sont d'accord ; mais, dans le second, la conduite à tenir est loin d'être aussi nettement tranchée.

Que convient-il donc de faire, lorsque l'éclampsie a résisté à la saignée, aux révulsifs intestinaux et cutanés, etc., et que la femme étant arrivée au huitième ou au neuvième mois, le travail n'est pas commencé, que les accès continuent et menacent la vie de la mère ?

L'accouchemont provoqué et l'accouchement forcé ont éte conseillés dans ces circonstances graves. Pour le premier, on peut dire que les moyens mis ordinairement en usage pour provoquer les contractions utérines sont trop lents à agir dans un cas où nous supposons la vie de la femme menacée par des convulsions qui durent déjà depuis longtemps et contre lesquelles on a vainement épuisé toutes les ressources de la thérapeutique.

L'accouchement prématuré artificiel a donc trouvé peu de partisans, parce qu'il réclame un temps assez long, tandis que l'éclampsie a une marche rapide, et que sa terminaison par la guérison ou par la mort aura lieu avant qu'on ait obtenu la délivrance. Cette réprobation n'a cependant pas été partagée par tout le monde ; Chailly, Krause, avec bien d'autres, ont obtenu des succès et n'hésitent pas a recommander l'accouchement prématuré artificiel. Il est juste de dire aussi, qu'aujourd'hui nous possédons des moyens très-rapides de provoquer le travail (voyez *Accouchement prématuré artificiel*) et que cette considération doit peser dans la balance en faveur d'une intervention active. Les chances de réussite sont sans aucun doute très-faibles, aussi nous croyons qu'on doit réserver l'accouchement provoqué pour les cas où les accidents progressent malgré l'emploi de copieuses saignées, et des autres moyens.

Il est des femmes chez lesquelles, pendant la grossesse, l'éclampsie se renouvelle à intervalles plus ou moins éloignés, chez lesquelles aussi chaque accès nouveau est plus grave que ceux qui l'ont précédé. Ces attaques survenant tous les huit ou quinze jours compromettent de plus en plus la vie de la femme et de l'enfant, et l'on doit rationnellement craindre qu'un nouvel accès ne devienne fatal aux deux individus. L'accouchement provoqué serait assurément indiqué dans les cas dont nous venons de parler. Seulement c'est dans l'intervalle que laissent entre elles chaque attaque d'éclampsie qu'il faut y recourir.

L'accouchement forcé parait aussi offrir quelques chances favorables en permettant d'opérer promptement la déplétion de l'utérus. Mais à une époque encore assez éloignée du terme, la longueur du col, la résistance offerte par son orifice interne non ramolli, rendront bien difficile l'introduction forcée de la main. Les efforts nécessaires pour pénétrer dans l'intérieur de la matrice seront très-propres à agacer, à irriter cet organe, et par conséquent à augmenter les convulsions générales.

Ces résistances et l'irritation générale qu'elles déterminent sont telles dans la plupart des cas, qu'on a cherché à les détruire en pratiquant des incisions multiples sur le pourtour de l'orifice. Sans doute, lorsque le col est effacé, soit par les progrès de la grossesse, soit par des contractions prématurées, ces débridements me paraissent utiles et peu dangereux, car ils ne seront pratiqués que sur la portion sous-vaginale ; mais dans le huitième mois, alors que le col conserve encore toute sa longueur, c'est à l'anneau interne et à la moitié supérieure du col que se trouveront les plus grandes difficultés : inciser l'anneau externe, c'est n'en détruire que la plus faible partie, et je ne crois pas qu'un chirurgien soit assez hardi pour porter l'instrument tranchant jusque sur l'orifice interne. Je n'ai pas encore rencontré de cas semblables ; mais je suis convaincu que lorsque ces incisions ont réussi, on avait affaire à une grossesse très-avancée, ou à un utérus dont les contractions, jusqu'alors méconnues, avaient, pendant l'accès convulsif, dilaté la partie supérieure du col. C'est fort heureusement, du reste, ce qui arrive dans la plupart des cas où l'éclampsie s'est prolongée longtemps, mais ce qui nous place en dehors des conditions que nous avons supposées.

En admettant pourtant que l'introduction forcée de la main, préparée ou non par les incisions, puisse être faite sans beaucoup de difficultés, il ne faut pas croire que l'extraction du fœtus soit alors sans danger. Nous avons supposé l'utérus inerte ; or, bien que l'irritation produite par la main de l'accoucheur et les mouvements imprimés au fœtus pendant son extraction soient de nature à provoquer des contractions, ne peut-on pas craindre qu'une inertie de l'organe ne soit la conséquence de cette déplétion trop brusque et ne devienne la source de nouveaux accidents ?

Si, enfin, après avoir vaincu toutes ces difficultés, on était sûr de voir cesser l'éclampsie, je comprendrais qu'on entreprît un pareil travail ; mais comme l'expérience prouve le contraire, je crois que pendant la grossesse, quelque grave que soit l'attaque convulsive, il faut repousser l'accouchement forcé.

2° *Pendant le travail.* — La terminaison prompte du travail, généralement conseillée, ne doit être pratiquée pourtant qu'avec une certaine réserve. Pour mettre de la clarté dans ce résumé des indications, nous chercherons successivement à résoudre les questions suivantes :

Que faut-il faire quand le col est dilaté ou dilatable ? Que faut-il faire lorsque le col n'est ni suffisamment dilaté ni dilatable pour permetttre promptement la terminaison artificielle du travail ?

a. *Le col est dilaté ou dilatable.* — Si la tête est plongée dans l'excavation, et distend le périnée ou appuie fortement sur le pourtour de l'orifice utérin, s'il n'y a eu encore qu'un ou deux accès, si surtout on a quelque raison de supposer que la sensibilité excessive du col ou des parties molles peut avoir été pour quelque chose dans le début de l'éclampsie, il faut immédiatement appliquer le forceps. C'est alors surtout que la terminaison immédiate du travail prévient le retour des accidents.

Si l'éclampsie, qui dure déjà depuis un certain temps, est légère, c'est-à-dire si les abcès convulsifs sont peu violents, l'intervalle qui les sépare est long ; si a femme recouvre toute sa connaissance pendant cet intervalle ; si alors le travail est avancé, la dilatation complète et le col franchi par la tête du fœtus, qui est descendue très-avant dans l'excavation ; si les contractions utérines sont fortes et énergiques, si le périnée n'offre pas une résistance trop énergique, nous pensons qu'il faut attendre des efforts naturels l'expulsion du fœtus.

Si, dans les mêmes conditions, les douleurs sont faibles, lentes et peu efficaces,

ou si, les contractions étant énergiques, les convulsions sont fréquentes, prolongées, le coma profond pendant l'intervalle des accès, nous pensons qu'il faut immédiatement soustraire la femme, et surtout l'enfant, aux dangers qui les menacent, par l'application du forceps.

Lorsque, loin d'avoir franchi le col, la tête est encore retenue au-dessus du détroit supérieur, la version pelvienne nous paraît, en général, préférable à l'application du forceps, surtout si les membranes sont encore intactes (voyez les raisons qui motivent notre opinion, à l'article *Forceps*). Nous disons que la version nous paraît, *en général*, et non pas toujours, préférable, car nous savons que parfois elle est impraticable, même lorsque la tête est encore au-dessus du détroit supérieur. L'écoulement presque complet du liquide amniotique, la violence des contractions de l'utérus, qui participe assez souvent aux convulsions générales, les violences très-irritantes que cet organe aurait à supporter pendant l'introduction de la main et l'évolution du fœtus, motivent suffisamment notre réserve, ainsi que la préférence que nous accordons à l'application du forceps dans ce cas particulier.

Lorsque la face se présentera, et qu'elle sera descendue fort avant dans l'excavation, nous appliquerons encore le forceps. Nous aurons recours à la version pelvienne, au contraire, quand elle sera encore au-dessus du détroit supérieur, ou bien lorsque, engagée dans le détroit, elle sera placée en position mento-postérieure.

Dans les présentations de l'extrémité pelvienne, nous hâterons la terminaison du travail en pratiquant des tractions sages et bien ménagées sur cette extrémité.

Dans les présentations du tronc, nous irons à la recherche des pieds; nous n'aurions recours à la version céphalique, de préférence à la version pelvienne, qu'autant qu'il existerait un rétrécissement très-prononcé du bassin. Cette version céphalique devrait être évidemment suivie d'une prompte application du forceps, et si le forceps échouait, du céphalotribe.

b. *Que faut-il faire quand le col n'est ni dilaté ni dilatable?* — Si les membranes ne sont pas rompues, et que l'utérus paraisse très-distendu par une très-grande quantité d'eau, il faut rompre les membranes et faciliter, en soulevant avec le doigt la partie qui se présente, l'écoulement du liquide et la déplétion partielle de l'utérus. Cette rupture des membranes a quelquefois suffi pour diminuer la fréquence et l'intensité des accès convulsifs, et pour permettre à l'accoucheur d'attendre la complète dilatation du col; mais si la distension de la matrice est à peu près normale, nous croyons, dans l'intérêt du fœtus, devoir respecter l'intégrité de la poche amniotique, et attendre la dilatation spontanée; si celle-ci était trop lente à se faire, on devrait employer la pommade, ou mieux encore l'extrait de belladone, que l'on porterait jusque sur la face externe et interne de l'orifice.

Mais l'éclampsie est grave, la rupture des membranes n'a pas rendu les convulsions moins vives, le coma moins profond, et pourtant le col, non encore suffisamment dilaté ou convulsivement contracté, s'oppose à l'introduction de la

main et des instruments. Faut-il, dans ces circonstances difficiles, abandonner, comme le veulent quelques accoucheurs, la délivrance à la nature? Faut-il, au contraire, se frayant une route par la violence ou l'instrument tranchant, pénétrer forcément dans la cavité utérine?

Sans doute, au début du travail, et même dans les quatre ou cinq premières heures, il ne faudrait pas avoir recours à ces moyens extrêmes: mais quand les convulsions persistent, malgré l'emploi des médicaments les plus rationnels; quand dix, vingt et trente heures se sont écoulées depuis le début des accidents, quand la vie de la femme est compromise par la durée et l'intensité toujours croissante des accès, on n'a plus d'espoir que dans la déplétion de l'utérus, et l'intérêt de l'enfant, plus encore que celui de la mère, nous paraît autoriser l'accouchement forcé.

Deux moyens ont été proposés: l'introduction forcée de la main et le débridement du col à l'aide de l'instrument tranchant. En décrivant les difficultés qui peuvent se présenter dans la version pelvienne, nous reviendrons plus loin sur le procédé opératoire que l'on doit suivre dans la pratique de ces deux opérations. Nous dirons seulement ici que, par la lenteur qu'elle exige, l'agacement et l'irritation qui en résultent, et qui sont bien propres assurément à augmenter les convulsions, par les déchirures auxquelles elle donne lieu, quelle que soit la prudence avec laquelle on la pratique, l'introduction forcée de la main est très-dangereuse et doit être rejetée; et que, à moins d'avoir à vaincre une faible résistance de l'orifice, les incisions multiples, pratiquées sur divers points de la circonférence du col, nous paraissent devoir être exclusivement préférées.

Quel que soit, du reste, le procédé opératoire qu'on emploie, la résistance du col une fois vaincue, on terminera l'accouchement par l'application du forceps, ou l'évolution pelvienne, suivant qu'on se trouvera dans des conditions plus ou moins favorables à la pratique de l'une ou de l'autre opération. Ces conditions seront précisées avec soin quand nous traiterons de la version et du forceps.

L'expectation, que nous avons conseillée lorsque le col n'est ni dilaté ni dilatable, hors le cas de danger imminent pour la mère, étant contraire à l'opinion généralement adoptée, a besoin d'être justifiée. Tout en considérant d'une manière générale la terminaison du travail comme une condition favorable, nous sommes loin de lui accorder l'influence heureuse que quelques auteurs lui ont prêtée. Dans tous les cas, en effet, où l'éclampsie durait déjà depuis longtemps lorsque nous avons été appelé auprès de la malade, nous n'avons jamais vu que la terminaison du travail fît cesser les accidents, et rarement même en diminuât l'intensité. Les accidents convulsifs se sont continués après la délivrance avec la même fréquence et la même gravité qu'auparavant. Trois fois seulement nous les avons vus cesser après l'application du forceps; mais il faut dire que, témoin du début de l'éclampsie, nous avons pu extraire le fœtus aussitôt après le premier accès.

Si donc nous n'envisageons que les intérêts de la mère, nous pensons que l'in

tervention de l'art n'est justifiable que lorsque la dilatation du col la rend facile et peu irritante pour les organes maternels; mais si le fœtus est vivant, sa vie est sérieusement compromise par un séjour trop longtemps prolongé dans la cavité utérine, surtout après la rupture des membranes, et puisque la terminaison du travail pratiquée avec prudence n'augmente pas sensiblement les dangers auxquels la femme est exposée, nous pensons qu'on doit extraire l'enfant le plus promptement possible.

3° *Après l'accouchement.* — Après l'expulsion du fœtus, la seule indication spéciale que présente l'éclampsie est d'extraire le délivre et tous les caillots ou toutes les portions des membranes que l'utérus peut contenir, et d'enlever, par des injections détersives poussées jusque dans la matrice, les matières sanieuses, les détritus qui pourraient s'y trouver; mais si l'introduction de la main était par trop difficile et douloureuse, il faudrait s'abstenir, car la rétention du corps étranger serait beaucoup moins irritante, et par conséquent moins pénible que les tentatives inopportunes d'introduction.

CHAPITRE XIII

DE QUELQUES MALADIES DE LA MÈRE QUI PEUVENT COMPLIQUER LE TRAVAIL

Indépendamment des accidents que nous venons d'étudier, et qui se rattachent d'une manière toute spéciale à la grossesse et à l'accouchement, il est encore quelques affections dont l'existence, au moment du travail, peut rendre l'accouchement difficile, impossible ou dangereux sans l'intervention de l'art. Ainsi, l'hémoptysie, l'hématémèse, une tumeur anévrysmale, l'asthme, la présence d'une hernie, la syncope, l'épuisement des forces chez une femme affaiblie par une longue maladie, l'emphysème traumatique, la fracture du sternum, sont autant de circonstances qui doivent fixer l'attention de l'accoucheur.

A. *Hémoptysie, hématémèse.* — Lorsque la femme à laquelle on donne des soins est affectée d'une hémoptysie ou d'une hématémèse, il n'y a rien à faire si l'hémorrhagie est peu abondante. Mais si elle continue d'être violente ou qu'elle augmente tout à coup pendant les douleurs de l'enfantement, il faut se hâter de soustraire la femme au danger qui la menace, en terminant l'accouchement aussitôt que la dilatation ou la dilatabilité du col le permettra. L'application du forceps ou la version pelvienne, suivant les conditions particulières dans lesquelles se trouveront les parties du fœtus et de la mère, devront être immédiatement employées.

B. *Tumeur anévrysmale.* — La même indication se présente encore lorsqu'il existe un anévrysme un peu considérable, surtout quand il occupe un des gros vaisseaux du ventre et de la poitrine. On prévoit, en effet, combien la tumeur

serait exposée à se rompre pendant les efforts violents auxquels la femme se livre dans la seconde période du travail.

Les anciennes maladies du cœur, qu'elles consistent dans une hypertrophie de l'organe, ou simplement dans une altération des valvules ou rétrécissement des ouvertures, sont trop souvent, ainsi que l'a démontré récemment M. Aran, cause de mort subite, pour qu'elles n'offrent pas pendant le travail quelques indications spéciales. Il me paraît très-imprudent de laisser la période d'expulsion se prolonger longtemps chez les malades, et la terminaison artificielle du travail me semble devoir être pratiquée le plus tôt possible (1).

C. *Asthme.* — On devrait agir de la même manière dans tous les cas où il existerait une gêne considérable de la respiration, comme cela arrive chez les asthmatiques, chez les femmes d'une petite taille chez lesquelles l'utérus, énormément distendu, a refoulé le diaphragme et les poumons dans les parties supérieures de la poitrine, et chez lesquelles les fonctions respiratoires ont été troublées pendant les derniers mois de la grossesse.

D. *Hernies.* — Lorsqu'il existe une hernie, dit Desormeaux, il n'est personne qui ne comprenne tout ce que des efforts aussi violents que ceux du dernier temps de l'accouchement peuvent produire de fâcheux sur ces tumeurs : combien alors elles doivent être exposées à augmenter et à s'étrangler. L'accoucheur doit prévenir par lui-même de pareils accidents. Si la hernie est réductible, il la réduira aussitôt que possible, cherchant à la faire rentrer pendant l'intervalle d'une douleur, et, dès que la contraction se réveillera, il exercera avec les doigts, mais mieux encore avec une pelote convexe, une compression forte sur l'ouverture herniaire. Si elle est irréductible, il appliquera sur la tumeur une pelote concave, ou seulement la concavité palmaire de sa main, afin d'empêcher l'expulsion de nouvelles parties pendant la douleur. Enfin, si, malgré toutes ces

(1) Je fus requis pour assister à l'autopsie d'une femme âgée de quarante ans, et qui était morte subitement pendant le travail, Elle avait déjà eu trois enfants. Elle avait eu depuis sept années la respiration très-gênée, et toussait habituellement. La dyspnée et la toux avaient augmenté depuis peu, et les crachats offraient parfois quelques stries sanguinolentes : quelques heures après la rupture des membranes et pendant que durait une douleur, elle s'appuyait d'une main sur le bord d'un lit et de l'autre sur le bras d'une garde ; elle tomba morte sans pousser un cri. A l'ouverture, on trouva à peu près trois pintes de sérosité dans les deux plèvres ; les poumons, sauf la compression qu'ils avaient subie, étaient sains ; le péricarde contenait aussi une quantité considérable de sérosité.

Dans une autre occasion, je fus prié par un de mes élèves d'assister à l'autopsie d'une femme âgée de vingt-huit ans, et morte subitement aussitôt après être accouchée de son quatrième enfant. Elle éprouvait depuis trois ou quatre ans des palpitations violentes, et le plus léger exercice, surtout l'action de monter, même très-lentement, un escalier, l'essoufflait beaucoup ; elle toussait constamment, et crachait de temps en temps un peu de sang. Le travail ayant été facile et prompt, elle ne paraissait pas fatiguée, et s'informa du sexe de son enfant. Pendant que l'accoucheur liait le cordon, il s'aperçut qu'elle avait quelques légers mouvements convulsifs; mais il eut à peine le temps d'accourir auprès d'elle qu'il la trouva morte.

L'utérus était fortement contracté. Les viscères abdominaux étaient sains ; les poumons sains aussi, mais gorgés de sang ; le cœur était petit, très-flasque ; la valvule mitrale était très-épaisse, et l'ouverture *aurico-ventriculaire pouvait à peine admettre l'extrémité du petit doigt* : il y avait à peine cinq onces de sérosité dans le péritoine. (Francis Rhamsbotham, *Obs. med. surg.*, p. 608.)