

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

occuperons donc que de la forme aiguë du renversement.

Description.

L'inversion de l'utérus consiste en un retournement sur lui-même, complet ou partiel, de l'organe vide et développé; ce retournement peut atteindre des degrés divers, dont trois surtout sont généralement décrits et doivent être parfaitement connus. Au premier degré, le plus léger, il n'existe qu'une dépression du fond en forme de coupe (fig. 139); au second degré, la dépression est plus profonde, de telle sorte que la portion renversée forme intussusception, pour ainsi dire, et fait saillie à travers l'orifice comme une balle ronde, semblable au corps d'un polype, avec lequel un observateur peu soigneux pourrait confondre l'accident. Au troisième degré, le renversement est complet, l'organe tout entier est retourné sur lui-même et peut faire saillie hors de la vulve.

Symptômes.

Les symptômes de l'inversion sont généralement caractéristiques, bien que l'accident puisse échapper à l'observation lorsqu'il n'est que peu marqué.

Ce sont surtout ceux d'une profonde secousse nerveuse, la défaillance, un pouls petit, faible, rapide, quelquefois des convulsions et des vomissements, la peau froide, visqueuse, souvent une douleur abdominale violente, et une sensation de crampe et de pesanteur. Il peut y avoir une hémorrhagie, parfois très alarmante, surtout si le placenta est en partie ou complètement décollé. La perte de sang dépend de l'état des parois utérines. Si la portion qui n'est pas renversée se rétracte fortement, l'autre peut être suffisamment comprimée pour que la perte soit prévenue. Si l'organe tout entier est dans le relâchement, l'hémorrhagie est excessive.



Fig. 139. — Inversion partielle du fond de l'utérus. Préparation du musée de Guy's hospital.

L'apparition de ces symptômes peu de temps après la délivrance doit nous conduire à un examen soigneux, qui nous fera reconnaître la nature de l'accident. Le doigt introduit dans le vagin rencontre l'utérus tout entier sous forme d'une masse globuleuse, avec le placenta souvent adhérent, ou, si le renversement est incomplet, il trouve le vagin occupé par une tumeur ronde plus ou moins dure qui peut être remontée à travers l'orifice utérin. La main gauche appliquée sur le ventre de la femme ne sent plus l'utérus rétracté comme une grosse balle, et le palper avec les deux mains peut nous faire percevoir la dépression en forme de coupe au siège du renversement.

Lorsque ces signes sont observés immédiatement après l'accouchement, l'erreur n'est guère possible. Cependant on rapporte de nombreux exemples dans lesquels l'inversion ne fut pas découverte de prime abord, et où la tumeur qu'elle constituait ne fut reconnue que plusieurs jours après, ou même plus longtemps, les symptômes généraux ayant amené un examen vaginal. Il est probable que l'inversion, partielle seulement aussitôt après l'accouchement, s'était graduellement convertie, avec le temps, en une variété plus complète. Lorsque l'inversion est chronique, il faut une grande attention pour la distinguer du polype utérin, avec lequel elle affecte assez de ressemblance. L'introduction prudente d'une sonde éclairera le diagnostic; dans un cas d'inversion, l'instrument sera vite arrêté, il pénétrera facilement au contraire jusqu'au fond de l'utérus, si la tumeur est constituée par un polype.

Le mécanisme par lequel le renversement est produit mérite d'être étudié, et il a donné lieu à des interprétations diverses.

On admet généralement qu'il est causé dans le troisième stade du travail, soit par des tractions sur le cordon, le placenta étant encore adhérent, soit par une pression exagérée sur le fond de l'utérus, le résultat de ces deux pratiques provoquant une dépression du fond en forme de coupe, convertie ensuite en une variété plus complète de renversement. On ne saurait douter que ces causes suffisent pour amener l'inver-

Examen physique.

Diagnostic différentiel.

Mécanisme.

L'inversion peut être produite par des causes mécaniques accidentelles.

sion, mais il est probable qu'on en a beaucoup exagéré l'importance. Cependant on rapporte des observations assez nombreuses dans lesquelles le commencement de l'inversion peut leur être imputé. La compression mal appliquée paraît avoir été souvent le point de départ de l'accident, par exemple lorsque le corps tout entier de la matrice n'est pas saisi dans la paume de la main, qu'une garde ou une personne ignorante presse sur la région inférieure de l'abdomen, de façon à pousser tout simplement l'utérus *en masse*. Ainsi l'*Edinburgh medical Journal* de juin 1848 rapporte l'observation d'une femme assistée seulement d'une accoucheuse qui, après la naissance de l'enfant, tira sur le cordon, tandis que la malade elle-même appliquait ses mains sur son abdomen et poussait avec force; l'utérus se renversa, et la femme mourut d'hémorrhagie avant qu'on ait pu lui procurer du secours. Ici, les deux causes mécaniques ont agi simultanément. Dans quelques cas, il paraît que l'accident se produisit pendant que la garde comprimait l'abdomen. Il est fort douteux qu'il soit possible de le produire si la rétraction est ferme et égale. Par conséquent, le médecin doit regarder comme une chose capitale de surveiller lui-même avec soin le troisième stade du travail.

Elle est souvent spontanée.

Le plus souvent il est impossible d'assigner la production de l'accident à des causes mécaniques, on doit donc admettre qu'il survient spontanément. Les théories qu'on a émises à ce sujet sont très-nombreuses. La plupart des auteurs considèrent la rétraction partielle et irrégulière comme en étant le facteur principal, mais on discute pour savoir si l'inversion est produite surtout par une contraction active du fond et du corps de l'utérus, la portion inférieure et le col restant dans le relâchement, ou bien si c'est l'inverse qui arrive, c'est-à-dire si c'est le fond qui se trouve relâché et en demi-paralysie, tandis que le col et le segment inférieur de l'utérus se contractent irrégulièrement. La première opinion est celle de Radford et de Tyler Smyth, l'autre est soutenue par Matthews Duncan.

Il y a de fortes présomptions cliniques pour croire que la

théorie de Duncan se rapproche davantage de la vérité; car si le fond est réellement en état de contraction active, tandis que le col est relâché, nous avons, comme le fait ressortir Duncan¹, la condition la plus normale après la délivrance, celle que nous devons désirer produire. Si le contraire a lieu, que le fond soit relâché, tandis que la portion inférieure est spasmodiquement contractée, nous sommes en présence de l'état qu'on a appelé l'hour-glass contraction. Supposons maintenant qu'une cause quelconque produise une dépression partielle du fond; il est facile de comprendre qu'il peut être saisi par la portion contracturée et enfoncé de plus en plus, par une sorte d'intussusception, jusqu'à son complet renversement. Il y a longtemps déjà, Rokitsanski et d'autres pathologistes avaient signalé cette paralysie partielle, surtout vers le siège du placenta. Cette théorie suppose une dépression partielle primitive du fond; elle est souvent amenée par un manque de soins pendant le troisième stade du travail, mais, en dehors de cette cause, elle peut être le résultat de violentes poussées de la femme, ou bien, comme le dit Duncan, de l'effort expulsif de l'abdomen. En somme, l'incompatibilité d'une contraction active du fond avec sa dépression partielle qui, d'après les deux théories, est essentielle pour la production du renversement, est le meilleur argument en faveur de la théorie de Duncan.

Récemment, le Dr Taylor, de New-York, a émis une opinion absolument différente. Il soutient « que l'inversion spontanée active de l'utérus dépend de la rétraction naturelle et énergique prolongée du corps et du fond; le col, à la partie inférieure, cède le premier, se trouve écarté en dehors, repoussé ou doublé, parce que sa contractilité n'apporte aucun obstacle et qu'il se trouve dans un état de repos ou de demi-paralysie; le corps est graduellement, quelquefois instantanément, poussé de plus en plus bas, ou renversé². » Duncan avait signalé dans

La théorie de Duncan paraît la plus exacte.

Théorie de Taylor.

1. Voyez J. M. Duncan, traduit par Budin, *Sur le mécanisme de l'accouchement*, p. 295 et seq.

2. *New-York Med. Journ.*, 1872.

son mémoire que l'inversion partielle peut commencer au col, ainsi qu'il le dépeint dans la figure ci-jointe (fig. 140), il constate même que le cas est assez fréquent. Il n'est pas impossible que cet état puisse être porté jusqu'à l'inversion complète. Mais on peut opposer de sérieuses objections à la théorie du Dr Taylor, qui en fait la principale cause de renversement. D'après cette théorie, l'inversion serait nécessairement lente et graduelle, tandis qu'il est parfaitement démontré qu'elle est généralement soudaine et accompagnée de symptômes aigus de commotion, et souvent d'une hémorrhagie grave qui ne se produirait pas si la rétraction était énergique.

Traitement.

Le traitement consiste essentiellement à remettre, aussitôt que possible, l'organe dans sa situation normale. Chaque heure de retard ne fait que rendre la réduction plus difficile, parce que la portion invaginée se tuméfie par étranglement, et la réduction immédiate présente bien moins de difficultés. Il est donc de la plus haute importance de ne pas perdre de temps et de diagnostiquer l'inversion partielle, ou incomplète. L'ébranlement anormal, la douleur, l'hémorrhagie sans cause appréciable après la délivrance, doivent nous déterminer à pratiquer un examen vaginal très-soigneux. C'est en négligeant cette règle qu'on a méconnu trop souvent l'existence d'une inversion partielle, jusqu'à ce que sa réduction fût devenue difficile ou impossible.

Manière d'opérer la réduction.

Pour réduire un renversement récent, on saisit l'utérus tout entier dans la paume de la main, et on le repousse doucement et fermement dans sa position première, en ayant soin d'appliquer la pression dans le sens de l'axe du canal pelvien, et de pratiquer la contre-pression avec la main gauche, appliquée

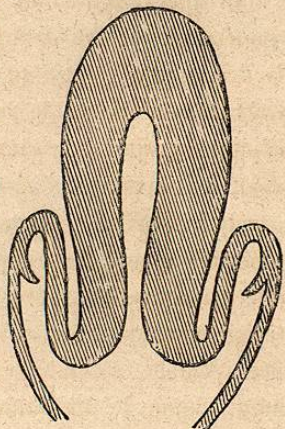


Fig. 140. — Début de l'inversion au col (d'après Duncan).

sur les parois abdominales. Barnes conseille de diriger la pression obliquement, de façon à éviter le promontoire du sacrum. Mc Clintock ¹ a parfaitement démontré que la méthode commune qui consiste à repousser le fond de l'organe immédiatement en arrière avait le désavantage d'augmenter la masse à réduire, et il propose de comprimer le fond pour en diminuer le volume, tout en essayant de commencer la réduction par la portion qui a été renversée la dernière, c'est-à-dire la plus voisine du col. Si l'on ne peut pas y arriver, on aura recours à la manœuvre recommandée par Merriman et d'autres auteurs, et qui consiste à essayer de remonter un côté ou une paroi de l'utérus, puis la seconde, en alternant la pression d'un côté à l'autre à mesure qu'on avance. Il arrive souvent que, dès l'application de la main, l'utérus se réduit soudainement de lui-même, quelquefois avec bruit, ainsi que le ferait dans de telles circonstances une bouteille de caoutchouc. Quand la réduction est opérée, on laisse pendant quelque temps la main dans la cavité utérine pour exciter la contraction tonique, et on peut aussi, comme le propose Barnes, injecter une solution faible de perchlorure de fer, pour resserrer les parois utérines et prévenir le retour de l'accident.

J'ai à peine besoin de dire que toutes ces manœuvres seront facilitées si la femme est sous l'influence du chloroforme.

Les opinions varient beaucoup sur la conduite à tenir en ce qui concerne le placenta lorsqu'il est encore adhérent pendant la production du renversement. Le décollerons-nous avant de tenter la réduction, ou tenterons-nous d'abord de redresser l'utérus, pour extraire ensuite le placenta? Certainement l'extraction du placenta diminue beaucoup le volume de la portion renversée et rend la réduction plus facile. D'un autre côté, s'il y a une hémorrhagie sérieuse, comme cela arrive fréquemment, l'extraction du placenta peut augmenter la perte de sang. Pour cette raison, plusieurs auteurs conseillent d'essayer d'abord de faire la réduction avant de détacher l'arrière-faix. Mais, si l'on

Conduite à tenir en ce qui concerne le placenta.

1. *Diseases of Women*, p. 79.

éprouve du retard ou des difficultés de cette augmentation de volume, on ne doit pas perdre de temps, et, de toutes façons, mieux vaut enlever le placenta et essayer de réduire l'utérus aussitôt que possible.

L'accident n'est reconnu que quelque temps après l'accouchement.

Si nous nous trouvons en présence d'une inversion qui ait été méconnue pendant plusieurs jours, ou même pendant une semaine ou deux, le même procédé doit être adopté ; mais les difficultés seront beaucoup plus grandes, et plus l'accident est ancien, moins l'utérus est réductible. Toutefois une tentative adroite de taxis peut réussir. Si elle échoue, nous essayerons de surmonter l'obstacle par la compression liquide continue appliquée au moyen de sacs de caoutchouc, distendus avec de l'eau, et laissés dans le vagin. Il est rare que ce moyen ne réussisse pas dans les cas que nous avons l'habitude d'observer, et qui sont relativement récents. Il est probable que la compression liquide, appliquée pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis suivie du taxis, suffira pour réduire l'utérus dans tous les cas traités avant l'involution complète de l'organe.

QUATRIÈME PARTIE

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

CHAPITRE PREMIER

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

La première des opérations obstétricales que nous ayons à considérer est l'*accouchement prématuré artificiel*, opération qui, ainsi que celle du forceps, a été imaginée et pratiquée pour la première fois en Angleterre, et dont nous devons la reconnaissance, comme procédé légitime, aux travaux de nos collègues de ce pays, en dépit d'une vive opposition chez nous et à l'étranger. On ne sait pas exactement à qui en revient l'idée première ; mais Denman nous dit qu'en l'année 1756 il y eut à Londres une consultation des médecins les plus savants de l'époque, pour discuter les avantages qu'on pouvait retirer de l'opération. La proposition fut approuvée d'une manière formelle et introduite peu de temps après dans la pratique par le Dr Macaulay, qui opéra sur la femme d'un marchand de toile dans le Strand. A partir de cette époque, elle a été en honneur dans la Grande-Bretagne ; la sphère de son application s'est considérablement étendue, et nous avons la satisfaction de savoir qu'elle a sauvé bien des mères et des enfants qui autrement, selon toutes probabilités, auraient péri. Sur le continent, il s'écoula beaucoup de temps avant que l'opération fût sanctionnée ou pratiquée. Bien qu'elle fût recommandée par quelques-uns des médecins allemands les plus remarquables, elle

Historique de l'opération.