

## 2° FISTULES

A la suite d'accouchement prolongé, alors que la tête fœtale est restée longtemps au contact d'un même point de la filière génitale, ou après une extraction particulièrement pénible du fœtus ayant amené des traumatismes

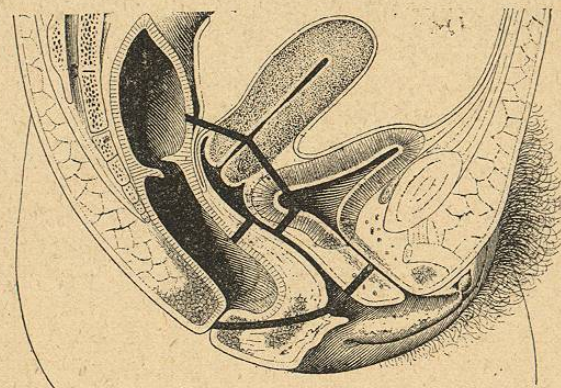


Fig. 466. — Diverses variétés de fistules génitales.

(Fistules utéro-vésicale, utéro-rectale, vésico-vaginale, uréthro-vaginale, vagino-rectale, vagino-anale.)

graves dans les organes génitaux, on voit des mortifications plus ou moins étendues se faire au niveau de l'utérus, du vagin et des organes voisins. Les eschares tombent de six à dix jours après l'accouchement, établissant une communication entre les organes génitaux et les voies urinaires ou l'intestin, communications auxquelles on donne le nom de *fistules*.

La figure 466 schématise les différentes variétés de fistules qu'on peut observer : utéro-vésicale, utéro-rectale, vésico-vaginale, uréthro-vaginale, vagino-rectale, vagino-anale.

Les mêmes fistules peuvent être produites au moment de l'accouchement par l'action d'un instrument perforant.

**Aphorismes :**

*La présence de l'urine ou de matières fécales dans le vagin est le signe révélateur d'une fistule.*

*Les deux moments du postpartum auxquels les fistules se déclarent le plus souvent sont : 1° soit de suite après l'accouchement (traumatisme instrumental) ; 2° soit après une semaine (chute d'une eschare résultat d'une compression trop prolongée pendant l'accouchement).*

*Les fistules, sauf rare exception, dépendent d'une faute de l'accoucheur ; aussi, avec les progrès de l'obstétrique et de l'assistance médicale, tendent-elles à disparaître.*

## CINQUIÈME SECTION

## THÉRAPEUTIQUE PUERPÉRALE

SOMMAIRE

A. — MÉDICAMENTS OU MÉDICATIONS.	
1. Anesthésie obstétricale . . . . .	I. . . . 661
2. Ergot de seigle . . . . .	II. . . . 664
3. Emploi de divers médicaments . . . . .	III. . . . 666
B. — OPÉRATIONS :	
De correction.	
1. Levier . . . . .	IV. . . . 667
2. Versions . . . . .	V. . . . 667
De traction.	
3. Forceps . . . . .	VI. . . . 693
4. Extraction manuelle . . . . .	VII. . . . 721
D'adaptation.	
5. Expulsion provoquée . . . . .	VIII. . . . 730
6. Pelvitomie et accouchement forcé . . . . .	IX. . . . 738 et X. . . . 754
D'effraction.	
7. Embryotomie . . . . .	XI. . . . 755
8. Hystérotomie . . . . .	XII. . . . 771
<i>Résumé des indications et contre-indications des opérations obstétricales.</i> . . . . .	XIII. . . . 784

## THÉRAPEUTIQUE PUERPÉRALE

La thérapeutique obstétricale, en dehors de ce qui a été dit à propos de chaque maladie puerpérale en particulier, comprend deux parties principales : l'étude des médicaments ou médications applicables pendant la puerpéralité, et celle des opérations propres à faciliter l'accouchement.

Les opérations peuvent être divisées en quatre groupes :

1° *Opérations de correction*, où on s'efforce de corriger les erreurs de la nature, de manière à rendre l'expulsion possible ou aisée ;

2° *Opérations de traction* à l'aide des mains ou du forceps ; on seconde l'action utérine et maternelle ;

3° *Opérations d'adaptation*, où la filière génitale étant trop étroite pour le passage du fœtus on tâche d'adapter les dimensions de l'enfant à celles de la mère, soit en faisant passer le fœtus avant son développement complet (expulsion provoquée), soit en élargissant la filière génitale (symphyséotomie, accouchement forcé) ;

4° *Opérations d'effraction*. Alors qu'il y a impossibilité pour le fœtus de franchir la filière génitale, l'accouchement ne peut avoir lieu que par *effraction*, qui porte tantôt sur l'enfant (embryotomie), tantôt sur la mère (hystérotomie).

### I

## ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

SOMMAIRE

Hypnotisme. — Opium et dérivés. — Bromure d'éthyle. — Protoxyde d'azote. — Amylène. — Bichlorure de méthylène. — Cocaine. — Antipyrine. — Éther. — Chloral et chloroforme.

Différents moyens sont employés pour calmer ou supprimer les douleurs de l'accouchement : l'hypnotisme, l'opium et ses dérivés, le bromure d'éthyle, le protoxyde d'azote, l'amylène, le bichlorure de méthylène, la cocaine, l'antipyrine, l'éther, le chloral, le chloroforme.

L'hypnotisme ne peut être tenté que chez quelques femmes ; il est insuffisant pendant la période d'expulsion ; d'une façon générale, son usage est à déconseiller.

L'opium et ses dérivés ne doivent pas être donnés pendant le travail normal, car ils amènent le ralentissement et l'arrêt de la contraction utérine.

Le bromure d'éthyle, le protoxyde d'azote, l'amylène, le bichlorure de méthylène agissent moins efficacement que le chloroforme, et il n'existe aucun motif suffisant pour les préférer à ce dernier agent.

Le chlorhydrate de cocaïne, appliqué localement sur le col et sur la vulve, semble avoir amené une diminution notable de la douleur ; néanmoins son emploi ne s'est pas généralisé.

L'antipyrine, administrée à la dose de 1 à 4 grammes, soit par le tube digestif, soit en injections sous-cutanées, donne des résultats très inconstants.

L'éther est peu employé ; son action est moins puissante que celle du chloroforme, et ses vapeurs étant inflammables en rendent l'emploi dangereux. L'éther peut rendre de grands services chez les femmes profondément anémiées, dans le cas de placenta prævia, par exemple, où l'emploi du chloroforme expose à des syncopes mortelles.

Le chloral et le chloroforme, dont l'action paraît analogue, sont susceptibles de rendre les plus importants services dans l'anesthésie obstétricale ; parmi tous les agents qui viennent d'être signalés, on peut les considérer comme les meilleurs ; ils méritent donc une étude détaillée.

Lorsqu'on endort un sujet à l'aide de chloroforme, on observe, quant à la sensibilité, deux périodes distinctes : — la première où la notion de la douleur est seule abolie (ANALGÉSIE) ; — la seconde où les autres sensibilités, au contact, à la température, et spéciales, vue, ouïe, odorat, sont éteintes, en même temps qu'il y a perte générale de connaissance (ANESTHÉSIE). — C'est cette seconde période que l'on attend généralement pour procéder à une intervention chirurgicale.

Chez certaines personnes, ces deux stades sont très nettement séparés et complètement distincts, de telle sorte qu'on peut obtenir l'analgésie sans aboutir à l'anesthésie ; chez d'autres, au contraire, les limites ne sont pas aussi tranchées, et l'analgésie ne se produit qu'avec un commencement d'anesthésie, parfois même avec une anesthésie complète.

Cette variabilité d'action du chloroforme, suivant les personnes, nous explique l'inconstance des résultats obtenus par son administration, et le désaccord qui existe sur ce point entre un certain nombre d'auteurs.

Dans les cas favorables, quand, pendant le travail, on fait respirer du chloroforme au début d'une contraction utérine douloureuse, la sensation pénible est atténuée ou supprimée pour la femme, sans qu'aucun des autres modes de sensibilité soit atteint et sans que les facultés intellectuelles soient supprimées. L'inhalation de quelques gouttes de chloroforme à la période initiale de chaque douleur suffit à obtenir cet heureux résultat.

L'administration du chloroforme au moment de chaque douleur utérine,

pratiquée par conséquent d'une façon intermittente, constitue ce qu'on appelle l'anesthésie obstétricale, la demi-anesthésie, le chloroforme à la reine<sup>1</sup>, l'analgésie par opposition à l'anesthésie chirurgicale et complète, anesthésie proprement dite, où le malade est plongé dans un sommeil complet avec perte totale de connaissance.

Le chloroforme, donné à dose obstétricale ou chirurgicale, est, de même que le laudanum, très bien supporté par la femme en travail, et s'il existe quelques cas de mort subite sous l'influence du chloroforme, employé pendant l'accouchement à dose chirurgicale, on n'en connaît aucun avec l'anesthésie obstétricale.

Cependant le chloroforme a trouvé chez certains accoucheurs une vive opposition, qui s'atténue de jour en jour et qui ne tardera pas à disparaître — opposition analogue à celle que rencontrent la plupart des nouveautés scientifiques, et derrière laquelle se cachent, à côté d'arguments sérieux, des rivalités de personnes.

Les deux objections principales des adversaires du chloroforme, donné à dose obstétricale, sont les suivantes :

1° *La demi-anesthésie n'existe pas ; si le sommeil n'est pas complet, la parturiente ne peut éprouver de soulagement.* — La femme en pareil cas est seule juge, et l'accoucheur doit se contenter d'enregistrer son dire. Or, autant que j'ai pu le juger par ma pratique personnelle, les patientes se divisent à cet égard en trois catégories, approximativement égales : — la première, où il y a suppression complète ou presque complète de la douleur ; — la seconde, où il y a un soulagement notable ; — la troisième, où la douleur persiste avec la même intensité. — L'objection n'est donc vraie que dans un tiers des cas environ.

2° *Le chloroforme donné pendant le travail amène l'INERTIE UTÉRINE, cause de ralentissement pour l'accouchement et d'hémorragie au moment de la délivrance.* — Cette affirmation est loin d'être prouvée ; une statistique comprenant de nombreux faits comparatifs serait nécessaire à cet égard. Je veux bien cependant admettre sa réalité. Mais est-ce une raison parce que le chloroforme, favorisant l'inertie utérine, amène un retard d'une demi-heure à une heure dans l'accouchement, et expose aux hémorragies de la délivrance, pour ne pas essayer de soulager la femme ? — Le chloroforme en chirurgie expose à de bien plus graves accidents, puisque de temps en temps il amène la mort subite. Malgré cela, hésite-t-on à s'en servir ? — Le chirurgien qui, à l'heure actuelle, ferait une opération sérieuse sans anesthésie serait considéré comme barbare ; il ne tardera pas à en être de même pour l'accoucheur qui ne tentera pas d'atténuer les souffrances des parturientes confiées à ses soins.

Le chloroforme peut être employé à dose obstétricale pendant toute la durée de l'accouchement, au moment de la dilatation ou de l'expulsion.

<sup>1</sup> La reine Victoria fut soumise à ce genre d'anesthésie le 7 avril 1853, lors de son huitième accouchement.

Sera-t-il bon d'en faire usage dans tous les cas ? Il est trois circonstances où son emploi me semble contre-indiqué :

- 1° Quand il n'amène aucune sédation notable dans la douleur<sup>1</sup> ;
- 2° Quand les douleurs de l'accouchement, grâce à leur faible intensité, sont bien supportées par la femme ;
- 3° Quand une femme a eu après ses accouchements antérieurs des hémorragies sérieuses de la délivrance, le chloroforme pouvant être une cause d'aggravation.

Ce n'est pas seulement durant l'accouchement qu'on peut employer le chloroforme à dose obstétricale, mais aussi pendant la grossesse pour calmer par exemple les douleurs causées par une colique hépatique ou néphrétique, et pendant les suites de couches, alors qu'il existe des tranchées réellement pénibles pour la femme et contre lesquelles le *viburnum prunifolium*, l'*antipyrine* ou les préparations opiacées ont échoué.

## II

### SEIGLE ERGOTÉ

#### SOMMAIRE

Description. — Mode d'action. — Préparations. — Indications et contre-indications.

Le *seigle ergoté* est un des médicaments les plus utiles à l'accoucheur, et un de ceux qui lui rendent les plus grands services ; mais il n'en est pas qui, mal employé, puisse être la source de plus de dangers.

Cette double considération justifie la place importante réservée ici à cet agent thérapeutique.

Le seigle ergoté est constitué par un champignon, le *claviceps purpurea*, qui se développe sur le grain du seigle ; il existe un ergot de blé analogue, mais dont l'action obstétricale est moins sûre.

L'action de l'ergot se manifeste de préférence sur la fibre utérine, dont il provoque la contraction. Cette influence est d'autant plus énergique que la fibre utérine est plus hypertrophiée, elle est donc au summum au terme de la grossesse ; en dehors de la puerpéralité au contraire, l'influence est relativement faible. — Quand l'ergot est ingéré par la bouche ou le rectum (lavement), il n'agit qu'au bout de dix ou vingt minutes, et après deux ou trois minutes quand il est administré en injection sous-cutanée. — L'action sur l'utérus se prolonge d'une demi-heure à une heure et demie.

<sup>1</sup> Chez une femme, lorsque le chloroforme à dose obstétricale n'amène pas la sédation, ne pourrait-on pas le donner à dose chirurgicale pendant toute la durée de l'accouchement ? L'expérience est encore muette à cet égard, mais il est possible que l'inertie utérine devienne en pareil cas un résultat réel de l'anesthésie, qu'on ne saurait ainsi prolonger sans inconvénient.

L'ergot de seigle agit aussi sur la *circulation* en ralentissant le nombre des pulsations, sur l'*estomac* en provoquant parfois des nausées ou des vomissements. A dose toxique (au-dessus de 3 grammes), il amène du délire, des vertiges, des picotements au niveau de la peau ; son usage prolongé est capable de produire des accidents convulsifs et gangréneux parfois mortels.

Ce médicament peut être administré sous forme de *poudre*, d'*ergotine* ou d'*ergotinine*.

**Poudre.** — L'ergot de seigle doit être fraîchement pulvérisé : il sera administré par la bouche ou le rectum, à la dose de 1 à 2 grammes, en deux ou quatre fois. Ce mode d'administration est généralement abandonné à cause de la lenteur d'absorption et d'action.

**Ergotine.** — L'ergotine est un *extrait aqueux* de seigle ergoté. Il en existe diverses variétés. La plus communément employée en France est l'*ergotine Yvon*, préparée de telle sorte qu'un centimètre cube de la solution représente un gramme d'ergot de seigle. Quand on fait avec cette solution une injection sous-cutanée d'une seringue de PRAVAZ, c'est donc un gramme de seigle ergoté qu'on fait pénétrer dans l'organisme.

**Ergotinine.** — L'ergotinine est l'alkaloïde actif de l'ergot de seigle. On se sert en général parmi nous d'une solution de cet alkaloïde, désignée sous le nom d'*ergotinine Tanret*, dont cinq gouttes environ représentent la quantité de l'alkaloïde contenu dans un gramme d'ergot de seigle. Dose, trois à dix gouttes en injection sous-cutanée.

Ces deux dernières préparations sont également bonnes, et semblent agir avec la même efficacité et promptitude.

#### INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

*Le seigle ergoté est un des meilleurs hémostatiques utérins, grâce à son énergique influence sur la fibre utérine.*

*JAMAIS il ne doit être administré, tant que l'utérus contient totalité ou partie de l'œuf.*

Ces deux propositions résument tout l'emploi thérapeutique du seigle ergoté.

Ce médicament ne doit pas être donné avant l'expulsion du fœtus, bien qu'en quelques cas son action sur la fibre utérine active la sortie de l'enfant ; il produit en effet une contraction tétanique de l'utérus, qui entrave la circulation placentaire et amène la mort du fœtus ; à cet égard, le nom de *poudre fœticide*, donné à l'ergot pulvérisé, est parfaitement justifié.

L'inconvénient n'existe pas seulement pour le fœtus, mais aussi pour l'accoucheur alors qu'il est obligé d'intervenir, car la rétraction utérine rend toute opération plus difficile, et expose à la rétention des annexes après l'accouchement.

Donné avant la dilatation complète, il amène la rétraction du segment cervico-utérin, et, loin de faciliter l'expulsion, ne fait que l'entraver.

C'est pour le même motif que l'ergot de seigle ne doit pas être administré avant que la délivrance ne soit complète, car en provoquant la contraction de l'orifice interne, il amène la rétention des annexes ou fragments d'annexes retenus<sup>1</sup>.

*L'ergot de seigle est un hémostatique utérin précieux, mais à la condition de n'être employé qu'avec un utérus vide.*

### III

#### EMPLOI DE DIVERS MÉDICAMENTS

##### SOMMAIRE

Médicaments ecboliques. — Antipyrine. — Opiacés. — Mercure. — Seigle ergoté. Sulfate de quinine.

En dehors des médicaments ecboliques, c'est-à-dire susceptibles de réveiller la contraction utérine (voir p. 589), la plupart des agents thérapeutiques peuvent être employés, à dose modérée, pendant la grossesse, sauf peut-être l'antipyrine, qui, même à la dose de un gramme, exposerait au collapsus. On connaît la tolérance remarquable de la gestante pour certains médicaments, les opiacés par exemple.

Durant l'allaitement, éviter l'usage des médicaments susceptibles de passer dans le lait et qui pourraient ainsi agir sur le fœtus, à moins qu'on ne recherche cette influence spéciale (administration de mercure à une nourrice syphilitique en cas de syphilis du nourrisson); chez l'allaitante, il sera bon de ne pas donner de seigle ergoté à moins de nécessité absolue, car cet agent semble diminuer la sécrétion lactée. En dehors de l'allaitement, on pourra, pendant le postpartum, recourir aux mêmes prescriptions que si la femme n'était pas puerpérale.

Pendant l'accouchement, il n'y a pas d'autre contre-indication nettement établie que celle de l'ergot de seigle. Comme ocytocique, on peut employer le sulfate de quinine à la dose de 0,50 à 1 gramme, car il amène souvent un réveil durable des contractions de l'utérus, alors qu'elles sont languissantes.

<sup>1</sup> Il est également prudent, avant de donner l'ergot de seigle, de s'assurer, par l'expression ou l'introduction de la main, qu'aucun caillot volumineux n'est emprisonné dans l'utérus, sans quoi la présence de ce corps étranger entrave la rétraction de l'organe.

### IV

#### LEVIER

##### SOMMAIRE

Description. — Application et mode d'action. — Appréciation.

Le levier, qui vraisemblablement a été inventé par CHAMBERLEN en même temps que le forceps, se compose, ainsi que l'indique la figure 467, d'une tige terminée par une cuiller fenêtrée, rappelant assez exactement la branche d'un forceps droit.

Cet instrument est glissé dans l'intérieur des organes génitaux maternels jusque sur l'occiput ou l'un des pariétaux du fœtus. Les deux mains, saisissant alors le manche de l'instrument, impriment un mouvement de levier, par lequel la partie fœtale est poussée vers le centre de la filière génitale.



Fig. 467. — Levier de Baudelocque.

Appliqué sur l'occiput, le levier produit donc la flexion de la tête sur l'un des pariétaux, l'inclinaison latérale en abaissant la bosse pariétale sur laquelle il agit.

Le levier est, à l'heure actuelle, abandonné par tous les accoucheurs, qui lui préfèrent de beaucoup le forceps; il a en effet le grand inconvénient de n'être qu'un instrument correcteur (fléchissant la tête ou l'inclinant latéralement) et non un tracteur comme le forceps.

En présence de ce délaissement, je crois inutile d'insister davantage sur l'action de cet instrument, qui cependant sera peut-être repris un jour, car s'il a, par rapport au forceps, le désavantage de ne pas permettre la terminaison prompte de l'accouchement, il est capable de produire certains effets (flexion, inclinaison latérale) que le forceps actuel ne réalise pas, et qui sont précieux à obtenir dans la présentation du front par exemple, ou dans les rétrécissements du bassin. Mais ce sont là des points nouveaux à étudier et à mettre en lumière.

### V

#### VERSIONS

##### SOMMAIRE

- a. Définition. — Historique.  
Versions externe, mixte, interne.
- b. QUAND la version doit-elle être faite?  
1° Indications.  
2° Contre-indications.