

GACETA MÉDICA

DE MEXICO.

PERIÓDICO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA.

Se reciben suscripciones en México, en la casa del Sr. D. Luis Hidalgo Carpio, calle primera de San Ramon número 4, y en el despacho de la imprenta donde se publica esta Gaceta.

En los Departamentos, en la casa de los Sres. corresponsales de la "Gaceta Médica." La suscripción es de 25 centavos por entrega y el pago se hará al recibirla el suscriptor.

SUMARIO.

Distocia ocasionada por el estrechamiento extraordinario de la pelvis. Embriotomía con éxito feliz, por el Sr. D. Julio Clement.—Embarazo llegado á término. Trabajo lento de parto. Presentacion de tronco. Ruptura de la vagina y paso del niño al vientre materno. Muerte de la madre y del hijo, por el Sr. D. Antonio Careaga.

TOCOLOGIA.

Carta dirigida por el Sr. D. Julio Clement al Sr. D. Juan María Rodriguez, sobre un caso de distocia ocasionada por el estrechamiento extraordinario de la pelvis.

EMBRIOTOMÍA AL TÉRMINO DE LA PREÑEZ.—DIÁMETRO SACRO-PUBIANO DE LA MADRE, TREINTA Y SEIS MILÍMETROS.

Monsieur le Dr. Rodriguez.—Monsieur et estimable confrère.—Il y a quelques jours, dans une visite dont vous m'avez honoré, vous manifestâtes le désir d'obtenir de moi par écrit ce que la pratique a pu m'offrir ou me suggérer d'original en matière d'accouchemens. Vous me donnâtes la raison de ce désir en ajoutant que près de concourir pour une chaire d'accouchemens de notre école de Mexico, vous vous proposiez de réunir les données propres au pays sur cette spécialité, pour en faire la base de votre thèse.

Votre idée m'a paru bonne; certainement, elle vous fait honneur, car vous ouvrez là une voie fort utile. Telle étant mon opinion, je me suis empressé de vous satisfaire et dans ce but, j'ai exhumé devant vous quelques faits et quelques données dont les premiers souvenirs datent (à mon grand regret) de trente ans.

Parmi les faits que j'ai mentionnés, il en est un qui vous a paru mériter l'attention. J'ai le plaisir de vous l'offrir selon ma promesse.

L'observation ci-dessous fut rédigée à Guadalajara, en 1857, immédiatement après le rétablissement de la malade. Je l'écrivis pour ma simple satisfaction; comme tant d'autres bagatelles du même genre, elle a été gardée jusqu'ici sous clef et n'a été communiquée à personne.

Il s'agit, comme vous le savez, d'un fait d'embryotomie à terme suivie de succès dans un cas d'angustie extrême du bassin.

Il me faut exprimer un regret avant d'entrer en matière: au moment d'opérer le sujet de cette observation, je dus prendre et pris en effet avec exactitude la mesure du plus petit diamètre du bassin, le sacro-pubien, lequel donna, on le lira plus loin, 36 millimètres. Pendant la couche, je mesurai les diamètres bi-ischiatique, 61 millimètres et cocci-pubien 99 millimètres; mais ce ne fut qu'après le rétablissement de la malade que je pus procéder à l'établissement des autres diamètres; or le papier sur lequel je rapportais le pelvimètre pour fixer ces dernières mesures et en tirer des quantités connues s'est égaré ou perdu: je ne puis le retrouver; mes notes renvoyant à ce papier se trouvent donc incomplètes sous plus d'un rapport. Toute fois, les trois dimensions indiquées du bassin se combineront aisément dans l'esprit du lecteur avec la notion de la taille de la femme 1.^m09, pour mettre en évidence les conditions les plus importantes du cas.

OBSERVATION.—1857.

Clara Camacho, de Guadalajara, est âgée de 27 ans. Sa famille assure qu'elle n'a jamais fait de maladie sérieuse, mais qu'elle est née petite et chétive et que dans l'enfance, sa tête devint très grosse.

L'aspect de Clara correspond à cette dernière donnée. Cette femme offre au plus haut degré les formes des nains par hydrocéphalie:

Le crâne est énormément développé, surtout en avant; la face, au contraire, est petite et comme ratatinée; les traits semblent appartenir à un vieillard;

Le squelette ne présente pas d'inflexions anormales, les jointures sont bien conformées, elles ne sont pas grosses.

L'ensemble du personnage rappelle involontairement ces caricatures à grosse tête montée sur un petit corps qui étaient de mode il y a quelques années.

L'intelligence est au moins passable.

Appelé près de cette malheureuse femme, je constatai ce qui suit:

Ses règles s'étaient supprimées depuis neuf mois à la suite de violences exercées sur sa personne par un individu qui, plus tard, fut condamné par les tribunaux comme l'ayant violée.

Elle était depuis 3 jours en proie aux plus grandes souffrances. Ces souffrances étaient évidemment celles de l'accouchement; elles venaient de s'aggraver sous l'influence d'une prise d'ergot de seigle qu'avait conseillé un médecin.

Dès la suppression des règles, le ventre avait commencé à se modifier; l'accroissement progressif de son volume, accroissement qui était parvenu à ce qu'il est au terme de la grossesse, les mouvemens propres du fœtus qui s'étaient manifestés dès 4 mois et demi après la cessation des règles, le travail enfin, tout se joignait pour ne laisser aucun doute sur la nature du cas.

Une singularité très remarquable distinguait les formes de l'abdomen de ce qu'elles sont

ordinairement au terme de la grossesse: la tumeur utérine n'avait pu trouver place dans la cavité abdominale, elle s'était développée entièrement en avant; les parois abdominales cédant avec peine à l'effort de la grossesse s'étaient moulées sur la matrice de façon que vu de profil, le ventre présentait une véritable bosse qui en haut, sortait brusquement du défaut des côtes faisant, dès sa naissance, une saillie de 12 à 15 centimètres. La même disposition se remarquait à l'hypogastre, la symphyse pubienne constituant la lèvre postérieure d'une sorte de repli transversal, superficiel mais sensible, dont l'autre lèvre relativement énorme, contenait la tête de l'enfant.

L'état général était meilleur qu'on n'eût dû l'attendre dans de telles circonstances, et en particulier sous l'influence du parasitisme fœtal chez un être aussi prodigieusement réduit. Clara n'était point amaigrie; les lèvres étaient bien colorées; le cœur sain battait énergiquement 90 fois par minute et encore fallait-il attribuer cette fréquence du rythme à la force et à la persistance des douleurs du travail si malheureusement exaspérées par l'administration de l'ergot. La respiration était pleine et facile dans les courts instans de repos qui nous étaient accordés. La langue était peu chargée et humide; il n'y avait ni soif ni vomissemens.

Le ventre n'était pas sensible à la pression; seulement, la contractilité utérine était tellement excitable que le palper abdominal la provoquait immédiatement. Quand venait la douleur, la tête du fœtus (située comme il vient d'être dit) se portait en avant avec tant de force que les tégumens du bas ventre se tendaient comme s'ils eussent dû se rompre.

Le toucher acheva de nous éclairer sur les dangers et les difficultés de la situation, difficultés que les indications qui précèdent sur les principaux diamètres pelviens et sur la stature de la femme, ont déjà passablement mises en lumière.

Les organes externes n'offraient de particulier que leurs très petites dimensions que réduisait encore en apparence la hauteur anormale de la fourchette; ce repli se portait jusqu'au devant de l'entrée du vagin.

En l'attirant en arrière et en écartant les petites lèvres, on pouvait constater une assez singulière disposition: la muqueuse de l'orifice vaginal présentait des rides d'une profondeur insolite; ces rides fort irrégulières lui donnaient l'aspect approché de végétations; déployée, cette membrane eût atteint facilement l'ampleur qui correspond à un vagin normal, au terme de la grossesse.

L'index introduit jusqu'à l'articulation de la seconde avec la première phalange à peu près, rencontrait la saillie sacro-vértébrale; placé entre cette éminence et la symphyse pubienne, il avait si peu de jeu dans le sens antéro-postérieur qu'en lui ajoutant le médius, on touchait sensiblement, à la fois, les deux extrémités de ce diamètre. Latéralement et à la même hauteur il y avait un peu plus de place, les diamètres transverse et obliques étaient proportionnellement moins exigus.

Une différence notable se traduisait à l'avantage du détroit inférieur; cette différence due particulièrement à l'obliquité fort exagérée du sacrum en bas et en arrière donnait au diamètre coccy-pubien une longueur compatible avec un accouchement difficile mais possible; le diamètre bi-ischiatique quoique très pauvre était moins que le transverse du détroit supérieur.

De l'obliquité signalée du sacrum résultait l'abaissement apparent de la saillie sacro-ver-

tébrale et la brièveté du trajet intra pelvien—double disposition qui avait permis au doigt du toucher d'atteindre la saillie sacro-vertébrale à la profondeur de seulement 4 ou 5 centimètres.

Il semblait donc en résumé que le trajet puerpéral avait la forme d'un cône tronqué très bas dont la base, inférieure, avait son grand diamètre antéro-postérieur et dont la troncature, supérieure, avait son grand diamètre transversal.

Le col utérin aminci et très mou s'ouvrait sans résistance devant l'écartement de l'index et du médius introduits dans sa cavité, et lors qu'au moyen de cet écartement j'arrivais, ce qui était par trop facile, à toucher les extrêmes d'un diamètre quelconque, cet organe fuyait devant la pulpe des doigts sans se tendre.

Une autre particularité que je constatai fut que l'extrémité libre du col était de niveau en hauteur avec la saillie sacro-vertébrale, d'où il résulte qu'après ces 3 jours de travail, non seulement l'utérus, mais le col lui-même était au dessus du petit bassin.

L'amnios était intact; la poche des eaux formait pendant la douleur une sorte de tumeur en boyau ainsi qu'on l'observe souvent dans les présentations anormales.

Dans l'intervalle des douleurs, les doigts touchaient médiatement le fœtus; comme on le sait déjà, c'était la tête qui se présentait; mais, dans les conditions que je viens d'établir, on le conçoit, le toucher ne pouvait, à lui seul, donner que des notions fort incomplètes sur la position. Portés en haut et en arrière, la pulpe tournée en avant, les doigts percevaient simplement la sensation d'une surface osseuse, lisse, convexe d'arrière en avant, sous cutanée, qui se perdait bientôt en avant du bord supérieur des pubis; il était clair par cette sensation que le vertex était la surface touchée; quant à la position, rien n'était éclairci car les doigts ne recevaient sur ce point que des données négatives;—ainsi ils ne rencontraient ni sutures, ni fontanelles.

Toutefois ici, le palper abdominal suppléait en grande partie à l'insuffisance du toucher, une fois constatée la présence de la tête au dessus et au devant du rebord pubien, les mains pouvaient suivre les contours de l'enfant à travers la paroi abdominale considérablement amincie; ils pouvaient reconnaître jusqu'à l'évidence les formes des diverses parties accessibles du produit, au point ne laisser rien à faire à l'analyse pour déterminer les moindres circonstances utiles des élémens de la présentation et des positions respectives de la tête, du tronc, des membres du fœtus.

Il résultait de l'examen par le palper qu'en admettant que le détroit supérieur eût été de dimensions à recevoir la tête, on eût pu dire de celle-ci qu'elle était en position occipito-iliaque droite transversale.

Le rectum et la vessie étaient vides.

J'auscultai attentivement et longuement l'utérus, et ne pus constater aucun bruit attribuable au cœur du fœtus. De son côté, il y avait plus de 24 heures que la femme n'avait senti de mouvemens.

La perte de sang était presque nulle.

Il était pressant d'agir: la vigueur de la mère, ma seule espérance; allait bientôt décliner et s'éteindre sous la pression de tant de si grandes douleurs inutiles; quelques heures de plus d'inaction et toute tentative de délivrance allait se convertir en une cause nécessaire de mort.

Que se passa-t-il en moi dans le moment suprême où j'allais décider sur le sort de cette malheureuse? Je le sais à peine aujourd'hui. En tout cas, la pensée qui me vint à l'esprit ne peut s'expliquer que par l'horreur instinctive que j'ai vouée à l'opération césarienne.

Il y a de cela bien des années, pendant que j'étais à l'école, je vis un grand maître M. Paul Dubois pratiquer une fois cette opération à l'hôpital des cliniques de Paris, dans un cas absolument semblable à celui que j'avais présentement sous les yeux. Il s'agissait d'une naine; on l'avait recueillie aux cliniques longtems avant son terme et là, nous autres jeunes gens, avions pu suivre jour par jour le développement monstrueux de cette grossesse qui dans les derniers temps, donnait au diamètre antéro-postérieur de l'abdomen une longueur approchée de la taille de la femme. L'heure fatale arriva; prévenus, nous remplissions l'amphithéâtre; ce que nous vîmes ne mérite le titre d'opération que du point de vue des bonnes intentions et du calme intelligent du maître. L'enfant mourut en sortant du ventre de sa mère et celle-ci ne survécut à son petit que quelques heures de torture. On parla d'hémorragie, d'épuisement nerveux; on parla aussi, s'il m'en souvient, d'une anse intestinale très mal placée au devant de l'utérus, que sais-je? en résumé, tout cela fut horrible et sans fruit.

Ce n'est pas tout: ma mauvaise fortune m'a fait appeler une fois en Europe, une autre fois à Guadalajara, auprès de femmes à terme qui venaient de mourir; j'ai dû pratiquer la section et, dans les deux cas, j'ai perdu ma peine.

Qu'à cela on ajoute, si l'on veut bien, les sombres résultats des statistiques vraies de l'accouchement césarien et on comprendra sans peine comment et pourquoi, sans proscrire radicalement l'usage de cette méthode, j'en suis venu à la considérer comme une ressource désespérée, répugnante à l'excès, et à rechercher à l'occasion, jusque vers les limites de l'impossible, les moyens de lui échapper.

Aussi, avais-je beau me répéter le précepte classique: "avec le diamètre minimum moindre de 5 centimètres, faire l'accouchement sus-pubien;" l'instinct luttait si puissamment dans mon esprit contre cette maxime que je ne pouvais me décider à l'accepter avant d'avoir pratiquement reconnu l'impossibilité de réussir par la voie naturelle.

Ce qu'on a vu de l'état de l'enfant m'excitait encore davantage dans ce sens: finalement ma résolution fut de tenter un essai d'embryotomie en évitant toute violence imprudente. Il était clair du reste qu'à la condition de ne pas perdre le tems et de ne pas maltraiter la femme, cette tentative laisserait au besoin, la place ouverte à l'opération césarienne.

L'examen que je venais de faire, le diagnostic qui en était résulté étaient incomplets, insuffisants devant cette conjoncture: il fallait, 1^o déterminer par des chiffres, au moins, le plus petit diamètre; 2^o reconnaître matériellement les relations essentielles de la position; 3^o s'assurer du degré de mobilité dans tous les sens possibles de la tête du fœtus, dans l'intervalle des douleurs.

Ces recherches rendaient nécessaire deux pratiques préliminaires: la division de la fourchette et la rupture de la poche des eaux. Je remplis cette double indication: la poche des eaux très résistante céda à l'ongle pendant une forte douleur. La fourchette fut divisée par les ciseaux jusques au niveau de la partie postérieure du vestibule.

1. Le diamètre minimum, le sacré-pubien, fut fixé à la dimension déjà connue de 36 millimètres, au moyen du pelvimètre de Van Huevel. Cette mesure fut prise plusieurs fois,

toujours, avec le même résultat. Je puis assurer que les procédés secondaires de ce genre de mensuration furent exécutés avec une exactitude rigoureuse.

2. La femme étant couchée sur les dos et un peu à droite, l'index droit fut porté sur le vertex du fœtus; puis, suivant la courbe de cette partie en haut et en arrière il parvint, dans l'intervalle de deux douleurs, jusqu'à sentir une oreille; le médius le suivit bientôt dans cette voie et il fut reconnu qu'on touchait l'oreille droite.

Il fallait encore atteindre le milieu, le sommet du vertex placé comme nous l'avons dit immédiatement au dessus et en avant du bord supérieur des pubis. Pour ce faire, la femme fut couchée sur le côté gauche et alors, restant placé en face de son plan postérieur, je pus introduire l'index et le médius droits presque d'arrière en avant de manière à rencontrer le point de contact des pubis avec la tête, la pulpe de ces doigts tournée vers la tête; parvenu là, je m'aidai de ma main gauche appliquée sur l'hypogastre pour imprimer à la tête quelques mouvemens qui facilitassent le passage de mes doigts jusqu'au lieu important du toucher. Un moment de calme me permit d'exécuter cette manœuvre sans trop de difficulté et je pus vérifier par la touchier de la suture sagittale et de la fontanelle postérieure l'exactitude du premier diagnostic.

3. Quant aux mouvemens dont la tête était susceptible sous l'influence de la pression de nos mains, ils étaient relativement fort étendus dans tous les sens utiles; ainsi, les doigts placés entre elle et la base de la colonne vertébrale la portaient en avant de bien 2 centimètres; la main posée au dessous du relief prépubien pouvait l'élever sensiblement au dessus du niveau des pubis; enfin, elle pouvait être portée soit à gauche soit à droite assez loin pour abandonner presque entièrement celles des fosses iliaques d'où on voulait la repousser.

Tout cela une fois bien établi, je dus jeter un coup d'œil sur mes moyens d'action et en particulier sur ceux qui pouvaient me servir à attaquer la base du crâne, à amener la tête au dehors. Ces moyens se réduisent au forceps scie de Van Huevel et au céphalotribe.

J'avais à ma disposition le forceps scie; je le conserve encore comme un monument de vaine ingéniosité: il ne m'a jamais servi. Ses dimensions le rendaient complètement inapplicable.

Il en était autrement du céphalotribe. Les cuillers de cet instrument n'ont guères que trois centimètres dans leur plus grande largeur; assemblées et jointes, la pince qu'elles forment a bien 38 millimètres de largeur maxima; mais en les serrant l'une contre l'autre, les extrémités chevauchent entre elles et les 38 millimètres se réduisent à 36 dimension du plus petit diamètre.

De là résultait que, quant au bassin, cet instrument pouvait certainement être introduit et que, une fois articulé et fermé à outrance, il pourrait également être retiré, mais cela ne suffisait pas pour nous donner une chance raisonnable de succès: nous avions surtout à compter avec la tête, et celle-ci, même réduite en tous sens, pouvait résister à tous nos efforts; avant le broiement, ses diamètres tels qu'on les constatait assez bien tant au toucher vaginal qu'à travers la paroi du ventre, dépassaient tellement ceux du détroit supérieur, ses rapports avec ce détroit étaient si à faux qu'il était facile que le céphalotribe se trouvât arrêté dans la difficulté de saisir un si gros volume à travers un canal si étroit et si défavorablement disposé.

Cette question me parut devoir être résolue la première. A quoi bon perforer le crâne, évacuer le cerveau, si le forceps ne pouvait être appliqué?

Nous nous mîmes à l'œuvre sur cette idée.

Le liquide amniotique qui baignait les linges de la femme était souillé d'une forte proportion de mæconium.

Pour la première fois depuis de longues heures, la femme avait un peu de repos; les douleurs s'éloignaient.

Le diamètre transverse était, pour les raisons déjà comprises, le seul sur lequel le céphalotribe pût être appliqué.

La branche gauche fut présentée et pénétra sans trop de peine, conduite sur deux doigts soigneusement tenus dans le col utérin. Cependant, il fallut pour ce faire, qu'un aide appliquant les mains sur l'hypogastre déviât la tête de plus d'un pouce vers la droite de la femme.

De cette façon, ce que nous gagnions pour l'application de la première branche se trouvait perdu pour l'application de la seconde qui allait rencontrer la tête en telle situation qu'elle ne pourrait jamais la contourner vers la droite.

L'expérience justifia cette idée et la branche femelle présentée au devant de la symphyse sacro-iliaque droite vint s'arc-bouter contre le vertex et s'arrêta là pour tant qu'on l'inclinât dans le sens du chemin qu'on voulait lui faire parcourir.

La manœuvre classique était donc inexécutable, il fallait abandonner l'embryotomie ou trouver un autre mode de passer la branche réfractaire.

Ce mode me fut donné par la considération de ce que la tête avait, grâce à la docilité des parois abdominales, toute liberté pour céder d'arrière en avant. De là résultait que la branche pourrait glisser entre elle et la colonne vertébrale, et tourner ainsi l'obstacle que présentait l'introduction sur le côté; une fois la partie rentrante de la cuiller conduite au delà de la plus grande saillie de sa tête, sur la partie rentrante de l'ovoïde, il ne serait pas impossible de faire glisser cette branche latéralement jusqu'à l'opposer à la première. La petite courbure si prononcée dans le céphalotribe devait me favoriser en cela par la direction qu'elle donne à l'extrémité de la cuiller engagée, dans le mouvement par lequel le manche est abaissé et ramené vers l'axe du bassin.

On verra dans cette idée la dernière exagération possible du mouvement de spirale recommandé par la plupart des accoucheurs dans l'introduction du forceps. Il est cependant bon de remarquer qu'ici la manœuvre repose sur un principe entièrement différent de celui sur lequel on a fondé l'indication du mouvement de spirale classique, celui-ci en effet, a pour objet, en attaquant d'abord la partie postéro externe du bassin, de faire monter la branche du forceps par l'extrémité la plus large du plus grand diamètre du détroit supérieur, si la tête est élevée; si la tête est basse, de faciliter l'introduction de la main et de la branche en les faisant correspondre à la partie molle, expansible du petit bassin. Pour nous, nous voulions agir sur le plus petit diamètre pelvien, comptant seulement sur l'espace que la manœuvre dans ce sens pourrait nous faire gagner en raison de la mobilité de la tête en avant.

Voici comment je m'y pris pour atteindre le but: une table convenablement garnie nous servait de lit; la femme était couchée sur le dos, la vulve au niveau du bord de la table. La cuisse droite fut fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse de manière que le membre

inférieur ne m'embarassât nullement. L'index et le médius droits furent introduits, d'abord au devant, puis immédiatement en dedans de la première branche qu'un aide maintenait; ils s'insinuèrent bientôt dans le col utérin et de là, au devant de la saillie sacro vertébrale en arrière de la tête, jusqu'au niveau de la dernière lombaire. La main *gauche* tenait la branche femelle; elle la conduisit sur ces doigts, la concavité de la grande courbure en avant, (1) celle de la petite courbure en haut et à droite, de manière que le bec de la cuiller regardât en haut et en arrière dans la direction inféro supérieure de la partie du vertex avec laquelle il était en contact. Quelques mouvemens très ménagés d'oscillation firent atteindre à la cuiller l'extrémité des doigts conducteurs, lui firent dépasser ces doigts tellement que la moitié de sa longueur finit par être engagée derrière la tête qui, comme c'était prévu, cédaient en avant;—Alors, j'avais franchi l'obstacle; il ne restait plus qu'à compléter ce mouvement ce qui n'offrait pas de difficulté, et à contourner la tête de dedans en dehors vers la droite jusqu'à ce que la seconde branche vint s'opposer à la première;—Alors aussi la main *droite* quitta le vagin et saisit la branche femelle dont elle ramena graduellement le manche dans l'axe du détroit supérieur tandis que la main *gauche* appliquée sur l'hypogastre et repoussant la tête vers la gauche de la femme aidait et surveillait les détails de l'évolution de la cuiller. C'est ainsi que je parvins sans trop de peines à conduire la branche femelle jusques sur l'occiput du fœtus, et que le forceps put être articulé.

Dans cet état de choses, le bec des cuillers se sentait vers la ligne blanche, immédiatement derrière la paroi abdominale; à la vulve, le forceps passait à un centimètre à peu près de la pointe du coccyx. Le palper du ventre et quelques légers mouvemens de latéralité et de rotation imprimés à la tête à l'aide de l'instrument démontrèrent surabondamment que la tête était bien saisie, par la base du crâne, selon le diamètre occipito frontal.

Tout cela parfaitement éclairci et après nous être assurés que la femme n'était pas pincée, nous mîmes en jeu la pression et la portâmes jusqu'à fermer complètement le céphalotribe. Il fallut employer beaucoup de force aux derniers tours de clef, mais, comme cette manœuvre se faisait d'un pas mesuré, qu'on jugeait bien à travers la paroi du ventre de ce qui se passait au dedans, que la femme consultée ne se plaignait pas, nous poussâmes l'affaire à bout sans inquiétude.

Le broiement de la base du crâne était l'unique service que, pour le moment, nous puissions attendre du céphalotribe. Cet effet obtenu, nous retirâmes l'instrument.

La malade avait peu souffert dans cette manœuvre; elle n'était nullement abattue; elle demandait qu'on continuât à procéder. Les contractions, du reste, fortes et durables nous laissaient cependant de bons intervalles de repos.

Nous avions fait un pas sensible vers la solution du problème.

La craniotomie fut immédiatement pratiquée. Le cerveau fut extrait complètement. Les mains d'un aide s'utilisèrent dans ce tems du travail en modifiant la position de la tête selon les besoins de la manœuvre. Toutefois, comme on le suppose, il nous fut impossible d'attaquer le crâne par la suture sagittale, plus encore, par une fontanelle; je pénétrai à travers la bosse pariétale ce qui eut bien sa difficulté; mais une fois l'instrument introduit, ouvert largement, puis retiré avec fermeté dans son degré d'ouverture, il s'offrit à nous une

(1) Par rapport à la femme supposée dans la posture du sujet anatomique.

voie large et facile qu'aggrandit en un instant l'usage d'une forte pince à polypes, en brisant jusqu'à distance le contour osseux de la plaie faite par le perforateur.

Après cela, considérant comme bon à soustraire isolément tout ce qui pouvait l'être, je me mis à la poursuite des os de la calotte du crâne dont j'enlevai la majeure partie au moyen de la même pince agissant tantôt seule, tantôt aidée d'une seconde pince semblable. La manière de faire qui me servit dans ce temps fut : 1^o de saisir solidement avec un pince le bord libre du péricrâne correspondant à la pièce osseuse que je me proposais d'enlever; 2^o saisir de la même façon la pièce osseuse avec l'autre pince; 3^o coiffer à un aide celle des pinces qui correspondait à ma main droite et prendre moi-même l'autre pince de ma main gauche; 4^o produire avec les pinces des tractions en sens opposés de manière à tendre les fissus qui unissent les deux parties saisies; 5^o séparer ces parties l'une de l'autre en forçant entre elles, en toutes directions, une lame mousse non tranchante; 6^o profiter du décollement de l'os saisi pour donner à la pince qui le tient la plus large prise possible; 7^o, enfin arracher l'os ou partie de l'os en procédant par torsion.

Inutile d'ajouter que dans cette manœuvre peu douloureuse pour la femme mais longue et patiente au delà de toute expression, je fus puissamment assisté par les mains de l'aide qui disposant de la position de la tête à un degré qu'on ne peut guère comprendre qu'après avoir vu, présentait pour ainsi dire les parties à l'action de mes instrumens; inutile également d'ajouter que je dus commencer par me débarrasser de cette partie du squelette qui se trouvait d'elle même en face du détroit et que le pariétal gauche fut le premier os extirpé; après avoir ainsi débarrassé le côté facile du crâne, j'obtins sans trop de peine que l'aide inclinât le sommet de la tête vers le plan postérieur de la femme et que par là, le côté gauche de cette partie se présentât assez franchement à mes pinces pour pouvoir être fixé et détruit à son tour.

Donc, la plus grande portion possible de la masse céphalique avait disparu; le reste de cette masse broyé par le céphalotribe n'offrait plus de diamètre sensiblement irréductible.

Revint le moment du céphalotribe qui passa et fut appliqué comme la première fois, mais sans hésitation et en peu d'instans. La tête saisie comme d'abord et étreinte de nouveau jusqu'à fermer l'étau, les tractions commencèrent. Leur direction était selon le détroit à franchir, en arrière et en bas. Toutefois, comme en même temps que la tête s'était aplatie d'un côté à l'autre de la femme, elle était devenue plus saillante en avant, j'aurai mal de nos efforts dès le commencement des tractions que j'allais immédiatement suspendre quand le forceps céda: il abandonnait peu à peu la tête qui n'avait par été prise assez haut, en égard à la destruction préalable du crâne.

Je replaçai le forceps sans changer de manière; seulement, je le portai plus loin; puis, avant d'articuler, faisant tenir ferme la branche gauche en place et m'aidant de la main gauche appliquée sur l'hypogastre comme d'un guide, je travaillai à pousser la cuillère droite en avant ce que je réussis à faire sans que la tête tournât sensiblement sur elle-même, grâce à la résistance de l'autre branche. A la fin de ce mouvement, les cuillers se rencontraient par le bec et la branche femelle s'abaissait au devant du périnée froissant la plaie de division de la fourchette. La branche mâle fut mise à son tour; prenant un point d'appui sur ma main gauche qui la tenait en plein près du pivot et agissant sur l'extrémité de la poignée avec la

main droite, j'en amenai par degrés la cuiller à faire opposition à celle de l'autre branche. En tout cela, j'avais procédé lentement, évitant toute violence. J'articulai.

On vit clairement qu'un nouveau diamètre avait été saisi car, au dehors, les branches s'écartaient beaucoup plus qu'elle ne l'avaient fait au même tems de la seconde application.

Nous fîmes jouer le constricteur et fermâmes à fond l'instrument. Cela requit un effort à peine moindre que celui de la première application.

Le forceps se trouvait donc couché les cuillers en travers de la femme, le bec des cuillers à gauche. Les branches sortaient de la vulve en côtoyant les ligamens sacro-sciatiques droits près de leur insertion à la tubérosité. La tête était saisie bilatéralement.

Peurquoi portai-je ici la branche mâle en arrière? Je le dirai. On sentait, on voyait le relief de l'épaule droite dessiné à travers la paroi abdominale. Cette épaule se portait sensiblement vers la droite de la femme. Je reconnus en cela la disposition du thorax à se présenter le plan antérieur en avant d'où je conclus que la tête devait être dégagée en position occipito-sacrée, position à laquelle allait correspondre le sens dans lequel j'appliquais le forceps, puisque ainsi posé, la concavité de sa petite courbure allait au moment du dégagement, regarder le pubis.

J'aurais pu repousser en dedans le forceps, dans un moment de repos, assez pour me donner la liberté de le reporter comme il était les deux premières fois dans le sens du diamètre transverse. Je n'en fis rien. Nous avons vu que le travers de l'instrument fermé donnait ou à très peu près la mesure du plus petit diamètre, le sacro pubien; or, il me parut plus sage de présenter à ce diamètre la face polie des cuillers réduites qu'elles étaient à ses dimensions que de l'exposer à l'injure de ce qui, de la tête, dépassait les cuillers en avant et en arrière.

Egalement, il me parut bien que la base du crâne s'engageât autant que possible, non de front, mais très obliquement, de sorte que son extrémité la plus aplatie—celle qui regardait à droite de la femme—entrât la première dans l'excavation.

Il ne s'agissait plus que de faire l'extraction; c'était le point difficile entre tous.

L'instrument fut confié à deux aides afin que l'effort se partageant entre eux, n'exigeât pas de chacun cette violence d'action qui prive un homme de toute adresse.

Je me proposai de surveiller l'action tant par le palper du ventre que par le toucher.

Un coussin avait été mis sous le siège de la femme ce qui permettait de tirer plus horizontalement et par conséquent, plus facilement.

Les tractions eurent lieu d'après les données qu'on vient de lire; l'extrémité libre du forceps en même tems qu'elle était dirigée en bas et en arrière, était notablement attirée vers la gauche de la femme, et grande fut ma joie de voir que, dès le commencement de nos essais, cette dernière direction réussissait à faire descendre la tête comme je l'avais voulu; la base du crâne regardant la gauche de la femme, la tête n'offrant au bassin que de très petits diamètres.

Au moyen de tractions qui ne dépassèrent ni en force ni en durée ce qu'il n'est pas rare de voir employer dans l'accouchement ordinaire par le forceps, la tête franchit le détroit, passa dans l'excavation. En même tems, le forceps gyrait graduellement de la gauche vers la droite de sorte que quand la tête parvint à la vulve il se trouvait placé bi-latéralement par rapport à la femme: enfin, la vulve fut dépassée, la tête était libre.

Pendant l'extraction de la tête, les épaules avaient nécessairement descendu; en même tems, ce mouvement de rotation qui semblait se préparer dès avant la manœuvre et par le quel le tronc devait arriver à présenter son plan antérieur en avant, ce mouvement s'était réalisé. Il résultait de là une position sans solution directe possible, car le diamètre bi-acromial était loin de pouvoir être admis par aucun de ceux du détroit supérieur. Néanmoins je ne pouvais manquer de constater que la rotation du tronc nous plaçait dans la condition la moins désavantageuse possible, en mettant ce diamètre en rapport avec les plus grands diamètres du détroit, soit le transverse, soit l'oblique.

Dans cet instant critique, un moyen m'apparut de dégager l'inconnue: il fallait à tout prix éviter le diamètre bi-acromial; je l'évitai en forçant une épaule à s'engager seule.

Pour cela, sans dégager la tête du céphalotribe, je fis cesser toute traction. Le cou singulièrement allongé et aminci par les tractions était à moitié flottant dans l'excavation. Je l'avais, à tout hazard, entouré à sa base, d'un lac solide. Une forte pression manuelle dut porter et maintenir le tronc vers la droite de la femme; la laxité des parois abdominales me permit d'attirer l'aisselle droite du fœtus au niveau de l'extrême gauche du diamètre transverse du détroit. Cela fait et vu, le crochet axillaire mousse du forceps ordinaire fut glissé de champ entre le fœtus et le rachis de la femme, atteignit l'aisselle convoitée, fut retourné le bec en avant et saisit sa proie l'aisselle pour ensuite être incliné le plus possible le bec vers le tronc du fœtus afin déviter son plein au petit diamètre du détroit. Cette manœuvre qui ne fut pas sans difficultés dut la plus grande partie de son succès à l'action de la main gauche qui suivait et assistait, placée sur le ventre, l'introduction et l'application du crochet.

Ce dernier instrument fit les premiers frais de la traction; l'épaule s'allongea, se prêta tellement, que non seulement elle franchit le détroit, mais encore elle parvint presque à la vulve sous la forme d'une sorte de cône dont le sommet tronqué se présentait en avant. Les tractions portées alors et en même tems, sur la tête et le cou, achevèrent de l'amener et engagèrent à la fois le sommet du thorax.

Il convenait de dégager le bras, cela fut long et pénible, mais enfin, le bras sortit; contre mon attente, il n'était pas fracturé.

Ce point gagné, nos tractions qui jusques là avaient porté obliquement vers la droite de la femme, furent immédiatement dirigées vers sa gauche; une grande partie de ces tractions s'exerçait sur le bras sorti.

Sous l'action de ces moyens, se présentèrent successivement la base du col et la clavicule gauche; enfin, on vit l'épaule qui se montrait autant en avant qu'à droite, cela pour obéir sans doute, aux formes du détroit inférieur.

Le bras gauche fut amené au dehors, mais à moins de frais que l'autre, soit parce que je m'y pris mieux, soit parce que j'attendis pour le saisir qu'il eût descendu davantage.

Le reste du thorax et l'abdomen jusqu'aux crêtes iliaques n'offrirent dans leur extraction rien de remarquable qu'une facilité relative.

Quant au bassin, il fut attiré obliquement comme l'avaient été les épaules. L'iliaque droit fut engagé le premier. J'omets à ce sujet des détails qui sont déjà parfaitement compris.

La délivrance eut lieu avec mon aide, il est vrai, mais simplement et sans accident; elle

trouva dans notre fameux diamètre, un léger obstacle dont triomphèrent des tractions prudentes sur le cordon.

Le tout de notre intervention avait duré 3 heures, inclus les nombreux et longs repos que j'avais accordés à la femme. L'extraction des os plats du crâne avait bien employé les deux tiers de ce tems.

La femme débarrassée de son produit le fut aussi et immédiatement de ses douleurs; elle se plaignait seulement d'ardeurs à la vulve que l'application d'un linge chaud calma. Elle transpirait abondamment. Le pouls vibrant, plutôt fort que faible, tombait à 80 une heure après l'accouchement.

La conscience d'avoir échappé par une voie si inespérée à une mort qu'elle croyait inévitable depuis le commencement de sa disgrâce, l'assurance répétée que je me plaisais à lui donner du succès, l'évidence d'un fait de la grosseur de celui que je venais de produire, tout contribua à ranimer le moral de la pauvre femme qui, avant notre départ, manifesta son contentement et sa reconnaissance par des démonstrations très vives dans lesquelles certaine gaieté ne faisait pas défaut. Ce que je veux montrer par ces détails, c'est qu'après tout, l'état général de notre malade n'avait rien de plus grave que celui d'une accouchée quelconque.

Le périnée ne s'était pas rompu.

Les suites de cet accouchement furent heureuses.

L'hémorrhagie tant immédiate que consécutive fut des plus modérées.

La fièvre vint 36 heures après la délivrance, elle fut violente; peu d'heures après son invasion, le lait se produisit et sortit en abondance et spontanément des seins; une sueur copieuse qui ne dura pas moins de deux jours ramena le calme.

Au quinzième jour, quelques symptômes d'embarras gastrique avec constipation cédèrent à un purgatif.

L'utérus ne s'affecta pas; il parut conserver pendant quelque tems plus de volume qu'il n'est d'usage, sans être jamais notablement sensible à la pression. Cet excès, je dois le reconnaître, n'était qu'une illusion de ma part effet de la petitesse du ventre et de la situation déjà connue de l'utérus au dessus du petit bassin.

Les lochies furent abondantes; après 8 jours, elles étaient blanches; elles continuèrent 45 jours, diminuant dans une progression naturelle jusqu'à disparaître complètement.

Le seul point qui dans la couche, méritât une attention sérieuse, était le vagin. Il y eut là une véritable inflammation effet de la contusion et de l'érosion presque générale de la muqueuse. Une pellicule de la surface de la plaie de la fourchette, se gangréna. Ces désordres qui furent combattus par des soins de propreté fort assidus n'eurent d'autre résultat que de prolonger la durée des couches sans jamais menacer de donner lieu à une infirmité. La fourchette finit par cicatriser; les cloisons vésico et recto-vaginale demeurèrent intactes.

Trente jours après l'accouchement, la femme se leva complètement rétablie. Elle eût pu dès lors, prendre autant d'exercice que dans la santé si les procédés de la cause pendante contre l'animal qui lui avait fait violence, ne l'eussent obligée à garder son appartement.

Bientôt tout fut terminé et Clara blanchisseuse assez adroite, reprit les allures de son métier.

Dans l'accouchement de cette femme, je fus assisté par MM. Fuentes, Perez et Rosales médecins à Guadalajara et par MM. Hijar y Haro frères, alors étudiants en médecine, aujourd'hui, praticiens dans la même ville. Je me plais ici à leur témoigner mon estime et à les remercier du dévouement et de l'intelligence professionnelle dont ils firent preuve dans ce cas difficile.

Telle est, Monsieur et honoré confrère, l'observation que je vous ai promise. Je désire qu'elle vous soit agréable et qu'elle apporte son grain de sable à la cause de l'embryotomie.

J'ai l'honneur d'être bien sincèrement votre dévoué

DR. CLEMENT.

Mexico, 12 Janvier 1869.

13 Août.—En apprenant que notre Société Médicale de Mexico fait à ce mémoire l'honneur de l'insérer dans son recueil, je m'empresse de mettre à sa disposition une vingtaine photographies de Clara Camacho, 12 ans après son opération. Elle est représentée en pied; à droite du portrait est un mètre, à gauche se voit une commode. Ce meuble a été ajouté à l'épreuve primitive par l'artiste de Mexico afin de mieux faire ressortir à l'œil l'exiguité du sujet.

Je dois l'original de ces photographies à l'amitié de mes confrères déjà cités de Guadalajara. M. M. Fuentes ancien professeur d'accouchemens et Lázaro Perez pharmacien et chimiste très distingué ont pris la peine de rechercher et de conduire au photographe la petite créature et ont bien voulu joindre à l'envoi du portrait une lettre dans laquelle sont rappelées les dimensions extérieures de la malade et les principales phases de l'opération. A cette lettre, se sont associés MM. Hijar y Haro frères, Topete et Agraz, tous mes vieux amis et, comme on sait, praticiens fort estimés de Guadalajara.

Qu'il me soit permis répéter ici l'expression de ma reconnaissance.

La naine est devenue énorme d'obésité. Elle approche de 40 ans.

**Embarazo llegado á término.—Trabajo lento de parto.—Presentacion de tronco.
Ruptura de la vagina y paso del niño al vientre materno.—Muerte
de la madre y del hijo.**

Juliana García, de veintiseis años de edad, casada hacia nueve años, madre de cuatro niños, de muy buena salud anterior, con menstruacion regular cada mes, se hizo embarazada por la quinta vez en Setiembre del año próximo pasado. La supresion de las reglas y el crecimiento gradual del vientre y de los pechos le hicieron conocer su estado de preñez, sobre el cual no tuvo ya la menor duda luego que sintió los movimientos del feto. El embarazo marchó con bastante regularidad hasta el primero del corriente, dia en que se fatigó