

162. *Observation de tœnia dans la vessie*; par M. BURDACH, à Senftenberg.

Nous avons rapporté dernièrement (*Archiv.gén.*, 1840), le cas de la présence d'entozoaires d'une espèce nouvelle rendus avec l'urine, et nous avons ajouté que les autres nématodes trouvés jusqu'à présent dans la vessie de l'homme sont : le strongle géant et le spiroptère de l'homme. Nous devons ajouter aujourd'hui un cas pareil, c'est-à-dire la présence d'un cestode observé dans la vessie par M. Burdach; ce médecin a vu sortir de l'urètre d'une femme deux bouts d'un tœnia, de la longueur d'un doigt, et tout au plus d'un demi à un tiers de ligne de large. On a très-bien pu distinguer les articulations longues d'un quart de pouce. Cette femme n'avait ressentie qu'une légère démangeaison dans l'urètre.

(*Medicinische Zeitung*, 1839, n° 15.)

165. *Observation d'un grand nombre de tœnias existant simultanément dans l'estomac, avec réflexions*; par le docteur J. MONGEAL.

OBS. — *Tœnias* ayant probablement leur siège dans l'estomac. — Symptôme nouveau. — Administration de l'écorce de racine de grenadier. — Expulsion de douze tœnias, ayant ensemble une longueur de 48 mètres.

Dans les premiers jours de janvier 1840, je fus consulté par M^{me} R.... demeurant à Paris, rue Feydeau, 7. Cette dame âgée de 52 ans, blonde, d'une constitution assez robuste, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, éprouvait cependant depuis sept à huit mois un malaise général, un sentiment de gêne et de pesanteur dans tout l'abdomen, mais principalement dans la région épigastrique. Plusieurs fois son ventre devint tout à coup volumineux.

Elle avait presque toujours un profond dégoût pour les aliments; quelquefois, au contraire, elle était tourmentée par une faim violente, revenant par accès irréguliers, par de fréquentes envies de vomir, mais sans vomissement. Langue large et blanche, bouche amère et pâteuse. Selon les expressions de la malade, il lui semblait souvent que quelque chose lui piquait ou lui déchirait l'estomac. Elle indiquait la région épigastrique comme le seul siège de ces sensations fort douloureuses. Lorsque la malade courait, elle sentait, dans la même région, descendre et remonter, un corps qu'elle comparait à une vessie pleine de liquide. — Diarrhée fréquente.

Deux fois pendant la nuit, elle fut agitée de mouvements convulsifs très-violents, avec perte complète de connaissance. Pendant ces accès qui durèrent plus d'une heure chaque fois, le mari de la malade avait beaucoup de peine à la contenir. En

revenant à elle, elle se rendormait et n'avait le lendemain aucun souvenir de ce qui s'était passé.

A ces symptômes, je soupçonnai l'existence de vers intestinaux, et j'engageai M^{me} R.... à examiner les garderobes avec attention. Au bout de quelques jours elle m'apporta un fragment de tœnia qu'elle venait de rendre. Je prescrivis pour le lendemain 60 gram. d'écorce de racine de grenadier, en décoction dans 1000 grammes d'eau réduits à 750 gram. par l'ébullition. Une heure après l'ingestion du premier verre, la malade rendit, tout à coup, et en une seule fois, une masse considérable de tœnias pelotonnés. On me fit appeler aussitôt. A mon arrivée, je fus surpris par le volume du ver que je croyais solitaire, et c'est en le mesurant, que je pus constater par le nombre de têtes que je trouvai successivement, que douze tœnias avaient été expulsés. Ils avaient ensemble une longueur de 48 mètres.

Depuis cette époque tous les symptômes qu'éprouvait M^{me} R.... ont complètement disparu. Le lendemain matin, son premier soin fut de s'assurer si le ballonnement incommode, qu'elle éprouvait dans la région épigastrique lorsqu'elle courait, existait encore. A sa grande surprise, elle n'éprouva plus rien de semblable.

Cette observation nous semble curieuse sous tous les rapports, d'abord par la quantité de tœnias expulsés en une seule fois. En effet, s'il est certain que plusieurs vers de cette espèce, peuvent habiter ensemble chez le même individu, il est extrêmement rare que ce soit en aussi grand nombre. Excepté l'observation rapportée par Dehaen (*Ratio med.* vol. XII, p. 218), où il est question de dix-huit tœnias rendus, en plusieurs jours, par une femme âgée de 50 ans; nous n'avons trouvé dans les auteurs qui se sont occupés de ce sujet aucun cas pareil. Quant aux assertions de M. Fortassin (1), qui prétend que deux cents tœnias peuvent exister ensemble dans les intestins, nous pensons, comme M. Mérat, qu'il a voulu parler de ce que l'on observe chez les animaux, où une grande quantité de tœnias, d'une espèce différente de ceux de l'homme, ont quelquefois été trouvés. D'ailleurs, M. Fortassin n'apporte aucune observation à l'appui de ce qu'il avance. Selon M. Mérat, ses recherches n'ont pu lui fournir de cas analogues. On observe, dit cet auteur, mais rarement, deux, quatre, et même six vers de cette espèce, dans le même individu. (*Du Tœnia*. Paris, 1822.)

J. G. Bremser, auquel personne ne refusera une grande autorité en helminthologie, dit en avoir vu deux ou trois dans le même individu (*Traité zoologique et philosophique sur les vers intestinaux*, p. 188), et pourtant il assure avoir traité plus de cinq cents personnes, d'âge et de sexe différents, atteintes de cette maladie (*Loc. cit.* p. 486).

Le tœnia habite les intestins grêles, mais il peut arriver qu'il se déplace, et remonte jusque dans l'estomac, puisque des observations prouvent que des portions de ce ver ont été rendues par la bou-

(1) Considérations sur la structure des vers du corps humain.

che. Nous avons dit que M^{me} R.... percevait, en courant, une sensation de ballonnement à la région épigastrique. Ce symptôme, que nous n'avons vu signalé par aucun des auteurs qui se sont occupés d'helminthologie, ne pourrait-il pas faire penser que, dans ce cas, les tœnias avaient leur domicile dans l'estomac? Cette sensation était constante, et la malade la reproduisait à volonté. Jamais elle ne l'éprouvait dans un autre lieu, et quoiqu'elle fût pour elle extrêmement désagréable, elle la provoquait souvent, espérant être un jour surprise de sa disparition.

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

164. *Observations sur l'existence de certains éléments du lait dans l'urine pendant la grossesse et sur l'application de ce fait au diagnostic de la grossesse*; par M. GOLDING BIRD.

Le but de l'auteur a été de s'assurer si réellement l'urine des femmes enceintes contient, comme on l'a dit, un principe mucilagineux d'une nature particulière, qui représenterait quelques-uns des éléments du lait, et auquel on a donné le nom de kéistéine; cette substance, comme on le sait, deviendrait visible dans l'urine laissée pendant trois ou quatre jours dans un vase cylindrique en s'élevant sous forme de petits corps opaques à la surface où elle forme une croûte qui, au bout de trois ou quatre jours, se décompose elle-même et tombe au fond de l'urine sous forme de petits flocons.

Voici maintenant les faits recueillis par M. Golding Bird sur cette question.

Une femme admise au dispensaire, pour un catarrhe bronchique, et enceinte de six mois, fournit le premier fait. Une demi-pinte de la première urine qu'elle rendait le matin à son lever fut, à trois reprises différentes, placée dans un vase en verre et recouverte de papier: la première fois, après deux jours de repos, l'urine commença à devenir trouble, et de nombreux globules ayant un aspect graisseux montèrent à la surface. Au bout de deux jours elle était complètement couverte d'une pellicule qui ressemblait beaucoup à celle qui se forme à la surface du bouillon de mouton lorsqu'il se refroidit. Le sixième jour, cette croûte se brisa et tomba au fond. La seconde et la troisième expériences faites après que la malade fut guérie de sa bronchite offrirent les mêmes résultats, avec cette différence seulement que la croûte était plus épaisse.

Ce résultat engagea M. Golding Bird à soumettre au même examen l'urine de toutes les femmes enceintes qui viendraient au dispensaire de Finsbury, et à la consultation de Guy's Hospital, ce qui ne fut pas toujours possible; mais pendant les mois de novembre et décembre l'urine de trente femmes, toutes arrivées du troisième au dernier mois de leur grossesse, fut examinée, et dans tous les cas à l'exception de trois seulement, se couvrit d'une pellicule abondante

Enfin cette observation vient démontrer une fois de plus l'efficacité de l'écorce de racine de grenadier, précieux médicament, déjà connu des anciens, oublié pendant quatorze siècles, et dont la thérapeutique de notre époque s'est heureusement enrichie. Dans cette occasion, à défaut d'écorce fraîche, que l'on recommande d'employer, nous avons administré, aux mêmes doses, l'écorce sèche, et le succès n'en a pas été moins prompt.

(*Archives générales de médecine*, juillet.)

et graisseuse au bout de deux ou trois jours.

L'urine de plusieurs jeunes femmes, qui venaient au dispensaire pour des aménorrhées, fut soumise au même mode d'expérimentation et fournit chez deux seulement la croûte dont nous venons de parler; l'une d'elles interrogée, d'après ce résultat, avoua qu'elle était enceinte, et en effet elle est accouchée depuis; l'autre ne voulut point en convenir, bien que l'apparence de l'auréole qui entoure le mamelon vint à l'appui de cette supposition, et elle quitta le dispensaire.

L'odeur de fromage pourri que présente la croûte de l'urine de ces deux femmes s'observe ordinairement dans les cas où cette croûte est très-épaisse; elle est toujours précédée d'une autre odeur un peu agréable et qui rappelle celle du fromage de Bath lorsqu'il commence à se ramollir.

Après avoir prouvé l'existence de la kéistéine, l'auteur examine si, comme on l'a prétendu, elle est un principe nouveau. Dans aucun des cas qu'il a examinés, l'urine des femmes enceintes ne s'est coagulée par la chaleur, par l'acide nitrique, ni, à l'exception de deux ou trois cas, par l'acide acétique; elle n'est donc pas composée, en grande partie au moins, d'albumine ou de matière caséuse. L'ammoniaque en précipitait une quantité considérable de phosphates terreux qui, examinés avec le microscope, paraissent composés de myriades de petits cristaux à pointes aiguës. Sous les autres rapports cette urine ne contenait rien d'anormal.

La pellicule elle-même offre le lustre du blanc de baleine, et examinée au microscope présente un grand nombre de magnifiques prismes triangulaires qui réfractent la lumière et la décomposent et sont enveloppés dans une masse de matière granuleuse irrégulière, au milieu de laquelle on distingue cependant de petits corps globuleux réguliers; ces beaux prismes sont des cristaux de triple phosphate de magnésie.

Si on examine les fragments de la pellicule lorsqu'au bout de quelques jours ils se sont précipités au fond de l'urine, ils présentent les mêmes caractères; mais on n'y trouve plus de traces de matière organique.

Les beaux cristaux que présente cette pellicule

prennent un éclat bien prononcé, si on met un fragment de cette pellicule sur un verre, et qu'après l'avoir séché on le recouvre d'une légère couche de résine du Canada, et qu'on applique par dessus et en chauffant un autre verre ou un morceau de mica; cette préparation refroidie peut être conservée aussi longtemps qu'on peut le désirer.

L'auteur, cherchant à se rendre compte de la formation de cette matière qui se rapproche plus de la caséine que de toute substance animale, rappelle que pendant la grossesse les mamelles commencent à sécréter certains ingrédients du lait, qui s'y accumulent quelquefois en si grande quantité qu'on les en fait sortir facilement par une légère pression, et suppose que cette sécrétion importante, ne trouvant pas une issue convenable par les mamelles, reste dans la grande circulation et en sort par l'urine. Cette hypothèse qui se rapproche de celle de Burdach est en opposition avec celle qu'a émise M. Rayer dans son *Traité des maladies des reins* où il dit avoir examiné un assez grand nombre d'urines de femmes grosses pour pouvoir assurer que si elles contiennent quelquefois du caséum, ce fait doit être très-rare. Les expériences de M. Golding Bird sont rapportées avec trop de développements pour qu'il puisse rester quelque doute sur ce résultat et sur la cause à laquelle on doit l'attribuer, surtout quand elles auront été répétées par d'autres observateurs.

Les trois femmes enceintes, chez lesquelles M. Golding Bird n'a pas trouvé la pellicule graisseuse, étaient atteintes d'affections inflammatoires; chez l'une d'elles, la pellicule reparut aussitôt que l'indisposition eut cessé.

L'auteur a cherché en vain cette pellicule sur l'urine des nourrices; il ne l'a trouvée dans aucun cas; tandis qu'il l'a vue deux fois sur l'urine de femmes qui venaient de sévrer leurs nourrissons.

Il n'a pas fait assez d'observations pour savoir exactement à quelle époque de la grossesse la pellicule commence à paraître; l'une des femmes sur l'urine de laquelle il l'a trouvée lui dit qu'elle n'était enceinte que de deux mois, mais il ne sait si cette assertion était fondée.

Nous terminons par les conclusions que l'auteur tire lui-même des faits rapportés dans son mémoire.

1° Certaines matières organiques ressemblant au caséum, et contenant en abondance des phosphates terreux cristallisés, sont éliminées du sang pendant la grossesse, et si elles n'ont pas été entraînées hors du corps par une autre voie, en sortent par les voies urinaires.

2° Certaines circonstances accidentelles, celles surtout dans lesquelles le rein est appelé à suppléer aux fonctions de la peau (comme le prouve l'abondance de matière azotée qu'on trouve quelquefois dans l'urine sous la forme d'urate amorphe d'ammoniaque) suspendent temporairement le développement de la matière caséuse, comme elles le font pour les autres sécrétions.

3° La formation d'une pellicule caséuse sur l'urine fournit, avec les autres symptômes, tels que la couleur foncée de l'aréole qui entoure le mamelon, et la cessation de la menstruation, une indication d'une certaine valeur à l'appui de l'existence de la grossesse. (*Guy's Hospital Reports.*)

163. *Emploi d'un nouveau Porte-nœud dans la version podale;* par M. DUPASQUIER, de Lyon.

Parmi les difficultés nombreuses que présente la pratique des accouchements, on doit incontestablement placer en première ligne la manœuvre qui a pour objet d'opérer la version du fœtus. Quelquefois par exemple, après avoir dégagé un pied, il est impossible de l'amener assez près de la vulve pour pouvoir le lier; et cependant cette précaution est fort utile, soit pour faciliter les moyens de traction, soit pour empêcher le refoulement de ce pied pendant qu'on s'efforce de saisir et d'amener celui du côté opposé.

M. Dupasquier, membre de la Société médicales de Lyon, n'ayant trouvé dans les traités sur les accouchements l'indication d'aucun moyen propre à vaincre la difficulté qui vient d'être signalée, a imaginé un porte-nœud avec lequel on peut facilement tirer un pied dans l'intérieur du vagin.

Le porte-nœud de M. Dupasquier se compose de trois parties :

1° D'une ligature en ruban de fil, de neuf à dix lignes de largeur et d'une aune de longueur.

2° D'un anneau en corne d'un pouce de largeur et dont l'évasement ovale offre un diamètre de vingt-sept lignes et un autre de dix-neuf. La paroi de cet anneau qui a une ligne et quart d'épaisseur est parsemée de petits trous; la face interne est creusée à une demi-ligne de profondeur; au milieu de l'une des extrémités de l'ovale, se trouve une pièce métallique à mortaise qui y est solidement fixée; au-dessus, règne une fente de onze lignes de longueur sur une ligne de largeur.

3° D'un manche ou baguette en buis, de quatre lignes de diamètre et de neuf à dix pouces de longueur. Ce manche est taillé à l'une de ses extrémités, de manière à entrer comme un tenon dans la mortaise de l'anneau.

Pour se servir de cet instrument, il faut que la ligature formant le nœud ordinaire ait été préalablement fixée à la circonférence de l'anneau avec du fil de coton très-faible; c'est à cet effet qu'ont été pratiqués les petits trous qui s'y trouvent; il faut aussi que les bouts de la ligature aient été passés dans la fente qui est au-dessus de la mortaise.

L'anneau ainsi chargé de la ligature, est porté sur le pied qu'on veut lier et aussi haut qu'on le juge convenable; on fixe ensuite l'extrémité à tenon du manche dans la mortaise.

L'appareil ainsi fixé par le manche tenu de la main gauche, on tire sur la ligature avec la main droite, et rompant les faibles liens qui la tiennent appliquée contre l'anneau, on serre le nœud autant qu'il est nécessaire; cela fait, on retire doucement et séparément le manche et l'anneau, et la ligature reste seule appliquée au pied qu'on veut amener à la vulve.

(*Annales de Gynécologie*, t. II, n° 1.)

166. *Deux observations d'opération césarienne abdominale*, adressées à la Société d'Emulation (1^{er} juillet); par M. PUTEGNAT, de Lunéville, membre non-résidant et correspondant de plusieurs Sociétés de médecine nationales et étrangères.

Dans le mois de décembre 1834, M. Gueury, médecin stipendié de la ville, fut appelé près d'une pauvre femme, âgée de trente ans, dans les douleurs de l'enfantement, et qui, dix-huit mois auparavant, avait été délivrée avec le forceps par le même accoucheur. Peu de temps avant son arrivée, la sage-femme avait rompu la poche des eaux. Ce docteur reconnaissant un cas rare et difficile, fit venir son confrère et ami Castara. Ces deux accoucheurs, d'un commun accord, voyant que l'opération césarienne abdominale était la seule planche de salut offerte à la malade, me firent appeler, non-seulement pour avoir mon avis, mais encore pour me rendre témoin actif d'une opération assez peu commune. Ces deux confrères me firent examiner la patiente, sans m'indiquer ce qu'ils avaient remarqué, persuadés qu'ils étaient, et avec raison, que c'était la meilleure marche à suivre pour apprécier un jeune accoucheur, un nouveau confrère, et pour avoir un avis non-basé sur des données fournies à l'avance.

Je procédai donc à l'examen de la femme sans notion aucune sur son bassin. Ce faisant, je trouvai le périnée tellement bombé, que, tout d'abord, je crus qu'une tête d'enfant menaçait de passer entre l'anus et la vulve. L'erreur ne dura qu'un instant. En effet, en pratiquant le toucher vaginal, mon doigt fut déjeté à droite de la malade par une tumeur énorme dont la surface parcourue était celle d'un solide elliptique. Cette tumeur était dure, indolente, légèrement rénitente; elle siégeait sur la face concave du sacrum, occupait ainsi la petite excavation pelvienne et s'étendait au détroit supérieur, de telle sorte que l'on ne rencontrait que quelques millimètres entre la tumeur et la branche descendante du pubis. Au-dessus du détroit supérieur, l'extrémité de l'index parcourait une surface de 27 millimètres au plus de diamètre, et que l'on reconnaissait par le cuir chevelu appartenir à une tête d'enfant, mais dont il n'était pas possible de donner la position. Alors seulement je reconnus que ce n'était pas une tête d'enfant, mais bien une tumeur qui faisait bomber le périnée. De fortes contractions se succédaient toutes les cinq minutes, et la malade demandait qu'on lui *ouvrit* le ventre. La symphyséotomie était contre-indiquée; l'embryotomie n'était point proposable, car l'application des instruments était impossible, et à plus forte raison l'extraction de la base du crâne; d'un autre côté, le céphalotribe ne pouvait être employé. La section des parois abdominales et utérines était la seule opération qui offrit à l'enfant des chances de vie, et à la mère une lueur d'espoir.

L'opération fut à l'instant exécutée par M. Gueury, M. Castara et moi lui aidant. Elle n'offrit rien de remarquable, si non que, sur l'avis du docteur Castara, contrairement aux livres, l'incision de la ligne blanche ne s'éleva que jusqu'à 26 millimètres au-

dessus de l'ombilic, ce qui ne gêna en rien l'opérateur pour extraire vivant un gros enfant qui était en première position de la tête. Je dois dire que les parois de la matrice avaient une épaisseur de 54 millimètres environ.

Après avoir enlevé le placenta, et le plus possible des caillots sanguins qui se trouvaient dans la cavité du péritoine, le chirurgien mit quatre points de suture et fit le pansement.

Traitement. — Fomentations narcotico-émollientes sur le ventre; injections dans le vagin; succion des seins avec un instrument *ad hoc*; un looch blanc et une émulsion d'amandes pour boisson; la malade avait une bronchite aiguë intense.

Sept heures environ après l'opération, la patiente avait de fréquents vomissements; le pouls dur, serré, à 100 pulsations à la minute; une douleur dans les hypochondres, surtout dans le droit, augmentant par la pression et les secousses de la toux. On diagnostiqua une péritonite. Même traitement, auquel, suivant mon avis, on ajouta les frictions mercurielles à hautes doses sur les parois abdominales. Le lendemain, pouls à 115 environ par minute et faible; sueur sur la figure grippée; vomissements; ventre ballonné; douleur abdominale disparue; toux très-fréquent; l'expectoration est impossible, vu l'affection abdominale. Dans le looch on ajoute 5 centigrammes de kermès minéral.

Le deuxième jour, l'opérateur voulut lever l'appareil, craignant qu'une anse intestinale ne fût pincée entre les bords de la plaie. La prévision fut reconnue juste. Mais ce pincement n'était point la seule cause des vomissements. Quoique la malade se trouvât bien, cependant notre pronostic fut fâcheux, parce que les bronches s'embarrassaient de plus en plus; et, en effet, 48 heures après l'opération, M. Gueury et moi quittâmes la malade expirante.

La nécropsie, faite huit à neuf heures après la mort, en présence de huit docteurs et de plusieurs sages-femmes, fit connaître les phénomènes suivants :

La partie supérieure de la plaie de la paroi abdominale était cicatrisée dans l'étendue de 27 millimètres environ; les intestins étaient énormément distendus par des gaz; le péritoine, fortement enflammé, offrait de nombreuses eschares, surtout dans le flanc droit, sur le colon descendant et transverse. Le volume de la matrice dépassait celui de la tête d'un fœtus à terme; on voyait aussi des plaques gangréneuses sur les lèvres de sa plaie.

En disséquant le bassin, l'on trouva une tumeur fibre-celluleuse, ovoïde, occupant l'excavation du petit bassin et le détroit supérieur; son pédicule, d'une circonférence de 54 millimètres au moins, prenait naissance sur les ligaments obturateur, grand sacro-sciatique gauches, et sur la branche du pubis du même côté. Cette tumeur, dont le volume n'était pas moindre que celui de la tête d'un fœtus à terme, avait dévié le rectum et l'avait fortement jeté à droite.

Les poumons étaient gorgés d'écume. (*V. ma Pathol. interne*, t. I, page 267.)

La tête du fœtus reposant sur la tumeur, et la poussant au-devant d'elle à chaque contraction, l'on

comprend très-bien la saillie du périnée, qui devenait forte pendant les douleurs. A l'aide de cette action, l'on aurait pu annoncer que cette tumeur n'était point osseuse. Le docteur Castara le soupçonna, contrairement à ses deux confrères, qui penchaient à la regarder comme une exostose, quoiqu'ils lui eussent reconnu un certain degré de rénitence.

La putréfaction de quelques caillots sanguins dans la cavité du péritoine me paraît être la cause première des traces de gangrène qu'offrit la séreuse et la matrice, à laquelle quatre chirurgiens ne pensèrent pas, et que cependant l'on aurait dû soupçonner dès le lendemain de l'opération, en voyant les symptômes suivants : sueur froide; pouls faible, fréquent; prostration des forces; insensibilité du ventre, etc.

Deuxième observation. — Dans le courant du mois d'octobre 1857, un exprès vint en toute hâte me prier de me rendre tout de suite dans la commune de Fraimbois, pour délivrer une femme dans les maux depuis le jeudi soir (on était alors au dimanche soir). Voici quels furent les renseignements que j'obtins : la sage-femme ayant mandé un médecin le samedi, M. le docteur M... de Gerbéviller était venu, avait travaillé une partie de la journée inutilement, et était parti; de retour le dimanche matin, il avait encore beaucoup travaillé en vain, et était reparti en disant aux parents que la patiente était une femme perdue, attendu qu'il fallait lui ouvrir le ventre, et que l'on devait, pour cela, appeler un docteur de la ville. Ce sachant, je n'ai voulu me rendre auprès de cette malheureuse femme que sous la condition que je serais accompagné d'un confrère. Le docteur Thomassin me fut désigné et vint avec moi à Fraimbois.

La malade, âgée de trente-cinq ou trente-huit ans, enceinte pour la première fois, d'une constitution robuste, était épuisée et avait eu plusieurs convulsions. Son ventre était d'une sensibilité extraordinaire; elle avait perdu tout espoir de délivrance heureuse; elle savait ce que le premier docteur avait annoncé et demandait à grands cris qu'on la délivrât au plus tôt d'une manière ou de l'autre. Le bras droit de l'enfant était sorti, et le diamètre antéro-postérieur ne nous paraissait avoir que 70 à 80 millimètres au plus (2 pouces 1/2 à 3 pouces). Ne pouvant introduire ma main, afin de tenter la version, bien que le confrère Thomassin me poussât fortement le bras, et celui-ci n'étant pas plus heureux que moi à plusieurs reprises, nous nous retirâmes dans une chambre voisine afin de pouvoir librement nous entendre sur ce qu'il nous restait de mieux à faire pour venir au secours de la malheureuse et de l'enfant qui n'était point encore mort.

Je proposai d'employer les crochets pour arracher l'enfant par morceaux, tout en reconnaissant la difficulté extrême de cette opération, bien chancé pour la mère. De son côté, mon confrère, s'appuyant sur les raisons suivantes : 1° l'enfant est encore vivant; par l'opération césarienne il peut être sauvé; 2° il sera très-difficile, si l'on emploie les crochets, d'avoir en dernier lieu la tête de l'enfant détronquée; 3° la mère est dans une position

désespérée; conseilla l'opération qui fut pratiquée. Je me rangeai d'autant plus volontiers à cet avis, appuyé sur de fortes raisons, que je me rappelai alors le mal qu'avait eu un chirurgien de ma connaissance, pour extraire une tête d'enfant très-maladroitemment détronquée par une sage-femme d'un village près de Lunéville.

Je procédai donc à l'opération, après avoir exposé aux parents de la patiente quelle était la position de celle-ci. L'enfant, qui était volumineux, ne vécut qu'une minute; la délivrance fut enlevée par le confrère Thomassin. Le pansement n'offrit rien d'extraordinaire, sinon qu'il me fut très-difficile de pratiquer les points de suture, vu que les intestins, énormément distendus par des gaz, venaient se placer entre les lèvres de la plaie. Le lendemain matin, la patiente offrait les symptômes effrayants d'une péritonite très-intense que je combattis en vain par les frictions mercurielles, l'opium à haute dose, les fomentations émollientes, des petits lavements, des injections, etc. Je ne pus faire la nécropsie, refusée qu'elle me fut par le mari, qui, trois mois après, se consolait dans les bras d'une nouvelle épouse, de la perte de sa pauvre défunte.

Dans cette dernière observation, on fut moins heureux que dans la première; la mère et l'enfant ne purent être sauvés, et cependant les deux opérateurs, éclairés par l'avis de celui qui les avait précédés, par celui de la sage-femme, crurent faire de leur mieux! La symphyséotomie était-elle praticable, pour aider à faire la version et à extraire l'enfant même avec des crochets s'il le eût fallu? Je laisse volontiers à d'autres plus dignes que moi la tâche de décider cette question. Cependant, par suite de ma triste observation, il me semble que si pareil cas, par malheur, se présentait encore à moi, j'arracherais l'enfant avec des crochets, au risque d'encourir la difficulté très-grande d'extraire comme je le pourrais, la tête détronquée, ou de pratiquer la symphyséotomie, pour parvenir à cette fin. Je dois dire que, si j'avais été appelé au commencement des douleurs de l'enfantement, j'aurais probablement adopté une autre conduite que celle que j'ai suivie; j'aurais tenté l'opération sigaultienne.

Maintenant que j'ai aidé à pratiquer l'opération césarienne, que je l'ai faite moi-même, je puis dire, par expérience, que l'application des points de suture est le temps le plus difficile de cet effroyable moyen auquel, malheureusement, le chirurgien se voit quelquefois forcé d'avoir recours pour sauver la vie à une mère ou à son enfant, suivant les circonstances. En effet, les intestins distendus par des gaz, refoulés par le volume de la matrice, ne peuvent être maintenus aussi facilement qu'on se le figure à la lecture des auteurs, et viennent s'interposer entre les bords de la plaie où ils se font pincer.

Le moment le plus terrible pour ces deux femmes fut celui des vomissements; chose facile à comprendre, quand on réfléchit à l'intensité de la douleur que devaient produire les efforts chez elles qui avaient une métrite aiguë par suite de la plaie, une péritonite générale, et une énorme plaie aux parois abdominales.

Pauvres mères! j'ai toujours présente à la mémoire l'expression que prenait votre visage, quand

vous sentiez venir ces vomissements et ce hoquet qui causaient vos tortures et vous faisaient désirer la mort!

(Gazette des Hôpitaux, n° 79.)

167. *Opération césarienne avec suture de la matrice, suivie de guérison; par le docteur GODEFROY, de Mayenne.*

Obs. — Le 27 mars, au soir, je fus appelé à Oisseau, près Mayenne, par M. Renault, officier de santé à Ambrières, pour donner mes soins à la femme Patrice, en travail d'enfant depuis deux jours. Le terme de la grossesse était arrivé quinze jours avant, me dit M. Renault, qui avait vu la femme à cette époque; les eaux avaient commencé à s'écouler. Mandé pour terminer l'accouchement, aussitôt les douleurs commencées, et voyant qu'après vingt-quatre heures de contractions énergiques de la matrice, l'enfant ne s'était aucunement engagé dans le bassin, il jugea l'accouchement impossible par les seules forces de la nature, et c'est alors qu'il réclama mon aide.

Arrivé près de la malade, connaissance ayant été prise des faits précédents, je jetai un coup-d'œil rapide sur l'ensemble de la constitution de cette femme. En voici le résultat : la femme Patrice, âgée de 42 ans, arrive à peine à la taille d'un mètre 50 centimètres, offre une constitution grêle, rachitique, avec cette mauvaise conformation des hanches qui donne aux femmes qui la possèdent la marche particulière et caractéristique que nous leur connaissons. Assez bien faite, du reste, elle est mariée depuis un an avec un homme d'une constitution semblable à la sienne, et dont la colonne vertébrale est fortement inclinée.

Toutes les questions d'usage en pareil cas étant épuisées, et les douleurs de l'enfantement continuant avec violence après mon arrivée comme avant, je passai de suite par le toucher à la recherche de la cause qui mettait obstacle à l'accouchement. La malade placée sur le bord du lit, les jambes écartées et maintenues par des aides, j'introduisis dans le vagin la main tout entière, que je portai jusqu'au détroit supérieur, où s'était engagée, en forme de coin, une partie du crâne, dont les os se croisaient fortement le long des sutures, tant les contractions utérines avaient été vives; la tête était véritablement enclavée par son sommet entre l'angle sacro-vertébral, très-proéminent, et les pubis, dans un espace qui ne présentait pas plus de 5 centimètres d'ouverture. L'accouchement fut aussitôt jugé impossible, même à l'aide du forceps. Cependant les douleurs continuaient et la malade commençait à s'affaiblir; il fallait donc prendre un parti promptement, si on voulait faire quelque chose dans l'intérêt de sa conservation. Trois moyens se présentaient : 1° perforer le crâne de l'enfant, puis arracher le tronc par lambeaux, à l'aide des crochets; 2° la symphyséotomie; 3° l'opération césarienne.

Le premier de ces moyens me parut ici tellement

perilleux, à cause de l'impossibilité d'introduire la main dans la matrice et de pouvoir ainsi diriger les crochets aigus après la perforation du crâne, qu'il fut rejeté tout d'abord. Et d'ailleurs, en supposant que l'application de ces crochets, fait au hasard, n'eût porté aucune atteinte à la matrice, la violence qu'on eût été obligé d'employer pour forcer l'enfant à franchir un passage si étroit eût été tellement considérable, et par conséquent redoutable pour l'utérus, que cette tumeur eût entraîné à sa suite les dangers les plus graves. D'un autre côté, la certitude de la vie de l'enfant, dont le cordon ombilical, engagé en partie dans un des côtés du détroit supérieur, laissait distinctement percevoir des battements au toucher, vint encore nous affermir dans le rejet de ce premier moyen. 2° La symphyséotomie. Par l'écartement des pubis, serait-on parvenu à donner au détroit du bassin une ouverture suffisante pour rendre l'accouchement possible à l'aide du forceps? Je ne le pense pas. 3° Enfin, restait l'opération césarienne, par laquelle l'enfant devait presque certainement conserver la vie, et la mère encourir les chances d'une opération dangereuse, il est vrai, mais entreprise encore à temps, avant que les forces fussent complètement épuisées. Je m'arrêtai à ce dernier parti, et je procédai sur le champ à cette opération ainsi qu'il suit :

La malade fut placée sur une table étroite, garnie comme un lit, la tête basse, les jambes relevées et écartées. La vessie, vidée à l'aide de la sonde, et toutes les précautions prises en pareil cas pour tendre la peau et fixer la matrice, je fis, sur le milieu de l'abdomen, une incision verticale qui, partant de l'ombilic, se rendait presque au pubis, et offrait de 15 à 16 centimètres de longueur. Les téguments furent incisés couche par couche, et le péritoine ouvert avec précaution, en le soulevant pendant que je prolongeais l'incision en haut et en bas; les lèvres de la plaie étant écartées, ainsi que plusieurs anses intestinales qui se présentaient, je passai à l'incision de la matrice, qui, toujours fixée, fut ouverte sur la ligne médiane, couche par couche, avec lenteur et dans une étendue d'environ 15 à 14 centimètres. Arrivé aux dernières couches de fibres qui constituent l'utérus, je reconnus facilement le placenta, qui était fixé à la partie antérieure. Je ménageai autant que possible cet organe pour éviter toute effusion de sang. La section de la matrice étant terminée, je décollai aussitôt le placenta, que j'entraînai au-dehors en le saisissant à pleine main. L'extraction de l'enfant, commencée par les pieds, n'offrit rien de particulier. Seulement, pour amener la tête au-dehors, je fus obligé d'employer la manœuvre dont on se sert ordinairement dans l'accouchement naturel par les pieds, et qui consiste à placer la main sur le front ou la face pour ramener le diamètre occipito-mentonnier à une direction verticale. Le cordon ombilical fut aussitôt coupé, l'enfant poussa un cri, il était sauvé. Son poids était d'environ 5 kilogrammes.

L'accouchement étant ainsi terminé sans accident, sans avoir eu le plus petit vaisseau à lier, la matrice fut nettoyée en la tenant près de l'ouverture abdominale, puis abandonnée à elle-même. Ses contractions ne tardèrent pas à se manifester, et

bientôt tout écoulement de sang discontinua. Cependant, bien que par suite de ces contractions l'ouverture pratiquée à l'utérus fût réduite à des dimensions moins considérables, la plaie conservait encore une grande longueur, et ses lèvres non rapprochées présentaient un écartement de 3 à 4 centimètres, dans lequel aurait pu s'engager une anse intestinale ou une portion d'épiploon. Cette disposition, qui devait en outre permettre l'épanchement facile dans le péritoine, des lochies et de la suppuration, ne laissait pas que de m'inspirer de l'inquiétude. Aussi, après un moment de réflexion, pour prévenir ces accidents possibles, me décidai-je à fermer la plaie par quelques points de suture. A cet effet, des aiguilles droites ordinaires furent garnies de fil doubles cirés (je n'avais pas avec moi d'aiguilles plates et courbes); puis, le doigt garni d'un dé à coudre, j'enfonçai mes aiguilles de dehors en dedans, pour le côté droit, de dedans en dehors, pour le côté gauche, à quelques millimètres des bords de la plaie, et en comprenant toute l'épaisseur de l'utérus. Trois fils, ainsi placés, l'un au milieu, deux aux extrémités, furent serrés légèrement et arrêtés par un double nœud, près duquel ils furent coupés. La réunion était parfaite; alors la matrice fut complètement abandonnée à elle-même. Je passai ensuite au rapprochement des bords de la plaie de l'abdomen. Avec les mêmes aiguilles garnies de fils plus larges, je pratiquai, en comprenant toute l'épaisseur des téguments, et même le péritoine, trois points de suture enchevillée, en outre desquels la forme proéminente du ventre rendit encore nécessaires deux autres points de suture séparés aux extrémités supérieure et inférieure de la plaie. Les lèvres étant parfaitement affrontées, excepté au bas, où je les laissai un peu béantes pour donner issue à la suppuration qui pourrait se former, je terminai le pansement avec de la charpie, des compresses et un bandage de corps assez fortement serré. La malade fut remportée dans son lit et couchée sur le dos, la tête et les genoux élevés.

La malade passa la nuit suivante assez tranquille et fut mise à l'usage de tilleul pour boisson. Le lendemain, le pouls présentant de la fréquence et de la dureté, malgré toute absence de douleur, une saignée de quatre palettes fut pratiquée. Cette journée et la nuit suivante sont bonnes. Le surlendemain, le pouls, moins dur, l'est encore assez pour exiger une seconde saignée de trois palettes. Pendant ces deux jours, des lochies sanguinolentes sont sorties par la vulve. Lors de l'opération, la malade éprouva du froid qui occasionna une bronchite avec toux fréquente, qui ne laissa pas que d'inspirer de l'inquiétude par l'influence fâcheuse qu'elle pourrait avoir sur la cicatrice. Le tilleul fut remplacé par de l'eau d'orge miellée, du bouillon de veau léger et du sirop de capillaire.

Lundi 30, il n'y a pas eu d'évacuation alvine depuis le jour de l'opération; on administre 50 grammes de tartrate de potasse dans deux tasses de bouillon d'herbes. Ce laxatif produisit, contre leur attente, un vomissement assez abondant, accompagné d'une selle. Le bien-être ne s'en soutint pas moins. Aucune douleur dans le ventre ni dans la cicatrice; les lochies continuent toujours. On com-

battit plus tard la constipation par des lavements.

Mercredi 1^{er} avril. On enlève le premier appareil, qui est à peine taché par la suppuration. La plaie lavée à l'eau tiède paraît en bonne voie de cicatrisation. On remplace la charpie par de la nouvelle imbibée de crème, et on continue le même pansement tous les jours jusqu'au 6 avril, où la réunion de la plaie abdominale paraissant solide, je coupe tous les fils des sutures. La plaie, dans un état parfait, est alors pansée à plat jusqu'au 24, où il n'existe plus aucune trace de suppuration. La fièvre, qui avait persisté jusqu'à cette époque, cesse en même temps, ainsi que l'écoulement lochial et purulent qui avait succédé aux premières lochies sanguinolentes. A partir du 10 avril, deux potages sont accordés par jour, et à mesure que le mieux augmente on permet d'augmenter légèrement la nourriture. Aujourd'hui la guérison est complètement consolidée, et la malade se lève, prenant pour toute précaution le soin de soutenir la cicatrice avec une pelote de linge ouatée et solidement piquée.

Cette opération césarienne, comme on le voit, n'offre rien de particulier, si ce n'est la rapidité de la guérison obtenue sans le moindre accident et sans douleur. Elle n'est donc remarquable que par le moyen employé pour fermer la plaie de la matrice, moyen non conseillé, mais blâmé par les chirurgiens, et qui valut la qualification d'inhabile donnée par Desormeaux à un accoucheur qui s'en servit en pareille circonstance. Ne s'est-on pas trop exagéré les dangers qu'entraînent à leur suite les sutures? Presque généralement proscrites pendant un certain temps, l'opinion publique paraît aujourd'hui plus disposée à les admettre avec discernement. Les règles de leur emploi sont difficiles à tracer. C'est au chirurgien à prononcer quand et comment il doit y avoir recours. Dans l'exemple rapporté, il fallait laisser béante une plaie de la matrice, permettre l'épanchement de la suppuration dans la cavité péritonéale, ou bien il fallait fermer cette plaie avec la suture accompagnée de ses dangers. C'est le dernier parti auquel je me suis arrêté. Ai-je bien fait? La fin a justifié le moyen. Mais ce n'est pas une raison pour mettre ma conduite, dans ce cas, à l'abri de la critique.

(Gazette médicale de Paris, n° 28.)

168. *Convulsions puerpérales. Craniotomie. Guérison*; par M. CHAMBERS, médecin à Ledbury-Dispensary.

Sarah Thomas entre en travail de son premier enfant le 6 octobre 1839, à six heures du soir. Elle est de petite taille, robuste, colorée, cou court comme les personnes prédisposées à l'apoplexie.

Plusieurs attaques de convulsions ont précédé et accompagnent le travail. Le visage de la malade est boursoufflé et livide; sa respiration accélérée, irrégulière et laborieuse; pouls très-variable; tantôt précipité, tantôt lent. Tête inclinée en arrière;

membres supérieurs et inférieurs, tantôt roides, tantôt relâchés, tantôt portés en différentes directions; chaque symptôme en un mot indiquait la nature de l'attaque.

Aussitôt que le paroxysme a fini, M. Chambers pratique une large saignée de 40 à 45 onces: bon effet. La malade se plaint de plénitude à la tête et de céphalalgie. Le toucher vaginal apprend que la poche amniotique est rompue; le col est dilaté de la largeur d'une demi-couronne, mais assez rigide pour ne pas permettre ni le passage du forceps ni l'introduction de la main. La tête se présente dans la première position. Quatre à cinq heures se passent dans un état assez tranquille; le travail paraît avancer, mais lentement, les contractions utérines étant faibles.

Après minuit, nouvelle convulsion, mais légère et de peu de durée; une autre lui succède promptement, puis d'autres plus violentes et plus durables. On pratique une seconde saignée de vingt à vingt-cinq onces. Pas d'amélioration bien notable. On coupe les cheveux de la malade: fomentations d'eau froide sur la tête; l'état de la malade devient de plus en plus alarmant; une consultation a lieu: on décide l'application du forceps. M. Wood est chargé de cette opération, mais il ne peut en venir à bout. Les convulsions se succédant d'une manière effrayante et la tête étant très-haute. On se décide pour la craniotomie, la vie de la femme étant en danger par le redoublement des attaques. L'opérateur introduit facilement le perforateur dans la tête de l'enfant et extrait de suite une grande partie des os pariétaux. La tête étant vidée, le tronc a été tiré, bien qu'avec un peu de difficulté, dépendant probablement de l'étroitesse du bassin. Le placenta est sorti ensuite; l'hémorrhagie n'a été que légère. La femme est restée sans connaissance pendant dix à douze heures après l'accouchement, et elle ne se rappelait rien lorsqu'elle est revenue à la connaissance. Les suites ont été heureuses. Guérison.

(The medical Times.)

169. *Hernie dans le cordon ombilical. Guérison*; par M. CEDERSCHJOELD, de Stockholm.

L'anneau ombilical offrait au moins un pouce de diamètre; les intestins, enveloppés du péritoine, en sortaient et formaient une tumeur du volume du poing. Le cordon ombilical émanait du sommet de cette tumeur. Les pressions ménagées n'ont pas réussi à faire rentrer la tumeur dans le ventre; on s'est aperçu que la difficulté tenait à ce qu'ils étaient remplis de méconium; l'enfant n'était pas allé à la garde-robe depuis la naissance. On lui a donc administré cinq cuillerées à thé d'huile de ricin, ce qui a procuré des garderobes; la tumeur est alors devenue molle, et la réduction a pu être accomplie facilement, l'enfant ayant été placé sur le dos. Le sac péritonéal étant vidé, on l'a lié au niveau de l'ombilic; il est tombé le quatorzième jour, et l'om-

bilic était complètement cicatrisé comme dans l'état normal.

(Swenska nya Handlinger.)

— Dans ce fait la tumeur était bien visible; il est des cas cependant où l'anse intestinale s'engage dans le tissu même du cordon, la saillie qu'elle forme est si peu appréciable, qu'on peut ne pas la reconnaître et la comprendre dans le fil de la ligature. J'ai vu deux enfants traités à la clinique de Dupuytren, d'une fistule stercorale ombilicale survenue par suite de cet accident. Aussi est-il important de bien examiner le cordon avant de le lier. La circonstance la plus remarquable qu'offre l'observation de M. Cederschjoeld, c'est l'état d'engorgement dans lequel la tumeur s'est présentée, et la facilité avec laquelle la purgation l'a dégorgée. L'opération pratiquée par ce chirurgien rappelle la pratique de Desault, déjà recommandée par Celse. On regrette cependant le manque de détails dans le fait de M. Cederschjoeld. On pratique ordinairement cette ligature en masse; c'est-à-dire en étranglant circulairement après la réduction la base de la tumeur avec un fil, le plus près possible du ventre; ou bien en détail; savoir, en perforant horizontalement la tumeur dans son centre avec un fil double, et en étranglant chaque moitié séparément, comme on le faisait autrefois pour le staphylome. Comme la ligature se relâche, on est obligé d'appliquer de nouveaux fils les jours suivants. La chute de la poche mortifiée laisse ordinairement une surface suppurante qui se cicatrise en peu de temps.

Sir Astley Cooper, qui ne paraît pas dédaigner cette pratique cite un cas de cette nature, appartenant à M. Hamilton, dans lequel l'opération a été autrement exécutée. En voici les détails.

« Le cas qui fait le sujet de cette observation a été observé en juillet 1804; il s'agissait d'une hernie ombilicale de naissance, ou hernie ventrale. C'est, en fait de hernie de cette espèce, la plus petite que j'eusse jamais vue. En effet, son volume n'excédait pas celui d'un gros œuf de poule, et l'espace dans lequel manquait la paroi abdominale aurait pu être recouvert par un disque de la largeur d'une demi-couronne. Le pourtour des téguments abdominaux autour de la base de la tumeur était plus épais et plus foncé qu'en aucune des autres hernies que j'ai observées: il offrait aussi une couleur foncée et tachetée. La tumeur elle-même n'était pas aussi transparente qu'elle a coutume d'être dans les autres cas. Mais le cordon ombilical se terminait comme cela a lieu ordinairement, c'est-à-dire qu'il était situé un peu de côté de la tumeur, et non sur son sommet. En examinant attentivement l'état de la tumeur, je remarquai que les parties qui y étaient contenues pouvaient être réduites, et que les bords de la solution de continuité étaient susceptibles d'un rapprochement mutuel. Après cet examen je procédai à l'opération, dans laquelle je fus assisté de M. James Anderson. Les parties furent réduites, non sans quelques difficultés; une ligature fut ensuite solidement appliquée autour de la base de la tumeur, après quoi le sac fut ouvert avec précaution. C'était la gaine du cordon ombilical. Au moyen de deux épin-