

310 SOCIÉTÉ MÉDICALE

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

*Rédigé par G. BRESCHET, Secrétaire-
général de cette Société (1).*

N.º VIII. — AOUT 1817.

ANNALES CLINIQUES

D'ACCOUCHEMENS, DE MALADIES DES FEMMES ET DES
ENFANS ;

*Publiées par M. JEAN-FRÉDÉRIC LOBSTEIN, docteur
en médecine, chef des travaux anatomiques à la
Faculté de Médecine, et médecin-accoucheur en
chef à l'hôpital civil de Strasbourg.*

PREMIER NUMÉRO.

UN établissement de maternité dans lequel il se passe
annuellement soixante accouchemens, qui est destiné en

(1) C'est chez ce médecin, (rue de la Jussienne,
N.º 17), qu'on doit adresser, *francs de port*, les mé-

outre à recevoir toutes les femmes attaquées de suites de couches, vient d'être agrandi par les soins de l'administration, d'une salle uniquement consacrée aux enfans malades pendant les premières années de leur vie; un tel établissement, quoique bien inférieur aux grandes institutions que possèdent les capitales de l'Europe, doit néanmoins offrir au médecin-praticien un certain champ d'observation.

Telle est en effet la position dans laquelle je me trouve depuis quinze ans. Dès mon entrée en fonctions comme médecin-accoucheur à l'hôpital civil de Strasbourg, j'ai eu soin de tenir note de tous les cas qui m'ont paru intéressans. J'y ai réuni ceux que m'a fournis successivement ma pratique civile; j'ai médité sur les principales maladies particulières aux femmes et aux enfans, et il en est résulté un recueil de faits et quelques aperçus de physiologie et de pathologie, dont je hasarde la publication dans cet ouvrage que j'intitule *Annales cliniques d'accouchemens des maladies de femmes et des enfans* et dont la Société Médicale d'Emulation a bien voulu permettre l'insertion dans son Bulletin.

Quoique l'art des accouchemens me paraisse être parvenu à un haut degré de perfection, il y a néanmoins des choses douteuses, même dans la partie technique de cet art, et dont l'examen doit offrir

moires imprimés ou manuscrits, les observations et tous les ouvrages de médecine qu'on désirera présenter à la Société, ou faire insérer dans son Bulletin.

des points intéressans à discuter. J'y rapporte certaines questions sur différentes méthodes d'exécuter la version de l'enfant sur les pieds, sur les causes de certains accouchemens laborieux, sur l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur du bassin, sur la délivrance hâtive et tardive, etc. etc,

Les maladies des accouchées par contre et sur-tout celles des enfans exigent plus de recherches et des recherches plus profondes, des observations plus nombreuses pour parvenir à la connaissance de leur nature intime. C'est en effet vers cette connaissance que doivent être dirigés tous les efforts des médecins observateurs; car elle seule peut nous conduire à une thérapeutique rationnelle. Mais s'il existe un moyen d'étudier la nature des maladies et d'établir une théorie sur chacune, c'est je crois en ramenant les phénomènes pathologiques au flambeau de la physiologie. Je dis plus; je prétends que les changemens d'organisation que l'inspection du cadavre nous fait découvrir et la manière dont ils amènent la mort, doivent être expliqués par les loix de la vie. J'espère que la discussion dans laquelle je m'engagerai dans la suite de cet ouvrage, à l'occasion de quelques maladies, développera cette proposition dont les bons esprits ont depuis long-temps reconnu la vérité.

Je désire que les faits et les observations que je consigne dans ces Annales, soient considérés comme des pièces d'attente, destinées à être employées et mises en œuvre dans une autre circonstance.

Cette considération m'a empêché de donner à

plusieurs de mes matériaux la forme d'une monographie: je sais d'ailleurs que ce genre d'ouvrage, pour être à l'abri de la critique, doit offrir quelque chose de complet et d'achevé, ce que mes occupations actuelles ne m'ont pas permis de faire.

Au reste, sur quelques points de théorie j'avance des idées qui ont long-temps occupé mon esprit, je ne prétends pas qu'elles doivent prévaloir; mais je laisse à chacun la liberté de les adopter ou de les rejeter: et si dans la pratique des accouchemens ou dans l'exercice de la médecine, j'attache une préférence à certaine méthode plutôt qu'à d'autres, je ne veux pas non plus qu'on en infère que je crois ces dernières vicieuses. Je fais expressément cette remarque, parce m'étant borné dans un ouvrage récent à exposer tout simplement ma manière de voir et d'agir, sans critiquer celle des autres, il m'est arrivé que j'avais été mal compris et qu'on avait singulièrement méconnu mes intentions.

I. Observations sur l'application du Forceps au-dessus du détroit supérieur du bassin.

Depuis l'invention du forceps, l'art des accouchemens a changé de face. A peine cet instrument fut-il connu et perfectionné et les règles pour son application rigoureusement tracées, que les procédés meurtriers de l'ancienne méthode d'accoucher ont successivement disparu de l'exercice de cet art, et qu'on est parvenu à secourir la nature opprimée ou languissante

sans compromettre le salut de la mère ni celui de l'enfant. C'est sur-tout lorsque la tête du fœtus se trouve dans l'excavation du bassin et au-dessus ou en partie dans le détroit inférieur, que les accoucheurs, d'un commun accord, emploient le forceps dans les cas où sont application est indiquée; et l'on peut soutenir qu'aucun moyen curatif n'a encore reçu un assentiment aussi général et une approbation aussi universelle.

Mais l'utilité de cet instrument s'étend incontestablement encore plus loin. C'est aussi dans le détroit supérieur du bassin et même au-dessus de ce détroit qu'on peut saisir une tête d'enfant et l'amener au-dehors sans danger et sans crainte. Cette doctrine ayant été établie autrefois comme un point dogmatique de l'art, a été mise de nouveau en problème par des accoucheurs de réputation; d'où il est résulté une sorte d'indécision sur cette méthode d'accoucher, qui, étant prônée dans quelques ouvrages, et rejetée dans d'autres, laisse les jeunes accoucheurs dans l'incertitude sur le parti qu'ils ont à prendre dans leur pratique. C'est à l'examen de cette question douteuse que ce mémoire est consacré. Il a sur-tout pour but de rapporter les avis des auteurs sur ce point de doctrine, de peser les argumens en faveur de leurs opinions, et de voir vers quel côté l'observation rigoureuse et impartiale des faits fera pencher la balance de la vérité.

On fait remonter à *Smellie* le précepte de porter le forceps dans le détroit supérieur du bassin.

Suivant *Stein* (1), l'accoucheur anglais aurait rendu à cet effet la nouvelle courbure plus considérable dans l'instrument qu'il avait inventé. Cependant, en lisant l'ouvrage de *Smellie*, on trouve qu'il n'était pas bien d'accord avec lui-même sur l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur. D'un côté, il avoue la nécessité de cette application, et d'un autre côté il craint les suites fâcheuses que cette pratique peut entraîner.

« Lorsque la tête, dit cet auteur (2), est restée au-
 « dessus des bords du bassin, ou qu'il n'y en a qu'une
 « petite portion seulement qui y soit enclavée et qu'il
 « paraît que le bassin est trop étroit ou que la tête
 « est trop grosse, et par conséquent que les plus for-
 « tes douleurs du travail ne sont pas capables de déli-
 « vrer la femme, en pareil cas il n'y a pas moyen
 « de sauver l'enfant, soit qu'on le retourne et qu'on le
 « tire par les pieds, ou qu'on essaie de le délivrer
 « au moyen du filet et du forceps; l'accoucheur se
 « voit donc dans la dure nécessité de recourir aux
 « crochets pour en faire l'extraction. *Cependant dans*
 « *tous ces cas il faut essayer auparavant s'il n'y*
 « *a pas moyen de réussir avec le forceps; en effet*
 « *on réussit quelquefois mieux qu'on n'avait lieu*
 « *de se le promettre, etc.* » « Lorsque la portion la

(1) *Kleine Werke*. Marb., 1798, p. 407, tab. 18, fig. 3.

(2) *Traité de la théorie et pratique des accouchemens*; trad. de *Préville*; t. I, p. 270, 271.

« plus considérable de la tête est restée engagée au-
 « dessus du bord du bassin, dit plus loin *Smellie*,
 « on peut si bien saisir la tête soit avec le filet ou
 « avec une longue paire de forceps, qu'en tirant
 « avec beaucoup de force et en serrant bien on pourra
 « arracher la tête : mais une si grande violence est
 « ordinairement fatale à la femme ; etc. etc.

« Dans des bassins étroits, continue *Smellie* (2),
 « j'ai quelquefois trouvé la tête de l'enfant tellement
 « déjetée en avant par-dessus les os pubis, à cause de
 « la saillie du sacrum, qu'il ne m'était pas possible de
 « porter les manches du forceps assez en arrière
 « pour saisir entre leurs tiges la tête dans sa gros-
 « seur. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai fait faire
 « une paire de forceps plus longue, courbe d'un
 « côté et convexe de l'autre ; mais on ne doit jamais
 « s'en servir, excepté lorsque la tête est petite, etc. »

Enfin *Smellie* a consacré un article particulier (2)
 aux positions de la tête au-dessus du détroit supé-
 rieur. Il dit dans cet article, que lorsque la tête est
 tellement située que le front porte au-dessus du sa-
 crum, il faut tâcher de la tourner un peu de côté ;
 mais que si elle était si étroitement enclavée qu'il
 n'y eût pas moyen de la tourner ainsi, il faut es-
 sayer avec le forceps de repousser la tête au-des-
 sus du détroit et la tourner ensuite d'un côté. Cela
 fait, il faut attirer la tête jusques dans les parties

(1) *L. c.*, p. 273.

(2) *L. c.*, art. 2, p. 284.

inférieures du bassin, tourner ensuite le front dans la cavité du sacrum et le vertex au-dessus des os pubis, etc. Nous verrons par la suite que ce précepte ne diffère en aucune manière de celui que *Baudelocque* a établi dans de semblables circonstances.

Levet, sans condamner l'usage du forceps dans les cas où la tête est engagée dans le détroit supérieur, dit seulement que cet instrument sera moins praticable que lorsque la tête se trouve dans le détroit inférieur (1). Mais ce qui prouve suivant moi, que *Levet* a entendu qu'on applique le forceps dans le détroit supérieur et même au-dessus de ce détroit, c'est qu'en énumérant les avantages de son forceps courbe, il dit 1.^o : que par son moyen on peut extraire très-aisément une tête d'enfant séparée de son corps et restée dans la matrice, ce qu'on ne peut exécuter avec aucun forceps droit; et que 2.^o avec cet instrument ainsi corrigé, il lui paraît possible de faire sortir la tête d'un enfant restée dans la matrice, le corps étant tout-à-fait sorti, mais resté en partie dans le vagin. Or il n'y a aucun praticien qui ne convienne que dans ces deux cas admis par *Levet*, la tête se trouve au moins encore dans le détroit supérieur. Car pourquoi se sépare-t-elle du tronc après la version sur les pieds, si ce n'est par rapport à l'étroitesse de ce même détroit?

Une autre raison qui me fait croire que *Levet* admettait la possibilité de saisir la tête au dessus du

(1) *Accouchemens laborieux*, p. 98, dans la note.

détroit supérieur, est qu'il a imaginé un procédé particulier d'extraction, lorsque la tête est appuyée au-dessus des os pubis, et qui consiste dans l'usage d'un laç qu'on fait passer par les fenêtres de l'instrument et au moyen duquel on tire en bas et en arrière. Or je le demande, si la tête est arrêtée au-dessus de la symphyse du pubis, n'est-elle pas au-dessus du détroit supérieur?

Fried (1) a plusieurs fois appliqué le forceps avec un plein succès dans le détroit supérieur du bassin et même dans les cas où il n'était plus possible de tourner la tête et de lui donner une meilleure direction. Il la saisissait alors telle qu'elle se trouvait placée et sans en changer la direction dans le petit bassin.

Ræderer (2) entend aussi qu'on saisisse la tête dans le détroit supérieur et conseille à cet effet un forceps plus long que celui dont on se sert ordinairement et courbé suivant l'axe du bassin, tandis qu'un forceps droit suffit suivant lui pour extraire la tête arrêtée dans l'excavation : ce qui prouve que la courbure pelvienne du forceps a été précisément inventée pour les cas où la tête du fœtus se trouverait encore dans et au-dessus du détroit supérieur. Dans sa dissertation sur la *paragomphose de la tête*, *Ræderer* rapporte dans la première observation un exemple d'application du forceps au-dessus du détroit

(1) E. Fried, *Dissert. de usu forcip. in partu*. Argent., 1771, p. 27.

(2) *Elem. art. obstet.*, §. 440.

supérieur. La tête était placée , dit-il , sur le détroit supérieur (*Caput aperturæ superiori impositum*) ; par une première traction il la tira dans le détroit ; par une seconde dans l'excavation et par la troisième il lui fit franchir le détroit inférieur (1).

Stein (2) dit que la tête doit être saisie dans le détroit supérieur du bassin et même lorsque le bassin et la tête sont dans un rapport tel , que cette dernière ait de la peine à s'engager. Alors la raison et l'expérience conseillent l'usage douteux et incertain du forceps plutôt que l'opération de la version qui est bien plus pernicieuse à la mère et à l'enfant. Et si la perforation du crâne était indiquée , elle pourra être pratiquée avec bien plus de succès dans le premier cas que dans le second. Et plus loin (3) le même auteur veut que les manches du forceps soient appliqués contre le périnée et qu'ils reposent pour ainsi dire sur ce dernier , qu'ils représentent la continuation de l'axe du bassin et fassent avec le sol un plan très-incliné : ce qui prouve évidemment que *Stein* approuve , conseille et pratique l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur. Dans le cours de sa description il appelle ce procédé *le premier temps de l'opération*.

Dans les cas où la tête se présente par la face au

(1) *De non damnando, perfor. usu in paragomph.* , obs. 1 , Opusc. Med. , p. 20.

(2) *Praktises Geburthh.* , §. 645 , 646.

(3) §. 710.

détroit (1) supérieur, *Stein* porte encore le forceps jusqu'au-dessus de ce détroit (2). Enfin dans son mémoire sur la version, le même accoucheur se prononce plus clairement pour l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur. Voici comme il s'exprime à ce sujet : « Le forceps suffit dans la plupart des cas pour terminer l'accouchement, quoique la tête ne soit pas encore engagée dans le détroit supérieur; il empêche qu'elle ne s'enclave par rapport à son volume et à la lenteur de l'accouchement, et il n'est pas rare qu'on fasse des miracles avec cet instrument. »

Camper (3) sans avoir jamais saisi la tête au détroit supérieur ou au-dessus de ce détroit, admet pourtant la possibilité de cette manœuvre. Car au sujet de la comparaison qu'il établit entre le forceps droit et celui qui est courbe, il dit expressément que ce dernier est préférable au premier lorsqu'il s'agit de prendre une tête située fort haut dans le bassin et s'appuyant sur le pubis pendant que la matrice est fortement inclinée en avant.

Leake (4) recommande également l'usage du forceps sur la tête arrêtée au-dessus du détroit supérieur.

(1) *L. c.*, §. 780.

(2) *Kleine Werke*, p. 369.

(3) *Berbach, Über einige Gegenst. u. d. Geburtsh. a. d. Holland.* Leipz. 1777, p. 105.

(4) *Prakt. Bemerk. über versch. Krankh. d. Schwang. a. d. Engl.*, p. 262, 263.

« Si on voulait toujours attendre, dit cet auteur,
 « que la tête ait franchi le détroit supérieur avant
 « d'appliquer le forceps, il y aurait à craindre que
 « les parties molles, telles que l'urètre et le vagin
 « long-temps comprimés entre la tête et le bassin
 « ne tombassent en gangrène ou que l'enfant ne
 « perdît la vie ».

Piet (1) dit à l'occasion de l'opération de la symphise, qu'à trois pouces d'étendue dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, elle pourrait être avantageusement remplacée par l'application du forceps; car, ajoute-t-il « il est prouvé que lorsque
 « la tête se présente au détroit supérieur et que le
 « vice du bassin n'est pas excessif, soit que le som-
 « met de la tête se soit engagé ou non, il est pos-
 « sible de la saisir avec un forceps plus long que de
 « coutume et fait exprès, et qu'avec de la dextérité
 « et de l'usage on a la satisfaction d'amener l'enfant
 « vivant et sans la moindre lésion Ce n'est
 « que depuis peu de temps que l'art des accouche-
 « mens a été enrichi de cette heureuse découverte;
 « mais ceux qui en sont les auteurs, n'ayant pas
 « d'autre ambition que de se rendre utiles, se sont
 « contentés de la mettre en pratique avec succès et
 « de la communiquer à l'Académie. »

Doleurye (2) a écrit *ex professo* sur l'application

(1) Réflexions sur la section de la symphise du pubis
 A La Haye, 1778, p. 14.

(2) Observations sur l'opération césarienne à la ligne

du forceps au-dessus du détroit supérieur et paraît avoir été dirigé par le conseil de *Smellie*. Ce ne fut pourtant qu'après avoir commencé à appliquer le forceps sur la tête après la sortie du tronc, qu'il essaya aussi l'emploi de cet instrument dans les cas où cette partie se présente la première au détroit supérieur. Toutes ses tentatives ont été couronnées de succès.

Coutouly a été conduit par sa pratique à reconnaître l'utilité du forceps dans les cas où la tête est retenue au-dessus du détroit supérieur et à convaincre de la possibilité de son application les accoucheurs qui ne paraissaient pas lui accorder cet usage important. Je vais transcrire le passage tout entier dans lequel *Coutouly* rend compte de ses opérations (1). « J'avais fait appeler, dit-il, M. *Leqret* « ainsi que M M. *Destrumeau*, *Lauverjat*, et *Mi-* « *randole*, médecin Hollandais, auprès d'une dame « dont le bassin était vicié. Après que ces messieurs « se furent assurés par le toucher que la tête de « l'enfant retenue depuis trois jours de travail au- « dessus du détroit supérieur, ne pourrait s'engager « et que l'obstacle était formé par une saillie assez « considérable de l'os sacrum, à l'aide du forceps « dont j'avais fait alonger les cuillers de deux pouces

blanche, et sur l'usage du forceps la tête étant arrêtée au détroit supérieur. Paris, 1779, in-8.^o, p. 75.

(1) Recueil périodique de la Société de Médecine, année 12, t. 32, page 48 dans la note.

« je parvins à saisir la tête et à extraire un enfant
« vivant et bien portant. Alors *Levret* déclara qu'il
« avait vu l'opération réussir contre son attente, qu'il
« ignorait que cet instrument pût jouir d'un tel avanta-
« ge ; mais que pour des cas semblables il serait dange-
« reux entre des mains peu habiles. La réussite n'é-
« tonna pas autant *M. Lauverjat* qui deux ans au-
« paravant m'avait vu, ainsi que *MM. l'Héritier,*
« *Dubertrand, Bodin* et autres, délivrer aussi heu-
« reusement la même dame, dans des circonstances
« semblables et de la même manière. Le bassin me-
« suré devant eux avec mon pelvimètre ne donna
« que trois pouces du sacrum au pubis. Cette dame
« accouchée cinq fois jusqu'alors, n'avait jamais amené
« d'enfans vivans. »

Les manœuvres que les accoucheurs avaient pra-
tiquées quoique d'une manière timide et embarrassée,
ont été assujetties à des règles fixes, et ces règles
ont été converties par *Baudelocque* en une doctrine
qui s'est soutenue jusqu'aujourd'hui. Dans la qua-
trième partie de son ouvrage classique (1), il indique
les motifs qui doivent déterminer l'accoucheur à em-
ployer le forceps quand la tête est encore au-dessus
du détroit supérieur et enseigne les règles générales
qu'il faut observer alors. Cependant il ne se borne pa-
à de simples généralités ; mais il suppose les positions
cardinales que la tête peut prendre au-dessus du

(1) Art des Accouchemens, chap. 3, art. 3, sect. I,
t. 2, p. 318. Edit. 1789.

détroit et décrit le procédé opératoire et le manuel avec autant de détails et de précision qu'il l'a fait pour tous les autres cas d'accouchemens. J'ai lu ce sujet dans la dissertation de M. Teichard (1) que *Baudouin* disait avoir appliqué le forceps quinze à vingt fois au-dessus du détroit supérieur, ce que cette pratique avait été introduite en France par *Gouyès* en 1769, et mise en pratique en 1770.

M. *Olsner* cite dans le premier volume d'un de ses ouvrages (1), un cas où le forceps fut appliqué sur la tête encore libre et mobile au-dessus du détroit supérieur, et où les membranes venaient seulement d'être rompues. Ce célèbre accoucheur prétend avoir imaginé pour ces cas, une espèce particulière de tractions qu'il exécute debout, (*Stehende Tractionen*) et par lesquelles la tête du fœtus est amenée perpendiculairement dans le petit bassin, manœuvre bien préférable suivant lui, à celles de *Levet* et de *Stein*, dans laquelle on faisait passer des lacs par les fenêtres des cuillers, et au moyen desquels on trait dans une direction opposée à celle qu'on faisait suivre aux crochets de l'instrument. L'auteur que je viens de citer, conclut encore de l'observation qu'il a faite (3), que la tête d'un fœtus à

(1) Sur le Forceps et sur sa manière d'agir. Paris, 1813, p. 18.

(2) *Annalen der Entbindungs-Lehr-Anstalt*, pag. 3 et suivantes.

(3) L. c., pag. 6, 7.

terme peut être amenée sans danger pour la mère et pour l'enfant dans l'excavation d'un bassin dont le détroit supérieur n'aurait que trois pouces et demi d'étendue dans le diamètre antéro-postérieur, et rendre inutile, par là, l'opération césarienne que d'autres avaient déjà exécutée à ce degré d'étroitesse (1). Plusieurs autres observations d'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, se trouvent consignées dans le même ouvrage; comme à la page 19 et 71 du premier numéro; à la page 4 et 12 du second, etc.

Parmi les auteurs allemands, je trouve encore que *Froriep* et *Fischer* se sont prononcés en faveur de cette doctrine. Le premier (2) saisit la tête dans le détroit supérieur, et voilà peut-être aussi la raison pour laquelle il conseille d'ajouter au forceps une courbure périnéale. Le second (3) assure positivement, que l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, la tête étant encore mobile, est exempte de danger, pourvu qu'on suive les précautions et les ménagemens nécessaires. Il adopte pour cette opération le forceps de *Baudelocque*, et croit en se fondant sur la remarque de *Wrisberg* (4), pouvoir

(1) *Stein, Kleine Werke*, p. 181 — 184, N.º 6.

(2) *Handb. d. Geburtsh.*, §. 477.

(3) *Loder's Journal f. s. Chirurgie, Geburtshülfe*, 1798, 2. Bd., p. 303.

(4) « *Sub initio partus incuneationem impediri posse,*
 « *et si partum ista expedire volumus natura forcipem*
 « *absque jactatione applicandam esse, libens con-*

prévenir l'enclavement de la tête, par l'emploi prématuré de cet instrument.

En France, M. *Gardien* (1) approuve aussi l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, et ce qu'il dit de la possibilité de sauver la vie à un enfant, sans compromettre celle de la mère, est fondé sur des raisonnemens extrêmement judicieux; mais personne à ma connaissance n'a fait d'aussi heureux essais de cette application que monsieur *Flandant*, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg, comme le prouvent les nombreux faits qu'il vient de publier (2) et dont plusieurs ont été pour moi une source d'instruction, ayant eu l'avantage de les voir se passer sous mes yeux.

Quoique M. *Capuron* (3) conçoive des craintes relativement à l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, et qu'il soit tenté de douter qu'on ait jamais réussi à moins que la tête n'eût commencé à s'engager, il convient pourtant lui-même (1) qu'au moyen de l'allongement et de la nouvelle courbure qu'on a donnée au forceps, il soit possi-

« cedo. » Roederer, *Elem. Art. obstet.* Edit. *Wrisberg*, not. 92.

(1) *Traité d'Accouchemens, de Maladies des femmes et des enfans*, t. II, p. 583.

(2) *Mémoire-Pratique sur le Forceps*. Strasbourg, 1816.

(3) *Principes de l'art des Accouchemens*, p. 560—562.

(4) *L. c.*, pag. 560.

ble de porter cet instrument jusque dans le grand bassin et de lui donner une direction parallèle à l'axe du détroit abdominal, sans froisser les parties génitales de la mère, ni les parties charnues qui tapissent le bassin (1). Il va plus loin, il admet et décrit toutes les positions que la tête peut prendre au-dessus du détroit supérieur, et indique scrupuleusement la manière dont il faut appliquer le forceps dans ces différens cas (2). Et en parlant de l'enclavement de la tête suivant son épaisseur dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, il prescrit au lieu de tirer la tête dans l'excavation en la saisissant par la face et par l'occiput, et au lieu de couper la symphyse du pubis d'après le conseil de M. Gardien, de refouler cette tête au-dessus du détroit supérieur et d'appliquer ensuite les branches du forceps sur ces parties latérales (3). N'est-ce pas là porter l'instrument au-dessus du détroit supérieur?

M. Capuron conclut, à la vérité, à la suite de son raisonnement sur l'emploi du forceps dans ces circonstances (4) : « que dans les cas de bonne conformation du bassin, l'extraction de l'enfant par les pieds est toujours préférable au forceps, quelle que soit la nécessité de terminer l'accouchement. »

(1) *L. c.*, p. 560.

(2) *L. c.*, p. 563—569.

(3) *L. c.*, p. 578.

(4) *L. c.*, p. 561.

« tandis que le forceps offre beaucoup plus d'avantage que la main, lorsque le détroit supérieur est un peu resserré ». Mais je ferai observer à M. Capuron, que précisément dans les cas de bonne conformation du bassin, l'application du forceps est plus facile et moins dangereuse; pourquoi donc alors le rejeter? Et pourquoi, lorsque la tête du fœtus se présente dans une bonne position, que le bassin est bien conformationné, faire faire à l'enfant un long circuit dans la matrice; tandis qu'il serait si facile et si conforme au mécanisme naturel de l'accouchement, de faire avancer la tête la première? Qui ne sait d'ailleurs combien la vie du fœtus est en danger dans l'opération de la version; et il faut donc que cette vie ait si peu de valeur pour nous autoriser à sacrifier à une opération toujours périlleuse pour l'enfant, une autre qu'il l'est beaucoup moins et dont on ne conteste pas la possibilité dans des cas plus graves, à plus forte raison dans ceux qui ne sont pas accompagnés de difficultés? On paraît craindre de porter le forceps à une aussi grande profondeur dans le bassin; mais où est le danger de cette méthode? Pas un de ses détracteurs n'a encore analysé cette question à fond; et ceci me conduit à m'occuper des adversaires de cette doctrine et à examiner si son rejet peut être motivé par des raisons peremptoires.

Le premier qui se soit élevé contre l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur est Al-

phouse Leroy; mais qui se borne à dire qu'il est d'une difficulté presque insurmontable, d'insinuer cet instrument dans le bassin, lorsque la tête est encore au détroit supérieur. Voilà aussi comme s'exprime *Plenk* (1) qui, sans rejeter absolument le forceps, regarde seulement comme plus difficile son application dans le détroit supérieur. *Osborne* va plus loin : il soutient (2) que dans aucun cas il ne doit être permis de porter le forceps aussi haut. Il n'est pas possible, ajoute-t-il, que les forces de la mère soient déjà épuisées tant que la tête est encore placée dans le grand bassin, aussi, dans les cas d'hémorrhagie et de convulsion, vaut-il mieux selon lui, délivrer la femme au moyen de la version de l'enfant sur les pieds. Dans un autre endroit (3), *Osborne* répète la même assertion, et dit formellement que l'application du forceps au-dessus du petit bassin n'est jamais nécessaire, et toujours dangereuse lorsqu'on la pratique.

Mais pourquoi cet auteur a-t-il négligé de prouver l'une et l'autre de ces opinions? quelles sont les raisons qui lui font proscrire le forceps dans ces cas, et pourquoi n'indique-t-il pas les dangers qui

(1) *Recherches historiques et pratiques sur la section du pubis*; Paris, 1778, p. 64.

(2) *Anfangsgründe Geburtsh.* 3^{aufl.} *Wien.*, 1781.

(3) *Versuche über d. Geburtsh.*, a. d. *Engl.* von D. Michaëlis, p. 62, 63.

(4) Pag. 84.

peuvent résulter de son application ? Il prétend qu'il faut s'abstenir de l'usage des instrumens toutes les fois qu'on a l'intention d'avoir l'enfant vivant. Mais je le demande, l'obtiendra-t-il vivant par le moyen de la version ? Par une opération bien plus dangereuse pour le fœtus ? Craint-il de blesser les parties molles de la mère ? mais il convient lui-même (1), « que le forceps ne peut exercer aucune pression nuisible sur ces parties, quelle que soit la difficulté que l'on éprouve, la résistance que l'on rencontre et la force qu'on est obligé d'employer ».

Un autre adversaire encore plus redoutable de la pratique que nous examinons, est le célèbre Saxtorph. Dans un mémoire inséré dans la collection de ses œuvres (2), il dit et répète tantôt, *que pour que la tête puisse être bien saisie, il faut qu'elle se trouve située dans l'excavation* (3), tantôt *que l'application du forceps de Levret, dans le détroit supérieur, est contraire à la théorie et à l'expérience, que par cette manœuvre l'orifice de la matrice, non encore suffisamment ouvert, est exposé à être déchiré; que le point de jonction des deux branches pourrait correspondre à l'intérieur du vagin et que la tête ne pourrait être extraite*

(1) Pag. 69.

(2) M. Saxtorph, *Gesam. Schrift. heransg. von P. Scheel. Kopenh.*, 1803.

(3) *L. c.*, p. 150.

suivant la direction de l'axe du bassin (1). Dans le cours de ce mémoire j'aurai soin de répondre aux objections de *Saxtorph*, ainsi qu'à celles des auteurs que je vais encore citer.

M. *Boër* de Vienne, dont le forceps est le plus court de tous ceux qu'on a imaginés jusqu'actuellement, à part celui d'*Assalini*, ne peut conséquemment pas approuver l'application de cet instrument dans le détroit supérieur. Aussi feignant d'ignorer cette méthode, et sans-doute pour la couvrir de ridicule, se demande-t-il : s'il y a des forceps assez longs pour saisir une tête au-dessus du détroit supérieur du bassin (1) !

Martens (3) cherche à dissuader de l'application du forceps dans le détroit supérieur, quoique *Baudelocque* et d'autres aient recommandé son emploi et veut lui substituer avec plus d'avantage la version du fœtus : tandis que *Siebold* (4) considère comme une contre-indication positive de l'usage du forceps la situation de la tête au-dessus ou dans le détroit supérieur du bassin. *Weidmann* (5) est du même avis et accorde aussi la préférence à la version du

(1) *L. c.*, p. 153, 154, 161.

(2) *Abhand. u. Versuche. geburtsh. Inh. 2 Bd.*, 1^{re} th., p. 152.

(3) *Versuche e. Syst. d. Geburtsh.*, §. 935.

(4) *Lehrb. d. prakt. Entbind.*, p. 273.

(5) *Resp. in quæst. Soc. Tolos.*, de us. forcip., p. 40.

fectus à raison de la trop grande difficulté qu'on rencontre dans l'application du forceps à cette hauteur, sans entrer dans des détails suffisans et propres à signaler cette difficulté. Il donne pourtant à entendre qu'une des raisons qui lui font proscrire l'emploi du forceps dans ces cas, est d'empêcher que cet instrument ne tombe entre des mains peu exercées et dans lesquelles il deviendrait plus nuisible que ne pourrait l'être la version; ce qui prouve que cet accoucheur regarde pourtant l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur non-seulement comme possible, mais aussi comme utile, lorsque l'instrument est manié avec sagesse et dextérité.

M. *Maygrier* (1) assure que l'application du forceps ne peut avoir lieu qu'autant que la tête ne soit engagée dans le détroit supérieur ou descendue dans l'excavation, le tronc sorti ou non : qu'en conséquence, on ne doit jamais se servir de cet instrument tant que la tête est encore mobile au-dessus du détroit supérieur; attendu qu'en pareil cas, il est plus naturel et sur-tout plus facile de la repousser pour aller chercher les pieds.

Je ne puis souscrire à cette dernière assertion de M. *Maygrier*. Je pense au contraire qu'il est beaucoup plus conforme à la nature de faire descendre la tête la première, si la chose est praticable. La question se ré-

(1) Nouvelle Méthode pour manœuvrer les Accouch., p. 101. — Nouveaux Elémens de la science et de l'art des Accouchemens. Paris, 1817, t. I, p. 385, 386.

duit donc à savoir si le forceps répond à ce qu'on attend de son action, et si, dans cette manœuvre, la mère ou l'enfant a des dangers à courir : or, c'est ce que M. Maygrier n'a pas entrepris de prouver, à mon grand regret. Il continue, au contraire, de soutenir *que quoique certains accoucheurs disent avoir appliqué le forceps lorsque la tête était au-dessus du détroit supérieur, cette manœuvre est néanmoins le fruit de l'impéritie, qu'elle est toujours très-pénible, et qu'elle ne saurait être conseillée.* Il ajoute qu'on ne saurait trop s'élever contre un pareil procédé, parce qu'il s'éloigne de la saine doctrine, et qu'il ne peut que perpétuer les ténèbres qui trop longtemps enveloppèrent la pratique des accouchemens. Mais pourquoi ce ton solennel de réprobation, lorsqu'on ne demande que des raisons et des preuves qui démontrent le danger de la pratique que l'on proscriit ?

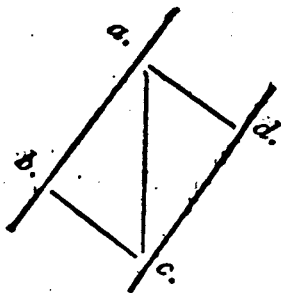
Il me semble en général que les adversaires de la doctrine sur l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, auraient dû s'attacher à examiner deux choses : cette application est-elle possible, quant à son exécution ; et si elle l'est, est-elle dangereuse pour la mère et pour l'enfant ? Or, ils n'ont encore répondu à aucune de ces questions, d'une manière satisfaisante.

Je sais bien qu'on pourrait nier la première de ces questions, par la considération que la tête retenue au-dessus du détroit supérieur, n'est pas susceptible d'être tirée dans l'excavation, avec le forceps, dans la direction qu'elle doit suivre naturellement, c'est-à-dire, sui-

vant l'axe de ce détroit ; attendu que l'instrument ne saurait en aucune manière être porté dans la direction de cet axe , à moins qu'on ne suppose l'absence du périnée , du coecix , de l'anus , et de la dernière fausse vertèbre du sacrum. Or , comme cette supposition ne peut être réalisée , il s'ensuit que le forceps ne peut être appliqué que suivant une ligne plus ou moins rapprochée de l'axe de l'excavation du bassin , et qu'en conséquence la tête , quoique bien saisie , sera constamment poussée contre le pubis , au lieu d'être approchée du sacrum.

Cependant on peut répondre à cette objection , que d'abord l'axe du détroit supérieur n'est pas tel que beaucoup d'auteurs l'indiquent ; et que cette ligne oblique , au lieu d'aboutir à la dernière pièce du sacrum , tombe , d'après les calculs de *Leuret*, de *Ræderer* et de *Stein* , devant le coecix , et qu'elle passe même par le centre de l'anus. Alors personne ne disconviendra qu'en approchant les manches du forceps de l'extrémité de l'intestin rectum , et en repoussant tant soit peu le périnée , on ne porte l'instrument à-peu-près dans la direction que l'on assigne à l'axe du détroit supérieur.

Mais en supposant même que la direction que l'on donne au forceps , s'écarte un peu de l'axe du détroit supérieur du bassin , et que les deux lignes (celle du forceps et celle de l'axe) , interceptent entr'elles un angle aigu , on peut démontrer , par le théorème du parallélogramme des forces emprunté de la mécanique , que la tête est obligée de descendre dans l'excavation du bassin , dans une direction autre que celle de l'axe du détroit supérieur.



Que la ligne *a. b.* soit l'axe du détroit supérieur, la direction d'après laquelle la tête s'engage dans le détroit, et celle que l'on *devrait* prendre avec le forceps ; la ligne *a. c.*, la direction d'après laquelle l'accoucheur tire réellement, en traçant la parallèle *c. d.*, et en abaissant les perpendiculaires *a. d.*, et *b. c.*, on construit un parallélogramme *a. b. c. d.*, et on prouve, par le théorème cité, que le corps supposé placé en *a*, ne sera porté ni en *a. b.*, ni en *a. d.*, mais qu'il suivra la diagonale *a. c.*, qui est justement la ligne dans laquelle on fait descendre la tête.

A bien examiner le mécanisme de l'accouchement naturel, il me semble qu'on y retrouve cette même loi du mouvement par la diagonale. Il est certain que la tête obéit à deux forces dirigées en sens contraire, la première qui agit suivant la direction de l'axe du détroit supérieur, et qui tend à la pousser contre l'os sacrum : la seconde, qui est censée provenir de l'angle sacro-vertébral, qui réagit sur la tête, et qui la renvoie vers le pubis : cette partie de l'enfant ne pouvant suivre ni l'une ni l'autre de ces directions, est donc obligée de prendre la ligne mitoyenne. Je vais plus loin et j'établis que les forces accessoires de l'accouchement, sa-

voir, les contractions du diaphragme et des muscles abdominaux, déterminent également le fœtus à descendre dans le bassin suivant cette ligne. En effet, la matrice, avec le fœtus qu'elle renferme, est placée entre deux forces : 1.^o celle qui provient du diaphragme, qui pousse le fœtus de haut en bas et de derrière en devant, et qui tendrait à le diriger vers le pubis, et 2.^o celle des muscles abdominaux qui est l'antagoniste de la première, et qui dirige l'enfant en sens contraire ; c'est-à-dire, de haut en bas et de devant en arrière, et qui le pousserait vers le sacrum. Il suit de là que l'enfant n'obéira ni à l'une ni à l'autre, mais qu'il suivra la diagonale.

Quelle que soit cependant la valeur de ces considérations, tendantes à prouver, *à priori*, la possibilité de l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, l'expérience la prouve d'une manière irréfragable. Et d'abord les mêmes accoucheurs qui s'opposent à cette application, ne sont-ils pas forcés de l'admettre dans d'autres circonstances, comme, par exemple, dans les cas où, après la sortie du tronc, la tête du fœtus se trouve retenue au-dessus du pubis : ou lorsque cette tête serait arrachée du tronc, et se trouverait encore, pour ainsi dire, dans le grand bassin ? Avec quoi voudroient-ils donc alors remplacer le forceps si indispensablement nécessaire pour terminer l'accouchement ? Écoutons encore à ce sujet un accoucheur moderne auquel on ne peut pas faire le reproche d'être grand partisan de la manœuvre par laquelle on porte le forceps au-dessus du détroit supérieur.

M. Capuron dit dans son ouvrage : « *Smellie* se » servit le premier du forceps, avec le plus grand suc- » cès, pour extraire la tête après la sortie du tronc : il » a été imité par *Deleurye*, *Baudelocque*, et nombre » d'autres accoucheurs. Nous avons eu occasion d'em- » ployer aussi cet instrument dans de semblables cir- » constances, et il faut convenir qu'il offre alors une » ressource unique, soit pour sauver l'enfant lorsqu'il » est encore en vie, soit pour en éviter la détroncation » lorsqu'il est déjà mort.... *La tête après la sortie du » tronc peut s'arrêter non-seulement au détroit su- » périeur, mais encore aussi au détroit inférieur, etc.* »

Or, ce sont précisément ces cas qui ont conduit *Deleurye* à appliquer le forceps sur la tête lorsqu'elle se présente la première au-dessus du détroit supérieur, et j'ajoute que la position élevée de cette tête a sans doute donné l'idée aux accoucheurs d'inventer la courbure pelvienne, et d'accommoder le forceps à la structure du bassin : car s'il ne se fût agi que de saisir une tête dans le détroit, inférieur ou dans l'excavation du bassin, un forceps droit, tel qu'on le connaissait avant les corrections de *Levret* et de *Smellie*, aurait suffi à cette fin.

Mais il est temps d'appuyer par des faits bien constatés, tout ce qui vient d'être dit sur l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur. Déjà plusieurs accoucheurs, comme je l'ai fait voir, ont parlé d'après leur expérience ; et si j'ose après eux encore invoquer la mienne, c'est pour prouver combien elle est d'accord avec la leur, et combien on peut retirer d'avan-

tages de la méthode qu'ils ont recommandée dans leurs ouvrages.

Première Observation. — La première fois que j'appliquai le forceps au-dessus du détroit supérieur, ce fut à l'hôpital civil, le 10 juin 1805, sur une femme enceinte de jumeaux, et atteinte de convulsions épileptiques pendant le travail. Il était indiqué de terminer promptement cet accouchement par les secours de l'art. L'orifice de la matrice étant suffisamment élargi, et les têtes se présentant l'une après l'autre dans une bonne position au détroit supérieur, je n'hésitai nullement à appliquer le forceps, d'après les règles connues, et j'eus la satisfaction de retirer les deux enfans vivans, avec la plus grande facilité, et sans doute aussi promptement que si j'eusse employé la version. Je ne disconviens pas que la facilité de cette opération dépendait en grande partie du moindre volume qu'offraient ces foetus, qui, quoiqu'à terme, étaient pourtant plus petits que des enfans qui, comme dans les grossesses simples, vivent seuls dans la matrice.

Seconde Observation. — *Magdeleine Wolfersberger*, âgée de vingt ans, enceinte pour la première fois, et reçue à l'hôpital civil dans le courant du mois d'octobre 1806, ressentit les premières douleurs dans la nuit du 5 au 6 décembre. Le 6 au matin, la dilatation de l'orifice égalait une pièce de trois livres, et les eaux étaient écoulées. On sentit la tête encore mobile au-dessus du détroit supérieur, mais ayant déjà une tuméfaction du cuir chevelu qui empêchait même d'ex-

plorer les sutures et les fontanelles. Les douleurs qui avaient été languissantes jusqu'alors, se ranimèrent dans l'après-dîner; l'orifice se dilata de plus en plus, mais la tête demeura toujours dans la même position. Les choses se trouvant encore dans le même état le soir, malgré les fortes et fréquentes contractions de la matrice, j'appliquai le forceps à dix heures et demie, et je terminai l'accouchement sans rencontrer beaucoup de difficulté. En introduisant les branches dans le détroit supérieur, et en portant ma main à cette hauteur dans la matrice, je reconnus que le diamètre antéro-postérieur de ce détroit n'était que de trois pouces et de quelques lignes, et que la tête se trouvait placée dans la position qui caractérise la septième espèce, d'après la classification de *Baudelocque*; c'est-à-dire, que la face était tournée vers la fosse iliaque droite, et l'occiput vers la fosse iliaque gauche. Malgré cette position, j'appliquai le forceps tellement, qu'une des branches correspondait au front et l'autre à l'occiput: je la tirai ainsi dans l'excavation, sans en changer les rapports avec le bassin, ce dont je me serais d'ailleurs abstenu quand même j'aurais réussi dans cette manœuvre, attendu que j'aurais rendu parallèle à un diamètre plus étroit du bassin, un autre de la tête qui aurait eu plus d'étendue que lui. Une des branches du forceps avait un peu entamé la peau du front. Le cordon ombilical était passé deux fois autour du cou de l'enfant, ce qui avait peut-être déterminé la tuméfaction prématurée du cuir chevelu.

L'enfant n'était plus en vie; j'ignore à quoi sa mort

doit être attribuée. Il était au reste très-heureux que sa tête se fût engagée dans la direction du diamètre transverse du détroit supérieur ; car s'il en eût été autrement, et que l'occipito-frontal eût été parallèle au sacro-pubien, qui n'avait guères plus de trois pouces d'étendue, le forceps aurait-il été suffisant pour terminer cet accouchement ?

Troisième Observation. — Le 13 février 1808, à dix heures du soir, je fus appelé pour accoucher une femme, enceinte pour la première fois, au terme de sa grossesse, et qui se trouvait en travail d'enfant depuis trente-quatre heures. Les eaux s'étaient déjà écoulées depuis seize heures ; l'orifice était ouvert à la largeur d'un écu de six livres, et la tête se trouvait au-dessus du détroit supérieur dans le diamètre oblique qui, de la cavité cotyloïde gauche, s'étend à la symphyse ilio-sacrée droite. Le travail avait entièrement cessé depuis plusieurs heures, quoique la sage-femme chez laquelle cette femme enceinte demeurait, eût employé plusieurs moyens propres à la ranimer. Voyant qu'aucun accident grave ne compliquait cet accouchement, et ne rencontrant après une exploration scrupuleuse, aucun obstacle mécanique, soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant, qui eût pu rendre inutiles les contractions de la matrice ; j'étais assez de l'avis de temporiser et de faire revivre les contractions par des remèdes internes, et notamment par le borate de soude. Mais considérant d'un autre côté la longueur du travail, et mu par l'impatience de la femme, qui me suppliait de la délivrer,

je me rendis à ses vœux , quoique j'eusse une certaine répugnance à porter le forceps aussi haut , à travers un orifice qui n'était pas plus large qu'une pièce de six francs , et sans qu'aucun symptôme alarmant eût exigé un prompt secours. Aussi avais-je une si mauvaise opinion de cette entreprise , que pour couvrir ma réputation , je crus devoir faire passer , aux yeux de la sage-femme , ma manœuvre comme une simple tentative , ayant pour but de fixer la tête encore mobile dans le détroit supérieur. Il est inutile de décrire le procédé que je suivis , attendu qu'il est indiqué dans les ouvrages didactiques ; je me contente de dire que je trouvai l'orifice utérin extrêmement dilatable , que l'introduction des branches et leur croisement réussit suivant mes vœux , et que je fis descendre la tête du grand bassin dans le petit , et de celui-ci par le détroit inférieur sans être obligé d'employer beaucoup de force. J'amenai un enfant mâle vivant et à terme , et dont la tête n'offrit pas la moindre lésion. L'accouchée n'éprouva aucune incommodité après cette opération.

Quatrième Observation. — Une femme devenue enceinte pour la première fois , à l'âge de 32 ans , ressentit les premières douleurs de l'enfantement le 15 janvier 1810. Les membranes se rompirent spontanément. La sage-femme reconnut la position de la tête , qu'elle trouvait être telle , que l'occiput correspondait au pubis et le front à la protubérance du sacrum. Quoique les douleurs fussent assez vives et très-rapprochées , cette tête ne faisait aucun mouvement pro-

gressif, quoique la sage-femme, très-instruite, eût essayé de la tourner dans le diamètre oblique, et de la réduire à une meilleure position. Les choses restèrent dans cet état jusqu'au lendemain, jour où je fus appelé.

Je trouvai l'orifice de la matrice dilaté au-delà d'une pièce de six francs; la tête dans la troisième position et ayant le cuir chevelu tuméfié. Je remarquai de plus un écoulement hors de la vulve de matières jaunes et qui me paraissaient être de l'eau de l'amnios mêlée à du méconium. Les contractions de la matrice étaient faibles, mais dans les intervalles des douleurs, la femme poussait de continuel gémissements et se plaignait sur-tout d'une douleur fixe au côté droit du bas-ventre.

La tête ayant resté seize heures dans la même position, et convaincu que j'étais de l'insuffisance des forces de la nature pour terminer cet accouchement, j'eus recours au forceps. L'application de cet instrument se fit sans la moindre difficulté, et l'extraction de la tête ne fut pas non-plus aussi pénible que je me l'étais imaginé d'après la hauteur à laquelle elle était encore située. J'amenai un enfant mâle à terme, qui ne fit qu'un seul mouvement d'inspiration, après lequel il mourut. Sa tête était forte et son diamètre occipito-mentonnier singulièrement allongé. La délivrance se fit naturellement et par les seules contractions de la matrice, une demi-heure après la naissance de l'enfant.

Le même soir (16 janvier) l'accouchée se plaignit

de douleurs au bas-ventre , mais que je pris pour des tranchées utérines. Le lendemain ces douleurs furent accompagnées de fièvre , le ventre se tuméfia et devint sensible , de manière que je ne pouvais plus méconnaître l'existence de la fièvre puerpérale. Les lochies étant en même-temps supprimées , je fis appliquer des sangsues à la vulve , pratiquer des injections dans le vagin , administrer des lavemens et faire des embrocations sur le bas-ventre. J'ordonnai ensuite une potion composée de trois gros de sel de *duobus* dans une infusion de valériane , avec un demi-gros d'extrait de jusquiame , mais qui ne fit aucun effet ; les douleurs s'apaisèrent un peu à la vérité , mais l'abdomen s'éleva davantage ce jour , ainsi que le suivant. Le 18 le pouls était toujours fréquent , mais assez fort et la tête absolument libre ; ne trouvant aucune indication pour le vomitif , je prescrivis une potion saline et huileuse qui procura quelques selles , apaisa davantage les douleurs , mais ne put s'opposer au météorisme du bas-ventre. Le 19 , je trouvai le pouls plus faible et plus fréquent , l'abdomen toujours très-gonflé et les intestins remplis de gaz ; la potion purgative avait déterminé une diarrhée que je ne crus pas devoir supprimer entièrement. Je prescrivis seulement des médicaments propres à soutenir les forces vitales. Le 20 , la chute de ces forces était plus complète , le pouls plus fréquent et plus petit , le ventre plus météorisé , et l'accouchée mourut en conservant jusqu'au dernier soupir l'entier usage de ses facultés intellectuelles.

A l'ouverture du cadavre , pratiquée le 21 , je trouvai

le péritoine enflammé dans différens points de son étendue , particulièrement aux épiploons et aux intestins grêles , et dans plusieurs endroits ces intestins tapissés par une espèce de fausse membrane formée par l'exsudation d'une lymphe épaissie et devenue floconneuse. Le fond de la matrice se trouvait à quelques travers de doigts au-dessus du pubis. Le tissu cellulaires sous-péritonéal des environs de la vessie et des muscles du bas-ventre était infiltré d'une sanie gangreneuse ; le muscle iliaque interne du côté droit était comme macéré dans cette même sanie. L'utérus faisait voir à sa surface postérieure et à son côté droit une grande tache noire ; ce viscère étant excisé ainsi que le vagin , on reconnut le col de la matrice comme dissous par la gangrène , et au-dessus du col la chair de la matrice tellement désorganisée qu'on pouvait la déchirer avec la plus grande facilité.

Le bassin avait sa juste capacité , excepté le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur dont l'étendue n'était qu'à trois pouces et demi.

J'attribue la gangrène de la matrice à la pression que la tête de l'enfant , long-temps retenue au-dessus du détroit supérieur , avait continuellement exercée sur la partie inférieure de l'utérus , et non à l'application du forceps ; dont l'introduction ainsi que l'extraction de la tête n'avaient offert aucune difficulté.

Mon expérience m'a appris à me méfier des douleurs permanentes que les femmes en travail ressentent même pendant les intervalles des contractions , dans la région du bassin ; et notamment autour de la vessie ;

douleurs qu'elles disent être tranchantes, et qui les forcent à pousser des gémissemens non-interrompus. Ce n'est que dans les accouchemens longs et laborieux, que l'on observe ce genre de douleurs; et je suis persuadé qu'elles dépendent d'une inflammation de la matrice occasionnée par la longueur et l'inutilité du travail, et notamment par une pression que la portion inférieure de l'utérus éprouve dans l'endroit où elle est serrée et étranglée entre la tête du fœtus et le pubis. Aussi la grande sensibilité n'existe que dans cet endroit, tandis qu'on peut toucher le fond et le corps de la matrice sans exciter de la douleur.

Toutes les fois donc que j'observe un pareil symptôme, je me suis fait une loi d'abréger le travail, et de terminer l'accouchement par les secours de l'art; et je suis persuadé que la femme dont j'ai rapporté l'histoire serait encore en vie, si, appelé plutôt, j'avais pu empêcher que la tête ne pressât la matrice pendant seize heures, et avec la plus grande force, contre le bord osseux qui forme l'entrée du petit bassin.

Cinquième Observation. — *Catherine Buck*, âgée de vingt-deux ans, enceinte pour la première fois, et admise à l'hôpital civil le 8 février 1810, entre en travail le 3 avril suivant.

Les membranes se rompirent spontanément; l'orifice de la matrice se dilata, non sans quelque difficulté, et conserva une certaine épaisseur et dureté. Je fis pratiquer une saignée du bras, non-seulement par rapport à l'orifice utérin, dont j'espérais produire le relâchement, mais aussi pour apaiser un point de

côté accompagné de toux, et qui incommodait beaucoup cette femme. La position de la tête se trouvait être telle, que l'occiput correspondait au pubis, et le front au sacrum, ce qui caractérisait la troisième espèce, d'après la classification de *Baudelocque*; mais malgré les fortes contractions de la matrice, qui duraient huit heures de temps, cette partie du fœtus ne pouvait jamais s'engager dans le détroit supérieur.

Quoiqu'il n'y eût aucun symptôme fâcheux qui eût pu annoncer quelque danger, je crus néanmoins devoir abrégér le travail, afin de ne pas exposer cette femme au même accident qui avait fait succomber celle qui fait le sujet de ma précédente observation. L'application du forceps me parut être un moyen de délivrance plus expéditif et plus naturel que la version du fœtus, pour laquelle j'aurais d'ailleurs rencontré d'autant plus de difficulté, que par l'évacuation des eaux de l'amnios, la matrice s'était contractée d'avantage sur le fœtus. Familiarisé d'ailleurs avec l'instrument porté aussi haut dans le bassin, je l'appliquai suivant les règles de l'art, et je n'eus aucun sujet de me repentir du procédé que j'avais suivi. J'obtins un enfant mâle, vivant et à terme, mais dont le diamètre occipito-mentonnier de la tête comprimée sans doute par le forceps, avait plus de six pouces de longueur.

La délivrance s'opéra spontanément, et ayant de nouveau introduit ma main dans la matrice après la sortie du placenta, ce que je ne manque jamais de pratiquer, je reconnus que le détroit supérieur était un peu resserré dans son diamètre antéro-postérieur.

La mère eut une couche très-heureuse, mais l'enfant mourut au bout de quatre jours, après avoir éprouvé quelques convulsions tétaniques.

On sera peut-être tenté d'attribuer la mort de cet enfant à la compression que la tête avait éprouvée de la part du forceps, et les détracteurs de cet instrument, ainsi que ceux qui condamnent son emploi dans le détroit supérieur, y trouveront un argument en faveur de leur opinion, et auraient préféré la version, d'autant plus que la tête du fœtus était encore, pour ainsi dire, libre et mobile au-dessus du détroit. Mais je le demande, auraient-ils eu l'espoir de retirer un enfant vivant à travers un bassin resserré et où la base de la tête longue de cinq pouces un quart se serait présentée à l'entrée du bassin qui avait moins de quatre pouces d'étendue d'avant en arrière ?

Sixième Observation.—Je fus appelé le 20 novembre 1810, dans un village à deux lieues de Strasbourg, pour porter des secours à une femme en travail d'enfant, depuis près de trois jours.

Arrivé sur les lieux, je trouvai une femme de 27 ans, forte et bien constituée, enceinte pour la première fois, se disant au terme de sa grossesse, mais ne sentant plus les mouvemens de son enfant depuis quatorze heures. Les premières douleurs avaient commencé le 16 novembre ; les membranes s'étaient rompues le jour suivant, mais les contractions n'avaient été que faibles et rares jusqu'au 19, où elles devinrent très-fortes et très-rapprochées. Néanmoins la tête du fœtus, dont l'occiput répondait à la cavité cotyloïde gauche, demeura

toujours au même endroit, c'est-à-dire, dans le détroit supérieur; il n'y eut qu'une tumeur considérable formée par le cuir-chevelu qui descendit dans l'excavation.

Quoique les forces de la femme ne furent pas épuisées, qu'il y avait encore quelques contractions, et que le poulx n'était rien moins que faible, je résolus néanmoins de terminer cet accouchement, attendu que la tuméfaction du cuir-chevelu et l'immobilité de la tête me faisaient craindre un entlèvement de cette partie. J'appliquai donc le forceps, dont les branches furent introduites et réunies sans difficulté. Cette opération donna issue à beaucoup de méconium extrêmement fétide.

L'extraction de la tête fut singulièrement difficile: elle dura une bonne demi-heure, encore ne parvins-je à ébranler cette partie du fœtus qu'avec le secours de la sage-femme, que je faisais tirer sur une serviette passée autour des crochets de l'instrument en manière de cordon, tandis que je saisis moi-même le forceps plus près de l'endroit de la jonction des deux branches. Enfin la tête parut, et quoique je fisse soutenir le périnée par la sage-femme, et que je tirasse dans la direction de l'axe du détroit inférieur, je ne pus empêcher la rupture de tout l'espace compris entre la vulve et l'anus, sans que ce dernier cependant fût intéressé.

L'enfant avait été saisi par les côtés de la tête, dont le diamètre occipito-mentonnier avait été singulièrement allongé. Le cadavre était tout jaune, et exhalait

une odeur très-fétide. Le volume de ce fœtus était plus fort que celui d'un enfant à terme.

Une forte hémorragie s'étant manifestée après l'extraction de l'enfant, je me trouvai dans la nécessité de procéder sur-le-champ à la délivrance. La matrice se contracta sur ma main, mais malgré cela le sang continua à donner. Je fis faire en conséquence des injections avec de l'eau froide; je fis appliquer sur le bas-ventre des serviettes trempées dans de l'oxicrat, et je fis tenir à l'accouchée une position exactement horizontale. Quoique le sang se fût arrêté par ces moyens, je remarquai néanmoins que le pouls s'affaiblissait, que la face se décolorait, et qu'il allait survenir une syncope. Ne me croyant pas encore bien sûr de l'arrêt du sang, quoique je ne le visse plus se répandre au-dehors, je pris le parti de tamponner le vagin avec de la filasse trempée dans du vinaigre. Je reconnus, par l'introduction de la main, que l'orifice était bouché par un caillot solide et tenace, que je me gardai bien de déranger; mais j'eus soin d'appliquer les tampons sur les lèvres de l'orifice, de remplir la vulve, et d'en placer même sur la plaie résultant de la rupture du périnée, craignant que la perte même d'une once de sang par un vaisseau déchiré de cette partie, ne devint funeste à l'accouchée. Pendant deux heures que je restai encore auprès d'elle, et pendant lesquelles la faiblesse, la vitesse, et quelquefois même l'intermittence du pouls, ainsi que la pâleur mortelle de la face et des lèvres, n'étaient nullement propres à me rassurer sur son sort, je lui fis administrer sans interruption les ana-

leptiques et les cordiaux, qu'on peut trouver au village. Enfin au bout du temps indiqué, j'eus la satisfaction de voir le poulx se relever, la chaleur retourner aux extrémités, les lèvres se colorer, et l'accouchée revenir de l'assoupissement léthargique dans lequel le travail de l'enfantement, ainsi que la perte de sang qui s'en suivit, l'avait fait tomber.

Septième Observation. — Madame *Adélaïde IV.*, après avoir été accouchée plusieurs fois naturellement, et entre autres une fois d'une manière extrêmement prompte et facile, devint enceinte pour la septième fois et eut une grossesse très-heureuse, mais qui se prolongea un peu au-delà du terme ordinaire, en sorte que d'après son calcul elle se trouvait grosse de dix mois, lorsque les premières douleurs de l'enfantement vinrent la surprendre le 10 juin 1811. Après la dilatation de l'orifice utérin, on toucha la tête du fœtus dans une position diagonale, l'occiput dirigé vers la cavité cotyloïde gauche, et on sentit en outre le cordon ombilical. Les membranes se rompirent, les eaux s'écoulèrent et la tête fut fortement appuyée sur le détroit supérieur par suite de la fréquence et de l'intensité des contractions, mais malheureusement un anse du cordon se glissa entre l'orifice et le côté droit de la tête. Ce fut en vain qu'on reporta cette anse dans la matrice; réussissait-on sur un point, il s'échappait une seconde anse sur un autre point, jusqu'à ce qu'enfin tout le paquet fût descendu dans le vagin. Pour sauver la vie de l'enfant, il n'y avait rien autre chose à faire qu'à terminer l'accouchement le plus

promptement possible ; et comme la présence du cordon aurait beaucoup gêné l'introduction des branches du forceps , je crus devoir choisir la version , quoique je m'attendisse à rencontrer beaucoup de difficulté , ce que l'évènement ne justifia que trop. J'eus d'abord bien de la peine à écarter tant soit peu la tête , qui était grande et lourdement appliquée sur ce détroit : mais pour chercher les pieds dans le fond de la matrice , c'était la chose du monde la plus difficile ; vainement faisais-je avancer ma main dans l'utérus , cet organe se contracta si fortement sur mon bras , que j'étais obligé de m'arrêter à chaque instant. Lorsqu'enfin après bien des peines et du travail , je fus arrivé jusqu'aux-pieds , il était impossible de pelotonner l'enfant et d'exécuter la version , attendu que la tête était constamment poussée en bas par les douleurs non-interrompues , et tâchait de reprendre sur le détroit supérieur la place dont je l'avais écartée. Voyant donc que la présence de la tête s'opposait à la descente des pieds , je retirai ma main de la matrice , et je songai à terminer l'accouchement d'une autre manière. Je remarquai alors que le cordon ombilical qui , pendant toute cette manœuvre , avait dû être comprimé , ne battait plus , et qu'en conséquence l'enfant était , sinon mort , du moins dans un danger imminent de perdre la vie. Dans cette dernière supposition , il fallait de suite prendre un autre parti , et le mettre promptement à exécution. En retirant ma main de la matrice , j'avais pensé qu'on pourrait terminer l'accouchement par le forceps. Mais outre que ce moyen devait encore entraîner des longueurs ,

la tête ne correspondant plus assez au détroit pour qu'il pût être déployé. Je me voyais donc de nouveau dans la nécessité de revenir aux pieds, et d'essayer la version. Je me servis cette fois de la main droite, parce que la gauche était extrêmement fatiguée par la manœuvre précédente. Je réussis aussi peu que la première fois, quoique j'eusse employé près d'un quart-d'heure à cette opération. N'ayant eu bientôt aucun doute sur la mort du fœtus, il n'y avait plus de motif de presser la délivrance; ce qui me fit désister de toute tentative ultérieure, et me porta à confier à la nature le soin de terminer cet accouchement. Je laissai en conséquence reposer cette dame pendant toute la nuit, espérant que par de nouvelles contractions qui seroient survenues, la tête serait au moins poussée dans le détroit supérieur. Le lendemain, je trouvai les choses encore dans le même état que la veille; la tête n'avait fait aucun mouvement; la partie la plus large du crâne était encore au-dessus du détroit, et les forces avaient beaucoup diminué par les contractions inutiles qui avaient eu lieu pendant la nuit. N'ayant pas à ménager le cordon ombilical, sous le rapport de la circulation du sang, et la tête s'étant placée d'une manière plus favorable sur le centre du détroit, je ne trouvai plus aucun empêchement à appliquer le forceps. Je procédai donc à cette opération, et après avoir saisi la tête et en avoir réduit le volume par sa compression, j'en fis l'extraction, mais qui dura encore si long-temps, et qui exigea un si grand emploi de forces, que je considère cet accouchement comme un des plus difficiles que j'aie faits dans ma

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

*Rédigé par G. BRESCHET, Secrétaire-
général de cette Société (1).*

N.º VIII. — AOUT 1817.

SUITE DES ANNALES CLINIQUES

D'ACCOUCHEMENS, DE MALADIES DES FEMMES ET DES
ENFANS ;

*Publiées par JEAN-FRÉDÉRIC LÖNSTEIN, docteur
en médecine, chef des travaux anatomiques à la
Faculté de Médecine, et médecin-accoucheur en
chef à l'hôpital civil de Strasbourg,*

PREMIER NUMÉRO.

Huitième Observation. — **M**ARIE BRANÇON, âgée
de trente-trois ans, éligente pour la seconde fois, fut
reçue à l'hôpital civil, le 31 octobre 1812, à sept heures
du soir, étant en travail d'enfant depuis trois jours.

(1) C'est chez ce médecin, (rue de la Juésienne,
N.º 17), qu'on doit adresser, *francs de port*, les mé-
40.

Les eaux s'étant déjà écoulées à son arrivée, on trouva la tête sur le point de s'engager dans le détroit supérieur, et dans la position qui caractérise la première espèce des accouchemens naturels par le sommet (petite fontanelle tournée vers la cavité cotyloïde-gauche). Le travail n'avancant que fort lentement, malgré les douleurs continuelles, l'orifice étant souple et largement ouvert, quoiqu'un peu épais à son bord antérieur, j'appliquai le forceps, et j'amenai un enfant mâle à terme, et qui fut quelques minutes avant de donner un signe de vie.

Cet enfant avait la tête plus volumineuse que ne l'ont les fœtus à terme; son diamètre occipito-frontal ayant quatre pouces neuf lignes et le transverse quatre pouces huit lignes. Il y avait à l'os frontal gauche une dépression assez marquée, et qui avait été occasionnée sans doute par la saillie du sacrum, contre laquelle le crâne me parut avoir porté pendant tout le temps qu'il avait été appliqué sur le détroit supérieur. Le lendemain l'endroit déprimé s'était déjà relevé.

La délivrance et les couches de cette femme n'ont rien offert de remarquable.

Neuvième Observation. — *Rosalie Müssch*, âgée de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, reçue à l'hôpital, le 25 juin 1813, à la fin de sa première grossesse, ressentit de suite les premières douleurs de

moires imprimés ou manuscrits, les observations et tous les ouvrages de médecine qu'on desirera présenter à la Société, ou faire insérer dans son Bulletin.

l'enfantement. L'orifice de la matrice s'ouvrit lentement, les eaux se formèrent, et on sentit à travers les membranes la tête du fœtus dans la direction qui caractérise la première espèce des accouchemens naturels. Les contractions étant fortes et fréquentes, et aucun accident ne compliquant le travail, je demeurai pendant quelque temps tranquille spectateur. Mais peu-à-peu les forces s'affaiblirent et les douleurs devinrent plus rares. Vingt-quatre heures s'étant déjà écoulées sans que la tête eût fait le moindre mouvement progressif, l'orifice utérin étant suffisamment dilaté, j'appliquai le forceps, dont je portai les cuillers dans le détroit supérieur du bassin : je saisis la tête dans ce détroit, je l'amenai dans l'excavation, et je lui fis franchir le détroit inférieur sans éprouver d'obstacles et sans rencontrer beaucoup de difficultés dans mon opération. L'enfant était une petite fille déjà morte, et ayant au frontal gauche un enfoncement sans fracture, que je suppose avoir été produit par la pression que l'angle sacro-vertébral avait exercée sur cette partie pendant les vingt-quatre heures qui avaient suivi le travail.

Dixième Observation.—*Catherine Boeswillwald*, âgée de quarante ans, enceinte pour la huitième fois, et au terme de sa grossesse perdit les eaux sans douleurs, le 8 février 1814. Les contractions se déclarèrent deux jours après la rupture des membranes ; peu-à-peu le col de la matrice disparut, l'orifice s'ouvrit, et on toucha la tête au-dessus du détroit supérieur, et à travers les membranes qui étaient collées sur elles

Les contractions se succédèrent et devinrent plus fortes ; mais comme il arrive dans presque tous les cas d'écoulement prématuré des eaux, l'accouchement n'avancait que lentement. Appelé auprès de cette dame le second jour du travail, je trouvai l'orifice de l'utérus ouvert dans l'étendue d'une pièce de six francs, son bord aminci, la tête au-dessus du détroit supérieur dans la direction du diamètre antéro-postérieur de ce détroit, et ayant le cuir chevelu extrêmement tuméfié. Vu la hauteur à laquelle se trouvait encore cette tête, et l'absence de tout accident, je ne crus pas devoir encore employer les secours de l'art, mais je me bornai à ranimer le travail par le moyen du borate de soude, dont je fis prendre sept grains de demi-heure en demi-heure. Les douleurs en devinrent plus fortes à la vérité, mais la tête ne fit pas le moindre mouvement. Après avoir attendu encore six heures, et m'être convaincu de l'inefficacité des contractions, je résolus de terminer l'accouchement à l'aide du forceps. Je l'appliquai dans le détroit supérieur, et, après avoir changé la direction de la tête, et l'avoir sortie dans un diamètre oblique, je la fis descendre dans l'excavation. Mais ici le forceps glissa : je le réappliquai une seconde fois, et je parvins à extraire la tête par le détroit inférieur. L'enfant qui était très-volumineux, et qui avait la tête très-grosse, ne donna qu'un faible signe de vie, et mourut aussitôt après.

Cet accouchement laborieux ne fut suivi d'aucun accident fâcheux pour la mère.

Onzième Observation. — Je fus appelé, le 5 mars 1815, à dix heures du soir, chez la dame *Catherine-Barbe Siefert*, âgée de trente-quatre ans, encointe pour la première fois, et se trouvant en travail d'enfant depuis trente-six heures. Les eaux qui s'étaient déjà écoulées depuis plus de douze heures, me firent toucher la tête à nu au-dessus du détroit supérieur, ayant seulement une petite portion de sa sphère engagée dans ce détroit. Je reconnus de plus que cette tête se trouvait placée dans la direction qui caractérise la première espèce, et que l'orifice de la matrice était ouvert dans l'étendue d'une pièce de six francs, que son bord était encore épais, mais mou, et susceptible d'une plus grande dilatation.

Jugeant, par la longueur et l'inutilité du travail, que cette personne ne pouvait pas accoucher par les seules forces de la nature, je résolus d'appliquer le forceps. Il fut porté aussi haut que la position de la tête l'exigeait, au point que l'endroit de la jonction des deux branches de l'instrument était placé entre les lèvres de la vulve. Ayant mis la femme dans une position dans laquelle elle avait le siège plus élevé que la poitrine, et l'instrument étant porté, autant que possible, dans la direction de l'axe du détroit supérieur, je fis les tractions suivant cette direction, et j'eus le plaisir, après un quart-d'heure de travail, d'amener un enfant vivant et à terme. La tête de cet enfant offrait au frontal gauche une notable dépression, qu'au premier coup-d'œil je jugeai être produite par la branche du forceps, mais que l'introduction de ma

main dans la matrice m'apprit bientôt être due à une saillie très-considérable de la base du sacrum qui, en diminuant l'étendue du diamètre antéro-postérieur, s'était sans doute opposé à la progression de la tête dans ce bassin. Cette dépression qui a continué à exister trois mois après l'accouchement, n'a produit aucun effet fâcheux sur la santé de cet enfant.

Douzième Observation. — *Dorothée Bilger*, âgée de 32 ans, enceinte pour la cinquième fois, entra en travail d'enfantement le matin du 25 février 1815. Les douleurs étaient fortes et soutenues pendant toute la journée, l'orifice de la matrine se dilata, son bord s'amincit, et le soir la sage-femme rompit les membranes. Pendant la nuit les contractions cessèrent peu-à-peu, et furent remplacées par des douleurs extrêmement tranchantes dans la partie la plus profonde de la région hypogastrique. C'est dans cet état de souffrance que je trouvai cette femme le 26 au matin. L'orifice utérin était alors largement dilaté, et la tête se présentait dans une direction telle que l'occiput était dirigé vers la symphyse du pubis, et que la plus grande largeur du crâne se trouvait encore au-dessus du détroit supérieur. M'étant fait une loi, comme je l'ai dit plus haut, de terminer l'accouchement par les secours de l'art, toutes les fois que les femmes éprouvent les douleurs tranchantes que j'ai déjà signalées, je n'hésitai pas à employer le forceps. Son application n'offrit aucune difficulté; et après avoir tourné la tête, et l'avoir placée dans le diamètre oblique, je la fis descendre dans l'excavation et par suite dans le détroit

inférieur non sans avoir rencontré de la résistance dans ce travail. L'enfant était un garçon vivant, fort, et parfaitement à terme. La mère n'a ressenti aucune incommodité de cet accouchement.

En voilà assez, je crois, pour prouver, 1.^o que le forceps peut-être employé impunément dans les cas où la tête de l'enfant est retenue au-dessus du détroit supérieur; 2.^o que les cuillers de l'instrument peuvent être appliquées avec sûreté sur cette tête et la saisir convenablement; 3.^o que cette application peut se faire sans que l'orifice utérin ait acquis un degré de dilatation qui égale la petite circonférence de la tête, pourvu que les bords de l'orifice soient souples et dilatables; 4.^o que la tête de l'enfant peut être tirée à travers cet orifice qu'elle achève de dilater par sa progression lente et graduée; 5.^o que pour exécuter les tractions, le forceps peut être porté dans une direction qui approche de la ligne que représente l'axe du détroit supérieur; 6.^o qu'en descendant dans l'excavation du bassin, les parties molles qui le tapissent ne sont point froissées et contondues, et qu'on n'a pas à craindre de suites fâcheuses: telles que déchirures, hémorrhagies, descente de matrice, paralysie de la vessie urinaire ou de son col, etc.; 7.^o qu'en conséquence, l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur est d'une grande ressource dans tous les cas d'accouchemens où la tête du fœtus étant retenue au-dessus de ce détroit, il se déclare des accidens qui compromettent la vie de la mère ou celle

de l'enfant, et où il est urgent d'apporter un prompt secours; 8.^o qu'alors l'emploi du forceps doit être préféré à la version, par la raison qu'on sauve un plus grand nombre d'enfans, et qu'indépendamment de cela, cette méthode se rapproche beaucoup plus du mécanisme de l'accouchement naturel.

Convenons cependant que la pratique par laquelle on porte le forceps au-dessus du détroit supérieur, a aussi ses bornes, et qu'il existe des cas où elle est insuffisante, et où elle ne saurait remplacer les autres moyens qu'on est obligé d'employer pour terminer ces accouchemens. •

Je ferai bientôt voir, en premier lieu, que cette méthode est insuffisante et même dangereuse, lorsque le bassin offre la disposition dont je rendrai compte, et qui consiste dans la trop grande inclinaison vers l'horizon; car alors il est impossible de bien saisir la tête, et de donner à l'instrument la direction conforme à l'axe du détroit supérieur dans ces sortes de bassins. Il en résulte que quand même la tête serait saisie, elle serait continuellement poussée contre la face interne des os pubis, au lieu d'être portée dans l'excavation du sacrum.

Il faudra éviter en second lieu cette opération, lorsque le détroit supérieur, sans être assez étroit pour exiger l'opération césarienne, est pourtant resserré dans son diamètre antéro-postérieur, au point de ne permettre l'entrée de la tête qu'avec un emploi considérable de forces, et où les parties molles, et notamment la portion inférieure de la matrice seraient

froissées entre cette tête saisie par l'instrument, et le cercle osseux qui constitue le détroit supérieur. Je pense que ces cas existeront toutes les fois que le diamètre sacro-pubien est entre deux pouces et demi et trois pouces et quart, en supposant toutefois le fœtus d'un volume ordinaire.

Il est en troisième lieu très-imprudent, et même dangereux, d'introduire les cuillers du forceps, lorsque l'orifice utérin, quoique dilaté, a néanmoins ses bords durs et épais; car alors on déchire l'orifice en voulant opérer le croisement et la jonction des deux branches, avant même que l'on s'occupe de l'extraction de la tête.

Il s'est offert dans ma pratique des cas où, pour avoir méconnu ces contre-indications de l'usage du forceps, il a fallu me désister de l'emploi de cet instrument et adopter d'autres méthodes d'accoucher. J'en offrirai un exemple frappant dans mon mémoire annoncé sur l'inclinaison vicieuse du bassin. La même chose m'est arrivée dans les cas suivants, soit que je n'avais pas pu estimer d'avance l'étroitesse du détroit supérieur, soit qu'ayant reconnu cette étroitesse, je croyais pouvoir réussir avec le forceps, et me dispenser de la perforation du crâne ou de la version de l'enfant sur les pieds.

Treizième Observation. — Le 2 janvier 1811, à dix heures du soir, je fus appelé pour porter des secours à *Mademoiselle Wejenast*, née *Terras*, âgée de vingt-un ans, enceinte pour la première fois, et en travail d'enfant depuis trois fois vingt-quatre heures.

Cette femme était petite, mais non contrefaite, et ne paraissait pas être épuisée par un si long travail. La sage-femme m'ayant annoncé que les fesses se présentaient à l'orifice, et qu'elles étaient encore au-dessus du détroit supérieur, je portai ma main dans la matrice afin de terminer l'accouchement. Je reconnus bien une tumeur arrondie, pâteuse et mobile; mais, après l'avoir mieux examinée, je ne pus pas méconnaître la tête, dont le cuir chevelu était considérablement tuméfié. Je trouvai, en outre, non sans déplaisir, que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur était resserré au point de gêner l'introduction de ma main. Enfin, je sentis qu'un des os frontaux était écrasé, probablement par la violence avec laquelle il avait été poussé contre la saillie du sacrum.

L'indication à remplir dans cette circonstance me paraissait consister à réduire davantage le volume de la tête, et l'amener au-dehors par le moyen du forceps. L'introduction des cuillers se fit sans la moindre difficulté, mais l'extraction en présentait davantage; car quoique deux personnes tirassent pendant une demi-heure sur les crochets du forceps, il n'était pas possible de faire descendre la tête d'une ligne. Voyant que tous mes efforts n'aboutissaient à rien, je fis appeler en consultation M. *Flamant*, pour aviser avec lui aux moyens de terminer cet accouchement. Un autre forceps plus long et plus fort fut encore une fois appliqué par ce professeur, mais avec aussi peu de succès. Trouvant la tête encore susceptible d'être repoussée au-dessus du détroit, nous convinmes d'es-

sayer la version de l'enfant. Après beaucoup de peine et de travail, je parvins à amener au-dehors le pied droit et à le retenir à la vulve par le moyen d'un lacs; mais il était de toute impossibilité de parvenir au pied gauche qui se trouvait tout-à-fait au fond de la matrice. Convaincus de l'impossibilité absolue d'obtenir le fœtus de cette manière, nous crûmes devoir revenir à la tête, d'en faire la perforation, de la vider du cerveau, et d'extraire l'une après l'autre les pièces qui constituent le crâne. Après avoir réussi dans cette entreprise, non sans avoir rencontré beaucoup de difficultés, j'appliquai le crochet tranchant successivement sur différens endroits de la tête, et je parvins enfin à amener celle-ci dehors la vulve, toute déchirée et écrasée, et n'étant plus composée que de la face et de la base du crâne.

Une demi-heure après la sortie de l'enfant, je délivrai la femme. Ayant mesuré, à cette occasion, l'intérieur du bassin, je reconnus que le diamètre antéro-postérieur ne pouvait avoir au-delà de deux pouces trois-quarts d'étendue. Je m'assurai encore en même temps de la parfaite intégrité de la matrice et du vagin, quoique pendant sept heures consécutives on eût travaillé sur cette femme avec la main et les instrumens.

L'accouchée se trouvait le même jour aussi bien que son état pouvait le permettre; et quoiqu'elle fût horriblement fatiguée, elle ne parut pas être épuisée ni souffrir considérablement.

Le second jour (4 janvier), l'accouchée eut le ventre tuméfié, distendu par des gaz, et assez sensible au tou-

cher ; les lochies coulèrent peu , les seins étaient vides ; il y avait de la fièvre , de la chaleur , et beaucoup de soif. Je ne lui ordonnai que des boissons rafraîchissantes et des injections dans le vagin.

Le 5 janvier , treizième jour des couches , les choses en étaient encore au même point ; mais la fièvre était encore plus intense , le ventre plus tendu , les lochies nulles , et aucune goutte de lait ne se trouvait dans les mamelles. La tête était parfaitement libre , et la soif modérée.

J'interromps ici l'histoire de la maladie de cette accouchée , me proposant de la reprendre dans mon mémoire sur la *Fièvre puerpérale* , attendu qu'elle y sera plus convenablement placée , et qu'elle n'a plus de rapport avec l'histoire de l'accouchement. Je dirai seulement , qu'après bien des accidens , cette femme ne commença à se rétablir qu'au 11 février suivant , mais qu'elle a joui depuis d'une bonne santé. Elle devint même enceinte une seconde fois , et deux ans après ce premier accouchement , elle réclama de nouveau mon assistance.

Les premières douleurs se déclarèrent chez elle le 26 mars 1813 ; le col disparut , et l'orifice se dilata ; les contractions se soutinrent pendant toute la nuit , et l'orifice étant largement ouvert , la sage-femme rompit les membranes le 27 au matin. Appelée ce même jour , je trouvai la tête du fœtus déjà un peu engagée dans le détroit supérieur , mais écrasée. Comme il n'y avait aucun accident qui réclamât de prompts secours , je différai l'opération jusques vers le soir , espérant que

pendant ce temps la tête descendrait davantage. Elle se trouvait en effet descendue à mon retour ; et n'ayant nulle envie d'appliquer le forceps avec lequel j'aurais inutilement fatigué cette femme, j'employai de suite les crochets tranchans, et j'aménai l'enfant avec beaucoup de facilité. Les couches ne furent compliquées d'aucuns symptômes fâcheux.

Si cette femme devenait enceinte de nouveau, je présume qu'elle se délivrerait seule, et que les mêmes contractions capables de diminuer le volume de la tête en l'écrasant, suffiront enfin pour l'expulser. Je lui ai parlé d'opération césarienne, dans le cas où elle tiendrait à avoir un enfant vivant ; mais elle m'a déclaré qu'elle renoncerait à l'espoir d'avoir un héritier plutôt que de se soumettre à cette opération. Peu s'en est fallu que je ne pratiquasse celle-ci dans le cas suivant.

Quatorzième Observation. — Une dame de trente-six ans, enceinte pour la troisième fois, me consulta sur son état vers le septième mois de sa grossesse. Elle me raconta qu'elle avait accouché deux fois d'un enfant mort ; que ses accouchemens avaient été chaque fois extrêmement longs et laborieux, et qu'ils avaient été terminés la première fois par le forceps, et la seconde fois par la perforation du crâne. Elle ajouta que pour avoir un héritier, elle et sa famille étaient résolues de se soumettre à toutes sortes d'opérations, pourvu que ses desirs fussent satisfaits. Connaissant les résultats incertains qu'on obtient par les pelvimétries, je me contentai d'examiner son bassin à l'ex-

térieur, et m'étant convaincu de la régularité de sa forme, j'ajournai l'exploration interne au moment où le travail aurait commencé. Il est vrai que de temps en temps j'exerçai le toucher vaginal, et que je m'assurai par son moyen de la bonne conformation du bassin dans son excavation et dans son détroit inférieur; mais jamais je ne pus atteindre la saillie du sacrum. Cependant, je soupçonnai une étroitesse considérable au détroit supérieur, par la raison que je ne pus jamais découvrir aucune partie du fœtus.

Les premières douleurs se déclarèrent le 9 mai 1812; mais ne produisirent qu'une faible dilatation de l'orifice de la matrice. Le 10, à deux heures du matin, cette dilatation était comme une pièce de six francs; les eaux se formèrent; mais on ne touchait avec peine qu'une très-petite portion de la tête placée au-dessus et devant la branche horizontale du pubis, et, par conséquent, presque au-dehors du bassin. Tout l'espace compris entre cette tête et la saillie du sacrum était occupé par le cordon ombilical, formant un paquet, et dont on distinguait les pulsations à travers les membranes de l'œuf. Cette circonstance fâcheuse me faisait déjà mal augurer de l'issue de cet accouchement. Il était immanquable qu'après la rupture des membranes, le cordon ombilical ne descendit dans le vagin et ne se présentât devant les parties génitales, et que la vie du fœtus ne se trouvât dans le plus grand danger. Fallait-il, dans une semblable circonstance, entreprendre l'opération césarienne, dans la supposition que l'étrai-

tesse reconnue du détroit supérieur l'eût indiqué? Fallait-il mettre en danger la vie de la mère sans pouvoir garantir celle du fœtus? Dans cette situation embarrassante, je demandai le conseil de M. *Flamant*. Nous nous décidâmes à attendre l'écoulement des eaux, à examiner le détroit supérieur, et à nous régler ensuite sur la découverte que nous ferions, ainsi que sur l'état des choses. Les membranes se rompirent bientôt après par l'effet d'une douleur, tout le paquet du cordon s'engagea dans l'orifice; comme il était facile de le prévoir; et, la main introduite dans le détroit supérieur, nous donna entre deux pouces trois quarts et trois pouces d'étendue du sacrum au pubis. Nous convinmes de terminer promptement l'accouchement, et, mettant de côté l'idée d'opération césarienne, nous choisîmes le forceps comme étant le seul moyen avec lequel nous pouvions avoir quelque espoir d'obtenir l'enfant vivant. Etant parvenu, par une pression externe au-dessus du pubis, à placer la tête sur le détroit supérieur, je conduisis les cuillers sur les régions temporales, et je parvins à croiser et à fixer les branches, quel que fut l'embarras que me causât le cordon ombilical; mais il fut impossible de faire avancer cette tête. Craignant de compromettre la vie de l'enfant par une tentative trop prolongée avec le forceps, je retirai les branches, et j'entrepris, du conseil de M. *Flamant*, de chercher les pieds du fœtus, et d'en faire la version. Il est inutile d'ajouter que, dès-lors, nous ne comptons plus sur sa vie.

J'arrivai avec assez de facilité dans le fond de l'utérus, et la version de l'enfant, ainsi que sa descente jusqu'aux épaules, se fit encore plus promptement que je ne l'avais espéré. Le dégagement des bras se fit déjà avec plus de peine, et je m'aperçus alors que les pulsations avoient cessé dans le cordon ombilical, mais la tête, retenue au-dessus du détroit supérieur, présenta une résistance presque insurmontable. Ce fut en vain que nous tirions à deux sur le col et les épaules du fœtus, après avoir réappliqué sans succès le forceps sur cette tête retenue. Enfin nous fûmes forcés de suspendre notre opération afin de donner quelque relâche à la femme, et de recueillir sur nous-mêmes de nouvelles forces. Après avoir ainsi attendu une heure entière, nous nous remîmes à l'ouvrage. La tête était un peu descendue par l'effet de quelques contractions, ce qui facilita l'entière extraction de cette partie.

En procédant à la délivrance, j'examinaï encore une fois le détroit supérieur du bassin, et j'acquis la certitude qu'un enfant à terme ne saurait être obtenu vivant à ce degré d'étroitesse, et que, pour cela, il faudrait recourir absolument à l'opération césarienne, que vraisemblablement j'aurais, cette fois-ci, pratiqué, si le cordon ombilical tout entier ne se fût précipité dans le vagin, et ne se fût porté au dehors des parties génitales.

On n'est pas toujours aussi heureux de voir échapper la femme après des accouchemens aussi longs et aussi laborieux, et dans lesquels il a fallu changer

de méthode d'accoucher. Je vais rapporter deux cas qui se terminèrent par la mort : dans l'un, il avait fallu recourir à la version, et dans l'autre, à la perforation du crâne, après que le forceps eût été inutilement employé.

Quinzième observation — *Marie Krönig*, âgée de 24 ans, enceinte pour la première fois, et, au commencement du neuvième mois, fut reçue à la salle des accouchées le 28 décembre 1810.

Depuis le moment de sa réception à l'hôpital, jusqu'à l'époque de son accouchement, cette femme jouissait de la meilleure santé ; elle était d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, mais petite de taille, et paraissait avoir été rachitique dans son premier âge.

Le travail de l'enfantement commença le 1.^{er} février 1811, mais les contractions n'agirent encore ni sur le col, ni sur l'orifice de la matrice ; ce ne fut que vers le soir que le col se raccourcit, et que les deux orifices commencèrent à s'ouvrir. Le 3 au matin, on fit prendre des poudres composées de fleurs de zinc et de magnésie, afin de combattre ce qu'il pouvait y avoir de spasmodique, et de nerveux dans les douleurs. Le travail devint actif le même jour : l'orifice utérin se dilata complètement, et la poche des eaux s'y engagea si fort qu'elle parut presque à la vulve, ce qui détermina à rompre les membranes. Cependant la tête du fœtus, au lieu de s'engager dans l'orifice, resta fort haut, et ne pressa pas même sur la portion inférieure de la matrice pendant les contractions de ce viscère, en

sorte que l'orifice se resserra et que le col reprit sa première longueur ; en conservant toutefois la même mollesse. Le travail devenant languissant sur le soir ; je fis prendre plusieurs doses de borate de soude, mais qui ne produisirent aucun changement dans la force et l'activité des contractions. A 11 heures du soir, la tête étoit toujours fort haute et libre au-dessus du détroit supérieur, et se trouvait tellement située, que la petite fontanelle correspondait à la cavité cotyloïde droite. Portant, pour la première fois, ma main toute entière dans l'utérus, je trouvai que le bassin étoit resserré dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur et qu'il n'étoit pas possible que la tête s'engageât sans de grands efforts dont la nature me paraissait devenir de plus en plus incapable. Je me déterminai, en conséquence, pour l'accouchement artificiel au moyen du forceps ; j'appliquai cet instrument le 4 février à deux heures du matin. Quoique la tête fût bien saisie, et aussi fortement comprimée qu'elle dût l'être, l'instrument glissa après plusieurs tractions violentes, et sa sortie fut suivie d'une légère hémorragie ; je l'appliquai de nouveau sans réussir davantage ; le forceps glissa une seconde fois ; et il se déclara une perte un peu plus inquiétante. Trouvant la tête encore susceptible d'être repoussée et pressée par la perte qui étoit survenue, je résolus de faire la version afin d'obtenir une prompte délivrance.

Je trouvai et je saisis les deux pieds avec plus de facilité que je ne m'y étois attendu ; l'extraction de l'enfant se fit aussi très-bien jusqu'aux épaules, mais j'eus

les plus grandes peines à faire descendre les bras. Fort heureusement la tête s'engagea, par son diamètre occipito-frontal, dans le transverse du détroit supérieur, et descendit, par conséquent, avec plus de facilité que si elle se fût présentée par sa base au diamètre antéro-postérieur. Néanmoins, il fallut employer une grande force pour l'extraire du bassin.

La délivrance n'offrit rien de particulier; on trouva le placenta déjà détaché dans une partie de son étendue.

L'accouchée se trouvait, après sa délivrance, dans un état supportable; le pouls qui était tombé, se releva après l'usage d'une potion cordiale: il n'y eut ni hémorragie, ni autre accident fâcheux, et je me retirai emportant l'assurance de savoir la matrice parfaitement contractée. Je me trompais, car, trois heures après mon départ, il se déclara une nouvelle perte. On trouva l'utérus rempli de beaucoup de sang caillé, et ayant repris un grand volume dans la région hypogastrique; on arrêta la perte, après l'extraction des caillots, par des applications d'eau froide sur l'abdomen.

Le 4 février, à huit heures du matin, cinq heures après l'accouchement, je trouvai la femme très-faible, ayant un pouls très-petit et fréquent, et se plaignant de douleurs dans la partie la plus inférieure de la région hypogastrique. J'ordonnai une potion analeptique et anodine, et l'usage de vins généreux.

Le soir, l'accouchée eut de la fièvre, son pouls était fréquent et élevé, la peau était brûlante, il y

avait de la soif et du mal de tête ; le bas-ventre n'était pas sensible ; les lochies coulèrent peu. Je suspendis la potion cordiale, et je ne fis prendre qu'une boisson rafraichissante.

Le 5 février, son état avait beaucoup empiré ; le pouls était extrêmement fréquent et petit ; la respiration courte et accélérée ; la face décomposée. L'accouchée ne se plaignit que de douleurs aux jambes.

Elle mourut le même jour à dix heures du matin, conséquemment trente-deux heures après son accouchement, conservant toute sa raison qui ne l'avait pas une seule fois abandonnée dans le cours de sa maladie.

J'ouvris le cadavre le lendemain 6 février à cinq heures de l'après-dîner : l'habitude extérieure ne m'offrit rien de particulier ; les grandes lèvres étaient tuméfiées ; les seins étaient assez élevés, et, quoique cette personne n'eût jamais nourri, le mamelon était néanmoins entouré d'une aréole très-brune. Tous les viscères du bas-ventre ne présentèrent rien de contre-nature ; seulement l'estomac et les intestins étaient distendus par des gaz.

Le fond de la matrice se trouvait encore à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Cet organe n'était altéré qu'à la partie antérieure de son col correspondant au canal de l'urètre où il y avait un endroit gangrené de la largeur d'un sol. La surface interne de l'utérus présentait aussi une couche légèrement gangrenée, mais qui ne pénétrait pas au-delà d'une demi-ligne dans la substance de ce viscère.

L'ovaire gauche renfermait, entre plusieurs vésicules situées près de la surface de cet organe, un corps jaune de deux lignes de diamètre; l'ovaire droit contenait également plusieurs vésicules placées sous sa membrane propre.

Les deux trompes de *Fallope* étaient saines.

Le bassin avait 9 pouces 3 lignes entre les crêtes des os des îles; le diamètre antéro-postérieur était de 2 pouces 9 lignes; le diamètre transverse était de 5 pouces 3 lignes; le diamètre oblique qui, de la cavité cotyloïde gauche, s'étend à la symphyse ilio-sacrée droite, était de 4 pouces 9 lignes; le diamètre oblique de l'autre côté, était de 5 pouces 1 ligne; le diamètre antéro-postérieur, ou détroit inférieur, était de 4 pouces 2 lignes; le diamètre transverse du même détroit était de 4 pouces 5 lignes; la distance entre les épines sciatiques était de 4 pouces 5 lignes; la hauteur de la symphyse du pubis était de 20 lignes.

Ce bassin offrait, dans la circonférence de son détroit supérieur, deux crêtes très-élevées, formées chacune de trois à quatre épines, et placées directement sur l'éminence iléo-pectinée. J'ai conservé cette pièce par rapport à cette disposition, et j'en ai fait prendre un dessin.

On voit que la tête de l'enfant, encore libre au-dessus du détroit supérieur de ce bassin, n'a pas pu s'engager à ce degré d'étroitesse, et que j'aurais mieux fait de ne pas insister trop long-temps sur l'em-

ploi du forceps. D'après *Stein*, c'était déjà un cas d'opération césarienne.

Seizième observation. — Une femme de quarante ans, petite et contrefaite, ayant déjà eu trois accouchemens laborieux, et dont l'un avait été terminé par les secours de l'art, devint enceinte pour la quatrième fois, et entra en travail d'enfantement le 11 mars 1811, à quatre heures du soir. La sage-femme, en touchant, trouva l'orifice de la matrice ouvert dans l'étendue d'une pièce de trois livres; la poche des eaux se formant et la présence de la tête et celle d'un genou, au détroit supérieur. Appelé auprès de cette femme à six heures du soir, je trouvai l'état des choses tel que la sage-femme me l'avait indiqué; mais les douleurs étant faibles et languissantes, je prescrivis le borate de soude pour accélérer le travail, et je recommandai à l'accoucheuse de faire remonter le genou après la rupture des membranes: c'est ce qu'elle exécuta. Quoique la tête se présentât dès-lors toute seule à l'orifice utérin, et que celui-ci se dilatât davantage, je trouvai néanmoins, le lendemain, que le travail n'avait fait aucun progrès, et je résolus d'appliquer le forceps, vu l'état de faiblesse et d'épuisement dans lequel se trouvait cette femme. La tête du fœtus était encore au-dessus du détroit supérieur, la petite fontanelle dirigée vers la cavité cotyloïde gauche, l'orifice assez largement ouvert, et ses bords menus et dilatables. L'introduction des deux branches de l'instrument, ainsi que leur croisement, ne m'offrirent aucune difficulté, mais, mal-

gré que je tirasse de toutes mes forces, il m'était impossible de faire descendre la tête d'une ligne; enfin l'instrument glissa. Je ne me laissai pas rebuter par cet insuccès; je le réappliquai une seconde fois; mais je ne fus pas plus heureux, quoique l'instrument ne glissât plus. Ayant ainsi travaillé inutilement, je pris le parti de laisser reposer la femme, et de reprendre l'opération dans l'après-dîné. J'y retournai après m'être muni d'un forceps plus fort et plus long, et j'appliquai l'instrument une troisième fois sans en être plus avancé. Voyant l'inutilité de tous mes efforts, et convaincu de l'insuffisance du forceps ainsi que de la mort du fœtus que je jugeai avoir été inévitable après d'aussi fortes compressions de la tête, je résolus de pratiquer la perforation. Je me bornai, pour le moment, à percer le crâne, et à évacuer le cerveau, espérant que quelques nouvelles contractions de la matrice feraient descendre la tête davantage, et je différâi le reste de l'opération. Après quelques heures de repos, je trouvai effectivement la tête plus basse et plus favorablement située pour en faire la dissection; et ayant travaillé une heure et demie, tantôt avec les crochets, tantôt avec des tenailles, dans l'intention de briser et d'extraire successivement les os, je réussis enfin à terminer l'accouchement. L'enfant était très-fort et volumineux.

La délivrance se fit naturellement. En portant la main dans la matrice, je trouvai son diamètre antéro-postérieur un peu moins de trois pouces d'étendue.

L'accouchée se porta très-bien les premiers jours qui succédèrent à l'accouchement; elle n'éprouva aucune

douleur au bas-ventre ; les lochies coulèrent avec assez d'abondance ; il n'y eut point de fièvre , la sécrétion du lait se fit bien , l'appétit n'était point perdu ; et nonobstant tous ces symptômes favorables , la femme mourut le quatrième jour de ses couches d'un coup d'apoplexie en venant d'avaler une tasse de bouillon.

L'ouverture du cadavre ne me fut pas permise ; mais quoique j'ignorasse les causes prochaines de la mort , et que je fusse persuadé n'avoir occasionné par mes manœuvres aucune lésion aux parties génitales , tant externes qu'internes , je me fais néanmoins le reproche d'avoir trop insisté sur l'emploi du forceps , et de ne pas l'avoir abandonné aussitôt que son insuffisance m'eût été démontrée.

TROIS OBSERVATIONS

CHIRURGICALES ;

Par M. LÉVITZKY , docteur en médecine de Paris , chirurgien de l'Hôpital-général et du Séminaire d'Orléans , membre de la Société des Sciences physiques , médicales , et d'agriculture de cette ville.

1.^o Grossesse composée.

MADAME R. . . , âgée de dix-neuf ans , d'une petite taille et d'une structure très-délicate , devint grosse