

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.

n'a pas été pratiquée avant l'année 1804. En France, l'opposition fut vive et longue. Plusieurs professeurs la dénoncèrent énergiquement, et l'Académie de médecine la désapprouva jusqu'en 1827. Les objections portèrent surtout sur le terrain religieux, mais il est probable qu'on ne comprit pas le bénéfice qu'on en pouvait retirer. Malgré des discussions fréquentes, l'opération n'entra dans la pratique qu'en 1831, après que Stoltz l'eut tentée avec succès. Depuis cette époque, l'opposition a cessé; elle est pratiquée et hautement recommandée par les accoucheurs les plus distingués des écoles françaises.

**But de l'opération.** Par l'accouchement prématuré artificiel, nous nous proposons d'éviter ou de diminuer les risques auxquels, dans certains cas, la mère est exposée par l'accouchement à terme, ou de sauver la vie de l'enfant, qui serait autrement compromise. L'opération peut donc être indiquée soit pour la mère seule, soit pour l'enfant seul, soit, comme cela arrive souvent, pour tous les deux à la fois.

**L'indication la plus commune est le rétrécissement du bassin.** Ordinairement, l'opération est pratiquée pour remédier à la disproportion qui existe entre le volume de l'enfant et les parties maternelles, due à un état anormal du côté de la mère. Ce défaut de proportion peut dépendre de la présence de tumeurs de l'utérus ou du bassin, mais le plus fréquemment il est causé par un vice de conformation du bassin, et nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit à ce sujet (p. 532). Je me contenterai de rappeler brièvement quelques-unes des causes moins communes qui peuvent nécessiter l'opération.

**Volume habituellement exagéré de la tête fœtale.** Ainsi certaines femmes ont des enfants dont la tête est ordinairement volumineuse ou ossifiée prématurément. Si nous en rencontrons une dont les accouchements soient toujours extrêmement difficiles, et que la tête paraisse avoir un volume inusité, bien qu'il n'y ait pas de vice de conformation du bassin appréciable, la provocation du travail sera parfaitement justifiée, et, selon toutes probabilités, remplira le but qu'on se proposait d'atteindre. On n'anticipera, dans ces circonstances, sur la période normale de l'accouchement que de très-peu de jours.

Une semaine ou deux suffiront pour produire une grande différence et rendre le travail relativement facile, au lieu de le voir d'une extrême gravité.

Il existe une foule de circonstances où l'état de la mère indique l'opération. Quelques-unes d'entre elles ont déjà été signalées quand j'ai parlé des maladies de la grossesse. Je rappellerai, entre autres, les vomissements incoercibles, qui ont résisté à tous les traitements et ont amené un épuisement pouvant devenir mortel; la chorée, l'albuminurie, les convulsions, la manie aggravées ou produites par la grossesse; l'anasarque excessive, l'ascite, la dyspnée coïncidant avec une affection du cœur, des poumons ou du foie, et qui peuvent, dans une large mesure, être causées par la compression de l'utérus développé; en somme, tout état ou affection de la mère dont la terminaison de la grossesse amènera sûrement le soulagement et dont la persistance provoquerait de sérieux dangers. Je n'ai pas besoin de dire que la provocation du travail, pour un de ces motifs, entraîne une grave responsabilité et peut donner lieu à des abus; par conséquent, le médecin ne doit y avoir recours qu'après les plus sérieuses réflexions, surtout si l'enfant n'est pas encore viable. Il est impossible de formuler aucune règle générale. Chaque cas sera considéré en lui-même; et, naturellement, plus la femme est près de son terme, plus les chances de vie sont grandes pour l'enfant, et moins on doit hésiter à consulter les intérêts de la mère.

Dans d'autres circonstances, l'opération est indiquée par considération pour la vie de l'enfant seul. Les plus communes sont celles où l'enfant meurt, dans plusieurs grossesses successives, avant la fin de la gestation; résultat commun d'une dégénérescence graisseuse, calcaire ou syphilitique du placenta, qui le rend inapte à remplir ses fonctions. Ces modifications du placenta commencent rarement avant une période avancée de la grossesse, de telle sorte que, si le travail est quelque peu hâté, nous pouvons espérer que la femme donnera naissance à un enfant vivant et en bonne santé. Nous saurons, par expé-

État de santé de la mère.

Conditions qui affectent la santé de l'enfant.

*613*

rience, à quelle époque est survenue antérieurement la mort de l'enfant, la femme ayant pu apprécier la différence de ses sensations, une diminution dans la force des mouvements fœtaux, un sentiment de pesanteur et de froid, et autres symptômes analogues. Pendant quelques semaines avant l'époque à laquelle se sont déclarées autrefois ces modifications, nous ausculterons soigneusement et journalièrement le cœur du fœtus, et, dans la plupart des cas, l'approche du danger nous sera indiquée assez tôt pour que nous puissions intervenir avec succès, par des pulsations tumultueuses et irrégulières, ou par la diminution de leur force et de leur fréquence. L'opération sera entreprise aussitôt que nous aurons découvert ces signes, ou que la mère sentira les mouvements de l'enfant devenir moins marqués. Simpson provoqua ainsi le travail prématuré avec succès chez une femme qui deux fois avait donné naissance à des enfants hydrocéphales. Dans la troisième grossesse, qu'il termina avant l'époque normale, l'enfant était bien constitué et bien portant.

Provocation de l'accouchement quand la mère est atteinte de maladie mortelle.

Quelques accoucheurs ont proposé de provoquer le travail pour sauver l'enfant, lorsque la mère est atteinte d'une maladie mortelle. Mais cette indication est si contestable au point de vue moral, qu'on peut difficilement la considérer comme justifiée.

Méthodes diverses de provocation du travail.

Les méthodes adoptées pour provoquer le travail sont très-nombreuses. Quelques-unes agissent par l'intermédiaire de la circulation maternelle, comme l'administration de l'ergot et des autres ocytociques; d'autres agissent par leur pouvoir d'excitation sur l'action réflexe, ou par destruction de l'intégrité de l'œuf, ou encore par la combinaison de ces deux effets, tels que les douches vaginales, le décollement des membranes des parois utérines, la ponction de l'œuf, la dilatation de l'orifice, les lavements stimulants, ou une irritation des seins. Les procédés qui rentrent dans la première classe ne sont jamais employés par les accoucheurs modernes. Parmi ceux de la dernière, quelques-uns offrent certains avantages dans des circonstances

spéciales, mais il n'en est pas un seul qui réponde à toutes les indications, et il sera bon souvent d'avoir recours à une combinaison de plusieurs méthodes. Je vais mentionner celles qui sont le plus en usage, et discuter brièvement les avantages et les inconvénients relatifs de chacune d'elles.

L'évacuation du liquide amniotique, par la ponction des membranes, a été la première méthode employée; c'est celle que recommandent Denman et tous les auteurs anciens. C'est la plus sûre, car elle ne manque jamais, un peu plus tôt ou un peu plus tard, de provoquer les contractions utérines; mais elle comporte quelques inconvénients qui suffisent pour en contre-indiquer l'emploi dans la majorité des cas. Elle est incertaine au point de vue du temps qu'elle met à produire l'effet désiré, les douleurs apparaissant parfois au bout de quelques heures, parfois au bout de plusieurs jours seulement. Les parois rétractées de l'utérus compriment directement le corps de l'enfant, qui, frêle et délicat, supporte moins facilement leur pression que s'il était à terme. Le fœtus court donc de grands risques. En outre, l'écoulement des eaux fait disparaître le coin liquide qui est si utile pour dilater l'orifice, et, si la version devient nécessaire pour corriger une mauvaise présentation, — complication plus fréquente que pendant le travail à terme, — l'opération ne pourrait être entreprise que dans des conditions défavorables. Ces objections sont suffisantes pour nous faire rejeter l'emploi ordinaire de ce procédé, à moins qu'on ait essayé tout d'abord, et sans succès, d'autres méthodes. De temps à autre, on rencontre des femmes dont l'utérus est extrêmement difficile à exciter, et, dans de telles circonstances, en dépit de ses inconvénients, c'est à la ponction qu'il faudra recourir. Lorsque l'opération doit être faite avant que l'enfant soit viable, c'est-à-dire avant le septième mois, ces objections ne sont plus sérieuses, et alors il est plus simple et plus sûr de s'adresser à ce procédé. C'est le seul praticable pour provoquer un avortement dans les premiers temps de la grossesse. L'opération par elle-même est très simple: on prend

Ponction des membranes.

une plume à écrire, un stilet ou tout autre objet analogue, on l'introduit dans le col, soigneusement reconnu avec les doigts de la main gauche préalablement entrés dans le vagin, et on le pousse contre les membranes, jusqu'à ce que la perforation soit accomplie. Meissner, de Leipzig, a proposé, comme modification à cette méthode, de ponctionner les membranes obliquement, à 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'orifice, de façon à n'avoir qu'un écoulement graduel et partiel du liquide amniotique, et de diminuer ainsi pour l'enfant les risques de compression. Il emploie dans ce but une canule d'argent recourbée, contenant un petit trocart, qu'on fait saillir après son introduction. Avec un tel instrument, on court grand risque de léser l'utérus, et nous avons à notre disposition de meilleurs moyens que celui-là. Lorsque nous voulons produire un avortement précoce, il est bon de ne pas tenter la ponction des membranes avec un instrument trop pointu. Le même effet sera certainement obtenu, et avec plus de sécurité, en introduisant dans l'orifice une sonde utérine ordinaire, à laquelle on fait faire deux ou trois tours.

Administration des  
ocytociques.

On a quelquefois recours à l'administration de l'ergot de seigle, seul ou combiné avec du borax et de la cannelle. Cette pratique a été conseillée surtout par Ramsbotham, qui avait l'habitude de donner 1 gramme de poudre d'ergot toutes les quatre heures, jusqu'à ce que l'accouchement fût produit. Quelquefois il fut obligé d'en administrer trente ou quarante doses pour obtenir l'effet désiré; quelquefois le travail commença après une seule dose. La mortalité infantile, considérable avec ce procédé, le lui fit modifier, et il n'administra plus que deux ou trois doses, puis ponctionna les membranes, si elles n'avaient pas suffi. Il n'y a pas de doute que l'ergot possède le pouvoir de provoquer les contractions utérines, mais les dangers que court l'enfant sont à peu près aussi grands que lorsqu'on ponctionne les membranes. En effet, il est soumis non seulement à une compression dangereuse par les contractions tumultueuses et irrégulières de l'ergot, mais encore cet agent, donné à hautes

doses, semble provoquer une sorte d'empoisonnement du fœtus. L'emploi de l'ergot peut donc être, à juste titre, considéré comme un procédé désavantageux de provocation du travail.

On a également recommandé différents procédés qui agissent Méthodes indirectes. indirectement sur l'utérus, la source d'irritation étant à distance. Ainsi d'Outrepoint employait des frictions abdominales fréquemment répétées et l'application de bandages serrés. Scanzoni, mettant à profit l'intime connexion des mamelles et de l'utérus, et la tendance qu'a l'irritation mammaire à provoquer la contraction utérine, recommandait l'application fréquente de ventouses sur les seins. Radford et d'autres accoucheurs ont employé le galvanisme. On a administré aussi des lavements stimulants. Tous ces procédés peuvent réussir, et, contrairement au premier que nous avons mentionné, n'exposent pas l'enfant à des risques spéciaux; mais leurs effets sont beaucoup plus incertains, et ils sont fatigants pour la femme et pour l'accoucheur.

Klüge le premier pratiqua la dilatation artificielle du col en imitant le procédé naturel du travail. Il introduisait dans l'orifice un cône d'éponge préparée qui en provoquait l'ouverture en s'imbibant de liquide. Si au bout de vingt-quatre heures le travail n'avait pas commencé, il enlevait l'éponge et en introduisait une autre plus volumineuse, et ainsi de suite graduellement, jusqu'à ce qu'il eût obtenu son résultat. Bien que ce procédé manque rarement de provoquer le travail, il a le désavantage de prendre un temps infini, et de déterminer souvent une irritation douloureuse et pénible. Le Dr Keiller, d'Edimbourg, proposa le premier les sacs de caoutchouc, distendus par l'air, comme moyen de dilater l'orifice. Cette méthode a été perfectionnée par Barnes avec ses dilateurs bien connus, et très-employés pour opérer la dilatation du col utérin lorsqu'elle est nécessaire. Ces dilateurs consistent en une série de sacs de caoutchouc de différents volumes, dont l'extrémité est munie d'un tube (fig. 141), par lequel on peut injecter de l'eau avec la seringue ordinaire de Higginson. Extérieurement se trouve

Dilatation artificielle  
de l'orifice.