

une petite poche dans laquelle on glisse une sonde, pour en faciliter l'introduction. Lorsque les sacs sont distendus avec de l'eau, ils affectent quelque peu la forme d'un violon, leurs deux extrémités étant bombées, ce qui les maintient plus sûrement dans l'orifice. Lorsqu'ils furent introduits dans la pratique, on pensa qu'ils permettraient de provoquer le travail et d'en contrôler la marche, de telle sorte que l'accoucheur pût, à sa volonté, le terminer dans un temps limité. Mais l'expérience de ceux qui s'en sont beaucoup servi n'a certainement pas justifié cette espérance. Il est vrai que, parfois, il survient des contractions quelques heures après que la dilatation a commencé; mais, d'un autre côté, l'utérus ne répond souvent que d'une manière très imparfaite à cette sorte de stimulus, et les sacs restent introduits pendant bien des heures consécutives sans que l'effet désiré se produise, et on est obligé de recourir à la ponction des membranes pour hâter la marche du travail. En somme, mon expérience personnelle m'autorise à conclure que la dilatation du col n'est pas un bon procédé pour provoquer les contractions utérines. Le Dr Barnes lui-même a trouvé bon de modifier ses théories premières, car, tandis qu'il disait au début que les sacs provoquent le travail avec certitude dans un temps donné, il a depuis recommandé d'exciter l'action de l'utérus par d'autres moyens, les dilateurs étant appliqués ensuite pour accélérer le travail déjà commencé. Les sacs ainsi employés sont, je crois, d'une grande et incontestable utilité, mais on ne saurait les considérer comme des incitateurs de la contraction. On a fait aux sacs une autre objection : c'est qu'ils risquent de déplacer la partie qui se présente. Je les ai, pour ma part, introduits dans un cas de présentation de la tête, et, lorsque je les ai retirés, j'ai trouvé l'épaule à l'orifice. Il n'est pas difficile de comprendre que la pression continue du sac distendu sur l'orifice interne puisse repousser la tête, si mobile



Fig. 141. — Sac de Barnes pour dilater le col.

tant que les membranes ne sont pas rompues. Cependant, si le travail marche et que l'orifice ne soit pas suffisamment dilaté, la perspective d'un changement de présentation n'est pas une raison suffisante pour nous priver de l'aide incontestable que les dilateurs peuvent nous apporter.

Quelques procédés agissent directement sur l'œuf, en décollant les membranes des parois utérines, dans une étendue plus ou moins grande. Hamilton, d'Edimbourg, a recommandé le premier ce procédé, qui consiste en un décollement graduel des membranes sur quatre ou cinq centimètres tout autour du segment inférieur de l'utérus. Pour les atteindre, le doigt est introduit doucement dans l'intérieur du col, qu'on doit dilater graduellement d'une façon suffisante, par une série de séances successives, répétées à des intervalles de trois ou quatre heures. Lorsque cette dilatation est accomplie, on fait pénétrer l'index, et on le promène tout autour des membranes, entre elles et l'utérus; mais il est souvent nécessaire d'introduire la plus grande partie de la main pour produire l'effet désiré, et quelquefois même, la main n'étant pas suffisante, il a fallu se servir d'une sonde de femme ou d'un autre instrument. Le procédé réussit en général à provoquer le travail, mais il a échoué dans certains cas, même entre les mains du Dr Hamilton. Il est fondé sur des principes exacts, mais il est fatigant et douloureux à la fois pour l'accoucheur et pour la femme, et incertain comme temps. Ces objections ont empêché qu'il ne fût plus souvent employé.

En 1836, Kiwisch proposa une méthode qui, à cause de sa simplicité, rencontra beaucoup d'approbateurs. Elle consiste à projeter, à intervalles, une douche d'eau chaude ou froide sur le col de l'utérus. L'action est certainement complexe. Kiwisch croyait que la cause déterminante du travail était due au relâchement des parties molles, imbibées de liquide. Simpson a trouvé que la méthode échouait, à moins que l'eau n'eût décollé mécaniquement les membranes des parois utérines. Outre cet effet, la douche produit directement une action réflexe, en

Décollement des membranes.

Douches vaginales et utérines.

S. W. B.

distendant le vagin et dilatant l'orifice. Lorsqu'on l'emploie, on a l'habitude d'administrer la douche deux fois par jour, davantage même si l'on veut obtenir des effets rapides. Le nombre de douches nécessaire varie dans les différents cas. Entre les mains de Kiwisch il a varié de quatre à dix-sept. Le temps moyen pour provoquer le travail est de quatre jours. Par conséquent, cette méthode ne saurait être utile quand on veut obtenir rapidement l'accouchement.

Le Dr Cohen, de Hambourg, a apporté une modification sérieuse à ce procédé, dont il s'est considérablement servi. Elle consiste à passer une sonde d'argent ou de gomme élastique dans l'orifice, à la faire pénétrer de quelques centimètres entre les membranes et les parois utérines, et à injecter du liquide par cette sonde directement dans la cavité utérine. Cohen se servait d'eau créosotée ou d'eau de goudron, et l'injectait, sans s'arrêter, jusqu'à ce que la femme se plaignît d'une sensation de distension. D'autres accoucheurs ont trouvé le procédé également bon en n'employant qu'une petite quantité d'eau claire, de 200 à 250 grammes par exemple. Le professeur Lazarewitch, de Kharkow, a chaudement préconisé cette méthode. Il croit que la contraction est provoquée beaucoup plus sûrement et plus rapidement si l'eau est injectée près du fond, et il a inventé dans ce but un instrument à long bec métallique.

Dangers
de ces procédés.

Mais ces procédés ont été suivis plusieurs fois d'accidents, et on ne saurait douter, en dépit de la certitude et de la simplicité de leur action, qu'ils présentent des dangers manifestes. Barnes en rapporte, dans son ouvrage, quelques exemples, dont il conclut « qu'on doit absolument condamner l'emploi de la douche, soit vaginale, soit intra-utérine, comme moyen de provoquer le travail. » On ne peut pas préciser exactement la cause du danger. Il a été attribué à une distension subite des parois utérines, produisant une commotion; mais, dans plusieurs cas mortels, les symptômes ont paru devoir être plutôt rapportés à l'introduction de l'air dans les veines, et il est

facile de comprendre que, par ce procédé, l'air puisse en effet avoir pénétré dans les larges sinus utérins.

Simpson et Scanzoni ont tous les deux essayé avec succès l'injection d'acide carbonique dans le vagin. Mais il est arrivé des accidents mortels à la suite de l'emploi de ce gaz, et Simpson est d'avis que cet essai ne doit pas être renouvelé.

Injections d'acide
carbonique.

Primitivement, Simpson provoquait le travail en introduisant dans l'orifice une sonde utérine, qu'il poussait jusque vers le fond de la matrice; lorsqu'elle se trouvait assez loin, il la faisait mouvoir légèrement d'un côté à l'autre. Il avait été déterminé à employer ce procédé par la pensée qu'il pourrait imiter ainsi le décollement de la caduque, qui se produit préalablement au travail à terme. Les contractions utérines étaient provoquées avec certitude et facilité, mais il était impossible de dire à l'avance combien de temps il s'écoulerait entre le commencement du travail et l'opération qu'il a fallu souvent recommencer plusieurs fois. Il modifia ensuite sa méthode en introduisant une sonde d'homme flexible, sans stylet, et la laissant en place dans l'utérus jusqu'à ce que les contractions se soient fait sentir. Cette méthode est fort en honneur en Allemagne; c'est celle qu'on emploie le plus fréquemment. Elle est simple et efficace; les douleurs se déclarent, presque invariablement, au bout de vingt-quatre heures après l'introduction de la bougie ou du cathéter. Une objection théorique qui lui a été faite est la possibilité de voir la sonde décoller une portion du placenta et donner lieu à une hémorrhagie; mais, en pratique, ce fait n'est jamais arrivé, et on peut généralement en éviter le risque en introduisant la sonde à une certaine distance du placenta, après avoir déterminé la situation de cet organe par l'auscultation. Plus la sonde est introduite profondément, plus sûr et plus rapide en est l'effet, et on doit la pousser au moins à 15 ou 18 centimètres en dedans du col. Mais il n'est pas toujours facile de la faire pénétrer aussi loin, surtout lorsqu'on emploie une sonde flexible, qui est sujette à trop plier pour s'enfoncer aisément. On emploiera par conséquent une bougie solide, — bou-

Méthode de Simpson.

Introduction
d'une sonde flexible.

gie urétrale d'homme, — dont l'introduction, à mon avis, est considérablement facilitée par l'anesthésie, qui permet de faire pénétrer une bonne partie de la main dans le vagin. De cette façon, elle sera glissée très-aisément et sans aucun danger de lésion pour l'utérus. Les membranes peuvent être rompues dans cette manœuvre, mais c'est un accident qu'on ne peut pas toujours éviter, même en prenant le plus grand soin. Toutefois cette rupture peut à peine être considérée comme un accident, parce que, lorsqu'on la fait, c'est toujours à une certaine distance de l'orifice, et il ne s'écoule qu'une petite portion du liquide amniotique. Il y a toujours avantage à laisser les douleurs se produire graduellement comme dans le travail naturel. Par conséquent, si, la bougie ayant été introduite et laissée en place pendant un temps suffisant, les contractions utérines se déclarent avec une certaine force, on peut laisser les choses marcher naturellement; si les contractions sont relativement faibles, on pourra en accélérer les effets par le procédé de Barnes, la dilatation du col par les sacs hydrostatiques, puis la ponction des membranes. Nous pouvons ainsi surveiller la marche du travail; et je crois que cette méthode est préférable à toutes les autres, comme la plus simple, la plus sûre pour provoquer le travail, et une de celles qui imitent le plus fidèlement les procédés de la nature.

L'enfant n'étant pas à terme est très-délicat.

On n'oubliera pas que l'enfant n'étant pas à terme exige beaucoup plus de soins pour être conservé à la vie. Il est donc bon d'avoir sous la main tout ce qui est nécessaire pour le ranimer; et, comme la mère peut être incapable de l'élever, c'est une sage précaution de songer à se procurer immédiatement une nourrice robuste.

CHAPITRE II

DE LA VERSION

La *version*, c'est-à-dire le moyen de modifier la présentation du fœtus et de substituer une région à une autre, est l'une des opérations les plus importantes de l'obstétrique, et doit être étudiée avec le plus grand soin. C'est aussi une des plus anciennes, et il est évident qu'elle était connue des médecins grecs et romains. Jusqu'au xv^e siècle, on pratiquait presque exclusivement la version céphalique, celle par laquelle la tête du fœtus est ramenée à l'orifice utérin, quand Paré et son élève Guillemeau enseignèrent à ramener les pieds au détroit supérieur. C'est surtout ce dernier accoucheur qui détermina d'une façon précise les différents temps de l'opération, et les Français ont incontestablement le mérite tout à la fois de l'avoir amenée à un haut degré de perfection, et d'avoir spécifié les indications qui en exigent l'emploi. Certes, elle était alors beaucoup plus fréquemment pratiquée que de nos jours, parce qu'on ne connaissait aucun autre procédé d'accouchement artificiel qui conservât la vie de l'enfant, et les accoucheurs qui avaient acquis une grande habileté à s'en servir étaient tentés d'en exagérer l'importance et d'en faire un usage immodéré. Après l'invention du forceps, on tomba dans l'excès contraire : on abandonna la version dans bien des cas où elle eût dû être faite, et pour lesquels on est revenu à son emploi dans ces dernières années seulement.

Historique de l'opération.