

De l'abus des manœuvres obstétricales, des accidents auxquels elles peuvent donner lieu, et des avantages de la temporisation dans la pratique des accouchements; observations par A. PEREIRA et H. LASSERRE, docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux.

Les auteurs se livrent à quelques considérations générales sur les manœuvres obstétricales dont ils font l'histoire depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours; ce travail préliminaire est suivi d'une série d'observations dont chacune est l'objet d'une analyse.

OBS. I. Insertion du placenta sur le col, dilatation forcée, version, déchirure très-étendue du col et du corps de l'utérus, hémorrhagie mortelle.

Dupuis, âgée de 42 ans, marchande des quatre saisons, assez robuste, multipare, entre à la Maternité le 12 mai 1841, et l'on constate une grossesse de 8 mois et demi; à 7 mois, il y a eu, sans cause connue, une hémorrhagie très-abondante qui s'est arrêtée d'elle-même par le repos: au moment de son admission, la sage-femme en chef, pour s'assurer s'il y a implantation du placenta sur le col, introduit le doigt dans le museau de tanche, et aussitôt il survint un écoulement abondant de sang. La malade est transportée à l'infirmerie, où, par le repos horizontal et des applications réfrigérantes, on parvint assez promptement à se rendre maître de l'hémorrhagie. La femme a toujours depuis gardé le lit. Le 26 mai, à neuf heures du matin, sans qu'il soit survenu aucune douleur, sans qu'il y ait eu aucune imprudence commise, une hémorrhagie abondante se déclare tout à coup: on touche, et on trouve le col souple et mince, dilaté de 3 centimètres environ, et bouché par le placenta. On fait quelques applications réfrigérantes qui ne produisent rien, et on a recours au tamponnement; il est pratiqué au moyen de bourdonnets de charpie: on se rend ainsi maître de l'hémorrhagie. A midi les douleurs expulsives commencent à se faire sentir; elles restent faibles et rares jusqu'à quatre heures du soir: alors la sage-femme en chef enlève le tamponnement, la dilatation du col a à peine fait quelques progrès: le sang s'écoule assez abondamment; on tamponne de nouveau; les contractions utérines deviennent plus fortes, quoique la malade ait perdu beaucoup de sang. A sept heures et demie du soir on enlève de nouveau le tampon: l'orifice est assez rigide et n'a que 5 centimètres de diamètre; en introduisant deux doigts profondément dans le vagin, on reconnaît une présentation du sommet en première position; le pouls est à 68,

assez fort, la face un peu pâle. La sage-femme en chef introduit la main gauche, les doigts rapprochés et formant cône, et cherche en poussant avec force à pénétrer à travers l'orifice: elle n'y peut parvenir, et a recours à la main droite, qui, après quelques efforts, entre brusquement dans la cavité utérine; la version est assez facile. Après l'extraction de l'enfant on fait tout de suite la délivrance; l'hémorrhagie continue toujours très-abondante, quoique l'utérus soit revenu sur lui-même; on touche et on constate une *inertie du col*; on tente les réfrigérants, le seigle ergoté, sans succès; on porte de la glace jusque sur le col lui-même, rien ne peut arrêter l'écoulement du sang. La malade faiblit assez rapidement et succombe, entièrement exsangue, à 10 heures du soir.

Autopsie 36 heures après la mort. Température modérée.— Il n'y a pas de putréfaction. L'état des organes est celui que l'on trouve à la suite des hémorrhagies abondantes et rapidement mortelles; ils sont tous très-sains. L'utérus a 19 centimètres de haut en bas, et 15 transversalement; ses parois sont souples, son tissu pâle, ses vaisseaux exsangues; le tissu cellulaire du ligament large gauche et des points correspondants du bassin est fortement infiltré de sang. L'insertion placentaire occupait tout le col, s'étendant un peu plus vers la face postérieure. Le côté gauche de l'ouverture utérine offre une déchirure verticale de 8 centimètres d'étendue, qui intéresse toute l'épaisseur de la matrice jusqu'au tissu cellulaire du ligament large; la surface de cette déchirure, qui est assez régulière, est criblée d'ouvertures vasculaires, et le tissu du col, sur tous les points correspondants à l'insertion du placenta, est spongieux, aréolaire, disposition due à la présence d'un grand nombre de veines et de sinus.

Pourquoi tenter, dans ce cas, la dilatation forcée? Il n'y avait pas indication urgente d'agir: la vie de la mère, ni celle de l'enfant, n'étaient compromises. L'orifice s'agrandissait lentement, il est vrai; mais par le tamponnement on s'était rendu maître de l'hémorrhagie, et la femme ne s'affaiblissait pas sensiblement. Pourquoi ne pas attendre que l'ouverture fût assez grande pour que la main pût pénétrer facilement? En supposant même qu'il fallût, dans ce cas, venir en aide à la nature, a-t-on sagement agi en opérant comme on a fait? La sage-femme en chef a d'abord introduit la main gauche; et après quelques tentatives assez violentes, mais infructueuses, elle l'a remplacée par la droite, disant qu'elle aurait ainsi *plus de force*, et, en effet, après un effort brusque et considérable elle arrive presque tout à coup dans l'utérus, mais en produisant cette déchirure étendue qui a entraîné une mort si prompte par hémorrhagie.

OBS. II. — Délivrance artificielle, dilatation du col, métropéritonite et fièvre puerpérale, déchirures de l'utérus et lésions graves consécutives.

Tessier, âgée de 31 ans, domestique, très-robuste, primipare, accouche, le 6 avril 1841, d'un enfant à terme après un travail de six heures. L'utérus revient promptement sur lui-même, et, comme par négli-

gence on avait différé la délivrance, lorsqu'on a voulu la pratiquer, le col était assez rétracté pour ne pas permettre l'issue du placenta; il n'y avait pas d'hémorrhagie; on a introduit la main, dilaté assez rapidement le col, et retiré le délivre avec la plus grande facilité. Pendant la nuit qui suit l'accouchement la malade éprouve des *coliques*, et le lendemain elle est transportée à l'infirmerie: il y a de la fièvre et par moments des douleurs abdominales, surtout prononcées vers la fosse iliaque gauche, point sur lequel on constate une légère sensibilité. — Infus. de til.: pot. calm.; saignée de 500 gram., lavem. laudan., belladone.

Le 8 avril la malade est mal, le pouls est fréquent, petit, médiocrement résistant; le ventre est légèrement saillant, très-sensible sur tous les points, mais principalement à l'hypogastre; les lochies sont arrêtées. Plusieurs symptômes généraux et locaux de la fièvre puerpérale épidémique actuellement régnante sont aujourd'hui assez marqués. Thé, 12 sangs. à l'hypog., onctions mercurielles, diète. — Le 9 la malade est dans un état on ne peut plus fâcheux; les progrès de la maladie sont effrayants; elle succombe le 10 au matin.

Autopsie 28 heures après la mort. Température fraîche, pas de putréfaction. — Nous passerons sous silence les lésions propres à la fièvre puerpérale et à la péritonite, pour ne nous occuper que de l'état de l'utérus. Cet organe est volumineux; il a 9 centimètres verticalement et 11 transversalement; ses parois sont épaissies. Sur le bord libre du col, qui est très-allongé, on trouve cinq ou six déchirures dont la plus considérable existe à gauche, et a 16 millimètres de longueur sur 5 ou 4 de profondeur. Toute la surface interne de la matrice est tapissée de fausses membranes jaunâtres et très-adhérentes, qui sont surtout prononcées sur les points voisins du col. La trompe gauche, dont la surface interne est d'un rouge-violacé, contient du pus mélangé de flocons pseudo-membraneux; quelques lymphatiques du col partant des lèvres de la déchirure sont aussi remplis de pus; on peut en suivre quelques-uns jusqu'aux ganglions hypogastriques, dans lesquels ils viennent se perdre.

Dans ce cas, n'aurait-il pas été possible de prévenir la nécessité d'une délivrance artificielle? Cene sont pas des adhérences anormales du placenta qui ont empêché l'expulsion naturelle du délivre; car s'il en existait, ce qui est au moins douteux, elles devaient être peu étendues, puisqu'il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Chez cette femme, douée d'un tempérament robuste, l'utérus étant très-contractile (elle était primipare, et l'accouchement s'est terminé en six heures), aussitôt après la sortie de l'enfant, la rétraction de la matrice a été rapide; et comme on a un peu trop attendu (près d'une heure) pour extraire le placenta, l'orifice était assez étroit pour ne plus en permettre l'issue: on a donc été obligé de le dilater, et l'extraction du délivre a été si facile, qu'on ne peut pas supposer qu'il existât des adhérences anormales. L'opération a-t-elle été faite avec assez de ménagements, et les déchirures qu'on a trouvées à l'autopsie n'ont-elles pas été la conséquence d'une manœuvre trop précipitée? Nous n'hésitons pas à l'affirmer, en sachant combien de-

vient friable le tissu du col fatigué et contus par la pression de la tête durant l'accouchement. Ces déchirures ont été le point de départ d'une métrite bien manifeste, qui a entraîné à sa suite une péritonite avec fièvre puerpérale grave et modifiée d'une manière fâcheuse par l'épidémie qui régnait alors à la Maternité. La lymphite limitée prenait aussi sa source aux mêmes lésions traumatiques; sa marche rapide vers la suppuration a peut-être été influencée par l'état général.

Obs. III. — *Antéversion très-considérable de l'utérus, travail prétendu lent, application du forceps, paralysie de la vessie, déchirures de l'utérus, accidents consécutifs, mort.*

Bodu, âgée de 24 ans, primipare, assez robuste, bien conformée, est admise à la Maternité le 22 juillet 1841. L'utérus est très-volumineux, et offre une antéversion des plus prononcées. Les premières douleurs se déclarent le 27; dix heures après, la tête commence à s'engager dans l'excavation en quatrième position; elle est restée quelque temps au détroit supérieur, et cette seule circonstance a décidé à l'application du forceps; l'enfant est amené vivant; il y en a un second qui se présente en deuxième position et est expulsé naturellement. La mère reste jusqu'au 31 juillet dans le service de la sage-femme en chef, où on lui a pratiqué deux saignées et donné 1 gramme d'ipécacuanha. Conduite à cette époque à l'infirmerie, voici ce qu'elle nous a présente: la face est grippée; pendant la nuit il y a eu du délire; le pouls est à 112, médiocrement fort; la peau terreuse; la langue est sèche; le ventre saillant présente une tumeur qui, de l'hypogastre, remonte jusqu'à l'ombilic, et au niveau de laquelle la moindre pression est douloureuse; cette tumeur donne une sensation de fluctuation manifeste; depuis trois jours la malade n'a pas uriné; par le cathétérisme on retire environ 1 litre 50 centilitres d'urine très-claire, et la tumeur diminue à peu près de moitié; il y a un grand soulagement; plus tard on retire encore deux litres de liquide. — Lin émulsionné, pot. antisp., lav., bouillon. Le soir on a de nouveau recours à la sonde.

Le 1^{er} août, la malade accuse depuis hier au soir de vives douleurs dans la fosse iliaque gauche; le pouls est à 120, petit et faible; la peau chaude et sèche; les seins affaissés; le ventre est ballonné, sensible à l'hypogastre. Les lochies ne coulent pas; il y a de la constipation; la vessie contient une médiocre quantité d'urine qu'on évacue avec la sonde. — Bouillon aux herbes, pot. huile., onctions mercurielles opiacées, bouillon.

Le 3, la malade est dans un état fâcheux, le ventre est toujours sensible, ballonné, et il y a un état de faiblesse et d'anéantissement de mauvais augure. Avant-hier elle a eu deux selles et hier une. Même prescription, moins la potion huileuse. — Bain, calomel et jalap. — La mort arrive le 4 avant la visite.

Autopsie 28 heures après la mort, température modérée, pas de putréfaction. — On ne note rien de remarquable du côté des centres nerveux ni des viscères thoraciques. L'abdomen est fortement ballonné, la paroi abdominale antérieure très-mince.

La cavité péritonéale contient un litre environ de sérosité purulente et des flocons pseudo-membranoux jaunâtres, disséminés partout, légèrement adhérents sur plusieurs points, surtout sur les ligaments larges. L'injection est assez prononcée dans la région sous-ombilicale. L'utérus offre une déchirure irrégulière et profonde sur la lèvre postérieure; sa surface interne est tapissée de fausses membranes très-adhérentes, et le col en est recouvert; on en trouve aussi dans la trompe gauche; les vaisseaux de la matrice sont sains. Les bassinets et les uretères offrent une injection arborisée générale; la vessie est rétractée et contient une petite quantité d'un liquide puriforme; sa muqueuse, épaissie, légèrement grisâtre, offre des houpes vasculaires d'un rouge vif, principalement au niveau du trigone et du col; sur ce dernier point on trouve deux petits abcès sous-muqueux dont le pus est brunâtre.

Chez cette femme, l'accouchement n'aurait-il pas pu se terminer naturellement, et y avait-il des indications bien urgentes d'appliquer les forceps? La première période du travail a été assez rapide, puisque huit heures environ après l'apparition des premières douleurs la tête commençait à s'engager à travers l'orifice utérin. Parce qu'elle a séjourné quelque temps au détroit supérieur, on s'est décidé à terminer artificiellement l'accouchement: on alléguera peut-être l'existence d'une grossesse double qui pouvait tout au plus être soupçonnée. N'aurait-on pas pu obtenir l'issue naturelle de l'enfant en réduisant autant que possible l'antéversion, au moyen d'un bandage convenablement fixé? Ce déplacement pouvait très-bien retenir la tête au détroit supérieur, et il est même très-probable que c'était à cette cause qu'était dû le léger temps d'arrêt qu'on a observé au début de la deuxième période du travail. Nous avons souvent entendu rapporter par le professeur Moreau des cas de cette espèce, dans lesquels il avait été appelé pour faire l'application du forceps, et où, en redressant l'utérus au moyen d'un bandage de corps maintenu par deux aides, il avait vu la tête, qui était coiffée par la lèvre antérieure distendue, et qui restait stationnaire au détroit supérieur, s'avancer rapidement dans l'excavation, les contractions utérines augmenter d'énergie, et l'accouchement se terminer heureusement sans aucune intervention directe du chirurgien. La déchirure de la lèvre postérieure, produite par le forceps, a été sans doute le point de départ à la métrite, dont la péritonite a été la conséquence. Quant à la paralysie de la vessie, elle a été la suite de la contusion de cet organe durant l'opération, comme nous en rapporterons bientôt un exemple (observ. 6). Le séjour prolongé de l'urine, et la distension qui en est résultée, ont joué aussi un rôle incontestable dans le développement de la cystite, quoique nous ayons pris la précaution, recommandée en pareil cas par le professeur Marjolin, de ne pas vider la vessie tout d'une fois. Les petits abcès sous-muqueux ne sont-ils pas la terminaison par suppuration de foyers sanguins tels que nous en avons trouvés chez la malade dont il était tout à l'heure question? Les caractères qu'a présentés le pus nous portent à l'admettre.

Obs. IV.—*Lenteur du travail, application du forceps péritonite sur-aiguë et fièvre puerpérale, déchirure de la lèvre postérieure de l'utérus.*

La femme Blot, âgée de 39 ans, multipare, bien conformée et à terme, entre à la Maternité, en travail, le 8 janvier. L'enfant présente le sommet en deuxième position. L'accouchement marche avec trop de lenteur au gré de la sage-femme en chef, qui fait l'application du forceps vingt heures après l'apparition des premières douleurs; peu d'instantes auparavant, on avait donné 2 grammes de seigle ergoté. L'enfant, né vivant, mais faible, meurt quelques jours après sa naissance, et la mère succombe à une métrite-péritonite sur-aiguë, avec fièvre puerpérale. On constate, à l'autopsie, une déchirure oblique et irrégulière, intéressant tout le bord libre de la lèvre postérieure de l'utérus.

L'application du forceps a été faite vingt heures après le début du travail: on a bien donné 2 grammes de seigle ergoté, mais on a eu recours presque tout de suite à l'instrument; est-ce là une sage pratique? La déchirure de l'intestin a joué, dans le développement de la péritonite, le même rôle que dans les observations qui précèdent, et avec lesquelles celle-ci a la plus grande analogie.

Obs. V.—*Lenteur du travail, position transversale de la tête, application du forceps, déchirures du vagin, mort rapide, lésions que présente l'enfant.*

Deux, âgée de 23 ans, cuisinière, assez robuste, et primipare, est prise de douleurs pour accoucher, le 28 mars 1841: le sommet se présente en première position. Le 29, la tête est plongée dans l'excavation, assez élevée; elle n'a pas exécuté son mouvement de rotation. Le travail marche avec lenteur; mais il n'y a pas, à proprement parler, de temps d'arrêt. La sage-femme en chef fait l'application du forceps, qui, suivant son expression, offre peu de difficultés. L'enfant est venu vivant, mais avec une paralysie du côté gauche de la face. Transporté aux enfants trouvés presque immédiatement après sa naissance, il est mort le lendemain, quoiqu'il fût bien conformé et robuste. Quelques heures après la délivrance, la mère est prise de douleurs vives dans le ventre, et transportée, pendant la nuit, à l'infirmerie. Voici dans quel état elle se trouve le 30 mars: le pouls est à 120, assez fort, la peau chaude et sèche, la langue humide, le ventre légèrement ballonné, sensible à l'hypogastre; la malade accuse des élancements profonds à la région lombaire; les lochies coulent assez abondamment en rouge, et l'on constate, par le toucher, des déchirures du vagin; il y a un engourdissement, sans douleur, dans le membre inférieur droit, dont les mouvements sont assez faciles. (Gomme, potion calmante, 50 sangsues à l'hypogastre, cataplasmes, deux demi-lavements, laudanum, diète.)—La malade succombe dans la nuit du 30 au 31 mars, sans qu'il y ait aucune modification dans son état.

Autopsie 24 heures après la mort; température modérée. — Il y a un commencement de putréfaction en vert au niveau des fosses iliaques.

Rien de remarquable du côté des centres nerveux, ni des viscères thoraciques. L'abdomen est un peu ballonné; il y a une petite quantité de liquide rougeâtre et un peu trouble dans la cavité péritonéale, et la séreuse offre une légère injection au niveau des ligaments larges. L'utérus est volumineux, son tissu est sain. Le vagin présente, sur ses parties latérales, deux déchirures longitudinales: celle qui porte sur le côté gauche a 35 millimètres, la droite en a 80; elles intéressent toute l'épaisseur du conduit vulvo-utérin et le tissu cellulaire correspondant du bassin. De plus, à droite, le plexus qui sert d'origine au nerf sciatique présente des traces évidentes de contusion. Le tissu cellulaire du bassin, celui des ligaments larges, des fosses iliaques, et d'une partie de la région lombaire, est le siège d'une infiltration séro-sanguinolente, gélatiniforme et un peu opaline; il se déchire très-facilement sous la moindre pression. Dans plusieurs points du bassin, au pourtour des perforations, il y a des traces évidentes de pus.

L'application du forceps a semblé indiquée, dans ce cas, par la lenteur du travail et la position transversale de la tête. Nous n'examinerons pas ici la question de savoir si ce sont là des indications urgentes: ce sujet se présentera plus naturellement dans une autre partie de ce travail. Notons seulement que, dans ce cas, le deuxième jour, la tête était plongée dans l'excavation, et que la première période du travail avait été assez longue. Quant à la position transversale, disons qu'il arrive souvent que la rotation ne s'exécute qu'au moment où la tête va s'engager dans le détroit inférieur. *L'application du forceps n'a pas offert de difficulté* (expressions de la sage-femme en chef). Il serait difficile d'expliquer, d'après cela, les lésions traumatiques graves que l'autopsie a révélées, si les médecins de la Maternité ne savaient depuis longtemps ce qu'il en est de la fidélité des rapports qui viennent de la salle d'accouchements. Les accidents qu'ont déterminés les déchirures du vagin ont suivi une marche qui empruntait quelque chose aux caractères de l'épidémie si meurtrière du mois d'avril, qui commençait alors à se faire sentir. La contusion du plexus sciatique se rattache bien évidemment au forceps. Quoique, chez l'enfant venu au monde avec une paralysie du côté gauche de la face, et mort le lendemain, on n'ait constaté aucun autre désordre, et que nous manquions de détails sur l'autopsie, nous n'hésitons pas à attribuer la mort à la compression violente exercée dans ce cas par les branches du forceps sur la tête.

Obs. VI. — Présentation de la face, variété bregmato-incisive, première position, tête transversale; travail lent; application du forceps; manœuvres laborieuses, lésions traumatiques de la mère et de l'enfant, mort de tous les deux.

Buisson, âgée de 22 ans, primipare, médiocrement robuste et bien conformée, éprouve les premières douleurs de l'accouchement le 24 février 1841, dans la soirée. Le 25, le travail a fait peu de progrès; on reconnaît une présentation de la face. Le 26, la poche des eaux est rompue, la dilatation est

de 4 centimètres environ, la tête commence à s'engager à travers l'orifice utérin. A dix heures du matin, la face s'avancant vers l'excavation, on constate une première position du diamètre bregmato-incisif; la tête est à peu près transversale, et encore assez haute; les douleurs sont modérées, les bruits du cœur du fœtus s'entendent assez bien. La sage-femme en chef affirme que l'accouchement ne pourra pas se terminer spontanément, et propose l'application du forceps, qui est pratiquée par M. Danyau, chirurgien adjoint de la Maternité. L'introduction des branches offre des difficultés bien plus grandes encore pour l'articulation. Après trois quarts d'heure de tractions très-fortes, accompagnées de mouvements de latéralité étendus, on retire un enfant mort pendant les manœuvres, et présentant, entre autres lésions, une double fracture des pariétaux. La mère, une demi-heure après la délivrance, est prise d'un frisson très-fort, accompagné d'accidents graves, tels que boquet, décomposition des traits, pâleur extrême de la face, vomissements bilieux, etc. Le pouls est d'une petitesse remarquable et à 112; le ventre est un peu ballonné et légèrement sensible à l'hypogastre; les lochies coulent assez abondamment; on constate des déchirures étendues du vagin. (Lavements et cataplasmes laudanisés.)

Le 27, la malade est à peu près dans le même état; l'hypogastre est devenu très-sensible, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, et il y a des élancements profonds et vifs dans la région sous-ombilicale; la vessie est paralysée; on est obligé de pratiquer le cathétérisme. (Tilleul, potion calmante, 12 sangsues à la fosse iliaque, cataplasme, lavement, bouillon.)

Le 28, la malade est dans un état désespéré; les traits sont grippés, le pouls est à 130, filiforme et très-faible, l'hypogastre est très-sensible; il y a des eschares grisâtres à la face interne des petites lèvres; la rétention d'urine continue; la malade succombe peu après la visite.

Autopsie 40 heures après la mort; température modérée. — Il n'y a rien de remarquable du côté des centres nerveux ni des viscères thoraciques. La cavité péritonéale contient deux ou trois cuillerées de pus dans le cul-de-sac postérieur, et offre quelques fausses membranes et un peu d'injection au niveau des ligaments larges. L'utérus est sain et assez gros. Il y a, sur la paroi latérale droite du vagin, une déchirure longitudinale de 60 millimètres, et qui commence à 15 millimètres du col de l'utérus; elle intéresse toute l'épaisseur du canal, et communique largement avec le tissu cellulaire du bassin. A gauche on trouve, à 4 centimètres du col, une ouverture arrondie, de 9 millimètres de diamètre, à bords très-minces, et à travers laquelle on pénètre dans des cavités creusées aux dépens du tissu cellulaire correspondant. Ces anfractuosités irrégulières, dont la plus grande pourrait contenir une amande, communiquent les unes avec les autres, et de plus avec le tissu cellulaire ambiant; elles sont remplies d'une sanie brunâtre. Du pus est infiltré dans le tissu sous-péritonéal en bas, jusqu'à l'aponévrose pelvienne supérieure. En haut, l'infiltration purulente gagne les fosses iliaques,

les régions lombaires, les capsules adipeuses du rein, et le tissu cellulaire périaortique, en suivant les vaisseaux hypogastriques et les uretères. La vessie, remplie d'urine, offre, dans son bas-fond, des ecchymoses sous-muqueuses, et, au niveau du col, de petits foyers sanguins plus profonds.

Dans le cas que nous venons de rapporter, la première période du travail a marché avec lenteur; mais une fois que la dilatation a été complète, la tête s'est avancée assez rapidement, et il n'y a pas eu de temps d'arrêt: ce n'est donc pas là ce qui a fait employer les instruments. Il en est de même de la position transversale de la tête: on a agi seulement à cause de la présentation déviée de la face, considérant cette circonstance comme pouvant, sinon empêcher, au moins rendre l'accouchement naturel dangereux pour la mère et pour l'enfant. C'est tellement d'après cette indication qu'on a appliqué le forceps, que, dans un cas semblable qui se présenta plus tard dans la même maison, nous avons vu terminer l'accouchement par la version. Nous discuterons plus loin la sagesse de cette pratique, et nous établirons par les faits que la nature peut, dans ces circonstances, par ses seules forces, terminer sans danger un accouchement que les instruments rendent si funeste. En effet, l'enfant a été, dans ce cas, tué par le forceps, dont la pression sur la tête a été portée au point de produire plusieurs fractures, et la mère est morte victime des déchirures du vagin, dont le phlegmon sous-péritonéal et la péritonite ont été les conséquences. Il y a eu, en outre, dans ce cas, une lésion qui aurait entraîné des accidents graves, si la mort n'eût pas été aussi prompte: ce sont les contusions de la vessie et la rétention d'urine, dont une cystite aurait été le résultat, comme chez la malade dont nous avons rapporté l'histoire (obs. 3).

Obs. VII. — Lenteur du travail, application du forceps, déchirures étendues du vagin, accidents graves et curieux, mort.

D'un, âgée de 22 ans, domestique, primipare, robuste et bien conformée, entre à la Maternité le 6 août 1841, le travail commençant à peine. Le 7, dans la journée, la dilatation a 4 centimètres; la tête ne s'engage bien à travers l'orifice utérin que le soir. Le 8 au matin, voici ce que l'on constate: c'est le sommet qui se présente en quatrième position; la tête est à peu près transversale, assez élevée; elle a peu avancé pendant la nuit. Les douleurs, quoique rares, sont assez fortes, et les battements du cœur s'entendent bien. La sage-femme en chef fait elle-même l'application du forceps, et assure qu'elle n'a pas présenté de sérieuses difficultés, quoique la femme prétende avoir horriblement souffert. L'enfant, bien conformé et à terme, est extrait vivant, mais faible; il meurt en nourrice au bout de quelques jours. La mère est prise, dans la soirée du 8, d'accidents fébriles accompagnés de sensibilité à l'hypogastre, et de quelques crampes dans les membres inférieurs. (Saignée, sinapismes.)

Le 9, elle ressent un frisson, et voici dans quel état elle se trouve au moment de la visite: facies coloré, respiration haute, costale; pouls à 120, fort,

peau moite; le sang tiré hier est légèrement coagulé, le caillot occupe le fond du vase; les seins sont affaissés, le ventre est un peu sensible à l'hypogastre; constipation; les lochies coulent assez abondamment. (Gomme, potion calmante, lavement, bouillon.)

Le 10, la sensibilité de l'abdomen est un peu moindre; la malade, au moment de la visite, a un frisson très-fort, le facies est pâle, le pouls serré, excessivement petit et fréquemment. (Tilleul orangé, fomentation émolliente, laudanum, lavement, diète.)

Le 11: la malade a eu hier au soir un nouveau frisson, et un autre pendant la nuit; ils ont été de moins en moins forts, et suivis de chaleur et de sueurs très-abondantes. Ce matin, le facies est assez coloré, la respiration calme, le pouls à 112, assez fort, la peau ruisselle de sueur, le ventre est souple, à peu près indolent; la malade accuse des douleurs profondes dans le bassin; le toucher, qui est douloureux, permet de constater plusieurs déchirures du vagin. (Même prescription; pilules avec sulfate de quinine, 6 décigrammes; opium, 5 centigrammes.)

Le 14, la malade est dans un état fâcheux; malgré le sulfate de quinine, les accès fébriles se renouvellent deux et même trois fois par jour. Avant-hier, la sensibilité du ventre est devenue très-vive; on a mis 24 sangsues, qui n'ont produit que peu de soulagement. (Même prescription, moins le sulfate de quinine; onctions mercurielles.)

Le 15: il n'y a pas eu de frisson depuis hier, mais, à plusieurs reprises, des sueurs abondantes précédées de chaleur; la face est pâle, les traits un peu grippés, le décubitus dorsal; le pouls est à 120, assez résistant; le ventre est souple, sensible dans la fosse iliaque droite, où l'on constate une tumeur assez volumineuse, arrondie et douloureuse à la pression. Les lochies sont fétides, brunâtres, et peu abondantes; il n'y a pas d'accidents intestinaux. (Tilleul, 15 sangsues sur la fosse iliaque droite, onctions mercurielles, bouillon.)

Le 17, les frissons n'ont pas reparu; la malade est abattue, le pouls est petit et faible, l'abdomen toujours sensible à l'hypogastre. (Même prescription, moins les sangsues.)

Le 18, la malade est dans un état d'anéantissement extrême; la respiration est courte et fréquente, les narines pulvérulentes, le pouls est filiforme. Elle succombe dans la nuit, après avoir vomi quelques matières bilieuses.

Autopsie 34 heures après la mort; température élevée. — Il y a un commencement de putréfaction en vert des parois abdominales.

Les viscères des cavités crânienne et thoracique n'offrent rien de particulier; le péritoine contient 75 centilitres d'un liquide séreux mélangé de débris pseudomembraneux jaunâtres et mous, disséminés partout, et en assez grande quantité. À droite, le grand épiploon, les dernières anses de l'intestin grêle, le cœcum, le ligament large, et le bas-fond de l'utérus, sont réunis par des adhérences assez résistantes, quoique de formation récente, et isolent le cul-de-sac postérieur du reste de la cavité séreuse; il est rempli de pus brunâtre et très-fétide; sur tous ces points, il y a une injection assez vive.

L'utérus est volumineux, et incliné à droite; sa surface interne offre de fausses membranes très-adhérentes; la lèvre postérieure présente une déchirure irrégulière, profonde, qui, sur son point le plus élevé, n'est séparée du péritoine que par une couche très-mince (1 millimètre) du tissu utérin, noirâtre et ramolli. Les parois du vagin sont déchirées sur plusieurs points dans toute leur épaisseur. Ces ouvertures, dont le diamètre varie, communiquent avec des cavités irrégulières, assez profondes, creusées dans le tissu cellulaire du bassin, et remplies de pus brunâtre très-fétide. Sur les autres points, ce tissu est infiltré de pus ou de lymphé plastique, qui lui donne une apparence lardacée; cette disposition est surtout prononcée pour le ligament large droit. Les vaisseaux utérins ne présentent pas d'altération manifeste.

Les réflexions dont nous avons accompagné un des cas précédents (obs. 5) sous le point de vue de la lenteur du travail, de la position transversale de la tête, et de la prétendue facilité des manœuvres, s'appliquent à celui-ci. Les déchirures du vagin n'ont pas entraîné tout à fait les mêmes désordres que dans les deux dernières observations: il y a eu ici une variété curieuse du phlegmon sous-péritonéal, dont nous nous occuperons par la suite. Un point bien remarquable dans ce cas, ce sont les accès fébriles intermittents et réguliers qui ont existé pendant plusieurs jours. L'influence de certaines affections des organes génitaux de l'homme sur la fièvre intermittente a été plusieurs fois constatée, mais la même remarque a bien plus rarement été faite chez la femme, surtout par rapport aux maladies inflammatoires de cet appareil. Dans ce cas, comme dans tout l'ordre des fièvres intermittentes sympathiques, le sulfate de quinine a été impuissant, et les accès fébriles n'ont disparu qu'après que l'irritation s'est dissipée, lorsqu'à l'érythème phlegmasique a succédé le collapsus qui accompagne la formation du pus.

Obs. VIII. — Travail réputé lent, application des forceps, enfant mort pendant l'opération, péritonite consécutive à une perforation vaginale, et à laquelle la mère succombe.

La nommée Fossé, âgée de 34 ans, primipare, médiocrement robuste et bien conformée, entre à la Maternité, en travail, le 31 janvier 1841. La tête étant dans l'excavation et avançant peu, on juge, d'après les rapports de la femme, que le travail est commencé depuis 55 heures, et qu'il y a indication d'appliquer le forceps. L'enfant, qui était vivant avant l'opération, est extrait mort, et la mère succombe à une péritonite aiguë, le 7 février. A l'autopsie, on trouve, dans le vagin, des ulcérations syphilitiques, et à la partie supérieure et postérieure de ce conduit, une ouverture arrondie qui communique avec la cavité péritonéale, dans le cul-de-sac recto-vaginal. Cette perforation, dont les bords sont polis et taillés en biseau du vagin vers la séreuse, n'a pas, dans ce dernier sens, plus de 3 millimètres de diamètre, tandis que la perte de substance, du côté du vagin, en a 15 ou 18: elle ne ressemble en rien aux ulcérations syphilitiques. Le péritoine

offre, au pourtour de l'ouverture, de fausses membranes adhérentes. Cette péritonite réparatrice n'a-t-elle pas été le point de départ de l'inflammation séreuse qui a déterminé la mort?

On s'est rapporté presque exclusivement, dans ce cas, à la relation de la femme, pour juger de la durée du travail et de sa marche. Des ulcérations syphilitiques existaient dans le vagin; on ne peut pas attribuer à cette cause la perforation du péritoine, qui, par son siège et surtout par ses caractères diffère essentiellement du chancre. Il est plus que probable, nous n'osons pas dire certain, que c'est l'extrémité de la cuiller du forceps qui, repoussant, distendant et usant, pour ainsi dire, la paroi du vagin contre laquelle elle appuyait, a produit une déchirure d'une espèce particulière, ou tout au moins une petite eschare, qui en se détachant a fait communiquer le péritoine avec le vagin: là a été le point de départ de la péritonite. Quant à l'enfant mort pendant le travail et très-probablement sous l'influence de l'opération, nous n'avons pas de détails sur le genre de lésions qu'il présentait.

Obs. IX. — Présentation de la tête, doute, version, déchirure très-étendue du périnée.

La nommée Greffier, âgée de 27 ans, primipare, bien conformée, robuste, se présente à la salle d'accouchements, le travail étant déjà assez avancé. Le ventre est très-volumineux, la poche des eaux forme une saillie considérable; elle est tellement tendue qu'on ne peut reconnaître la présentation: cette seule circonstance décide à faire la version (pratique suivie à la Maternité de Paris). Après l'introduction de la main dans l'utérus, on constate que c'est la tête qui s'applique sur l'orifice utérin, ce qui n'empêche pas de continuer l'opération en décollant les membranes jusqu'au bas-fond de l'utérus: on amène assez facilement les pieds, mais on a la plus grande peine à extraire la tête, à cause de la résistance qu'offrent les parties molles; on est obligé de faire de très-fortes tractions, pendant lesquelles le périnée est déchiré en entier, ainsi qu'une bonne partie des fibres du sphincter. On retire un enfant bien conformé, mais faible, qui ne vit pas. La mère a pendant plusieurs jours une incontinence des matières fécales, qui finit par cesser; mais la cicatrisation du périnée est très-incomplète.

Nous examinerons ailleurs si la conduite qu'on a suivie dans ce cas est sage, et s'il n'aurait pas été plus pratique, une fois qu'on a reconnu la tête, de rompre la poche des eaux et d'abandonner le travail à la nature.

Obs. X, XI, XII. — Applications du forceps suivies de déchirures du périnée.

Les femmes Oclin, Chambord et L'Hommet, toutes les trois primipares, ont eu le périnée déchiré à la suite de l'application du forceps, faite dans deux de ces cas pour lenteur du travail. Chez la dernière, la déchirure a été presque complète et accompagnée, pendant plusieurs jours, d'incontinence des matières fécales.

Obs. XIII, XIV. — *Applications du forceps, enfants morts pendant le travail, présentant des lésions graves.*

La nommée Châtelier, âgée de 24 ans, multipare, à terme, bien conformée, entre à la Maternité en travail. L'enfant présente le sommet en première position; la tête est dans l'excavation: la femme dit qu'elle souffre depuis 36 heures. Comme l'accouchement ne marchait pas assez vite, on applique le forceps, et, après des manœuvres prolongées, on retire un enfant qui offre un enfoncement du frontal droit avec exophthalmie, et qui succombe le lendemain. La mère a des suites de couches assez heureuses.

La femme Pélerin, accouchée le 6 mai, a offert un cas tout à fait analogue: seulement le fœtus était hydro-anencéphale, et l'enfoncement portait sur le frontal gauche. L'enfant fut extrait mort; il était vivant lors de l'application du forceps.

Obs. XV. — *Rétrécissement léger du bassin, proéminence du cordon, version, enfant mort pendant le travail et présentant une fracture de l'humérus.*

Brou, âgée de 23 ans, primipare, d'une constitution médiocrement forte, entre à la Maternité en travail, le 14 juin 1841. On reconnaît une présentation de la tête, et en même temps on constate une saillie de l'angle sacro-vertébral. Après que la poche des eaux est rompue, on s'aperçoit qu'il y a proéminence du cordon; on fait quelques tentatives pour le réduire, et on se décide de suite à pratiquer la version. On termine l'accouchement avec la plus grande peine; le bras gauche s'est défilé, et on a fracturé l'humérus en voulant le réduire. L'enfant est mort durant l'opération, et la mère, après avoir eu des accidents assez graves du côté de l'abdomen, sort de la Maternité le 21 juin.

L'indication de la version pourrait être dans ce cas contestée; la légère saillie de l'angle sacro-vertébral n'a-t-elle pas été pour quelque chose dans les difficultés de l'opération et surtout dans la déflexion du bras?

Les lésions traumatiques produites pendant les manœuvres obstétricales, même alors qu'on doit les supposer bien faites, mettent en évidence les dangers de ces opérations. Mais en tenant compte de l'innocuité absolue de ces mêmes manœuvres dans certains cas, on est porté à se demander si les déchirures et les autres désordres qui en sont si souvent la suite ne se rattachent pas à certaines particularités du manuel opératoire ou à certaines conditions liées à l'accouchement. C'est là un point d'une haute importance et sur lequel nous ne possédons pas de matériaux suffisants pour en faire une étude approfondie. Nous allons l'aborder cependant, sauf à laisser quelques lacunes, et examiner dans quelles circonstances se produisent les lésions traumatiques dont nous venons de rapporter des exemples. Nous laisserons de côté tous les cas dans lesquels l'impéritie des sages-femmes ignorantes a été la source de désordres graves, souvent mortels, survenus on ne sait comment,

pour nous occuper des observations recueillies à la Maternité, et sur lesquelles nous possédons des notes exactes.

Les déchirures de l'utérus sont souvent produites par l'introduction de la main, soit pour pratiquer la version ou pour aller à la recherche du placenta. Cette opération est souvent innocente, et ce n'est que dans certaines circonstances qu'elle entraîne des lésions dont nous avons rapporté deux exemples (obs. 1, 2). Dans les cas d'insertion du placenta sur le col, le tissu de cette partie devient poreux, spongieux, par suite du développement de l'appareil vasculaire au moyen duquel s'opère la circulation utéro-placentaire: quoique alors il y ait une augmentation d'épaisseur, la densité est diminuée d'une manière proportionnellement plus grande, d'où résulte une prédisposition aux déchirures. Immédiatement après l'expulsion de l'enfant, le col de l'utérus, fatigué, contus, et offrant souvent de légères éraillures, devient aussi plus friable; c'est là du moins une opinion généralement admise, que le raisonnement et les faits semblent démontrer. Dans ces deux circonstances, l'introduction de la main dans l'utérus et même la dilatation forcée, faites avec les précautions convenables et suivant les sages recommandations sur lesquelles Levret a surtout insisté, peuvent être pratiquées sans aucun inconvénient pour la mère, et la science en possède un grand nombre d'exemples. Mais si on agit avec trop de précipitation, si, au lieu d'une prudente lenteur, on emploie la force et la violence, le tissu utérin plus friable se déchire dans une étendue plus ou moins considérable: c'est ce qui a lieu dans les deux cas que nous avons rapportés. Ces déchirures qui occupent presque toujours les côtés de l'orifice, sont de vastes éraillures qui correspondent au dos de la main qui est introduite. On s'explique assez bien ce fait en tenant compte de la forme que prend cette partie, lorsqu'on rapproche les doigts de manière à former un cône: le côté postérieur est très-oblique et offre une saillie considérable et résistante au niveau des articulations métacarpophalangiennes. Le col de l'utérus se trouve quelquefois atteint par le forceps (observ. 3, 4 et 7). Lorsque la tête n'a pas exécuté son mouvement de rotation et qu'elle est élevée, ou que, par suite d'autres circonstances, on n'a pas pu accompagner l'instrument avec la main pour s'assurer qu'il a pénétré entre la tête et le col utérin, le bord libre de celui-ci, la lèvres postérieure le plus souvent, se trouvent pressés et déchirés par l'extrémité de la cuiller ou par un de ses côtés: tantôt une lèvres entière est presque complètement séparée, comme M. Velpeau en rapporte des exemples, tantôt on trouve une déchirure irrégulière et oblique, comme dans les cas que nous avons observés. Chez l'une de ces femmes (obs. 3), une antéversion considérable, en rendant la lèvres postérieure plus élevée, empêchait de l'atteindre avec la main, et partant de la protéger; chez les deux autres, la tête occupait la partie supérieure de l'excavation.

Les déchirures de la partie supérieure du vagin s'observent dans des circonstances intéressantes à connaître, et qui nous montrent jusqu'à un certain point comment et par quel mécanisme elles se pro-

duisent. A moins de violences très-considérables et de manœuvres mal dirigées, la main ne peut guère seule entraîner des désordres de cette nature, et dans tous les cas que nous avons observés à la Maternité, c'est au forceps qu'ils étaient dus (obs. 5, 6, 7 et 8). Dans les trois premières observations, qui présentent de véritables déchirures du vagin, la tête était à peu près transversale et occupait l'excavation, toujours assez élevée. Dans ces cas, l'application des branches de l'instrument n'a pu être faite en même temps suivant le diamètre transverse du bassin et le petit diamètre de la tête; voici ce qui s'est passé alors : les cuillers de l'instrument, glissant l'une en avant, l'autre en arrière, se sont placées obliquement. Dans cette position, au lieu de répondre aux parois latérales du vagin par leur face externe, c'est l'un de leurs bords qui se trouve en rapport avec elles. De plus, les branches portent presque toujours à faux sur la tête de l'enfant, qui se trouve ainsi inégalement comprimée, et il arrive même souvent que leur extrémité correspond à un point saillant, les bosses pariétales, par exemple. De là résultent des lésions pour l'enfant et pour la mère. Occupons-nous maintenant du mécanisme de ces dernières. Une fois que le forceps est fixé, tout en exerçant des tractions plus ou moins fortes, on lui imprime des mouvements de latéralité. On a recommandé beaucoup de ménagements dans ce temps de la manœuvre, mais dans les cas qui se sont passés sous nos yeux, cette précaution n'a pas été prise, et nous avons vu souvent des mouvements d'autant plus étendus qu'on éprouvait plus de résistance. Dans ces mouvements, et lorsque l'instrument est dans la situation que nous avons précédemment décrite, ce n'est pas la face externe des branches, large, polie et convexe, mais un de leurs bords, étroit et plus ou moins tranchant, qui est en rapport avec les parois vaginales distendues. Dans ces conditions, lorsque le mouvement de latéralité et les tractions qui l'accompagnent se trouvent portés assez loin, il est facile de comprendre qu'il survienne des déchirures du vagin et du tissu cellulaire du bassin : nul doute qu'il n'en ait été ainsi dans les trois cas que nous avons signalés, et dans lesquels se présentaient toutes les circonstances favorables à ce genre de lésions.

La perforation de l'extrémité supérieure du vagin, que nous avons observée dans un cas (obs. 8), était probablement le résultat du forceps, et nous avons déjà cherché à expliquer son mode de développement; nous ne donnons cette supposition que faute d'explication plus rationnelle.

C'est encore lorsque la tête est oblique ou transversale qu'on observe des contusions plus ou moins étendues de la vessie (obs. 5 et 6), et il est facile de comprendre comment, dans ces cas, la branche du forceps, qui, par suite de la situation de la tête, glisse en avant, doit, dans les mouvements qu'on imprime à l'instrument, froisser et contondre le col et le bas-fond de la vessie : de là les lésions traumatiques dont l'autopsie nous révèle les traces (obs. 6), une paralysie de la vessie, et une cystite lorsque la mort n'est pas trop prompte (obs. 5).

Dans les cas dont nous nous occupons, la branche qui glisse en arrière peut atteindre par son extré-

mité ou par son bord postérieur, le plexus sacré et l'origine du nerf sciatique : l'observation 5 nous présente un exemple de cette espèce de lésion.

La déchirure du périnée s'observe assez fréquemment à la suite des manœuvres obstétricales, et, comme dans ce cas la lésion se produit sous les yeux de l'accoucheur, on en saisit parfaitement le mécanisme. Dans les autres cas que nous avons rapportés (obs. 9, 10, 11, 12), les femmes étaient primiparès; chez les trois dernières, qui ont été soumises au forceps, c'est au moment où la tête arrivait au détroit inférieur que la déchirure a eu lieu, commencée par les branches de l'instrument et continuée par la tête, dont l'expulsion était précipitée par les tractions qu'on exerçait sur elle. Cette rupture du périnée se fait avec une si grande rapidité qu'on n'a pas, en général, le temps de la prévenir. Chez la malade qui fait le sujet de la neuvième observation, c'est à la suite de la version qu'on a observé la déchirure qui était due à la dilatation trop brusque des parties molles par la tête qu'on se hâta d'amener au dehors : et à propos de ce cas, on ne peut regretter trop vivement que la manie d'opérer ait empêché d'abandonner l'accouchement à la nature, alors qu'on eut reconnu une présentation de la tête.

Nous ne dirons que peu de chose des circonstances dans lesquelles sont produites chez les enfants, durant les manœuvres obstétricales, des lésions traumatiques, qui, sans être rares, sont cependant moins fréquentes qu'on ne serait porté à le croire, en présence des proportions effrayantes de la mortalité des nouveau-nés pendant ou peu après ces opérations. Ici, du reste, le mécanisme des désordres est facile à saisir, car les traces que laisse l'instrument indiquent son mode d'action dans les applications du forceps. C'est presque toujours l'extrémité des cuillers qui, appuyant sur un saillant, y porte toute la pression qu'on exerce au moyen de l'instrument, et détermine les fractures, les enfoncements, les contusions d'organes importants, dont nous avons rapporté des exemples (obs. 5, 6, 13, 14). A moins d'une ignorance dangereuse et hardie, la version est le plus souvent innocente pour l'enfant, quant aux lésions traumatiques; et en se conduisant avec méthode, on évite ces fractures, ces décollations des membres, de la tête, et une foule d'autres désordres graves, qu'on ne connaît guère plus de nos jours que par les ouvrages des anciens. Cependant il arrive quelquefois, durant cette opération, si l'on ne prend pas les précautions convenables, que les bras se défléchissent et même se renversent derrière la tête : et dans les tentatives qu'on fait pour pratiquer la réduction, la main de l'accoucheur peut fracturer l'humérus (obs. 15).

Ces détails paraîtront peut-être un peu longs; mais il nous a semblé nécessaire de faire connaître dans quelles circonstances les manœuvres obstétricales sont dangereuses pour les mères et pour les enfants. Nous réduirons plus tard de ces considérations des conséquences importantes pour les indications de ces opérations, et pour certaines règles qu'il faut suivre dans leur manuel.

Hors le cas de désordres très-étendus, résultat de manœuvres téméraires et mal dirigées, les lésions traumatiques consécutives aux opérations obstétri-

cales ne sont pas promptement funestes, et n'ont pas directement par elles-mêmes un résultat fâcheux. C'est peut-être là ce qui a fait que des déchirures, légères en apparence, mais graves en réalité par les états pathologiques auxquels elles ont servi de point de départ, ont été passées sous silence par les observateurs qui ont complaisamment attribué la mort à des affections qui n'étaient que consécutives, à moins de supposer que les rapports intimes qui rapprochent ces deux ordres de lésions leur aient échappé. C'est là ce qu'on serait tenté d'arguer de leur silence sur une question importante qui met sous son véritable jour les dangers des manœuvres obstétricales. Nous n'avons pas la prétention de compléter un point de pathologie puerpérale sur lequel la science possède à peine quelques documents; nous voulons seulement exposer quelques réflexions que nous ont suggérées les faits qui se sont passés sous nos yeux et qui se trouvent consignés dans ce travail. Laissant de côté les désordres immédiats graves, les hémorragies mortelles, qui résultent de déchirures étendues de l'utérus, les incommodités souvent si fâcheuses qui suivent la rupture du périnée, nous étudierons seulement les accidents inflammatoires qui se lient aux lésions traumatiques des organes génitaux produites pendant les accouchements artificiels, et les rapports qu'il y a entre ces désordres et des phlegmasies qui leur paraissent souvent étrangères. Nous examinerons sous ces points de vue les déchirures du périnée et celles du vagin, dont les conséquences, quoique analogues, ne sont cependant pas les mêmes; nous résumerons d'abord les altérations qu'on trouve dans ces cas après la mort, et nous verrons ensuite, en les comparant aux troubles fonctionnels observés pendant la vie, les rapports qui lient ces divers désordres les uns aux autres et au point de départ de tous les accidents, la déchirure.

Les lésions de l'utérus dont il va être question portent sur le col, celles du corps étant toujours trop promptement mortelles pour qu'on puisse observer les altérations secondaires dont nous allons tracer l'histoire. Nous avons vu dans quelles circonstances et comment elles se développaient: celles qui sont produites par l'introduction de la main se présentent sous forme d'éraillures plus ou moins profondes, en nombre variable, occupant surtout les côtés, en général, celui qui correspond au dos de la main qui est introduite; elles sont régulières et n'intéressent pas toute l'épaisseur du col (obs. 2). Quelquefois cette partie est atteinte par les branches du forceps, pressée et déchirée par l'extrémité de la cuiller contre la tête de l'enfant: la solution de continuité dans ces cas est complète, irrégulière et plus ou moins contuse (obs. 3, 4, 7); la lèvre postérieure était seule intéressée dans les trois cas que nous avons observés. Ces diverses déchirures n'ont aucune tendance à la réunion; leurs bords sont et restent écartés, leur fond est grisâtre ou brunâtre, et elles sont entourées de fausses membranes; l'inflammation pseudomembraneuse est étendue à toute la surface interne de l'utérus, mais toujours ses produits sont plus considérables sur les points voisins du col, au pourtour de la déchirure. Les trompes participent à cet état

phlegmasique, leur cavité est remplie de pus et de fausses membranes qui s'étendent quelquefois jusqu'aux digitations du pavillon, et leur surface interne est d'un rouge violacé. Le péritoine contient des produits de même nature, en quantité variable, mais généralement considérable. Les fausses membranes présentent cette particularité remarquable, que les plus adhérentes, celles qui paraissent les plus anciennes, se trouvent sur les ovaires, les ligaments larges. Nous nous bornons à ces détails parce que nous ne voulons pas faire l'histoire de la péritonite des nouvelles accouchées; nous dirons seulement que les caractères que nous venons de tracer si rapidement sont ceux d'une métrite-péritonite, non pas dans le sens mal défini qu'on donne généralement à ce mot, mais dans son acception rigoureuse et vraie. Les déchirures de l'utérus peuvent être la source d'altérations d'une autre espèce: des lymphatiques (obs. 2), des veines même peuvent s'enflammer, et la lymphite ou la phlébite avoir leur point de départ à la plaie suppurante et baignée par une sanie fétide, comme dans l'exemple que nous citons tout à l'heure. On comprend d'autant plus facilement la possibilité de ces phlegmasies vasculaires, que l'état puerpéral y prédispose beaucoup et qu'on les voit souvent survenir à la suite de plaies qui se trouvent dans des conditions beaucoup moins défavorables.

Les déchirures du col de l'utérus n'entraînent aucun trouble fonctionnel bien caractéristique, alors même que la surface interne de la matrice devient le siège d'une inflammation pseudomembraneuse. Dans un cas, cependant (obs. 2), peu de temps après l'accouchement, la malade a éprouvé des *coliques* remittentes, accompagnées de fièvre, et différant de ce qu'on appelle tranchées utérines: si, dans les deux autres observations, cette particularité n'a pas été notée, c'est peut-être parce que les femmes n'ont été conduites à l'infirmerie qu'à une époque assez avancée de la maladie, circonstance qui se présente fréquemment à la Maternité, surtout pour le cas d'accouchement artificiel. Un des premiers symptômes qui se déclarent, c'est la douleur dans l'une ou les deux fosses iliaques, douleur d'abord peu prononcée et appréciable seulement quand on exerce une légère pression ou dans la flexion des membres inférieurs; elle est en outre très-limitée; bientôt elle augmente d'intensité et se propage dans l'abdomen avec une rapidité souvent surprenante. A ce moment la péritonite diminue les autres états pathologiques. Nous laisserons de côté les symptômes de cette maladie et les modifications qu'elle présente dans sa marche, suivant qu'elle est ou non compliquée de fièvre puerpérale; ce sujet ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes fixé. Quant à la lymphite, nous ne voyons rien qui lui soit propre comme symptômes dans l'observation que nous avons rapportée, et il résulte de faits nombreux recueillis par l'un de nous à la Maternité, que cette phlegmasie, ainsi que la phlébite utérine, qu'on observe fréquemment dans les fièvres graves des nouvelles accouchées, ne peuvent être reconnues pendant la vie que lorsqu'il y a mélange du pus avec le sang, infection purulente; terminaison rare dans la phlébite utérine et tout au moins douteuse dans la lym-

phite, comme l'un de nous a cherché à le démontrer dans sa dissertation inaugurale (*Recherches cliniques sur la fièvre puerpérale*, thèse, Paris, 1842).

Comparons maintenant ce tableau rapidement esquissé des troubles qu'on observe pendant la vie aux lésions anatomiques que l'autopsie nous révèle, et voyons comment ces différents désordres se lient les uns par les autres à la déchirure de l'utérus. Nous allons entrer dans quelques détails, parce que c'est là un sujet encore peu connu et qui mérite de fixer l'attention des accoucheurs. Une solution de continuité de la matrice existe : ses bords sont irréguliers, contus, plus ou moins écartés ; la plaie est baignée continuellement par des liquides corrompus, âcres, et l'inflammation qu'elle éprouve nécessairement est modifiée par ces conditions qui lui impriment un surcroît d'irritation, d'où la formation de fausses membranes : la phlegmasie tend à se communiquer à la surface interne de la matrice, qui après l'accouchement se trouve dans des conditions plus ou moins analogues à celles d'une plaie récente. Est-il étonnant dès lors que l'utérus soit tapissé de pseudomembranes et qu'elles soient surtout prononcées au pourtour de la déchirure, point de départ et foyer de l'irritation pathologique ? Les rapports de continuité et de structure qu'a la surface interne de la matrice avec les trompes, et partant avec le péritoine, d'une part, et, d'une autre part, la tendance bien démontrée qu'a l'inflammation à se propager de proche en proche dans les tissus analogues ou continus, font facilement comprendre les connexions intimes qui réunissent deux phlegmasies dont la dernière est consécutive ; c'est là la véritable métrô-péritonite, et les symptômes viennent confirmer entièrement les données fournies par l'anatomie pathologique. En effet, la péritonite débute par les fosses iliaques, du côté qui correspond à la trompe affectée, lorsqu'un seul de ces conduits est malade (obs. 2, 3). La douleur, d'abord très-limitée, ne s'étend que plus tard aux autres points de l'abdomen ; et pour confirmer ce fait, que la péritonite a commencé par les parties voisines des trompes au moyen desquelles l'inflammation s'est communiquée de l'utérus à la séreuse, nous trouvons à l'autopsie sur les ligaments larges de fausses membranes plus adhérentes et évidemment plus anciennes que sur les autres points. Le rôle que jouent les déchirures de l'utérus dans la production des lymphites et des phlébites utérines ne saurait être contesté, en présence des détails anatomiques dans lesquels nous sommes entrés dans l'une de nos observations.

Ces considérations pathogéniques nous montrent combien peuvent être graves les conséquences d'une déchirure même peu étendue de l'utérus ; mais indépendamment des cas dans lesquels la mort a été la terminaison, on a pu chez quelques femmes arrêter les accidents, et parmi les observations que nous avons recueillies à la Maternité, quelques-unes sont dans ce cas. Les difficultés qu'on rencontre dans ces circonstances pour constater la déchirure et démontrer le rôle qu'elle a joué dans la production de la péritonite, font que nous passerons ces faits sous silence ; mais l'identité dans les circonstances qu'a présentées l'accouchement et dans les symptômes

morbides qui sont survenus à la suite, nous porte à penser que cette phlegmasie n'a été que secondaire, comme dans les cas où l'autopsie nous a permis de suivre pas à pas la marche de l'inflammation. Ceci n'expliquerait-il pas la fréquence des péritonites à la suite des manœuvres obstétricales, et surtout de l'application du forceps ?

Nous avons déjà examiné dans quelles circonstances surviennent les déchirures du vagin, voyons quels caractères elles présentent, et à quels états morbides elles servent de point de départ. D'après les faits que nous avons rapportés (obs. 5, 6, 7), les solutions de continuité des parois vaginales occupent la région latérale, vers la partie moyenne ou supérieure, tantôt sous forme de fente longitudinale, qui, dans un cas, avait 80 millimètres d'étendue (obs. 5), tantôt sous forme d'ouvertures irrégulièrement arrondies, en nombre variable, et échelonnées, pour ainsi dire, les unes par rapport aux autres (obs. 7). Dans tous ces cas, le vagin est intéressé dans toute son épaisseur, et le tissu cellulaire correspondant du bassin déchiré. Cette dernière lésion peut exister sur des points où les parois vaginales sont intactes, c'est du moins ce qui semble avoir eu lieu chez la femme qui fait le sujet de la septième observation. Les altérations qui surviennent à la suite de ces solutions de continuité, quoique toujours de même nature, ne sont pas les mêmes dans tous les cas ; et voici ce qu'on observe à ce sujet : Lorsque les déchirures du vagin et des parties sous-jacentes sont très-étendues (obs. 5, 6), le tissu cellulaire du bassin devient le siège d'un véritable phlegmon diffus qui se propage rapidement et qui nous a présenté les caractères anatomiques suivants : lorsque la mort a été prompte, le tissu cellulaire gélatiniforme et très-friable était gorgé de liquide séro-sanguinolent un peu trouble (obs. 5), et nous avons trouvé du pus dans les cas où les accidents ont marché avec moins de rapidité (obs. 6). L'infiltration de la première espèce est plus étendue, plus considérable ; elle envahit le bassin, les ligaments larges, les fosses iliaques, les lombes, et ne paraît pas suivre dans sa marche un trajet bien précis. Le péritoine devient dans ces cas, par contiguité, le siège d'une inflammation analogue, toujours très-limitée, surtout si l'on a égard à l'étendue de celle du tissu cellulaire. Un épanchement séro-sanguinolent trouble et peu abondant, une injection médiocrement prononcée occupant les ligaments larges, sont les seules altérations que l'on constate à l'autopsie (1). L'infiltration purulente se propage avec moins de facilité, et n'envahit même pas tout le tissu cellulaire du bassin ; les ligaments larges ne sont malades qu'à leur base ; le pus remonte vers l'abdomen en suivant les urètres, les vaisseaux ou

(1) Les désordres que nous venons de décrire se rapprochent beaucoup de ceux que nous avons observés dans certains cas de péritonite avec fièvre puerpérale, durant l'épidémie qui a sévi à la Maternité au mois d'avril 1841. Est-ce que l'influence épidémique qui commençait à se faire sentir lorsqu'accoucha la femme dont nous avons rapporté l'observation, n'aurait pas modifié la marche et les caractères anatomiques du phlegmon sous-péritonéal ?

les replis péritonéaux du bassin, et gagne les fosses iliaques, les régions lombaires et la colonne vertébrale; sur ces derniers points l'infiltration est très-moquée. Partout où le tissu cellulaire renferme du pus, il est d'un gris-jaunâtre, homogène et friable, de sorte que les deux éléments paraissent combinés, et ce n'est que par expression qu'on en fait sortir un pus presque solide. Dans ces cas le péritoine est aussi enflammé, et la péritonite partielle accompagnée d'épanchement purulent et de fausses membranes, toujours en petite quantité. Lorsque, au lieu d'être largement déchiré, le vagin offre une ou plusieurs petites ouvertures avec laceration du tissu cellulaire qui leur correspond, on trouve une série d'anfractuosités à parois irrégulières, remplies de sanie purulente et communiquant avec le vagin. Le tissu cellulaire voisin, celui des ligaments larges, est le siège d'un phlegmon simple très-limité. Dans le cas que nous avons rapporté, il y a eu aussi péritonite partielle, dans la production de laquelle la déchirure profonde de la lèvre postérieure du col de l'utérus a peut-être eu une part active.

Quoique, pour démontrer que les altérations inflammatoires que nous venons d'énumérer sont la conséquence des déchirures du vagin, nous n'avons pas besoin de nous appuyer sur les troubles fonctionnels observés pendant la vie; nous analyserons cependant rapidement les symptômes du phlegmon diffus sous-péritonéal, afin d'appeler l'attention des accoucheurs sur une maladie à peine connue, et qui, par sa gravité et par la rapidité de sa marche, mérite une place importante dans le cadre des affections puerpérales. Résumons rapidement les deux faits qui se sont présentés à notre observation. Dans un cas (obs. 6), un frisson est survenu peu après la délivrance; il a été accompagné de hoquet, avec pâleur et décomposition de la face: ces accidents ont pu exister et nous échapper chez l'autre malade, que nous n'avons examinée avec soin que plusieurs heures après le début des premiers symptômes. Dans les deux cas il y a eu, dès le commencement, de la fièvre avec chaleur et sécheresse de la peau; le ventre était chez les deux malades légèrement ballonné, un peu sensible à l'hypogastre; et en même temps elles accusaient des douleurs lancinantes, profondes, se propageant du bassin dans l'abdomen; l'écoulement lochial n'a pas cessé, il a toujours été sanguinolent; enfin, dans les deux cas, le toucher a permis de constater l'existence de déchirures que l'application du forceps faisait soupçonner. Nous regardons ces derniers caractères comme les plus importants pour le diagnostic du phlegmon sous-péritonéal, maladie promptement mortelle dans les cas que nous avons observés, et qui est peut-être au-dessus des ressources de l'art.

Un mot maintenant sur la pathogénie des états morbides qu'engendrent les déchirures du vagin. Les détails anatomo-pathologiques dans lesquels nous sommes entrés rendent ces considérations moins nécessaires: aussi n'insisterons-nous pas sur ce point. Lorsque la solution de continuité est étendue, qu'elle intéresse toute l'épaisseur des parois du conduit, les liquides qui s'écoulent de l'utérus après l'accouchement sont versés en abondance dans le tissu cellulaire du bassin, lâche et facile à

s'infiltrer; le contact de ces liquides toujours irritants ne tarde pas à produire une inflammation d'autant plus vive que la cause qui lui a donné lieu continue à agir, et prend même à chaque instant plus d'intensité, les lochies devenant de plus en plus irritantes à proportion qu'on s'éloigne de l'accouchement. En comparant ces diverses conditions à celles de l'infiltration urinaire, on comprend facilement le développement du phlegmon sous-péritonéal à la suite des larges déchirures du vagin, et il est impossible de se refuser à admettre que ces lésions ont été le point de départ des accidents inflammatoires. Lorsque le vagin n'offre que de petites déchirures communiquant avec des cavernes creusées dans le tissu cellulaire, les liquides qui s'écoulent de l'utérus ne passent qu'en petite quantité à travers ces solutions de continuité, et dès lors les infiltrations étendues sont à peu près impossibles; les anfractuosités formées par suite des lacerations du tissu cellulaire s'enflamment, se remplissent de sanie purulente, et la présence de ces sortes d'abcès détermine dans les parties ambiantes une inflammation à laquelle l'infiltration est étrangère, et qui, différant par sa cause du phlegmon sous-péritonéal, en diffère aussi par ses caractères anatomiques, ses symptômes et sa marche; c'est au reste ce que nous avons observé, et on pourra en juger en comparant notre 7^e observation aux deux faits qui la précèdent. Tels sont les graves résultats qu'entraînent à leur suite les déchirures du vagin dont une mort rapide est la conséquence. En tenant compte du peu d'étendue de la plaie dans certains cas, de la possibilité de la laceration du tissu cellulaire sans que le vagin soit intéressé, on se demande si certains abcès du bassin qu'on observe après l'accouchement, et sur lesquels notre collègue et ami M. Bourdon a publié un travail du plus haut intérêt (*Revue médicale*, 1841), ne se rattachent pas à des lésions de cette nature.

Nous avons rapproché des cas de déchirures du vagin une observation dans laquelle, à la suite de l'application du forceps, nous avons constaté une perforation faisant communiquer ce conduit avec la cavité péritonéale au niveau du col du sac postérieur (obs. 8); nous avons cherché à expliquer le rôle qu'avait joué l'instrument dans la production de cette lésion, qui a servi de point de départ à la péritonite à laquelle la malade a succombé. Si la cause de la phlegmasie séreuse n'était pas évidente par le seul fait de la perforation, les fausses membranes adhérentes qu'on a trouvées au pourtour de l'ouverture péritonéale, traces incontestables du travail réparateur qui s'est opéré sur ce point, ne laisseraient aucun doute à cet égard.

Nous avons montré sous leur véritable point de vue les dangers dont s'accompagnent les manœuvres obstétricales, par suite des lésions traumatiques auxquelles elles donnent si souvent lieu. Les détails dans lesquels nous sommes entrés nous ont semblé nécessaires à cause des conséquences obstétricales que nous en déduisons, et aussi parce que, frappé des altérations pathologiques trouvées après la mort, ou n'aperçoit pas, ou on passe sous silence la lésion qui a servi de point de départ. Négligeant ainsi les véritables causes de la maladie, on ne saisit pas les

liens intimes qui existent entre les manœuvres obstétricales et les phlegmasies mortelles qu'on observe à leur suite, et l'on croit à une simple coïncidence, alors qu'il y a en réalité un rapport de cause à effet.

Pour terminer l'histoire pathologique des lésions traumatiques qu'on observe à la suite des manœuvres obstétricales, il ne nous reste plus que quelques mots à dire sur les contusions, la paralysie de la vessie, et la cystite qui en est la conséquence. Nous avons vu dans quelles conditions cet organe peut être atteint par le forceps, et comment il se trouve froissé, contus et paralysé. L'observation 6 nous montre les désordres immédiats qui en sont la suite; et quant aux désordres secondaires, nous en trouvons un exemple chez la femme qui fait le sujet de notre 7^e observation. Nous ne nous étendons pas sur les caractères anatomiques que nous avons donnés avec assez de détails dans la relation de ces faits, et nous nous bornerons à dire que la contusion de la vessie et la paralysie qui l'accompagne sont des causes plus que suffisantes pour expliquer le développement de la cystite. Si cette phlegmasie n'a pas eu directement par elle-même des conséquences funestes dans le cas où nous l'avons observée, à cause des états pathologiques bien autrement graves qui existaient en même temps, on n'est pas moins en droit de considérer la cystite comme une complication importante et dangereuse, conséquence des désordres que peut produire l'application du forceps.

Nous avons signalé les lésions traumatiques graves qu'on observe chez les enfants dans les accouchements artificiels : presque toujours la mort immédiate en est le résultat, surtout à la suite de l'application du forceps. Quelquefois cependant les enfants viennent vivants, alors même qu'ils présentent des fractures du crâne, et ne succombent que quelque temps après la naissance, dans certains cas le lendemain, comme dans l'un des faits que nous avons rapportés (obs. 13). Ces désordres graves et facilement appréciables constituent-ils les seules lésions auxquelles, durant les manœuvres obstétricales, les enfants soient exposés? En voyant, d'après les statistiques que nous rapporterons tout à l'heure, leur mortalité effrayante pendant l'opération et peu de temps après la naissance, la chétive existence de ceux qui survivent à ces premiers dangers, et qui pour la plupart ne tardent pas à succomber, on est en droit de se demander si l'on doit considérer ces manœuvres comme entièrement innocentes pour les enfants, alors que des lésions traumatiques graves n'en sont point la conséquence; si la compression des branches du forceps sur la tête, les tiraillements exercés durant la version, sont sans influence sur la santé si délicate de ces petits êtres, sur leurs principaux viscères incomplètement protégés? Nous manquons d'éléments positifs pour traiter cette importante question, sur laquelle nous appelons l'attention des observateurs qui se trouvent dans des conditions favorables pour étudier les maladies des nouveau-nés.

Nous venons de voir les tristes conséquences des manœuvres obstétricales les mieux faites, et nous avons pu en apprécier toute la gravité, quoiqu'il y ait des cas heureux où la nature est assez puissante pour triompher, et pour arracher la femme à une

mort presque certaine. Examinons maintenant par l'étude des statistiques si les accidents que nous venons de signaler s'observent fréquemment : on en jugera par l'influence qu'exercent les manœuvres obstétricales sur la mortalité des mères et des enfants. Nous prendrons nos chiffres tant à la Maternité que dans le travail du docteur Riecke, mais nous nous appuierons surtout de ceux de la Maison d'accouchement durant les mois de janvier, février, mars, avril, mai, juin, juillet et août de l'année 1841, parce qu'ils nous sont personnels, et que tous les éléments nous en sont familiers. Pendant les huit mois sus-nommés, il y eut 2,339 accouchements, dont 16 applications de forceps, 21 versions, et 7 délivrances artificielles, en tout 44 accouchements artificiels. — 14 des 16 femmes qui subirent l'application du forceps étaient primipares, et 2 avaient eu des couches antérieures; 13 avaient un bassin bien conformé, et 1 un vice de conformation; 13 étaient à terme, 1 avant terme; chez 12 le forceps fut appliqué pour lenteur de travail, chez 1 pour la viciation du bassin, chez une autre pour procidence du cordon, et chez 2 pour éclampsie; chez 5 le travail dura de 16 à 20 heures, et chez 11 plus de 20 heures; 3 des mères moururent les deux premiers jours, 5 quelques jours plus tard, et 8 survécurent; quant aux enfants, 4 survécurent, 4 étaient mort-nés, et 8 succombèrent les quinze premiers jours.

Des 21 femmes chez lesquelles on pratiqua la version, 4 étaient primipares et 17 multipares; 20 avaient le bassin bien conformé, 1 une conformation vicieuse; 16 étaient à terme, 5 avant terme; chez 14 il y avait présentation de l'épaule, chez 2 présentation douteuse, chez 4 insertion du placenta sur le col, et chez 1 procidence du cordon; chez 6 le travail dura moins de dix heures, chez 10 de dix à vingt heures, chez 5 plus de vingt heures : 2 femmes moururent les deux premiers jours, 2 les jours suivants, et 17 survécurent. Il y eut 6 enfants mort-nés, 8 moururent les quinze premiers jours, et 7 survécurent.

Sur les 7 cas de délivrance artificielle, il y eut 6 primipares et 1 multipare; chez les 7 le bassin était régulièrement conformé; 5 étaient à terme, 2 avant terme; chez 5 le placenta était supposé adhérent, et chez 2 cette adhérence s'accompagnait d'hémorragie; chez 2 le travail dura moins de dix heures, chez 1 de dix à vingt heures, et chez 4 plus de vingt heures, 3 femmes succombèrent quelques jours après, et 4 guérèrent; il y eut parmi les enfants 3 mort-nés, 5 autres succombèrent dans les quinze jours, et un seul survécut.

Cette statistique pourrait nous offrir d'utiles enseignements, si nous recherchions les causes de dystocie qui ont nécessité les manœuvres; mais nous reviendrons plus tard sur ce point intéressant, et nous ne noterons ici que les résultats. Sur 44 accouchements artificiels, il y eut donc 13 morts pour les mères et 32 pour les enfants, c'est-à-dire d'une part $\frac{1}{3}$ et de l'autre les $\frac{2}{3}$. Si des chiffres aussi faibles que les nôtres pouvaient servir de base à la règle de conduite à tenir, l'on devrait, dans tous les cas où l'on peut choisir entre le forceps et la version, recourir à cette dernière dont les résultats sont en effet beaucoup moins fâcheux : elle n'a été

fatale à la mère que dans un cinquième des cas, et aux enfants dans les deux tiers des cas, tandis que le forceps a occasionné la mort de la moitié des mères et des trois quarts des enfants. Ce dernier résultat est en opposition directe avec l'opinion des auteurs, qui prétendent tous que la version compromet beaucoup plus souvent les jours de l'enfant que l'application du forceps.

Il est fâcheux que la Maternité ne publie pas un compte-rendu annuel de ses manœuvres obstétricales, et de la mortalité des mères et des enfants comparée à celle des accouchements naturels; nous sommes cependant parvenus à nous procurer le tableau suivant où l'on trouvera la mortalité des mères dans tous les accouchements pris en masse pendant une période de douze années.

Années.	Accouchements.	Décès.	Proportion.
1850	2,633	122	1 sur 21
1851	2,861	254	11
1852	2,544	146	17
1853	2,502	100	25
1854	2,599	97	27
1855	2,596	92	28
1856	2,538	11	44
1857	2,761	48	61
1858	2,909	81	36
1859	3,037	122	25
1840	3,676	94	39
1841	3,408	114	30
	34,064	1533	1 sur 23

Nous pouvons avec ce tableau calculer approximativement le nombre des accouchements artificiels de ces douze années, puis le nombre probable des décès de ces accouchements artificiels, en prenant pour base notre statistique des huit premiers mois de l'année 1841; puis défalquant ces nombres, l'un du chiffre total des accouchements, l'autre du chiffre total des décès, nous obtiendrons le nombre des accouchements naturels et celui de la mortalité dans ces accouchements. Nous poserons donc la proportion suivante : 2339 : 44 :: 34064 : x, ou $x = 34064 + 44 \cdot 2339 = 587$. Pour obtenir la mortalité probable, nous poserons la proportion 44 : 13 :: 587 : x, ou $x = 587 + 13 \cdot 44 = 200$. Il y eut donc pendant ces 12 années 33,477 accouchements naturels, et 587 accouchements artificiels, et d'autre part 1133 décès pour les premiers et 200 pour les seconds. Maintenant, en cherchant la moyenne des décès, nous trouvons qu'ils sont comme 1 est à 28 dans les accouchements naturels, et comme un est à 187/200, ou en nombre rond, comme 1 est à 3 dans les accouchements artificiels. Nous nous servirons plus tard de ces différents chiffres.

Ces divers résultats sont bien propres à faire apprécier à sa juste valeur l'innocuité prétendue des manœuvres obstétricales. Voyons maintenant si elles réussissent mieux en d'autres mains, et examinons les statistiques publiées à ce sujet. — Le docteur Breen affirme avoir perdu 18 femmes sur 44 après l'emploi des instruments. Nous trouvons les détails suivants dans les statistiques du docteur Riecke déjà citées : dans une période de quatre an-

nées, et sur le chiffre de 219,563 accouchements dans le royaume de Wurtemberg, on a perdu 1248 mères, c'est-à-dire 1 sur 175; sur 221,983 naissances on a perdu 10,630 mort-nés ou morts dans les 24 heures, c'est-à-dire 1/20. M. Riecke fait observer aussi qu'on perd une primipare sur 143, et que les dangers d'un premier accouchement augmentent avec les progrès de l'âge; dans ses statistiques, plus de 1/5 des primipares se trouve avoir atteint l'âge de 30 ans, et dans ce cinquième la mortalité est de 1 sur 80. Les accouchements multiples se distinguent aussi par la grande proportion de mères et d'enfants morts : on perd 1 mère sur 57 dans les accouchements doubles, et 1 enfant sur 5.

Il y eut 214,034 accouchements naturels et dans ces cas on a perdu 1 mère sur 346; on compte 1 enfant mort-né ou mort dans les vingt-quatre heures sur 31 naissances. Nous avons dit plus haut qu'il y eut 7,949 accouchements artificiels, c'est-à-dire 1 accouchement artificiel sur 28 : on a perdu 1 mère sur 12 1/2, et 1 enfant sur 2 2/3 dans les accouchements artificiels; la mortalité des mères est donc 24 fois et celle des enfants 12 fois plus forte que dans les accouchements naturels. Les accouchements artificiels sont plus fréquents chez les primipares : 1 sur 17, au lieu de 1 sur 28; dans les accouchements multiples, les secours de l'art sont nécessaires dans 1 cas sur 7. Une remarque très-importante à faire, c'est que dans le Wurtemberg les accouchements artificiels sont moins fréquents là où les accoucheurs sont en même temps médecins.

Sur 2,740 accouchements par le forceps, 127 mères moururent pendant ou après l'opération, c'est-à-dire 1 sur 22, et il y eut 636 enfants mort-nés ou morts peu après leur naissance, ou 1 sur 4,3. Chez les primipares, on perd le 2^e des mères et le 5^e des enfants. Sur 3,120 cas de version, il y eut 300 mères mortes, ou 1 sur 10,4, et 1,756 enfants mort-nés ou morts dans les vingt-quatre heures, ou 1 sur 1,36. M. Riecke conclut de ce dernier résultat que la version est une opération beaucoup plus dangereuse que le forceps pour la mère et pour l'enfant, et l'on doit se rappeler que les chiffres de la Maternité nous ont conduits à un résultat tout opposé. On pourrait peut-être expliquer cette divergence par la difficulté beaucoup plus grande de la version : en effet, à la Maternité cette opération est pratiquée dans les circonstances les plus favorables, et il est rare qu'on manque le moment opportun, c'est-à-dire le début du travail, époque où elle est beaucoup plus facile, où la poche des eaux contenant encore beaucoup de liquide permet à la main de manœuvrer bien plus aisément dans l'utérus, sans courir le risque de froisser autant cet organe et le fœtus lui-même; on pousse même peut-être un peu loin cette précaution, en pratiquant quelquefois la version dans des cas de présentation douteuse, qui souvent se termineraient spontanément de la façon la plus heureuse. Dans le Wurtemberg, au contraire, cette opération délicate est bien des fois pratiquée par des sages-femmes ignorantes qui n'agissent pas à temps, et qui manœuvrent très-mal. Sur 1500 délivrances artificielles, le même auteur a noté que 140 mères avaient suc-

combé, ce qui établit pour les décès une proportion de 1 à 10.

Au premier coup d'œil, on serait tenté de trouver une réfutation des idées émises au commencement de ce travail, dans les statistiques du docteur Riecke. En effet, nous nous sommes appuyés sur les relevés de la Maternité pour montrer la funeste influence des manœuvres obstétricales, et nous avons prouvé que la terminaison était fatale aux mères dans la proportion d'un tiers, et aux enfants dans la proportion des deux tiers, tandis qu'il résulte des statistiques du docteur Riecke qu'il ne périt environ qu'un douzième des mères et un tiers des enfants à la suite des manœuvres obstétricales. Mais cette disproportion n'est qu'apparente, et si l'on veut prendre la peine de comparer rigoureusement les différents points de chaque statistique, on la verra disparaître presque entièrement. Les conditions d'une maison d'accouchements ne sont pas celles de la pratique civile, et sans parler des épidémies qui viennent presque tous les ans sévir dans ces sortes d'hôpitaux, des causes de mortalité de tout genre s'y trouvent réunies, et doivent nécessairement agir sur les femmes opérées comme sur celles dont l'accouchement est régulier. Aussi a-t-on pu voir que la mortalité dans les accouchements naturels était également beaucoup plus forte à la Maternité que dans le Wurtemberg; et tandis qu'elle n'est que de 1 sur 346 dans un cas, elle l'est, dans l'autre, de 1 sur 28. Il n'est donc pas étonnant que les chiffres des décès suites des manœuvres, se trouvent dans une position relative analogue; et d'ailleurs, quand il serait vrai que l'issue malheureuse des manœuvres obstétricales fût même proportionnellement plus fréquente dans les hôpitaux, ce serait une raison de plus pour n'agir alors qu'avec la plus grande réserve, et pencher plus souvent vers la temporisation.

Pour excuser leur conduite et repousser la temporisation, les partisans de l'intervention allèguent l'influence pernicieuse qu'exerce la longueur du travail sur la vie des mères et des enfants: le professeur Burns, à leur tête, soutient chaudement cette thèse et énumère longuement les graves conséquences de la temporisation. Il avance que l'utérus s'affaiblit par degrés, qu'il finit par perdre sa faculté contractile, et qu'une hémorrhagie est à craindre après la terminaison du travail; que les suites de couches sont plus pénibles et les maladies inflammatoires de la matrice et du péritoine plus formidables; que les parties molles longtemps comprimées finissent par s'enflammer et se tuméfier, ce qui ajoute non-seulement à la difficulté de l'expulsion, mais aussi au danger de la gangrène, sans parler du risque de périr que court l'enfant, non-seulement à cause de la compression du cerveau, mais par la pression continuelle de la matrice après l'évacuation des eaux, qui interrompt l'accomplissement régulier de la circulation.

Quelques-uns de ces dangers sont réels, mais ils sont singulièrement exagérés, et d'ailleurs ils n'affaiblissent en rien ceux qui suivent les manœuvres obstétricales: il s'agit donc tout simplement de les comparer entre eux, et de s'attacher au résultat définitif. Nous commencerons par prendre les mêmes chiffres dont se sert Burns pour soutenir

son opinion; ils sont empruntés au docteur Breen, et roulent sur des cas observés à l'hôpital de Dublin. En 37 ans, 78,001 femmes vinrent y accoucher: il en périt 1 sur 92 et 1 enfant sur 18; la mortalité fut même un peu moindre dans les accouchements naturels, car celle des accouchements artificiels s'y trouve jointe et vient la grossir. Chez les femmes qui étaient en travail de leur premier enfant depuis trente heures jusqu'à quarante, 1 sur 34 périt, et 1 enfant sur 8 était mort-né. Lorsque le travail s'est prolongé depuis quarante heures jusqu'à cinquante chez les femmes qui n'avaient point eu encore d'enfant, 1 sur 15 mourut, et la proportion des enfants mort-nés fut de 1 à 3 ¹/₃. Lorsque le travail a duré de cinquante à soixante heures, la onzième partie des femmes succomba; et lorsqu'on arrive à la durée de soixante à soixante dix heures, on trouve un huitième qui périt et presque la moitié des enfants. Cette statistique prouve en effet péremptoirement que la mortalité augmente en proportion de la longueur du travail. Mais au lieu de comparer cette mortalité à celle des accouchements réguliers, comparons-la à celle des accouchements terminés par les instruments, et Burns lui-même se charge de nous apprendre que le docteur Breen a perdu 18 femmes sur 44 chez lesquelles il employa les instruments. L'accoucheur écossais n'est-il pas battu sur son terrain et avec ses propres armes? et en prenant pour terme de comparaison même les accouchements de soixante dix heures, n'avons-nous pas à opposer à la mortalité de 1 sur 8 celle de 1 sur 3? Nous pourrions encore ajouter que toutes les femmes sur lesquelles portent les observations précédentes de prolongement du travail, étaient des primipares, et que chez elles la mortalité est toujours plus forte. Nous serions bien autrement favorisés par les résultats des statistiques précédentes, si nous prenions la moyenne des proportions citées, et surtout si nous prenions pour type de longueur de travail l'intervalle de trente à quarante heures, dont, sans aucun doute, la fréquence relative est bien plus grande.

Pendant les mois de janvier, mars, avril, mai, juin, juillet et août de l'année 1841 (1), il y a eu à la Maternité de Paris 238 accouchements naturels, dans lesquels le travail s'est prolongé plus de dix-huit heures et peut être considéré comme long: 9 de ces femmes ont succombé, ce qui donne 1 sur 26 pour la mortalité des mères. Durant le même intervalle de temps, il y a eu 737 accouchements naturels, dans lesquels le travail ne s'étant pas prolongé au-delà de six heures, peut être considéré comme court: 20 de ces femmes ont succombé, ou 1 sur 36. Pendant les sept mêmes mois 1,066 femmes ont accouché naturellement dans un intervalle de six à dix-huit heures, ce qu'on peut appeler un travail moyen, et 20 ont succombé, ou 1 sur 53. Comme on le voit, à la Maternité, comme partout ailleurs, les résultats d'un travail long sont beau-

(1) Nous avons cru devoir retrancher le mois de février des 8 premiers mois, à cause d'une épidémie meurtrière qui sévissait alors à la Maternité, et dont la mortalité excessive troublerait la moyenne normale.

coup plus avantageux que ceux des accouchements par la main ou par les instruments : il est vrai que la temporisation n'a pas été poussée aussi loin que dans les faits relatés par le docteur Breen, mais c'est, suivant nous, une faute grave, et nous examinerons plus bas si l'on n'eût pas dû temporiser dans les cas beaucoup trop nombreux où le forceps fut appliqué pour inertie de l'utérus. Une remarque qui n'échappera pas au lecteur dans l'étude de notre dernière statistique, c'est que la mortalité est moindre dans le travail moyen que dans le travail court. Il ne faudrait pas voir dans ce fait une réfutation de ce que nous avons dit de l'influence de la longueur du travail sur la mortalité, et voici comment il s'explique : dans les accouchements, il existe une durée moyenne qui constitue l'état normal, durée moyenne qu'il est difficile de préciser, mais qui est à peu près comprise entre six et dix-huit heures, et que nous avons désignée sous le nom de travail moyen ; ce sont ces accouchements qui sont les plus heureux, parce qu'ils sont les plus physiologiques : au-dessous comme au-dessus, il y a anomalie, et par suite danger croissant. Un accouchement qui se termine en deux heures est donc moins naturel, et par suite *probablement* moins heureux qu'un autre qui dure douze heures. Ce que nous avons dit plus haut n'en subsiste donc pas moins dans toute sa vérité, et plus le travail s'éloignera des bornes physiologiques en plus comme en moins, plus les chances de mortalité augmenteront pour la mère.

Maintenant que le lecteur est édifié sur les dangers des manœuvres obstétricales, sur la fréquence des accidents qu'on observe à leur suite, il lui est facile de comparer les inconvénients graves de ces opérations avec ceux de la temporisation, et nul doute qu'on ne doive rabattre de beaucoup ceux que certains auteurs mettent sur le compte de cette dernière. Les avantages de l'expectation sont même si frappants, qu'on devrait à bon droit s'effrayer de la faveur dont jouit encore aujourd'hui la méthode contraire : que penser, par exemple, d'une pratique dans laquelle on intervient dans la moitié des accouchements, comme les statistiques citées par le docteur Riecke en font foi ? n'est-ce pas compromettre l'art que de l'employer dans des cas où il n'est pas d'une nécessité absolue, et où il est si souvent fatal à la mère et à l'enfant ? Un chirurgien prudent n'agit qu'avec la plus grande réserve en présence d'un cas grave, alors que l'opération présente des dangers réels, surtout s'il reste encore quelque chance de succès en abandonnant la malade aux ressources de la nature ; c'est là la saine et bonne pratique conseillée par tous les hommes judicieux et qui compte des partisans parmi les accoucheurs les plus éclairés de notre époque. Comment, en effet, ne pas se ranger à la méthode d'expectation, quand, d'une part, on tient compte des ressources que présente une femme jeune, bien conformée, vigoureuse, exerçant une fonction physiologique, et que, de l'autre, on les compare aux dangers si fréquents et si graves d'une intervention prématurée ? Une circonstance qui plaide encore en faveur de cette méthode, c'est la difficulté avouée par tout le monde, même par les partisans les plus outrés des manœuvres obstétricales, de préciser

dans un grand nombre de cas les indications qui réclament ces opérations. Nous sommes loin de vouloir les proscrire, et nous reconnaissons les services qu'elles rendent tous les jours à l'humanité ; mais il est impossible, en présence des faits que nous allons signaler, de ne pas être convaincu qu'on en a singulièrement exagéré l'emploi. Pour cela, nous allons examiner d'après quelles indications les différentes manœuvres obstétricales ont été mises en pratique dans un grand nombre de cas, et nous verrons ensuite si, dans la plupart de ces circonstances, la nature ne serait pas venue seule à bout de terminer l'accouchement, et si, en modifiant la méthode opératoire, on n'aurait pas pu éviter les lésions graves qui en sont si souvent la suite.

Commençons par les applications de forceps : madame Lachapelle en rapporte 170 cas observés à la Maternité dans une période de 18 ans, et sur ce nombre le forceps fut appliqué 89 fois pour cause d'*inertie de l'utérus*, 8 fois pour mauvaise position du sommet : nous passons sous silence les indications d'après lesquelles on a agi dans les autres cas (convulsions, hémorrhagie, procidence du cordon, etc.), parce qu'il n'y a qu'une opinion sur la nécessité d'intervenir dans ces circonstances. Dans les statistiques du docteur Riecke, sur 1,000 applications de forceps, on en compte 200 pour cause de contractions anormales de l'utérus, 412 pour défaut de proportion entre la tête de l'enfant et le bassin, et 202 pour position vicieuse de la tête ; nous négligeons les autres indications pour le motif que nous avons donné tout à l'heure. Pendant les 8 premiers mois de l'année 1841, il y eut à la Maternité de Paris 16 applications de forceps, dont 12 pour lenteur de travail et mauvaise position de la tête. D'après ces différentes statistiques, on voit que la lenteur du travail et la mauvaise position de la tête forment la plus grande proportion des accouchements dans lesquels on intervient, et cette proportion augmente encore beaucoup si l'on considère que le plus grand nombre des cas notés par M. Riecke comme des exemples de disproportion entre le volume de la tête du fœtus et les diamètres du bassin, doivent être attribués à la lenteur du travail.

Voyons maintenant ce qu'on entend par ces mots de *lenteur du travail*, position vicieuse de la tête, et nous examinerons ensuite si, dans plusieurs de ces cas, pour lesquels on a également recours à l'application du forceps, l'accouchement ne pourrait pas se terminer spontanément. Résumons rapidement les principales phases du travail de la parturition. On a avec raison distingué deux périodes : une première durant laquelle s'opère la dilatation du col, et qui comprend tout l'intervalle qui sépare l'apparition des premières douleurs du moment où la tête s'engage à travers l'orifice utérin ; la seconde qui commence alors et s'étend jusqu'à l'expulsion de l'enfant. La durée de la première période est très-variable, et n'a qu'une influence secondaire sur les dangers de l'accouchement. Tient-on généralement compte de cette circonstance pour l'application du forceps, c'est ce que nous examinerons bientôt. Une fois que la tête est engagée dans l'excavation, il arrive souvent que les contrac-

tions utérines deviennent moins fortes et moins fréquentes, et qu'il y a pour ainsi dire un temps d'arrêt dans le travail. Cette circonstance se présente surtout lorsque la tête n'a pas encore éprouvé son mouvement de rotation ; alors, s'il s'est écoulé un assez long intervalle depuis l'apparition des premières douleurs, et que cet état stationnaire se prolonge un peu, on le désigne sous le nom de lenteur du travail, inertie de l'utérus, et on a recours à l'application du forceps. Cette pratique, vicieuse suivant nous, semble résulter de ce que l'on confond les deux périodes du travail ; car pour apprécier la lenteur de l'accouchement, et juger des dangers qu'elle fait courir à la mère et à l'enfant, on tient compte de l'intervalle qui s'est écoulé depuis le début du travail, et c'est sur cette circonstance de durée qu'on s'appuie surtout pour agir. Confondant ainsi les deux périodes, dont la première est à peu près innocente, on attribue à la seconde des dangers qui ne sont qu'imaginaires, dans les cas, par exemple, où la première s'est beaucoup prolongée. On a d'ailleurs exagéré les inconvénients de la prolongation de la deuxième période, et il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler l'énumération que nous en avons faite précédemment d'après Burns.

On comprend sous le nom de *position vicieuse de la tête* (sommet et face) deux ordres de cas : ceux dans lesquels cette partie, au lieu d'exécuter dans l'excavation les diverses évolutions de l'accouchement naturel, et tendre à devenir antéro-postérieure, conserve la position oblique qu'elle avait au détroit supérieur, ou même devient transversale ; on range dans la seconde catégorie les présentations normales plus ou moins déviées. Dans ces différents cas, aussitôt qu'il survient le moindre retard dans les progrès de l'accouchement, on a recours aux manœuvres obstétricales, et même quelquefois on n'attend pas pour agir qu'il y ait un véritable temps d'arrêt dans le travail ; notre 6^e observation en fournit un exemple.

Tout le monde convient, comme nous l'avons déjà dit, qu'il est difficile de préciser les cas dans lesquels la lenteur du travail réclame l'intervention des instruments. Il arrive souvent, en effet, que des douleurs, après être restées quelque temps faibles et rares, se réveillent spontanément, et alors la tête, qui était demeurée stationnaire, s'avance rapidement vers le détroit inférieur. La thérapeutique possède des ressources capables de développer cette réaction favorable, et c'est alors que les bains, la saignée, le seigle ergoté, sont des moyens précieux, qui, habilement maniés, peuvent rendre d'éminents services. Sans entrer dans le détail de leurs indications, nous nous bornerons à dire que leur emploi, combiné avec une sage temporisation, peut, dans un grand nombre de cas, rendre les instruments inutiles ; c'est là l'opinion de M. le professeur Moreau, qui recommande de n'employer le forceps, pour suppléer aux forces épuisées de la mère, qu'après avoir essayé en vain tous les moyens propres à ranimer la contractilité utérine. Il est cependant des cas où l'inertie de l'utérus réclame l'intervention de l'accoucheur, et alors on recommande avec raison de n'exercer que des tractions modérées, car on n'a à vaincre que la résistance des parties molles.

Souvent, dans ces circonstances, il arrive qu'un léger déplacement de la tête réveille les contractions utérines, et le travail redevient normal et régulier : on doit alors cesser toute traction et abandonner l'accouchement aux seuls efforts de la nature ; en agissant ainsi, on fait disparaître une grande partie des dangers de l'application du forceps.

Les positions vicieuses de la tête, qui compliquent souvent la lenteur du travail, dont elles sont dans bien des cas le point de départ, ne réclament pas nécessairement, comme quelques accoucheurs semblent le croire, l'emploi des instruments. Il arrive assez fréquemment, en effet, dans les cas qui forment la première des deux catégories que nous avons admises, que la tête reprend quelquefois brusquement dans l'excavation, d'autres fois peu à peu en s'avancant vers le détroit inférieur, sa position normale, et l'accouchement se termine ainsi naturellement. Lorsqu'il existe en même temps inertie de la matrice, les contractions utérines se réveillent à mesure que l'obliquité de la tête diminue.

Dans certaines circonstances, la position de la tête devient vicieuse par suite d'une déviation d'une présentation normale. Dans les cas de cette espèce, quelques accoucheurs pensent qu'il faut toujours agir ; d'autres, qu'en abandonnant l'accouchement à lui-même, il se termine le plus souvent naturellement. Il est important de distinguer, dans ces circonstances, les présentations déviées du sommet, qui n'ont en général pour conséquence qu'une prolongation insignifiante dans la durée du travail, et qui se réduisent presque toujours durant le trajet de la tête à travers le bassin, ou tout au moins au détroit inférieur, des présentations déviées de la face, dont quelques-unes sont considérées à la Maternité de Paris comme ne pouvant pas se terminer heureusement sans l'intervention de l'art : il en est ainsi de la variété *bregmato-incisive*, et nous avons rapporté un cas dans lequel on a pour ce seul motif fait une application du forceps (obs. 6), et dans une autre circonstance semblable nous avons vu pratiquer la version aussitôt qu'on eut bien constaté la position de la face. Tous les accoucheurs cependant ne conseillent pas une conduite aussi hardie, et les hommes les plus recommandables pensent que la condition que nous indiquons tout à l'heure, à moins de complication, ne réclame pas l'emploi des manœuvres obstétricales. Cette année, dans le service de l'un de nous, un cas de cette nature s'est présenté, et nous l'avons observé avec soin : ce fait nous paraît d'une trop haute importance pour que nous ne le rapportions pas ici avec quelques détails.

Obs. XVI. — *Présentation de la face (variété bregmato-incisive). Doutes sur la terminaison heureuse ; expectation ; accouchement naturel qui n'est suivi d'aucune conséquence fâcheuse.*

La femme Adenot, chapelière, âgée de 51 ans, couchée au n° 10 de la salle Sainte-Cécile (service de M. Kapeler), multipare, a déjà eu deux accouchements laborieux, dont un fut terminé par le forceps, on ne sait pour quel motif. Elle est d'une

stature moyenne, le bassin assez développé, l'angle sacro-vertébral un peu saillant. Cette dernière grossesse a parcouru ses périodes sans rien présenter de particulier. Les premières douleurs se déclarèrent le 21 avril 1842 dans la soirée. Le 25, à neuf heures du matin, la dilatation du col est assez avancée, l'orifice utérin a environ 0^m,080 de diamètre, la poche des eaux est tendue, on croit reconnaître une présentation de la face. Les douleurs sont assez fortes, mais médiocrement fréquentes. Un peu plus tard, on rompt les membranes, la tête s'engage à l'orifice utérin, et alors on constate une présentation de la face (variété bregmato-incisive, position mento-iliaque gauche) : le grand diamètre est à peu près transversal. La tête s'avance avec lenteur, toujours dans la même situation. Dans l'après-midi, les contractions utérines se ralentissent un peu, mais se réveillent bientôt sous l'influence de quelques frictions pratiquées sur l'abdomen. A quatre heures, la face, toujours transversale, arrive au détroit inférieur ; voici alors ce qui se passe : la tête éprouve pendant une forte douleur un léger mouvement d'extension en vertu duquel le diamètre bregmato-incisif est remplacé par le fronto-mentonnier ; presque aussitôt la face, par un mouvement de rotation, devient légèrement oblique, et à chaque contraction utérine l'obliquité augmente ; bientôt le menton se dégage sous la branche ischio-pubienne gauche, et l'accouchement se termine comme dans les cas ordinaires de présentation de la face. On est obligé d'exercer quelques tractions pour dégager les épaules ; la délivrance n'offre rien de particulier. L'enfant est bien conformé, à terme et robuste, la respiration s'établit bien ; la face, depuis le front jusqu'à la bouche, est fortement tuméfiée et ecchymosée. Voici quelques mesures prises après la naissance, qui démontrent qu'on ne peut pas attribuer dans ce cas la terminaison spontanée au petit volume de l'enfant.

Diamètre occipito-frontal . . .	10 centimètres.
— bi-pariétal	82 millimètres.
— occipito-mentonnier . . .	13 centimètres.
— fronto-mentonnier . . .	9 —
— bregmato-incisif	11 —
— bi-acromial	9 —

La tuméfaction de la face disparaît au bout de peu de temps, et l'enfant jouit d'une très-bonne santé pendant son séjour à l'hôpital. La mère, au moment de la fièvre de lait, éprouve quelques accidents assez graves en apparence, mais dont on se rend tout de suite maître, et qui n'ont aucune conséquence fâcheuse. Ce fait a été vu par la plupart des élèves de l'hôpital Saint-Antoine.

Cette observation réduit à sa juste valeur l'opinion qui considère la présentation bregmato-incisive de la face comme ne pouvant pas se terminer naturellement. En effet, ce cas semblait réclamer, bien plus que beaucoup d'autres, que celui, par exemple, que nous avons rapporté plus haut, l'intervention de l'accoucheur : parmi les accouchements antérieurs, deux avaient été laborieux, et dans un cas on avait eu recours au forceps ; l'angle sacro-vertébral était saillant, et la tête, engagée en position mauvaise, au lieu d'exécuter son mouvement de

rotation, était transversale. Si, avec toutes ces conditions fâcheuses, la nature a pu venir seule à bout de terminer l'accouchement sans dangers sérieux pour la mère ni pour l'enfant, que ne doit-on pas attendre de ses ressources dans les cas beaucoup plus simples que celui que nous venons de rapporter ? Que penser dès lors du conseil donné par quelques accoucheurs, et suivi à la Maternité, d'intervenir dans ces sortes de cas par le forceps ou la version, opérations si dangereuses et si souvent funestes, comme nous avons cherché à le démontrer plus haut ?

Quelque avantage qu'on puisse retirer de la temporisation dans le cas de position vicieuse de la tête, quelquefois cependant on ne peut différer de venir au secours de la nature. Il est difficile de préciser les circonstances dans lesquelles il convient d'agir : l'habitude pratique permet seule de juger sûrement de ces sortes de cas, et c'est là un motif de plus en faveur de la temporisation. Les instruments sont à peu près les seuls moyens à mettre en usage, et nous repoussons, dans tous les cas de cette espèce, la version, qui ne peut être employée qu'à une époque où il est impossible, à moins de circonstance particulière, de prévoir si l'accouchement ne peut pas se terminer naturellement.

Lorsque la tête, après s'être engagée dans l'excavation, reste oblique ou transversale, ce qui constitue notre première catégorie des positions vicieuses, si le travail ne fait aucun progrès pendant plusieurs heures, si les contractions utérines vont toujours en s'affaiblissant, ainsi que le bruit du cœur du fœtus, lorsque surtout, alors, la tête occupe la partie inférieure de l'excavation, il faut tâcher de ramener l'accouchement aux conditions d'un travail naturel, en faisant exécuter à la tête les évolutions qui n'ont pas eu lieu : cette seule précaution suffit souvent pour faire marcher rapidement vers une terminaison spontanée un accouchement qui semblait au-dessus des ressources de la nature. C'est là un précepte d'une haute importance, émané de l'école de la temporisation. On a conseillé de se servir pour cela de la main, qui, fixant la partie, tendrait à la ramener à une position normale : malheureusement, la force que l'on peut ainsi déployer est souvent insuffisante, et il faut avoir recours aux instruments. Dans ces circonstances, on emploie généralement le forceps, et cela, du moins à la Maternité, sans apporter aucune modification à la manœuvre. Nous avons fait connaître et cherché à expliquer les accidents qui sont la conséquence de cette pratique, que nous considérons comme vicieuse, d'après les accoucheurs les plus recommandables de notre époque. Que doit-on se proposer, en effet, dans ces circonstances ? de faire achever à la tête un mouvement incomplètement exécuté ? Pourquoi dès lors cette pression, ces tractions sur la tête de l'enfant, qui est presque toujours mal prise ! pourquoi ces mouvements de latéralité, tous ces grands efforts qui ne deviennent nécessaires que parce que l'opération est mal dirigée, et qui ne remplissent pas le but qu'une sage pratique conseille ! Au lieu d'une application de forceps ainsi faite, et si souvent funeste, il faut remplir de tout autres indications. C'est ici le cas le plus favorable

au levier, et c'est très-probablement dans ces circonstances que Roonhuysen obtint ces nombreux succès qui firent sa vogue et celle de son instrument. On peut se servir pour cela de l'une des branches du forceps, que l'on introduira suivant les règles ordinaires. Appliquant alors une main au niveau de l'articulation de l'instrument, on s'en sert pour pousser la tête dans le sens où auraient dû l'amener les évolutions de l'accouchement naturel : dans ce cas, il agit comme un levier du premier genre, dont le point d'appui est formé par la main qui soutient l'instrument près du vagin, dont la résistance est représentée par la tête à déplacer, et la puissance par la main qui tend, pour ainsi dire, à faire basculer l'instrument ; il faut, toutes les fois que cela est possible, tendre à ramener l'occiput en avant. Par ce moyen, on peut parvenir à faire exécuter à la tête son mouvement de rotation, et dès lors, comme nous l'avons déjà dit, l'accouchement se termine le plus souvent naturellement. Quand le levier échoue ou est insuffisant, le forceps doit être mis en usage : les branches une fois articulées, il faut chercher à faire exécuter à la tête son mouvement de rotation, et une fois ce résultat obtenu, attendre un peu et voir si la tête ne s'avance pas toute seule par les seuls efforts de sa mère, circonstance qui se présente souvent, et qui doit décider l'accoucheur à suspendre toute manœuvre. Dans les cas où il n'y a aucune tendance à une terminaison spontanée, on doit achever l'accouchement au moyen du forceps, en suivant la marche que nous avons indiquée à propos de l'inertie de l'utérus.

Dans les présentations déviées de la tête, l'accouchement réclame quelquefois les secours de l'art, et si cette sorte de présentation est reconnue au début de la deuxième période du travail, on pourra souvent ramener la partie à une direction normale au moyen de la main. Lorsque la tête est engagée dans l'excavation, c'est souvent parce qu'elle n'exécute pas ses divers mouvements d'évolution dans le bassin que l'accouchement ne suit pas une marche normale. Il faudra, dans ces circonstances, agir comme lorsque cette complication existe seule, d'après les règles que nous indiquions tout à l'heure. L'usage des instruments pour remplir toute autre indication ne peut être justifié, et les dangers d'une semblable pratique doivent la faire rejeter.

Nous allons voir, par les relevés suivants, qu'en général on abuse moins de la version que de l'application des instruments, et que, dans la grande majorité des cas, cette opération a été pratiquée dans des circonstances où tout le monde s'accorde à reconnaître son utilité. Sur 529 versions relatées par madame Lachapelle, 219 fois cette opération a été pratiquée pour présentation de l'épaule, insertion du placenta sur le col, convulsions. Le docteur Riecke rapporte que, sur 1,000 versions, il y en eut 625 pratiquées pour cause de position oblique ou transversale du fœtus, 162 pour prociérence du cordon, et 73 pour implantation du placenta sur le col. Pendant les huit premiers mois de 1841, cette opération a été pratiquée 21 fois à la Maternité, 14 fois pour présentation de l'épaule, 4 fois pour insertion du placenta sur le col, et 1 fois pour prociérence du cordon. Indépendamment de ces cas où

la conduite de l'accoucheur ne saurait être un instant douteuse, il en est d'autres dans lesquels cette opération fut pratiquée sans indications aussi positives. Madame Lachapelle compte 51 cas de version pour inertie de l'utérus, 6 pour resserrement du bassin, 7 pour présentation déviée de la tête, et 35 pour présentation de la face. Le docteur Riecke établit que la même opération a été faite 20 fois pour défaut de proportion entre la tête et le bassin, 60 fois pour position vicieuse de la tête, et 15 fois pour contractions utérines anormales. Sur les 21 versions de la Maternité, on en compte 2 pour présentation douteuse. Il est facile de juger, d'après ce que nous avons dit plus haut du forceps, que, dans la plupart de ces cas, l'accouchement aurait pu se terminer naturellement. Si au premier abord il ne paraît pas devoir en être ainsi dans les cas rangés sous le titre de défaut de proportion entre la tête de l'enfant et les diamètres du bassin, on s'aperçoit facilement, en réfléchissant, que l'obstacle signalé n'est qu'imaginaire, et que, s'il eût réellement existé, il eût constitué une contre-indication de la version. Quant aux faits désignés à la Maternité sous le nom de présentation douteuse, faits dont nous avons rapporté un exemple (obs. 9), il est bien évident que rien n'eût empêché l'accouchement naturel ; qu'en agissant avec moins de précipitation, ou aurait reconnu plus tard la présentation du vertex, et qu'on se serait ainsi dispensé d'une manœuvre inutile ; l'opération présentait dans cette circonstance un danger de plus, celui de décoller le placenta avec les membranes, et d'occasionner ainsi la mort de l'enfant et une hémorrhagie inquiétante pour la mère. La version pratiquée avec prudence et ménagement, alors que la dilatation du col peut permettre l'introduction de la main, ne s'accompagne pas de ces graves désordres que nous avons signalés pour le forceps. Il est cependant une circonstance dans laquelle on s'expose à voir survenir des déchirures graves, si l'on n'agit pas avec circonspection, c'est lorsqu'on veut faire la dilatation forcée, surtout dans les cas d'implantation du placenta sur le col. Le tamponnement combiné avec une sage expectation peut prévenir la nécessité d'une manœuvre aussi grave que la dilatation forcée, et lorsqu'on est obligé d'y avoir recours, il faut, suivant le conseil de Levret, agir avec les plus grands ménagements : il recommande d'introduire d'abord successivement les doigts dans le col, de le dilater peu à peu, et de n'arriver dans l'utérus avec la main que lorsque l'orifice est assez grand pour qu'elle pénètre sans aucun effort ; on évitera ainsi ces déchirures étendues dont nous avons rapporté un exemple malheureux (obs. 1).

Nous avons peu de chose à dire de la délivrance artificielle. Cette opération, dont le docteur Riecke rapporte 1500 cas, serait beaucoup plus rare si l'on ne différât pas autant l'extraction du délivre après l'accouchement. Les adhérences sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne semble le croire généralement, puisque sur sept cas de délivrance artificielle observés à la Maternité, il y avait deux fois seulement hémorrhagie, accident qui serait beaucoup moins rare s'il y avait adhérence réelle.

Avant d'introduire la main dans l'utérus, il faut

s'assurer auprès des personnes qui entourent la femme si le placenta n'aurait pas été expulsé spontanément, ou ne se trouverait pas par hasard au milieu des caillots sortis immédiatement après l'enfant. Cette remarque, qui peut sembler puérile, est justifiée par l'observation suivante recueillie à la Maternité, où se trouvent cependant toutes les conditions favorables pour éviter une semblable méprise.

Pendant l'été de 1841, une femme accouche à la Maternité d'un enfant faible, et auquel l'élève chargée de surveiller le travail s'empresse de prodiguer des soins. Une fois qu'il est ranimé, trois quarts d'heure environ après l'accouchement, elle se dispose à faire la délivrance. Ne sentant ni le cordon ni le placenta, elle s'informe si ses compagnes ont extrait le délivre; sur leur réponse négative, la sage-femme en chef est avertie, elle touche, affirme avoir senti la face fœtale du placenta, et écrit à M. Danyau, qui arrive plusieurs heures après. Ce chirurgien constate d'abord l'absence de tout cordon, la rétraction du col et du corps de l'utérus, et, après d'assez longues tentatives, il introduit la main dans cet organe par la dilatation forcée, et reconnaît l'absence du placenta. On examine alors seulement les linges placés sous la malade au moment de l'accouchement, et qui avaient été enlevés depuis, et l'on trouve le placenta, qui était sorti spontanément. Cette observation n'a pas besoin de commentaires.

Si l'on est forcé d'introduire la main dans l'utérus pour aller chercher le délivre, il faudra opérer avec les plus grands ménagements, surtout si le col est revenu sur lui-même; nous avons montré précédemment les lésions qui peuvent résulter d'une trop grande promptitude dans ces manœuvres (obs. 2).

En résumé, les manœuvres obstétricales, même alors qu'elles sont convenablement pratiquées, exposent les mères, les enfants, à des dangers sérieux; c'est compromettre ces opérations, que de les employer sans nécessité absolue, comme le font quelques accoucheurs, qui semblent ignorer les ressources de la nature. Une sage temporisation offre, dans bien des cas, des avantages immenses, et, comme l'a dit un des hommes les plus célèbres de l'école française, Baudelocque: « les forces de l'art ne sont jamais aussi graduées ni aussi bien combinées que celles de la nature. » Cette proposition, qui sert de fondement à la doctrine de l'expectation, est et sera toujours vraie pour le praticien sage et consciencieux.