Res Med XIX B/105.762 34

DISSERTATION

N° 4.

SUR

LA DÉLIVRANCE

APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 janvier 1821,

PAR RAYMOND LAFFON, de Carcassonne,

Département de l'Aude;

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Elève de l'Ecole pratique de Montpellier.

Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis
Causa, sed utilitas officiumque fuit.
OVID.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1821.

AU PLUS TENDRE,

AU PLUS CHÉRI DES PÈRES,

AU MEILLEUR DE MES AMIS.

Hommage d'amour, de respect et de vive reconnaissance.

AUX MÂNES VÉNÉRÉS

DE MA MERE.

Témoignage de mes éternels regrets.

A MONSIEUR CHARLES VIGUERIE,

Docteur en Chirurgie de la Faculté de Montpellier ; Chirurgien en chef de l'hôpital civil de Toulouse; Professeur à l'Ecole royale de Médecine et Chirurgie de la même ville ; Associé non résident de l'Académie royale de Médecine ; Membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE MÉDECINE ET SCIENCES TOULOUSE

AU PRATICIEN JUSTEMENT CÉLÈBRE,

AU SAVANT PROFESSEUR,

AU CITOYEN UTILE ET VERTUEUX.

Tribut d'admiration d'estime respectueuse, et de dévouement.

R. LAFFON.

AU PLUS TENDRE,

AU PLUS CHER DES PÈRES,

AU MEILLEUR DE MES AMIS,

Hommage d'amour, de respect et de vive reconnaissance.

AUX MÂNES VÉNÉRÉS

DE MA MÈRE,

Témoignage de mes éternels regrets.

A MONSIEUR CHARLES VIGUERIE,

Docteur en Chirurgie de la Faculté de Montpellier, Chirurgien en chef de l'Hôpital civil de Toulouse, Professeur à l'Ecole royale de Médecine et Chirurgie de la même ville, Associé non résidant de l'Académie royale de Médecine, Membre de plusieurs Sociétés savantes, etc.

AU PRATICIEN JUSTEMENT CÉLÈBRE,

AU SAVANT PROFESSEUR,

AU CITOYEN UTILE ET VERTUEUX,

Tribut d'admiration, d'estime respectueuse, et de dévouement.

R. LAFFON.

DISSERTATION

SUR

LA DÉLIVRANCE

APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

INTRODUCTION.

1. La délivrance est l'expulsion, hors de la matrice et du vagin, du placenta et des membranes qui enveloppaient le fœtus. Ces parties ont reçu le nom de *délivre*, *arrière-faix*, *secondines*.

2. Dès que le fœtus est sorti de l'utérus, tous ces organes, dont l'existence essentiellement liée à la sienne n'est plus d'aucune utilité, deviennent pour la femme corps étrangers, et leur présence dans l'économie est dès-lors nuisible. Aussi la nature se hâte-t-elle d'en procurer l'expulsion au moyen d'une série de phénomènes dont l'ensemble constitue la délivrance ; en sorte que celle-ci est une véritable fonction tout comme l'accouchement, dont elle n'est pour ainsi dire que le complément.

3. Mais si l'accouchement, quoique s'opérant le plus souvent par les seuls efforts de la nature, exige cependant, dans plusieurs cas, les secours de l'art ; si les accidens qui peuvent l'accompagner

ou entraver sa marche rendent nécessaire, dans une foule de circonstances, l'assistance du médecin, la délivrance exige bien plus souvent encore sa présence, et réclame de sa part une instruction solide et beaucoup de prudence pour reconnaître et combattre les accidens qui accompagnent fréquemment cette fonction, et pour prévenir ceux qui pourraient résulter de l'impuissance de la nature abandonnée à elle-même, ou des manœuvres imprudentes et mal dirigées par lesquelles on prétendrait l'aider. Lors même que la délivrance n'est accompagnée d'aucun accident, le médecin peut toujours faciliter sa terminaison, et sa présence, dans tous les cas, devient très-utile à la femme, dont il soutient le courage en même temps qu'il la rassure contre les craintes exagérées que la plupart des accouchées conçoivent sur les suites d'une délivrance abandonnée à la nature.

4. Mais, soit que l'homme de l'art se contente d'aider la nature, soit qu'il vienne plus efficacement à son secours lorsqu'elle est impuissante, toujours doit-il bien connaître sa marche pour la suivre fidèlement dans le premier cas, pour l'imiter autant que possible dans le second.

5. Aussi commencerons-nous par exposer dans un premier article, avec toute l'exactitude qui dépendra de nous, la marche de la délivrance, les phénomènes qui l'accompagnent, et les moyens dont la nature se sert pour l'opérer dans les cas ordinaires. Nous traiterons, dans le même article, de ce que doit faire le médecin pour favoriser la délivrance, lorsqu'elle n'est accompagnée d'aucun accident. Un second article sera consacré à l'examen successif de tous les accidens qui peuvent compliquer et déranger cette opération de la nature, et à l'exposé de la conduite que doit tenir le médecin pour les combattre avec succès. Enfin, dans un troisième et dernier article, nous donnerons un aperçu des accidens qui peuvent résulter de la privation des secours de l'art, ou bien de secours mal administrés. Notre intention, dans cet article, est de faire sentir combien il importe aux femmes de se mettre entre les mains de

personnes habiles et éclairées, dans un moment aussi critique pour elles que celui de l'accouchement, et de donner une idée des dangers qu'elles courent en s'abandonnant aux soins de l'impéritie et de l'ignorance.

6. Ainsi donc, 1.° délivrance simple, 2.° délivrance compliquée, 3.° accidens qui sont le résultat d'une délivrance mal dirigée, tel est le plan de notre dissertation. Malgré tous nos efforts pour remplir convenablement le plan que nous nous sommes proposé, nous sentons combien notre ouvrage est loin d'être digne des savans et illustres professeurs auxquels nous le présentons. Etranger à l'art d'écrire, ce faible essai se ressentira sans doute de notre peu d'habitude. Mais, pleins de confiance en la bonté et l'indulgence de nos juges, nous espérons qu'ils auront plus d'égard à notre bonne volonté qu'à la faiblesse de nos moyens, et qu'ils distingueront à travers les imperfections de notre dissertation le désir bien réel qui nous a animé de remplir le mieux que nous l'avons pu le devoir qui nous est imposé en terminant la carrière de nos études médicales. Nos efforts seront couronnés, si nous obtenons leur suffrage.

ARTICLE PREMIER.

De la délivrance simple.

7. Cet article doit renfermer, 1.° l'histoire de la marche et du mécanisme de la délivrance simple; 2.° la conduite que doit tenir le médecin pour la favoriser.

8. *Marche et mécanisme de la délivrance.* La délivrance se compose de deux temps ou périodes bien distinctes: 1.° du décollement du placenta; 2.° de son expulsion hors de l'utérus. Les contractions de la matrice dans le premier période, l'action de cet organe aidée et soutenue par celle des muscles abdominaux dans le second, tels sont les agens que la nature emploie pour exécuter cette fonction.

9. Le décollement du placenta commence ordinairement à s'opérer pendant le travail de l'accouchement, et dès que les eaux de l'amnios se sont écoulées. La matrice, vidée en partie, revient aussitôt sur elle-même; le placenta ne pouvant revenir également et diminuer de volume, la surface utérine de ce corps et la surface interne de la matrice cessent d'être en rapport, les liens celluleux qui les unissent sont rompus, et le décollement du placenta s'opère.

10. On conçoit que plus le travail aura été long, et plus le décollement du placenta sera considérable au moment de l'accouchement. Quelquefois il est complet alors, et tantôt le placenta est entraîné avec l'enfant; ce qui heureusement est fort rare; la matrice, désemplie trop promptement, pourrait tomber dans un état d'inertie dont les suites seraient plus ou moins funestes : tantôt le placenta se présente à l'orifice de l'utérus après la sortie de l'enfant, et il demeure là jusqu'à ce que de nouvelles contractions de la matrice et des muscles abdominaux en procurent l'expulsion; ce qui constitue le second temps de la délivrance. C'est lorsque ce second période est arrivée que l'homme de l'art peut aider avantageusement la nature, comme nous le verrons [18].

11. Si le décollement du placenta n'avait point eu lieu au moment de la sortie du fœtus, la matrice, par ses contractions et la diminution de sa surface, ne l'en opère pas moins; seulement ce premier période est alors plus long, et le moment où l'expulsion du placenta doit avoir lieu est plus éloigné de celui de la terminaison de l'accouchement. Cela arrive principalement dans les cas d'accouchemens terminés par les secours de l'art, dans lesquels la matrice, désemplie trop promptement, n'a pas eu le temps de décoller le placenta.

12. Dans tous les cas, voici la marche de la nature dans la délivrance simple. Dès que l'enfant est sorti de la vulve, la femme eprouve un soulagement complet et un sentiment inexprimable de bien-être. Son pouls petit, serré, accéléré pendant le travail, se relève et perd de sa fréquence. L'expression de la douleur la plus vive,

qui était répandue sur son visage a disparu. La main appliquée sur l'abdomen sent un corps globuleux et résistant, qui diminue progressivement de volume, et semble descendre peu à peu vers la partie inférieure de cette cavité. C'est la matrice qui revient insensiblement sur elle-même, et c'est pendant ce temps, qui constitue le premier période de la délivrance, que s'opère le décollement du placenta.

13. Mais cet organe est totalement décollé, sa présence irrite, agace la matrice, et l'excite à se contracter pour se délivrer d'un corps étranger qui la fatigue. Des coliques plus ou moins vives se font sentir, et augmentent rapidement d'intensité. L'action des muscles abdominaux venant se joindre à celle de l'utérus, le placenta s'engage à travers l'orifice de la matrice ; il passe dans le vagin, d'où il est expulsé au-dehors, entraînant après lui les membranes.

14. Cette marche est celle que suit la nature dans le plus grand nombre des cas. Presque toujours elle se suffirait à elle-même. Cependant il est bon que le médecin aide ses efforts ; et nous allons voir ce qu'il doit faire pour cela.

15. *Conduite du médecin dans le cas de délivrance simple.* Dès que l'accouchement est terminé, le médecin doit d'abord s'occuper de l'enfant, lui donner tous les soins que peut exiger l'état dans lequel il est né, pratiquer la ligature du cordon, et veiller à ce que le nouveau-né soit convenablement lavé et habillé. De temps en temps il doit revenir auprès de la femme, et observer avec soin si tout se passe bien, et s'il n'arrive aucun accident. Il doit respecter son repos, ne pas chercher à accélérer la délivrance, encore moins l'opérer aussitôt, comme le prescrivaient les anciens, qui craignaient que le col de la matrice ne vînt à se fermer de suite, et à empêcher la sortie du placenta. Il doit calmer l'impatience de la femme, qui voudrait être délivrée de suite ; et il doit attendre pour agir que la nature indique elle-même qu'elle va travailler à l'expulsion de l'arrière-faix.

16. Voici les signes par lesquels elle annonce son opération : les douleurs que la femme éprouve, et qui deviennent réellement expulsives ; la dureté et la diminution de volume du globe utérin, que l'on sent au-dessus du pubis ; le défaut de résistance que présente le placenta lorsqu'on tire sur lui au moyen du cordon ombilical ; la présence de ce corps à l'orifice de l'utérus, à travers lequel il commence à s'engager, comme on peut s'en assurer en portant deux doigts dans le vagin le long du cordon jusqu'à cet orifice. Tant que ces signes ne se manifesteront pas, le médecin doit rester dans l'inaction, à moins d'accidens qui nécessitent une prompte délivrance. Il peut tout au plus activer les contractions de la matrice, lorsqu'elles sont trop lentes, par de légères frictions sur l'hypogastre. Mais, dès qu'il verra paraître les phénomènes que nous avons énumérés ci-dessus, alors il pourra et devra même joindre son action à celle de la nature, et seconder les efforts de celle-ci.

17. On voit que le moment où le médecin doit agir ne peut être fixé d'une manière précise : quinze ou vingt minutes après la sortie de l'enfant est le terme le plus ordinaire, d'après les auteurs. En général, la délivrance sera plus ou moins prompte, selon que la matrice se sera contractée plus ou moins long-temps avant l'expulsion du fœtus, et l'on pourrait dire avec quelque vérité que la promptitude de la délivrance est en raison inverse de celle de l'accouchement.

18. Mais le moment de terminer la délivrance est arrivé ; la nature l'annonce par tous les signes énumérés plus haut ; que fera le médecin pour l'aider ? Il exercera sur l'hypogastre de légères frictions pour activer les contractions de l'utérus ; il pressera même un peu, comme le conseille M. le professeur *Dubois*, afin de soutenir l'action des muscles abdominaux ; il facilitera la descente du placenta en exerçant sur le cordon de légères tractions, dirigées toujours dans le sens des axes des détroits du bassin. A cet effet, il fera, avec les trois doigts du milieu de l'une des mains, introduits le plus profondément possible dans le vagin, et placés derrière le

pubis, une espèce de gouttière qui repoussera fortement en arrière la base du cordon, et lui fera former une anse dont la convexité regardera en arrière. Le cordon sera tenu de l'autre main, enveloppé d'un linge fin pour l'empêcher de glisser, et des tractions seront exercées sur lui, en allant à droite et à gauche, en haut et en bas; mais ces tractions doivent être très-modérées pour ne pas rompre le cordon, surtout lorsqu'il est grêle ou gras et infiltré; car alors il est plus fragile. Du reste, cette rupture n'aurait pas de graves inconvéniens : il est bon cependant de l'éviter; car elle nuirait un peu à la facilité de l'extraction du placenta; elle ferait éprouver à la femme une impression fâcheuse, et elle serait toujours très-désagréable pour l'homme de l'art, dont elle ferait soupçonner l'habileté.

19. Quand le placenta est descendu dans le vagin, on doit alors relever vers le pubis la main qui tient le cordon, et tirer légèrement sur lui : l'autre main, introduite dans le vagin, reçoit cette masse, que l'on roule ensuite entre les deux mains, en lui faisant exécuter plusieurs tours de rotation sans tirer sur les membranes. Par ce moyen l'on réunit en une espèce de corde, et l'on détache entièrement ces membranes sans les rompre; au lieu que, si l'on tirait directement sur elles, elles pourraient se déchirer; car elles se trouvent prises dans l'intervalle des plis que forme la matrice en se contractant pour opérer la délivrance.

20. Si le placenta, trop volumineux, éprouvait quelques difficultés à passer à travers l'orifice de l'utérus, deux doigts introduits dans la cavité de la matrice ramèneraient le bord de ce corps à l'orifice pour le faire sortir dans le sens de sa longueur.

21. La délivrance terminée, le médecin doit examiner avec soin si le placenta et les membranes sont dans un état parfait d'intégrité. S'il en était resté quelques portions dans la matrice, il introduirait de suite la main pour tâcher de les enlever; mais il usera de beaucoup de ménagement pour ne pas blesser cet organe; et si c'étaient des portions de placenta squirrheuses, il préférera les abandonner

à la nature, qui en provoquera l'expulsion souvent peu de jours après, et sans aucun accident, comme *Smellie* en rapporte des observations. (Rec. 23, obs. 2.) Quelquefois il s'est formé des cotylédons isolés, dont l'existence est difficile à reconnaître. *Baudelocque* conseille de les extraire de suite lorsqu'on reconnaît leur présence; mais, comme elle ne se manifeste souvent que quelques jours après par les hémorrhagies qui surviennent, il conseille de ne point tenter alors de pénétrer dans l'utérus fortement contracté, et de ne pas chercher à les extraire, à moins que de graves accidens ne nécessitent cette extraction. (*Baudelocque*, sect. 7).

22. Une pratique que l'on ne doit pas négliger non plus après la délivrance, c'est de s'assurer, au moyen d'une main appliquée sur l'hypogastre, et d'un doigt de l'autre main introduit dans le vagin, de l'état et de la situation de l'utérus, et de voir s'il ne serait pas déplacé ou renversé. Si des caillots bouchaient l'orifice de cet organe, on aurait soin aussi de les enlever.

ARTICLE II.

De la délivrance compliquée.

23. Nous venons de voir quelle est la conduite que doit tenir le médecin dans le plus grand nombre de cas : tant que la nature marche convenablement, il ne fait que la suivre et l'aider ; mais il est une foule de circonstances où les accidens qui surviennent l'obligent à un rôle plus actif, et exigent chacun des soins particuliers. Ce sont ces accidens que nous allons examiner successivement dans cet article. Voici l'ordre dans lequel nous les étudierons : 1.° faiblesse extrême de la femme, syncopes répétées ; 2.° convulsions ; 3.° inertie de la matrice ; 4.° hémorrhagie ou perte utérine ; 5.° resserrement naturel ou spasmodique du col de l'utérus ; 6.° adhérences intimes du placenta à la face interne de la matrice ; 7.° enchatonnement du placenta ; 8.° implantation du placenta sur

le col de l'utérus ; 9.° grossesses multiples ; 10.° accouchemens prématurés.

24. 1.° *Faiblesse extrême de la femme, syncopes répétées.* Quelquefois, lorsque l'accouchement a été long et pénible, que la femme a perdu beaucoup de sang, surtout si elle est d'une constitution débile, l'accouchement peut être suivi de faiblesse extrême, et même de syncopes répétées indépendantes de toute perte utérine; car alors le cas rentrerait dans celui des hémorrhagies ou pertes utérines, dont nous parlerons plus bas [30]. Cet accident prolongé pourrait devenir dangereux et compromettre les jours de la femme ; elle n'a pas la force, dans cet état, de se délivrer elle-même : il faut donc de suite introduire la main et extraire le placenta. On ne doit ensuite négliger aucun moyen de ranimer la circulation et les autres fonctions de la femme, et chercher à relever ses forces par l'emploi de légers toniques.

25. Cet accident peut aussi arriver à la suite d'accouchemens trop prompts : la déplétion subite de l'abdomen, et par suite les changemens qui surviennent dans la circulation, à cause de la facilité que le sang trouve alors à parcourir les ramifications de l'aorte abdominale, en sont les causes. On a observé que dans ces cas, comme le remarque *Soulerat* (Diss. sur la délivrance, soutenue en 1807), le bandage dont on a coutume d'entourer les lombes et l'hypogastre de la femme produit les plus grands avantages. Il agit, comme chez les hydropiques, après l'évacuation de la sérosité qui s'est épanchée dans l'abdomen; il soutient les parois abdominales, prévient l'atonie des muscles qui les forment, et s'oppose à l'afflux du sang dans les vaisseaux qui arrosent cette cavité ; il supplée à la compression antérieurement exercée par la matrice, chargée du produit de la conception.

26. 2.° *Convulsions.* Les convulsions, auxquelles les femmes grosses sont très-sujettes, peuvent aussi avoir lieu après l'accouchement et compliquer la délivrance. Quelqnefois elles tiennent à

l'état pléthorique de la femme, et une saignée est alors très-utile; d'autres fois à l'excitation nerveuse qu'ont produite les douleurs de l'enfantement, et les antispasmodiques, les légers calmans sont indiqués. Lorsqu'elles tiennent à l'hémorrhagie, c'est ce dernier accident qu'il faut combattre [33]. Les légers toniques peuvent être administrés avec succès, si elles sont accompagnées de faiblesse; c'est toujours un accident très-grave, et qui exige dans la plupart des cas l'extraction du placenta; car, autrement, le col de l'utérus venant à se resserrer, il deviendrait impossible de l'extraire, ce qui ne manquerait pas d'augmenter le désordre. Mais, pour opérer cette extraction, il faut choisir le moment de la cessation des contractions de l'utérus, surtout de son orifice interne; il faut choisir un moment de repos, et éviter d'irriter cet organe, ce qui augmenterait les convulsions.

27. 3.° *Inertie de la matrice.* Il est des circonstances où la matrice se trouve dans un état complet d'inertie, sans qu'il y ait faiblesse générale, comme dans les cas dont il est question [24]. On reconnaît facilement que l'utérus est dans un état d'inertie; on ne trouve pour lors au-dessus du pubis qu'un corps mollasse, qui se porte tantôt à gauche, tantôt à droite, selon l'impulsion qu'on lui donne; le col et son orifice sont flasques et relâchés. Cet accident est à craindre chez les femmes naturellement faibles et lymphatiques, qui ont perdu beaucoup de sang pendant la grossesse, ou qui ont été affaiblies par quelque autre évacuation; mais alors l'inertie de la matrice est accompagnée plus ou moins de faiblesse générale. Elle peut survenir à la suite des grossesses multiples, lorsque l'utérus a été violemment distendu par la présence de plusieurs fœtus, ou dans les grossesses très-volumineuses, lorsqu'il y avait une grande quantité d'eaux. Mais c'est principalement quand la matrice a été désemplie trop promptement qu'elle tombe dans l'inertie. Cet accident peut arriver aussi, mais plus rarement, quand l'utérus a long-temps souffert.

28. Aucun accident n'est à craindre dans l'inertie, si le placenta est adhérent. Dans le cas contraire, il surviendrait une perte plus ou moins abondante, que l'on combattrait, comme nous le dirons [33 *et suivans*]. Il peut se manifester cependant, dans le cas d'adhérence du placenta, une hémorrhagie même assez abondante par le cordon ombilical, et qui nécessite la ligature de ce cordon, comme M. *Dubois* l'a vu chez une femme sur laquelle il termina un accouchement laborieux à l'hospice du collége de chirurgie, en présence de M. *Baudelocque* et de plusieurs membres de l'académie. M. *Maigrier* parle, dans son Traité d'accouchemens, de deux observations du même genre. Dans un des deux cas qu'il rapporte, il fut obligé de pratiquer la ligature du cordon. Ce cas, et celui de grossesse multiple (63), sont les seuls où il faille pratiquer cette ligature; elle serait nuisible dans toute autre circonstance, parce qu'elle empêcherait le placenta de se dégorger, de diminuer de volume, et qu'elle en rendrait par conséquent la sortie plus difficile.

29. La délivrance n'est donc pas ordinairement la première indication à remplir lorsque la matrice est dans l'inertie; il faut attendre, pour l'opérer, que les contractions de l'utérus aient lieu, et se borner à solliciter ces contractions par des frictions sur l'hypogastre, des applications de corps réfrigérans sur cette région et sur les cuisses. Des injections froides dans la matrice, lorsque l'inertie dure trop long-temps, de légers toniques lorsque la femme aura perdu de ses forces, doivent encore être mis en usage.

30. 4.° *Hémorrhagie ou perte utérine.* C'est peut-être le plus grave des accidens qui peuvent compliquer la délivrance, et celui qui exige le plus impérieusement les secours de l'art. Il est ordinairement l'effet de l'inertie de la matrice, et toutes les causes qui peuvent occasionner celle-ci [27] la produisent également. La matrice inerte ne peut revenir sur elle-même, ses vaisseaux restent béans, et le sang coule en abondance. Aussi presque tous les soins du médecin, dans les cas de perte, doivent tendre à solliciter les contrac-

tions de l'utérus, et à retirer cet organe de son état d'inertie. Cependant il est des exemples de pertes actives après l'accouchement, et les moyens de les combattre sont alors différens.

30 *bis*. Du reste, la perte utérine peut être interne ou cachée, externe ou apparente. Elle est interne lorsque, le placenta, des caillots de sang ou le resserrement du col de l'utérus, s'opposant à la sortie du sang, ce liquide s'accumule dans l'utérus, qui s'en laisse distendre ; en sorte que l'épanchement peut devenir assez considérable pour faire périr la femme. Elle est externe lorsque, l'orifice étant libre, le sang s'écoule à travers la vulve. La première est plus dangereuse, parce que son existence peut être méconnue, et souvent la mort de la femme arriver avant qu'on ait pu en soupçonner la cause.

31. Cependant la perte interne s'annonce par des signes qui la font bientôt reconnaître au médecin attentif. Le globe utérin, au lieu de diminuer de volume, augmente progressivement, et présente une mollesse remarquable ; le ventre se développe, et pour peu que l'hémorrhagie continue, on voit arriver les symptômes généraux qui accompagnent toutes les hémorrhagies considérables. Ces symptômes, dans les cas de perte externe, servent à distinguer celle-ci des évacuations abondantes de sang qui ont lieu quelquefois après l'accouchement chez les femmes pléthoriques, et qui sont utiles pour dégorger la matrice.

32. Le pouls devient faible, la femme pâlit, ses forces l'abandonnent, ses yeux perdent leur éclat ; bientôt surviennent l'obscurcissement de la vue ou des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, la gêne de la respiration, la difficulté de remuer les membres, le refroidissement des extrémités, la syncope ; et la mort ne tarderait pas à terminer les jours de la femme, si l'on ne venait promptement à son secours, et si l'on ne parvenait à arrêter la perte.

33. Les secours à administrer dans le cas d'hémorrhagie utérine varient selon qu'elle est interne ou externe, et selon les causes

qui l'ont produite ou qui l'entretiennent. Est-elle interne, il est sûr qu'on ne peut l'arrêter qu'en sollicitant les contractions de la matrice et son retour sur elle-même; mais cet organe ne peut ainsi revenir sur lui-même tant que son orifice obstrué s'oppose à la sortie du sang, et force ce liquide à s'accumuler, à distendre la matrice et à rendre son retour plus difficile. La première indication à remplir consiste donc à fournir au sang un libre passage. Si l'occlusion du col est due au resserrement de l'orifice, il faudra combattre celui-ci, comme nous l'indiquerons plus bas [41 et 42]; et si la perte devient excessive, il faut, de toute nécessité, vaincre l'obstacle au moyen de quelques doigts introduits avec force. Si ce sont des caillots de sang qui bouchent l'orifice, on les retirera avec les doigts, et on fournira ainsi au sang une libre issue. Si c'est le placenta qui bouche l'orifice, il faut l'écarter, afin que le sang puisse sortir. On excite en même temps, par des frictions sur l'hypogastre, par des affusions et des fomentations froides, les contractions de la matrice, et l'on cherche à relever les forces de la femme par l'administration de légers cordiaux. Ces moyens suffisent quelquefois pour procurer l'expulsion de l'arrière-faix, et par suite la cessation de l'hémorrhagie, et l'on évite l'inconvénient d'introduire la main dans la matrice. Mais si la délivrance n'arrivait pas, et que la perte continuât toujours, il faudrait en venir aussitôt à l'extraction du placenta et des caillots que renferme l'utérus, et ne faire cette extraction que graduellement. On enlèvera d'abord quelques caillots, puis on ramènera le bord du placenta dans le vagin, et on en fera l'extraction peu à peu, ayant soin en même temps d'activer les contractions de la matrice par des frictions sur l'hypogastre. Si le placenta tenait encore, l'on procéderait à son décollement de la manière que nous indiquerons [50].

34. Si l'hémorrhagie continuait après l'extraction du placenta, il faudrait bien se donner de garde d'introduire un tampon dans le vagin, comme on l'a proposé; on ferait avec lui pis qu'avec le placenta, qui occupait un certain volume dans la matrice, et dimi-

nuait d'autant la capacité de cet organe. Ce tamponnement ne convient que dans les cas d'avortement survenus pendant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse [67], lorsque l'utérus n'est pas encore assez développé pour que l'hémorrhagie interne soit mortelle. Il n'y a d'autres moyens à prendre pour arrêter la perte, lorsqu'elle continue après l'extraction du placenta, que ceux qui peuvent solliciter les contractions de la matrice, les fomentations et les affusions froides, les injections froides, alumineuses ou acidulées avec le vinaigre. On aura recours, si elle est opiniâtre, à tous les moyens que nous indiquerons en parlant des hémorrhagies externes [36].

35. Celles-ci, faciles à reconnaître, tiennent ordinairement à l'inertie de la matrice et au décollement incomplet du placenta. Il faut, dans ces cas, provoquer aussi les contractions de l'utérus par les frictions sur l'hypogastre, etc. [33]. Si ces moyens ne suffisent pas, et que la perte continue toujours, il faut procéder aussitôt au décollement complet du placenta et à son extraction ; car c'est sa présence qui, tenant l'utérus développé, entretient l'hémorrhagie. D'ailleurs l'irritation que son extraction produira sur la matrice excitera cet organe, et pourra le faire revenir sur lui-même.

36. Si la perte continue après la délivrance, il faut, dans les cas de perte externe comme dans ceux de perte interne, mettre tout en œuvre pour l'arrêter; car elle ne tarderait pas à devenir funeste. Un grand nombre de moyens ont été proposés pour cela, nous allons indiquer les principaux, laissant au médecin expérimenté le soin de faire choix parmi eux, selon les circonstances. On a conseillé des frictions sur l'hypogastre, des douches d'eau froide sur cette région, ainsi que sur le haut des cuisses ; l'application sur ces mêmes parties de compresses trempées dans l'eau froide, dans une dissolution d'alun, dans de l'eau vinaigrée, ou, comme l'indique M. *Lapara*, chimiste sicilien, dans une dissolution de carbonate d'ammoniaque dans le triple de son poids d'eau ; l'application de la glace pilée, seule ou avec le muriate de chaux; les titillations exer-

cées avec la main dans l'intérieur de la matrice, afin de l'agacer et de la faire contracter (*Lamotte*); des injections dans l'utérus avec l'oxycrat, le vinaigre pur, l'eau à la glace (*Saxtorph*), ayant le soin de tenir le bassin relevé pour que ces liquides séjournent dans la matrice; enfin, dans les cas désespérés, on place la femme sur le carreau et à l'air libre, on verse sur elle des seaux d'eau froide, on la plonge même dans un bain froid.

37. On a conseillé aussi des moyens internes; une tisane aiguisée avec dix ou quinze gouttes d'acide sulfurique ou d'eau de *Rabbel*, ou bien une eau alumineuse, de la limonade froide, des boissons à la glace. « On a vu plusieurs fois, dit *Gardien*, un verre d'eau à la glace arrêter tout à coup une perte utérine. » Quelques auteurs ont vanté la teinture de cannelle comme un excellent moyen pour arrêter l'hémorrhagie de l'utérus, lorsqu'un état d'atonie l'entretient. *Van-Swiéten* et *Plenk* prétendent l'avoir souvent employée avec le plus grand succès. Ce dernier, qui l'administrait à la dose de deux cuillerées chaque quart d'heure, dit en avoir obtenu les effets les plus avantageux dans plus de deux cents cas où il l'a employée. *Van Swiéten* la combine avec l'eau de mélisse; *Leake* avec la décoction de quinquina.

38. On pourrait encore, dit *Capuron*, appliquer quelques rafraîchissans autour des mamelles, qu'on sait être liées sympathiquement avec l'utérus, et sur lesquelles *Hippocrate* faisait appliquer de larges ventouses pour arrêter la ménorrhagie.

39. « Dans quelques cas, dit *Gardien*, l'hémorrhagie qui survient à la suite des couches doit être considérée comme active; elle peut être occasionnée par un état de pléthore ou par l'abus que la femme a fait des cordiaux, des stimulans, dans la vue d'accélérer l'accouchement ou de hâter la délivrance. Cette hémorrhagie active, c'est-à-dire qui présente tous les signes d'une irritation locale, dépend bien plus souvent d'un stimulus particulier qui a exalté la sensibilité de l'utérus, que de la vigueur de la constitution. Toute irritation exercée sur la matrice est d'autant plus à

craindre, que les humeurs ont déjà une tendance à se porter vers cet organe. Cette variété est plus difficile à combattre que celle qui tient à un état pléthorique; elle est cependant bien moins dangereuse que celle qui dépend d'un état d'inertie. L'hémorrhagie qui tient à la vigueur de la constitution cesse souvent d'elle-même, en conseillant la situation horizontale, les boissons tempérantes. Le sang qui s'écoule devient lui-même un moyen curatif, en dissipant la pléthore qui l'a produite : c'est dans cette circonstance seule que la saignée du bras peut être utile, parce que le pouls de la femme est fort. La saignée pratiquée dans le cas d'inertie pour procurer une révulsion aurait des suites fâcheuses chez une femme déjà épuisée par le sang qu'elle a perdu. La saignée générale ne convient pas non plus dans l'hémorrhagie active, qui dépend uniquement d'un accès de sensibilité de l'utérus. »

« Si les passions de l'âme, comme un accès de joie, de colère, sont la cause de la perte, après les moyens généraux, et qui sont applicables à toutes les espèces d'hémorrhagies, il faut employer les narcotiques et les antispasmodiques. »

40. Il faut toujours, quelle que soit la cause de la perte, rassurer la femme effrayée et relever son courage. Il faut dissiper la frayeur que lui inspire ce fâcheux accident, et lui dire qu'il est une suite naturelle et très-ordinaire des couches, et que plusieurs femmes ont eu des pertes bien plus abondantes sans avoir couru le moindre danger. Il faut surtout conserver le plus grand sang-froid, et ne laisser percer sur sa figure aucune marque d'inquiétude; la femme s'en apercevrait bien vite, et ses craintes en seraient considérablement augmentées.

41. 5.° *Resserrement naturel ou spasmodique du col de l'utérus.* La conduite à tenir dans le cas de resserrement du col de l'utérus est bien différente, selon que ce resserrement est naturel ou spasmodique. Dans le premier cas il faut se hâter de délivrer la femme; dans le second, au contraire, il faut attendre. Si les eaux de l'am-

nios se sont rompues de bonne heure, avant d'avoir dilaté convenablement le col de l'utérus; si celui-ci a conservé beaucoup de dureté pendant le travail; si l'action des muscles abdominaux et de la matrice n'a vaincu qu'à force d'efforts la résistance du col pour faire passer l'enfant à travers son orifice, alors le col revient sur lui-même aussitôt après la sortie du fœtus. La matrice, fatiguée par un travail long et pénible, reste dans l'inertie; et ces deux raisons doivent porter à opérer sur-le-champ la délivrance. Ce serait en vain qu'on attendrait les contractions de l'utérus, l'action de cet organe ne suffirait pas pour vaincre la résistance du col, dont le resserrement d'ailleurs ira toujours en augmentant.

42. Lorsqu'au contraire le resserrement du col de l'utérus est spasmodique, il ne faut pas se hâter, comme dans le cas précédent, de pratiquer la délivrance; il faut attendre que le spasme soit dissipé. Cet accident n'est ordinairement que momentané, et se dissipe bientôt de lui-même. Les violences que l'on exercerait sur le col ne feraient qu'augmenter le spasme dont il est pris, et l'irriteraient peut-être au point d'y déterminer une inflammation dangereuse. La saignée, si la femme est pléthorique; les injections émollientes, les bains et les lavemens de même nature; quelques antispasmodiques, de légères préparations d'opium, si la sensibilité est exaltée, tels sont les moyens que l'on doit mettre en usage. M. *Capuron* a vu ce spasme céder comme par enchantement à la vapeur de l'eau chaude. On ne négligera pas de faire sur l'hypogastre, vis-à-vis le fond de l'utérus, des frictions répétées, qui suffiront quelquefois pour exciter les contractions de cet organe et faire ouvrir son orifice.

43. 6.° *Adhérences intimes du placenta à la face interne de la matrice.* Le placenta, dont l'union avec la face interne de l'utérus se fait au moyen d'un tissu celluleux lâche et peu résistant, que les contractions de la matrice rompent avec assez de facilité, adhère quelquefois d'une manière extraordinaire. La matrice revient bien

sur elle-même, le globe utérin est bien formé et fort dur, les douleurs sont vives, le col est convenablement dilaté, et cependant la délivrance ne se fait point ; si l'on tire fortement sur le cordon, on sent que le placenta résiste ; et s'il cède un peu, il ne tarde pas à entraîner de nouveau le cordon, dès qu'on lâche celui-ci. Ces tractions font éprouver des douleurs à la femme, sans causer d'hémorrhagie. Nul doute alors que le placenta a contracté des adhérences contre nature. Il faut donc, après avoir attendu quelques heures, introduire la main dans l'utérus pour détruire ces adhérences. Quelques auteurs prétendent que l'on doit alors abandonner le placenta dans la matrice ; mais ce conseil est mauvais, et la rétention de ce corps dans l'organe utérin occasionne ordinairement les accidens les plus graves. Toutes les fois donc qu'il sera adhérent, on fera tous ses efforts pour le détacher d'après le procédé que nous décrirons bientôt [50 et 51] ; et si ces adhérences étaient extrêmement fortes, il vaudrait encore mieux, comme le conseille M. *Dubois*, l'arracher par portions, pourvu toutefois qu'on puisse le faire sans déchirer la matrice, que de le laisser dans cet organe. Ce savant professeur dit l'avoir ainsi arraché plusieurs fois sans qu'il en soit résulté rien de fâcheux pour la femme, tandis qu'il a vu les plus graves accidens survenir quand on le laissait sans l'extraire. Cependant, si l'on rencontrait des portions squirrheuses, comme *Smellie* en rapporte une observation (Rec. 23, obs. 2), et comme *Baudelocque* l'a vu deux fois également, il faudrait, comme le conseillent ces auteurs, les laisser dans l'utérus. Leur adhérence est telle, qu'on déchirerait la matrice plutôt que de les arracher ; et la nature en procure l'expulsion quelques jours après, comme cela est arrivé dans les observations précitées. Dans les deux cas rapportés par *Baudelocque*, cette portion squirrheuse ne fut rejetée que six semaines après ; elle était alors réduite au volume d'une noix et presque desséchée. On se conduirait de même d'après les conseils de *Baudelocque*, si tout le placenta était squirrheux, et on l'abandonnerait en entier. Si l'on rencontrait des portions ossifiées

avec la paroi correspondante de l'utérus, comme *John Burns* en rapporte un exemple, nul doute qu'il faudrait également l'abandonner.

44. Les auteurs conseillent, avant d'introduire la main dans l'utérus, de chercher à détacher le placenta en tirant sur le cordon ombilical perpendiculairement au point d'insertion de ce corps. On prescrit donc de faire faire à la base du cordon, au moyen de trois doigts introduits dans le vagin, une anse dont la convexité réponde en avant lorsque le placenta est attaché en arrière, et en arrière lorsqu'il est implanté en avant; à droite lorsqu'il est situé à gauche, et à gauche lorsque c'est à droite qu'il adhère. On indique même, comme moyen de reconnaître le lieu de l'implantation du placenta, d'examiner sur quel côté de l'orifice se contourne le cordon, lorsque, suivant ce cordon avec deux ou trois doigts d'une main, on le tient un peu tendu de l'autre main. Mais ces préceptes ne sont bons qu'en théorie, comme le dit M. le professeur *Dubois;* et si les contractions de la matrice ne peuvent détacher le placenta, il n'est guère probable que les tractions exercées sur ce corps parviennent à le faire; on s'exposera gratuitement à rompre le cordon et à augmenter par suite un peu la difficulté. Si l'on veut tenter ces tractions, il faudra les faire très-modérées; et si, comme il est probable, elles n'entraînent pas le placenta, on introduira de suite la main pour procéder à son extraction.

45. Si les adhérences excessives du placenta étaient partout assez étroites pour qu'il formât un seul corps avec la matrice, il faudrait se comporter comme dans les cas où une portion extrêmement adhérente ne peut être détachée; il ne faut point chercher alors à le décoller; on déchirerait inévitablement la matrice : il faut attendre quelque temps; la nature opère quelquefois ce décollement au bout de quelques jours, ou le rend plus facile. On pourra employer des injections émollientes pour relâcher ces adhérences, et on aura soin de toucher la femme de temps en temps, afin de saisir le moment où l'on pourra faire l'extraction du placenta ou de ses débris.

Les injections antiseptiques, telles que l'eau avec le vinaigre, la décoction de quinquina, etc., seront employées pour déterger l'intérieur de l'utérus, entraîner les portions détachées et putréfiées, et prévenir les effets funestes de la résorption de ces matières putrides. Lorsque cette résorption aura eu lieu, on combattra par les moyens appropriés les désordres qu'elle aura introduits dans l'économie.

46. Nous venons de voir que l'adhérence contre nature du placenta exige les secours de l'art pour en procurer l'extraction. Sa rétention dans l'utérus donnant ordinairement lieu aux plus graves accidens, nous avons indiqué plusieurs autres circonstances qui nécessitent cette extraction artificielle, la faiblesse extrême de la femme et les syncopes répétées qu'elle éprouve [24], les convulsions [26], plusieurs cas de perte utérine [33 et 35], le resserrement naturel du col [41]; voyons donc comment l'on doit, dans tous les cas, procéder à l'extraction du placenta ou à la délivrance artificielle.

47. Les tractions exercées sur le cordon n'ayant pu déterminer la sortie du placenta, il faut nécessairement introduire la main dans la matrice pour l'aller chercher. Mais cette introduction demande quelques précautions : voici comment l'on doit s'y prendre pour l'introduire.

La femme sera située comme pour les accouchemens contre nature. L'une des mains restera pendant tout le temps de la manœuvre appliquée sur le ventre de la femme pour soutenir le corps de l'utérus ; autrement on serait exposé à rompre l'adhérence de la matrice avec le vagin, et l'on pourrait déterminer dans l'endroit où ces organes sont réunis une large ouverture, par laquelle la main, introduite dans le vagin, pénétrerait dans la cavité abdominale.

48. L'autre main, et il est convenable que ce soit la droite, si le placenta est implanté du côté gauche, et *vice versâ*, l'autre main, préalablement plongée dans un corps mucilagineux, sera introduite avec beaucoup de ménagement dans le vagin, ses doigts rapprochés

exactement, de manière à former une espèce de cône, et on la dirigera, le long du cordon ombilical, dans la direction des axes des détroits du bassin. La partie dorsale de la main glissera le long de la concavité du sacrum, jusqu'à ce qu'elle soit parvenue au col de la matrice. Si l'orifice est resserré, on en produira la dilatation peu à peu par des tentatives répétées faites avec adresse et lenteur, et par l'introduction successive des doigts, jusqu'à ce que sa résistance entièrement vaincue permette à la totalité de la main d'entrer dans la matrice.

48 *bis*. La main, parvenue dans cet organe, ira de suite à la recherche du placenta, qu'elle ne tardera pas à trouver, guidée par le cordon ombilical, lorsqu'il existe. Si ce cordon avait été rompu, le placenta serait encore facilement reconnu, s'il était détaché en tout ou en partie. Dans le cas contraire, l'insensibilité de la femme lorsqu'on touche ce corps, les rayons vasculaires dont sa surface fœtale est parsemée, la mollesse que présente la matrice dans le lieu de son attache, et l'épaisseur quelquefois triple que présentent dans le lieu de cette insertion les parois de l'utérus, suffiront toujours pour le faire reconnaître. Mais on peut rencontrer le placenta ou bien entièrement détaché, ou bien en partie adhérent et en partie détaché, ou bien encore adhérent en totalité. La manière d'opérer l'extraction du placenta diffère dans ces trois circonstances.

49. S'il est entièrement détaché, il ne faut pas, comme on le fait ordinairement, le saisir par la portion qui se présente la première à l'orifice de l'utérus; cette portion se déchirerait, et le reste du placenta resterait dans la matrice. Il faut introduire la main entre le placenta et l'utérus jusqu'au fond de cet organe; et lorsque la main s'est assurée que le placenta est totalement détaché et se trouve au-devant d'elle, elle doit chasser ce corps en avant, afin qu'il sorte le premier, et l'autre main doit exercer en même temps sur le cordon des tractions suffisantes, quoique modérées, qui en facilitent la sortie. Par ce moyen on extrait le placenta sans risquer de le rompre; on enlève avec lui tous les cotylédons, s'il en existe

et pour s'assurer qu'il ne reste rien, on balaie l'intérieur de la matrice avec la main avant de retirer celle-ci, qu'on ne fait sortir du reste que peu à peu, afin que l'utérus ne soit pas désempli trop vite et ne revienne que graduellement.

50. Si le placenta est en partie adhérent et en partie détaché, il ne faut pas le prendre à poignée par la portion libre; mais il faut introduire doucement la main entre la face externe de ce corps et les parois de l'utérus, et, faisant cheminer doucement la main, le détacher successivement.

51. Si l'adhérence du placenta est complète, il faut commencer par le détacher dans un point de sa circonférence, et essayer en divers endroits jusqu'à ce qu'on en rencontre un où l'adhérence soit moins forte. Mais il faut bien faire attention de ne pas gratter l'utérus en le prenant pour le placenta; il faut bien chercher la circonférence de celui-ci, reconnaissable au rebord assez remarquable qu'elle forme ordinairement. Dans tous les cas, il vaut toujours mieux déchirer le placenta, si l'on ne trouve pas son bord, que de racler la matrice. Quand on a commencé à détacher le placenta, on glisse la main entre lui et l'utérus, comme dans le cas précédent [50]; et lorsqu'il est complètement décollé, on en fait l'extraction, comme nous l'avons dit [49]. Si l'on ne pouvait en aucune manière trouver le rebord du placenta, il faudrait percer ce corps dans son milieu avec un doigt, et, passant celui-ci derrière lui, le détacher ainsi tout alentour; mais il faut toujours avoir grand soin de ne pas léser la matrice; il vaut mieux s'arrêter lorsqu'on ne peut détacher le placenta sans déchirer cet organe.

52. 7.° *Enchatonnement du placenta.* On dit que le placenta est *enchatonné* ou *enkysté*, lorsqu'il est renfermé dans une cavité particulière, contenue elle-même dans celle de l'utérus; en sorte que cet organe paraît divisé en deux loges. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la manière dont se forme cette seconde cavité, dans laquelle

le placenta peut être retenu en tout ou en partie. Les uns regardent ce phénomène comme un effet de l'organisation primitive de la matrice. *Peu*, célèbre accoucheur de Paris, qui, le premier, il y a deux cents ans, a parlé de cette conformation singulière, l'explique de cette manière; mais aucun fait anatomique ne confirme son opinion. D'autres l'ont attribuée à l'inégale contraction de l'utérus, qui, irrité par le contact de l'enfant, après la sortie des eaux, dans toute sa surface, excepté dans le lieu où adhère le placenta, se contracte moins dans ce dernier point; en sorte que, le corps de l'utérus revenant sur lui-même partout ailleurs, le placenta se trouve renfermé dans une cavité particulière. *Plesmann* est l'auteur de cette explication; elle peut fort bien s'appliquer au cas rapporté par *Levret*, où la cellule renfermant le placenta se trouvait située au côté droit de l'utérus, et communiquait avec la cavité de cet organe par une ouverture de deux pouces de diamètre parfaitement ronde, et complètement de niveau avec le reste des parois de la matrice. La sage-femme qui appela *Levret* avait pris cette ouverture pour une déchirure de la matrice, à travers laquelle elle pensait que le placenta était passé dans l'abdomen. *Herbin*, dans une thèse sur la délivrance, soutenue à Montpellier, dit avoir trouvé le placenta enchatonné dans une cavité cylindrique particulière, située dans le voisinage de la trompe droite, dont elle n'était que l'origine. Dans ce dernier cas, et dans celui rapporté par *Levret*, la cellule renfermant le placenta se trouvait placée sur les côtés de la matrice. Mais ces deux faits sont les seuls connus de ce genre, et, dans presque tous les cas d'enchatonnement, la cavité renfermant le placenta occupe le fond de l'utérus, et correspond au corps de cet organe, qui forme alors une cavité distincte de celle du col, avec laquelle elle communique par une ouverture plus ou moins étroite.

53. Voici comment se forme cette cavité, suivant *Baudelocque*, dont l'explication a été admise par M. le professeur *Dubois*, qui l'a si bien développée dans son dernier cours. Au terme de la gros-

sesse, et lorsque l'utérus est encore rempli et distendu par les eaux de l'amnios, son col et son corps, également distendus, forment ensemble une cavité ovoïde, comme la poche des eaux, sur laquelle elle est parfaitement moulée. Mais, après la sortie des eaux, la matrice revient sur elle-même, et tend à embrasser le corps qu'elle contient, et à s'appliquer exactement sur lui. Alors la tête du fœtus se trouvant dans la cavité du col, et son corps dans celle du corps de la matrice, le cercle de l'orifice interne du col de l'utérus, qui correspond au cou de l'enfant, revient davantage sur lui-même, parce qu'il éprouve moins de résistance; et si la sortie de l'enfant tarde à se faire, le cercle de l'orifice continue à se contracter de manière à embrasser étroitement le cou de l'enfant. Plusieurs accoucheurs ont même pensé que cela pouvait aller jusqu'à l'étrangler et à le faire périr. M. *Dubois* ne croit pas la chose possible. La sortie de l'enfant venant enfin à s'exécuter, soit par les seuls efforts de la nature, soit par les secours de l'art, le cercle de l'orifice interne est obligé de se dilater pour laisser passer les épaules. Mais il revient aussitôt sur lui-même, et reste toujours plus resserré que la cavité du corps et que celle du col, qui forment alors deux cavités distinctes, communiquant ensemble par une ouverture plus ou moins étroite, et c'est dans celle qui correspond au corps de l'utérus que se trouve en tout ou en partie le placenta, qui pour lors est dit *enchatonné*.

54. *Duchâteau*, dans une dissertation sur la délivrance, présentée à la faculté de Paris en 1813, rapporte un exemple d'enchatonnement du placenta, évidemment dû, comme le pense *Baudelocque*, à la contraction spasmodique et irrégulière de l'utérus. Il dit à ce sujet que les femmes irascibles, douées d'une contraction musculaire très-prononcée, réunissent plus qu'aucune autre les conditions nécessaires qui les exposent à cet accident. On est instruit, ajoute-t-il, de cet accident, lorsqu'à la suite d'un accouchement, soi précoce, soit à terme, et peu de temps après la sortie de l'enfant, l'utérus revient brusquement sur lui-même. Cet organe proémine

au-dessus du pubis; mais le globe utérin ne présente pas une forme régulière.

55. L'enchatonnement du placenta n'empêche pas toujours la délivrance de s'opérer comme à l'ordinaire; seulement la nature ayant à vaincre, outre la résistance du col de l'utérus, celle que lui oppose l'entrée du chaton, la délivrance se fait plus long-temps attendre. Si donc, après avoir attendu le temps ordinaire, le placenta n'arrive point quoique la matrice se contracte bien, l'on introduira le doigt dans l'utérus en suivant le cordon, et l'on reconnaîtra l'existence de l'enchatonnement à l'absence du placenta dans la première cavité où l'on pénètre. Alors, sans perdre patience, on attendra que les contractions de l'utérus procurent l'expulsion de l'arrière-faix hors de la cavité qui le renferme : on activera ses contractions par des frictions répétées sur la région hypogastrique, et par des titillations exercées toutefois avec ménagement sur l'orifice du chaton. En même temps de légères tractions seront exercées sur le cordon ombilical pour faciliter la descente du placenta. Mais si la nature ne peut venir à bout d'opérer la délivrance toute seule, et que l'orifice du chaton se resserre de plus en plus, il faut alors introduire la main, tâcher de dilater avec ménagement l'orifice du chaton, comme nous l'avons indiqué pour le resserrement du col, et, parvenu dans la cavité qui renferme le placenta, extraire celui-ci, soit qu'il soit détaché, soit qu'il soit adhérent en tout ou en partie, de la manière et avec les précautions que nous avons indiquées ailleurs [49, 50 et 51]. Après l'extraction du placenta, il est bon d'enlever les caillots qui peuvent se trouver dans la cavité qui le renfermait, et tenir dilaté l'orifice du chaton, jusqu'à ce que l'utérus soit suffisamment revenu sur lui-même. C'est surtout dans le cas rapporté par *Levret*, s'il se présentait de nouveau, qu'il serait essentiel de mettre en usage cette dernière pratique.

56. 8.° *Implantation du placenta sur le col de l'utérus.* Cette implantation, niée par *Deventer*, qui s'exprime même en termes peu mesurés

contre ceux qui l'admettent, a cependant lieu quelquefois. *Baudelocque* dit l'avoir rencontrée une trentaine de fois, et tous les auteurs l'admettent aujourd'hui. Cette implantation influe plutôt sur l'accouchement que sur la délivrance; cependant elle peut modifier cette dernière, et nous allons en dire un mot.

57. Cette implantation est toujours un accident fâcheux par les pertes auxquelles elle donne lieu long-temps même avant le terme de la grossessee, t lorsque, le col de l'utérus diminuant de longueur, le rapport entre les deux surfaces adhérentes du placenta et du col utérin est en partie détruit. Cette perte commence quelquefois dès le sixième mois, quelquefois seulement dans le neuvième, le plus ordinairement du septième au huitième mois. Son abondance est plus ou moins grande, selon l'étendue du décollement du placenta et la constitution de la femme.

58. Le médecin doit faire tous ses efforts pour calmer cette hémorrhagie, qui est toujours nuisible par la faiblesse de la femme et celle de l'enfant qu'elle produit, et qui peut donner lieu, si elle elle est intense, à l'accouchement prématuré. Les saignées du bras, les boissons acidulées et tempérantes, si la femme est pléthorique; le repos absolu et la situation horizontale dans tous les cas; les applications froides et d'eau vinaignée sur l'hypogastre, les aines et le haut des cuisses, lorsque la perte persiste; des bourdonnets de charpie trempés dans le même liquide introduits dans le vagin vers l'orifice utérin, lorsque l'hémorrhagie est opiniâtre, seront successivement employés. Mais il faut bien prendre garde de ne pas détacher les caillots qui peuvent boucher l'orifice utérin, ce qui augmenterait la perte. En un mot, on tâchera de retarder autant que possible l'accouchement, auquel néanmoins il faudra bien en venir, si la perte augmente toujours et menace les jours de la mère ainsi que ceux de l'enfant. Cet accouchement prématuré est, il est vrai, nuisible à celui-ci, et devient d'autant plus dangereux pour lui que le terme de la grossesse est plus éloigné; mais c'est le seul moyen de sauver la vie à la mère. L'enfant périrait également

si on n'y avait point recours ; il ne faut donc pas hésiter à l'opérer de suite.

59. Si le placenta ne bouche pas complètement l'orifice, il n'est pas difficile de passer la main vers le point libre pour aller chercher les pieds de l'enfant; s'il répondait entièrement à l'orifice et centre pour centre, la difficulté deviendrait plus grande. Les uns conseillent, dans ce cas, de percer le placenta dans son milieu et d'introduire la main dans la matrice à travers l'ouverture pratiquée à ce corps. Ce procédé est très difficile à exécuter : avant que le placenta ait pu être percé, il se détache en partie par les efforts que l'on est obligé de faire, et il peut en résulter une hémorrhagie d'autant plus funeste que la femme est déjà épuisée ; même en supposant qu'on parvienne à le percer sans accident, en tirant ensuite l'enfant par les pieds, le placenta devra venir en même temps et se placer alentour de l'enfant, ce qui augmentera son volume et rendra sa sortie plus difficile.

60. D'autres conseillent de chercher le point du placenta où les adhérences sont moins fortes, de pénétrer ainsi entre ce corps, que l'on détache, et le col de l'utérus, dans la cavité de ce dernier organe, et de percer aussitôt les membranes pour aller chercher les pieds. C'est le procédé qu'on doit mettre en usage ; seulement, au lieu de percer la poche des eaux aussitôt après avoir introduit la main dans la matrice, il vaut mieux pénétrer entre les parois de l'utérus et les membranes, laisser celles-ci intactes, et ne les percer que dans leur partie supérieure, et lorsque la main est parvenue au fond de l'utérus. M. le professeur *Dubois* conseille beaucoup d'agir de la sorte ; il dit avoir toujours pu pénétrer facilement de cette manière dans les cas d'implantation du placenta sur l'orifice. Il est beaucoup plus aisé, en effet, d'introduire la main et d'agir dans la matrice les membranes étant encore pleines, qu'après qu'elles ont été rompues. Dans cette dernière circonstance, la matrice revenant sur elle-même, la main de l'accoucheur se trouve serrée entre les parois de cet organe et le corps de l'enfant. Les

membranes une fois rompues par leur partie supérieure, les eaux s'écoulent peu à peu, l'orifice se dilate convenablement, et il devient facile de retirer l'enfant par les pieds : l'on a soin, à mesure qu'il sort, de repousser avec l'autre main le placenta sur les côtés, afin qu'il ne gêne pas son passage.

61. Lorsque l'accouchement est terminé, si la femme n'est pas trop épuisée par la perte qui l'a précédé, ou si le placenta, détaché en partie seulement, ne donne pas lieu actuellement à une hémorrhagie grave, on doit abandonner la délivrance aux soins de la nature, et se contenter d'exciter les contractions de la matrice comme dans les cas ordinaires. Dans les cas contraires, qui sont les plus fréquens, il faut procéder de suite à la délivrance et achever de détacher le placenta. Les membranes se rompent plus aisément dans ce cas, et peuvent se détacher circulairement autour du placenta avec la plus grande facilité. On doit prévenir cet accident en tirant modérément sur elles après les avoir saisies au-dessus du placenta et les avoir réunies en forme de corde.

62. Quelquefois, quoique le placenta soit implanté sur l'orifice, l'hémorrhagie est peu considérable; l'accouchement se fait naturellement, et ce corps est poussé en avant par la tête de l'enfant qu'il précède, en sorte que la délivrance a lieu avant l'accouchement. Dans ces cas, fort rares à la vérité, les membranes restent dans l'utérus : il faut, immédiatement après la sortie de l'enfant, introduire la main dans cet organe, tâcher d'enlever, autant que possible, ces membranes, et prévenir ainsi les accidens auxquels leur séjour pourrait donner lieu.

63. 9.° *Grossesses multiples.* Dans les cas de grossesse multiple, la délivrance présente quelques particularités qu'il est bon de noter, Ordinairement les placenta des deux fœtus, primitivement isolés, finissent par contracter une adhérence intime ; aussi, après l'expulsion du premier fœtus, il faut bien se donner de garde de tirer sur le cordon pour opérer la délivrance de son arrière-faix ; on décol-

lerait celui du second fœtus; et, la matrice étant encore distendue par la présence de ce dernier, il surviendrait une hémorrhagie plus ou moins grave. On attendra donc l'expulsion du second fœtus pour pratiquer ensemble la délivrance des deux arrière-faix. Quoique la plupart des auteurs modernes rejettent le précepte de lier le cordon qui tient au placenta, nous croyons avec M. le professeur *Dubois* qu'il est préférable de le faire, à cause de l'hémorrhagie, qui pourrait à la rigueur avoir lieu par le cordon. Il faut toutefois, lorsque le second enfant est sorti, détruire la ligature et laisser dégorger le premier placenta, comme le prescrit *Baudelocque*. On procède ensuite à la délivrance comme dans les cas simples, et l'on a l'attention d'exercer les tractions sur les deux cordons réunis, pour faire sortir en même temps les deux délivres, ordinairement très-peu volumineux. Cependant, si leur volume était trop considérable, on n'en ferait l'extraction que successivement, en s'aidant pour cela, s'il est nécessaire, d'un ou de plusieurs doigts introduits à travers l'orifice de l'utérus.

64. 10.° *Accouchemens prématurés.* L'incomplet développement du col de l'utérus, le resserrement de son orifice, rendent la délivrance très-difficile, souvent même impossible dans certains cas d'accouchemens prématurés; et cette difficulté augmente à mesure qu'on se rapproche de l'époque de la conception. Nous diviserons la grossesse en trois époques ou périodes, relativement aux accouchemens prématurés et aux soins qu'exige la délivrance. La première époque comprendra les trois premiers mois, la seconde les trois suivans, la troisième les trois derniers.

65. Lorsque l'accouchement arrive dans le premier période de la grossesse, il est dit *avortement, fausse-couche.* Le placenta, pendant les trois premiers mois qui forment ce période, est beaucoup plus volumineux que le fœtus, et sa sortie devient presque impossible lorsque celle des eaux et du fœtus ont eu lieu. Aussi la nature produit presque toujours leur expulsion simultanée, et

l'accoucheur doit bien se donner de garde de rompre la poche des eaux pour abréger le travail ; la longueur de celui-ci est même très-utile ; elle donne au placenta le temps de se détacher complètement. Il faut donc engager la femme à retenir ses douleurs ; en général, elle se délivrera d'elle-même à la fois du placenta, du fœtus, et de la poche des eaux qui le renferme. Si, malgré toutes ces précautions, les membranes venaient à se rompre, il faudrait à l'instant porter un ou deux doigts dans l'orifice pour le maintenir dilaté, et exciter les contractions de la matrice, qui finit ordinairement par se délivrer elle-même. Si le placenta restait dans l'utérus, il ne faudrait pas chercher à l'extraire ; on violenterait inutilement cet organe, et l'on pourrait occasionner des accidens. Les suites de la rétention de l'arrière-faix sont moins fâcheuses dans ce premier période, à cause de son petit volume, et la matrice s'en délivre souvent par portions quelque temps après et sans accidens, comme *Hippocrate* l'avait déjà vu, et comme l'ont observé depuis plusieurs praticiens. *Gehler* (*Diss. de utero secundinas expellente. Lipsiæ*, 1767), dit avoir vu plusieurs fois les secondines être rejetées quelques jours après l'avortement, sans même avoir été putréfiées. D'autres fois le délivre reste assez long-temps dans la matrice, et est rendu enfin en entier et desséché. Le même auteur en rapporte un exemple remarquable, et où son expulsion quinze jours après l'accouchement fut accompagnée de douleurs analogues à celles qui se manifestent lorsque des fausses-couches ont lieu.

66. S'il arrivait, dans le cas d'avortement, qu'une petite portion du placenta fût sortie par l'orifice de l'utérus et s'y trouvât resserrée, ce serait le cas d'employer, comme on le conseille ordinairement, la pince à faux germe de *Levret*. Mais cet instrument déchire le placenta et ne l'extrait qu'en partie. M. *Dubois* trouve bien plus avantageux d'introduire un ou deux doigts dans l'orifice de l'utérus, et de repousser ensuite le placenta d'arrière en avant. Il assure avoir employé plusieurs fois ce procédé avec succès.

67. Quelquefois la présence du placenta dans l'utérus après l'a-

vortement donne lieu à une hémorrhagie qui peut devenir mortelle. On la combattra par tous les moyens déjà indiqués, principalement le repos, les boissons et les injections froides et astringentes; l'application de corps froids sur l'hypogastre et le haut des cuisses, les douches froides sur ces parties, sont surtout très-utiles. Si tous ces moyens échouent, on doit avoir recours au tamponnement, qui peut être employé sans danger dans ce premier période de la grossesse. Le développement de la matrice n'est pas encore assez considérable pour permettre l'accumulation d'une quantité de sang capable de compromettre les jours de la femme. « On introduira donc, comme le conseille *Baudelocque*, n.° 999, un morceau d'agaric ou d'amadou dans le col de la matrice même, si on le peut, ou bien de la filasse très-fine, de la charpie brute trempée dans l'eau et le vinaigre; on en remplira parfaitement le vagin. On aura soin de soutenir et d'appuyer ce tampon convenablement, jusqu'à ce que la matrice, irritée par sa présence, par celle du caillot et de l'arrière-faix, se contracte avec assez de force pour expulser le tout. » Ce tamponnement ne doit jamais être employé après le premier période de la grossesse; on pourrait tout au plus y avoir recours pendant le premier mois du second : c'est l'opinion de M. le professeur *Dubois*. Passé ce terme, il pourrait avoir des résultats très-fâcheux.

68. La délivrance à la suite des accouchemens prématurés arrivés pendant le second période de la grossesse, et qui portent, comme ceux du premier, le nom d'*avortement*, de *fausse-couche*, présente quelques différences. D'abord elle est plus facile; le col est moins resserré; le fœtus, plus gros que le placenta, dilate davantage l'orifice par son passage : aussi n'est-on pas obligé de respecter la poche des eaux, comme dans le précédent période; il devient même quelquefois nécessaire de l'ouvrir, lorsque le travail est trop long. La rétention du placenta est plus dangereuse; son volume, plus considérable, rend les suites de sa putréfaction plus à craindre; il faut donc toujours tâcher de l'extraire, lorsque la nature ne vient

pas à bout toute seule de s'en délivrer, malgré le soin que l'on a d'exciter les contractions de la matrice. Cependant il ne faudra pas exercer des violences trop considérables; elles peuvent devenir funestes, et causer des inflammations graves, même mortelles, comme *Smellie* en rapporte des observations. (Rec. 12, obs. 5.) Il vaut mieux alors laisser le placenta, qui quelquefois est extrait avec plus de facilité le lendemain, ou même quelques jours après. (*Smellie*, rec. 12, obs. 1 et 8; *Mauriceau*, obs. 64.) D'autres fois le placenta, abandonné en tout ou en partie, est expulsé sans accidens quelques jours après. (*Smellie*, rec. 23, obs. 1 et 8.) Cependant la rétention de l'arrière-faix peut donner lieu à des accidens extrêmement graves : aussi doit-on, autant que l'on peut, l'extraire, et c'est au médecin à varier sa méthode selon les cas, et à prendre le parti qui lui présente le moins d'inconvéniens. C'est surtout lorsque la présence du placenta donne lieu à une perte abondante qu'il faut faire tous ses efforts pour en délivrer la femme; car ici le tamponnement n'est pas admissible, la matrice est trop développée, et la mort pourrait arriver avant qu'elle fût entièrement remplie par le sang qui s'écoule. Cependant, comme nous l'avons vu [67], le tamponnement pourra encore être employé pendant le premier mois de ce second période.

69. Les accouchemens qui ont lieu pendant les trois derniers mois de la grossesse, ou pendant son troisième période, portent simplement le nom d'*accouchemens prématurés*. Ils rentrent, pour la délivrance, dans le cas des accouchemens à terme.

ARTICLE III.

Accidens qui sont le résultat d'une délivrance mal dirigée.

70. Deux opinions contraires ont régné parmi les accoucheurs relativement au rôle que doit jouer l'homme de l'art dans la délivrance. Les uns, *Paul d'Égine*, *Morgagni*, *Ruisch*, *Pasta*, etc.,

ont prétendu que ce rôle devait être passif, et que l'on devait toujours abandonner l'expulsion de l'arrière-faix aux soins de la nature. D'autres, au contraire, *Lamotte, Mauriceau, Deventer*, etc., ont soutenu qu'il devait toujours être actif, et qu'on ne pouvait trop se hâter d'extraire le placenta. Un médecin sage et éclairé gardera un juste milieu entre ces deux opinions extrêmes, également fausses l'une et l'autre, et funestes toutes les deux à la femme. Il est des cas, nous l'avons vu dans le précédent article, où l'homme de l'art doit attendre patiemment la délivrance; il en est d'autres, au contraire, où il doit se hâter de l'opérer : une foule d'accidens plus ou moins funestes peuvent résulter de son inaction dans les cas où il doit agir, ou de sa précipitation dans ceux où il doit attendre; et lors même que son action est indiquée, il produira encore de fâcheux accidens, s'il agit mal : trois sources fécondes d'accidens nombreux et souvent funestes, qui méritent tous d'être étudiés avec soin. Mais les bornes ordinaires d'une dissertation inaugurale nous empêchent de les traiter à fond; et nous sommes forcé de nous borner à donner un aperçu rapide des principaux; en sorte que cet article renfermera plutôt le plan que l'exécution du sujet qu'il annonce.

71. 1.° *Accidens qui résultent de l'inaction du médecin lorsqu'il doit agir.* 1.° Hémorrhagie excessive et instantanée, et par suite épuisement considérable de la femme, et même mort, lorsque, le placenta étant détaché en partie, on ne l'extrait pas promptement. 2.° Hémorrhagie consécutive occasionnée par la rétention de tout ou de partie du placenta, que l'on a mal à propos abandonné dans la matrice (*Mauriceau*, obs. 43, 614; *Lamotte*, obs. 393, 394). 3.° Dérangement, augmentation ou diminution des lochies; convulsions, inflammation de la matrice; fièvre putride, fièvre hectique; et souvent mort plus ou moins prompte par l'effet du séjour dans la matrice du placenta mal à propos abandonné, et de sa putréfaction. (*Lamotte*, obs. 129, 162, 294, 504.)

72. 2.° *Accidens produits par la précipitation du médecin dans les cas où il doit attendre.* 1.° Hémorrhagie utérine plus ou moins abondante lorsque le décollement du placenta est opéré, la matrice étant encore dans l'inertie, ses sinus encore béans. 2.° Descente ou renversement de l'utérus lorsqu'on tire inconsidérément sur le cordon, la matrice étant encore inerte (*Lamotte*, obs. 422; *Ruysch*, obs. anat. chirurg., obs. 10; *Amand*, obs. 62). 4.° Augmentation du resserrement spasmodique du col de l'utérus par l'effet de tentatives intempestives, et par suite impossibilité d'extraire le placenta. 5.° Perte utérine occasionnée par les tentatives exercées pour opérer la délivrance lorsqu'il y a encore un fœtus dans l'intérieur de la matrice. (*Lamotte*, obs. 241.)

73. 3.° *Accidens produits par les mauvaises manœuvres de l'homme de l'art.* 1.° Mort quelquefois extrêmement prompte par l'effet de l'épuisement et des douleurs produites par l'extraction violente de l'arrière-faix (*Lamotte*, obs. 395; *Mauriceau*, obs. 658; *Smellie*, rec. 33, n.° 2, obs. 1). 2.° Mort (*Lamotte*, obs. 392) ou épuisement extrême par suite de l'hémorrhagie interne occasionnée par le tamponnement dans les derniers mois de la grossesse. 3.° Pertes considérables et même mortelles occasionnées par les violences exercées pour extraire le placenta (*Smellie*, rec. 12, art. 2, obs. 5; rec. 23, obs. 5; *Mauriceau*, tom. 1, p. 386). 4.° Inflammations violentes et souvent mortelles de l'utérus, soit par l'effet des violences exercées pour extraire le placenta (*Mauriceau*, obs. 294, 259, 473), soit par l'usage des emménagogues conseillés par quelques auteurs pour expulser l'arrière-faix retenu dans la matrice. 5.° Excoriations, déchirures (*Portal*, obs. 16; *Rœderer*, p. 454), contusions de la matrice qui peuvent donner naissance à des ulcères ou à des squirrhes. 6.° Ruptures de cet organe (*Peu*, Prat. des acc., p. 339). 7.° Renversement de la matrice occasionné par l'emploi des sternutatoires, ou par les efforts que l'on fait faire à la femme dans l'intention d'expulser le délivre. 8.° Convulsions

graves, quelquefois mortelles, lorsqu'on exerce des violences considérables et très-douloureuses pour extraire le placenta. 9.° Tranchées considérables et abondance excessive des lochies par la présence de portions de membranes déchirées laissées dans la matrice (*Mauriceau*, obs. 262; *Lamotte*, obs. 396), ou de caillots qu'on a négligé d'extraire. 10.° Rupture du cordon par l'effet de tractions trop fortes, et difficulté de la délivrance augmentée (*Lamotte*, obs. 385). 11.° Gehler (*Diss. de utero secundinas expellente*, Lipsiæ, 1767) rapporte que des femmes ont ressenti dans la matrice, long-temps encore après l'extraction violente qu'on leur avait faite du placenta, des douleurs très-vives, toutes les fois que l'utérus était distendu par les règles ou par une nouvelle grossesse.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Prægnantes purgandæ, si turgeat materia, quadrimestres, et usque ad septimum mensem : hæ verò minùs. Juniores autem, et seniores fœtus, cautè vitare oportet. *Sect.* 5, *aph.* 29.

II.

Mulieri in utero gerenti, si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Ibid.*, *aph.* 34.

III.

Quæcumque in utero gerentes à febribus corripiuntur, et vehementer attenuantur absque manifestâ occasione, difficulter et periculosè pariunt, aut abortientes periclitantur. *Ibid.*, *aph.* 55.

IV.

Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum. *Ibid.*, *aph.* 56.

V.

Si mulieri purgationes non prodeant, neque horrore, neque febre superveniente, cibi autem fastidia ipsi accidant, hanc in utero gerere putato. *Ibid.*, *aph.* 61.

VI.

Mulieri in utero gerenti tenesmus superveniens abortire facit. *Sect.* 7, *aph.* 27.

Table

Sur le médecin Philosophe par Verrhes — 51. Pages
Sur l'allaitement maternel par Ormières — 14.
Sur la fracture de col du femur par Idrac — 40.
Sur l'apoplexie par Lapeyrie — 88.
observations propres à éclairer quelques points de médecine par Olmade — 30.
Sur la délivrance par Laffon — 40.
Sur le Scorbut par carbonel — 7.
Sur l'adynamie par Bessières — 28.
Sur l'hemoptysie idiopatique par Soulages X — 30.
Sur la nevrose par Latour — 23.
Sur les fonctions de la peau par Sudre — 154.
Sur les forceps par Duclos — 25.
Sur l'opération de la Boutonnière par Nasse — 23.
Sur quelques préparations de quinquina par Delpech — 18.
Sur les abus de la manœuvre dans les accouchemens par Clot — 23.
Sur l'opération de l'anevrisme par Fourcaud — 22.
Sur l'amenorrhée par Boulin — 26.
Sur la cataracte par Lusardi — 32.
Sur l'encephalocele par Marseille — 24.
Sur l'anevrysme externe par Rolland — 30.
Sur la topographie méd.le de la Guadeloupe par Roaldès Etienne — 47.
Sur la structure du Squelette humain par Roaldès fils — 8.
Sur les perforations spontanées de l'estomac par Bernard — 28
Sur la doctrine des fièvres par Lassalvy — 21.
Sur les émissions sanguines par Fourquet — 52.
Sur les alcalis végétaux par Cousseran — 35.
Sur les effets de l'habitude par Parant — 26.
Sur les perforations spontanées de l'estomac par L. Noel — 28.
Sur l'analyse de l'extrait d'aloès exotique par Dujac — 13.
Syntheses Pharmaceuticæ et chymicæ auctore Delpech Ch.n — 8.
X. Sur l'amputation des membres, par Gaillard — 30