total des opérations pratiquées à la Clinique Baudelocque, du 7 décembre 1893 au 7 décembre 1894, chez des femmes ayant le bassin vicié.

Ces femmes sont au nombre de 94, et le tableau ci-contre vous rendra compte de la physionomie de tous ces accouchements, de l'état des mères et du poids des enfants.

Le résultat brut est le suivant :

Mères vivantes, 91	Enfants vivants, 86
— mortes, 3	— morts, 8

Comparant ces résultats avec ceux observés en 1891, année pendant laquelle le nombre total des accouchements a été de 1,654, alors que cette année il a été de 2,147, j'ai les deux tableaux ci-dessous.

Année 1891.		**Année 1894.**	
1,654 ACCOUCHEMENTS		2,147 ACCOUCHEMENTS	
Bassins viciés, 140.		*Bassins viciés, 94* (1).	
Accouchements spontanés.....	81	Accouchements spontanés.....	64
Accouchements artificiels.....	59	Accouchements artificiels.....	30
Comprenant :		Comprenant :	
Accouchements provoqués.....	33	Accouchements provoqués.....	0
Forceps au détroit supérieur.....	9	Forceps au détroit supérieur.....	0
Forceps dits dans l'excavation...	12	Forceps dits dans l'excavation...	0
Version.....	0	Version.....	0
Basiotripsies.....	3	Basiotripsies.....	6
Opérations césariennes conserv..	2	Opération de Porro.....	1
		Symphyséotomies.....	22
		Mensurateur-levier-préhenseur..	1
Résultats bruts.			
Mères mortes.....	4 = 2,85 0/0	Mères mortes.....	3 = 3,2 0/0
Enfants morts.....	31 = 22,1 0/0	Enfants morts.....	8 = 8,5 0/0

Si l'on remarque que sur les huit enfants morts, cinq avaient été amenés morts dans notre service, qu'un autre est mort à la suite de fractures du crâne résultant d'applications de forceps faites en ville, nous avons en résumé, sur les quatre-vingt-huit femmes ayant des enfants vivants et bien vivants lors de leur entrée dans le service, quatre-vingt-six ayant eu des enfants vivants. **Nous avons perdu deux enfants dans quatre-vingt-huit rétrécissements du bassin.**

J'attends une statistique donnant des résultats supérieurs à ce que j'ai obtenu, pour modifier ma manière de faire.

En attendant, je poursuivrai avec passion l'étude de cette grande question de la thérapeutique des viciations pelviennes ; et tout en cherchant à réaliser l'idéal de Levret, je ferai tous mes efforts pour faire naître les enfants à terme et avec le minimum de traumatisme possible.

(1) La statistique des bassins viciés en 1894, ne comprend que les bassins ayant moins de 10 centimètres de promonto-pubien minimum, tandis qu'en 1891, elle comprend, en plus, les bassins à promontoire « accessible ».

Nos d'ordre	Nos du registre	Mois	Jour	A. — *Multipares.* Accouchements antérieurs	Accouchements spontanés	Accouchements artificiels	B. Accou sp
		1893					
1	1808	Déc.	13	1 accouch. spont. à terme. Enf. viv...	Trav. : 8 h. 40	»	
2	1840	*Id.*	18	3 accouch. ant. Enf. tous nés morts...	»	Symphyséotomie.	
		1894					
3	2	Janv.	1	1 acc. ant. prom. s. p. à 8 mois. Enf. viv.	Trav. : 7 h. 40	»	
4	11	*Id.*	3	1 accouch. ant. spont., mais long, à terme. Enf. mort 2 h. après.	»	Symphyséotomie.	
5	25	*Id.*	5	1 accouch. provoqué. Enf. m. 3 h. après (cl. Baud. 1506 de 1891).	Trav. : 7 h. 25	»	
6	28	*Id.*	6	1 acc. sp. à terme. Enf. viv. (401 de 1891).	Trav. : 17 h.	»	
7	40	*Id.*	8	»	»	»	Trav
8	51	*Id.*	10	2 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 22 h.	Nombreuses applications de forceps en ville.	
8bis	53	*Id.*	10	5 accouch. ant. Enf. morts.....	Trav. : 28 h.	Symphyséotomie.	
9	118	*Id.*	22	1 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 15 h.	»	
10	135	*Id.*	25	3 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 7 h. 30	»	
11	148	*Id.*	26	2 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 12 h. 30	»	
12	158	*Id.*	29	2 acc. sp. à terme : 1er enf. mort à 10 jours ; 2e enf. mort à 10 mois.	Trav. : 6 h. 30	»	
13	169	*Id.*	30	2 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 6 h.	»	
14	170	*Id.*	30	»	»	»	Trav
15	172	*Id.*	30	1 accouch. spont. à terme. Enf. viv.	Trav. : 11 h. 30	»	
16	191	Févr.	3	»	»	»	Trav
17	205	*Id.*	5	2 accouch. : 1er forceps ; 2e spontané ; Enf. vivants.	Trav. : 14 h.	»	
18	208	*Id.*	6	»	»	»	Trav
19	236	*Id.*	10	»	»	»	Trav
20	241	*Id.*	11	»	»	»	Trav.
21	252	*Id.*	12	4 acc. 1er, 3e et 4e sp. à terme ; 2e forceps. Enf. : 3 viv. 1 m.	»	Entrée à 11 h. 45 du soir, le 12 février. — Procidence du cordon. Enf. mort à 11 h. 50. Basiotripsie à midi le 13.	
22	261	*Id.*	15	2 accouch. spont. avant terme.....	Trav. : 7 h. 20	»	
23	274	*Id.*	18	»	»	»	Trav.

décembre 1893 jusqu'au 7 décembre 1894.

	C. — *Considérations communes aux deux.*									
CHEMENTS FICIELS	VICIATIONS PELVIENNES		POIDS DE L'ENFANT			ÉTAT A LA SORTIE				OBSERVATIONS
	DIAMÈTRE PROM.-S.-PUB.	Diam. bi-pa-riétal	à la nais-sance	A LA SORTIE		DE LA MÈRE		DE L'ENFANT		
						Bien portte	Morte	Vivant	Mort	
»	10.1 bass.annelé.	9-7	2880	3350	22 déc.	»	»	Viv.	»	Femme du dehors.
»	Bassin spon-dylolisthésique.	9-3	3020	3150	27 —	»	M. le 5e jr d'obstr. intestinale.	Viv.	»	F. entrée au dortoir depuis le 18 novembre.
»	Bass. canaliculé.	9-4	3190	3200	3 janv.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	11 9.9	9-3	3220	3480	6 fév.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir depuis le 6 décembre.
»	9.8	9-1	2800	3190	23 janv.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 28 novembre.
»	10.7	9-6	3410	3720	19 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 27 septembre.
»	10.3	8-6	2880	3090	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 5 janvier.
»	Angle accessible.	9-1	3300	3540	25 —	B p.	»	Viv.	»	F. entrée le 27 décembre.
»	9.7	9-7	3820	»	»	B.p.	»	»	Mort.	F. du dehors.
»	10 B. asymétrique.	8-2	3250	3200	2 fév.	B.p.	»	Viv	»	F. entrée le 7 décembre.
»	10	9	2950	3310	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10.4	9-3	2870	3260	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	10 bass.annelé.	9-1	3310	3410	7 —	B.p	»	Viv.	»	F. entrée le 23 janvier.
»	Angle accessible.	9-6	4050	3960	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	*Id.*	9	2300	2570	9 —	B.p.	»	Viv	»	F. du dehors.
»	*Id.*	9-6	3870	3325	»	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 30 novembre.
»	10.6	8-7	2870	2950	13 fév.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 9 janvier.
»	Angle accessible.	9-8	3840	4020	14 —	B p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 30 janvier.
»	*Id.*	8-5	2990	2960	14 —	B.p	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
éotomie.	10	9	2830	3500	10 mars	B.p	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 30 janvier.
.	10 bass.annelé.	9-5	3570	3850	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
	10.4 bass. oblique ov.	»	2980	»	»	B p.	»	»	Mort.	F. venant du dehors.
	10.7 bass. canaliculé.	9-1	3240	3060	24 fév.	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
otomie.	10.4	9	3080	3370	13 mars	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.

N° D'ORDRE	N° DU REGISTRE	MOIS	JOUR	A. — *Multipares.* ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	B. ACCOU SPO
24	276	Fév.	18	1 acc. ant. : Forceps en ville et basiotripsie à la maternité.	8 h. 30	Symphyséotomie.	
25	280	*Id.*	18	»	»	»	8
26	295	*Id.*	21	»	»	»	
27	301	*Id.*	23	6 accouch. spontanés à terme.....	4 h. 10	»	
28	334	*Id.*	28	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant...	37 h.	Femme arrivée avec rupture des membranes et 38°,4. Enf. mort avant la dilatation complète. — Basiotripsie.	
29	341	Mars	1	»	»	»	
30	343	*Id.*	2	»	»	»	
31	357	*Id.*	4	»	»	»	2
32	378	*Id.*	8	2 acc. : 1er spont. après 20 h. de trav. Enf. vivant ; 2e forceps. Enf. mort.	3 h. 30	Symphyséotomie.	
33	413	*Id.*	14	»	»	»	
34	527	Avril	3	2 accouch. forceps. Enf. vivants.....	17 h.	»	
35	528	*Id.*	4	»	»	»	2
36	540	*Id.*	6	1 accouch. forceps. Enf. vivant.	21 h.	»	
37	571	*Id.*	11	»	»	»	2
38	584	*Id.*	12	»	»	»	22
39	609	*Id.*	17	»	»	»	
40	620	*Id.*	19	4 accouch. spont. Enf. vivants... ..	»	»	
41	624	*Id.*	20	»	»	»	
42	662	*Id.*	26	1 accouch. spont. à terme.....	5 h.	»	
43	665	*Id.*	27	3 accouch. : 1er forceps 8 m. 1/2? Enf. viv. ; 2e et 3e spont. à terme. Enf. viv.	12 h.	»	
44	738	Mai	8	2 acc. à terme terminés par 2 céphalotripsies.	9 h.	Symphyséotomie.	
45	742	*Id.*	9	3 acc. spont. à terme. Enf. vivants.	4 h. 30	»	
46	772	*Id.*	15	»	»	»	13

C. — *Considérations communes aux deux.*

E MENTS CIELS	VICIATIONS PELVIENNES		POIDS DE L'ENFANT			ÉTAT A LA SORTIE				OBSERVATIONS
	DIAMÈTRE PROM.-S.-PUB.	Diam. bi-pa-riétal	à la nais-sance	A LA SORTIE		DE LA MÈRE		DE L'ENFANT		
						Bien port^te	Morte	Vivant	Mort	
	10.1	9-7	3400	3590	14 mars	B.p.	»	Viv.	»	Au dortoir depuis 5 jours.
	10.5	9-1	3650	3770	27 fév.	B.p.	»	Viv.	»	Au dort. depuis le 13 fév.
otomie r rontale	10.8 scolio-cyphose	10-8	3590	»	»	B.p.	»	»	M. 1 mois après d'accident	F. dortoir. Syphilis ?
	10.3	8-8	2820	2750	7 mars	B.p	»	Viv.	»	Entrée au dort. le 13 janv.
	Mesure perdue	»	3100 sans substce cérébr.	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. arrivée en travail.
	10.4 angle bas	8-5	3220	3170	10 mars	B.p.	»	Viv.	»	F. venant du dehors.
otomie tation 2 fr. otomie	10.2	9	3380	3370	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir, 25 février.
	10	8-7	2920	3980	13 avril	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	9.7 angle bas	10-1	3360	4450	10 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
	Angle accessible	9	3210	3100	le 15 mars envoyé en nourrice	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
	Bas = 11^c avec faux promont. de 10.5	9-7	3130	3320	12 avril	B.p.	»	Viv.	»	Entrée au dort. le 27 mars.
	10 5	9-1	3050	2910	15 —	B.p	»	Viv.	»	Entrée au dort. le 9 fév.
	10.5	9-3	4050	4540	14 —	B.p.	»	Viv.	»	Entrée le 4 ; acc. le 6.
tomie	10.3	9	2870	3160	25 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	9 bass. canaliculé	9-9	3320	4300	26 —	B.p.	»	Viv.	»	Entrée le 23 fév. ; acc. le 12 avril.
	10.8	9-3	2950	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. du dortoir non surveillée, ayant dissimulé ses douleurs.
	10	9-7	3560	3750	28 avril	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10	8-8	2610	2550	28 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
	10.8	9-4	3330	3340	6 mai	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
	Angle accessible	9	3050	3230	5 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
	9.5	9	3340	3620	3 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 1^er mai ; acc. le 8.
	10.5	9	2840	2870	18 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10 6	9-5	3130	3800	12 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 5 avril ; acc. le 15 mai.

N°s D'ORDRE	N°s DU REGISTRE	MOIS	JOUR	A. — *Multipares.* ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	B. ACCOU SPO
47	775	Mai	15	»	»	»	12
48	796	*Id.*	18	1 acc. à terme : Forceps après 48 h. de trav. Enf. vivant.	14 h. 30	»	
49	809	*Id.*	19	4 acc. : 1er acc. (embryotomie). 2e acc. provoqué (version). 3e acc. provoqué 8 m. (basiotripsie). 4e acc. prov. (symphyséotomie). Enf. m. le 3e jour.	10 h. 45	IIe Symphyséotomie.	
50	818	*Id.*	21	1 acc. 8 mois. Enf. mort et macéré.	12 h. 25	»	
51	826	*Id.*	23	»	»	»	
52	843	*Id.*	26	»	»	»	9
53	853	*Id.*	27	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	10 h. 35	»	
54	891	Juin	3	1 acc. prémat. spont. à 8 mois. Enf. mort à 15 jours.	(siège) 6 h. 30	»	
55	901	*Id.*	5	1 accouch. Basiotripsie	»	Symphyséotomie.	
56	902	*Id.*	5	1 acc. à terme. Forceps. Enf. vivant.	16 h.	Symphyséotomie.	
57	942	*Id.*	13	4 gross. : 1re, avortement. 2e, acc. prov. 8 mois (basiotripsie). 3e, avort. de 3 mois. 4e acc. à terme. Enf. m. (basiotripsie).	»	Amputation utéro-ovarique. (Porro.)	
58	946	*Id.*	14	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant...	7 h.	»	
59	954	*Id.*	15	»	»	»	1
60	979	*Id.*	20	»	»	»	7
61	1039	Juill.	1	1 acc. sp. prém. à 8 m. 1/2. Enf. viv.	1 h. 30	»	
62	1056	*Id.*	3	»	»	»	
63	1088	*Id.*	8	»	»	»	
64	1095	*Id.*	11	»	»	»	1
65	1107	*Id.*	13	2 acc. spont. à terme. Enf. vivants.	6 h.	»	
66	1146	*Id.*	20	»	»	»	
67	1227	Août	1	1 accouch. provoqué. Enf. vivants...	6 h.	»	
68	1238	*Id.*	3	2 acc. spont. 2 forceps. 4 enf. vivants.	16 h.	»	
69	1260	*Id.*	7	»	»	»	
70	1281	*Id.*	10	2 acc. 1er spont. à terme. Enf. vivant 2e Forceps. Enf. vivant.	»	Basiotripsie sur enfant mort avant l'entrée de la femme dans le service.	

C. — *Considérations communes aux deux.*

	VICIATIONS PELVIENNES		POIDS DE L'ENFANT			ÉTAT A LA SORTIE				
	DIAMÈTRE PROM.-S.-PUB.	Diam. bi-pa-riétal	à la nais-sance	A LA SORTIE		DE LA MÈRE		DE L'ENFANT		OBSERVATIONS
						Bien portᵗᵉ	Morte	Vivant		
	11	9	3100	3270	26 mai.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	Angle accessible.	9-7	3050	3200	26 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
	9.8	9	2710	3460	16 juin.	B p	»	Viv.	»	F. entrée en travail.
	Angle accessible.	8-8	3200	3170	1 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 17 avril ; acc. le 21 mai.
	9.8 bass.annelé.	8	2290	2040	1 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 10 mai ; acc. le 23 mai.
	10.5 bass annelé.	8-5	3150	3260	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 9 mai ; acc. le 26 mai.
	9.9	9-4	3730	3800	5 —	B.p	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10.6	8-6	2150	2170	13 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
	10.4	9-6	3580	4220	1 juill.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
	?	9-8	3590	3350	9 juin.	»	Morte	Viv.	»	*Id.*
	?	10-5	4520	5230	3 juill.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	Angle accessible.	9	3020	3030	19 juin.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
otomie.	B. asymétrique. 10.8	9	3310	3010	25 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
.	9.9	9	2590	2530	16 juill.	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée le 24 mai ; acc le 20 juin.
	10.5	8-5	2650	2400	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	Angle accessible.	8 5	2760	2850	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
otomie.	10.7	9-3	3820	4201	5 août.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10.1	7-8	1380	1279	17 juill.	B.p	»	Viv.	»	*Id.*
	11	9-5	3820	4190	24 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
	10.5	9	2830	3000	31 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
	10.6	9-6	3500	3020	8 août.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	10.5	9-3	3270	3360	13 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	11	9-2	2500	2370	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	9.7	»	3870 s.subs-tance cérébr.	»	»	B.p.	»	»	»	F. du dehors.

Nos D'ORDRE	Nos DU REGISTRE	MOIS	JOUR	A. — *Multipares.* ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	B. — ACCOU SPO
71	1313	Août	14	1 acc. ant. Basiotripsie à la maternité.	18 h.	»	
72	1378	*Id.*	2	1 acc. (version). Enf. mort à 9 jours.	11 h.	»	
73	1426	Sept.	26	4 acc. Les 3 prem. forceps. Enfants morts. Le 4e, céphalotripsie.	48 h.	»	
74	1490	*Id.*	14	»	»	»	70
75	1505	*Id.*	15	8 acc. 1er et 2e céphalotripsie. 3e acc. prov. Basiotripsie. 4e (version) enf. m. 5e, 6e et 7e avortement. 8e enf. mort (basiotripsie).	10 h. 45	Symphyséotomie.	
76	1514	*Id.*	17	1 acc. à terme spont. Enf. viv. Siège.	14 h.	»	
77	1572	*Id.*	27	1 acc. spontané à terme. Enf. vivant.	3 h. 35	Face	
78	1592	*Id.*	30	»	»	»	22
79	1599	Oct.	1	»	»	»	13 1
80	1603	*Id.*	1	1 acc. spontané à terme. Enf. vivant.	9 h. 15	»	
81	1644	*Id.*	7	»	»	»	4 h
82	1652	*Id.*	8	»	»	»	48
83	1653	*Id.*	8	»	»	»	14
84	1673	*Id.*	11	»	»	»	23
85	1677	*Id.*	12	5 acc. spont. à terme. Enf. vivants..	11 h.	»	»
86	1686	*Id.*	13	6 accouch. : 1er acc. artificiel; 2e prématuré; 4 acc. spont. à terme. 2 enfants vivants.	8 h.	»	»
87	1695	*Id.*	14	1 acc. spontané à terme. Enf. vivant.	5 h. 50	»	»
88	1720	*Id.*	19	»	»	»	8
89	1807	Nov.	2	1 avortement de 6 mois	3 h. 15	»	»
90	1827	*Id.*	5	4 acc. : 1er acc. spont. à terme. 2e, 3e et 4e forceps.	18 h. 30	Grossesse gémellaire.	18 h
91	1830	*Id.*	6	3 acc. : 1er embryotomie. 2e acc. sp. à terme. 3e mort pendant le travail.	»	»	»
92	1842	*Id.*	7	1 acc. ant. Enf. né vivant.....	24 h. 30	Basiotripsie sur enfant dont on ne perçoit plus les bruits du cœur.	»
93	1899	*Id.*	19	1 acc. spontané à terme. Enf. vivant.	6 h.	»	»

C. — *Considérations communes aux deux.*

	VICIATIONS PELVIENNES		POIDS DE L'ENFANT			ÉTAT A LA SORTIE				OBSERVATIONS
	DIAMÈTRE PROM.-S.-PUB.	Diam. bi-pariétal	à la naissance	A LA SORTIE		DE LA MÈRE		DE L'ENFANT		
						Bien portᵗᵉ	Morte	Vivant	Mort	
	9.8	9-7	3050	3050	31 août.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	9.5	9-3	4020	3630	8 sept.	B. p.	»	Viv.	»	*Id.*
	9.1	8-1	2600	2590	12 —	B. p.	»	Viv.	»	F. au dortoir depuis le 23 août.
tomie.	10.3	9-2	3170	3330	1 oct.	»	Morte.	Viv.	»	F. du dehors.
	»	8-6	2230	2730	15 —	B. p.	»	Viv.	»	*Id.*
	Angle accessible	9-5	3350	3120	20 sept.	B. p.	»	Viv.	»	*Id.*
	10	9-5	3180	3120	6 oct.	B. p.	»	Viv	»	*Id.*
r enfᵗ. son en- service. cordon.	Angle accessible.	»	2600	»	»	B. p.	»	»	Mort.	*Id.*
	9.8	8-7	2600	2730	9 oct.	B. p.	»	Viv.	»	*Id.*
	10.4	10	3890	4280	14 —	B. p.	»	Viv.	»	*Id.*
	10.5	8-6	3300	3240	9 nov.	B. p.	»	Viv.	»	*Id.*
	10.5	8-5	2800	2920	19 —	B. p.	»	Viv.	»	*Id.*
	10.4	9-1	2700	2750	18 oct.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dort. dep. le 20 sept.
	11	8-7	2730	3080	21 —	B. p.	»	Viv.	»	Au dortoir le 5 septembre.
	10.3	8-9	2840	3100	21 —	B. p	»	Viv.	»	Au dortoir du 17 sept.
	10.2	8-6	3550	3660	21 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10.5	9-8	3640	3700	24 —	B. p.	»	Viv.	»	*Id.*
plété esses).	10.7	8-6	2590	2600	30 —	B. p.	»	Viv.	»	F. entrée le 13 octobre.
	10.8	9-2	3610	3720	13 nov.	B. p.	»	Viv.	»	F. entrée le 22 octobre.
ren- ateur.	10.7	9-1	2 juin 3230	3250	13 nov.	B. p.	»	Viv.	»	Au dortoir le 1ᵉʳ novemb.
ur tête ue pen- es jam- ère 6 h. entrée ice.	?	»	3400	»	»	B. p.	»	»	Mort.	F. du dehors.
	10.1	»	2850 S. subs- tance cérébr.	»	»	B. p.	»	»	Mort.	Au dortoir du 7 novemb.
	10.4	8-7	2470	»	»	»	»	»	»	F. du dehors.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE PENDANT L'ANNÉE 1895 (1)

Je vais aujourd'hui, d'après une habitude à laquelle je ne puis ni ne veux me soustraire, vous exposer les résultats obtenus à la Clinique Baudelocque, du 7 décembre 1894 au 7 décembre 1895, en appliquant rigoureusement à la thérapeutique des viciations pelviennes, les préceptes que j'ai pu formuler, depuis que l'agrandissement momentané du bassin a été reconnu, par nous, une opération praticable.

Je ne vous rappellerai pas ces préceptes pour le moment ; beaucoup d'entre vous les connaissent, ceux qui les ignorent n'auront qu'à se reporter à mes publications antérieures (2).

Je désire vous parler, tout d'abord, des cas dans lesquels l'agrandissement momentané du bassin, par symphyséotomie, a été jugé nécessaire et pratiqué par mes collaborateurs, Varnier, Lepage, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise, Funck-Brentano ou par moi-même.

Nous avons eu vingt de ces cas, dont voici les observations résumées.

Obs. 175. — XLIX[e] Symphyséotomie pratiquée le 31 janvier 1895. (A. Pinard.)

La nommée Jeanne P..., 19 ans, primipare, entre à la salle de travail, le 30 janvier 1895, à 6 heures du soir, venant de l'asile Saint-Jacques, ayant la grippe.

Elle ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents.

(1) *Annales de Gynécologie*, t. XLV, p. 1.

(2) *De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1893. — De l'agrandissement momentané du bassin. Rapport lu au Congrès international des sciences médicales tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894. — De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1894.* G. Steinheil, éditeur.

Elle ne sait pas à quel âge elle a marché.

A l'examen, on remarque sur la face dorsale et le bord interne du pied gauche, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, des cicatrices ressemblant à d'anciennes lésions tuberculeuses.

Diagnostic à l'entrée : Tête non engagée, dos à gauche. Bassin vicié. Face antérieure du sacrum accessible. Diamètre promonto-sous-pubien, 98 millim. Début de dilatation. Membranes intactes. Enfant vivant.

A 2 h. 30 du matin, rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Liquide amniotique vert.

On fixe la tête ; les bruits du cœur fœtal varient de 112 à 120.

Aussitôt après la rupture des membranes, on constate que la suture sagittale est près de la symphyse.

Bientôt, se forme une bosse séro-sanguine qui masque toutes les sutures. Contractions presque subintrantes, qui font redouter une rupture de l'utérus. On fait respirer du chloroforme. La respiration est tellement bruyante que l'on perçoit difficilement les bruits du cœur. Mais on finit par les entendre, et M. Pinard, à la visite du matin, juge nécessaire de pratiquer la symphyséotomie.

Anesthésie difficile, par suite des troubles respiratoires. A 10 h. 55, incision cutanée ; à 11 heures, section de la symphyse. Écartement spontané, 1 centim. et demi. Écartement provoqué, 4 centimètres. A 11 h. 8, application de forceps. Extraction à 11 h. 12 d'un enfant de 2,310 gr., en état de mort apparente, mais bientôt ranimé, après désobstruction des voies respiratoires, et sans insufflation. Bi-pariétal : 87 millim.

Délivrance artificielle. Sutures profondes et superficielles au fil d'argent. Pansement ordinaire. Terminé à midi.

A 3 heures de l'après-midi, frissons et 39°, avec respiration bruyante et précipitée.

1er février. Miction spontanée. Vomissements le matin. Dyspnée intense. Trois vomissements de sang dans la soirée, 37°,8. La malade se plaint d'une douleur intense au creux épigastrique. Toux fréquente. Crachats épais. Gros râles humides. Nuit calme après piqûre de morphine.

Le 2, à 6 heures du matin : vomissement de sang très abondant, noir. A 7 h. et demie, nouveau vomissement de sang abondant qui amène la mort.

Autopsie, faite par M. le Dr Widal. — Adhérences pulmonaires généralisées. Il s'écoule, pendant le décollement des plèvres, un demi-litre de pus au moins par la trachée ; sang et pus dans toutes les bronches et bronchioles. Dilatation bronchique. Cœur normal. Estomac sain. Péritoine sain.

Plaie opératoire réunie. Pas trace d'épanchement sanguin au niveau des tissus incisés.

Bassin oblique ovalaire de Nægele, à synostose droite, présentant les diamètres ci-dessous : promonto-pubien, 97 millim. ; diamètre oblique gauche, 115 millim. ; diamètre oblique droit 75 millim. ; sacro-cotyloïdien droit, 34 millim. ; sacro-cotyloïdien gauche, 97 millim. ; bi-sciatique, 70 millim. ; bi-ischiatique, 90 millim.

L'enfant a été porté aux Enfants-Assistés le 6 mars, pesant 2,770 grammes, ayant gagné 460 gr. sur son poids de naissance.

Obs. 311.— Le Symphyséotomie, pratiquée le 25 février 1895. (A. Pinard.)

La nommée P..., âgée de 39 ans, est apportée à la Clinique Baudelocque, le 25 février 1895, ayant subi en ville une application infructueuse de forceps.

Antécédents obstétricaux. — Premier accouchement spontané à terme, fille vivante. Deuxième accouchement à terme ; application de forceps, enfant vivant. Troisième accouchement spontané à terme, fille vivante.

Grossesse actuelle. — Dernières règles en mai. Début du travail à 2 heures du matin le 24 février. Rupture de la poche le 24 février à 2 heures du soir. Assistée, d'abord, par une sage-femme qui fait ensuite appeler un médecin; ce dernier tente une application de forceps au détroit supérieur, le 25 février à 4 heures du matin. Tractions infructueuses. Cette femme est alors dirigée sur la clinique.

A son arrivée à 8 heures du matin, le 25 février, on constate que l'orifice est dilatable, que la tête repose au niveau du détroit supérieur, inclinée sur le pariétal antérieur ; suture sagittale, à 82 millim. de la symphyse. On mesure le diamètre promonto-sous-pubien qui est de 93 millim. Enfant vivant. Tête en bas en G. T.

Anesthésie à 10 heures. Section de la symphyse. Écartement provoqué : 6 centim. Forceps. Extraction d'un enfant vivant, du poids de 3,070 grammes, étonné ; mais, après désobstruction des voies respiratoires, la respiration s'établit régulièrement.

Suites de couches pathologiques. Irrigation continue et curettage. Guérison complète et sortie de la femme en bon état le 12 mai. L'enfant pesait, le 12 mars, 3,330 gr. Femme revue le 9 décembre 1895 en parfait état. L'enfant mis en nourrice est mort à 7 mois.

Obs. 313. — LIe Symphyséotomie, pratiquée le 25 février 1895, pour la deuxième fois chez la même femme. (Varnier.)

La nommée C..., tertipare, entre le 24 février 1895, à la Clinique Baudelocque, à 8 heures du soir. Elle est en travail.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse : accouchement à terme ; basiotripsie par Varnier à Lariboisière (1889).

Deuxième grossesse : accouchement à terme ; symphyséotomie pratiquée à la Clinique Baudelocque par Varnier le 13 septembre 1892 (Observation 1326, neuvième symphyséotomie). Enfant de 3,200 gr. actuellement vivant et bien portant.

Grossesse actuelle. — Cette femme, qui a marché à 3 ans et demi, toujours bien depuis, a eu ses dernières règles du 20 au 23 mai 1894. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 92 millim. Bassin rachitique annelé. Taille : 1 m. 39.

Cette femme entre à la salle de travail le 24 février 1895 à 8 heures du soir. Le col est en voie d'effacement. A 11 heures du matin, le 25, la dilatation est complète ; les membranes intactes Tête en bas non engagée, dos à gauche. Symphyséotomie d'emblée.

Chloroforme à 11 h. 25. Incision de la peau dans l'ancienne cicatrice à 11 h. 40. La symphyse bâille dès qu'on a incisé le manchon fibreux présymphysien, et l'écartement se complète après section du tissu fibreux rétro-symphysien (écartement provoqué : 65 millim.).

A 11 h. 55, rupture artificielle des membranes. Liquide amniotique normal. Application de forceps. La tête restée très élevée est encore remontée par l'instrument. G. T. Traction d'essai. La tête ne descend pas et on a la sensation qu'on ne pourra l'engager, sans faire courir de sérieux risques à l'enfant. M. Varnier retire le forceps et pratique la version. Extraction à midi 5' d'un enfant pesant 3,260 grammes.

L'enfant crie aussitôt après sa naissance. Il présente un enfoncement produit par le promontoire, en avant de la bosse pariétale gauche, du fond de la dépression à la bosse pariétale opposée 92 millim. Délivrance par expression à midi 10'. L'enfant n'a présenté aucun symptôme de compression cérébrale. Le 26 au matin, l'enfoncement a presque complètement disparu. Dès le 5e jour, le poids de naissance est regagné.

Suites de couches légèrement pathologiques, 38°,2 le 5e jour ; réunion de la plaie opératoire par première intention. Phlébite du membre inférieur gauche. La malade sort complètement guérie le 12 mai. Enfant pesant 3,780 grammes.

Revue, avec ses deux enfants, en parfait état le 9 décembre 1895.

Obs. 315. — LIIe Symphyséotomie, pratiquée pour la deuxième fois le 25 février 1895. (Lepage.)

La nommée B..., âgée de 38 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 20 février 1895.

Antécédents obstétricaux.— Première grossesse, gémellaire. Accouchement provoqué à la Clinique Baudelocque, en 1891, à l'aide des ballons Tarnier et Champetier. Version interne pour les deux jumeaux ; enfants morts. A l'autopsie, on constate pour le premier une fracture du crâne ; pour le deuxième, une hémorrhagie méningée. Deuxième grossesse, accouchement à terme ; symphyséotomie le 13 août 1893 par M. Lepage (24e symphyséotomie), enfant vivant du poids de 3,730 grammes. Diamètre bipariétal : 94. Élevé au sein par une nourrice. Bien portant.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 24 au 28 mai 1894. Cette femme, de petite taille, présente une incurvation des jambes très accusée, à convexité externe. Bassin aplati. Diamètre promonto-sous-pubien : 93 millim. ; tête en bas, dos à droite.

Début du travail, à 3 heures du soir, le 25 février 1895. Membranes intactes. A 8 heures et demie du soir, la dilatation est complète. On rompt les membranes. Il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique normal. La suture sagittale est derrière la symphyse pubienne.

Chloroforme à 8 h. 45. Section du tissu fibreux existant à la partie supérieure et inférieure de la symphyse. Il existe un écartement normal d'environ un demi-centimètre dans l'attitude obstétricale. Écartement provoqué de 6 centimètres.

Application de forceps, sur le sommet situé en droite transversale. Extraction d'un enfant vivant à 9 h. 40, pesant 3,660 grammes et à sa sortie, 3,890 grammes. Bi-pariétal : 103 millim.

Suites de couches normales. Guérison complète et sortie de la femme et de l'enfant en parfaite santé le 28 mars 1895.

Revue en parfait état le 9 décembre 1895, avec son 1er enfant. Le dernier est en nourrice.

Obs. 485. — LIIIe Symphyséotomie, pratiquée le 25 mars 1895. (A. Pinard.)

La nommée A. T..., primipare, âgée de 26 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 25 mars 1895 à midi, ayant une dilatation de 2 francs.

Antécédents. — A marché à un an et a toujours bien marché depuis. Dernières règles : 4 au 6 juillet 1894.

Examen : Squelette rachitique. Diamètre promonto-sous-pubien : 95 ; mi-sacro-pubien : 88 ; tête en bas très élevée, dos à droite. Bruits du cœur normaux et bien frappés. Membranes intactes. Début du travail : 24 mars 1895 à 10 heures du soir.

A 8 heures du soir, le 25 mars, dilatation complète. Rupture spontanée des membranes. Liquide amniotique vert et épais. Le toucher fait reconnaître que la suture sagittale est à 3 centimètres de la symphyse.

Introduction et gonflement dans le vagin d'un gros ballon de Champetier de Ribes. A 10 heures, chloroforme. Section de la symphyse. Écartement spontané, 3 centimètres. Écartement provoqué de 6 à 7 centimètres. Application de forceps en D. T. Extraction à 10 h. 25. Délivrance artificielle. Sutures superficielles et profondes au fil d'argent. Pansement ordinaire.

Suites de couches, absolument physiologiques.

L'enfant, né étonné, est ranimé après frictions et désobstruction des voies respiratoires. Il pesait à la naissance 1,900 grammes et à son départ, le 3 mai, 2,510 grammes. Diamètre bi-pariétal : 80.

La femme sort bien portante le 3 mai 1895. Revue en parfait état, avec son enfant, le 9 décembre 1895.

Obs. 700. — LIVe Symphyséotomie, pratiquée le 1er mai 1895.
(Wallich. — A. Pinard.)

La nommée R..., 24 ans, secondipare, entre à la Clinique Baudelocque le 12 février 1895.

Antécédents obstétricaux. — Ne sait à quel âge elle a marché et a toujours bien marché à sa connaissance. Squelette peu touché en apparence par le rachitisme. Première grossesse en 1893. Accouchement spontané à terme. Fille vivante.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 24 au 26 juillet 1894. Examen : Diamètre promonto-sous-pubien : 93. Tête en bas. Dos à gauche. Début du travail à 8 heures du soir le 29 avril. Le lendemain, 30 avril, à 10 heures du matin, la

dilatation étant stationnaire, on rompt les membranes. A 6 heures du soir, la tête n'est point engagée. Suture sagittale à 68 millim. du bord inférieur de la symphyse. Bosse séro-sanguine énorme. Dilatation de 5 francs.

Le lendemain 1er mai, à 9 heures du matin, la dilatation est complète, mais le liquide amniotique jusque-là normal devient vert. De plus, la température maternelle est de 38°,5, et le pouls à 100. En face de cette situation, M. Pinard décide de pratiquer la symphyséotomie. En raison de la longueur du travail, et de l'état fébrile de la parturiente, il est entendu que l'opérateur qui sectionnera la symphyse n'introduira pas sa main dans les organes génitaux.

M. Wallich pratique la section de la symphyse à 11 heures du matin. Écartement provoqué : 6 centim. Application de forceps et extraction par M. Pinard.

Délivrance artificielle par Mlle Roze.

Le périnée est intact, mais les parties molles ont cédé en arrière de la petite lèvre gauche. Il existe un orifice faisant communiquer largement (environ 10 centim.) la plaie symphysienne avec le vagin. L'urèthre est rejeté à gauche. On réunit en partie cette déchirure par quelques points au catgut. Suture de la plaie opératoire avec fils d'argent. Points profonds et points superficiels. Pansement ordinaire.

L'enfant présente une eschare sur le pariétal gauche à 4 centim. de la suture sagittale. Il crie aussitôt. Il pèse 3,770 grammes. Diamètre bi-pariétal, 98. L'eschare guérit rapidement et, à son départ, le 1er juin, l'enfant pesait 4,620 grammes.

Suites de couches normales, sauf une temp. de 38° le soir du cinquième jour.

La femme sort bien portante avec son enfant le 1er juin 1895.

Revue en parfait état le 9 décembre 1895.

Obs. 727. — LVe Symphyséotomie, pratiquée le 6 mai 1895. (Varnier.)

La nommée Marie C..., entre à la Clinique Baudelocque le 11 avril 1895.

Antécédents. — Ne sait quand elle a commencé à marcher et a toujours bien marché, dit-elle.

1re grossesse. Terminée à huit mois. Accouchement spontané. Enfant mort pendant le travail.

2e grossesse. Accouchement à terme. Forceps. Enfant mort cinq heures après l'extraction. Tous ces accouchements ont eu lieu chez elle, dans le Cantal.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 18 juillet 1894. Examen le 11 avril. État général bon. Squelette peu déformé. Parenthèse fémorale. Diamètre promonto-sous-pubien, 95 millim. Tête en bas, dos à gauche.

Le 4 mai à 3 heures du soir : rupture spontanée et prématurée des membranes. Transportée à la salle de travail. Début du travail le 5 mai à 8 heures du matin. A 11 heures du soir, le travail a fait peu de progrès. Tête non engagée, obliquité de Nægele. Dilatation incomplète de l'orifice par la bosse séro-sanguine; la tête ne descendant pas, M. Pinard juge que la symphyséotomie est indiquée (la dilatation ne pouvant se compléter) et charge M. Varnier de la pratiquer.

A 11 h. 1/2 du soir, anesthésie. Incision cutanée à 11 h. 48. Section de la

symphyse terminée à 11 h. 54. Écartement spontané : 3 centim. Écartement provoqué à l'aide de l'écarteur à vis : 6 centim. Application de forceps commencée à 11 h. 59 et extraction sans la moindre difficulté terminée à minuit 3. Délivrance artificielle. Sutures profondes et superficielles. Pansement ordinaire terminé à minuit 10.

Les deux premiers jours, température normale.

Le troisième jour, 37°,6 le matin, 37°,8 le soir. Pouls 96. Aucun gonflement au niveau de la plaie. Ventre souple ; utérus indolore, mais toux persistante et point de côté à droite.

Le quatrième jour, 39° le matin et 39°,5 le soir. Injection intra-utérine le matin et le soir.

Le cinquième jour, 39° le matin. Curettage. Irrigation continue pendant 18 heures. Température : 39°,7.

Léger frisson. Délire. La température reste stationnaire. Le sixième jour, température le matin, 38°,2 ; le soir, 39°,4. Injection de 15 c. c. de sérum antistreptococcique de Charrin et Roger.

Le lendemain, agitation, délire, crachats jus de pruneaux et hémoptoïques.

Morte le 13 mai à 2 heures du matin.

Autopsie. — Plaie opératoire réunie par première intention (a été photographiée). Aucun fil n'a suppuré. Après section de la cicatrice au thermocautère, on prend avec une pipette quelques gouttes de sérosité sanguinolente dans l'espace rétro-symphysien.

Les cultures en sont restées stériles.

Il a été impossible d'ouvrir le ventre (autopsie refusée) et de faire des cultures du contenu utérin.

Par l'incision d'un espace intercostal à droite, là où siégeait le point de côté, on prend, à l'aide d'une pipette, du liquide dans le poumon. Les cultures du liquide pulmonaire et les préparations faites par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, chef de laboratoire, donnent du staphylocoque et du streptocoque.

L'enfant fut, aussitôt après son extraction, reçu par M. Pinard, et exclusivement soigné par lui. Cet enfant est pâle, tous les téguments sont décolorés et les membres dans la résolution. Le forceps n'a laissé aucune trace de son application.

Le cœur bat très faiblement et très lentement. Aucun mouvement inspiratoire. Désobstruction des voies respiratoires. A l'aide du tube laryngien, aspiration de la trachée qui ramène deux énormes bouchons de mucosités épaisses et verdâtres. Quelques secondes après, première ébauche d'inspiration spontanée. A chaque inspiration, le thorax se développe dans tous ses diamètres.

Malgré ces faibles, mais fréquents mouvements inspiratoires, la peau ne se colore pas, et les battements du cœur restent aussi lents. A ce moment, léger cri de l'enfant. Puis, au moment où l'on croit que le véritable cri va se faire entendre, la physionomie grimace, le cœur et la respiration s'arrêtent subitement. L'insufflation pratiquée immédiatement se montre aussi inefficace que les tractions rythmées de la langue. Poids de l'enfant : 3,030 gr. Diamètre bi-pariétal : 95. L'autopsie n'a pas été faite. Le fœtus est conservé pour M. Brissaud qui fera un examen complet de l'encéphale.

Obs. 789. — LVIe Symphyséotomie, pratiquée le 15 mai 1895. (Wallich.)

La nommée L..., primipare, entre le 14 mai à minuit à la Clinique Baudelocque.

Antécédents obstétricaux. — A marché à 4 ans et demi. Examen : peu de déformations du squelette, sauf au niveau des tibias qui présentent une convexité antérieure en lame de sabre.

Dernières règles, du 10 au 15 août 1894. Bassin rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien : 102 millim. Diamètre mi-sacro-pubien : 106. Tête en bas, dos à gauche.

Le col est en voie d'effacement. Le 15 mai, 10 heures du matin, dilatation égale à 5 francs. Poche tendue ne permettant pas la mensuration entre la suture sagittale et le bord inférieur de la symphyse.

A 2 h. 50 du soir, la dilatation est complète, on rompt les membranes. A 5 h. 25, la tête ne s'engage pas, la suture sagittale est à 95 millim. du bord inférieur de la symphyse. La symphyséotomie est décidée. On introduit d'abord dans le vagin le ballon Champetier, la femme étant primipare.

Anesthésie à 6 heures et extraction du ballon. Section de la symphyse. Écartement provoqué de 6 centim. Application de forceps, déchirure de la petite lèvre gauche faisant communiquer la vulve et la plaie. Délivrance artificielle. Suture de la plaie vaginale au catgut. Suture de la plaie opératoire aux fils d'argent. Pansement ordinaire.

Suites de couches absolument physiologiques.

L'enfant, du poids de 3,615 gr., avec un diamètre bi-pariétal de 9 centim., crie dès que les voies respiratoires sont désobstruées. Il pèse, lors de sa sortie, le 21 mai 1895, 3,700 gr.

La mère et l'enfant sortent bien portants le 13 juin 1895.

Revus en parfait état le 9 décembre 1895.

Obs. 811. — LVIIe Symphyséotomie, faite le 19 mai 1895. (A. Pinard.)

La nommée B. P..., 23 ans, entrée le 25 avril 1895.

Antécédents. — A marché à 3 ans. Accouchement gémellaire prématuré en 1893, 2 filles mortes le huitième jour.

Dernières règles du 22 au 28 août. A l'entrée au dortoir, on constate que le fœtus a la tête en bas et le dos à gauche.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 90 millim.

Le 19 mai, à 10 heures du matin : rupture spontanée de la poche des eaux. Dilatation comme 5 francs. Liquide amniotique vert foncé. Tête élevée, suture sagittale à 63 millim. du pubis. On place 3 doigts de champ au-dessous de la tête. Bruits du cœur fœtal, bons. Tête toujours en G.

11 h. 20, symphyséotomie. Écartement spontané : 4 centim. Écartement provoqué : 6 centim. 5. La tête s'engage aussitôt en G. T., on cesse le chloroforme. La femme expulse spontanément un enfant de 2,480 gr. (diamètre bi-pariétal : 9) qui se met à crier aussitôt.

Délivrance par expression.

Suture habituelle à 11 h. 55 du matin.

Suites de couches pathologiques. Injections intra-utérines. Curettage le septième jour.

La mère et l'enfant sortent bien portants le 6 juillet 1895.

N'est pas venue le 9 décembre 1895.

Obs. 863. — LVIII[e] Symphyséotomie, pratiquée le 27 mai 1895. (Wallich.)

La nommée M..., primipare, entre le 4 avril à la Clinique Baudelocque.

Antécédents. — A marché à 1 an. Examen du squelette : scolio-cyphose dorsale, 1re convexité à droite, région dorsale ; 2e convexité à gauche, région dorso-lombaire ; légère incurvation des fémurs et des tibias. Voussure du sternum. Les côtes inférieures entrent dans le bassin.

Dernières règles du 12 au 15 août 1894. Bassin rétréci.

Mensuration externe d'un ischion à l'autre.....	6 cent.	5
Mensuration interne, largeur de l'arcade pubienne.....	6 —	
Union de la 1re et de la 2e vertèbre sacrée.....	11 —	
Diamètre coccy-sous-pubien.....	8 —	4
Mensuration externe de l'arcade pubienne.....	7 —	

On ne peut atteindre l'angle sacro-vertébral.

Tête en bas, dos à droite.

Début du travail : le 27 mai à 1 heure du matin ; rupture précoce de la poche des eaux.

La dilatation est complète à 10 h. 30 du matin, le 27 mai. On pratique l'examen sous le chloroforme. On engage la femme à pousser, la tête est très engagée, mais le mouvement de rotation ne s'accomplit pas. Vers 2 heures, on constate que la tête a très peu progressé ; elle est toujours en D. T. Application de forceps, mais le mouvement de rotation est impossible. Hémorrhagie venant de lésions vaginales, arrêtée à l'aide de pinces et d'un peu de compression. On incise la peau à 3 h. 15 ; à 3 h. 20, section de la symphyse terminée à 3 h. 24. Écartement spontané 3 cent., provoqué 4 cent. 5.

Application de forceps à 3 h. 26 en D. T. prise régulière. Au moment de l'introduction des branches, l'écartement est de 4 centim., forceps articulé à 3 h. 28. Extraction de l'enfant à 3 h. 30. L'enfant est né étonné, mais il est ranimé à l'aide de frictions légères, fait sa première inspiration à 3 h. 31, puis respire régulièrement.

A 3 h. 35, délivrance artificielle par Mlle Roze, le placenta est presque complètement adhérent.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Poids de l'enfant à sa naissance 3,850 gr. et à son départ 3,700 gr.

Diamètre bi-pariétal : 97. Parti en nourrice le 31 mai.

Suites de couches absolument normales.

La femme sort bien portante le 22 juin 1895.

Obs. 906. — LIX[e] Symphyséotomie pratiquée le 3 juin 1895. (Varnier.)

La nommée Marie H... entre à la Clinique Baudelocque le 25 avril 1895.

Antécédents. — A marché très tard, dit-elle.

Première grossesse. Accouchement provoqué à 7 mois, par M. Herrgott à Nancy, fille vivante, morte à 5 mois.

Deuxième grossesse. Fille à terme, morte pendant le travail, et extraite à l'aide d'une application de forceps faite à Nancy, par M. Herrgott.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 10 au 14 août.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 96 millim.

Tête en bas, dos à gauche.

Le 2 juin, à 9 heures du soir, cette femme est amenée à la salle de travail.

Le col est en voie d'effacement, la tête très élevée, les bruits du cœur du fœtus sont normaux.

Contractions fréquentes et énergiques. Le 3 juin à 1 h. 15 matin, dilatation complète, la poche des eaux est très volumineuse.

Rupture artificielle des membranes, pendant qu'un aide maintient la tête au-dessus du détroit supérieur.

Le liquide amniotique s'écoule lentement, il est vert, épais.

A ce moment, la suture sagittale est en rapport avec l'angle sacro-cérébral. On fait pousser la femme : elle fait, sans résultat, des efforts énergiques pendant une heure environ.

Symphyséotomie à 4 heures et demie du matin.

Tête non engagée, très haute, débordant les pubis, en attitude indifférente, suture sagittale près du promontoire qui déprime sa berge postérieure à mi-chemin entre la fontanelle antérieure et la postérieure. Dilatation complète, poche rompue.

Diamètre promonto-sous-pubien : 96 millim.

1re, 2e sacrée sous-pubis, 94 millim.; mi-sacro-pubien, 98.

4 heures matin. Chloroforme.

4 h. 30 — Incision cutanée.

4 h. 38 — Section terminée et écartement spontané de 3 centim.

Écartement provoqué à l'aide du dilatateur à vis, 4 centim. alors que l'aiguille a marqué 65 millimètres (vérifié à l'aide des doigts et de l'écarteur sensible).

Écartement provoqué, par abduction des cuisses, sous le contrôle de l'écarteur sensible : 65 millimètres.

4 h. 50. Introduction de la main et exploration de la tête.

L'attitude ne s'est pas modifiée ; en essayant de réduire l'inclinaison, de fléchir et d'engager, par pression hypogastrique, on ne parvient pas à amorcer la tête qui roule d'un côté à l'autre.

Le forceps ferait une mauvaise besogne.

M. Varnier décide de faire la version. Abaissement du pied droit, fœtus évoluant en sacro-postérieure.

Rotation qui fait disparaître l'obstacle.

Extraction très simple, sans manœuvre de Champetier, terminée à 4 h. 55. L'enfant crie cinq minutes après : ni désobstruction, ni insufflation.

Poids de l'enfant, 3,950 gr. Diamètre bi-pariétal, 97.

Suites de couches. — Une seule fois, élévation de température le 6e jour, 38°,2. Réunion par première intention. La femme sort complètement guérie, le 6 juillet 1895. Restée comme nourrice, avec son enfant, dans le service où elle est encore actuellement.

Obs. 935. — LXe Symphyséotomie, pratiquée le 7 juin 1895. (A. Pinard.)

La nommée T..., primipare, âgée de 25 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 26 mai 1895.

Antécédents obstétricaux. — Cette femme a marché tôt, puis a cessé, et a repris la marche à 5 ans. Toujours bien depuis. Elle a eu ses dernières règles du 24 au 27 septembre 1894.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 82 millim. On hésite d'abord, vu les dimensions du bassin, entre la symphyséotomie et l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarienne. On se décide pour la symphyséotomie.

Le 6 juin 1895, à 2 heures du matin, rupture prématurée des membranes. liquide amniotique vert. Col en voie d'effacement. Malgré des contractions énergiques, la dilatation se fait lentement. Le 7 juin, à 10 h. 45 du matin, elle n'est encore que de 5 francs, comme la veille, à 7 heures du soir. Le liquide est plus vert et plus épais. M. Pinard décide d'agrandir le bassin pour permettre à la dilatation de se compléter. On introduit dans le vagin un ballon Champetier que l'on distend à son maximum. Chloroforme. A 10 h. 58, incision de la peau, section de la symphyse. Écartement provoqué de 7 centim. On met 3 points de suture provisoire. Pansement de la plaie à l'iodoforme, on laisse les choses en état. Les contractions reparaissent à 2 h. 40 du soir et la tête descend un peu.

A 7 h. 25 du soir, la dilatation est complète. On enlève les sutures provisoires et on fait une application de forceps. Extraction à 7 h. 40 d'un enfant pesant 3,828 gr. Diamètre bi-pariétal 97. Mort le lendemain de sa naissance, de convulsions. A été conservé pour M. Brissaud.

Suites de couches pathologiques. Irrigation continue et curettage. Cette femme sort complètement guérie le 25 juillet 1895.

Obs. 990. — LXIe Symphyséotomie, du 16 juin 1895. (A. Pinard.)

La nommé B..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque, le 15 juin, à 4 heures du soir.

Dernières règles, première quinzaine de septembre. Examen : tête en bas, dos à gauche, enfant vivant, membranes rompues au début du travail.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 104.

Début du travail à 6 heures du soir. Dilatation complète le 16 juin à 11 h. 30 du matin ; la tête à ce moment est encore très élevée, la suture sagittale est à

6 centim. 2 de la symphyse pubienne ; les choses restent dans cet état jusqu'à 5 heures du soir, les contractions sont moins fréquentes et moins intenses.

M. Pinard tente une application de forceps. La tête ne descendant pas, M. Pinard décide de pratiquer une symphyséotomie. A 7 h. 10 on donne du chloroforme ; incision de la peau et section de la symphyse, écartement provoqué, 5 centim. et demi. Application de forceps, extraction du fœtus à 7 h. 22 ; poids, 3,200 gr. Bi-pariétal, 91. Très bien portante à sa sortie ; poids, 3,420 grammes.

Suites de couches, pathologiques. Injection intra-utérine le deuxième et le troisième jour.

La femme sort le 10 juillet, complètement guérie.

Obs. 1080. — LXII[e] Symphyséotomie, pratiquée le 2 juillet 1895. (A. Pinard.)

La nommée P..., multipare, âgée de 33 ans, entre le 1[er] juin à la Clinique Baudelocque, est gardée en observation au dortoir.

Antécédents. — A marché à 1 an.

Squelette petit, incurvation notable des tibias.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien, 94 millim.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse à terme. Siège. Forceps, tête dernière, enfant mort.

Deuxième grossesse. Accouchement provoqué à 8 mois et demi, enfant mort de convulsions 4 jours après.

Troisième grossesse. Accouchement à terme. Siège. Enfant mort et macéré.

Quatrième grossesse. Accouchement à terme. Siège. Fœtus mort pendant le travail.

Cinquième grossesse. Accouchement à terme. Siège. Enfant mort pendant le travail.

Sixième grossesse. Symphyséotomie à la Clinique Baudelocque, après deux applications de forceps en ville (obs. 53, année 1894, 29[e] symphyséotomie), enfant mort quelques heures après ; à l'autopsie, on trouve 14 fractures du crâne.

Grossesse actuelle. — Ne sait quand elle a eu ses dernières règles.

Le 2 juillet, à 5 heures du soir, la parturiente éprouve les premières douleurs.

On trouve, à ce moment, une présentation de l'épaule droite en dorso-antérieure. La tête est facilement ramenée : ceinture cutocique.

A 7 heures et demie du soir, dilatation complète, rupture spontanée de la poche des eaux. Le fœtus a la tête en bas, *mal fléchie*, dos à droite. A 7 h. 35 du soir, symphyséotomie.

Les deux pubis sont écartés normalement d'environ un demi-centim. L'incision postérieure est rendue difficile par les adhérences de l'opération antérieure, car il existe une union intime entre les tissus fibreux postérieurs, la vessie et le vagin en bas.

Écartement provoqué de 4 centim. et demi.

Application de forceps, en droite transversale, qui défléchit la tête.

Version par manœuvres internes ; extraction à 9 heures d'un enfant vivant, facilement ranimé, de 3,160 grammes. Diamètre bi-pariétal : 99 millim.

Délivrance artificielle. Après l'opération, on constate qu'il existe un arrachement de l'attache du vagin à l'utérus sur une surface d'environ 4 cent. à gauche et en arrière. Rien à l'utérus ni à la vessie ; tamponnement et bandage compressif.

Suites de couches, légèrement pathologiques. La mère et l'enfant sortent bien portants le 1er septembre. Revus, en parfait état, le 9 décembre 1895.

Obs. 1322. — LXIIIe Symphyséotomie, pratiquée le 25 août 1895. (Funck-Brentano.)

La nommée T..., primipare, âgée de 29 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 13 août à 4 heures du soir.

Antécédents. — A marché tard ; ne sait à quel âge. Femme de petite taille. Membres inférieurs courts, légèrement incurvés. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 95 millim. Fœtus vivant. Tête en bas. Dos à droite. Rupture prématurée de la poche des eaux, le 13 août, à 4 heures du matin. Début du ravail à 7 heures du matin. A l'entrée dans le service, à 4 heures du soir, le liquide amniotique est vert et épais.

Jusqu'au 14 août à 10 heures du matin, les contractions sont peu énergiques. A ce moment, elles deviennent plus fréquentes et l'orifice commence à se dilater. A 6 heures du soir, M. Wallich introduit dans l'orifice un ballon Champetier, incomplètement distendu, qui donne une dilatation comme une paume de main.

A 11 h. 20, on introduit un deuxième ballon dans le vagin pour distendre les parties molles. La tête est toujours très élevée, la suture sagittale appliquée directement derrière la symphyse.

Température de la femme, 38°,2. Pouls, 99. Pouls fœtal, 166.

Le 15, à 1 heure du matin, anesthésie. Symphyséotomie (12 minutes). Écartement spontané, 2 centim. 5 ; provoqué à l'aide de l'écarteur à vis, 6 centim. 5.

M. Wallich fait trois applications de forceps. Le cordon fait procidence à la 3e, et on ne peut plus y percevoir de battements. Version par manœuvres internes. Le cœur de l'enfant ne bat plus malgré l'insufflation, il est impossible de le ranimer.

Poids de l'enfant, 4,950 grammes. Diamètre bi-pariétal, 10c,5.

Délivrance artificielle à 1 h. 50.

Il n'existe aucune solution de continuité des parties molles. Suture de la plaie opératoire.

Suites de couches. — La température, qui était de 38°,5 au moment de l'opération, et le pouls à 120, n'ont pas baissé dans les jours suivants.

On fait, le lendemain, une injection intra-utérine, la température du soir étant à 39°,2.

Le quatrième jour, 38°,6 le matin ; on pratique le curettage qui ramène de nombreux débris.

Le 19, quatrième jour, 39°,2 le matin, 38°,6 le soir. Injection intra-utérine.

Le 29, les fils de la suture suppurent, la plaie est rouverte, grattée avec une curette, et touchée au chlorure de zinc au 1/10.

Du 29 au 27, malgré des pansements phéniqués renouvelés toutes les quatre

heures, et de fréquents lavages de la plaie, celle-ci se recouvre de fausses membranes grisâtres.

C'est alors qu'on s'aperçoit que la malade, par curiosité, dit-elle, introduit ses doigts dans le pansement, depuis le début des accidents.

A partir du 27, la plaie bourgeonne et se comble régulièrement. Mais elle est entourée d'une rougeur diffuse.

Le 6 septembre, phlébite de la jambe droite. Pendant tout ce temps, la température n'est pas tombée au-dessous de 38°. Le 15, phlébite de la jambe gauche.

Le 29, érythème de la région sus-pubienne et de la partie interne de la cuisse gauche. Nombreuses phlyctènes.

Le 22, abcès de la région temporale incisé et drainé.

État stationnaire jusqu'aux premiers jours d'octobre.

Le 5 octobre, mort subite par embolie, 46 jours après l'opération.

L'autopsie a été refusée.

Obs. 1528. — LXIV[e] Symphyséotomie, pratiquée le 22 septembre 1895. (Funck-Brentano.)

La nommée G..., primipare, âgée de 23 ans, entrée à la Clinique le 22 septembre 1895.

Antécédents. — A marché à 7 ans, toujours bien depuis, ne présente pas de déformation rachitique bien accusée, quoique de très petite taille. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 85. Dernières règles du 25 au 29 décembre 1894.

A son entrée à la salle de travail, le 22 septembre à 5 h. 30 du matin, la tête est très élevée et mobile au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche, dilatation comme 5 francs. Membranes intactes. M. Varnier décide de faire pratiquer la symphyséotomie d'emblée par M. Funck-Brentano, la dilatation étant complète à 9 heures du matin, la poche intacte. Anesthésie.

9 h. 7 à 9 h. 10. Section de la symphyse. Écartement provoqué par abduction des cuisses : 5 centim. (écarteur sensible).

9 h. 20, rupture artificielle des membranes (liquide amniotique normal), et version par manœuvres internes, par M. Varnier.

Extraction facile de la tête dernière, sans manœuvre de Champetier, terminée à 9 h. 25.

Délivrance artificielle.

Suture de la plaie opératoire au fil d'argent.

Enfant né vivant et criant, 3,440 grammes. Enfoncement très accusé du pariétal gauche au-devant de la bosse (a été photographié). A aucun moment il n'y a eu de symptômes de compression cérébrale. Du fond de la dépression à la bosse pariétale, opposée, 92 millim.

A son départ, l'enfant pèse 4,120 gr. La dépression pariétale a diminué de moitié.

Suites de couches, normales ; femme et enfant partis en parfait état le 20 octobre 1895 et revus le 8 décembre 1895.

Obs. 1708. — LXV^e^ Symphyséotomie, pratiquée le 17 octobre 1895. (Varnier.)

La nommée B..., primipare, arrive à la Clinique Baudelocque le 27 octobre 1895.

Antécédents. — Ne sait quand elle a marché. Déformations rachitiques très accusées. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien, 93.

Dernières règles du 18 au 20 janvier 1895.

A son entrée à la salle de travail, le 27 octobre 1895, à 2 h. 45 du matin, la dilatation est complète. L'enfant vivant présente l'épaule. Version par manœuvres externes.

A 3 h. 15 du matin, M^lle^ Roze rompt les membranes et la tête se fixe au détroit supérieur, dos à gauche : à ce moment la suture sagittale est derrière la symphyse pubienne. De 3 h. 15 à 8 h. 1/2 du matin, les efforts d'expulsion ne modifient pas l'attitude de la tête ; le fœtus rend son méconium.

Anesthésie.

Section de la symphyse. Application de l'écarteur sensible. L'écartement provoqué par abduction des membres inférieurs est de 6 centim.

Application de forceps. Tractions douces. L'écarteur marque 6 centim. et demi sans que la tête fasse de progrès.

M. Varnier enlève immédiatement le forceps et pratique la version par manœuvres internes. Il amène le pied droit (bon pied). Extraction très facile. Délivrance artificielle.

Suture de la plaie opératoire au fil d'argent.

Enfant né étonné, rapidement ranimé sans insufflation. Bosse séro-sanguine sur le pariétal postérieur. Enfant du poids de 3,540 gr. ; à son départ, 3,980 grammes.

Suites de couches, normales. Mère et enfant partis en bon état le 25 octobre 1895. Revus le 9 décembre 1895.

Obs. 1822. — LXVI^e^ Symphyséotomie, pratiquée le 19 novembre 1895. (A. Pinard.)

La nommée D..., 35 ans, secondipare, entre à la Clinique Baudelocque le 22 octobre 1895.

Antécédents. — A marché à 2 ans, toujours bien, petite taille, présente des traces de rachitisme. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien, 92. Misacro-pubien, 100.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse. Accouchement provoqué à huit mois (à la Charité), enfant mort-né. La femme ne peut donner aucun renseignement, ayant été endormie.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 1^er^ au 9 février. Tête en bas, très élevée. Dos à droite. Début du travail, 19 novembre à 10 h. et demie, dilatation complète à midi. M. Pinard décide qu'il fera la symphyséotomie d'emblée avant de rompre les membranes.

Midi 5, anesthésie. Incision de la peau à midi 10. Section de la symphyse à midi 13 ; écartement provoqué, 6 centim.

Rupture artificielle des membranes, liquide vert.

Introduction immédiate de la main et version par manœuvres internes. Midi 20 Extraction du fœtus, du poids de 3,120 grammes. Bi-pariétal, 88. Pesant actuellement 3,070 gr. Expulsion spontanée du placenta.

Pansement ordinaire de la plaie opératoire.

Suites de couches, normales. Mère et enfant actuellement dans le service, sont en parfait état.

Obs. 1843. — LVII[e] Symphyséotomie, pratiquée le 23 novembre 1895. (Bouffe de Saint-Blaise.)

La nommée D..., 22 ans, primipare, arrive à la Clinique le 4 novembre 1895.

Ne sait à quel âge elle a marché, a toujours bien marché. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 104.

Début du travail, 9 heures du soir, le 21 novembre 1895.

Rupture spontanée prématurée des membranes le 15 novembre 1895.

22 novembre 1895 à 10 heures du soir, la dilatation est comme une petite paume de main.

La suture sagittale est à 5 centim. 2 du bord inférieur de la symphyse. A 11 h. 45 du soir, la dilatation a peu augmenté, les bords de l'orifice sont souples. On introduit un ballon Champetier pour dilater les parties molles.

La parturiente est surmenée, le pouls est à 130°, les choses étant toujours dans le même état. On donne du chloroforme, à 11 h. 50.

A minuit, incision des téguments, section de la symphyse, à minuit 8 ; écartement provoqué, 6 centimètres.

Application de forceps en D. T. ; pendant la descente de la tête, déchirure assez considérable des parties molles faisant communiquer le vagin avec la plaie opératoire : au moment de pratiquer la rotation, les tissus sont tellement tendus que l'on incise latéralement le périnée. L'urèthre est rejeté à gauche non déchiré.

Délivrance artificielle. Suture de la déchirure au catgut. Suture de la plaie opératoire au fil d'argent. Pansement ordinaire.

L'enfant pesait à sa naissance 3,400 grammes. Diamètre bi-pariétal : 86.

Suites de couches, légèrement pathologiques. La malade urine le lendemain de l'opération. Injection intra-utérine. Mère et enfant en bon état, actuellement dans le service.

Obs. 1887. — LXVIII[e] Symphyséotomie, pratiquée le 28 novembre 1895. (A. Pinard.)

La nommée H..., 21 ans, primipare, arrive à la Clinique Baudelocque le 7 octobre 1895.

Antécédents. — Ne sait quand elle a marché, a toujours bien marché. Ne présente aucun signe de rachitisme.

Dernières règles, 12-15 février. Bassin vicié, diamètre romonto-sous-pubien 104, mi-sacro-pubien 99. Tête en bas. Dos à gauche.

Début du travail, le 28 novembre à une heure du matin, dilatation comme un franc à son entrée à la salle de travail.

A 2 h. 30 du soir le 28 novembre. M. Wallich trouve au toucher la suture sagittale immédiatement derrière la symphyse ; à 5 heures du soir, les choses sont dans le même état ; à 8 heures du soir, la dilatation est comme une paume de main.

A 9 h. 45. Introduction d'un ballon Champetier dans le vagin.

A 10 h. 40. Extraction du ballon ; on place alors un tampon de gaze iodoformée dans le vagin ; petite déchirure produite par le ballon dans la région clitoridienne ; on met une pince à forcipressure.

29 novembre, 10 h. 55. Incision de la peau, 10 h. 57, section de la symphyse. Application de l'écarteur. Écartement spontané : 1 centim. et demi, écartement provoqué, 8 centim. et demi, puis de 6. Application de forceps par M. Pinard, tractions lentes et soutenues. La tête est extraite à 10 h. 12. L'enfant crie aussitôt après sa naissance.

Délivrance par expression française, à 11 h. 20. Injection intra-utérine, tamponnement lâche du vagin à la gaze iodoformée. Pansement ordinaire. Déchirure du vagin le faisant communiquer avec la plaie opératoire ; seule, la peau n'a pas été déchirée, on peut introduire une sonde dans le canal de l'urèthre dévié à droite, et dans la vessie ; il s'écoule quelques gouttes d'urine claire. Le cathétérisme avait été pratiqué avant l'opération. (Le bassin n'a pas été refermé pour l'extraction.)

Enfant pesant 3,720 gr. à sa naissance et actuellement 3,720. Diamètre biparietal : 9,6. Mère et enfant en bon état dans le service.

Légère élévation pendant les jours suivants.

Il résulte de ces observations : 1° que la symphyséotomie a été pratiquée par nous du 7 décembre 1894 au 7 décembre 1895 :

12 fois chez des primipares.
8 fois chez des multipares.

2° Que la symphyséotomie a été pratiquée dans les vingt cas, l'enfant présentant la tête au niveau du détroit supérieur ;

3° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

18 fois sur des bassins viciés par le rachitisme (avec maximum de rétrécissement au détroit supérieur).
1 fois dans un bassin cypho-scoliotique rachitique (avec maximum du rétrécissement au détroit inférieur).
1 fois dans un cas de bassin oblique ovalaire (type Nægele).

4° Que la symphyséotomie a été pratiquée pour la deuxième fois, chez la même femme, dans trois cas, obs. 313, 315, 1080 ;

5° Que l'extraction de l'enfant a eu lieu après l'agrandissement momentané du bassin :

4 fois à l'aide du forceps.
3 fois à l'aide de la version précédée d'une application du forceps restée infructueuse ou jugée périlleuse.
3 fois à l'aide de la version pratiquée d'emblée.

Résultat final de ces vingt symphyséotomies :

17 femmes vivantes.	17 enfants vivants.
3 femmes mortes.	3 enfants morts.

Mortalité maternelle.

La première femme, morte le 2 février 1895 (obs. 145, 49e symphyséotomie) était entrée dans le service le 30 janvier à 6 heures du soir, en travail et atteinte de la grippe. L'opération fut exempte de toute complication, bien qu'il s'agît d'un bassin oblique ovalaire (reconnu seulement à l'autopsie). Seuls, des troubles respiratoires inspirèrent quelque inquiétude pendant l'opération. Des vomissements de sang et des vomiques se montrèrent dès la première journée et un dernier vomissement emporta cette malade le troisième jour.

L'autopsie, faite par le Dr Widal, démontre trois choses : 1° des lésions pulmonaires anciennes (dilatation bronchique) et récentes (broncho-pneumonie grippale) ayant entraîné la mort ; 2° l'intégrité absolue du péritoine ; la réunion parfaite de la plaie opératoire et l'absence de tout épanchement sanguin dans les tissus périphériques ; 3° l'existence d'un bassin oblique ovalaire de Nægele.

La deuxième femme, morte le 15 mai 1895, était dans le service depuis le 11 avril (obs. 727, 55e symphyséotomie) ; opérée le 5 mai, dans les meilleures conditions, elle accusa le troisième jour, un point de côté avec élévation de température d'abord légère et mourut le huitième jour après avoir présenté les symptômes d'une broncho-pneumonie.

L'autopsie complète nous a été refusée, mais on a pu constater :

1° que la plaie opératoire était réunie par première intention ; 2° que la sérosité de cette plaie n'a pas cultivé ; 3° que le liquide pulmonaire, en cultivant, donnait des pneumocoques et des streptocoques.

La troisième femme, morte le 5 octobre 1895, était entrée à la Clinique en travail, le 13 août 1895 (obs. 1322, 63e symphyséotomie). Poche des eaux rompue depuis 12 heures. Liquide vert. Section de la symphyse et agrandissement du bassin faciles, mais extraction de l'enfant très difficile, l'enfant pesant 4,960 et ayant un diamètre bi-pariétal de 105 et le diamètre utile ne mesurant que 8 centim. D'où applications de forceps infructueuses et terminaison par une version.

Suites de couches pathologiques. Curettage le 4e jour. Suppuration de la plaie opératoire le 5e. Infection utérine, phlegmatia alba dolens. Tous ces accidents avaient disparu. La guérison paraissait certaine, et la plaie était en voie de réunion par seconde intention, quand cette femme mourut subitement d'embolie, quarante-six jours après l'opération.

Mortalité infantile.

L'enfant de la femme C... (obs. 727, 55e symphyséotomie), né en état de mort apparente, ne put être ranimé, malgré tous mes efforts.

L'extraction à l'aide du forceps avait été facile et rapide.

L'enfant de la femme T... (obs. 935, 60e symphyséotomie) avait souffert pendant toute la durée du travail. Dès la rupture prématurée des membranes, le liquide était vert.

L'extraction à l'aide du forceps fut relativement facile. L'enfant mourut de convulsions le lendemain de sa naissance.

L'enfant de la femme T... (obs. 1322, 63e symphyséotomie) fut extrait mort.

Après écartement du bassin de 6 centim. et demi, trois tentatives d'application du forceps furent faites infructueusement. C'est alors seulement qu'on eut recours à la version. C'est pen-

dant ces manœuvres que l'enfant succomba. Enfant pesant, ayant rendu son méconium, 4,960 grammes.

Nous n'avons pas fait l'autopsie immédiate de ces trois enfants, afin de permettre, après durcissement, un examen minutieux de l'encéphale qui sera fait ultérieurement par M. Brissaud.

Après cet exposé, je dois rechercher :

1° *Quels accidents et complications se sont produits au moment de l'opération ou depuis ?*

2° *Quel est, à l'heure actuelle, l'état de santé de nos opérées ?*

3° *Ce que nous a enseigné cette quatrième année d'apprentissage.*

La réponse à la première question se trouve dans les vingt observations et peut être résumée ainsi : *En tant que section de la symphyse et agrandissement du bassin, nous n'avons observé aucun accident ni aucune complication opératoires.*

La symphyse a été, dans tous les cas, rencontrée et sectionnée très facilement, même chez la femme ayant un bassin oblique ovalaire insoupçonné.

Nous n'avons, pas plus cette année que les années précédentes, observé d'hémorrhagie sérieuse. Assurément, la symphyséotomie pratiquée sur la femme en travail, occasionne une perte de sang que n'apprend pas à connaître la symphyséotomie pratiquée sur un cadavre ; mais, ce que nous avons constaté dans 68 cas me permet d'affirmer qu'aucune hémorrhagie dangereuse n'est à craindre pendant une symphyséotomie bien faite. Que des débutants soient quelque peu effrayés de l'abondance d'une hémorrhagie veineuse en nappe, au moment où l'on pratique la section de la partie inférieure de la symphyse, je le comprends ; mais, qu'ils ne perdent pas la tête, et surtout qu'ils ne perdent pas leur temps à chercher les vaisseaux qui saignent pour les pincer. Deux choses seules sont à faire en face de ces cas : tamponner la plaie et extraire le fœtus aussi rapidement que possible.

Le manuel opératoire que nous avons suivi est toujours le même, dans ses grandes lignes, depuis le début de nos interventions.

Une seule modification a été apportée et ne pouvait pas ne pas l'être depuis les travaux du professeur Farabeuf.

Cette modification consiste dans la recherche et l'ouverture de la voie sous-symphysienne. Vous avez tous pu voir avec quelle facilité la sonde-gouttière est alors introduite derrière la symphyse, et avec quelle sécurité on procède à la section de la partie inférieure de la symphyse, c'est-à-dire de l'arcuatum.

Donc je puis, avec l'expérience de 68 cas, dire : quand notre maître Farabeuf nous affirmait qu'il était impossible de léser des organes importants ou de gros vaisseaux en opérant correctement, il était absolument dans le vrai. Si le laboratoire est venu éclairer la clinique, la clinique aujourd'hui est heureuse de lui témoigner sa reconnaissance.

En provoquant l'agrandissement du bassin jusqu'à éloigner les surfaces de section de la symphyse de 7 centim. nous n'avons vu se produire de déchirure ni vaginale ni vésicale. Les parois vaginales sont, dans quelques cas, extrêmement tendues, il est vrai, et cette tension montre qu'on ne pourrait guère aller au delà sans redouter des accidents.

Pendant l'extraction de l'enfant, nous avons vu, dans quelques cas (obs. 790, 789, 184, 1887), de légères déchirures vaginales se produire, faisant communiquer la plaie opératoire avec le vagin. Dans un cas (obs. 1843, 67e symphyséotomie), notre chef de clinique, le Dr Bouffe de Saint-Blaise, en voyant une déchirure de la paroi vaginale antérieure se produire avant le dégagement complet de la tête, n'hésita pas à sectionner le périnée en arrière. Des points de suture au catgut ont toujours suffi à assurer la réunion par première intention de ces solutions de continuité.

Est-ce à dire qu'il ne faille rien faire pour éviter ou limiter ces déchirures? Certes non, et je ne saurais trop insister sur les précautions qu'on doit prendre, surtout chez les primipares, à la dilatation préalable du vagin et de la vulve à l'aide du ballon Champetier de Ribes et que nous prenons la précaution, indiquée par Varnier, de faire refermer le bassin en pressant sur

les trochanters quand la tête est engagée. C'est ainsi que je ne saurais trop vous recommander d'extraire le fœtus avec lenteur soit à l'aide du forceps, soit à l'aide de la version.

Quel est, à l'heure actuelle, l'état de nos opérées?

Vous venez d'en voir un grand nombre, et vous avez pu juger de leur état général et de leur état local.

Elles ont toutes repris leurs occupations sans plus de fatigue qu'antérieurement.

Il y a plus; nous avons eu cette année cinq femmes chez qui nous avions pratiqué antérieurement l'agrandissement du bassin (4 fois par symphyséotomie et une fois par ischio-pubiotomie), et qui, redevenues enceintes, sont venues accoucher dans le service. Trois ont été symphyséotomisées à nouveau, et par les mêmes opérateurs que la première fois; c'est ainsi que Varnier, Lepage et moi avons pratiqué, cette année, une deuxième symphyséotomie chez la même femme (obs. 313, 315, 1080).

Pendant la grossesse, aucun relâchement de ces trois bassins ne fut constaté. Si la section de la symphyse ne s'opère plus dans les mêmes conditions que dans une première symphyséotomie, ainsi que je vous l'avais déjà fait remarquer l'année dernière, les difficultés rencontrées ne sont pas difficiles à vaincre.

Et après une deuxième symphyséotomie, la consolidation du bassin se fait aussi bien qu'après une première. Vous pouvez le constater par vous-mêmes, car ces trois femmes sont revenues ce matin et vous les avez vues tout à l'heure monter sur une chaise et sauter à pied joints sans la moindre difficulté.

Les deux autres femmes accouchèrent spontanément; l'une, obs. 805, est celle chez laquelle j'avais pratiqué la symphyséotomie, après une application de forceps infructueuse, et chez laquelle j'avais pu extraire un enfant vivant du poids de 4630. Cette fois, l'accouchement eut lieu spontanément.

L'autre est la femme Trémoulet (obs. 107), chez laquelle j'ai pratiqué, en 1892, l'ischio-pubiotomie.

Alors qu'elle était enceinte de 7 mois et demi, le travail se déclara spontanément, et étant donné le faible volume de l'enfant,

je ne songeai pas un instant à lui agrandir à nouveau le bassin. Je fis une version en dirigeant la tête de l'enfant du côté large du bassin et je fis passer ainsi facilement un petit enfant du poids de 2610 gr.

En résumé, au point de vue de la solidité du bassin, lors de grossesses ultérieures, après une première symphyséotomie, et au point de vue de la consolidation après une 2e symphyséotomie, ce que j'ai observé chez sept de nos femmes, me permet de dire que la question est jugée : il n'y a rien à redouter ; la solidité du bassin n'est nullement compromise par des grossesses ultérieures ou des symphyséotomies répétées.

Que nous a enseigné notre troisième année d'apprentissage?

Je vous ai déjà dit ce que nous avions gagné au point de vue du manuel opératoire ; je vous ai signalé, aussi, les particularités que présente l'opération, lors d'un deuxième agrandissement du bassin chez la même femme.

Nous avons appris autre chose. — Nous avons vu que dans certains cas, il vaut mieux, après l'agrandissement du bassin, pratiquer la version qu'une application de forceps. Je ne viens pas vous dire qu'il vaut mieux dans tous les cas faire la version, et j'insiste sur ce point. D'abord, dans bien des cas, cela serait impossible, soit parce que le fœtus n'est plus mobile, soit parce que la tête, tombant dans le bassin au fur et à mesure que le bassin s'agrandit, est par cela même engagée. A l'heure actuelle, la question n'est pas tranchée et mérite d'être étudiée plus longtemps. Je me contente de vous dire ce que l'expérience nous a démontré : dans le cas où, après l'agrandissement du bassin, la tête reste très élevée, la version s'est montrée, sans aucun doute, supérieure à l'application de forceps. Autant je redoutais cette opération, dans un bassin rétréci non agrandi, autant aujourd'hui je suis disposé à l'accepter dans un bassin ouvert, n'offrant plus à la tête qu'une résistance élastique. Mais, je le répète, cette question de l'extraction de l'enfant, après l'agrandissement momentané du bassin, est encore à l'étude.

Une fois, nous avons pratiqué la section et l'agrandissement

du bassin au début de la dilatation (v. obs. 935), afin de favoriser et de hâter cette dernière. Cette méthode a, d'après ce que nous avons constaté, des avantages et des inconvénients. L'avenir seul dira si les premiers l'emportent sur les derniers. Nos trois cas (1 de cette année et 2 de l'année dernière) ne suffisent pas pour formuler un jugement définitif et valable.

Vous voyez, Messieurs, d'après ce qui précède, que si, au point de vue anatomique, Farabeuf a parfait l'œuvre, au point de vue clinique bien des solutions sont encore à trouver. Si des règles générales sont applicables à tous les cas, il est des règles particulières que seule une expérience longtemps prolongée peut donner. Il est des cas, aussi, où il est bien difficile d'établir une ligne de démarcation entre l'indication de telle ou telle intervention.

Ainsi, dans l'obs. 935, chez cette femme dont le bassin est si petit, je fus longtemps hésitant. Ferais-je une symphyséotomie ou une opération césarienne ? Telle est la question que je me posai pendant plusieurs jours. J'optai finalement pour l'agrandissement du bassin. Ai-je eu tort, ai-je eu raison ? J'ai eu tort, puisque l'enfant est mort le lendemain. Je l'aurais sauvé certainement, en pratiquant l'opération césarienne au début du travail. Mais la mère ? en admettant que la mère eût guéri, elle n'aurait plus eu d'enfants, car j'aurais pratiqué l'opération de Porro, l'amputation utéro-ovarique. Ne valait-il pas mieux tenter, pour ce premier accouchement, la symphyséotomie qui, d'après le calcul, pouvait permettre et de fait a permis, mais à la limite, le passage de l'enfant ?

Quelle distance sépare la théorie de la pratique et combien la clinique comportera toujours de cas difficiles ! Et cela, par la complexité forcée des choses. Celui qui n'aurait en vue que les dimensions du bassin et celles de la tête fœtale, qui ne s'appuierait que sur cela pour dire, ici il faut faire telle ou telle chose, là il faut faire autre chose, oh ! celui-là se leurrerait étrangement. Et les difficultés et les lenteurs de la dilatation, et les dispositions particulières des parties constituantes de l'œuf, qui ont

une si grande importance au point de vue du pronostic, même quand le bassin est normal, et *a fortiori* quand il est rétréci, qu'en faites-vous ?

Ce sont ces raisons qui font que la thérapeutique des viciations pelviennes restera toujours l'une des choses les plus difficiles de l'obstétrique. Seules les observations complètes bien prises viendront par leur nombre faire la lumière. C'est pour cette raison que je publie les miennes en disant : faites-vous mieux ? et que j'attends les réponses.

Vous l'avez vu, nous avons obtenu dans les vingt cas d'agrandissement du bassin pratiqué cette année le résultat ci-dessous :

Mères vivantes...	17.	Enfants vivants...	17.
Mères mortes	3.	Enfants morts	3.

Tel est le résultat brut. Voyons si la symphyséotomie est responsable de ces six morts.

D'abord les mères. J'espère que l'on ne rendra pas l'opération responsable de la mort de la première (49e symphyséotomie). Je ne sache pas que la symphyséotomie puisse produire en quelques heures des lésions pulmonaires capables d'entraîner la mort.

La vérité, la voici. Quand je vis cette femme, elle était dans une situation extrêmement grave, grave à ce point que je me demandai si elle supporterait l'opération. L'enfant était vivant, que fallait-il faire ? Tuer l'enfant et pratiquer la basiotripsie? Le résultat eût été complet deux jours après. Pratiquer l'opération césarienne ? J'ai pensé que je donnerais plus de chances à la mère en pratiquant la symphyséotomie.

A la vérité, je n'en disconviens pas, j'ai commis une erreur : je n'ai constaté que le rétrécissement antéro-postérieur et nullement l'existence d'un bassin oblique ovalaire. Mais, je ferai remarquer que cette femme avait une respiration si difficile qu'il eût été impossible de la faire mettre sur le ventre ; que, de plus, la bosse séro-sanguine remplissait l'excavation et qu'il était impossible d'aller interroger les ailerons du sacrum. J'eus la chance

d'avoir affaire à un enfant petit, ce qui rendit la symphyséotomie suffisante.

Donc, voilà un premier cas où la symphyséotomie ne fut pour rien dans la mort de la femme et me permit de sauver l'enfant.

La deuxième (55e symphyséotomie) était chez nous depuis un certain temps ; nous en sommes donc absolument responsables.

Je n'ai jamais vu opération pratiquée plus régulièrement et plus facilement. Sommes-nous responsables de la broncho-pneumonie qui se déclara trois jours après l'opération et emporta cette pauvre femme ? S'agit-il d'une infection utérine à détermination pulmonaire ? je ne le crois point. Mais c'est tout ce que je puis dire, à défaut d'autopsie complète. Je me contente de faire remarquer que la plaie opératoire, réunie par première intention, n'était pas infectée. Nous en avons eu et je vous en ai fait voir à l'époque la démonstration rigoureuse.

Quant à la troisième (63e symphyséotomie), la plaie opératoire fut infectée. Est-ce au moment de l'opération, est-ce après et par la femme elle-même ? Cette femme voulut sentir ce qu'on lui avait fait. Elle défit son pansement et alla avec ses doigts explorer sa région pubienne. Assurément, si on l'avait mieux surveillée, cela ne serait point arrivé. Nous sommes donc ici, soit directement soit indirectement, responsables de l'infection de la plaie. Mais l'infection de la plaie opératoire n'a été qu'un phénomène accessoire dont on avait aisément triomphé par le drainage et qui plaçait cette femme dans les mêmes conditions que toutes celles qui ont guéri jadis par seconde intention. C'est l'infection utérine qui a dominé la scène ; c'est elle qui a été le point de départ de la phlébite qui, après avoir envahi successivement les deux membres inférieurs, a donné naissance à l'embolie terminale du 46e jour. Or, si l'on comprend aisément l'influence qu'a pu exercer sur la plaie symphysienne l'infection utéro-vaginale, on ne voit pas en quoi la présence de cette plaie symphysienne, en voie de réparation, a pu influer sur les suites à longue portée de l'infection utérine. Que de femmes après des

accouchements spontanés, après forceps, après version, après basiotripsies sont mortes de la même façon !

Des trois enfants, deux sont morts de par la lenteur de la dilatation ; le troisième, de par les difficultés de l'extraction ; il pesait 4960 gr. après avoir perdu son méconium.

Ces six morts nous montrent que nous ne sommes pas tout-puissants. Qu'on puisse nous reprocher des fautes commises, cela n'est point niable. Quelques-uns de ces cas doivent nous servir de leçon et nous inviter à chercher, encore et toujours, la réalisation des conditions permettant seules d'obtenir, sauf les cas de force majeure, le succès complet et constant, à savoir : Asepsie absolue, absence de souffrances de l'enfant pendant la dilatation, extraction facile.

Messieurs, je viens de vous rendre compte de notre bilan en ce qui concerne l'agrandissement momentané du bassin pendant l'année qui vient de s'écouler. Si je l'ajoute à celui fourni par les trois années précédentes, j'aurai le tableau ci-dessous :

	13	agrandissements	du bassin	en 1892
	14	—	—	1893
	22	—	—	1894
	20	—	—	1895
Total :	69	—	—	en 4 ans

avec les résultats :

62 femmes vivantes....	7 mortes
61 enfants vivants.....	8 morts

Je l'ai déjà dit antérieurement et je le répète, ce résultat brut ne permet de formuler aucune appréciation juste et raisonnée sur l'agrandissement du bassin. Il est absolument nécessaire d'envisager les conditions dans lesquelles l'opération a été pratiquée. C'est ce que j'ai essayé de faire plus haut pour les cas de cette année, comme je l'ai déjà fait pour les cas antérieurs.

Cette statistique, je le répète bien haut, avec l'espoir d'être enfin entendu, ne peut être raisonnablement comparée ni aux statistiques fournies par l'accouchement prématuré provoqué, ni à celles fournies par l'opération cérarienne, et voici pourquoi.

Toutes les femmes chez lesquelles on provoque l'accouchement

sont des femmes saines, hospitalisées et soignées avant toute intervention.

Les césariens n'opèrent pas toutes les femmes en travail justiciables d'après eux de cette opération ; ils choisissent leurs cas, et pratiquent souvent l'embryotomie sur l'enfant vivant, quand l'utérus a été infecté ou *est soupçonné d'avoir pu l'être.*

Mais, nous avons, nous, cette année comme les précédentes, pratiqué l'agrandissement du bassin *dans tous les cas où l'enfant était vivant,* quels que fussent l'origine et l'état de la mère, au moment où l'intervention s'imposait.

Donc, aucune comparaison sérieuse possible.

Dire : l'accouchement provoqué donne tant de mortalité, l'opération césarienne donne tant, la symphyséotomie donne tant, je vais choisir, n'est pas faire œuvre de clinicien. On ne peut comparer que des choses comparables.

Les résultats que je vous ai donnés sont-ils les seuls résultats de la symphyséotomie ? Loin de là.

Les bienfaits de la symphyséotomie sont bien autrement considérables, je le répète après Varnier et Farabeuf.

Que de femmes accouchées spontanément d'enfants à terme vigoureux et bien portants et qui, d'après les indications classiques, étaient justiciables de l'accouchement provoqué et de sa mortalité infantile... prophylactique !

N'avez-vous pas vu il y a quelques jours encore, une femme chez laquelle on avait, dans un service d'accouchements, jugé utile d'interrompre deux grossesses antérieures, accoucher spontanément d'un enfant vivant pesant 3600 gr. ?

Réduire considérablement le nombre des opérations, permettre à nombre d'enfants de naître spontanément à terme, et permettre de n'en plus tuer, tel est le véritable bilan de la symphyséotomie.

Ce qu'on peut comparer, et ce que je désire vivement comparer, c'est une statistique intégrale et détaillée, publiée chaque année comme la mienne, donnant tous les cas, comme celle que je publie, et alors la lumière pourra se faire.

C'est de cette statistique qu'il me reste à vous parler (voir les tableaux pages 430 à 437).

Vous le voyez, j'ai eu encore deux décès chez des femmes ayant le bassin rétréci.

Chez l'une, le bassin avait une viciation complexe et le rétrécissement était tel que la symphyséotomie ne m'aurait pas donné un écartement suffisant. Je pratiquai l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. Malheureusement, je fus obligé d'opérer la nuit, et j'eus dans ce cas particulièrement difficile toute une série d'accidents opératoires. L'opération était difficile sur cette femme, le fémur droit était ankylosé à angle droit sur le bassin, j'étais mal éclairé. Malgré cela, l'incision de l'utérus, l'extraction de l'enfant, l'amputation utéro-ovarique s'étaient effectuées sans accident, quand, au moment où je pratiquais les sutures abdominales, le clamp appliqué sur le moignon cassa. Pendant que j'ouvrais le ventre à nouveau, des vomissements se montrèrent, les intestins vinrent en masse faire hernie dans la plaie, et il est certain qu'à ce moment une faute fut commise, car la femme mourut de péritonite septique le quatrième jour. La mensuration du bassin, sur la table d'autopsie, montra du moins que la seule opération possible était l'opération césarienne.

Chez l'autre, amenée dans le service avec un enfant mort, une basiotripsie fut pratiquée. Des accidents se montrèrent pendant l'anesthésie, purent être conjurés immédiatement, mais la femme mourut le lendemain. L'autopsie ne démontra qu'une congestion pulmonaire très intense avec adhérences pulmonaires généralisées.

Si au moment de l'entrée de cette femme, l'enfant avait été vivant, la symphyséotomie aurait été pratiquée et un décès de plus aurait été mis sur le compte de cette opération. Eh bien, je ne mets nullement la mort de cette femme au compte de la basiotripsie. Il n'y avait aucune lésion produite au niveau du canal génital par le fait de l'extraction.

Je viens de vous montrer les méthodes appliquées, les procédés employés, les efforts faits pour lutter contre les viciations pelviennes.

N° D'ORDRE	N° DU REGISTRE	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipares* — ACC MI ARTI
		1894						
1	1995	Déc.	7		Travail :		Travail : 30 h.	
2	2006	*Id.*	9	1er accouch. spont. à terme, 2e acc. spont. à terme, 3e fœtus macéré.	8 h.	»	»	
3	2066	*Id.*	19	Tous les accouch. (7) spont. à terme. Sommet, vivants.	1 h.	»	»	
4	2074	*Id.*	20	1er accouch. forceps à terme. Enfant vivant, 2e à terme forceps, vivant.	20 h.	»	»	
5	2077	*Id.*	21	1er accouch. à 8 m. 1/2 forceps à la Charité, enfant mort 6 jours après.	4 h. 1/2	»	»	
6	2084	*Id.*	22	1er acc. spont. enf. 2900, vivant.	12 h. Proc. du cordon	»	»	
7	2088	*Id.*	23	5 avortem. 1 acc. prématuré, 3e acc. spont. à terme 3 forceps, 1 version.	10 h. 20	»	»	
8	2092	*Id.*	23	»	»	»	9 h. 1/2.	
9	2100	*Id.*	26	1 acc. enf. 2750, spont. Enf. vivant.	5 h. 15	»	»	
10	2110	*Id.*	27	1er acc. spont. enf. macéré, 2e et 3e acc. spont. à terme. Enf. vivant.	3 h. 55	»	»	
11	2119	*Id.*	28	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	13 h. 45	»	»	
12	2139	*Id.*	31	»	»	»	»	Siège l de t Basi sur e tête d
		1895						
13	56	Janv.	10	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	7 h. 30	»	»	
14	57	*Id.*	10	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	16 h.	»	»	
15	63	*Id.*	11	1 acc. forceps enf. de 2900. Vivant.	11 h.	»	»	
16	104	*Id.*	18	»	»	»	12 h.	Siège d
17	107	*Id.*	18	1er acc. à terme forceps. Enf. mort. 2e acc. provoqué. Enf. vivant. 3e acc. à terme. Embryotomie. 4e acc. provoqué. Enf. mort. 5e *Ischio-pubiotomie enf. du poids de 3950.*	Accouchement prématuré 7 h.	Version par manœuvres internes.	»	
18	117	*Id.*	20	1 acc. à terme forceps. Enf. vivant.	Insertion vicieuse du placenta hémorrhagie avant le travail.	»	»	
19	125	*Id.*	21	»	»	»	8 h.	
20	128	*Id.*	22	»	»	»	9 h.	Siège
21	158	*Id.*	27	»	»	»	12 h.	
22	166	*Id.*	29	1er acc. à terme forceps. Enf. mort. 2e acc. spont. à terme. Enf. vivant.	8 h.	»	»	
23	175	*Id.*	31	»	»	»	21 h.	Symph
24	188	Fév.	2	»	»	»	17 h. 20	
25	191	*Id*	3	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	9 h.	»	»	
26	215	*Id.*	6	»	»	»	20 h.	

Considérations générales communes aux deux

DIAM. prom. S.-pub.	DIAM. bi-pa-riétal	POIDS DE L'ENFANT à la nais-sance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie		ÉTAT A LA SORTIE De la mère		ÉTAT A LA SORTIE De l'enfant		OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
					Bien portante.	Morte.	Vivant.	Mort.	
10.2	8.7	2215	4002	15 déc.	B.p.	»	Viv.	»	Femme du dehors.
10.7	9.4	3750	3720	18 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
10.3	9.8	4600	4580	27 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
10.4	9.1	3870	3870	21 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
11.	8.4	2230	2150	30 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
10.8	9.0	3020	3030	4 janv.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
10.1	9.1	2700	3000	31 déc.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
10.7	9.0	3000	3290	24 janv.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
9.8	9.2	3120	2900	3 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
1.0	8.4	2120	2250	10 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
1.5	9.5	3150	3050	7 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
1.3	?	4190 sans subst. cérèb.	»	»	B.p.	»	»	Mort	F. du dehors.
10.3	9.0	3520	3500	20 janv.	B.p.		Viv.	»	F. du dehors.
10.8	9.0	3150	3350	19 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
10.5	9.7	2990	3130	22 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
10.8	9.4	2670	2460	3 fév.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
»	9.2	2610	3040	14 —	B.p.	»	Viv.	»	F. Trémoulet venue de chez elle.
10.3	8.7	3300	mort le lend. de sa naiss.			»	»	Mort.	F. du dortoir.
10.7	8.9	2800	2720	31 janv.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
11.0	9.3	2915	2880	2 févr.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
10.3	9.1	2880	3020	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Sacr. acc.	9.7	3180	3100	10 —	B.p.	»	Viv.		*Id.*
»	8.7	2310	2770	6 mars.	»	Morte	Viv.	»	F. apportée malade, morte le lendemain.
Sacr. acc.	9.4	3100	3070	19 févr.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
1.7	9.3	3230	3560	13 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
10.2	8.5	2800	2730	16 févr.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.

Nos D'ORDRE	Nos DU REGISTRE	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCO ME ARTI
27	235	Fév.	10	2 avort. 3e acc. spont. à terme. Enf. mort pendant le travail.	10 h.	Version par manœuv. int.	20 h.	Sympl
28	236	*Id.*	10	1 acc. prém. spont., 8 mois. 2 acc. spont. à terme, enfant vivant.	7 h. 30	»	»	
29	238	*Id.*	10	»	»	»	15 h. 50	
30	247	*Id.*	13	1er acc. sp. à terme, enf. mort pendant le trav. 2e acc. spont. à terme, enf. viv. Applications infruct. de forceps en ville.	?	»	»	
31	311	*Id.*	25	1er acc. spont. à terme, enf. viv. 2e acc. à terme, forceps. 3e accouch. spont. à terme, fille vivante.	32 h.	Symphyséotom.	»	
32	313	*Id.*	25	1er acc. à terme. Basiotripsie. 2e acc. à terme. Symphyséotomie.	18 h.	2e Symphyséot. Version.	»	
33	315	*Id.*	25	1 acc. provoqué. Grossesse gémellaire Enf. morts. 2e acc. à terme. Symphyséotomie.	7 h. 40	Symphyséotom.	»	
34	322	*Id.*	26	»	»	»	26 h.	
35	326	*Id.*	27	1er acc. spont. à terme, mort 2 j. après sa naissance.	12 h.	»	»	
36	352	Mars	4	1er acc. Symphyséotomie 24 fév. 94. Enf. viv.	11 h.	»	»	
37	378	*Id.*	8	1er avortement. 2e Basiotripsie.....	?	»	»	
38	410	*Id.*	13	»	»	»	12 h.	Basio Enf. début
39	481	*Id.*	25	»	»	»	15 h. 40	
40	485	*Id.*	25	»	»	»	24 h.	Sympl
41	508	*Id.*	29	»	»	»	11 h. 25	
42	555	Avril	5	1er acc. spont. à terme. 2e forceps, enfant vivant. 3e avortement.	12 h. 20	»	»	
43	573	*Id.*	8	1er acc. spont. à terme. Enf. vivant. 2e à terme. Forceps. Enf. vivant.	17 h.	»	»	
44	579	*Id.*	9	1er acc. spont. à terme, enf. vivant. 3020 gr. Bi-P. 93.	7 h. 45	»	»	
45	655	*Id.*	23	»	»	»	7 h. 45	
46	693	*Id.*	30	»	»	»	27 h.	
47	700	Mai	1	1er acc. spont. à terme, enf. vivant.	39 h.	»	»	
48	727	*Id.*	6	1er acc. prémat. spont. à 8 mois, enf. mort pendant le trav. 2e forceps à terme, enf. mort pendant le trav. 3e à terme. Forceps, enf. mort.	18 h.	»	»	
49	789	*Id.*	15	»	8 h.	»	18 h. 50	
50	805	*Id.*	18	1er accouchement. Tentatives infructueuses de forceps. Symphyséotomie. Enf. vivant 4630 gr.	»	»	»	
51	807	*Id.*	18	1er acc. spont. à terme, enf. vivant.	7 h. 1/2	»	»	
52	811	*Id.*	19	1 grossesse gémellaire. Acc. prémat. 7 mois. 2 sièges.	11 h. 30	»	»	

Considérations générales communes aux deux

DIAM. prom. S.-pub.	DIAM bi-pa-riétal	POIDS DE L'ENFANT à la nais-sance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie		ÉTAT A LA SORTIE De la mère		ÉTAT A LA SORTIE De l'enfant		OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
108	95	3250	3390	21 —	B.p.	»	Viv.	»	Femme du dortoir.
100	89	3310	3500	21 —	B.p.	»	Viv.	»	Femme du dehors.
110	91	2850	2850	19 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
108	92	3590	3520	22 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
93	92	3070	3330	12 mars	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
92	92	3260	3780	12 mai	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
95	103	3660	3890	28 mars	B.p.	»	Viv.	»	F. Entrée au dortoir le 25 fév.
106	87	2860	2740	7 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
104	10	3050	3160	7 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
109	98	3730	3730	14 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
»	93	3540	3300	18 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
83	90	2750 sans suite cérébr.	»	24 —	B.p.	»	»	Mort.	F. du dortoir.
100	102	3000	2910	3 avril	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
95	80	1900	2510	3 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. 4 jours au dortoir.
104	90	2610	2670	5 avril	B.p.	»	Viv.	»	F. au dehors.
102	92	2665	2840	15 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 30 mars.
104	96	3800	4170	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
105	95	2900	2890	15 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
106	94	3150	3160	30 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
108	90	3820	4050	18 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
93	98	3770	4620	1 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 12 fév.
95	95	3030	»	»	»	morte le 12 mai	Viv.	»	F. du dortoir.
								Mort. à la naissance	F. morte de pneumonie.
106	90	3615	3700	21 —	B.p.	»	»	»	F. du dehors.
?	92	3920	3980	27 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
105	90	3620	3770	28 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
9	90	2480	2380	6 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.

Nos D'ORDRE	Nos DU REGISTRE	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipare* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACC M ARTI
53	812	Mai	19	1 gros. gém. Acc. prém. 7 m. 2 sièges.	11 h. 30	Symphyséotom.	13 h.	Sympl
54	843	*Id.*	23	»	»	»	travail ?	
55	852	*Id.*	26	1 acc. à terme. Forceps. Enf. viv..	22 h.	»	»	
56	863	*Id.*	27	»	»	»	14 h. 1/2	
57	868	*Id.*	28	»	»	»	?	
58	869	*Id.*	28	»	»	»	25 h.	
59	879	*Id.*	30	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	6 h. 30	»	»	
60	906	Juin	3	1er accouch. provoqué à 7 mois (Nancy). Enf. viv. 2e accouch. à terme, forceps (Nancy), mort pendant le travail.	11 h.	Symphys. 11 h.	»	
61	930	*Id.*	6	»	»	»	30 h.	For
62	934	*Id.*	7	1 avortement de 2 mois.....	13 h.	Forceps.	»	
63	935	*Id.*	10	»	»	»	41 h. 10	Symph
64	971	*Id.*	13	1er acc. à 8 m. 1/2, forceps. Enf. viv. 2e acc. à terme, forceps. Enf. viv. spina-bifida.	8 h.	»	»	
65	990	*Id.*	16	»	»	»	25 h.	
66	1001	*Id.*	18	1er accouch. à terme. Enf. mort et macéré (Maternité).	28 h.	Basiotripsie enfant mort pend. travail, plac. prævia.	»	
67	1004	*Id.*	19	»	»	»	19 h.	
68	1023	*Id.*	23	1er acc. à terme, forceps. Enf. viv.	5 h. 25	»	»	
69	1034	*Id.*	25	1er accouch. spont. à terme. Enf. viv.	4 h. 20	»	»	
70	1080	Juill.	2	4 accouch. à terme, siège, 4 enfants morts. 2e accouch. provoqué à 8 mois. Enf. mort à 4 j. convulsions. 6e accouch. forceps en ville. Symphys. à Baud. Enf. mort.	4 h.	Symphyséot.	»	
71	1141	*Id.*	14	1er acc. spont. à terme. Enf. viv...	8 h. ?	»	»	
72	1158	*Id.*	17	»	»	»	7 h. 30	
73	1177	*Id.*	18	1 accouch. provoqué à 8 m. Enf. mort (Obs. 1631. — Année 1891)	»	Opération césarienne. Amputation utéro-ovarique.	»	
74	1203	*Id.*	23	1er acc. spont. à terme. Enf. viv...	10 h.	»	»	
75	1209	*Id.*	25	1er acc. à terme, forceps. Enf. viv .	9 h.	Forceps.	»	
76	1247	*Id.*	31	1er acc. avant terme hydroc. Enf. viv. 2e, 3e, 4e, 5e accouch. spont. à terme. Enf. viv.	2 h. 40	»	»	
77	1306	Août.	11	1er à terme basiotrip. ; 2e symphys.	6 h.	»	»	
78	1322	*Id.*	15	Primipare.....	»	»	33 h.	

Considérations générales communes aux deux

DIAM. prom. S.-pub.	DIAM. bi-pa-riétal	POIDS DE L'ENFANT à la nais-sance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie		ÉTAT A LA SORTIE De la mère		ÉTAT A LA SORTIE De l'enfant		OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
102	90	3250	3310	29 mai	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
93	91	2950	3030	1 juin	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
11	93	3370	3350	2 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
?	97	3850	3700	1 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
10	90	3520	3280	4 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
108	90	3040	»	»	B. p.	»	»	Mort-né.	F. du dortoir.
10	89	2920	3120	8 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
95	97	2950	4650	6 juil.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
»	91	3000	3150	17 juin.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
»	92	2750	2780	*Id.*	»	Morte.	Viv.	»	F. du dehors.
82	90	3020	»	»	B. p.	»	»	Mort de convul.	F. du dortoir.
»	97	4370	4530	23 juin.	B. p.	»	»	»	F. du dortoir.
104	91	3200	3420	11 juil.	B. p.	»	»	Mort.	F. du dehors.
106	»	3570	»	»	»	»	Viv.	»	F. du dortoir.
108	93	3300	3180	28 juin.	B. p.	»	»	»	F. du dehors.
105	95	3480	3400	1er juil.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
94	9	3000	3050	3 juil.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
9	99	3610	5040	1er sept.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
103	82	2730	2870	25 juil.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
?	92	2770	3150	27 juil.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
95	95	2870	3250	»	»	Morte le 4e jour	Viv.	»	F. du dortoir.
105	9	2920	3380	6 août.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	9	3400	3790	14 août.	B. p.	»	»	»	F. du dortoir.
106	86	1600	»	»	B. p.	»	»	Mort 2e jour	F. du dehors.
104	93	3150	3180	20 août.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
95	105	4450	»	»	»	Morte le 5 octo-bre.	Viv.	»	F. du dehors. Morte d'embolie, 46e jour.

Nos D'ORDRE	Nos DU REGISTRE	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipares* — ACCO NI ARTI
79	1324	Août.	16	Primipare.	6 h.	Forceps.	20 h.	Symph
80	1369	*Id.*	25	1er acc. spont. à terme. Vivant ..	7 h. 1/2	»	»	
81	1389	*Id.*	29	1er acc. à terme. Forceps, vivant.	7 h. 35	»	»	
82	1403	Sept.	31	Primipare.....	»	»	31 h.	
83	1409	*Id.*	1	Primipare.....	»	»	37 h.	
84	1430	*Id.*	6	1er spont. à terme. Enf. vivant...	14 h.	»	»	
85	1449	*Id.*	8	Primipare.....	»	»	11 h.	
86	1478	*Id.*	13	1er acc. provoqué, forceps. Enf. mort. 2e spont. à terme, vivant..... 3e spont. à terme, vivant.....	11 h.	»	»	
*87	1480	*Id.*	13	Primipare.....	»	»	10 h.	Avor pro
88	1511	*Id.*	19	Primipare.....	»	»	17 h.	Basio
89	1528	*Id.*	22	»	»	»	7 h. 1/2	Symph
90	1556	*Id.*	27	»	»	»	10 h.	
91	1574	*Id.*	30	Sp. à terme. Enf. viv.....	12 heures	»	»	
92	1582	Oct.	1	A terme, forceps, viv.....	23 h. 1/2	»	»	
93	1590	*Id.*	3	Primipare.....	»	»	16 h. 45	
94	1673	*Id.*	19	Primipare.....	»	»	14 h. 1/2	
95	1708	*Id.*	27	Primipare.....	»	»	15 h.	
96	1712	*Id.*	27	Primipare.....	»	»	40 h.	
97	1715	*Id.*	27	2 acc. spont. à terme, vivants, 1 forceps, à terme, vivant.	6 h.	»	»	
98	1741	Nov.	2	2 acc. spont. à terme, nés vivants.	7 h. 3/4	»	»	
99	1755	*Id.*	5	1 acc. spont. 8 mois, enf. vivant...	8 h.	»	»	
100	1759	*Id.*	7	Primipare	»	»	5 h. 10	
101	1762	*Id.*	8	4 acc. spontanés à terme, nés vivants.	7 h.	»	»	
102	1790	*Id.*	13	1 acc. à terme forceps, vivant.....	15 h.	»	»	
103	1791	*Id.*	13	1 acc. spontané à terme, vivant..	21 h.	»	»	
104	1822	*Id.*	19	1 acc. provoqué à 8 mois, enfant mort.	6 h.	»	»	
105	1843	*Id.*	23	Primipare.....	»	»	39 h. ?	
106	1887	*Id.*	29	Primipare.....	»	»	34.	
107	1899	Déc.	19	2 acc. spontanés à terme, vivants..	7 h. 40	»	»	

* Femme rachitique, taille 1 m. 10. Avortement provoqué sur la demande de la femme.

Considérations générales communes aux deux

...ns ...res	DIAM. prom. S.-pub.	DIAM. bi-pa-riétal	POIDS DE L'ENFANT à la nais-sance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie		ÉTAT A LA SORTIE De la mère		ÉTAT A LA SORTIE De l'enfant		OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
...tiq.	107	85	2900	2830	23 août	B.p.	»	»	Mort-né	F. du dorroir.
	98	93	2850	2950	3 sept.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	108	88	2220	1950	7 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	109	87	3050	2850	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	102	95	3700	3490	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	119	92	2970	3200	15 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	108	96	3650	3930	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	108	98	3670	3790	26 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
...tiq.	79	»	»	»	»	B.p.	»	»	Mort.	F. du dortoir.
...ssin dé-...ur.	»	»	3300 sans subst. céréb.	»	»	B.p.	»	»	Mort.	F. du dehors.
...ulé	8.5	9.5	3440	4120	20 oct.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
...tiq.	10.4	8.3	2700	2800	5 oct.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	11.2	10.1	4120	4290	7 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	10	9.4	3450	3140	10 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10.1	9 1	3820	3940	12 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10	9.1	3280	3510	28 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	9.3	11	3540	3980	25 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10.5	8.8	2000	2120	5 nov.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10.2	8.9	3350	3640	19 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10.7	9	2400	2490	10 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	10.8	9.3	3020	296[illegible]	14 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	10.4	9.5	3700	3820	19 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	10	9.2	3650	3680	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	11.2	9.3	3080	3150	21 déc.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	11.4	9	3040	2875	»	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	9.2	8.8	3120	3070	»	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	10.4	8.6	3400	3150	»	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
	10.1	9.6	3720	3750	»	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
...ulé	10.1	9.2	3040	2930	»	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.

Nombre total des rétrécissements du bassin du 7 décembre 1894 au 7 décembre 1895.

107 — { 45 primipares. / 62 multipares.

Femmes sorties bien portantes. = 102

Femmes mortes. = 5 { 3 symphyséotomies. / 1 basiotripsie. / 1 Porro.

Enfants morts = 10 dont — { femmes du dortoir = 6 / femmes du dehors = 4 / 1 avortement provoqué.

Enfants sortis vivants. = 96

Accouchements spontanés. = 77 { sommet = 74 / siège = 3

Accouchements artificiels. = 30 { 1 version pour bassin oblique ovalaire (ischio-pubiotomie). / 4 basiotripsies. / 1 Porro. / 3 forceps. / 1 avortement provoqué. / 20 symphyséotomies.

Sur 77 accouchements spontanés, il y eut 3 enfants morts.

Sur 29 accouchements artificiels, il y eut 7 enfants morts, dont 4 avant intervention.

4 basiotripsies sur enfant mort.

20 symphyséotomies = 17 enf. v., 3 morts.
1 version = 1 enf. v.
1 Porro = 1 enf. v.
3 forceps = 3 enf. v.

22 enf. vivants.

Si le succès n'a pas répondu à notre attente dans tous les cas, du moins, avons-nous puisé, dans l'étude des résultats obtenus, des forces nouvelles pour lutter dans l'avenir avec l'espoir d'un succès plus complet encore.

DE LA
SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE
DU 7 DÉCEMBRE 1895 AU 7 DÉCEMBRE 1896 (1)

D'après un usage voulu, je vais vous exposer aujourd'hui les résultats obtenus à la Clinique Baudelocque, du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896, après avoir suivi avec rigueur dans la thérapeutique des viciations pelviennes, les préceptes que j'ai formulés en 1893, et que j'ai toujours appliqués depuis cette époque (2). Du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896, 95 femmes, chez lesquelles une viciation pelvienne a été reconnue, sont venues accoucher dans le service.

Sur ce nombre, 68 accouchèrent spontanément.

Chez 27 il fallut intervenir.

Les interventions se décomposent de la façon suivante :

Agrandissement momentané du bassin	14 fois.
Application de forceps	6 —
Version	1 —
Opération césarienne et amputation utéro-ovarique	2 —
Basiotripsie sur enfants morts	3 —
Embryotomie sur enfant mort	1 —

Examinons d'abord les 14 cas où l'agrandissement du bassin a été pratiqué par mes collaborateurs Varnier, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise et par moi.

(1) *Annales de Gynécologie*, 1897, t. XLVII, p. 1.

(2) *De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1893. De l'agrandissement momentané du bassin.* Rapport lu au Congrès international des sciences médicales, tenu à Rome du 27 mars au 5 avril 1894. — *De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1894-1895.*

Obs. 2037. — LXIXe Symphyséotomie, pratiquée le 24 décembre 1895. (Pinard.)

La nommée Clémence L..., Ipare, 21 ans, domestique, entre à la Clinique le 2 décembre 1895.

Cette femme dit avoir marché à 2 ans, toujours bien depuis. Elle présente une incurvation des fémurs.

Ses dernières règles datent du 12 au 14 mars. Présentation du sommet en G. T. Bassin vicié, diamètre P. S. P. 103.

Le 23 décembre, à 11 h. 30 du soir, la femme entre à la salle de travail. Le col est en voie d'effacement. Le 24 décembre à 1 h. 48 du matin, la dilatation est complète. On rompt les membranes. Le liquide amniotique est vert. La tête ne s'engageant pas, on prévient M. Pinard qui décide de pratiquer la symphyséotomie.

A 3 h. 35, chloroforme. Introduction d'un ballon Champetier dans le vagin pour dilater les parties molles.

A 4 h. 5, incision des téguments. A 4 h. 15, section de la symphyse. Écartement provoqué de 4 centim. 1/2.

Application de forceps. A 4 h. 35, extraction du fœtus qui naît un peu étonné.

Délivrance artificielle 5 minutes après l'extraction. Points profonds et superficiels au fil d'argent. Poids de l'enfant 3878 gr. Bi-pariétal 92. Enfant allaité par la mère. Mort le 15e jour de broncho-pneumonie.

Suites de couches légèrement pathologiques. L'opérée se lève le 20e jour et marche très bien.

Part en convalescence le 1er février ; revenue dans le service comme infirmière ; y est encore actuellement.

Obs. 83. — LXXe Symphyséotomie, pratiquée le 15 janvier 1896. (Bouffe de Saint-Blaise.)

La nommée Léonie M..., 28 ans, Ipare, entre à la Clinique le 14 janvier à 11 heures du soir.

Dernières règles du 15 au 19 avril 1895. Hauteur de l'utérus 37. Début du travail le 13 janvier à 10 heures du soir. La parturiente est soignée, chez elle, par une sage-femme qui, voyant que le travail n'avance pas, fait demander un docteur. Celui-ci de 7 à 10 heures du soir, le 14 janvier, tente 5 applications de forceps sans résultat, et envoie ensuite la femme à la Clinique.

A son entrée à la salle de travail, la dilatation n'est pas complète. Les membranes sont rompues. Liquide purée. Bruits du cœur à 109, puis à 140. Sommet G. T.

Bassin vicié, diamètre P. S. P. 108.

Température à l'entrée 37°,5, pouls 108. Injection sous-cutanée de sérum A, 10 centim. cubes.

A 3 heures et demie, la dilatation est complète. On fait pousser la femme ; les bruits du cœur sont plus réguliers, mais la tête ne progresse pas.

A 8 heures, le Dr Bouffe de Saint-Blaise pratique la symphyséotomie. Section de la symphyse terminée à 8 h. 24. Écartement spontané de 2 centim., provoqué de 6 centim.

8 h. 30. Application de forceps. A 8 h. 40, extraction du fœtus. A ce moment le fœtus fait un mouvement d'inspiration, puis ne présente plus un seul battement; il ne peux être ranimé.

Délivrance artificielle immédiate, huit points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

L'enfant pèse 3680 gr. Bi-pariétal 93.

Suites de couches, pathologiques. Injections intra-utérines. Curettage le 4e jour.

Phlegmon de la région trochantérienne.

Femme partie en bon état le 1er mars 1896.

Obs. 124. — LXXIe Symphyséotomie, pratiquée le 22 janvier 1896. (Bouffe de Saint-Blaise.)

La nommée Marie L..., 30 ans, Ipare, entre à la Clinique le 8 janvier.

A marché à 2 ans, a toujours bien marché. Première grossesse en 1890. Accouchement provoqué à la Clinique Baudelocque. Ballons Tarnier et Champetier. Forceps au détroit supérieur. Enfant mort-né (fracture du crâne).

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 19 mars. Hauteur de l'utérus, 36 centim.

Sommet G. T. Diamètre P. S. P. 100.

Début du travail, le 22 janvier, à 2 heures du matin. A 1 heure du soir, la dilatation est grande comme 5 francs. M. Pinard examine la parturiente, conseille de rompre les membranes à la dilatation complète et d'attendre.

A 2 h. 40, la dilatation est complète.

Rupture artificielle des membranes, liquide verdâtre.

La tête est inclinée sur le pariétal postérieur, l'oreille accessible au toucher.

La femme pousse pendant deux heures, mais, comme la tête ne progresse pas, la symphyséotomie est décidée.

A 5 heures et demie, incision cutanée. 5 h. 35, section de la symphyse, terminée à 5 h. 41. Écartement spontané 2 centim., provoqué 6 centim.

Application de forceps. Extraction du fœtus à 5 h. 55. Procubitus du cordon. Enfant né étonné mais ranimé très vite. Poids de l'enfant 3480 gr. Bi-pariétal 103.

Délivrance par expression, cinq minutes après l'extraction du fœtus.

Points de suture profonds et surperficiels au fil d'argent.

Élévation de température les 3e et 4e jours, la femme ayant une bronchite intense.

L'enfant meurt de broncho-pneumonie le 9e jour.

Femme partie en très bon état le 27 février.

Obs. 318. — LXXII Symphyséotomie, pratiquée le 25 février. (Varnier.)

La nommée Marie C..., 24 ans, Ipare, arrive à la Clinique Baudelocque le

25 février à 7 h. 40 du soir. Elle est allée consulter pendant sa grossesse à l'Hôtel-Dieu où l'on constate qu'elle est en travail. Présentation du sommet en G. T. Dilatation comme 50 centimes. Contractions utérines régulières. Bassin vicié, diamètre P. S. P. 102.

La dilatation progresse normalement. Elle est complète à 2 heures du soir (Les membranes se sont rompues à la dilatation comme 5 francs.)

Les bruits du cœur sont normaux ; la femme pousse, mais la tête ne progresse pas.

A 5 h. 30 du soir, application de forceps, sans résultat, faite par l'interne. Les bruits du cœur deviennent irréguliers. On prévient M. Varnier qui fait transporter la femme à la Clinique Baudelocque où elle arrive à 7 h. 40 du soir.

A 8 h. 15, on commence l'anesthésie. A 8 h. 30, incision des téguments. 8 h. 35, section de la symphyse. M. Varnier place l'écarteur sensible, et, en écartant doucement les jambes, obtient un écartement de 5 centim.

A 8 h. 40, M. Varnier applique le forceps. Au moment de la rotation, l'écarteur marque 5 centim. et demi.

Extraction de l'enfant à 8 h. 50 soir.

Poids : 3960 gr. Bi-pariétal 97 millim.

9 heures du soir. Délivrance artificielle par M^lle^ Roze.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Suites de couches, pathologiques.

5 injections de sérum antistreptococcique.

Femme et enfant partis en bon état le 31 mars 1896.

Poids de l'enfant à la sortie, 4310 gr.

Obs 361. — LXXIII^e^ Symphyséotomie, pratiquée le 3 mars. (Varnier.)

La nommée J.. , Juliette, 20 ans, bijoutière, Ipare, est envoyée à la Clinique le 29 février à 10 heures du matin. Elle est envoyée de l'Hôtel-Dieu, par M. Varnier qui, après l'avoir examinée, ayant constaté le degré de rétrécissement du bassin, et le volume approximatif de la tête fœtale, pense qu'une intervention pourra être nécessaire.

Date des dernières règles, 25 mai. Hauteur de l'utérus, 34 centim. Diamètre promonto-sous-pubien, 103. Cette femme a marché à 18 mois.

Elle est entrée en travail, le 28 février à minuit.

A son entrée dans le service, la dilatation est de 50 centimes le 29 février à 10 heures du matin.

Le 2 mars, à 10 heures du matin, la dilatation est grande comme 2 francs. M. Pinard rompt les membranes qui sont constamment tendues.

Le liquide est vert. Injection de 10 gr. de sérum antistreptococcique.

Le même jour, à 10 heures du soir, introduction d'un ballon Champetier, moyen modèle, d'une contenance de 240 gr.

A 11 heures, dilatation complète.

A 11 heures et demie, anesthésie, toilette, cathétérisme.

A 11 h. 40, incision cutanée et section de la symphyse terminée à 11 h. 48. Écartement provoqué 7 centim.

11 h. 52, application de forceps. Extraction du fœtus à minuit 5. C'est un garçon, pesant 2945 gr.; diamètre bi-pariétal 90. Il naît un peu étonné, mais est très vite ranimé à l'aide de quelques frictions.

Délivrance artificielle immédiate.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Suites de couches normales.

Enfant envoyé en nourrice le cinquième jour, pesant 2920 gr.

Le femme se lève le 22 mars.

Le 27 mars, elle se plaint d'une douleur dans la jambe gauche. Il existe de l'œdème péri-malléolaire. On place le membre dans une gouttière ; il est enveloppé de compresses imbibées de chlorhydrate d'ammoniaque.

5 injections de 10 gr. de sérum antistreptococcique.

Pas d'élévation de température; le 30 mars, la douleur a complètement disparu ainsi que l'œdème.

La malade quitte le service en bon état le 28 avril 1896.

Obs. 510. — LXXIV[e] Symphyséotomie, pratiquée le 26 mars 1896. (Pinard.)

La nommée Rose P..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque le 26 mars 1896, à 9 heures du matin.

Cette femme a marché à 12 mois, a été réglée à 12 ans régulièrement.

Elle est amenée à la Clinique, le 26 mars, par une sage-femme qui raconte qu'elle a perdu les eaux depuis huit jours (19 mars, midi).

Le travail s'est déclaré le 25, vers 1 heure du matin.

La dilatation était complète depuis le 26 à 2 heures du matin. Les efforts d'expulsion ne produisant aucune progression, la sage-femme fait demander un docteur qui tente successivement deux applications de forceps. Le forceps dérape deux fois, et, la femme est envoyée à la Clinique.

A son entrée, on constate que la dilatation est complète : la tête n'est pas engagée, mais inclinée sur le pariétal antérieur (suture sagittale à 7 centim. de la symphyse) ; on atteint le promontoire. Il existe une bosse séro-sanguine volumineuse et un chevauchement considérable du pariétal antérieur sur le postérieur.

Bain, injection vaginale et injection de sérum.

10 heures du matin. Introduction, dans le vagin, d'un ballon Champetier grand modèle ; l'utérus est constamment tendu.

10 h. 50 La femme étant rasée, on commence l'anesthésie, la femme est transportée à l'amphithéâtre.

11 heures. Toilette vulvaire; le ballon s'étant vidé d'une partie de son liquide, on le distend de nouveau, à son maximum, avant de l'extraire, afin d'obtenir une dilatation plus grande des parties molles.

11 h. 05. Extraction du ballon.

Lavage de la région pubienne au biiodure et à l'éther.

11 h. 10. Incision cutanée, durée cinq minutes (couche adipeuse au-devant de la symphyse, très épaisse).

11 h. 15. Section de la symphyse terminée à 11 h. 20.

La tête appuie très fortement sur le pubis, et occasionne une certaine difficulté pour passer l'index derrière la symphyse. L'écartement provoqué à l'aide de l'écarteur à vis, et en écartant progressivement les jambes, est de 5 centim. et demi.

L'écarteur à vis est enlevé, et remplacé par l'écarteur sensible qui marque 5 centim.

11 h. 23. M. Pinard introduit la main droite dans le vagin, puis place la branche gauche du forceps.

11 h. 25. Introduction de la branche droite. Tractions.

Pendant les tractions, l'écarteur sensible marque 5 centim. et demi.

11 h. 30. Extraction du fœtus. Le liquide qui s'échappe avec l'enfant est absolument purée. L'enfant, né en état de mort apparente, est ranimé à l'aide de la désobstruction des voies respiratoires, qui contenaient du méconium en grande quantité. On fait seulement deux ou trois insufflations, et l'enfant est ranimé.

Délivrance artificielle, immédiate, par M^lle^ Roze. Écoulement sanguin assez considérable à ce moment, qui cède à une injection intra-utérine très chaude.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

A ce moment, la femme pâlit, son pouls est petit, fréquent.

Injection d'éther, et injection de sérum 250 gr.

Enfant sexe masculin, 3200 gr. sans méconium.

Bi-pariétal, 96 millim.

Suites de couches, normales. Femme partie en bon état le 21 juin 1886.

L'enfant, parti en nourrice le 17 avril, pèse 3800 gr.

Obs. 750. — LXXV^e^ Symphyséotomie, pratiquée le 3 mai 1896. (Bouffe de Saint-Blaise.)

La nommée Philomène L..., primipare, âgée de 24 ans, est admise à la salle de travail le 3 mai 1896, à 9 heures du matin.

Elle a marché à 2 ans et a boité à partir de ce moment ; elle a été réglée à 18 ans, régulièrement.

Ses dernières règles datent du 8 au 12 août (elle est très affirmative) ; elle est à terme, d'après le volume de l'utérus qui est très développé : 37 centim. Le fœtus est très mobile, on le fixe à l'aide de la ceinture cutocique.

La parturiente mesure 1 m. 36. Son membre inférieur gauche est plus court de 3 centim. Elle a une luxation de la hanche gauche.

Elle éprouve les premières douleurs à 2 heures du matin, le 3 mai. A son entrée, le col est en voie d'effacement, les membranes entières. Les bruits du cœur sont normaux.

A 5 heures du soir, la dilatation est complète ; M^lle^ Roze pratique la rupture artificielle des membranes, pendant qu'on maintient la tête fixée. Il s'écoule une certaine quantité de liquide très vert, mais les bruits du cœur sont normaux.

On fait pousser la femme, mais la tête ne fait aucun progrès, bien qu'il y ait un certain chevauchement des pariétaux.

A 6 heures, introduction d'un ballon Champetier, grand modèle, dans le vagin. La femme est rasée à 6 h. 20 du soir. On la soumet à l'anesthésie chloroformique.

Lavage de la région pubienne au biiodure et à l'éther. Extraction du ballon Champetier pour obtenir une dilatation préalable de l'orifice vulvaire. Cette extraction est faite, avec lenteur et avec une certaine difficulté, la vulve étant très distendue. On pratique le cathétérisme vésical, puis à 6 h. 40, M. Bouffe pratique l'incision cutanée. Il est très difficile d'introduire le doigt dans l'adminiculum, tellement la tête est solidement fixée sous la symphyse.

6 h. 42, section de la symphyse terminée à 6 h. 45. Écartement spontané, 25 millim. ; écartement provoqué avec l'écarteur à vis, 7 millim. L'écarteur sensible marque 4 centim. — 6 h. 51. Application du forceps. — 6 h. 56. Rotation au moment où le fœtus fait un mouvement d'inspiration. — 7 heures. Extraction du fœtus, étonné, ranimé après désobstruction des voies respiratoires et frictions. Poids, 3500 gr.

Délivrance artificielle immédiate.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Suites de couches normales, sauf le neuvième jour où la femme a 39°,2 le soir. Elle a de la rougeur très intense et de la douleur à la cuisse au niveau d'une injection de sérum.

Elle part en bon état le 20 juin.

L'enfant pèse à la sortie 4700 gr.

Obs. 793. — LXXVI[e] Symphyséotomie, pratiquée le 10 mai 1896. (Pinard.)

La nommée Marie B..., 32 ans, multipare, entre à la Clinique le 9 mai. Cette femme ne se rappelle pas quand elle a marché, a toujours bien marché.

1[er] accouchement en 1890, spontané, à terme, d'une fille se présentant par le siège ; morte pendant le travail ;

2[e] accouchement en 1891, à terme, d'une fille, siège ; morte pendant le travail ;

3[e] accouchement à terme, en 1893, d'un garçon se présentant par l'épaule ; mort pendant le travail ;

4[e] accouchement à terme en 1895, épaule, fille ; morte pendant le travail.

Ses dernières règles datent du 10 au 15 août.

La tête, très mobile, est fixée à l'aide de la ceinture eutocique. Début du travail le 10 mai à 9 heures du matin.

A 4 h. 1/2 du soir, la dilatation étant complète, M. Pinard mesure le bassin, et, trouve un diamètre promonto-sous-pubien de 9 centim.

Chloroforme ; toilette vulvaire au biiodure et à l'éther.

M. Pinard commence l'incision à 4 h. 50, et la fait un peu basse ; la présence de nombreuses adhérences rend difficile l'introduction du doigt derrière la symphyse. Section terminée à 5 heures.

La température de la femme est de 36°,9, *120 pulsations*.

Écartement, près de 7 centim. ; écartement maximum, 7 centim.

Les membranes sont rompues artificiellement, et M. Pinard extrait, par la version interne, un enfant de 4050 gr., qui est promptement ranimé.

Mlle Roze pratique immédiatement la délivrance artificielle qui a lieu à 5 h. 10. Il n'y a aucune déchirure de la paroi antérieure du vagin, ni des voies génitales.

Points de suture superficiels et profonds au fil d'argent; pansement.

On fait 400 gr. de sérum; pouls à 120.

Le soir du troisième jour, la femme a 39°,5; 120 pulsations.

Quatrième, jour matin, 38°,5, 140 pulsations ; soir, 40°,3, 148 pulsations.

Cinquième jour, 38° matin et 144 pulsations ; soir, 40° et 160 pulsations.

Sixième jour, 39°,4 matin et 144 pulsations ; soir, 40°,5 et 160 pulsations.

Le 13 mai (3e jour), on soumet la femme à l'irrigation continue, et, le 14 à 10 heures du matin, M. Bouffe pratique le curettage ; extraction de nombreux débris sans odeur.

La malade tousse et crache beaucoup ; les crachats sont sanguinolents ; on entend dans tout le sommet droit de nombreuses sibilances; matité à la base, râles crépitants.

Le 15 mai, la malade s'alimente et crache moins ; elle a du délire ; langue sèche ; on enlève le tampon et on fait une injection intra-utérine.

Deux garde-robes spontanées, urines normales ; ventouses sèches.

16 mai. Agitation toujours très grande, délire.

On soumet la femme à l'irrigation continue ; une piqûre, matin et soir, de 30 gr. de sérum A.

Hyperesthésie générale; on cesse l'irrigation à 4 heures du soir.

Morte le 16 mai à 6 heures du soir.

Deux heures après la mort, M. Marmoreck ensemence du liquide provenant de l'utérus ; la plaie symphysienne est réunie par première intention; dans l'espace rétro-symphysien, il y a 10 gr. environ de liquide qui n'a aucune odeur. Autopsie microscopique. Pneumonie lobaire et broncho-pneumonie droite. Œdème et congestion du poumon gauche. Diagnostic bactériologique : pneumonie à pneumocoques.

L'enfant pesait à sa naissance 4050 gr. Bi-pariétal de 105.

L'enfant pesait à sa sortie 3950 gr. le 20 mai.

Obs. 1007. — LXXVIIe Symphyséotomie, pratiquée le 12 juin 1896. (Bouffe de Saint-Blaise.)

La nommée Adélaïde C..., 28 ans, secondipare, entre à la Clinique Baudelocque, le 1er juin 1896. Ne se rappelle pas quand elle a marché, a toujours bien marché. Réglée à 15 ans, régulièrement.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien, 83.

Premier accouchement à Baudelocque, le 13 mars 1895, à terme. Basiotripsie pratiquée sur enfant mort par M. Pinard, délivrance artificielle.

Cette femme est amenée à la salle de travail le 12 juin 1896, à 10 heures et demie du matin. La dilatation est complète, la poche des eaux volumineuse est très tendue, elle arrive presque à la vulve. Craignant qu'elle ne se rompe brusquement et que le cordon ne soit entraîné, Mlle Roze rompt les membranes. Le liquide

est normal, les bruits du cœur sont bien frappés, la tête qui est défléchie ne descend pas ; les contractions sont toujours très énergiques. On prépare tout pour pratiquer la symphyséotomie.

11 h. 30. M. Bouffe constate la dilatation complète ; la suture sagittale tend à s'éloigner de la symphyse, quoique la tête ne s'engage pas : contractions très violentes, chevauchement très considérable des pariétaux.

Minuit 4. Section de la peau et de la symphyse ; celle-ci est sectionnée sans difficulté. La tête débordant très peu ne gêne pas l'introduction du doigt dans l'adminiculum ; application de l'écarteur Farabeuf ; écartement forcé de 6 centim., qui paraît être le maximum que l'on puisse avoir sans rupture des tissus. A ce moment, la femme faisant quelques efforts d'expulsion, la tête tend à s'engager ; la suture sagittale s'est rapprochée de la symphyse, la fontanelle antérieure est accessible, mais l'oreille postérieure ne dépasse pas le promontoire.

Application de forceps en D. T. Les violents efforts de la femme réussissent à amener la tête sur le plancher du périnée. Rotation facile. Extraction sans rupture de tissus. La suture de la symphyse est pratiquée avant la délivrance. 3 points profonds, 4 superficiels.

Extraction à minuit 10, d'un enfant du sexe féminin, pesant 2,940 gr. Bipariétal, 82 millim.

Minuit 20, délivrance naturelle par légère expression.

Suites de couches normales.

Le 4 juillet, plaie parfaitement cicatrisée. Cette femme se lève et marche bien.

L'enfant pèse à sa sortie 2880 gr.

Obs. 1342. — LXXVIII[e] Symphyséotomie, pratiquée le 6 août 1896. (Bouffe de Saint-Blaise.)

La nommée Laurence A..., âgée de 36 ans, multipare, entre à la Clinique Baudelocque le 24 juin 1896. Bassin à promontoire accessible.

Cette femme dit avoir marché à 16 mois, toujours bien. Réglée à 16 ans, régulièrement.

1[er] accouchement, 7 mars 1883, à terme, spontanément, présentation du sommet, d'un garçon mort pendant le travail.

2[e] fausse couche de 5 mois, en 1884.

3[e] fausse couche de 2 mois, en 1885.

4[e] accouchement, 3 janvier 1886, à terme. Présentation de l'épaule, forceps pratiqué par un médecin de Chevreuse. Fille morte au cours du travail.

5[e] le 4 août 1896, petites douleurs, la poche des eaux s'est rompue spontanément ; jusqu'à midi, le col reste long. État stationnaire jusqu'au 5 au soir. Dans la nuit du 5 au 6, le travail marche rapidement. A 7 heures du matin, dilatation presque complète. La suture sagittale est exactement derrière la symphyse pubienne. Température 37°,5. Pouls 110.

8 h. 42. Incision de la peau, des tissus profonds, section de la symphyse. Écartement avec l'écarteur Farabeuf, de 6 centimètres et demi. Forceps en D. T.

La femme pousse, le fœtus est expulsé et crie. Poids, 3110 gr. Bi-pariétal, 96 millim.

Délivrance artificielle immédiate. Suture, 2 fils profonds, 2 superficiels.

Dans l'après-midi, température 38°,6, pouls 140. 10 heures du soir, température 36°,8, pouls 120.

12 août. Phlébite de la jambe droite. Pansement de chlorhydrate et injection de sérum, 20 gr. en deux fois.

Le 13. Injection de sérum. L'œdème de la jambe n'a pas disparu, mais il est moins considérable.

Le 14. Injection de sérum matin et soir.

Le 15. Injection de sérum matin et soir.

A partir du 17 août, on cesse les injections de sérum.

La femme part bien portante le 22 septembre.

L'enfant pèse 4700 gr.

Obs. 1685. — LXXIX[e] Symphyséotomie, pratiquée le 25 septembre 1896. (Varnier.)

La nommée Armandine S..., 36 ans, XIIpare, entre à la Clinique le 15 septembre 1896.

1[er] accouchement en 1881. Forceps. Sommet. Fille morte au bout de quatre jours.

2[e] accouchement à terme en 1882. Présentation de l'épaule. Version interne. Fille bien portante.

3[e] accouchement en 1884. A terme. Sommet. Forceps. Fille morte à 14 mois.

4[e] accouchement en 1885. Avortement de 6 mois.

5[e] accouchement en 1886. Prématuré à 7 mois.

6[e] accouchement en 1887. A terme. Sommet. Forceps. Enfant mort à six semaines.

7[e] accouchement en 1888. A terme. Spontané. Sommet. Garçon mort à 4 mois.

8[e] accouchement en 1889. Sommet à terme. Spontané. Fille morte.

9[e] accouchement en 1891. Gémellaire à 8 mois, 1[er] jumeau. Fille vivante morte à 1 mois. 2[e] jumeau. Garçon vivant. Mort à 20 jours.

10[e] accouchement en 1894. A terme. Sommet. Garçon mort-né. Forceps sous choroforme.

11[e] accouchement en 1895. A terme. Sommet. Forceps sous chloroforme à Lariboisière. Garçon mort-né.

Grossesse actuelle. — D. R..., 16 au 20 décembre. Hauteur de l'utérus, 39 centim. Femme de petite taille, ayant une légère incurvation des fémurs. Bassin vicié. Diamètre P. S. P. 98 millim.

Le 26 septembre, à 9 heures du matin, cette femme entre en travail. A trois heures du soir, la dilatation est presque complète. La suture sagittale est en rapport direct avec l'angle sacro-vertébral. Sommet D. T.

A 8 h. 30 du soir, la dilatation est complète. Rupture artificielle des membranes; le liquide est verdâtre.

Les contractions utérines étant très fréquentes et énergiques, M. Bouffe fait donner du chloroforme à la femme pour éviter une rupture possible de l'utérus.

La symphyséotomie est décidée.

A 9 h. 16 du soir, incision des téguments.

La section du pubis est faite à 9 h. 18.

Écartement spontané, 45 millim. Écartement provoqué 6 centim. et demi.

A 9 h. 27, application de forceps. Le fœtus est extrait à 9 h. 32 par M. Varnier.

A 9 h. 35, M. Bouffe pratique la délivrance artificielle.

Points profonds et superficiels au fil d'argent.

L'enfant naît en état de mort apparente. Ranimé à l'aide de frictions et après désobstruction des voies respiratoires. C'est un garçon du poids de 3,580 gr. Diamètre bi-pariétal, 98.

Suites de couches normales (37°,8 le 5e jour).

La mère allaite son enfant. Poids de l'enfant à la sortie, 3,470 gr.

La mère et l'enfant qnittent le service en très bon état le 18 octobre 1896.

Obs. 1977. — LXXXe Symphyséotomie, pratiquée le 13 novembre 1896. (Pinard.)

La nommée Marie P..., VIIIpare, âgée de 34 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 9 novembre 1896. Cette femme dit avoir marché à 1 an, puis, au bout de quelques mois, a cessé complètement de marcher ; a recommencé de marcher à 5 ans.

En 1881, première grossesse. Accouchement à terme ; forceps ; enfant mort-né.

En 1882, deuxième grossesse. Accouchement à terme ; siège ; enfant mort-né.

En 1883, troisième grossesse. Accouchement à terme ; sommet ; forceps ; enfant mort.

En 1886, quatrième grossesse. Accouchement à terme ; sommet ; forceps ; enfant mort.

En 1887, cinquième grossesse. Accouchement à terme ; sommet ; forceps ; enfant mort.

En 1889, sixième grossesse. Accouchement provoqué ; 8 mois (Lariboisière). Enfant mort vingt-quatre heures après l'extraction.

En 1891. Accouchement provoqué ; 8 mois (Baudelocque). Ballon. Forceps au détroit supérieur ; enfant nourri au sein de la mère, vivant, bien portant.

Pour la grossesse actuelle, ses dernières règles datent du 20 au 25 février. Présentation du sommet en D.T. Bassin vicié. Diamètre P.S.P. 10,6. Début du travail le 13 novembre à 8 heures du matin ; à 9 heures du soir, dilatation presque complète. On prévient M. Pinard, qui constate que la tête du fœtus est très inclinée (la suture sagittale en contact avec l'angle sacro-vertébral) et décide de pratiquer la symphyséotomie. Anesthésie à 11 h. 30. Section de la peau et de la symphyse à 11 h. 47. Écarteur à vis donne un écartement de 5 centim. Application de forceps en D.A. à 11 h. 50 : écartement avec l'écarteur sensible 3 c. 5 ; pas de tractions exercées ; la tête descend seule dans le petit bassin. A 11 h. 45,

extraction du fœtus; fille du poids de 3,210 grammes en état de mort apparente ; ranimée par la désobstruction des voies respiratoires et insufflation.

A minuit, extraction simple du placenta à l'aide d'expression. Injection intra-utérine ; pansement.

Points de suture au fil d'argent ; 4 profonds et 1 superficiel. Opération terminée complètement à minuit 17.

Suites de couches pathologiques. — Abcès de la grande lèvre gauche.

Partie en bon état le 13 décembre 1896. L'enfant pesant 3,590 grammes.

Obs. 1987. — LXXXIe Symphyséotomie, pratiquée le 15 novembre 1896. (MM. Pinard et Bouffe.)

La nommée Pauline D..., IVpare, âgée de 37 ans, entre à la Clinique Baudelocque, le 3 novembre 1896.

Cette femme ne sait pas à quel âge elle a marché ; elle a toujours bien marché.

Première grossesse à 28 ans ; accouchement à terme terminé par un forceps sous le chloroforme (Saint-Louis). Enfant vivant ; d'une intelligence peu développée ; présentant de l'incontinence d'urine. Deuxième grossesse à 30 ans ; accouchement à terme, terminé par un forceps sous le chloroforme (chez elle). Enfant mort vingt-quatre heures après l'extraction. Troisième grossesse à 36 ans ; avortement de 6 à 7 semaines (chez elle).

Pour la grossesse actuelle, ses dernières règles datent du 2 au 4 février. Présentation du sommet en D.T.

Bassin vicié ; promontoire accessible.

Rupture prématurée des membranes le 12 novembre à 2 h. 30 du soir ; la femme est amenée à la salle de travail ; tête élevée, mobile, tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche. Application de la ceinture eutocique.

Température normale.

A 10 h. 30 du soir, début des contractions. A 11 h. 30, au toucher, on sent une main ; procidence réduite par Mlle Roze. Travail dure les 13, 14 novembre.

L'état général devient mauvais, la température s'élève à 38°, 38°,8 et 39°.

De 5 à 9 heures du matin, dilatation d'une paume de main, orifice très souple. M. Pinard examine la femme et décide de faire pratiquer la symphyséotomie. Temp. : 38°. Anesthésie 10 h. 15. Section de la peau et de la symphyse commencée à 10 h. 34 ; terminée à 10 h. 38.

Écartement spontané de 2 centim. Pose de l'écarteur à vis, écartement provoqué de 5 centim. Écarteur sensible, écartement de 4 centim. trois quarts.

A 10 h. 40, application de forceps en transversale par M. Pinard ; à 10 h. 42, tractions. Liquide qui s'écoule extrêmement fétide. 10 h. 44, extraction très facile du fœtus. Garçon en état de mort apparente ; ranimé, désobstruction des voies respiratoires. Poids de cet enfant 3,650 grammes.

Délivrance artificielle immédiate par Mlle Roze.

Liquide et placenta très fétides. Injection intra-utérine après la délivrance et tamponnement à la gaze iodoformée.

Trois points de suture profonds et 4 superficiels au fil d'argent. Pansement terminé à 11 h. 20.

Suites de couches. — Température du 16 : matin 38° ; pouls 108 ; soir 39° ; pouls 120.

Le16. Traitement : Injection de sérum A, 10 gr. ; irrigation continue à 5 heures du soir ; sérum A, 20 gr. à 8 heures du soir.

Température du 17 : matin 39° ; pouls 116 ; soir 39° ; pouls 124.

Continuation de l'irrigation continue ; à 10 heures du matin, sulfate de quinine 0,25 centigr. Sérum A, 20 gr.

Température du 18 : matin 38° ; pouls 120 ; soir 38° ; pouls 160.

Parotidite infectieuse du côté droit. A 4 heures du soir, gêne de la respiration, point de côté à gauche. Incision de la parotide par M. Baudron ; écoulement purulent. Piqûre de morphine. Dans la journée, curettage par M. Bouffe à 11 h. 30.

Température du 19 : Matin 40°. Mort à 9 h. 20 du matin.

État de l'enfant après la naissance, jusqu'à sa mort. — 16 novembre. Dans la soirée, l'enfant a des convulsions ; température : 40°. Injection d'éther. Bain à 28°.

Le 17. Temp. : matin 40°. Bain à 28° ; injection d'éther.

A partir de trois heures du soir, l'enfant a des convulsions qui deviennent de plus en plus fréquentes ; il cesse de crier et de téter et avale avec peine le lait qu'on lui fait prendre à la cuiller.

Mort le 19 à 9 h. 30 du matin.

Autopsie de la mère, — Septicémie à streptocoques.

Autopsie de l'enfant. — Hépatisation des *poumons* à la base, *foie*, *cœur*, *reins*, *rate :* normaux.

Les coupes du rein et du foie ne présentent aucun microbe. Les phlyctènes qu'on trouve sur la partie antérieure du thorax, montrent à l'examen direct, et dans les cultures, des streptocoques.

Obs. 2018. — LXXXIIe Symphyséotomie, pratiquée le 20 novembre 1896.
(Wallich.)

La nommée Suzanne M..., primipare, âgé de 18 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 19 novembre 1896, à 6 heures du matin, venant de l'asile de l'avenue du Maine. Cette femme ne sait pas quand elle a marché, elle a toujours bien marché.

Ses dernières règles datent du 8 au 10 février.

Présentation du sommet en D. T. Bassin vicié.

Diamètre P. S. P. 10.8 — Début de la dilatation à son entrée. A 7 h. 30 du soir, application d'un moyen ballon de Champetier ; expulsion du ballon ; procidence du cordon réduite par Mlle Roze. Battements à 140, puis à 100 ; après réduction 120. A 11 h. 55 du soir, introduction d'un second ballon de gros calibre.

M. Wallich, prévenu, pratique la symphyséotomie. — Anesthésie à minuit 21. Extraction du ballon, sans déchirure, à minuit 23. Section de la peau et de la

symphyse terminée à 12 h. 35. Écarteur à vis, écartement provoqué de 5 centim. Écarteur sensible donne 4 centim. 5.

A minuit 45, forceps. Tête très élevée. Branche gauche difficile à introduire. Tractions à minuit 47. La tête descend facilement mais est retenue par l'orifice. Pendant l'extraction, l'écarteur sensible donne 6 centim. — 1 heure matin, extraction du fœtus ; fille du poids de 3,250, en état de mort apparente, ranimée. — Délivrance spontanée à 1 h. 15. — Le plafond du vagin est effondré ; on perçoit les deux corps caverneux du clitoris et entre eux la vessie. Points de suture au fil d'argent ; 2 profonds et 3 superficiels. — Pansement.

Suites de couches normales.

Il résulte de ces observations :

1° Que l'agrandissement momentané par symphyséotomie a été pratiqué du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896 :

7 fois chez les primipares ;
7 fois chez les multipares ;

2° Que dans les 14 cas, l'enfant présentait la tête au niveau du détroit supérieur ;

3° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

13 fois sur des bassins viciés par le rachitisme ;
1 fois sur un bassin coxo-rachitique (rachitisme et luxation coxo-fémorale) ;

4° Que l'extraction de l'enfant a eu lieu après agrandissement momentané du bassin :

13 fois à l'aide d'une application de forceps ;
1 fois à l'aide de la version.

Résultat final de ces 14 symphyséotomies :

12 femmes vivantes.	10 enfants vivants.
2 femmes mortes.	4 enfants morts (1).

Mortalité maternelle.

La première femme, morte le 16 mai 1896 (obs. 793, 76e symphyséotomie), était entrée dans le service le 9 mai. Le len-

(1) Deux de ces enfants sont morts, l'un le quinzième jour, l'autre le neuvième jour après la naissance, tous deux de broncho-pneumonie.

demain le travail se déclarait. Quand je la vis le dimanche 10 mai à 4 heures de l'après-midi, je fus frappé de l'accélération de son pouls (120) et j'en fis l'observation, car chez elle rien d'apparent ni de rationnel ne pouvait expliquer la fréquence de ces pulsations. Le travail avait été rapide et les membranes étaient intactes. La petite difficulté opératoire causée par des adhérences rencontrées à la face postérieure de la symphyse ne produisit aucune complication : il n'y eut ni hémorrhagie ni déchirure. L'écartement des symphyses se fit facilement, et jamais je ne fis une version avec plus de facilité. La plaie symphysienne se réunit par première intention. Cependant, cette femme mourut six jours après de pneumonie à pneumocoques, ainsi que le démontrèrent l'autopsie et les recherches bactériologiques.

La deuxième femme, morte le 19 novembre 1896 (obs. 1987, 81e symphyséotomie), était dans le service depuis le 3 novembre (au dortoir).

Le 12 novembre, à 2 h. 30, il y eut une rupture prématurée des membranes. Amenée à la salle de travail, on constata, en l'examinant, qu'il n'y avait pas de début de travail, que la tête était très élevée, mobile, et avait une tendance à glisser dans la fosse iliaque gauche. On la fixa à l'aide de la ceinture eutocique.

A 10 h. 30 du soir, apparition des premières contractions utérines douloureuses. A 11 h. 30, on sent par le toucher, une main qui fait procidence à travers l'orifice, les membranes rompues. Procidence réduite aussitôt par la sage-femme en chef.

Le 12 et le 13, contractions irrégulières ne produisant que peu de dilatation.

Le 14, dans la soirée, la dilatation n'atteignait pas les dimensions d'une pièce de cinq francs. Le liquide amniotique était vert et la température axillaire était de 38°,5 et 39°, le pouls variant de 120 à 130.

Ce ne fut que le 15, à 10 heures du matin, que je trouvai l'orifice, non pas dilaté, mais assez dilatable pour tenter l'extraction, après l'agrandissement du bassin. La température étant à 38° et le pouls à 120.

En raison du mauvais état général de la femme, il fut arrêté que mon chef de clinique pratiquerait la section et l'écartement du bassin et s'occuperait seul de la plaie opératoire ; que je pratiquerais l'extraction de l'enfant, et que ma sage-femme en chef pratiquerait la délivrance artificielle. Ce qui fut fait.

La symphyséotomie fut pratiquée, de la façon la plus correcte ; je n'eus aucune difficulté à extraire l'enfant à l'aide du forceps, il ne se produisit aucune éraillure des parties molles et la délivrance artificielle fut très facile. L'injection intra-utérine, longtemps pratiquée en raison de la fétidité très grande du liquide sortant de l'utérus, ne détermina aucun accident.

Malgré toutes les précautions prises, malgré tous les traitements appliqués, cette femme mourut moins de quatre jours après, le 19 novembre à 9 heures du matin. L'autopsie et les recherches bactériologiques démontrèrent que la mort avait été causée par une septicémie généralisée à streptocoques.

Mortalité infantile.

Le premier enfant mort, enfant de la femme L... (obs. 2037, 69e symphyséotomie), semblait n'avoir aucunement souffert pendant le travail. L'extraction fut facile, il se mit à respirer de suite. Allaité par sa mère, il se développait très bien, quand une broncho-pneumonie se déclara le douzième jour, et le quinzième jour, cet enfant succombait. L'autopsie démontra l'existence d'une broncho-pneumonie sans autre lésion.

Le deuxième enfant, enfant de la femme M... (obs. 83, 76e symphyséotomie), avait subi, avant son entrée dans le service, cinq applications de forceps, et la symphyséotomie ne fut exécutée que lorsque l'auscultation, longtemps pratiquée, eut démontré la régularité des pulsations fœtales. Mais bien qu'après l'agrandissement du bassin, l'extraction fût facile, l'enfant ne fit qu'une seule inspiration, et le cœur ne tarda pas à s'arrêter, malgré tous les moyens employés.

L'autopsie du corps a été négative. La tête est en préparation et l'examen du crâne n'a pas encore été fait.

Le troisième enfant, enfant de la femme L... (obs. 124, 71e symphyséotomie), ne paraissait pas avoir souffert, ni pendant le travail, ni pendant l'extraction. Il se mit de suite à respirer et se développait régulièrement, quand une broncho-pneumonie se déclara et l'enleva le neuvième jour.

L'autopsie démontra l'existence d'une broncho-pneumonie.

Le quatrième enfant, enfant de la femme D... (obs. 1987, 81e symphyséotomie), avait beaucoup souffert pendant le travail qui dura quatre jours. L'enfant était infecté, au moment de l'extraction, la peau était couverte d'un enduit jaunâtre horriblement fétide. Les voies respiratoires étant désobstruées (car un bouchon gélatineux et d'odeur infecte fut aspiré de la trachée), la respiration s'établit régulièrement. Mais, le lendemain, l'enfant avait de l'hyperthermie et il succombait le quatrième jour.

L'autopsie fit constater une hépatisation des poumons à la base et l'existence de nombreux streptocoques dans les pustules et les phlyctènes disséminées sur le corps. Le crâne ne présentait aucune lésion.

Cet exposé fait, je dois rechercher :

1° *Quels accidents et complications se sont produits chez nos opérées, soit au moment de l'opération, soit depuis ?*

2° *Quelle est à l'heure actuelle l'état de nos opérées ?*

3° *Ce que nous a enseigné cette cinquième année d'apprentissage ?*

La lecture du résumé des quatorze observations fournit la réponse à la première question. Aucune difficulté opératoire n'a été rencontrée. Dans un seul cas, sur la femme opérée par moi, le 10 mai (obs. 793, 76e symphyséotomie), j'ai éprouvé quelques difficultés à passer derrière la symphyse, en raison de l'adhérence des tissus, adhérence causée certainement par les traumatismes des accouchements antérieurs. Mais cette difficulté a été facilement vaincue.

Aucune hémorrhagie sérieuse n'a été observée.

Donc, en résumé, dans tous les cas, opération facile et exempte de tout accident ou de toute complication, en tant que section de la symphyse et agrandissement momentané du bassin.

Je dois ajouter que, si notre manuel opératoire est resté le même, nous avons employé, après la section de la symphyse, pour agrandir le bassin, un nouvel instrument : l'*Écarteur du professeur Farabeuf*. Cet instrument très simple, permet d'écarter les surfaces sectionnées de la symphyse avec facilité, avec sûreté, et avec une précision absolue. Je ne saurais trop en recommander l'emploi.

Pendant l'extraction de l'enfant, nous avons vu se produire, chez des primipares, quelques petites déchirures de la paroi antérieure du vagin, et cela malgré la dilatation préalable du vagin et de la vulve à l'aide du ballon Champetier de Ribes. Ces petites déchirures n'ont eu aucune conséquence fâcheuse, et, ont toutes guéri par première intention. Dans un seul cas (obs. 2018), la vessie elle-même fut intéressée; les parties molles faisaient défaut et le vagin et la vulve étaient d'une étroitesse extrême. Cette femme, qui est restée nourrice dans le service, devra subir une opération réparatrice.

Enfin, chez une de nos opérées, la dernière (obs. 2081), un abcès de la grande lèvre gauche se produisit pendant les suites de couches et dut être incisé le 19e jour (1).

Tel est le bilan des accidents et complications observés, soit au moment de l'accouchement, soit après, dans les quatorze cas d'agrandissement du bassin.

2° *Quel est à l'heure actuelle l'état de santé de nos opérées ?*

J'ai pu vous les montrer presque toutes, aujourd'hui, et vous avez pu constater que chez elles, comme chez toutes les autres anciennement opérées, la consolidation du bassin ne laisse absolument rien à désirer. Toutes ont pu reprendre leurs occupations ; quelques-unes exercent un métier très fatigant ; il y a deux

(1) Cette femme a quitté le service parfaitement guérie le 23 décembre.

infirmières que vous voyez tous les jours dans le service, l'une opérée depuis quatre ans, l'autre depuis un an, et, toutes deux remplissent leurs pénibles fonctions sans plus de fatigue que leurs collègues. Je puis répéter, avec plus de preuves encore à l'appui de mon assertion, ce que je disais l'année dernière. Au point de vue de la solidité du bassin, lors de grossesses ultérieures, et au point de vue de la consolidation, après une 2e symphyséotomie, ce que j'ai observé chez *douze* de nos femmes me permet de dire que la question est jugée ; il n'y a rien à redouter. La solidité du bassin n'est nullement compromise par les grossesses ultérieures ou des symphyséotomies répétées. De toutes nos opérées, quatre seulement ont présenté des troubles fonctionnels de l'appareil urinaire, deux par suite des lésions de l'urèthre ou de la vessie (obs. 26, n° 1656 en 1893, et obs. 2018 en 1896), et deux, sans lésion apparente de l'urèthre ou de la vessie, ont présenté de l'incontinence d'urine (obs. 19, n° 410 en 1893, et obs. 68, n° 1887 en 1895). L'une de ces femmes (obs. 89) venue depuis, est radicalement guérie, l'autre présente encore un léger degré d'incontinence, au moment des efforts, et cela, d'une façon intermittente.

3° *Que nous a enseigné cette quatrième année d'apprentissage ?*

Elle nous a confirmé dans cette idée, à savoir, que l'intervention a d'autant plus de chances d'être suivie de succès complet qu'elle est pratiquée chez une femme dont la période de dilatation a été rapide.

Il suffit de lire nos observations pour se convaincre que ce ne sont pas les femmes chez lesquelles ont été produites des lésions des parties molles qui ont présenté des suites de couches pathologiques, mais bien, celles qui, multipares ou primipares, présentaient de l'élévation de température par suite de la longueur du travail au moment de l'intervention.

Et je me repens amèrement, aujourd'hui, de n'avoir pas hâté la dilatation chez la femme opérée le 15 novembre, qui resta 4 jours en travail, et qui présentait de l'hyperthermie depuis deux

jours avant l'opération. Il y avait eu procidence d'un bras, et je craignais, en introduisant un ballon, de déplacer la tête et de comprimer le cordon. Cette crainte de causer la mort de l'enfant a vraisemblablement entraîné la mort de la mère.

Aussi, aujourd'hui, je pense que chez une femme justiciable de la symphyséotomie et dont l'utérus serait infecté, il serait peut-être préférable de pratiquer la gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale, plutôt que l'agrandissement momentané du bassin. L'avenir dira, si, en pensant ainsi, je suis dans le vrai.

Vous le voyez, chaque année, je dirais volontiers chaque intervention, nous apprend quelque chose, et c'est en enregistrant, comme nous essayons de le faire, les détails de chaque observation, que nous posséderons avant longtemps, je crois, les matériaux nécessaires pour formuler d'une façon suffisante, sinon précise, les indications et les contre-indications de cette belle opération. Car son bilan comporte autre chose que ce que je viens de vous exposer. Directement ou indirectement, son influence s'est fait sentir chez nombre de femmes à bassin rétréci qui sont venues accoucher dans le service.

Et avant de vous donner le tableau de tous les rétrécissements du bassin, permettez-moi de vous soumettre une remarque.

Cette année encore, cinq femmes symphyséotomisées antérieurement sont venues accoucher dans le service, et l'accouchement a eu lieu cette fois spontanément. Or, en considérant le poids des enfants et les diamètres de l'extrémité céphalique, je suis disposé à admettre que l'agrandissement momentané du bassin n'est peut-être pas absolument momentané. Je ne puis aujourd'hui que signaler le fait, me réservant d'y revenir plus tard.

Cela dit, voici le tableau de tous les rétrécissements du bassin reconnus du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896, qui nous donne le résumé ci-dessous :

TABLEAU DES RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipar* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACC… M… ARTI…
				Déce				
1	1948	*Déc.*	10	1er accouch. Basiotripsie. Enfant 3850.	10 h. 1/2	»	»	
2	1962	Id.	12	»	»	»	40 h.	
3	1971	Id.	13	»	»	»	»	Forcep…
4	1986	Id.	16	2 acc. spont. à terme. 1 prématuré.	16 h. 1/2	»	»	
5	2006	Id.	18	2 avortem. 2 accouch. spont. à terme.	4 h. 10	»	»	
6	2037	Id.	24	»	»	»	»	Symp… ceps
7	2064	Id.	29	1 acc. à terme. Enf. mort à 2 jours.	26 h.	»	»	
8	2069	Id.	30	»	»	»	»	Forcep…
				A				
1	22	*Janv.*	5	1 accouch. gémellaire spontané.	9 h.	»	»	
2	31	Id.	6	»	»	»	11 h. 1/2	
3	83	Id.	14	»	»	»	»	Symph.
4	87	Id.	15	»	»	»	»	Forc…
5	92	Id.	16	»	»	»	22 h.	
6	121	Id.	22	»	»	»	»	Césarien… putatio… ovariq…
7	124	Id.	22	1 acc. provoqué forceps. Enf. mort fracture du crâne.	»	»	»	Symph.
8	125	Id.	22	1 acc. spont. Enf. vivant.	10 h.	»	»	
9	127	Id.	23	»	»	»	»	Forc…
10	132	Id.	23	2 acc. spont. sommet. 1 Épaule, version. 3 enfants vivants.	24 h. 35	»	»	
11	150	Id.	28	1er acc. spont. som. Enf. viv. 2e acc. siège. Enf. viv. 3e acc. épaule. Enf. mort ; 4e siège. Enfant mort.	»	»	»	Basiotri… enfant
12	164	Id.	28	»	»	»	25 h. 45	
13	215	*Févr.*	9	»	»	»	6 h. 55	
14	230	Id.	11	»	»	»	11 h.	
15	253	Id.	13	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	10 h. 50	»	»	
16	281	Id.	19	»	»	»	29 h.	
17	295	Id.	21	1 accouch. prématuré à 6 mois.	»	»	»	

Bassin.

ATIONS TIENNES	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
itique.	10.5	8.6	2390	2250	Bon	Bon	18 déc. 1895.	G.	F. du dehors. Acc. avant terme. Hémorrhagie sous-choriale.
itique.	10.8	9.2	2900	3200	Id.	Id.	21 »	G.	F. du dortoir (entrée le 23 novembre).
ontoire ssible	»	9.4	3150	3320	Id.	Id.	23 »	G.	F. du dehors.
étrique.	10.3	8.7	1980	1950	Id.	Id.	26 »	F.	Utérus cordiforme. Acc. 8e mois. F. du dehors.
»	10.8	9.2	3030	3400	Id.	Id.	28 »	F.	F. du dortoir.
itique.	10.3	9.2	3070	»	Id.	Mort	1 fév. 1896.	F.	F. du dehors. (Enf. mort 15 jours de br.-pneumon.)
itique.	10.3	9.5	3760	3980	Id.	Bon	7 janv. id.	G.	Femme envoyée de l'Hôtel-Dieu.
étrique.	»	10	3950	»	Id.	Mort	23 janv. id.	G.	F. du dortoir.
it. aplati	10.8	9.5	3550	3740	B. p.	Viv.	14 janvier.	G.	F. du dehors.
Id.	9	8.7	2800	2950	Id.	Id.	Id.	F.	F. du dehors.
Id.	10.8	9.3	3680	»	Id.	Mort.	»	G.	F. du dehors, 5 appl. de forceps en ville.
Id.	11	9.7	2900	2800	Id.	Viv.	28 janvier.	G.	F. du dehors.
Id.	10.5	»	2500	»	Id.	Mort.	»	G.	F. du dortoir. Enf. macéré syphilitique.
nétrique ar rachi- et sacro- ie supp.	10.3	10.1	3650	4760	Id.	Viv.	28 mars...	G.	F. du dortoir entrée le 18 janvier.
it. aplati	»	10	3480	3280	Id.	Id.	27 février.	G.	F. du dortoir entrée le 8 janvier.
xalgique trique.	»	8.9	3080	3160	Id.	Id.	31 janvier.	F.	F. du dehors.
it. aplati	10.8	9.4	2940	3190	Id.	Id.	3 février.	G	F. du dortoir entrée le 22 septembre 1895.
Id.	10.8 prom. bas.	9.8	3370	3290	Id.	Id.	2 février.	F.	F. du dehors.
Id.	10.8	»	3300 sans subst. céréb.	»	Id.	Mort.	»	G.	F. du dehors ayant subi 2 appl. de forceps infructueuses.
Id.	10.8	9.5	2960	3080	Id.	Viv.	14 février.	G.	F. du dortoir.
Id.	angle access.	9.7	3350	3530	Id.	Id.	18 février.	F.	F. du dortoir depuis 6 semaines.
Id.	Id.	9.5	3990	4050	Id.	Id.	22 février.	G.	F. du dehors.
Id.	11	9.5	3220	3220	Id.	Id.	21 février.	F.	F. du dehors.
Id.	11	9	3000	3070	Id.	Id.	28 février.	F.	F. du dehors.
Id.	8	»	»	»	Id.	Mort.	»	»	Enfant macéré de 4 mois.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares*			*Primipare*	
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOU... ARTI...
18	298	*Fév.*	22	»	»	»	24 h.	
19	299	Id.	22	1er accouch. spont. à 8 mois. Enfant vivant.	14 h. 35	»	»	
20	301	Id.	24	3 accouch. spont. à terme. Enf. vivant.	4 h. 15	»	»	
21	318	Id.	25	»	»	»	27 h. 50	Symp...
22	326	Id.	25	»	»	»	47 h.	basiotrip... enf.
23	361	*Mars*	2	»	»	»	72 h.	Symp... Forc...
24	369	Id.	3	»	»	»	18 h.	
25	392	Id.	9	2 acc. 2 forceps. 1er enfant vivant ; 2e mort pendant le trav.	7 h.	»	»	Forc...
26	424	Id.	13	»	»	»	7 h. 50	»
27	428	Id.	14	2 acc. spont. à terme. 2 enf. vivants. 1 acc. 1894 (Charité). Forceps, mort de convulsions 8 jours après.	12 h. 30	»	»	»
28	438	Id.	14	1er acc. 6 mois, 2e spont. à terme. 3e acc. à 8 mois. Enf. mort. à 15 j. 4e acc. provoqué à 7 mois (Maternité) en juin 1894. Sommet, garçon. Mort au bout de 24 h.	12 h. 35	»	»	»
29	494	Id.	23	1 acc. spont. Enf. vivant.	6 h. 50	»	»	»
30	505	Id.	25	»	»	»	4 h. 55	»
31	510	Id.	26	»	»	»	46 h. 30	Symp... Forc...
32	533	Id.	29	4 acc. spont. à terme. Enf. vivants.	4 h. 10	»	»	»
33	546	*Avril.*	1	»	»	»	13 h. 55	»
34	557	Id.	3	1er accouchement spontané à terme.	2 h.	»	»	»
35	580	Id.	7	»	»	»	4 h. 30	»
36	601	Id.		1er acc. sp. à terme, 2e acc. à terme, forceps.	10 h. 40	»	»	»
37	611	Id.	10	1er accouchement spontané à terme.	7 h.	»	»	»
38	628	Id.	14	»	»	»	10 h. 45	»
39	652	Id.	17	»	»	»	33 h. 25	Basiotr... enf. m...
40	656	Id.	18	»	»	»	17 h. 50	»
41	658	Id.	19	»	»	»	41 h. 25	Force...
42	695	Id.	24	4 acc. sp. à terme. Enfants morts.	11 h.	»	»	»

TIONS ENNES	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
étrique.	10.6	9.2	3170	3050	B. p.	Viv.	5 mars..	G.	F. du dortoir scolio-cyphotique.
aplati.	10.6	10.5	3300	3600	Id.	Viv.	2 mars..	G.	F. du dehors.
d.	10	8.7	2920	3180	Id.	Id.	3 mars..	G.	F. du dehors.
d.	»	9.7	3960	4210	Id.	Id.	31 mars..	G.	F. du dehors.
ue ovare.	»	»	3430 sans subst. céréb.	»	Id.	Mort.	»	F.	F. du dortoir.
aplati.	10.3	9	2945	2920	Id.	Viv.	5 mars..	G.	F. du dehors.
»	10.7	9.5	3890	3560	Id.	Id.	14 mars..	G.	F. du dortoir.
étrique.	9.8	8.5	2430	2580	Id.	Id.	19 mars..	G.	»
asym. tion itale.	9.5	9.5	2650	2960	Id.	Id.	22 mars..	F.	F. du dortoir.
aplati.	angl. acc.	9.8	3850	4200	Id.	Id.	22 mars..	F.	F. du dehors.
d.	10	8.7	2550	2600	Id.	Id.	22 mars..	G.	F. du dortoir.
..	angl. acc.	9	3280	4120	Id.	Id.	15 avril..	F.	»
.	10.8	9	2930	3300	Id.	Id.	3 avril..	F.	»
.	»	9.6	3200	3800	Id.	Id.	17 avril..		Tentatives de forceps en ville.
.	10.2	10.1	3820	3640	Id.	Id.	6 avril..		F. du dehors.
aplati. al.	10.2	9	2780	2600	Id.	Id.	10 avril..	F.	F. du dortoir.
isme.	10.9	9.6	3700	3670	Id.	Id.	11 avril..	G.	F. du dortoir.
.	10.7	9.2	2980	2830	Id.	Id.	12 avril..	F.	F. du dortoir.
.	10.8	9.8	3150	3420	Id.	Id.	18 avril..	G.	F. du dortoir.
cyph.	?	9	3200	3270	Id.	Id.	25 avril..	F.	F. du dortoir depuis 6 j. F. présentant de petits fibromes du fond de l'utérus et une éventration considérable.
ique.	?	9	2930	3170	Id.	Id.	23 avril..	F.	F. du dehors.
ique.	10.5	?	3150	»	Id.	Mort-né.	28 avril..	F.	Procidence du cordon. Enf. mort pendant le travail.
ncces.	?	?	3480	»	Id.	Id.	28 avril..	G.	F. du dehors.
ique.	10.6	9.2	3470	»	Id.	Mort. le 22 avril.	9 juillet.	G.	Fœtus présentant de l'ascite.
.	10.7	?	2800	»	Id.	Macéré.	3 mai...	F.	F. du dehors présentant de l'hydramnios.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipar* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACC… ART…
43	723	*Avril.*	28	1er acc. Basiotripsie. 2e acc., siège à terme. Le 2e enf. mort à 4 mois.	17 h.	»	»	
44	732	Id.	30	»	»	»	7 h.	
45	750	*Mai.*	3	»	»	»	10 h.	Symph…
46	782	Id.	8	»	»	»	11 h. 30	
47	786	Id.	9	»	»	»	38 h. 45	P…
48	796	Id.	10	4 enf. à terme prés. autres que le sommet, tous morts pend. le trav.	»	Version par manœuv. inter.	»	Symph…
49	859	Id.	20	2 acc. spont., enf. viv., 1 prém. à 7 mois, enf. mort.	8 h. 50	»	»	
50	886	Id.	25	1 acc. symph. Enf. viv. n° 1322 de 1893.	5 h.	»	»	
51	912	Id.	29	»	»	»	8 h.	
52	960	*Juin.*	5	»	»	»	7 h. 50	
53	973	Id.	7	1 acc. forceps. Enf. mort. 2 avort. 3 acc. spont. Enf. vivant.	4 h.	»	»	
54	1007	Id.	13	Basiotripsie sur enfant mort.	»	»	?	Symph…
55	1109	Id.	29	»	»	»	13 h. 25	
56	1131	*Juil.*	4	1 acc. à terme. Enfant vivant.....	8 h. 30	»	»	
57	1179	Id.	9	3 acc. spont. à terme. 2 forceps à terme. Tous les enf. vivants.	11 h. 30	»	»	
58	1182	Id.	9	1 acc. prémat. Enfant vivant. 2 acc. à terme. Enfant mort pendant le travail.	5 h. 40	»	»	
59	1232	Id.	17	1 enfant à terme. Symphyséot. n° 343 de 1894.	34 h.	»	»	
60	1292	Id.	29	3 acc. à terme sommet. 1 acc. prém. spont. Enfants vivants.	15 h.	»	»	
61	1342	*Août.*	6	1 acc. spont. à terme. Enfant mort pendant le travail. 1 forceps. 2 avortements.	»	»	?	Syn…
62	1370	Id.	10	1 acc. spont. à terme, sommet.....	14 h. 25	»	»	
63	1375	Id.	12	2 acc. spont. à terme, sommet. Enfants vivants.	14 h. 30	»	»	
64	1376	Id.	12	1 acc. spont. à terme, 1 forceps. 2 enfants vivants.	8 h. 20	Forceps. (rue d'Assas).	»	
65	1415	Id.	18	»	»	»	44 h. 40	
66	1423	Id.	19	»	»	»	21 h. 40	
67	1528	*Sept.*	4	»	»	»	8 h. 5	
68	1579	Id.	12	3 acc. à terme. Enfants vivants.	?	»	»	
69	1600	Id.	16	1 acc. siège. Enf. mort après sa naissance. 2 acc. siège. Enf. mort pendant l'accouchement.	5 h. 35	»	»	
70	1603	Id.	16	»	»	»	?	
71	1626	Id.	19	1 acc. avant terme. Enf. mort.....	11 h. 60	»	»	
72	1653	Id.	23	3 acc. prém. 1 avortement. 4 enf. morts à terme. Intervention sous le chloroforme.	8 h. 40	»	»	

...TIONS ...ENNES	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
...tique.	10.5	9.7	3150	3100	B. P.	Vivant.	4 mai.	F.	F. du dehors.
...access.	?	9.2	2900	3050	Id.	Id.	11 mai.	F.	F. du dehors.
...n cong.	10.2	10.1	3500	4700	Id.	Id.	20 juin.	G.	F. du dortoir.
...érale.	10	8.4	3150	3340	Id.	Id.	18 mai.	F.	F. du dortoir depuis 2 jours.
...tique.	8	9.5	2950	4300	Id.	Id.	Id.	G.	F. du dehors.
...chitiq.	9	10.5	4050	?	Mort.	Id.	»	»	?
	10.5	8.5	2610	2550	B. p.	Id.	27 mai.	F.	F. du dortoir.
...yphose	»	8.4	2600	2870	Id.	Id.	3 juin.	F.	F. du dehors.
...chitiq.	10.1	9	3000	2920	Id.	Id.	5 juin.	F.	F. du dortoir.
...chitiq.	10.6	10.2	3050	3450	Id.	Id.	18 juin.	G.	F. du dortoir.
...l.	9.8	8.3	2710	2660	Id.	Id.	16 juin.	F.	?
...	8.3	8.2	2940	2880	Id.	Id.	4 juillet.	F.	F. du dortoir.
...bas. ?	10.5	8.3	3050	3050	Id.	Id.	8 juillet.	F.	F. du dehors.
	10	8.7	3740	3410	Id.	Id.	11 juillet.	F.	F. du dehors. Utérus bicorne.
...plati.	10.5	9.6	3200	3300	Id.	Id.	19 juillet.	G.	F. du dehors.
...taille ...emme ...40	»	9	2510	2670	Id.	Id.	18 juillet.	F.	F. tuberculeuse. F. du dehors.
...tique.	10.2	8.8	2980	2900	Id.	Id.	26 juillet.	F.	F. du dehors.
...	10	9.4	3578	3620	Id.	Id.	8 août.	G.	F. du dehors.
...	9.9	9.6	3110	4700	Id.	Id.	22 sept.	G.	F. du dortoir.
...tique.	10.7	9.1	2490	2790	Id.	Id.	21 août.	F.	F. du dehors.
...ssible.	?	10	3900	3980	Id.	Id.	21 août.	G.	F. du dehors.
...tique.	10.3	9.7	3800	3380	Id.	Id.	21 août.	G.	F. du dehors. Procidence du cordon et d'un bras.
...plati.	10.7	8.6	3620	3370	Id.	Id.	26 août.	F.	F. du dehors.
...tique.	10	9.9	3570	3350	Id.	Id.	29 août.	G.	F. du dehors.
...xation ...itale.	»	9.2	3250	3070	Id.	Id.	14 sept.	G.	F. du dortoir.
	10	9.2	2770	2850	Id.	Id.	22 sept.	F.	F. du dehors.
...chitiq.	11.3 ?	8.6	2880	2890	Id.	Id.	26 sept.	F.	F. du dortoir.
...	10.3	9.3	3300	3290	Id.	Id.	26 sept.	G.	F. du dortoir.
...oliot.	Bi-ischiat. 7.2	Enf. macéré	»	»	Id.	»	29 sept.	»	F. du dortoir.
...acci-lle.	?	?	1200	990	Id.	mis aux débiles	1er octob.	G.	F. du dehors.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipa* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	AC AR
73	1685	*Sept.*	27	4 acc. à terme, forceps. 3 acc. spont. à terme. 3 acc. prém. 1 version. Tous les enfants sont morts sauf le dernier (version).	24 h. 32	*Symphys.*	»	
74	1687	Id.	28	1 acc. forceps. Enf. mort pendant l'extraction.	18 h. 45	»	»	
75	1720	*Octob.*	3	»	»	»	8 h. 20	
76	1726	Id.	4	3 acc. spont. et à terme. Enf. viv. à la naissance.	4 h.	»	»	
77	1792	Id.	14	2 acc. spont. ; 3 acc. symphyséot. n° 378 de 1894.	3 h. 10	»	»	
78	1809	Id.	16	»	»	»	27 h. 40	F
79	1867	Id.	25	1 acc. à terme. 2e acc. Ballon. 3e acc. à terme. 4e acc. siège. 2 enf. viv.	?	»	»	
80	1980	*Nov.*	14	1 *acc. Symphys.* en 1893. Obs. 722. 2e avortement.	»	»	»	Em sur
81	1977	Id.	13	4 acc. à terme. Forceps. 1 acc. à terme. Siège, tous enf. morts. 2 acc. provoqués. 1 seul enf. viv.	15 h. 54	5 Forceps antérieurs.	»	Sy
82	1987	Id.	15	1 acc. à terme. Sommet. Forceps (Saint-Louis), sous chloroforme. 2e acc. à terme. Forceps mort pendant l'extraction. 3e avort. de 3 mois.	?	2 Forceps	»	Sy
83	2018	Id.	16	»	»	»	?	Sy
84	2048	Id.	25	1 acc. prémat. à 7 mois. Hydropisie de l'amnios. Enf. mort après 16 h. 1600 gr.	9 h. 30	»	»	
85	2065	Id.	28	»	»	»	?	
86	2067	Id.	28	1 acc. spont. à terme. Sommet. Enf. viv. 2e avort. de 4 mois.	?	»	»	Vers
87	2081	Id.	28	2 acc. spont. à terme. Enf. viv. 3e *Symphyséot.* à Baudelocque, 1893. n° 160. 4e acc. spont. à terme dans le service.	6 h.	Symphystéotom. en 1893 (n° 160).	»	

...TIONS ...ENNES	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
...achitiq.	9.8	9 8	3440	3470	B. p.	Viv.	18 octob.	G.	F. du dortoir.
...aplati.	10	8.3	3600	3750	Id.	Id.	7 octob.	F.	F. du dehors.
...achitiq.	10.2	8.4	2500	2500	Id.	Id.	1er octob.	F.	*Id.*
...l.	10.8	9.5	3500	3570	Id.	Id.	16 octob.	G.	F. du dortoir.
...l.	9.2	9	2725	2730	Id.	Id.	22 octob.	G.	F. du dehors.
...itique.	9.9	9.5	2800	2460	Id.	Id.	24 octob.	G.	F. du dehors.
...l.	10.3	9	3085	3150	Id.	Id.	3 nov.	F.	F. du dehors.
...l.	»	»	1050	»	Id.	Mort.	25 nov.	G.	F. du dehors.
...l.	10.6	8.2	3210	3590	Id.	Viv.	13 déc.	F.	F. du dortoir.
...itique.	Angle acces.	9.8	3650	»	Morte.	Mort.	»	G.	F. du dortoir.
...	10.8	11	3250	3800	B. p	Viv.	nourrice	F.	F. du dehors.
...yphose ...berté.	Normal.	»	3050	3000	Id.	Id.	6 déc.	G.	F. du dehors.
...itique.	10.2	9.2	2900	3030	Id.	Id.	6 déc.	F	F. envoyée de la Pitié.
...itique.	Angle acces.	9.7	3620	3730	Id.	Id.	11 déc.	G.	F. du dehors.
...itique.	9.9	10	3410	3490	Id.	Id.	23 déc.	G.	F. du dortoir.

Nombre total des rétrécissements du bassin, du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896.

Femmes..... 95 { Femmes sorties bien portantes..... 93
Femmes mortes..... 2
95

Enfants vivants..... 82.

Morts..... 13 { 4 macérés.
4 nés vivants et morts quelques jours après la naissance.
5 morts avant ou pendant le travail.

Accouchements spontanés..... 68 = 4 enfants morts

Accouchements artificiels. 27 {
14 symphyséotomies.
10 enfants sont vivants, 4 morts.
2 opérations césariennes suivies de l'amputation utéro-ovarique.
2 enfants vivants.
1 version.
1 enfant vivant.
6 applications de forceps.
5 enfants vivants, 1 mort.
3 basiotripsies sur enfants morts.
1 embryotomie sur enfant mort.

DE LA
SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE
DU 7 DÉCEMBRE 1896 AU 7 DÉCEMBRE 1897 (1).

Je vais exposer aujourd'hui, selon ma coutume, les résultats obtenus, à la Clinique Baudelocque, du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897, après avoir suivi rigoureusement dans la thérapeutique des viciations pelviennes les préceptes que j'ai formulés en 1893.

Du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897, 97 femmes chez lesquelles une viciation pelvienne a été reconnue, sont venues accoucher dans le service. Sur ce nombre, 77 accouchèrent spontanément.

Chez 20, il fallut intervenir.

Les interventions se décomposent de la façon suivante :

Agrandissement momentané du bassin	7 fois
Application de forceps	3 —
Opération césarienne et amputation utéro-ovarique	1 —
Gastro-hystérectomie	2 —
Basiotripsie sur enfant mort	6 —

4 femmes, ayant été symphyséotomisées dans des accouchements précédents, ont accouché spontanément.

Examinons d'abord les cas où l'agrandissement momentané a été pratiqué par mes collaborateurs Varnier, Bouffe de Saint-Blaise, Baudron et par moi.

Obs. 87. — LXXXIIIe Symphyséotomie, pratiquée le 13 janvier 1897. (M. Bouffe.)

La nommée Maria C..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque, le 13 janvier à 1 heure du soir.

(1) *Annales de Gynécologie*, avril 1898, t. XLIX, p. 257.

Femme réglée à 18 ans, irrégulièrement, sans antécédents. Date des dernières règles, du 25 au 30 avril 1896. Grossesse d'environ 8 mois et demi. Hauteur utérine : 35 centimètres.

A son entrée, la jeune femme est d'une malpropreté révoltante, et son état général est très mauvais ; œdème généralisé, pâleur, beaucoup d'albumine dans les urines, rien au cœur.

On ne sait depuis quand dure le travail ; à l'entrée, fœtus en G. T., tête très élevée inclinée sur le pariétal postérieur. Dilatation complète. 1 heure, rupture spontanée des membranes et l'orifice revient sur lui-même. Le fœtus souffre un peu.

Bassin rachitique : Diam. P. S. P. : 10,4.

A 3 heures, la femme pousse sans engager la tête ; ses efforts se continuent jusqu'à 8 heures du soir sans qu'il y ait aucune progression. Les bruits du cœur de l'enfant sont bons (120). Liquide vert.

Opération : 8 h. 10. L'incision des téguments est accompagnée d'une hémorrhagie assez abondante. La section de la symphyse est achevée à 8 h. 17. Écartement spontané de 4 centim., provoqué de 6 centim. Tamponnement de la plaie.

Tentative de forceps ; mais, comme la tête est très élevée et que le forceps ne peut être appliqué que très irrégulièrement, M. Bouffe fait la version avec la main gauche. Évolution facile ; mais la sortie de la tête est difficile à cause de l'orifice qui bride. M. Lepage termine l'extraction, assez difficilement. Extraction terminée à 8 h. 30. Enfant étonné, vite ranimé, du poids de 3,500 gr., du sexe masculin.

Hémorrhagie de la délivrance, délivrance artificielle et injection intra-utérine. Nouvelle hémorrhagie considérable après la délivrance. Pouls filiforme et incomptable ; injection sous-cutanée de 120 gr. de solution salée. Tamponnement vaginal.

Suture profonde et cutanée, à un seul plan.

Il existe une communication de 4 centim. entre le vagin et la plaie pubienne.

On ne peut arriver à sentir le pouls qu'à 2 heures du matin.

14 janvier. Mauvais état. T. 38°,2 le matin, 38°,6 le soir. Pouls 144 ; on retire le tampon à 8 heures du soir ; un peu d'urine ; dyspnée ; pouls petit. Sérum de Marmorek, 19 gr.

Le 15. Même état. T. 39°,4–39°. Pouls 149. Irrigation continue depuis la veille au soir ; la température ne baisse pas. Le sang ensemencé reste stérile. Sérum de Marmorek, 20 gr.

Le 16. T. 38°. Curettage le soir. Injection de sérum salé. Sérum de Marmorek, 20 gr. ; œdème considérable des grandes lèvres ; diarrhée.

Le 17. Température 36°,8 et 38°,4. Pouls à 130. On cesse l'irrigation continue le soir. Sérum de Marmorek, 10 gr. ; sérum salé, 500 gr.

Le 18. Température entre 38°,9 et 40°,2. Pouls 150. Sérum de Marmorek, 20 gr. ; sérum salé, 500. 2 heures, grand frisson.

Du 19 au 26. La température oscille entre 40° et 38°,6. Le pouls est toujours resté entre 130 et 150.

L'état général devient de plus en plus mauvais. Il s'écoule par la vulve un liquide fétide ; la communication entre la plaie pubienne s'est infectée et l'orifice est grisâtre et déchiqueté. Il paraît s'écouler une partie du liquide infect. Le traitement a consisté en lavages vaginaux et utérins, en injections sous-cutanées de sérum salé et en injections sous-cutanées de sérum de Marmorek.

Le 25. Même état. La malade s'affaiblit. Pouls à 160 ; température, 40°.

Le 26. Température 41°,5. Pouls 160 ; frisson. 1 litre de sérum salé.

Mort à 11 heures du matin.

Obs. 423. — LXXXIVe Symphyséotomie, pratiquée le 8 mars 1897. (M. Pinard.)

Mme Augustine F..., IIIpare, cuisinière, 32 ans, entre au dortoir, le 4 mars 1897.

Cette femme ne sait pas à quel âge elle a marché, mais elle a toujours bien marché. Réglée à 14 ans, régulièrement depuis. Pas d'antécédents pathologiques.

Sa première grossesse s'est terminée le 9 août 1885, par un accouchement spontané, à terme. Garçon vivant, élevé au sein maternel jusqu'à 9 mois et demi. Bien portant. Le retour de couches a eu lieu au bout de 6 semaines et les règles n'ont pas cessé pendant toute la durée de l'allaitement.

La 2e grossesse à terme s'est terminée, le 6 mai 1893, à la Maternité par une application de forceps. Fille morte pendant le travail (?). La femme n'a pu donner d'autres détails.

Père différent pour les deux dernières grossesses.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 25 au 28 mai 1896. Apparition des mouvements actifs à la fin de septembre. La grossesse s'est passée sans incident. Cuisinière de son état, cette femme a travaillé jusqu'à son entrée au dortoir, où elle se reposait depuis 3 jours, quand elle a été prise des premières douleurs.

A son examen, pratiqué à l'entrée, on constate une présentation de l'extrémité céphalique. La tête dans la fosse iliaque droite est ramenée au niveau du détroit supérieur et maintenue par la ceinture eutocique. Ainsi corrigée, la présentation est une gauche transversale. Le foyer d'auscultation est à gauche au-dessous de l'ombilic. Le toucher, pratiqué par M. Pinard, démontre l'existence d'un rétrécissement du bassin, puisque le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 centim. Le diagnostic est complété par la constatation d'un hydramnios et d'un gros œuf.

L'état général de cette femme est d'ailleurs parfait : le cœur et les poumons ne présentent pas de signes stéthoscopiques. Le squelette n'a pas trace de déformations rachitiques ; il n'existe ni œdème ni varices, mais seulement un léger nuage d'albumine.

Cette femme entre à la salle de travail, le 7 mars, à 11 h. 15 du soir. A ce moment, sa température est de 36°,8, elle a une dilatation de 5 francs et la poche des eaux est très volumineuse. La tête est très élevée, les bruits du cœur sont normaux.

Le 8 mars, à 7 h. 50 du matin, rupture spontanée des membranes à la dilatation d'une paume de main. Il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique. La tête, mal appliquée au niveau du détroit supérieur, a toujours tendance à filer dans la fosse iliaque droite ; elle semble très volumineuse. A chaque con-

traction, il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique opalescent, et comme les contractions sont très fréquentes, on retire la ceinture et on ramène, en l'y maintenant, la tête au niveau du détroit supérieur. Le col est revenu sur lui-même. Mais il est complètement dilatable. Après une toilette soignée du vagin, on fait un tamponnement à la gaze iodoformée.

A midi, l'état n'ayant pas changé, M. Pinard examine de nouveau la femme et décide de pratiquer l'écartement momentané du bassin.

Symphyséotomie (8 mars 1890). Chloroforme à midi 40. — Soins préliminaires classiques. A midi 46, incision des téguments et section de la symphyse. Écartement spontané de 2 centim. et provoqué de 6 centim. M. Pinard pratique une version par manœuvres internes, et à 1 heure, il extrait un enfant du sexe masculin qui naît étonné, mais que quelques frictions suffisent à ranimer rapidement.

Délivrance par extraction simple à 1 heure 13, suivie d'une injection intra-utérine, à 48°. Suture de la plaie à 1 h. 25 (3 points profonds et 3 superficiels) ; tamponnement très serré du vagin, avec 2 paquets et demi de gaze iodoformée. L'opération est terminée à 1 h. 40.

L'enfant, du poids de 4,070 gr., et d'une longueur de 52 centim., présente les diamètres suivants : O.M. 14,7 ; O.F. 13,2 ; — S.O.B. 11,2 ; — S.O.F. 13 ; — B.P. 10,1 ; — B.T. 9.1 ; — S.M.B. 12.

Le placenta, de forme discoïde, pèse 670 gr. Les membranes sont complètes et leur mensuration donne 32/7.

Suites. — Après l'opération, l'état de cette femme est bon, et son pouls bat 64. On lui fait une injection de 700 gr. de sérum salé.

Pendant 2 jours, il faut noter seulement une légère élévation thermique (38°) le soir, ainsi qu'une petite accélération du pouls (100). Mais bientôt tout rentre dans l'ordre, et les suites sont absolument normales. Le sixième jour, en raison d'un œdème assez considérable des grandes et des petites lèvres, on enlève le fil profond inférieur. Les autres fils sont enlevés le huitième jour. Réunion parfaite. Intégrité absolue des fonctions vésicales et intestinales.

L'enfant, en excellent état, part en nourrice (au sein) le 21 mars, et la femme sort complètement guérie le 6 avril 1897.

LXXXV[e] Symphyséotomie. *Bassin oblique ovalaire de Nœgele.* (M. Varnier.)

J. Dr..., 25 ans, domestique, venant de l'asile Michelet, où elle se reposait depuis quinze jours, entre à la Clinique Baudelocque le 23 avril 1897.

Enceinte pour la 2[e] fois, elle a eu ses dernières règles du 25 au 27 septembre ; les mouvements actifs ont apparu le 1[er] février. La grossesse est d'environ 7 mois.

Interrogée sur ses antécédents, cette femme, fort intelligente, raconte que lors de sa 1[re] grossesse, en 1894, M. Bonnaire ayant reconnu qu'elle avait un bassin oblique ovalaire, la fit accoucher prématurément, au 8[e] mois, dans le service d'accouchement de l'Hôtel-Dieu.

M. Bonnaire put extraire à l'aide du forceps un garçon qu'elle éleva au biberon

pendant 3 mois ; cet enfant fut ensuite placé chez une nourrice mercenaire (au Vésinet) pendant 1 mois et demi. Ramené à Paris et confié à une nourrice au sein, il mourut à 5 mois.

L'examen fait à l'entrée et complété le lendemain sous chloroforme permet en effet de constater que cette femme a un bassin oblique ovalaire type Nægele, avec atrophie incomplète de l'aileron droit du sacrum et synostose sacro-iliaque droite.

L'histoire du 1er accouchement de Dr... a été publiée par M. Bonnaire dans la *Presse médicale* de 1895, n° 7, p. 51.

Voici, résumés, les points principaux de l'observation de M. Bonnaire :

Femme de 23 ans, de stature moyenne (1m,50), parfaitement constituée en apparence, sans stigmate de rachitisme, ayant marché à 9 mois, ne présentant rien d'anormal dans ses commémoratifs, ni dans la première inspection pratiquée dans le décubitus dorsal.

Dernières règles du 1er au 2 mars. M. Bonnaire l'examine pour la 1re fois le 10 novembre 1894 et, bien qu'elle se dise arrivée à la fin du 8e mois, trouve la présentation fœtale, le sommet, très mobile au-dessus du détroit supérieur.

Cherchant la cause de cette anomalie, point n'est besoin d'une investigation laborieuse pour reconnaître qu'il existe une viciation pelvienne et que celle-ci ressortit au type de Nægele.

Passons sur les détails de l'examen. En voici le résultat :

Bassin oblique ovalaire type Nægele, variété droite, avec atrophie complète de l'aileron sacré. Diamètre médio-promonto-sous-pubien, environ 105 millim. Promontoire bas. Interstice pubien nettement dévié à gauche et situé à environ 1 centim. en dehors du plan médian du tronc.

Quant au degré de l'angustie pelvienne, la notion de l'étendue du diamètre médio-promonto-sous-pubien (105 millim.) ne lui paraissant d'aucune utilité, M. Bonnaire estime, d'après la mensuration externe corrigée du bi-ischiatique (75 à 80 millim.), que le diamètre utile, c'est-à-dire le plus petit des deux obliques du détroit supérieur, mesure de 70 à 75 millim.

La mensuration du bi-ischiatique, faite aussitôt après l'accouchement, la malade étant encore dans la narcose chloroformique, avec le pelvimètre (procédé de Breisky) a donné 77 millim.

Bref, le diagnostic a été fait complètement par la pelvimétrie interne.

Ce n'est qu'après, que M. Bonnaire s'est mis à la recherche des déformations plastiques de la partie inférieure du tronc qui sont en effet caractéristiques, et des autres signes connus de la viciation de Nægele.

Quant aux indications thérapeutiques, M. Bonnaire les formule ainsi :

« En présence du degré de rétrécissement du diamètre bi-ischiatique auquel nous avons affaire (77 millim.) et de la perméabilité douteuse de la rainure sacro-iliaque du côté droit pour la présentation fœtale (les extrémités accolées de l'index et du médius y pénètrent à frottement), il n'est pas douteux que l'accouchement à terme ne pourra se faire spontanément. Si donc, nous abandonnons la grossesse à son cours naturel, nous aurons à choisir, au moment du travail, entre plusieurs modes d'intervention : application de forceps, version, embryotomie, opération césarienne ou ischio-pubiotomie.

« En laissant la femme accoucher à terme (ce qui semble actuellement moins grave que jadis), nous pourrions tenter l'extraction soit par le forceps (si le fœtus se présentait en O.I.G.A., c'est-à-dire avec l'occiput orienté vers la partie large du détroit supérieur), soit par la version, avec toutes autres positions, dans le but de ramener l'occiput en bonne direction, dans le temps de l'évolution du fœtus.

« Mais, en raison du degré d'angustie du bassin, l'un ou l'autre de ces deux modes d'intervention, au cas improbable où il permettrait l'extraction de l'enfant, équivaudrait pour celui-ci, au point de vue du résultat, à une crâniotomie.

« Presque certainement, nous aurions à choisir entre cette dernière opération ou, si nous ne voulions pas sacrifier l'enfant, entre l'opération césarienne et l'ischio-pubiotomie.

« Or, l'opération césarienne comporte, d'après les plus récentes statistiques, une mortalité maternelle de 15 p. 100 et la symphyséotomie (dont l'ischio-pubiotomie conseillée par Farabeuf, exécutée une fois et avec succès par Pinard, n'est qu'une variante avec un traumatisme opératoire plus grand), une mortalité de 11 p. 100 pour les mères et de 29 p. 100 pour les enfants.

« Si nous voyons, d'autre part, que l'accouchement prématuré artificiel, dans le cas de bassins viciés, lorsqu'il est pratiqué au moment d'élection, comporte une mortalité de 0 p. 100 pour les mères et une mortalité de 10 p. 100 sur les enfants ayant atteint le terme de 8 mois, nous estimons qu'il serait de pratique répréhensible de ne pas nous décider pour ce dernier mode d'intervention, du moment où nous pouvons mettre en œuvre une intervention de choix.

« Or, notre malade, bien qu'ayant eu ses dernières règles le 1er-2 mars, n'a pas, en réalité, atteint le neuvième mois de sa grossesse. En effet, le fœtus n'offre guère que les dimensions qu'il doit avoir au commencement et non à la fin du huitième mois. D'ailleurs, la femme nous donne des renseignements complémentaires qui confirment cette manière de voir ; la fécondation a eu lieu dans la seconde moitié de mars, et les premiers mouvements actifs du fœtus ont été perçus vers le 15 août. En conséquence, le diamètre bi-ischiatique, mesurant près de 8 centim., nous décidons de la faire accoucher à la fin du huitième mois de sa grossesse, c'est-à-dire au début de décembre, et, à cet effet, nous la faisons passer dans le service de l'Hôtel-Dieu dont nous avons actuellement la direction.

« L'accouchement est provoqué le 4 décembre. La présentation et la position

n'ont pas changé depuis le 10 novembre. Bien que reposant sur le détroit supérieur, sans s'y fixer, le sommet fléchi affecte nettement la position O.I.G.A. qui doit être considérée comme providentielle, puisque la portion large du globe céphalique répond au segment le plus spacieux du bassin. Afin de prévenir tout déplacement de la position, au lieu de recourir, d'après notre technique habituelle, au ballon Tarnier, nous employons le procédé de Krause ; mais dans l'espèce, la précaution a été vaine.

« Deux heures après l'introduction de la sonde, à midi, les premières douleurs apparaissent. Mais, dès le début du travail, la tête tourne sur le détroit supérieur ; elle se place d'abord en O.I.G.P., puis elle revient en O.I.G.T. pour s'amorcer au détroit supérieur en cette dernière position.

« Les contractions se suivent énergiques et régulières ; les membranes se rompent à quatre heures, alors que la dilatation du col affecte les dimensions d'une petite paume de main. Le sommet, toujours trop fléchi, occupe en ce moment le tiers supérieur de l'excavation. A 8 heures, la dilatation est complète, la tête semble arrêtée dans sa progression par la saillie de l'épine sciatique droite sur laquelle le front appuie fortement ; elle s'incline sur son côté tourné en arrière comme pour contourner cet obstacle. A onze heures, l'engagement et l'attitude de la tête ne sont pas modifiés ; les battements du cœur de l'enfant deviennent irréguliers et moins énergiques ; nous nous décidons alors à terminer l'accouchement à l'aide du forceps.

« L'instrument est appliqué en direction légèrement oblique par rapport à la tête ; la branche droite, introduite la seconde, passe avec quelques difficultés entre le front et l'épine sciatique, en exécutant le mouvement de spire. Pour libérer l'extrémité frontale de son contact avec cette saillie osseuse, nous exécutons sur place la rotation artificielle, de façon à ramener le grand axe de la tête dans le grand diamètre oblique du bassin. Au cours de cette manœuvre, le plat de la cuillère glisse, avec un ressaut brusque, sur le sommet de l'épine sciatique. Nous abaissons ensuite la tête sur le plancher périnéal, et nous effectuons alors un second temps de rotation, de manière à amener le sommet dans le petit diamètre oblique du détroit inférieur ; l'occiput se trouve ainsi placé au-dessous de la branche ischio-pubienne la moins développée en hauteur, et nous dégageons la tête en position oblique.

« L'enfant, né en état d'apnée, respire au bout de quelques instants. Il pèse 2,100 gr. Les suites de couches ont été parfaites. L'enfant, nourri artificiellement (coupage de Soxhlet), s'est développé régulièrement ; quarante jours après sa naissance il pesait 2,900 gr. »

Nous avons dit plus haut qu'il était mort à 5 mois.

Après examen manuel sous le chloroforme, pratiqué le 13 mai, MM. Pinard et Varnier décident d'intervenir à terme par la symphyséotomie. Ce bassin leur paraît en effet appartenir à la catégorie des bassins de Nægele qui sont justiciables de la symphyséotomie et non de l'ischio-pubiotomie.

Le diamètre promonto-sous-pubien mesure en effet 108 millim., ce qui maintient le pubis du côté ankylosé à plus de 9 centim. du promontoire.

L'atrophie de l'aileron sacré du côté droit est incomplète.

Le diamètre bi-ischiatique a au moins 8 centim., tel quel, il a permis l'extraction par le forceps d'un enfant de 2,100 gr. vivant et non blessé.

Un écartement pubien de 4 centim. agrandira le bassin d'une quantité largement suffisante pour l'extraction d'un enfant qui paraît devoir être de poids moyen.

Le travail se déclare spontanément le 28 juin 1897, à 11 heures du soir ; la femme est amenée à la salle de travail, le 29, à 3 h. 10 du matin.

La dilatation est complète, la poche des eaux est volumineuse, sans procidence. Tête en bas non engagée, dos à gauche. Bruits du cœur fœtal normaux.

A 4 h. 15 du matin, pendant une toilette, les membranes se rompent ; il s'écoule une petite quantité de liquide vert. Battements du cœur bons ; la tête se fixe, l'occiput à gauche.

A 5 heures du matin, M. Pinard charge M. Varnier de pratiquer la symphyséotomie. Il pratiquera lui-même l'extraction.

La femme endormie, la toilette faite, M. Varnier commence la symphyséotomie à 5 h. 23. Il cherche et trouve la symphyse sur la ligne ombilico-vulvaire, comme dans les cas ordinaires, et la sectionne sans difficulté à 5 h. 28. L'écartement spontané est de un travers de doigt. Le pubis droit reste naturellement plus élevé que le gauche.

Après avoir augmenté le plus possible (3 centim.) l'écartement, par l'abduction lentement progressive de la cuisse droite, M. Varnier le porte à 4 centim. à l'aide de l'écarteur de Farabeuf incliné au degré requis par le dénivellement des pubis. Il est 5 h. 35.

A 5 h. 37, M. Pinard introduit la main gauche pour pratiquer la version par manœuvres internes, saisit et abaisse le pied antérieur et se garde d'orienter lui-même le fœtus. La fesse gauche est dégagée à 5 h. 40. Le membre inférieur droit, le bras postérieur, puis l'antérieur sont successivement extraits. La tête s'oriente l'occiput à droite. Elle est dégagée, sans difficultés, par la manœuvre de Mauriceau. Il est 5 h. 42.

Fille vivante de 3,380 gr. en état d'apnée, rapidement ranimée après désobstruction des voies respiratoires et bain sinapisé.

Longueur, 50 centim.

O. M.	135	B.P.	96
O. F.	118	B.T.	78
S. O. B.	92	Circonf. S. O. B.	30
S. O. F.	103	S. O. F.	32

Au dernier temps de l'extraction, il s'est produit à gauche de l'urèthre intact une déchirure de 2 centim. faisant communiquer le vagin avec la plaie opératoire. M. Varnier ferme immédiatement cette déchirure par trois points de suture au catgut.

5 h. 45. Délivrance artificielle par M. Bouffe de Saint-Blaise. Injection intra-utérine. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

6 h. 5 à 6 h. 20. Rapprochement des cuisses. Sutures profondes (2) et superficielles (4) au fil d'argent par M. Varnier.

Le pansement est terminé et la femme transportée dans son lit à 6 h. 22.

Les suites de couches ont été normales. La température maxima, observée le troisième jour, a été de 37°,4.

Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le 8 juillet.

L'opérée se lève le 18 juillet.

Sort le 7 septembre avec son enfant.

Le 3 août, l'enfant pèse 4,340 gr.

Radiographiée le 19 juillet.

La radiographie confirme de tous points le diagnostic.

Obs. 1389. — LXXXVIe Symphyséotomie, pratiquée le 6 août 1897. (M. Baudron.)

Mme Louise K..., primipare, blanchisseuse, 29 ans, entre au dortoir le 17 juillet 1897.

Cette femme a marché à 2 ans, et toujours bien depuis. — Premières règles à 11 ans, toujours régulières. — Fièvre typhoïde à 26 ans.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 21 au 22 octobre 1896, et les premiers mouvements actifs le 12 mars 1897. Blanchisseuse, elle a travaillé pendant toute la durée de sa grossesse. Elle vient à la consultation le 17 juillet et on la reçoit à la Clinique.

A l'examen, on constate une présentation de l'extrémité céphalique — D. T. — La hauteur de l'utérus mesure 36 centim.

Le toucher pratiqué par M. Wallich montre que le promontoire est très élevé, que la face antérieure du sacrum est accessible, que le diamètre P. S. P. mesure 10,7, et que le bassin est canaliculé. — Foyer d'auscultation : à droite au-dessous de l'ombilic ; T. 37°,1. — P. 70.

Le squelette, la peau, le cœur et les poumons ne présentent rien de particulier. Il n'y a pas de varices. A noter seulement un peu d'œdème sous-pubien, mais pas d'albumine.

Les premières contractions douloureuses ont lieu le 5 août, vers dix heures du matin. A sept heures et demie du soir, la femme ayant une dilatation de 2 fr., est amenée à la salle de travail. A ce moment, la température est de 37°,1, le pouls bat 70. Les contractions sont longues et répétées. Jusqu'à onze heures du soir, la dilatation ne dépasse guère 2 fr. ; mais à partir de ce moment, elle progresse rapidement, et elle est complète à 1 h. 25 du matin le 6 août. La tête n'étant pas engagée, et la poche des eaux étant volumineuse, on ne rompt les membranes qu'à 1 h. 50 du matin, en ayant soin de maintenir la tête pour l'empêcher de fuir. Il s'écoule une assez grande quantité de liquide opalescent. La tête, bien maintenue, se fixe. Mais, à partir de ce moment, elle ne progresse plus malgré les efforts de la femme, qui fut bientôt fatiguée, et dont les contractions devinrent de moins en moins énergiques.

A 4 h. 30, grand bain de trois quarts d'heure. A 7 heures, la tête n'ayant pas progressé et les battements du cœur étant excellents, on décide la symphyséotomie.

Symphyséotomie, 6 août 1897. — Chloroforme à 9 h. 28 ; après les soins pré-

liminaires d'usage, section des téguments et de la symphyse ; écartement provoqué de 6 centim. M. Baudron introduit la main dans l'utérus, et fait sans aucune difficulté la version par manœuvres internes. Après l'extraction du fœtus, Mlle Roze pratique immédiatement la délivrance artificielle et constate, en outre, la parfaite intégrité des parois vaginales. Comme il persiste un écoulement sanguin notable, et que l'utérus ne se contracte pas, on fait une injection intra-utérine prolongée.

Suture de la plaie opératoire avec trois fils d'argent profonds et plusieurs fils superficiels. Pansement avec de la poudre et de la gaze iodoformée. — Surjet au catgut d'une déchirure incomplète du périnée. Durée de l'opération : 3 quarts d'heure.

L'enfant, du sexe masculin, naît étonné, mais est facilement ranimé, il pèse 3,480 gr. Sa longueur est de 50 centim. et son diamètre B. P. mesure 9,7. — Le placenta pèse 510 gr. ; les membranes, dissociées et déchirées, paraissent complètes.

Suites opératoires. — Malgré quelques légères ascensions thermiques (la température ne dépasse jamais 38°,2) qui se manifestent pendant quelques jours, à partir du 6e jour, les suites sont absolument normales.

Les fils sont enlevés le 8e jour ; la réunion est parfaite. L'état général est excellent, et il y a absolue intégrité des fonctions vésicales et intestinales.

Cette femme sort complètement guérie le 7 septembre 1897. Quant à l'enfant, il a quitté le service, le 9 août, pour aller en nourrice dans le Loir-et-Cher.

Obs. 1665. — LXXXVIIe Symphyséotomie, pratiquée le 15 septembre 1897.
(M. Bouffe de Saint-Blaise.)

Mme Marie H..., IVpare, ménagère, 34 ans, entrée au dortoir le 2 septembre 1897. Cette femme a marché à 11 mois, toujours bien depuis. Premières règles à 13 ans, régulières. Rougeole à 15 ans.

La première grossesse s'est terminée le 9 décembre 1885 par un accouchement spontané à terme (sommet) : garçon vivant, élevé au sein par une nourrice, actuellement bien portant.

La deuxième grossesse s'est terminée le 20 novembre 1890 par une application de forceps faite à terme. Garçon vivant et actuellement bien portant.

La troisième grossesse s'est terminée le 30 septembre 1896 par une application de forceps faite à terme. Garçon mort pendant le travail.

Même père pour les trois dernières grossesses.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 26 au 30 novembre 1896. Apparition des mouvements actifs à la fin de mars. Cette femme a toujours travaillé chez elle jusqu'à 8 mois et demi de sa grossesse, époque à laquelle elle vient consulter.

A l'examen, on constate une présentation de l'extrémité céphalique en G.T. Le foyer d'auscultation est à gauche au-dessous de l'ombilic. Le toucher pratiqué par M. Paquy, montre que le bassin est rétréci et que le diamètre P. S. P. mesure

10 centim. 4. Le squelette, la peau, le cœur, les poumons sont normaux. Il n'y a ni œdème, ni albumine, mais des varices sont très développées aux membres inférieurs.

Le début du travail se fait le 14 septembre, à 7 heures du matin. On constate alors que la tête, toujours en G. T., est au détroit supérieur, que le col est incomplètement effacé, mais dilatable comme 5 francs. A ce moment également, les membranes se rompent spontanément, et le liquide amniotique s'écoule normal. Pendant toute la journée, la dilatation marche lentement. A 9 heures du soir elle a une paume de main ; les bords de l'orifice commencent à s'œdématier, et l'examen pratiqué par M^lle^ Roze démontre que la tête, toujours au détroit supérieur, est fléchie, puisque le doigt atteint les deux fontanelles.

Malgré un bain prolongé, le travail reste stationnaire. La question d'un agrandissement momentané du bassin se pose alors, mais comme la femme s'y refuse, que d'ailleurs le fœtus est en bon état, M. Bouffe décide d'attendre. Le 15 septembre, à 8 heures du matin, il constate que le liquide amniotique commence à se teinter, que les bords de l'orifice sont œdématiés et légèrement revenus sur eux-mêmes, que la tête défléchie reste au niveau du détroit supérieur, et qu'enfin, malgré une température normale, il y a une accélération notable des pulsations. En présence de cet état de choses, et la femme ayant accepté l'intervention proposée, M. Varnier décide de faire pratiquer la symphyséotomie par M. Bouffe, se réservant pour lui l'extraction du fœtus.

Symphyséotomie, le 15 septembre 1897. — Chloroforme à 9 heures. Incision des téguments pendant laquelle une artère qui saigne est tordue. La section du fibro-cartilage ne donne lieu à aucun incident. Il se produit un écartement spontané de 3 centim. que l'écarteur de Farabeuf porte à 6 centim. M. Varnier, constatant la déflexion incomplète de la tête (variété frontale, occiput à gauche), tente une version par manœuvres internes. Il saisit le pied droit (bon pied), l'amène à la vulve, mais le fœtus ne peut évoluer dans l'utérus rétracté, et la tête reste bloquée à gauche dans le segment inférieur. Il serait dangereux de continuer les tractions ; M. Varnier refoule facilement le pied dans l'utérus, ramène la tête à l'entrée du bassin, et fait une application de forceps en G.T. La tête s'engage difficilement, et bientôt il constate qu'il n'existe ni flexion, ni déflexion, et que la tête est toujours en présentation frontale. Il desserre donc la vis d'articulation, et sans enlever l'instrument, il reporte les becs vers l'occiput pour déterminer la flexion. La tête se fléchit alors, et la rotation se fait aisément ; l'extraction est terminée à 9 h. 22 (déformation caractéristique, photographiée).

La délivrance naturelle par expression est faite dix minutes après l'extraction et suivie d'une injection intra-utérine de 10 litres. Suture de la plaie opératoire (trois points profonds et quatre superficiels). Pansement. L'enfant, du sexe masculin, naît étonné, mais est ranimé après désobstruction (glaviot de près de 10 centim. moulé), et crie dix minutes après. Il pèse 3,000 gr. Son diamètre B.P. mesure 9 centim. 1. Le placenta, de forme discoïde, pèse 575 gram. La mensuration des membranes donne 32.

Suites opératoires. — Normales jusqu'au septième jour. Le septième jour, T. vespérale : 38°,6. P. 100. Les dixième et onzième jours, T. vespérale : 38°,2

et 38°. P. 100. Cette légère élévation thermique est due à l'oubli dans le vagin de la moitié du tamponnement.

Ablation des fils le dixième jour. Réunion parfaite. On enlève l'appareil le treizième jour. A partir de ce moment, suites absolument normales.

L'enfant part bien portant, en nourrice, le cinquième jour, et la mère complètement guérie, quitte la Clinique le 13 novembre.

Obs. 1993. — LXXXVIII[e]. Symphyséotomie, pratiquée le 7 novembre 1897. (M. Pinard.)

M[me] C..., XIpare, blanchisseuse, 36 ans, est envoyée à Baudelocque le 7 novembre 1897, par le D[r] Gresset, qui mentionne que « M[me] C... est en travail depuis vingt-quatre heures, et que son cas lui paraît nécessiter, en raison du rétrécissement du bassin, une intervention ».

Cette femme a marché à trois ans, a toujours bien marché depuis. Réglée à 13 ans, régulièrement. Scarlatine à 28 ans. Il ne paraît pas y avoir eu de néphrite consécutive.

1[re] grossesse (1882) terminée à 8 mois. Fille vivante, pesant à la naissance 3,500 gr., élevée au sein maternel ; actuellement : strabisme léger, n'a jamais uriné au lit. — La colonne vertébrale présente une cyphose cervico-dorsale et une scoliose droite étendue de la 7[e] dorsale à la 1[re] lombaire. — Le bassin est incliné du côté gauche ; l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche est à 2 centimètres au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure droite. — Le pli fessier gauche est abaissé de presque deux travers de doigt. — Les réflexes patellaires sont diminués.

2[e] grossesse (1883). Accouchement à terme. Garçon.

3[e] grossesse (?). Accouchement à 7 mois. Garçon.

4[e] grossesse (?). Accouchement à terme. Fille.

5[e] grossesse (?). Accouchement à terme. Garçon.

6[e] grossesse (?). Accouchement à terme. Fille.

Tous ces enfants sont morts pendant le travail.

7[e] grossesse (?). Accouchement à 8 mois. Fille vivante (poids ?), élevée au sein maternel. Actuellement ne présente rien d'anormal.

8[e] grossesse (?). Accouchement à 7 mois. Fille vivante, élevée au sein maternel. Actuellement vivante.

9[e] grossesse (?). Accouchement à terme. Fille mort-née.

10[e] grossesse (?). Accouchement à terme. Fille vivante (poids ?), élevée au sein maternel. Actuellement bien portante, mais présente un léger strabisme.

Père différent pour la 1[re] grossesse. Les dix autres sont du même père.

Tous ces accouchements ont eu lieu à Cochin. Tous se sont terminés par des applications de forceps, et tous les accouchements prématurés ont été provoqués.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 2 au 5 février 1897. Apparition des mouvements actifs à 5 mois. Cette femme a continué de travailler pendant sa grossesse. Elle est entrée en travail, le 6 novembre, à 2 heures du matin. A 5 heures,

rupture spontanée des membranes. Une sage-femme, appelée, voyant que l'accouchement ne paraît pas devoir se terminer spontanément, demande à son tour le Dr Gresset, qui fait diriger la parturiente sur Baudelocque dans les conditions déjà indiquées.

A son entrée dans le service, le 7 novembre, à 2 h. 45 du matin, Mlle Roze constate une présentation de l'extrémité céphalique en D. T. Le col est long, dilatable. Le diamètre P.S. P. mesure 10 centim. L'enfant est vivant, et le foyer d'auscultation est à droite au-dessous de l'ombilic. L'examen général fait constater ce qui suit :

Taille : 1m,35. — État du squelette : tibias incurvés, à courbure postérieure. Trace de nouures anciennes au niveau des articulations. Chapelet sternal, les côtes sont proéminentes, le sternum est légèrement rejeté en dedans. Bosses frontales très développées. Il en est de même des bosses pariétales. Maxillaire inférieur aplati. Projection en dehors du rebord alvéolaire, tandis que celui du maxillaire supérieur est rejeté en dedans. Dents irrégulièrement implantées et inégales. Pas d'asymétrie faciale. Pas de déviation du rachis. Bien qu'il n'existe pas d'ensellure exagérée, il faut noter, cependant, que la paroi abdominale est projetée en avant par suite de l'antéversion de l'utérus.

La peau, le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal. Il n'y a pas d'œdème, pas de varices. On n'a pu obtenir d'urine à l'entrée dans le service.

Le 7 au matin, la dilatation est de 5 francs. Le liquide amniotique est vert, mais les bruits du cœur sont bons. La température est de 37°, le pouls 108.

A son arrivée dans le service, M. Pinard mesure le bassin (9 cent. 5) et trouve dans l'état général les indications de la symphyséotomie.

Symphyséotomie, le 7 novembre 1897. — Chloroforme à 10 h. 30. Soins préliminaires d'usage. Le cathétérisme vésical permet de recueillir quelques centimètres cubes d'urine très épaisse, fortement colorée, mais ne contenant pas d'albumine. Incision des téguments et de la symphyse à 10 h. 45. Il se produit un écartement spontané que l'on porte à 6 centim. à l'aide de l'écarteur Farabeuf. M. Pinard fait ensuite une application de forceps en D. T., mais, l'extraction menaçant d'être longue et pénible, l'écartement provoqué est porté à 6 centim. et demi. Pendant ces manœuvres la lèvre antérieure de l'orifice, œdématiée, apparaît à la vulve, et on est obligé de la repousser avec les doigts.

A 11 h. 5, l'extraction du fœtus est terminée, et la délivrance artificielle, pratiquée immédiatement par Mlle Roze, est suivie d'une injection de 20 gr. de sérum de Marmorek.

Le cathétérisme de la vessie donne encore quelques gouttes de cette urine épaisse et colorée. En raison des difficultés particulières de l'extraction, on fait dans la vessie une injection d'eau boriquée, laquelle ne décèle aucune trace de l'existence d'une fistule vésicale.

Suture de la plaie à l'aide de trois fils d'argent profonds et de quatre superficiels. Pansement iodoformé.

L'enfant, du sexe masculin, naît étonné, mais bientôt respire très facilement. Il présente une bosse séro-sanguine volumineuse, et sur la région antérieure du pariétal droit, à 17 millim. en dedans de la suture sagittale, une empreinte très

profondément marquée due à la saillie du promontoire. Son poids est de 3,250 gr. Son diamètre B. P. mesure 10 centim. (M. Varnier.)

Le placenta pèse 680 gr. Les membranes complètes, présentent un cotylédon absolument blanc et mesurent 35,4.

Suites opératoires. — Absolument normales. La température reste constamment à 37° et l'état général est excellent.

Le quatrième jour on enlève le tamponnement vaginal, le huitième jour les fils, et la réunion est parfaite.

Quant à l'enfant, nourri à peu près exclusivement par sa mère, son accroissement de poids a été parfaitement régulier, puisque, à sa sortie, il pesait 4,020 gr.

La mère et l'enfant ont quitté le service le 1er décembre, tous deux en parfait état.

Obs. 2163. — LXXXIXe Symphyséotomie, pratiquée le 7 décembre 1897. (M. Pinard.)

Mme Anna B..., 33 ans, IIIpare, verrière, entre au dortoir le 21 septembre 1887.

Cette femme a marché à 2 ans; toujours bien depuis. Premières règles à 18 ans, irrégulières. — Fièvre typhoïde à 14 ans. Rhumatisme articulaire aigu à 23 ans.

La première grossesse s'est terminée le 3 octobre 1889, par un accouchement à terme (sommet). Forceps à la Maternité. Fille vivante élevée au biberon. Morte de convulsions le vingt-troisième jour (avait les marques du forceps).

La deuxième s'est terminée le 6 octobre 1892, par un accouchement à terme. (*Symphyséotomie* pratiquée à la Clinique Baudelocque.)

Père différent pour la grossesse actuelle.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 20 au 24 février 1897. Apparition des mouvements actifs le 10 juillet 1897. A travaillé jusqu'à 7 mois et demi de sa grossesse. A cette époque, elle vient à la consultation, et, comme elle a un bassin rétréci et que la symphyse est mobile, on la reçoit le 21 septembre 1897.

L'examen, pratiqué à l'entrée, montre une présentation du siège transformée spontanément le 6 novembre en une présentation de l'extrémité céphalique, en droite transversale. Le fœtus est vivant. L'auscultation a son maximum à droite au-dessous de l'ombilic. Par le toucher, on trouve un diamètre promonto-sous-pubien de 10 centimètres.

L'examen général montre que les membres inférieurs sont incurvés et les bosses frontales saillantes; la peau, le cœur et les poumons sont normaux; il n'y a pas d'œdème ni de varices; pas d'albumine dans les urines.

Le 7 décembre, à 11 heures du matin, la femme ayant les premières douleurs depuis 9 heures, l'examen démontre que la tête est dans l'hypochondre droit et le siège à cheval sur l'aire du détroit supérieur et la fosse iliaque gauche. La version par manœuvres externes permet de ramener au niveau du détroit supérieur le dos à droite. A ce moment, la dilatation a le diamètre d'une pièce de

5 francs, les contractions douloureuses se répètent toutes les 3 ou 4 minutes. Les bruits du cœur sont bons. — Ceinture eutocique.

A 1 h. 50 du soir, la dilatation est complète. M^lle^ Roze rompt les membranes et réduit avec la main une procidence du cordon ; la tête se fixe. Malgré les efforts d'expulsion, la tête ne descend pas. M. Pinard décide de pratiquer la symphyséotomie.

Symphyséotomie (le 7 décembre 1897). — Chloroforme. Région opératoire et vagin soigneusement aseptisés. Incision de la peau sur une étendue de 5 centim. un peu à gauche de la première cicatrice. Les tissus inter-symphysiens sont sectionnés au bistouri sur le doigt. L'écartement est porté à 5 centim. seulement. L'écarteur de Farabeuf n'est pas placé en raison de la hernie de la vessie entre les branches du pubis. A 5 h. 20, M. Pinard fait une application de forceps en G. T. Pendant l'extraction, qui est conduite lentement et sans efforts, M. Paquy repousse la lèvre antérieure du col qui bride, comme un croissant, la branche du forceps. Malgré les précautions, les tissus cicatriciels vestibulaires se déchirent et quatre branches importantes des artères vésicales antérieures saignent abondamment. Ligature de ces artères au catgut. On s'assure de l'intégrité de la vessie et de l'urèthre. Celui-ci, complètement détaché du vestibule, est suturé par six points de catgut. Sutures de la plaie opératoire à l'aide de deux fils d'argent profonds et trois superficiels. Délivrance par expression immédiatement après l'extraction.

L'enfant, né étonné et rapidement ranimé, pèse 3,825 gr. Diamètre biparié tal 10. Placenta pèse 700 gr.

Suites. — Actuellement cette femme va très bien. La température est normale. Les fonctions vésicales et intestinales sont régulières. L'état général est excellent.

Il résulte de ces observations :

1° Que l'agrandissement momentané du bassin par symphyséotomie a été pratiqué du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897 :

2 fois chez des primipares ;
5 fois chez des multipares.

Chez l'une de ces dernières, la symphyséotomie a été pratiquée pour la 2^e^ fois ;

2° Que dans les 7 cas, l'enfant présentait la tête au niveau du détroit supérieur ;

3° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

6 fois sur des bassins viciés par le rachitisme ;
1 fois sur un bassin oblique ovalaire.

4° Que l'extraction de l'enfant a eu lieu après agrandissement du bassin :

3 fois à l'aide du forceps;
4 fois à l'aide de la version.

Résultat final de ces 7 symphyséotomies :

6 femmes vivantes, 1 femme morte.
7 enfants vivants.

Mortalité maternelle.

La femme qui a succombé (obs. 87, 83e symphyséotomie) était une primipare à terme et profondément albuminurique.

L'observation a été publiée déjà in extenso par M. Varnier dans son rapport au Congrès de Moscou (1).

Opérée le 13 janvier, cette femme mourait quatorze jours après, le 27 janvier.

L'autopsie a démontré que la plaie opératoire réunie, en apparence, par première intention était infectée profondément.

Voici la note bactériologique remise par M. Marmorek.

« *Péritoine.* — Coli pur.

« *Plaie.* —Streptocoques et staphylocoques, coli-bacilles anaérobies (par le Gram).

Utérus. — Coli, streptocoques, deux sortes de bacilles anaérobies (un gros long et un petit).

« *Sang du cœur.* — Rien.

Cet exposé fait, je dois rechercher :

1° *Quels accidents et complications se sont produits chez nos opérées, soit au moment de l'opération, soit depuis ?*

2° *Quel est, à l'heure actuelle, l'état de nos opérées ?*

3° *Ce que nous a enseigné cette sixième année d'apprentissage ?*

La lecture du résumé des observations fournit la réponse à la première question. Aucune hémorrhagie sérieuse n'a été observée, aucune difficulté opératoire n'a été rencontrée, pas plus cette année que les années précédentes ; et je répète ce que je disais

(1) Voyez *Annales de Gynécologie*, t. XLVIII, p. 214.

les années précédentes : dans tous les cas, opération facile exempte de tout accident ou de toute complication, en tant que suture de la symphyse et agrandissement momentané du bassin.

Mais j'appelle l'attention sur l'observation 2163 (89e symphyséotomie). Cette femme avait été déjà symphyséotomisée par moi, le 6 octobre 1892, en présence de mon vénéré collègue le professeur Krassowsky. Ainsi que je l'ai dit, dans ma leçon du 7 décembre 1892 (1), j'avais reconnu chez elle, après l'extraction de l'enfant, une petite déchirure vestibulo-vaginale communiquant avec la plaie opératoire. Bien que cette déchirure guérît rapidement par première intention, je redoutais pour la 2e symphyséotomie le défaut d'élasticité au niveau du tissu cicatriciel, lors de l'écartement des pubis et de l'extraction de l'enfant, et je résolus d'opérer l'écartement des pubis et d'extraire le fœtus, avec toute la lenteur possible. Il ne se produisit aucune lésion pendant l'écartement provoqué de 6 centimètres, mais au moment du passage de la tête saisie régulièrement à l'aide du forceps, et malgré la lenteur d'extraction, un doigt que j'avais fait placer au niveau de la partie inférieure de la plaie la sentit céder, et bientôt, une déchirure se produisit faisant communiquer la plaie opératoire avec le vagin. Après l'extraction, nous vîmes l'urèthre *non déchiré* contenu dans le bord droit de la solution de continuité plus étendue que lors de la première intervention. La plaie fut suturée, et aujourd'hui cette femme, qui a uriné spontanément, est en aussi bon état que possible (2).

Nous avons donc échappé, pour cette fois, à une lésion de l'urèthre et de la vessie. Mais, si cette femme redevient enceinte et qu'on soit obligé d'intervenir, ce qui est probable, redoutant en raison du tissu cicatriciel une lésion de l'urèthre et de

(1) Voyez, *De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892*, p. 29.

(2) Les suites furent absolument apyrétiques, et l'opérée se levait le 16e jour. Mais la station debout révéla un certain degré d'incontinence d'urine, qui n'avait pas paru pendant le séjour au lit. Cette incontinence s'atténue chaque jour, et nous avons lieu d'espérer qu'elle disparaîtra et que nous ne serons pas obligés d'intervenir pour remédier à cet état de choses.

la vessie, lors d'une nouvelle symphyséotomie, je pratiquerai l'opération césarienne au lieu de l'agrandissement momentané du bassin.

C'est la première fois que ces conditions ont été rencontrées dans les symphyséotomies déjà nombreuses pratiquées pour la deuxième fois, par mes collaborateurs ou par moi. Mais, j'ai tenu à signaler le fait, car nous voyons apparaître une indication possible d'opération césarienne quand on se trouvera en présence d'une femme ne pouvant accoucher par suite du rétrécissement de son bassin, et chez laquelle, lors d'une symphyséotomie antérieure, on aura constaté une déchirure étendue des parties molles.

Tel est le bilan des accidents et complications observés, soit au moment de l'accouchement, soit après, dans les sept cas d'agrandissement du bassin.

Quel est, à l'heure actuelle, l'état de nos opérées?

Celles que nous venons de voir, les unes opérées pendant l'année 1892, les autres opérées plus récemment, et toutes en parfait état, répondent à cette question aujourd'hui définitivement jugée.

Que nous a enseigné cette sixième année d'étude et d'observation?

Cette année a été particulièrement fertile en enseignement, non seulement en raison de ce qui s'est passé ici à cette clinique, mais en raison, aussi, de ce qui s'est produit ailleurs. Je m'explique.

Ici, nous avons pratiqué moins de symphyséotomies que les années précédentes, le hasard seul en a été la cause. C'est-à-dire que, pour nous, les indications restant absolument les mêmes, elles se sont présentées moins nombreuses que les années précédentes.

Nous n'avons rien observé qui pût modifier notre manière de faire, au point de vue du manuel opératoire.

Cependant, d'après ce que j'ai vu, aussi bien cette année que les années précédentes, je crois que s'il est bon dans la plura-

lité des cas de continuer à suturer et à fermer complètement et immédiatement la plaie symphysienne de manière à obtenir une réunion par première intention, il est préférable, dans les cas où la plaie n'est pas nette et surtout parfaitement asséchée, de pratiquer le drainage.

Et cela, aussi bien pour éviter l'infection de la plaie, que l'hématome rétro-symphysien qui, consécutivement, peut se produire.

C'est ainsi que je procéderai à l'avenir.

Voilà pour la partie opératoire proprement dite de l'agrandissement du bassin.

Je disais, l'année dernière, en terminant ma leçon (1) : « Je pense que chez une femme justiciable de la symphyséotomie et dont l'utérus serait infecté, il serait peut-être préférable de pratiquer la gastro-hystérotomie, suivie de l'hystérectomie totale, plutôt que l'agrandissement momentané du bassin. L'avenir dira si, en pensant ainsi, je suis dans le vrai. »

Je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer la gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale sur une femme ayant l'utérus infecté, mais j'ai pratiqué cette opération avec la collaboration de mon collègue Segond sur deux femmes ayant des viciations pelviennes telles, que les bassins n'étaient justiciables d'aucune pelvitomie.

La première opération fut suivie d'un plein succès. Je communiquai l'observation à l'Académie de médecine, le 19 janvier 1897 (2), et je terminais ainsi cette relation : « Partisan jusqu'alors de l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, excellente opération qui m'a donné de très bons résultats, et encore dans deux cas l'année dernière, j'ai modifié ma manière de faire, non pas seulement parce que l'absence de moignon rend les suites opératoires beaucoup plus courtes, mais encore, et surtout, parce que cette nouvelle opération pourra, à mon avis, permettre de pratiquer, avec succès, l'opé-

(1) Voir *De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque* du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896, p. 24.

(2) Voir *Bulletin de l'Académie*, p. 47 et suivantes.

ration césarienne dans les cas d'utérus infectés, ce que n'osaient pas faire et ne faisaient pas, jusqu'à présent, les césariens les plus résolus. Dans les cas de rétrécissement du bassin, alors que des manœuvres infructueuses avaient été faites dans l'utérus, que des symptômes pouvaient faire croire à un début d'infection, et que l'enfant était vivant, beaucoup d'accoucheurs préféraient tuer l'enfant et le broyer plutôt que de pratiquer l'opération césarienne.

« Il me semble que la gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale, doit faire disparaître du seul petit terrain où on pouvait la discuter encore, l'embryotomie sur l'enfant vivant. »

La deuxième opération nous donna un décès (1). Ces deux opérations, avec des résultats si différents, ne peuvent et ne doivent entraîner aucune conviction, je le reconnais. Mais je reste sur mes positions, attendant de faits plus nombreux l'indication d'une orientation définitive pour ces cas heureusement très rares.

Tel est le bilan de ce qui s'est passé à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1897.

Mais, il s'est produit ailleurs un fait d'une importance capitale concernant l'histoire de la symphyséotomie et auquel du reste, comme vous allez le voir, la Clinique Baudelocque prit une part considérable.

J'entends parler du Congrès de Moscou, de cette grande réunion d'accoucheurs où fut discutée la symphyséotomie. Que se passa-t-il là, du 19 au 26 août 1897, dans la section Obstétrique et Gynécologie ?

J'entendis le rapport de Varnier et le rapport de Zweifel, les observations de Küstner ; vous pouvez lire ces travaux (2), vous verrez comme moi, que si la symphyséotomie a été magistralement étudiée et exposée par ces auteurs, elle n'a été attaquée par personne. Les conclusions de Varnier cependant, connues de

(1) Voir *Fonctionnement de la Clinique Baudelocque pendant l'année* 1897.
(2) *Annales de Gynécologie*, t. XLVIII, p. 189 à 285.

tous à l'avance, n'ont été le sujet d'aucune objection et son rapport si complet et si net est resté intact.

Que pouvions-nous désirer de plus ?

A l'heure actuelle, je puis l'affirmer, et ce n'est point sans une immense satisfaction, si les accoucheurs discutent encore sur les indications de la symphyséotomie, de l'opération césarienne et de l'accouchement prématuré, dans la thérapeutique des viciations pelviennes, il n'en est aucun qui préconise la mort de l'enfant. Je puis donc répéter : *L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu.*

Et s'il en est encore qui ont recours à cette pratique que je ne veux pas qualifier, ils agissent dans l'ombre et se jugent eux-mêmes en n'ayant pas le courage de le dire.

Je termine en vous exposant le tableau de tous les rétrécissements du bassin reconnus, du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897, qui nous donne le résumé ci-dessous :

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipares* — ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS
								Déc en
1	2148	*Déc.*	13	1er accouch. sp. à terme. Enf. mort 2 j. après. 2e accouch. sp. à terme.	1 h.	»	»	»
2	2167	Id.	15	»	»	»	1 h.	»
3	2175	Id.	16	»	»	»	»	Gastrohy tomie d'hyst.
								An
4	44	*Janv.*	7	1 accouch. sp. à terme. Enf. mort après quelques inspirations.	1 h.	»	»	»
5	72	Id.	11	»	»	»	1 h.	»
6	79	Id.	12	1er acc. forceps. Enf. viv. 2e acc. forceps. Enf. viv. 3e gross. gémell. 1er enf. sp. 2e levier. 4e sp. à terme. Enf. viv. Fille.	1 h.	»	»	»
7	87	Id.	13	»	»	»	»	Smphys
8	124	Id.	20	»	»	»	1 h.	»
9	140	Id.	22	1er acc. sp. à terme. Enf. viv. 2e acc. sp. à terme. Enf. mort-né.	1 h.	»	»	»
10	189	Id.	28	»	»	»	»	Gastrohy tomie d'hyst.
11	201	*Fév.*	2	»	»	»	1 h.	»
12	228	Id.	5	1 acc. sp. à terme. Garçon vivant.	1 h.	»	»	»
13	238	Id.	6	1 acc. sp. à terme. Enf. vivant...	1 h.	»	»	»
14	271	Id.	13	1er acc. siège. Viv. 2e siège. Viv. 4e forceps. Mort pend. le travail. 5e siège. Mort pend. le travail. 6e siège. Mort pend. le travail. — Tous ces acc. ont eu lieu à la Maternité.	»	Basiot. tête dernière sur enfant mort.	»	»
15	280	Id.	14	»	»	»	1 h.	»
16	282	Id.	14	1 acc. forceps. Enf. ?	»	Vers. Basiotr. sur la tête dern. Enf. mort.	»	»
17	309	Id.	18	1er acc. prémat. à 8 mois. Fille viv. 2e à terme. Fille viv. 3e à terme. Garçon mort à 22 mois de convulsions.	1 h.	»	»	»
18	328	Id.	21	1er acc. sp. Fille viv. 2e acc. sp. Garçon viv. 4e acc. gross. gémell. sp. 5e acc. sp. à terme. Fille viv.	»	Version.	»	»
19	343	Id.	23	1er acc. sp. Garçon viv. 2e Garçon viv. sp. à terme.	1 h.	»	»	»
20	423	*Mars*	8	1 acc. sp. à terme. Forceps. Fille morte pendant le travail.	»	Symphys. Version.	»	»
21	428	Id.	9	»	»	»	»	Basiotrip enfant
22	454	Id	14	1er acc. sp. à terme. Fille. viv. 2e acc. sp. à terme. Fille.	1 h.	»	»	»

	DIAMÈTRE PROM. S.-PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
alic.	10.4	8.5	2960	3260	Bon.	Bon.	23 déc. 1896.	F.	F. du dehors.
	Access.	9.9	3200	3350	Id.	Id.	24 »	F.	F. du dortoir.
asy-que.	7.8	10.1	3600	3900	Id.	Id.	28 janv. 1897	G.	F. du dortoir.
	Access.	9.2	2620	2530	Bon.	Bon.	19 janvier.	G.	F. du dortoir.
elé.	10.3	9.5	3100	3130	Id.	Id.	20 janvier.	G.	F. du dortoir.
lic.	10.7	9.5	3220	3270	Id.	Id.	20 janvier.	G.	F. du dehors.
	10.4	9.8	3500	3350	Mort[e] le 26 janv.	Id.	»	G.	F. du dehors, grande albuminurique non soignée pendant la grossesse.
	10.9	9.7	3230	3550	Bon.	Id.	4 février.	G.	F. du dortoir.
	10.7	9.2	3600	3380	Id.	Id.	31 janvier.	G.	F. du dehors.
	8.2	9.6	2850	2670	Mort[e] le 30 janv.	Id.	»	F.	F. de 41 ans du dehors. Albuminurique. Utérus fibromateux.
e dr.	»	9.6	3650	3660	Bon.	Id.	10 février.	F.	F. du dehors.
	9.6	9.4	3400	3670	Id.	Id.	13 février.	G	F. du dehors.
	10.3	9.5	3900	3900	Id.	Id.	Id.	G.	F. du dehors.
	10.5	9.5	3900 sans subst. céréb.	»	Id.	Mort-né.	25 février.	G.	F. du dehors.
	10.4	9	3240	3400	Id.	Bon.	25 Id.	G.	F. du dehors.
	11.2 ? Fibrome de la paroi post.	»	2650 sans subst. céréb.	»	Id.	Mort-né.	7 mars.	G.	F. du dehors. Utérus fibrom. Fibrome de la paroi postér.
e dr.	»	9.5	3700	3890	Id.	Bon.	25 février.	F.	F. du dehors.
	11	9.2	2500	2850	Id.	Id.	6 mars.	F.	F. du dehors.
	10	8.9	2950	3200	Id.	Id.	6 mars.	F.	F. du dehors.
	10	10.1	4070	3880	Id.	Id.	6 avril.	G.	F. du dortoir.
	10.5	?	?	?	Id.	Mort.	23 mars.	F.	F. du dehors. Mort du fœtus avant la dilat. complète.
	11	10	3980	3710	Id.	Bon.	21 mars.	G.	F. du dehors.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipares* — ACCOU MEN ARTIFI
23	506	*Mars.*	21	»	»	»	1 h.	»
24	512	Id.	21	»	»	»	1 h.	»
25	537	Id.	26	1er acc. sp. à terme. Garçon mort après 24 h. 2e sp. à terme. Fille viv. 3e macéré. 4e sp. à terme. Fille viv. 5e macéré. 6e sp. à terme. Garçon viv. 7e sp. à terme. Garçon viv. 8e sp. à terme. Fille viv. 9e sp. à terme. Fille viv.	1 h.	»	»	»
26	545	Id.	27	1er acc. sp. à terme. Fille viv. 2e à 7 mois. 3e sp. à 8 mois 1/2. Viv. 4e sp. à terme. Viv.	1 h.	»	»	»
27	558	Id.	30	»	»	»	1 h.	»
28	578	*Avril.*	2	1 acc. travail. Enf. viv. Garçon.	1 h.	»	»	»
29	589	Id.	3	1 acc. sp. Fille. Viv.	1 h.	»	»	»
30	660	Id.	15	1er acc. prém. Enf. mort. 2e acc. à terme, symphyséot. pratiquée à la maternité de Tenon par M. Champetier de Ribes. Enf. viv.	1 h	»	»	»
31	663	Id.	15	»	»	»	»	Porro (t tation ovariqu
32	682	Id.	18	1er acc. sp. à terme. Fille viv. 2e acc. sp. à terme. Fille morte à 9 mois. 3e acc. sp. à terme. Fille viv.	1 h.	»	»	»
33	696	Id.	20	1 acc. sp. à terme. Fille viv.	1 h.	»	»	»
34	698	Id.	20	1 acc. à terme. Forceps en ville, fille viv.	1 h.	»	»	»
35	723	Id.	24	1er acc. sp. à terme. Fille viv. 2e sp. à terme. Garçon.	1 h.	»	»	»
36	728	Id.	25	1er acc. prém. sujet mort 6 j. après naiss. 2e avort. 3e acc. sp. à terme. Fille viv. 4e acc. sp. à terme. Fille vivante.	1 h.	»	»	»
37	751	Id.	28	5e acc. à terme. 5 forceps. 5 enfants mort-nés. 6e acc. 7e symph. (Maternité, Guéniot). Enf. viv.	1 h.	»	»	»
38	826	*Mai.*	10	1 acc. à terme. Forceps. Tête dernière. Enf. mort-né.	»	»	»	»
39	851	Id.	15	»	»	»	1 h.	»
40	853	Id.	15	»	»	»	1 h.	»
41	854	Id.	15	1er acc. sp. à terme. Enf. viv. Fille. 2e symphyséotomie (Obs. 705, 1895). G. 3770.	1 h.	»	»	»
42	863	Id.	18	1 accouch. spont. à terme. Enf. viv. Fille.	1 siège.	»	»	»
43	8[illegible]8	Id.	19	»	»	»	1 h.	»
44	879	Id.	19	1 acc. sp. Enf. viv. Fille.	1 h.	»	»	»
45	946	Id.	30	»	»	»	1 h.	»
46	960	Id.	31	1 acc. sp. Enf. viv.	»	Forceps.	»	»

...ATIONS ...ENNES	DIAMÈTRE PROM. P. SUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
»	11.	9.3	3000	2900	Bon.	Bon.	21 mars.	F.	F. du dortoir.
»	11.	9.7	3400	3400	Id.	Id.	30 »	G.	F. du dortoir.
»	10 6	9.4	3170	3270	Id.	Id.	31 »	G.	F. du dehors.
»	10.5	8.2	2100	1940	Id.	Id.	6 avril.	F.	F. du dehors.
»	10.1	9.	3230	3090	Morte le 4 avril.	Id.	7 »	G.	F. du dehors arrivée en travail après avoir été examinée en ville. F. infectée.
»	10.2	8.8	3620	3640	Bon.	Id.	12 »	F.	F. du dortoir.
»	10.8	9.4	3030	3500	Id.	Id.	17 »	F.	F. du dortoir.
»	10.5	9.6	2440	2370	Id.	Id.	25 »	F.	F. du dehors.
...étrique ...iation ...lête.	»	10.4	3370	4215	Id.	Id.	29 mai.	G.	F. du dortoir.
»	10.5	10.	3220	3020	Id.	Id.	28 avril.	G.	F. du dehors.
»	9.6	8.5	2520	2600	Id.	Id.	28 »	G.	F. du dehors.
»	10.7	8.5	2950	3100	Id.	Id.	1er mai.	G.	F. du dehors.
»	10.9	9.	2200	2330	Id.	Id.	1er »	G.	F. du dehors.
»	10.5	9.7	3470	3520	Id.	Id.	5 »	F.	F. du dehors.
»	9.1	9.5	2500	3000	Id.	Id.	7 »	G.	F. du dortoir.
»	10.8	9.4	3420	»	Id.	Mort-né.	20 »	G.	F. du dehors.
»	10.6	9.3	3500	3720	Id.	Bon.	23 »	G.	F. du dehors.
»	10.5	8.6	3500	3750	Id.	Id.	25 »	G.	F. du dehors.
»	10.8	9.2	3220	3250	Id.	Id.	24 »	F.	F. du dortoir.
»	Coxalgique.	9.5	2960	3150	Id.	Id.	3 juin.	F.	F. du dortoir.
»	10.7	8.9	2200	2410	Id.	Id.	29 mai.	F.	F. du dortoir.
»	P. accessible	8.6	2950	2600	Id.	Id.	28 »	F.	F. du dehors.
»	Asym. rach.	9.7	3270	3430	Id.	Id.	8 juin.	G.	F. du dortoir.
»	10.8	9.0	3550	3850	Id	Id.	10 »	G.	F. du dehors.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipares* — ACCOU… MEN… ARTIF…
47	972	*Juin.*	2	»	»	»	1 h.	»
48	1024	Id.	10	»	»	»	»	»
49	1073	Id.	19	1 acc. sp. à terme. Garçon viv.	1 h.	»	»	»
50	1139	Id.	29	1 acc. pratiqué à 8 mois par M. Bonnaire.	»	Sympli. version	»	»
51	1137	Id.	30	1er acc. sp. à terme. Enf. viv. 2e acc. sp. à terme. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
52	1181	*Juill.*	6	1er acc. Forceps. Enf. viv. 2e forceps. Enf. viv. 3e forceps. Garçon viv.	1 h.	»	»	»
53	1188	Id.	8	1 acc. sp. à terme. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
54	1201	Id.	10	1er acc. sp. à terme. Enf. v. 2e acc. sp. viv.	1 h.	»	»	»
55	1221	Id.	13	»	»	»	1 h.	»
56	1254	Id.	17	1er acc. sp. à terme. Enf. viv. 2e sp. à terme. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
57	1256	Id.	18	1er acc. à terme Enf. viv. 2e à terme sp. Enf. viv. 3e gross. gémellaire. 4e avort. 5e à terme. Enf. viv. 6e enf. viv. à terme. 7e avortement.	1 h.	»	»	»
58	1273	Id.	20	1 acc. sp. à terme. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
59	1333	Id.	28	»	»	»	1 h.	»
60	1358	*Août.*	1	1 acc. sp. à terme. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
61	1367	Id.	3	1 acc. à terme. Forceps. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
62	1389	Id.	6	»	»	»	»	Symphys…
63	1399	Id.	7	1er acc. sp. à terme. Enf. viv. 2e acc. sp. Enf. macéré.	1 h.	»	»	»
64	1414	Id.	10	»	»	»	»	Forcep…
65	1444	Id.	14	»	»	»	»	Forceps en… Enf. m… Basiotrip…
66	1448	Id.	15	1er acc. sp. à terme. Enf. viv. 2e sp. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
67	1541	Id.	30	1 acc. prématuré. Enf. mort.	1 h.	»	»	»
68	1553	Id.	30	1 acc. sp. à terme. Fille vivante.	1 h.	»	»	»
69	1559	*Sept.*	1	1 acc. Enf. mort. 2e pr. Enf. mort	1 h.	»	»	»
70	1620	Id.	9	1 acc. à terme. Forceps. Version. Enf. mort.	1 face.	»	»	»
71	1665	Id.	15	1er acc. sp. à terme. Garçon viv. 2e à terme. Forceps. Enf. viv. 3e forceps. Enf. mort.	»	Forceps. symphyséotomie	»	»
72	1676	Id.	17	1 acc. sp. à terme. Forceps. Enf. mort.	1 h.	»	»	»
73	1678	Id.	17	»	»	»	»	»
74	1731	Id.	23	2 acc. prémat. à 5 et 8 mois.	»	Basiotripsie.	»	»

DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
10.4	8.9	2820	.....	Bon	Morte probablement étouffée par sa mère.	12 juin..	F.	F. du dortoir.
P.accessible.	8.6	2280	2310	Id.	Bon	19 »	F.	F. du dehors.
10.8	9.0	3130	3370	Id.	Id.	29 »	F.	F. du dehors.
B. oblique oblique.	.....	3380	.....	Id.	Id.	....		F. du dortoir.
10.2	8.9	3170	3060	Id.	Id.	9 juillet.	F.	F. du dehors.
10.2 avec faux prom.	8.5	2860	2950	Id.	Id.	19 »	G.	F. du dortoir.
10.8	8.6	2300	2040	Id.	Id.	17 »	F.	F. du dehors.
10.5	9.3	3230	3430	Id.	Id.	17 »	G.	F. du dehors.
10.5	9.0	3330	3480	Id.	Id.	23 »	F.	F. du dortoir.
10.6	9.3	3600	3550	Id.	Id.	27 »	F.	F. du dortoir.
10.6	9.5	3810	4050	Id.	Id.	27 »	...	F. du dehors.
10.5	»	2180	.....	Id.	Macéré	.....	...	F. du dehors.
11.5	8.8	2550	2940	Id.	Bon	15 août.	G	F. du dortoir.
10.3	8.9	3090	2840	Id.	Id.	10 »	G.	F. du dortoir.
10.3	9.0	2840	2960	Id.	Id.	13 »	F.	F. du dortoir.
10.7	9.7	3480	3480 parti en nourrice le 7 août	Id.	Id.	7 sept.	G.	F. du dortoir.
10.2	9.1	3370	3450	Id.	Id.	15 août.	G.	F. du dehors.
10.5	9.2	2100	2420	M. le 19 août éclampt.	Id.	....	G.	F. du dehors.
Accessible.	»	3550 sans subst. céréb.	.....	Bon	Mort.	1er sept.	G.	F. du dehors.
Asymétrique.	9.3	3120	3520	Id.	Bon	25 août.	G.	F. du dortoir.
Id.	9.0	2970	2980	Id.	Id.	5 sept.	G.	F. du dehors.
10.5	8.6	3170	3270	Id.	Id.	10 »	F.	F. du dortoir.
10.8asymét.	9.1	2770	2760	Id.	Id.	11 »	G.	F. du dehors.
10.5	9.6	3080	3060	Id.	Id.	18 »	G.	F. du dehors.
10.4	9.1	3000	2915 le 3e j.	Id.	Id.	13 »	G.	F. du dortoir.
?	9.1	3510	3500	Id.	Id.	27 »	G.	F. du dehors.
Accessible.	8.7	2080	2210	Id.	Id.	27 »	F.	F. du dehors.
10	»	3340	»	Id.	Mort.	6 octobre.	G.	F. du dehors.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipares* — ACCOUCHEMENTS ARTIFI
75	1734	*Sept.*	24	1er acc. à terme. Garçon viv. 2e gross. à terme sp. Fille viv. 3e acc. à terme. Epaule. Garçon viv.	1 h.	»	»	»
76	1742	Id.	26	»	»	»	Face.	»
77	1764	Id.	29	1 avort. de 4 mois.	1 h.	»	»	»
78	1775	Id.	30	1er avort. gém. de 4 mois. 2e avort. ovulaire. 3e sp. à terme. Fille viv.	1 h.	»	»	»
79	1813	*Octob.*	6	»	»	»	1 h.	»
80	1814	Id.	6	»	»	»	1 h.	»
81	1845	Id.	10	1 acc. en 1895 à Baud. Fœtus mort à la suite d'hémorr. rétro-plac.	Face.	»	»	»
82	1866	Id.	14	»	»	»	1 h.	»
83	1893	Id.	18	1er acc. à terme. Fille mort-née 2e à terme. Fille viv. 3e à terme, siège. Forceps. Fille viv.	Face transf. en sommet	»	»	»
84	1902	Id.	19	»	1 h.	»	»	»
85	1938	Id.	27	»	»	»	Siège 1 h.	»
86	1949	Id.	30	»	»	»	1 h.	»
87	1969	*Nov.*	2	1 accouch. provoqué à 8 mois (Assas). Forceps (M. Pinard). 2e provoqué à 7 mois 1/2. Sommet. Garçon viv. 3e avort. de 3 mois.	1 h.	»	»	»
88	1979	Id.	4	»	»	»	1 h.	»
89	1993	Id.	7	Des 10 premiers acc., le 1er prov. à 8 mois. Fille viv.; les 2e, 3e, 4e, 5e et 6e à terme, sauf le 3e à 7 mois. Enf. mort pend. le trav. 7e à 8 m. Fille viv. et bien portante. 9e à terme. Fille mort-née. 10e à terme. Fille viv.	»	Symph. et forceps.	»	»
90	1995	Id.	7	»	»	»	1 h.	»
91	2055	Id.	18	1er acc. symph. (1892) (M. Pinard). Garçon viv. de 4630. Mort à 2 ans de pneum. 2e acc. sp. à terme (1895). Fille viv. et bien portante.	1 h.	»	»	»
92	2065	Id.	20	»	»	»	1 h.	»
93	2119	Id.	29	1er acc., 2e et 3e sp. à terme. 1 fille et 2 garçons viv. et bien portants.	1 h.	»	»	»
94	2123	Id.	29	Les 7 premiers acc. à terme. 4 sp. et 3 forceps. 5 enfants morts après la naiss. ou au milieu du trav. 2 viv. et bien portants.	»	Basiotrip.	»	»
95	2143	*Déc.*	4	2 acc. sp. à terme.	1 h.	»	»	»
96	2163	Id.	7	1 acc. forc. Enf m. 23 j. après naiss. 2e acc. symph. à Baud. Enf. viv.	»	Symphys.	»	»
97	2164	Id.	7	»	»	»	»	Forcep

	DIAMÈTRE PROM. S.-PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
	Accessible.	9.4	3500	2610	Bon	Bon.	2 octobre.	G.	F. du dehors.
	9.7	9.5	2750	2600	Id.	Id.	4 octobre.	F.	F. du dehors.
	»	10.	3700	3970	Id.	Id.	9 nov.	F.	F. du dortoir.
	10	9.2	3080	3340	Id.	Id.	16 oct.	F.	F. du dehors.
	Diam.Biisch. 8,6 (Varnier).	9.	2430	2330	Id.	Id.	18 oct.	G.	F. du dehors.
	9 9	8.	2420	2650	Id.	Id.	19 oct.	G.	F. du dortoir.
	11.	9.2	2610	2490	Id.	Id.	21 oct.	F.	F. du dehors.
	Prom. access.	9.5	3400	3420	Id.	Id.	25 oct.	F.	F. du dehors.
	10.9	9.2	3400	3520	Id.	Id.	31 oct.	G.	F. du dortoir.
	?	9.6	3900	3710	Id.	Id.	30 oct.	F.	F. du dehors.
	»	9.9	3250	3290	Id.	Id.	7 nov.	G.	F. du dortoir.
	?	8.4	3170	3120	Id.	Id.	10 nov.	F.	F. du dortoir.
	Bass. rétréci au détroit inférieur	9.2	3050	2990	Id.	Id.	19 nov.	G.	F. du dortoir.
	9.8	9.	2630	2460	Id.	Id.	13 nov.	F	F. du dehors.
	9.5	10.	3250	4020	Id.	Id.	1 déc.	G.	F. du dehors.
	»	9.5	2920	3350	Id.	Id.	18 nov.	G.	F. du dortoir.
	9.2	9.5	3580	3350	Id.	Id.	28 nov.	F.	F. du dehors.
	10	8.8	2630	2680	Id.	Id.	29 nov.	G.	F. du dehors.
	10.4	9.7	3700	»	Id.	Mort-né.	6 déc.	G.	F. du dehors. Enf. mort avant d'entrer dans le service. Procubitus du cordon.
	»	»	3965	»	Id.	Mort.	13 déc.	G.	F. du dehors.
	10.	9.	3100	3080	Id.	Bon.	11 déc.	G.	F. du dehors.
	10.	10.	3825	4720	Id.	Id.	29 janv. 98	G.	F. du dortoir.
	Accessible.	9.6	3520	»	Id.	Mort.	19 déc.	G.	F. de 33 ans. Primipare ayant des fibr. Trav. de 81 h. Enf. mort le lend. de la naiss.

Nombre total des rétrécissements du bassin, du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897.

Femmes..... 97 { Femmes sorties bien portantes..... 93 ; Femmes mortes..... 4

Enfants sortis bien portants..... 86

— mort-nés..... 8

— macéré..... 1

— morts après la naissance..... 2

Accouchements spontanés : 77.

Accouchements artificiels : 20 {
- 7 symphyséotomies.... { 6 femmes vivantes. ; 1 femme morte.
- 1 opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (Porro).
- 2 gastro-hystérectomies. { 1 femme vivante. ; 1 femme morte.
- 3 applications de forceps. { 1 femme vivante. ; 2 enfants vivants.
- 1 version par manœuvres internes.
- 6 basiotripsies sur enfants morts.

}

4 femmes ayant été symphyséotomisées ont accouché spontanément.

Femmes mortes.

1 femme symphyséotomisée (n° 87), grande albuminurique.

1 femme, gastro-hystérectomie (n° 180), grande albuminurique. Tumeur fibreuse.

1 femme, accouchem. spontané (n° 558), amenée du dehors infectée.

1 femme, forceps (n° 1410), éclamptique.

Enfants morts.

1 (271). Basiotripsie. Enfant mort à l'entrée dans le service.

2 (282). Basiotripsie. Enfant mort à l'entrée dans le service.

3 (428). Basiotripsie. Enfant mort avant la dilatation complète ; du dehors.

4 (826). Acc. spontané. Enfant mort-né ; femme du dehors.

5 (972). *Id.* Enfant étouffé par sa mère 3 jours après sa naissance.

6 (1273). *Id.* Enfant macéré.

7 (1444). Basiotripsie. Forceps en ville. Enf. mort à l'arrivée.

8 (1731). Basiotripsie. Enfant mort à l'arrivée.

9 (2119). Acc. spontané. Femme du dehors.

10 (2123). Basiotripsie. Forceps en ville. Enf. mort à l'arrivée.

11 (2164). Forceps. 4 jours de travail. Fibromes. Enfant mort le lendemain de la naissance. Énorme lésion du crâne. Suffusions sanguines.

DE L'ISCHIO-PUBIOTOMIE OU OPÉRATION DE FARABEUF (1)

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie une femme sur laquelle j'ai été amené à pratiquer une opération nouvelle, je veux dire une *ischio-pubiotomie*.

Voici tout d'abord le résumé de l'histoire de cette opérée :

Femme Trémoulet, née à la Rochelle, âgée de trente-deux ans, dont les antécédents héréditaires sont sans intérêt. Comme antécédents personnels, je dois noter que, née à terme et nourrie au sein, elle commença à marcher à dix-huit mois, mais elle fut à ce moment obligée de rester au lit pendant dix mois, c'est-à-dire jusqu'à vingt-huit mois, pour une affection qu'il est impossible de diagnostiquer rétrospectivement. Ensuite la marche redevint possible, mais l'état général resta débile jusqu'à l'âge de quatorze ans. Voici maintenant ses antécédents obstétricaux :

En 1886-87, première grossesse exempte d'accidents ; arrivée au terme de sa grossesse cette femme se fit recevoir à la Maternité de l'hôpital Cochin où elle entra en travail le 1er mai 1887. Voici les renseignements qui m'ont été donnés par mon collègue M. Bouilly sur l'accouchement de cette femme : premières douleurs, deux heures du matin le 1er mai; rupture spontanée des membranes à sept heures du soir. Présentation du sommet en O.I.D.A. Procidence du cordon. Application de forceps

(1) *Bull. Acad. de méd.*, 1893, t. XXIX, n° 2, p. 27.

infructueuse. Version par manœuvres internes. Basiotripsie tête dernière. L'enfant était un garçon pesant 4120.

En 1887-88, deuxième grossesse, grossesse normale. Un peu à cause de sa santé parfaite, beaucoup à cause de la crainte que lui inspirait un examen médical, cette femme attendit jusqu'au huitième mois et vint à la Maternité de Lariboisière que je dirigeais alors, le 28 mai 1888. M'appuyant tout d'abord sur certaines particularités extérieures du corps, je portai le diagnostic de bassin oblique ovalaire et le lendemain, pour confirmer mon diagnostic, je pratiquai le toucher manuel pendant l'anesthésie et je reconnus que le côté droit du bassin était aplati et que, selon toute probabilité, il y avait synostose ou ankylose de l'articulation sacro-iliaque du côté droit. Ayant trouvé le promontoire accessible, je résolus de provoquer l'accouchement. Le 31 mai, sous le chloroforme, je commençai par transformer la présentation de la tête en présentation du siège, car l'occiput était primitivement en rapport avec le côté étroit, et je pratiquai la version par manœuvres externes de façon à ramener le siège en bas et le dos à gauche pour permettre à la tête de se mettre pendant le dégagement en rapport avec le côté large. Le siège étant ainsi fixé, je provoquai l'accouchement. A sept heures du soir, la dilatation étant complète depuis deux heures, je procédai à l'extraction. Le tronc fut assez facilement dégagé, mais je fus obligé de me faire aider pour extraire la tête. Avec le concours de M. Varnier, qui était mon interne, nous eûmes recours à la manœuvre de Champetier de Ribes et pûmes alors extraire la tête. L'enfant naquit étonné, mais ne tarda pas à crier. Cet enfant mourut à cinq mois.

En 1889-90, troisième grossesse, qui se termina à Tulle le 25 mai 1890 et qui présenta les particularités suivantes, au dire de la femme Trémoulet. Une sage-femme rompit les membranes. Un premier médecin fit cinq applications de forceps. Un deuxième en fit une sixième, aussi infructueuse que les autres. Il pratiqua alors la version et dégagea le tronc, mais la tête ne s'engagea pas, malgré des tractions très énergiques. La

crâniotomie, tentée, ne réussit pas. Une septième application de forceps échoua également. C'est alors que le tronc ayant été enveloppé dans une serviette fut confié au beau-frère qui, appuyant un pied sur le lit, exerça des tractions aussi énergiques qu'il pouvait le faire pendant qu'un médecin tirait sur le maxillaire inférieur et qu'un charretier pressait sur le ventre de la mère de droite à gauche et de haut en bas. Cette trinité synergique triompha enfin de l'obstacle et la tête fut extraite.

En 1891, quatrième grossesse, terminée à la Clinique Baudelocque, le 24 septembre : accouchement provoqué, deux applications de forceps. Procidence du cordon. Enfant mort.

En 1892, cinquième grossesse. Cette femme, ayant eu ses dernières règles du 15 au 20 janvier, vint à la Clinique Baudelocque, le 29 septembre, en me disant que, cette fois, « elle voulait à tout prix un enfant vivant ».

Enthousiasmé par les résultats qui me sont fournis par la symphyséotomie, je songeai tout d'abord à pratiquer chez elle cette opération. Mais la réflexion ne tarda pas à me démontrer que, si le diagnostic que j'avais porté en 1888 était exact, c'est-à-dire s'il y avait ankylose de l'articulation sacro-iliaque droite, les bénéfices fournis par la symphyséotomie seraient probablement insuffisants. J'examinai à nouveau cette femme avec le plus grand soin, j'essayai d'évaluer autant que possible avec précision, l'étendue des différents diamètres de ce bassin. Et mes examens multiples ne firent que confirmer mon premier diagnostic.

Je me trouvais bien en présence d'un bassin oblique ovalaire ankylosé du côté droit et offrant un diamètre promonto-pubien minimum de 8,5 environ. Je savais par ce qui s'était passé antérieurement que ce bassin n'avait jamais laissé passer vivant un enfant à terme. Que devais-je faire ? Trois moyens connus étaient à ma disposition. Provoquer l'accouchement, pratiquer l'opération césarienne ou sectionner la symphyse.

Déjà chez cette femme, deux fois l'accouchement avait été

provoqué. Un seul enfant fut extrait vivant après des opérations multiples (version pelvienne par manœuvres externes. Extraction par les pieds. Manœuvre de Champetier de Ribes). Je me rappelais les dangers courus par cet enfant et les difficultés éprouvées pour l'extraire. Un pareil résultat pouvait encore être obtenu, mais il était loin d'être certain. Aussi j'avais la conviction que, si je provoquais l'accouchement, je tenterais la chance, mais ne ferais pas autre chose.

On pouvait penser à pratiquer l'opération césarienne. C'est même le moyen qui me fut conseillé par le professeur *de Krassowsky*. Notre éminent collègue étant venu à la Clinique Baudelocque pour me voir pratiquer une symphyséotomie, je le priai d'examiner cette femme. Je tenais d'autant plus à avoir son avis que, comme on le sait, le professeur *de Krassowsky* s'est particulièrement occupé du bassin oblique ovalaire. Et il me répondit : il faut faire l'opération césarienne ou la symphyséotomie.

Mais, en pratiquant l'opération césarienne, si j'étais à peu près certain de sauver l'enfant, je faisais courir des risques à la vie de la mère, et moi, je ne le voulais à aucun prix.

Restait la symphyséotomie, pouvant être pratiquée, soit à terme, soit comme complément de l'accouchement provoqué.

Ainsi que je l'ai déjà dit, étant données les dimensions du bassin, la symphyséotomie pratiquée à terme ne pouvait me donner un agrandissement suffisant pour laisser passer la tête, un seul côté du bassin pouvant s'ouvrir après la section de la symphyse. Pratiquer la symphyséotomie après avoir provoqué l'accouchement, me donnait la certitude d'un agrandissement suffisant, mais chacun sait combien, surtout dans les bassins asymétriques, les procidences sont à craindre. Et je redoutais la reproduction de la procidence du cordon, qui avait été cause de la mort de l'enfant lors du deuxième accouchement provoqué chez cette femme.

En somme, je n'avais aucun moyen me permettant de n'exposer ni la vie de la mère ni celle de l'enfant.

C'est alors que je demandai à mon maître et ami le professeur Farabeuf de rechercher s'il était possible de faire quelque chose pour sortir de cette impasse angoissante. Et le 25 octobre, il m'écrivait : « Depuis aujourd'hui quatre semaines, je suis dans le bassin, mesurant, calculant, traçant, supposant toujours que je m'étais trompé. Mon dernier calcul me redit une fois de plus la même chose, à savoir que si le bassin de votre femme de Baudelocque mesure seulement 80 millimètres de promonto-pubien (je lui avais dit 85), l'ischio-pubiotomie laissera passer une tête plus grosse que nature ; j'espère donc que si vous libérez bien les os, l'enfant vous tombera dans les mains. » Et il me donnait, avec sa précision ordinaire bien connue, tous les détails du manuel opératoire de l'ischio-pubiotomie.

Sachant qu'en pratiquant cette opération je ne lésais aucun organe maternel important, ayant une confiance absolue dans les calculs et les résultats obtenus par M. Farabeuf, m'étant familiarisé sur le cadavre avec l'ischio-pubiotomie, je résolus d'attendre chez la femme Trémoulet le travail spontané et à terme et de pratiquer cette opération.

Les premières douleurs apparurent le 8 novembre, à trois heures de l'après-midi ; le 9 novembre à cinq heures du matin, je commençais l'opération, et après avoir scié successivement la branche ischio-pubienne et la branche horizontale du pubis du côté ankylosé et à 5 centimètres de la ligne médiane, j'appliquais le forceps de M. Tarnier au-dessus du détroit supérieur, et sans tirer, pour ainsi dire, j'amenais un enfant vivant pesant près de 4 kilogr. (3,970 gr.).

L'opération fut relativement facile et je n'eus de difficulté que pour passer la scie à chaîne destinée à couper la branche horizontale du pubis. Avec une aiguille convenable, cette difficulté disparaîtra.

Il s'écoula si peu de sang, que je n'appliquai aucune pince hémostatique. Je ne décrirai pas ici le manuel opératoire en détail, car cela a été fait dans le mémoire intitulé *Ischio-*

pubiotomie et que j'offre à l'Académie de la part de l'auteur, le professeur Farabeuf.

L'écartement spontané aussitôt après la section de la branche ischio-pubienne, et de la branche horizontale du pubis, fut de 2 centim. 6, pendant l'extraction, et fut porté à 4 centim. au moins.

Après la délivrance, je n'eus pas à faire de suture osseuse, comme j'étais disposé à le faire si les os étaient restés écartés. Mais je trouvai les surfaces de section tellement en contact, que je me contentai de pratiquer la suture des parties molles et de placer la femme dans le lit où je place les symphyséotomisées. Les suites furent très simples, et il ne se produisit comme complication qu'une eschare au niveau de la région sacrée, eschare due au décubitus dorsal prolongé. Le 17 novembre, les fils furent enlevés : la plaie était réunie par première intention. Le 20, la femme Trémoulet put s'asseoir dans son lit sans éprouver de douleur. Le 19 décembre elle se leva pendant deux heures, et aujourd'hui elle se tient debout et marche sans difficulté, comme vous pouvez le constater.

Quant à l'enfant, il pèse aujourd'hui près de 11 livres.

En terminant cette communication, j'ajouterai qu'il me paraît de toute justice de remplacer le titre peu euphonique d'Ischio-pubiotomie par celui d'*opération de Farabeuf*.

DES SOINS A DONNER AUX FEMMES EN COUCHES (1)

On peut le dire sans être taxé d'exagération, le médecin est presque toujours tout-puissant pour *prévenir*, il l'est beaucoup moins pour *guérir*. Aussi, en médecine, chirurgie ou obstétrique, faisons-nous tous nos efforts pour *prévenir ;* c'est pour cette raison que j'ai pensé que ma première leçon devait être consacrée à vous exposer les précautions, les mesures que nous prenons à la clinique, pendant la puerpéralité ; puis, cela fait, je vous exposerai les résultats obtenus par notre manière de faire, du 1er janvier 1894 à l'heure actuelle. Ces résultats, d'ailleurs, ne diffèrent pas de ceux obtenus les années précédentes.

L'étude que je veux faire sera aussi simple, aussi succincte et aussi précise que je le pourrai, et ce faisant, j'estime que je vous rendrai un service important ; car, à l'heure actuelle, étant donnés les nombreux moyens qui ont été proposés contre l'infection, vous pouvez être fort hésitant dans la pratique. C'est ainsi que dans le dernier travail de Tarnier, sur l'antisepsie obstétricale, vous trouverez énormément de bonnes choses ; il faut que vous lisiez ce livre. Il n'a pu être écrit que par l'homme qui le premier s'est occupé, d'une façon constante, de supprimer l'effroyable mortalité de nos parturientes et qui, depuis trente ans, n'a cessé de penser à ce sujet.

Seulement, même après avoir lu ce livre complet, il peut vous rester quelque doute sur le moyen à choisir, et c'est pour supprimer ce doute que je désire vous exposer, avec la plus grande simplicité, ce qui me suffit dans ma pratique.

Cela dit, je prends une femme qui nous arrive pour accou-

(1) *Bull. méd.*, 1894, p. 995.

cher. Cette femme peut se trouver au début du travail ou dans une période d'expulsion.

Lorsqu'elle arrive au début du travail, un premier soin que nous ne négligeons jamais, c'est de la mettre au bain simple, additionné de carbonate de soude aromatisé. Sortie du bain, elle est conduite dans son lit, recouverte d'une chemise sortie de l'étuve (ses vêtements ne lui sont rendus qu'après avoir passé également à l'étuve). Puis on fait la toilette des organes génitaux et l'on pratique une injection vaginale antiseptique. Cette injection est faite aussi bien pour la femme que pour l'enfant, l'asepsie du vagin avant l'accouchement pouvant supprimer pour ce dernier de nombreuses causes d'infection sur lesquelles il est inutile d'insister.

La substance antiseptique dont je me sers depuis longtemps est le biiodure de mercure à 1 pour 4000.

Cet antiseptique n'est pas apprécié très favorablement dans le livre dont je parle ; mais, dans ma pratique, il m'a toujours donné d'excellents résultats. Je n'en adopterai un autre que lorsque j'aurai trouvé qu'il surpasse le biiodure.

Ces injections, pratiquées pendant la grossesse, ont été considérées comme susceptibles de provoquer une expulsion anticipée du fœtus. Jacquemier, en particulier, a accusé ces injections d'être convulsivantes, et, à ce titre, de prédisposer à l'accouchement prématuré. Il n'en est rien.

A l'époque où je provoquais souvent des accouchements prématurés pour des bassins rétrécis, j'ai pratiqué ces injections avec une grande persistance, et jamais je n'ai pu faire naître une contraction utérine. S'ensuit-il que toutes les femmes doivent prendre des injections pendant la grossesse? je ne le dis pas, mais elles peuvent le faire, et, en tous cas, ces injections antiseptiques doivent être faites avant l'accouchement.

Sans distinctions, nous touchons, de temps à autre, toutes les femmes en travail. On a prétendu que cette manœuvre était dangereuse ; l'on a même cité des statistiques semblant montrer que les femmes touchées pendant l'accouchement donnaient une

proportion plus grande de morbidité et de mortalité. Ce n'est pas mon avis ; et cela aussi bien pour l'hôpital que pour ma clientèle privée, car ma conduite est la même dans les deux cas.

La raison en est simple. Le toucher, cela est vrai, peut infecter les femmes si les précautions que je vais vous indiquer ne sont pas prises, mais ce danger disparaît totalement lorsque les précautions sont prises ; par contre, l'accoucheur qui suit le travail avec le doigt est tranquille au sujet de certaines complications possibles, que l'on ne peut diagnostiquer lorsqu'on ne les sent pas. Dans ce nombre, je range les procidences du cordon, par exemple.

Toutefois, vous ai-je dit, il faut rendre ce toucher inoffensif. Lavage des mains, cela va sans dire, aussi complet que possible, et en particulier, soins du côté des ongles qui doivent être extrêmement courts. Nous sommes bien loin de l'époque où l'on considérait la saillie exagérée de l'ongle chez l'accoucheur comme une condition indispensable pour rompre les membranes à l'occasion. Lorsque cette indication se présente, nous avons d'autres moyens d'action bien préférables.

Le doigt doit être enduit d'un corps gras, la vaseline mêlée à une substance antiseptique, par exemple. Mais pour que cette vaseline ne soit jamais infectée, il faut que le petit vase qui la contient soit placé dans une bassine remplie d'un liquide antiseptique. Le doigt bien lavé et non essuyé (car les linges employés pour cet usage peuvent être une cause d'infection nouvelle), pour se graisser, est obligé de traverser, à l'aller et au retour, une couche antiseptique destinée à éviter de toucher les parties génitales — d'ailleurs maintenant très propres — lavées au savon et au biiodure. On ne peut, il est vrai, éviter complètement les poils, car il ne faut pas, bien entendu, songer à raser nos parturientes, mais on peut réduire au minimum le contact de ces poils. Il faut bien le savoir, on ne peut atteindre la perfection, il suffit de s'en rapprocher le plus possible.

Si le travail traîne, nous ne craignons pas de prescrire des injections vaginales pour favoriser l'expulsion. Il va sans dire

que les manœuvres qui se font pendant le temps du travail doivent l'être avec des mains maintenues complètement aseptiques par des lavages fréquents dans des liquides antiseptiques.

L'enfant expulsé, vous avez appliqué, sur les organes génitaux, de la ouate, de l'étoupe antiseptique et, dès que l'enfant est séparé de la mère, nouvelle injection vaginale.

Ces injections, après l'accouchement, ne sont pas plus dangereuses que celles que l'on fait pendant la grossesse, mais il faut, pour qu'il en soit ainsi, des précautions particulières.

La canule vaginale, guidée par le doigt, ne doit pas pénétrer à plus de trois à quatre centimètres, et le réservoir qui contient l'eau ne doit pas être élevé de plus de 20 à 25 centim. Vous verrez très souvent les gardes-malades lever le réservoir à bout de bras ; c'est une faute : la pression liquide énorme qui résulte de cette manœuvre suffit pour provoquer un traumatisme dans les parties génitales de la nouvelle accouchée. Il ne s'agit pas pour cette femme d'une injection véritable, mais d'un simple rinçage du vagin, destiné à le débarrasser des caillots et des quelques microbes qui ont pu s'introduire malgré les précautions prises.

Je ne fais rien de plus que ce que je viens de dire. M. Tarnier conseille une injection intra-utérine. Les statistiques de son service montrent qu'il obtient de la sorte d'excellents résultats ; je suis loin de nier l'excellence de ces statistiques, mais mes parturientes, en général, ne reçoivent pas d'injection intra-utérine et elles guérissent tout aussi bien. Or, je ne vois pas qu'il soit nécessaire de faire une opération, si minime fût-elle, lorsqu'elle est inutile. Si j'avais de moins bons résultats que ceux qui font ces injections, je les pratiquerais ; comme il n'en est rien, je m'abstiens. D'autant plus que, sans danger lorsqu'elles sont faites dans la perfection, ces injections sont fort dangereuses lorsqu'elles sont faites sans précautions suffisantes. La femme peut être exposée à un contact suspect par la sonde, et en voulant faire mieux je crains qu'on ne fasse souvent mal.

Cependant, il ne faut pas être absolu : les injections intra-utérines, inutiles dans les cas ordinaires, sont bonnes dans le cas

suivant : quand la femme a été confiée à vos soins au moment de l'expulsion ; chez elle, en effet, il est probable que le vagin n'a pas été aseptisé avant l'accouchement. Je ne puis pas être sûr de ce vagin, et son infection possible est susceptible de devenir une cause d'infection intra-utérine.

L'injection doit être faite jusqu'à ce que le liquide ressorte clair ; le vagin doit être transformé en une véritable fontaine Wallace. Les organes génitaux sont ensuite protégés avec de la ouate antiseptique et la malade est renvoyée dans son lit. A partir de ce moment les injections sont supprimées et on ne fait plus que des lavages des organes génitaux externes matin et soir ; à moins que les lochies deviennent fétides, car dans ce cas nous revenons aux injections vaginales, et s'il en est besoin, aux injections intra-utérines.

Les inconvénients des injections vaginales répétées, je ne saurais trop insister à ce sujet, ne résultent pas de l'injection elle-même. Si nous étions comme les chirurgiens qui renouvellent leurs pansements tous les huit jours, il nous serait pratiquement facile de faire ces injections nous-mêmes, et nous pourrions être tranquilles sur les suites, mais renouveler nous-mêmes ces injections deux fois par jour n'est possible à aucun de nous ; or, il peut être dangereux, à un moment donné, de confier la petite manœuvre à une personne qui n'a pas toujours l'expérience et l'habileté voulues.

La nourriture de l'accouchée est une grosse chose, très difficile à obtenir dans certains milieux : donner à une accouchée récente son chocolat, sa côtelette, ses œufs, paraîtra bien souvent étonnant aux gens du monde, et cela n'a rien d'extraordinaire. J'étais encore chef de clinique d'obstétrique que j'entendais tous les jours mon Chef prescrire aux nouvelles accouchées : bouillon, potage et deux litres de tisane de tilleul. Était-il bien utile de prescrire cette diète relative ? Je ne le crois pas. Pour vous en convaincre, voyez la physionomie de nos nouvelles accouchées qui mangent comme tout le monde !

Il est une autre mesure sur laquelle je crois devoir appeler

tout particulièrement votre attention : c'est que nous ne gardons pas assez longtemps nos nouvelles accouchées.

Une femme qui nous quitte au bout de cinq à six jours n'est pas une femme valide ; elle n'est pas malade, c'est vrai, mais, plus qu'une autre, elle est exposée à toutes sortes d'infections. On vous dira qu'à la campagne elles ne restent alitées que trois à quatre jours. C'est possible ; toutefois, interrogez les médecins exerçant dans les pays où les accouchées reprennent leurs occupations le quatrième ou le cinquième jour, et vous apprendrez bien vite que, chez ces femmes, les prolapsus, les hémorrhagies, les salpingites, les ovarites sont d'une grande fréquence.

Il est vrai que malheureusement nous sommes désarmés contre l'inconvénient qui résulte du départ précipité de nos femmes. Remédier aux nécessités, aux obligations sociales qui obligent ces malheureuses à nous quitter, n'est pas notre fait, mais chacun de nous, dans la mesure de ses moyens, doit faire tous ses efforts auprès des pouvoirs publics et de l'Assistance publique pour que l'on prenne le plus rapidement possible des mesures. Nous ne pouvons rien dire à la femme qui nous quitte, parce que son ménage, ses autres enfants l'appellent. Et cependant, nous savons bien la fatigue, les infections diverses auxquelles cette malheureuse va être exposée, au grand détriment de sa santé et quelquefois de sa vie !

Maintenant que vous connaissez ma pratique, voyons quel en a été le résultat du 1er janvier 1894 à ce matin, 8 novembre 1894. Ce résultat est d'ailleurs semblable à celui que nous avons obtenu dans les dernières années.

Nous avons reçu 1,846 femmes venues pour accoucher ou avorter. 1,839 sont sorties saines et bien portantes ; sept sont mortes, et je comprends ici ma mortalité générale ; dans ce nombre, se trouve une grossesse extra-utérine. La malade ne put être opérée ; elle est morte d'embolie en s'asseyant dans son lit. Voici d'ailleurs les causes de ces sept morts :

1° Éclampsie post-puerpérale ;

2° Femme arrivée non accouchée avec T. 39°, à son entrée. Septicémie ;

3° Femme arrivée après quatre tentatives de forceps, T. 38°,5 ; saleté repoussante, symphyséotomie, septicémie ;

4° Grossesse extra-utérine dont j'ai parlé ;

5° Femme apportée en travail depuis deux jours, membranes rompues, T. 38°,5. On a pratiqué la symphyséotomie, l'enfant est vivant. Septicémie ;

6° Éclamptique amenée dans le coma ;

7° Éclampsie *post-partum*.

Ce sont donc trois cas d'infection dans l'année, mais ces femmes avaient toutes été infectées au dehors. Aucune de nos malades n'a été infectée ici.

Je suis particulièrement fier de cette heureuse constatation : je ne veux cependant pas en revendiquer le mérite pour moi tout seul.

C'est en grande partie au zèle, au dévouement de tous mes collaborateurs que l'on doit ces résultats. Tous, sans exception, avaient conscience qu'ils avaient la vie ou la mort de leurs malades au bout des doigts ; sans défaillance, sans oubli, sans négligence d'aucune sorte, ils ont tous lavé leurs mains, et je suis fier de les remercier publiquement.

Je dois ajouter que toutes les fois qu'un élève quelconque du service touche une malade, cet élève est responsable des suites de couches pathologiques. J'estime, en effet, que les accidents puerpéraux infectieux sont, le plus souvent, le résultat d'une faute contre l'antisepsie.

DES RAPPORTS DE L'OBSTÉTRIQUE AVEC LA MÉDECINE LÉGALE EN 1897 (1)

Messieurs,

Vous savez qu'un professeur de clinique n'a pas de programme défini à l'avance. A lui de discerner et de choisir, le plus souvent parmi ce que lui fournit le hasard, les faits qui peuvent être utiles à son enseignement. Aussi, je ne crois pouvoir mieux faire qu'en traitant devant vous aujourd'hui, cette question toute palpitante d'actualité, et que nous appellerons, si vous le voulez bien : Des rapports de l'obstétrique avec la médecine légale en 1897.

D'aucuns penseront peut-être que je manque de discernement et que je choisis mal le lieu et le moment pour faire une semblable étude. A ceux-là, je réponds par avance que c'est un sujet clinique par excellence, puisque l'observation que je vais vous exposer, et qui me servira de thème, vous montrera une malheureuse accouchée sur son lit de douleur et son accoucheur couché ensuite sur son lit de misère, si l'on peut appeler ainsi le lit de la prison ; donc, ce faisant, je ferai de l'enseignement clinique.

Quant au moment, je le juge absolument favorable, opportun, et je me reprocherais de laisser passer l'occasion qui m'est offerte; je faillirais à ma tâche, selon moi, si je ne m'efforçais au plus tôt de parer au danger qui menace les médecins en général et les accoucheurs en particulier.

(1) Leçon de réouverture du cours de Clinique obstétricale faite le 8 novembre 1897.

Vous devinez tous déjà que je vais vous entretenir de l'accouchement de la dame Fresquet, de l'arrestation, de la détention préventive et de la condamnation du Dr Laporte, et vous avez raison.

Je veux, en effet, vous montrer sous toutes ses faces les rapports qui existent entre cet accouchement et cette condamnation. Et j'espère vous démontrer qu'il n'est pas, à l'heure actuelle, de question plus grave pour le corps médical et pouvant avoir des conséquences plus désastreuses pour les malades.

Cette exposition, je désire vous la faire aussi simplement et aussi clairement que possible. Je veux que vous ne rencontriez dans mes paroles que l'accent d'un homme convaincu, passionné pour la recherche de la vérité et le triomphe de la justice.

Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, je vous demande la permission de répondre à trois reproches qui, par des voies et moyens différents, m'ont été adressés, soit directement, soit indirectement.

De bons esprits, peu ou mal au courant de ce qui, au point de vue de l'enseignement obstétrical, se faisait autrefois dans les Facultés de médecine, et de ce qui s'y fait aujourd'hui, ont pensé tirer une moralité pratique de cette observation tragique. Dans toute cette affaire, à les entendre, ce sont les Facultés de médecine qui sont responsables ; « elles contribuent, par la surproduction des diplômes, à l'encombrement de la profession médicale », et, « un point d'interrogation se dresse au point de vue de la garantie des diplômes délivrés par nos Facultés de médecine » (1). « Un fait récent est venu mettre en relief l'insuffisance de la Faculté » (2).

Ce premier reproche, vous le voyez, constitue simplement une accusation. Aussi, dois-je y répondre. Car, d'une part, il me met en cause, comme membre de la Faculté, particulièrement chargé de « l'éducation professionnelle spéciale des futurs

(1) Voir « A propos d'un accouchement tragique ». *La Revue philanthropique*, octobre 1897.

(2) Des services d'accouchements à Paris, in *Progrès médical*, 6 novembre 1897.

médecins », c'est-à-dire de l'enseignement obstétrical; et, d'autre part, il m'est adressé par des personnes dont l'esprit est généralement porté vers les idées généreuses et philanthropiques, et dont le concours dévoué a été efficace dans maintes circonstances pour la réalisation de nombreux progrès.

Je ne m'arrêterai pas à discuter les questions surproduction de diplômes et encombrement. Ces questions, pour importantes qu'elles soient, n'ont rien à faire ici. Ce qui doit m'arrêter, ce qui seul est grave, c'est l'accusation formulée contre les Facultés de donner un enseignement obstétrical insuffisant. Peut-être déjà avez-vous le droit de vous étonner de cette accusation, vous qui êtes sur ces bancs, vous qui prenez si activement part à notre labeur quotidien ! Mais que vont en penser ceux qui, il y a vingt ans et plus, à l'époque où l'on ne se plaignait ni de surproduction ni d'encombrement, ont conquis leur diplôme? Quel démenti pour moi que cette accusation ! Moi qui, ici même, disais en inaugurant cette chaire, il y a quelques années : « Celui qui, dans le siècle prochain, dépouillera les Archives de la Faculté, trouvera à chaque pas l'esprit de réformes, de progrès, de sollicitude constante pour les élèves qui anime la Faculté de médecine (1). » Néanmoins, pour réfuter cette accusation, je n'ai qu'à exposer les deux termes qui pourront servir à établir une comparaison.

Il y a vingt ans, pour apprendre les accouchements, les étudiants de la Faculté de médecine de Paris avaient un cours théorique fait pendant quatre mois de l'année; une seule clinique d'accouchements, qui leur était fermée la nuit. Comme sanction, un seul examen portant sur les accouchements. Le résultat? Je l'ai écrit et publié en 1881, avec l'autorisation du Doyen. Le voici : « *nombre d'élèves sont reçus docteurs qui n'ont jamais examiné une femme, ni assisté à un accouchement* (2) ».

Et *aujourdhui?* Cours théoriques faits pendant toute l'année.

(1) *L'enseignement de l'obstétrique autrefois et aujourd'hui* (1890). Voir 1re leçon de ce recueil.

(2) *Progrès médical*, 1891.

Manœuvres obstétricales instituées par le professeur Farabeuf où se répètent toutes les opérations, organisées depuis près de dix ans et n'ayant cessé d'être faites chaque année. Stage obligatoire pendant un mois dans une clinique d'accouchements. Obligation pour chaque élève d'avoir pratiqué au moins deux accouchements. Comme sanction, deux examens portant sur les accouchements. J'ajoute que jamais la Faculté, que je sache, n'a empêché les élèves de suivre les nombreux services d'accouchements dans les hôpitaux. Comparez et jugez. Et je puis dire que ce qui a été fait à Paris l'a été également dans toutes les Facultés de France.

Ainsi, il faut qu'on le dise, qu'on le répète, qu'on le sache partout : jamais les études obstétricales n'ont été ce qu'elles sont aujourd'hui. Jamais on n'a tant fait pour les élèves, jamais ils n'ont eu autant de moyens de s'instruire.

Est-ce à dire qu'on ne puisse, qu'on ne doive faire mieux? Assurément non. Mais, si la perfection n'est pas atteinte, ce n'est pas la faute de la Faculté. Et j'espère bien que de cette démonstration, on tirera cette moralité à laquelle on avait déjà songé, à savoir que pour bien parler d'une chose il faut la bien connaître, et que, mieux renseignés, ceux qui ont accusé la Faculté lui donneront, comme amende honorable, leur puissant concours afin de hâter la réalisation de son ardent désir qui est de rendre les études obstétricales plus complètes encore.

Le deuxième reproche m'a été adressé, directement, par mes meilleurs amis, et même par d'autres. Il me concerne personnellement. Le voici :

Dans ma lettre aux Internes, lettre inspirée par la joie de les voir vibrer d'une si généreuse solidarité, j'ai écrit : « *dans cette lutte avec la magistrature* ». J'ai eu l'audace, l'imprudence, j'ai commis la faute de parler de lutte avec la magistrature ! Eh bien, oui, je le reconnais ; et même j'ajoute que je l'ai fait avec intention. Je suis certain de n'avoir, en écrivant ces mots, ni compromis l'accusé, ni compromis la cause que je défends.

En disant lutte avec la magistrature, je n'ai jamais entendu

parler de *toute la magistrature*. J'ai voulu dire et je dis : lutte avec la magistrature qui, comme je vais vous en donner la preuve dans un instant, sortant de son rôle, se livre à *l'exercice illégal de la médecine légale*.

Enfin, un troisième et dernier reproche (on m'en a adressé bien d'autres, même sous le couvert immonde de l'anonymat, mais à ceux-là je n'offre que mon dédain ou mon mépris) ; un troisième reproche, dis-je, émané tout d'abord du ministère public, puis reproduit ensuite, est le suivant : « *Mes efforts tendent à faire proclamer l'infaillibilité, l'inviolabilité, l'irresponsabilité médicales !* »

Je réponds à cela que je défie quiconque de trouver dans mes paroles, mes écrits et mes actions, quoi que ce soit qui puisse autoriser une semblable accusation. Non, aucun homme n'est à l'abri de l'erreur. Le médecin n'est pas infaillible ; il ne peut et ne doit pas être plus irresponsable qu'un autre. Les fous sont seuls irresponsables, a-t-on dit, et je suis de cet avis. Je n'ai jamais réclamé ce privilège pour le médecin. C'est vous qui traitez les médecins en irresponsables, puisque vous les privez de leur liberté !

Ce que j'ai réclamé, ce que je réclame, et je m'en fais gloire, c'est le libre et plein exercice du droit que donne le diplôme ! Et la preuve que, pour moi, l'infaillibilité médicale n'existe pas, c'est que je vais, dans un instant, accuser d'insuffisance : qui ? Hélas, un médecin. Je dis hélas ! Mais je dis aussi avec Pajot : « Les devoirs confraternels s'effacent devant les droits de la vérité (1). »

Ceci dit, j'entre dans le vif du sujet, et je crois nécessaire, au risque de répéter devant vous des choses que vous savez déjà, de vous rappeler d'abord ma déposition à l'audience de la neuvième chambre :

Je me suis exprimé ainsi :

« Le docteur Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et

(1) PAJOT. Lettre à un avoué de province à propos d'une consultation sur un cas d'avortement, in *Travaux d'obstétrique*, p. 507.

notamment en pratiquant la crâniotomie, est accusé d'avoir, en employant un instrument défectueux, agi avec maladresse et inhabileté et provoqué involontairement des lésions ayant entraîné la mort.

« Pour juger la valeur d'une telle accusation, il est nécessaire, indispensable de faire revivre l'observation. Je vous demande la permission de le faire. (Assentiment de M. le Président.)

« Le 11 septembre, à onze heures et demie du soir, le Dr Laporte arrivait près de la dame Fresquet. Il apprenait par une sage-femme que cette dame était en travail depuis quarante-huit heures, que l'œuf était rompu depuis l'après-midi, que le cordon faisait procidence à la vulve et que l'enfant se présentait par la tête. Il apprenait, de plus, que la parturiente était accouchée déjà cinq fois, quatre fois à l'aide du forceps, et une fois spontanément. On lui disait, enfin, que la dame Fresquet, accouchée précédemment à l'hôpital, ne voulait pas y retourner et voulait accoucher chez elle.

« Que fait alors, et dans ces conditions, le Dr Laporte ?

« Il ausculte, il prend le cordon entre les doigts, essayant d'entendre ou de percevoir les pulsations fœtales, afin de savoir si l'enfant est vivant ou mort, la sage-femme lui ayant dit qu'un quart d'heure avant l'enfant était encore probablement vivant. Il n'est pas sûr de son auscultation, il ne peut affirmer qu'il n'a pas perçu de pulsations, et alors il pense qu'une application de forceps doit d'abord être tentée. Cette opération, il avait le droit et le devoir de la faire. Il envoie chercher du chloroforme, et, en attendant, place dans un bassin rempli d'eau bouillante son forceps : un forceps dit de Levret, tout neuf. Vous l'avez là devant vous. Avec l'aide de la sage-femme, il procède à l'anesthésie ; puis il place la dame Fresquet dans la position obstétricale, en travers du lit, les deux jambes sur des chaises, comme on doit les placer, et pratique une première application de forceps. Il tire ; la tête ne descend pas. Pensant que sa prise, quoique solide, n'est pas bonne, il désar-

ticule, retire son instrument et procède à une deuxième application. Mais, cette fois, il ne peut articuler. Alors il retire les branches, et a recours à une troisième application. Cette fois il place les cuillers comme il le désire, articule et tire. Mais quoiqu'ayant solidement saisi la tête, celle-ci reste immobile ; un obstacle insurmontable l'empêche de passer : le bassin est rétréci.

« En face de ce rétrécissement infranchissable, et ayant acquis la certitude que l'enfant était mort, le Dr Laporte pense que la crâniotomie s'impose. A ce moment, il pouvait faire l'une de ces trois choses :

« Ou bien s'en aller et abandonner la femme. Ou bien s'attacher au forceps et tirer comme un bœuf, en risquant de produire des lésions graves. Ou bien faire la crâniotomie.

« C'est ce dernier parti qu'il prit. C'est-à-dire qu'il se conduisit comme un accoucheur vieilli sous le harnais obstétrical, en considérant l'enfant mort comme un corps étranger, pouvant et devant être mutilé, afin de faciliter son extraction sans nuire aux organes maternels. Cette nouvelle opération, il avait également le droit et le devoir de la pratiquer. Il en avait le droit de par ses études, de par son diplôme. Il en avait le devoir, car cette femme, abandonnée à elle-même, serait morte sans avoir pu accoucher.

« Pour pratiquer la crâniotomie, le Dr Laporte s'est servi tout d'abord d'un instrument destiné à cette opération. Il dévissa la branche de son forceps, qui porte, comme vous le voyez, une pointe aiguë devant pénétrer dans le crâne. (A ce moment, le prof. Pinard prend sur la table, où sont les pièces dites à conviction, le forceps dont s'est servi le Dr Laporte et montre au Tribunal la pointe acérée destinée à perforer le crâne.)

« Il est probable que la pointe, après avoir perforé la bosse séro-sanguine, qui devait être ici considérable, rencontra des os très durs, et que la tête mobile, mal maintenue, fuyait devant l'instrument. Je dois vous dire, Messieurs, que dans certains cas, les os étant très ossifiés — et ils devaient l'être ici, bien

que le rapport d'autopsie n'en parle pas — la tête fuit facilement devant l'instrument ; il faut la maintenir avec beaucoup de force, ce qui est parfois extrêmement difficile. J'ai vu entre les mains des plus habiles, des plus grands maîtres, des difficultés presque insurmontables avec des instruments dont la pointe était mal acérée. Bref, le Dr Laporte ne peut pénétrer dans le crâne avec le crâniotome de la branche du forceps. Ne voulant pas opérer avec violence, il demanda alors au mari de la dame Fresquet s'il n'aurait pas un instrument pointu à sa disposition. On lui apporta une boîte contenant plusieurs instruments, au milieu desquels il choisit une aiguille à matelas, un ciseau et un marteau. Avec l'aiguille, préalablement trempée dans l'eau chaude, il cherche une fontanelle, et tenez, Messieurs, combien cela était rationnel ! Voici un crâne d'enfant ; je prends l'aiguille dont s'est servi le Dr Laporte et je traverse très facilement l'espace membraneux au niveau de la fontanelle.

« On lui reproche d'avoir employé cette aiguille qu'on considère comme instrument défectueux et trop ténu. Ce reproche, je ne l'admets pas ; car cette aiguille pouvait, aussi bien qu'un bistouri, remplir le rôle pour lequel elle était choisie. Mais la fontanelle était probablement masquée par la bosse séro-sanguine, en tout cas difficile à trouver. Il fit plusieurs tentatives superficielles, comme en témoigne l'autopsie de la tête de l'enfant, puis enfin, la pointe de l'aiguille étant appliquée sur la continuité de l'os, il prit le marteau, afin, par de petits coups frappés sur l'autre extrémité, de la faire pénétrer dans le crâne. Et l'aiguille pénétra. Mais l'ouverture était petite, la substance cérébrale ne sortait pas. Il songe alors au ciseau, et, au moment où il commençait à s'en servir, on le lui arrache des mains.

« Dans ces conditions, au milieu de ces difficultés et de ces obstacles, le Dr Laporte fit une quatrième application du forceps. Les deux cuillers ayant été introduites, il articula ; mais, au lieu de tirer, il rapprocha l'extrémité des manches afin de se servir du forceps comme instrument réducteur devant aplatir la tête. Il procéda, en somme, ainsi qu'on le faisait avant l'in-

vention du céphalotribe. Il réussit relativement puisqu'il détermina une fracture d'un pariétal — fracture notée à l'autopsie de l'enfant — et l'issue d'une petite quantité de matière cérébrale. Et alors, tirant sur le forceps, et les contractions aidant, il parvint à engager la tête et termina l'accouchement.

« La délivrance faite, il ordonna à la sage-femme de faire des injections antiseptiques et quitta la maison, harassé, mais heureux et fier d'avoir pu terminer, dans ces circonstances aussi difficiles, une opération qui devait sauver la femme.

« Si, maintenant, j'examine l'état d'esprit du Dr Laporte pendant la série d'opérations pratiquées par lui dans ces conditions, je suis obligé de reconnaître une volonté éclairée, tenace, étonnante, pour ne pas dire extraordinaire.

« Pratiquant cette opération pour la première fois, je ne vois aucune défaillance. Il faut qu'il ait un tempérament chirurgical particulier, s'appuyant sur des études médicales sérieuses. Et je comprends son étonnement tout d'abord, quand, huit jours après, un juge d'instruction le fait appeler et lui demande compte de ses actes pendant la nuit du 11 septembre ; son chagrin ensuite quand on lui apprend que la dame Fresquet est morte. Conduit à la Morgue, mis en présence du cadavre, il assiste navré à l'autopsie. On lui montre une perforation utéro-vésicale. De plus en plus ému, il se trouble, il balbutie et, en somme, ne peut répondre. Eh bien, Messieurs, je viens répondre pour lui.

« Par cela même qu'on a constaté sur la table d'autopsie une perforation utéro-vésicale et que le Dr Laporte s'est servi d'une aiguille de matelassier pour pratiquer la crâniotomie, faut-il et doit-on en conclure à un rapport nécessaire et fatal entre l'instrument et la lésion? N'est-ce pas reculer d'un siècle de penser ainsi et de dire : il y a une déchirure des organes, on s'est servi d'un instrument qui a produit la déchirure. Est-ce que Levret n'a pas protesté contre cette interprétation à l'époque où l'on attribuait au forceps, instrument nouveau, les lésions des organes du bassin? Est-ce que déjà le grand accoucheur n'avait pas

démontré que plus souvent qu'on ne croyait, dans certaines conditions, les perforations peuvent se produire et exister alors qu'aucun instrument n'a été employé?

« Est-ce que, depuis Levret, les perforations dites spontanées n'ont pas été admises par tous les accoucheurs? Est-ce que Jolly, dans sa thèse en 1870, n'a pas démontré par des chiffres que les perforations spontanées étaient plus fréquentes que les perforations traumatiques, surtout chez les multipares ayant un rétrécissement du bassin? Et justement, la dame Fresquet se trouvait remplir toutes ces conditions, comme je vais essayer de vous le démontrer.

« Je pense que le bassin a été conservé! Je demande à le voir. (Le tribunal déclare ne pas l'avoir...) Je regrette d'autant plus de ne pas le voir que si je me reporte au rapport d'autopsie, je constate que le bassin a été mesuré par déduction, méthode qui peut conduire à des erreurs de deux centimètres, alors que rien n'eût été plus facile de le mesurer mathématiquement. Mais je n'insiste pas, M. le Président, j'aurais bien d'autres remarques à faire que je passe sous silence. Une chose me suffit ; un léger rétrécissement du bassin a été constaté, le bassin a été évalué à neuf centimètres et demi ; je m'en contente, car c'est justement dans le cas de bassins légèrement rétrécis que se produisent le plus souvent les perforations spontanées. Donc, la femme Fresquet avait un léger rétrécissement du bassin ; de plus, elle accouchait pour la sixième fois. Nous avons donc les deux conditions prédisposantes : multiparité et rétrécissement léger. Enfin, je demanderai à mes confrères si le bassin n'était pas épineux? Ils n'ignorent pas l'existence du bassin décrit par Kilian, Depaul et d'autres sous ce nom, c'est-à-dire, Messieurs, un bassin pourvu d'aspérités, d'épines, d'aiguilles osseuses siégeant surtout sur la partie antérieure, au niveau du pubis, et sur lesquelles la tête, violemment projetée par la contraction, vient perforer les organes? Or, je trouve le rapport d'autopsie muet à cet égard.

« *Le Dr Socquet.* — J'ai regardé le bassin, je n'ai pas vu d'aiguilles ; en fait d'aiguilles, je n'ai vu que l'aiguille d'acier. »

« *Le prof. Pinard.* — Et la saillie articulaire postérieure, l'avez-vous regardée? Non, car du premier coup, vous l'avez détruite en disjoignant la symphyse. C'est une pièce qui n'a plus de valeur et qui était de la première importance. »

« Je dis, moi, que tout ici plaide en faveur de la perforation spontanée ; car, en plus des deux facteurs précédents, nous avons la longueur du travail; or, cette femme était en travail depuis 48 heures.

« Autre chose : je lis dans le rapport que les deux perforations vésicales sont sur le même plan horizontal. Or, comment expliquez-vous qu'une aiguille allant de bas en haut ait pu, en perforant la vessie de part en part, produire cette perforation double et *horizontale ?* Il eût fallu pour cela faire manœuvrer l'aiguille horizontalement, ce qui est matériellement impossible.

« Est-ce que cette perforation double et spontanée ne s'explique pas mieux par le mécanisme si clairement indiqué par cette planche que je suis allé chercher dans le musée de la Faculté, planche que M. Maygrier a des raisons particulières de connaître, et qui est la figure demi-schématique, agrandie, donnée par M. Bonnaire dans son mémoire sur les perforations utéro-vésicales?

« Je répète que toutes les probabilités plaident ici en faveur de la perforation spontanée.

« Le grand coupable c'est le bassin, et nous ne l'avons pas.

« Heureusement pour nous, nous avons le rapport du Dr Socquet, où je lis ceci : *Examen de l'appareil génital :* LA VULVE, LE VAGIN, LES CULS-DE-SAC, L'ORIFICE EXTERNE DE L'UTÉRUS SONT INTACTS.

« Messieurs, j'entends déjà le cri de stupeur que va pousser le corps médical tout entier, quand il saura que le médecin qui a fait, chez une femme ayant un rétrécissement du bassin, quatre applications de forceps et des tentatives de crâniotomie, et cela, sans léser ni la vulve, ni le vagin, ni les culs-de-sac, ni l'orifice externe, est accusé d'avoir opéré avec maladresse et inhabileté!

« Messieurs, j'ai pratiqué souvent des opérations semblables, et je n'oserais pas garantir une telle intégrité des organes après cette série d'opérations. J'en appelle à M. Maygrier : pourrait-il répondre d'avoir une intégrité semblable après quatre applications de forceps? Et c'est cet homme que l'on accuse de ne pas avoir conduit ses instruments avec la main? Je dis qu'il était impossible au Dr Laporte d'avoir ainsi pratiqué quatre applications de forceps, sans perforer les culs-de-sac, s'il n'a pas conduit les instruments comme il le fallait.

« Voilà, Messieurs, ce que j'avais à vous dire. Si quelque doute reste encore dans votre esprit, je suis à votre disposition pour le faire disparaître. »

Et après une plaidoirie d'une merveilleuse éloquence et une attente de quarante-huit heures angoissantes, conclusion : le Dr Laporte est condamné à trois mois de prison.

Reprenons la question *ab ovo* et examinons successivement les faits :

Un jeune médecin est appelé la nuit, le 11 septembre, pour terminer un accouchement difficile. Pendant quatre heures, il lutte en employant les moyens et ressources dont il dispose. Il parvient à terminer l'accouchement et se retire heureux. L'opérée meurt quarante-huit heures après. Une plainte est déposée, et, huit jours après, le médecin est appelé chez le juge d'instruction. De là, on l'emmène à la Morgue où il se trouve en présence du cadavre de la femme morte depuis six jours et en face d'un médecin expert, c'est-à-dire d'un médecin investi d'un mandat de justice.

Voilà l'obstétrique en face de la médecine légale. Nous avons vu agir l'obstétrique. Nous allons voir la médecine légale à l'œuvre. L'autopsie est pratiquée de quelle façon? Ceux d'entre vous qui l'ignorent n'auront qu'à lire le dernier numéro de la *Revue pratique d'obstétrique*. Ils seront complètement renseignés et édifiés.

Et après cette opération, que fait le médecin expert? Il rédige, séance tenante, un rapport en trois lignes. Et ce rapport donnait

le droit effrayant au magistrat de traiter notre confrère comme un grand criminel, c'est-à-dire de l'arrêter immédiatement et de le faire conduire en prison !

Ainsi, un médecin qui n'a eu d'autre mobile de ses actes que le désir de sauver une existence humaine, qui pendant quatre heures de nuit a lutté, peut être, dix jours après, traité comme un vulgaire assassin ! Et cela grâce à l'intervention actuelle de la médecine légale !

Ainsi, sans aucune hésitation, sans l'ombre d'un doute, voici un médecin expert qui conclut immédiatement à la culpabilité d'un confrère ! Le Dr Laporte devient, de suite, l'inculpé Laporte, ignorant ou n'ayant pas observé les règles de l'art (1). Recherchons donc les raisons qui ont pu permettre à l'expert d'être aussi affirmatif ?

Il a, sans doute, une grande expérience des opérations obstétricales ? Les applications de forceps dans les rétrécissements du bassin, les crâniotomies lui sont des opérations familières ? Il sait que pendant ces opérations une perforation peut être produite accidentellement par tout accoucheur ? Il sait que les perforations spontanées existent, que le bassin peut quelquefois être épineux ? Il a fait, il sait tout cela, et son rapport n'en parle pas ! Ah ! laissez-moi croire pour lui qu'il l'ignore. Car je ne puis admettre qu'un médecin, par cela même qu'il est investi d'un mandat de justice, voie dans tout accusé un coupable. Pourquoi n'est-ce pas une perforation spontanée, ou une perforation résultant d'un accident opératoire pouvant arriver, même à l'opérateur le plus habile et le plus expérimenté ? Si le médecin légiste connaissait toutes ces conditions, il devait en parler, il devait douter, il devait rechercher si elles existaient. S'il ignorait toutes ces choses, il ne devait pas conclure avant d'avoir un avis compétent, et plutôt deux qu'un seul !

Insuffisance dans ses recherches anatomiques médico-légales,

(1) Terme qui ne se trouve plus dans le rapport signé : Drs Maygrier et Socquet.

insuffisance de jugement en procédant à un rapport sommaire, j'allais dire à une exécution sommaire, en concluant par les affirmations ne s'appuyant sur aucun élément scientifiquement établi.

L'expertise, dans ces conditions, c'est-à-dire unique et incompétente est, à l'heure actuelle, l'arme la plus dangereuse que je connaisse, car elle peut atteindre aujourd'hui, demain, dans sa considération, dans sa liberté, dans son honneur, qui ? Vous tous, comme moi.

Aussi, avec quelle satisfaction ai-je lu, dans un livre qui vient de paraître hier, ces lignes que je vous demande la permission de vous faire connaître.

« L'expertise, en matière criminelle, prendra dans l'avenir une extension qu'on peut à peine prévoir.

« Pour le présent, les expertises amènent trop souvent des débats violents et confus, aboutissant à des verdicts étranges. On voit cette consultation, qui devrait être si calme et si technique, se transformer soudain en appareil de guerre. C'est l'arsenal où d'ignorantes mains vont puiser au hasard, pendant la lutte théâtrale, des traits et des raisons ! Discutée oratoirement, l'expertise perd bientôt son autorité et partage les chances de tous les arguments produits au cours d'une discussion capricieuse.

« Comment faire pour que ce document scientifique, que nul à la Cour d'assises » — *et j'ajoute : ni au tribunal correctionnel* — « ne peut discuter avec compétence, parvienne à s'imposer à tous ?

« Pour que l'expertise obtienne un tel crédit, il faut d'abord qu'elle le mérite ; elle ne peut le mériter qu'en devenant contradictoire. Cela signifie que, dans toute expertise, il faut que les intérêts de l'accusation et les intérêts de la défense soient séparément représentés. Deux experts seront désignés, l'un par le juge, l'autre par l'inculpé, et leurs conclusions seront prises en commun, après avoir été discutées contradictoirement. Dès lors, nul n'aura plus à l'audience intérêt à combattre l'expertise ; le jury

ne pourra concevoir aucune défiance, et ce document essentiel prendra toute autorité » (1).

Ces lignes sont de qui? — De l'éminent avocat général à la Cour de cassation.

Vous voyez que je ne suis pas en lutte avec toute la magistrature ; j'ajoute que j'éprouve une grande satisfaction en me trouvant en communauté d'idées avec M. l'avocat général à la Cour de cassation, et que je lutterai, *non pas contre, mais avec lui*, pour faire aboutir le plus tôt possible, la réforme qu'il propose.

Notre rôle doit être d'éclairer ceux qui doivent rendre la justice et non de les combattre. Seulement, cette expertise compétente et contradictoire, je la veux, *dès le début de l'instruction, avant toute arrestation préventive. Toute la question est là.* Du reste, n'est-ce pas là ce que réclament depuis plus de dix ans, le professeur de médecine légale, M. Brouardel (2), M. Drioux (3) et plus récemment notre confrère, le Dr Ladreit de la Charrière (4)?

Quelle que soit l'étendue des connaissances d'un médecin expert, il ne peut être omniscient, même agissant en vertu d'un mandat de justice.

Quelle que soit la valeur d'un homme, l'expert isolé sera toujours un danger ; son témoignage ne doit avoir aucune valeur aux yeux de la justice : *Testis unus, testis nullus.*

N'est-ce pas en procédant ainsi que les magistrats, plus éclairés, ne se croiront plus obligés de faire eux-mêmes de la médecine légale, comme nous venons de le voir. Croyez, Messieurs, que je n'exagère pas en disant cela. Permettez-moi de relire quelques attendus du jugement qui condamne le Dr Laporte :

(1) *La Cour d'assises*, par JEAN CRUPPI, avocat général à la Cour de cassation, p. 299 et 300.

(2) Voyez *Réformes des expertises médico-légales*, par BROUARDEL, 1884.

(3) DRIOUX. *Sur l'organisation de l'expertise contradictoire et d'un tribunal de super-arbitre. Expertises dans les législations étrangères*, 1886.

(4) LADREIT DE LA CHARRIÈRE, in : Journal *Le Droit*, 18 novembre 1896 et communication écrite.

« — Attendu qu'*il n'avait aucune notion de la position que devait avoir la malade dont il laissait les jambes basses le long du lit !!!*

— Attendu que se trouvant en présence d'une opération grave, la crâniotomie, qu'il n'avait jamais faite, les instruments *ad hoc* lui manquant.....

— Attendu, de plus, qu'en pratiquant la crâniotomie, il a fait preuve d'une impéritie et d'une *ignorance* manifeste des choses que tout homme de l'art doit savoir ;

— Attendu que... les doigts doivent prendre contact avec la tête fœtale autant que possible maintenue par la main d'un aide, placée sur le ventre, et que le perforateur, tenu de la main droite de l'opérateur, doit être guidé et appuyé jusqu'à la place où il agira, sur les doigts indicateur et médius de la main gauche. (Heureusement pour mon ancien chef de clinique, le tribunal ne l'a pas vu opérer il y a quelques jours.)

— Attendu que ces règles prescrites et observées dans les opérations faites avec des instruments appropriés, sont encore plus impérieuses lorsque le praticien a en main comme Laporte, un instrument, disent les experts, défectueux, difficile à manier et à diriger avec sûreté et dont les échappées étaient à craindre ; or, attendu que l'information et les débats ont recueilli les déclarations nettes, formelles, que rien ne peut faire suspecter, des dames Houbert et Delanoé qui étaient auprès de la parturiente... »

Je m'arrête, Messieurs. Ce que je viens de vous lire doit vous suffire pour vous prouver que je ne m'avançais pas trop en disant que le tribunal, en libellant son jugement, s'était livré à l'exercice illégal de la médecine légale, car bien des attendus sont pris en *dehors du rapport des experts*. C'est le tribunal qui reproche d'avoir laissé pendre les *jambes!* C'est le tribunal qui accuse le *Dr Laporte d'ignorance!* C'est le tribunal *qui indique et précise la position des mains et des doigts que doit avoir l'accoucheur pendant l'opération !!!*

Ah! j'espère bien, Messieurs, que ce verdict, reposant sur ces arguments étranges, ne constituera qu'un accident judiciaire,

qui ne se reproduira plus et que vont réparer bientôt d'autres juges plus éclairés. Et déjà je leur dis :

Le Dr Laporte avait le *droit* et le *devoir* de pratiquer l'opération : le droit, de par son diplôme ; le devoir, de par ce principe classique qui domine toute l'obstétrique, à savoir que si l'on ne doit jamais intervenir sans une indication formelle, dès que cette indication existe, il faut la remplir sans aucune temporisation (1).

Or, l'indication existait-elle ? Personne ne le contestera, je suppose, étant donné que la femme était en travail depuis plus de deux jours, que deux applications de forceps régulières étaient restées infructueuses, que l'enfant était mort, et que la disproportion entre la tête et le bassin était aussi nettement établie. Devait-il temporiser, appeler un confrère, faire transporter cette femme dans une maternité, malgré sa volonté ? Mais déjà il est plus que probable que l'on avait trop attendu avant d'intervenir. Il est certain, en tout cas, que tout retard ne pouvait être que dangereux.

On lui a reproché de n'avoir pas d'instrument pour pratiquer la crâniotomie. C'est une erreur. Il en avait un, peu commode, je le veux bien, mais enfin, il en avait un, fait exprès pour pratiquer cette opération : le crâniotome dont est pourvu tout forceps de Levret. Ne parvenant pas à perforer le crâne avec son crâniotome, il demande, après réflexion, et s'appuyant sur des souvenirs classiques, si l'on ne pourrait mettre à sa disposition un instrument piquant, et on lui apporte la fameuse aiguille à matelas, longue de 21 centim. et large de 5 millim. Horreur, disent les commères ! C'est un instrument trop ténu, difficile à manier, défectueux, disent les experts. Mais que disent les maîtres ?

« La crâniotomie s'exécute avec les ciseaux de Smellie ou un instrument fort *et piquant quel qu'il soit* », a dit, répété, pendant quarante ans, et écrit le prof. Pajot (2).

(1) PAJOT. Principe qui domine toute l'obstétrique. *Travaux d'obstétrique*, p. 28.
(2) PAJOT. *Travaux d'obstétrique*, p. 26.

Est-ce que, maintenant, on va venir mesurer le diamètre des instruments employés par les opérateurs, accoucheurs ou chirurgiens ?

Mais il pratiquait cette opération pour la première fois ! Eh bien, c'est une faute de pratiquer une opération pour la première fois ? La version qu'il a pratiquée sur une femme X. était aussi sa première version. Il a donc eu tort de la faire ? Il n'avait pratiqué cette opération que sur des fœtus morts et des mannequins ! Mais, est-ce qu'on apprend la médecine opératoire sur les vivants ?

Je ne saurais trop protester contre ces allégations qui, si elles ne sont pas à proprement parler, des accusations, n'en vont pas moins à l'encontre de l'exercice de la médecine dans toute sa plénitude.

Vous, jeunes confrères qui m'écoutez, qui bientôt, demain peut-être, vous trouverez en face de cas semblables, quand vous serez seuls, loin de tout aide et de tout secours, allez hardiment, forts de votre science et de votre conscience. Ne songez qu'au salut des êtres qui vous sont confiés. N'ajoutez pas à votre émotion, à vos angoisses de débutant, la crainte d'être accusés d'inexpérience, car alors votre volonté pourrait tituber, votre main n'aurait plus la même sûreté voulue, ou peut-être encore seriez-vous amenés à commettre cette lâcheté de déserter le champ de bataille, de mettre en pratique, suivant la poignante expression de Me Henri Robert : « *la théorie du laisser mourir* ».

La véritable accusation a fini, en audience, par se réduire à ceci : le Dr Laporte a été condamné pour avoir, à l'aide d'une aiguille à matelas non dirigée, provoqué une perforation utéro-vésico-péritonéale. J'adjure les magistrats devant qui il reparaîtra bientôt de se faire donner la preuve :

1° Que la perforation n'a pas été spontanée ;

2° Que la perforation n'est pas le résultat d'un accident opératoire ;

3° Que la perforation de la vessie est bien due à une seule piqûre d'aiguille.

Quant à moi, je m'adresse aux accoucheurs du monde entier et je leur pose les questions suivantes :

1° Doit-on accuser « d'inhabileté et de maladresse » le médecin qui a fait quatre applications de forceps dans un rétrécissement du bassin et plusieurs tentatives de crâniotomie sans déterminer la moindre lésion de la vulve, du vagin et de l'orifice utérin?

2° Après avoir lu le rapport du Dr Socquet, pensez-vous qu'on puisse en tirer une conclusion ferme, scientifique en un mot?

3° Une aiguille à matelas, longue de 21 centim. et demi, large de 5 millim., a-t-elle pu, en une seule fois, déterminer au niveau de la vessie, sur la femme vivante : deux perforations, situées à peu près sur la même ligne horizontale, à 4 centim. l'une de l'autre, perforations à peu près circulaires quand la paroi est relâchée et mesurant 2 centim. de longueur?

Et maintenant que j'en ai fini avec cette trop longue leçon, leçon pénible, mais nécessaire, laissez-moi constater le bien fondé de ce dicton : « A quelque chose malheur est bon ». Si l'on a pu et si l'on peut, non sans raison souvent, gloser sur l'*invidia medicorum*, c'est avec bonheur que je viens de voir surgir, de sentir les vifs sentiments de solidarité qui animent le corps médical, quand l'un de ses membres est injustement malheureux. Aussi, en terminant, j'adresse à tous ceux qui, de loin comme de près, m'ont donné leur approbation, prodigué leurs encouragements — et que je n'ai pu remercier personnellement — l'expression de mes sentiments de cordiale sympathie et de confraternité.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	VII
L'enseignement de l'obstétrique autrefois et aujourd'hui	1
De l'assistance des femmes enceintes	27
De la puériculture intra-utérine	47
Premiers documents pour servir à l'histoire des injections de sérum de chien pratiquées chez les enfants nouveau-nés issus de tuberculeuses ou nés en état de faiblesse congénitale	73
Contribution à l'histoire des grossesses triples	99
De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité	109
Du cancer de l'utérus pendant la grossesse	119
De l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la puerpéralité	127
Des hémorrhagies utérines pendant l'état puerpéral	141
Traitement de l'insertion vicieuse du placenta	151
Conduite à tenir dans les cas d'insertion vicieuse du placenta	165
Des hémorrhagies causées par l'insertion vicieuse du placenta et de leur traitement	173
Du traitement de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus	187
De l'hémorrhagie par décollement du placenta normalement inséré. (Hémorrhagie rétro-placentaire.)	197
Signes, diagnostic et traitement de la grossesse ectopique après le sixième mois	207
Grossesse extra-utérine, diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme ; extraction d'un enfant vivant ; suites heureuses pour la mère et pour l'enfant	226

Pages

De la conduite à tenir chez une femme en travail quand le fœtus est mort, l'œuf ouvert et la dilatation incomplète..... 237

Kystes hydatiques multiples compliquant l'accouchement..... 245

De l'accouchement provoqué..... 259

De la symphyséotomie..... 307

De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892.. 321

De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1893.. 349

De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1894.. 371

De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1895.. 405

De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896 439

De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897..... 469

De l'ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf..... 499

Des soins à donner aux femmes en couches..... 505

Des rapports de l'obstétrique avec la médecine légale en 1897..... 513



IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

