

dans l'utérus, puis de réintroduire la main pour chercher le placenta et l'extraire. Qu'on réfléchisse à cette opération! La main tâtonne aveuglément au milieu des viscères abdominaux, l'extraction forcée de l'enfant déchire nécessairement l'utérus encore davantage, et, par-dessus tout, le sang extravasé reste dans la cavité péritonéale comme un corps étranger et donne lieu aux plus funestes conséquences. Il est réellement surprenant qu'on puisse citer une seule guérison par un procédé semblable.

La gastrotomie offre plus de chances de succès.

Dans ces dernières années, on a supposé que, lorsque l'enfant est tombé entièrement ou en grande partie dans la cavité abdominale, la gastrotomie pourrait offrir à la mère plus de chances de guérison, et cette opération a été pratiquée bien des fois avec succès. Il est facile de comprendre pourquoi elle offre plus de ressources. L'utérus étant déjà déchiré et le péritoine ouvert, le seul danger qu'on y ajoute est l'incision des parois abdominales, qui nous donne la facilité d'éponger la cavité péritonéale, comme dans l'ovariotomie, et d'extraire tout le sang extravasé, dont la rétention augmente beaucoup la gravité de l'accident. Un autre avantage est celui-ci : la femme étant tout à fait épuisée, on peut retarder l'opération jusqu'à ce qu'elle se soit un peu remise des effets de la secousse, tandis que l'accouchement par les pieds est généralement pratiqué aussitôt que la rupture a été diagnostiquée, et à un moment où la femme est dans la pire situation pour supporter une intervention quelconque.

Résultats comparés des diverses méthodes de traitement.

Jolly a consigné soigneusement les résultats de ces différentes méthodes opératoires, et, abstraction faite des erreurs inévitables de toute statistique, semble démontrer pleinement que ceux de la gastrotomie sont bien supérieurs à tous les autres. Je pense donc qu'on doit faire de cette opération la règle générale toutes les fois que le fœtus n'est plus dans la cavité utérine.

RÉSULTATS COMPARATIFS DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT APRÈS LA RUPTURE DE L'UTÉRUS.

TRAITEMENT	NOMBRE DE CAS	MORTS	GUÉRISONS	PER CENTUM DE GUÉRISONS
Expectation	144	142	2	1,45
Extraction <i>per vias naturales</i>	382	310	72	19
Gastrotomie	33	12	26	68,4

Il est évident que cette table ne nous autorise pas à conclure qu'on sauvera 68 femmes sur 100 par la gastrotomie, dans la rupture de l'utérus ; mais on peut admettre qu'elle prouve que cette opération offre au moins trois ou quatre fois plus de chances de guérison que toute autre.

Il n'y a sans doute pas besoin de dire que l'opération doit être faite avec le même soin que l'ovariotomie, arrivée maintenant à un haut degré de perfection ; on s'efforcera surtout d'enlever du péritoine, avec une éponge, le sang et toutes les matières étrangères qui y sont contenues.

Pour conclure, je crois pouvoir, après tout ce qui a été dit, formuler les règles suivantes dans le traitement de la rupture :

- 1° Si la tête, ou la partie qui se présente, est au-dessus du détroit supérieur, et le fœtus encore dans l'utérus, forceps, version ou céphalotripsie selon les circonstances.
- 2° Si la tête est dans l'excavation, forceps ou céphalotripsie.
- 3° Si le fœtus est entièrement, ou en grande partie, passé dans la cavité abdominale, gastrotomie.

En ce qui concerne le traitement général, nous nous guiderons sur les principes usuels. L'indication principale est de faire disparaître les effets de la commotion, de remonter la femme par des stimulants, etc., et de combattre les symptômes secondaires par les opiacés ou tout autre médicament approprié.

On observe quelquefois des déchirures du vagin, qui, dans

On doit apporter un grand soin à l'opération.

Résumé.

Déchirures du vagin.

la grande majorité des cas, sont produites par les instruments, soit qu'ils aient été appliqués sans précaution, soit que les parois vaginales aient subi une extension trop considérable pendant l'accouchement avec le forceps. Les déchirures légères du vagin sont probablement beaucoup plus communes qu'on ne le suppose après l'emploi du forceps. Généralement, elles ne causent pas une lésion durable, toutefois il ne faut pas oublier que toute solution de continuité augmente les risques d'une absorption septique. Lorsque la lésion est suffisamment étendue pour intéresser la cloison recto-vaginale, ou la paroi antérieure du vagin, le passage de l'urine et des fèces peut prévenir la cicatrisation de ses bords; alors se trouve établie une des affections les plus désagréables, une fistule recto-vaginale ou vésico-vaginale.

Dans les cas graves, il peut s'établir une fistule.

Mais les fistules sont rarement causées par les instruments.

On ne doit pas croire que les fistules soient souvent le résultat d'une lésion pendant l'intervention de l'accoucheur. Cette opinion est admise à la fois par les médecins et le public, mais elle est fautive. Dans la grande majorité des cas, le trajet fistuleux est le résultat d'une eschare à la suite d'inflammation, produite par une longue compression des parois vaginales entre la tête de l'enfant et les os du bassin, lorsqu'on a laissé, à tort, le second stade du travail se prolonger outre mesure. La plupart du temps, on a alors recours aux instruments, et c'est sur eux que retombe le blâme; mais la faute est non pas à celui qui a employé l'instrument, elle est à celui qui ne l'a pas employé assez tôt pour prévenir la contusion et l'inflammation qui ont amené l'eschare.

Résultats statistiques.

Lorsque les fistules vésico-vaginales sont le résultat de déchirures pendant l'accouchement, l'urine doit s'écouler tout de suite, mais c'est le cas le plus rare. Ordinairement, elle ne passe à travers le vagin qu'une semaine au moins après l'accouchement, laps de temps nécessaire pour que l'action inflammatoire amène la gangrène. Pour jeter quelque lumière sur ces points, souvent fort mal interprétés, j'ai soigneusement recueilli, de diverses sources, 63 observations de fistule vésico-vaginale.

1° Dans 20 cas, on n'a pas employé d'instrument.

Le travail dura moins de 24 heures.....	2 fois.
— de 24 à 48 heures.....	8 — ¹ .
— 48 à 70 heures.....	2 —
— 70 à 80 heures.....	7 —
— 80 heures et au-dessus....	1 —
	<hr/>
	20 fois.

Donc, sur ces 20 observations, le travail a duré, dans la moitié des cas, certainement plus de 48 heures, et il en a probablement été de même pour 6 des 10 qui restent. Une fois seulement l'urine s'est écoulée par le vagin immédiatement après l'accouchement, sept fois dans la première semaine, et, pour toutes les autres, après le septième jour.

2° Dans 34 observations, on se servit des instruments; mais il ne paraît pas qu'ils aient produit l'accident.

Le travail dura moins de 24 heures.....	2 fois.
— de 24 à 48 heures.....	8 —
— 48 à 72 heures.....	10 —
— 72 heures et au delà.....	14 —
	<hr/>
	34 fois.

L'urine s'écoula dans les 24 heures deux fois seulement, seize fois dans la semaine, et quinze fois après le septième jour.

Ainsi nous avons l'observation d'accouchements prolongés à tort, 24 d'entre eux sur 34 ayant certainement duré plus de 48 heures.

3° Dans 9 observations la production de la fistule peut parfaitement être attribuée à l'emploi maladroit des instruments.

Le travail dura moins de 24 heures.....	7 fois.
— de 24 à 48 heures.....	1 —
— 48 à 72 heures.....	1 —
	<hr/>
	9 fois.

L'urine s'échappa 7 fois dès le premier moment, et dans les deux autres après le septième jour.

1. Pour sept d'entre eux, le temps exact n'a pas pu être déterminé. Six sont signalés comme *très-laborieux*; il est donc probable qu'ils ont excédé cette limite.

Cette statistique me semble prouver, et de la manière la plus évidente, que, dans la grande majorité des cas, cet accident malheureux doit être directement imputé à la mauvaise pratique qui laisse le second stade du travail se prolonger sans aide pendant de longues heures, et non pas à une intervention prématurée avec les instruments.

Traitement.

Je dirai peu de chose du traitement de la déchirure vaginale. Dans les cas légers, pour diminuer les risques de l'absorption septique, on fera des injections vaginales avec le liquide dilué de Condé; les cas plus graves, ceux dans lesquels les fistules sont établies, ne sont pas du domaine de l'obstétrique, et doivent être traités plus tard chirurgicalement.

CHAPITRE XVII

INVERSION DE L'UTÉRUS

L'inversion de l'utérus peu de temps après la naissance de l'enfant est un des plus formidables accidents de la parturition, elle donne lieu à des symptômes de la plus haute gravité, souvent même funestes, et réclame une intervention prompte et habile. Aussi lui a-t-on accordé une attention spéciale, et il est peu de points de l'obstétrique qui aient été plus soigneusement étudiés.

Sa gravité.

Heureusement cette complication est très rare. Elle n'a été observée qu'une seule fois sur 190,800 accouchements faits à Rotunda Hospital, depuis sa fondation en 1745, et bien des praticiens ont fait des accouchements pendant toute leur vie sans en rencontrer un seul cas; malgré cela, il est indispensable d'en connaître complètement l'histoire et le meilleur traitement à lui opposer lorsqu'elle se présente.

Accident rare.

On peut rencontrer l'inversion utérine sous la forme aiguë et sous la forme chronique; c'est-à-dire qu'on l'observe immédiatement ou très peu temps après l'accouchement, ou bien seulement lorsqu'il s'est déjà écoulé un temps assez considérable et que l'involution consécutive à la grossesse est complète. Cette dernière forme tombe plutôt dans le domaine des gynécologistes et réclame des considérations qui ne sauraient trouver place dans un ouvrage d'obstétrique. Nous ne nous

Formes aiguës
et formes chroniques.

5. 11. 18