

VIII

EXPULSION PROVOQUÉE

SOMMAIRE

- a. Définition, historique.
Avortement et accouchement prématuré provoqués.
- b. QUAND l'expulsion doit-elle être provoquée ?
 - 1° Indications.
 - 2° Contre-indications.
 - 3° Conditions requises.
- c. COMMENT l'expulsion doit-elle être provoquée ?
 - 1° Procédés divers.
 - 2° Opération : Manuel. Difficultés. Complications.
- d. Pronostic et appréciation.

A. — DÉFINITION. HISTORIQUE

L'interruption prématurée de la grossesse est parfois nécessaire pour la santé de la mère ou celle de l'enfant, aussi, imitant l'exemple donné en certains cas par la nature, l'accoucheur a-t-il songé à solliciter cette interruption ; telle est l'origine de l'*expulsion provoquée* ou *artificielle*.

Divisons :

Expulsion provoquée pendant les six premiers mois : *avortement provoqué* ;

Expulsion provoquée pendant les trois derniers mois : *accouchement prématuré provoqué*.

1690. — Une sage-femme de Silésie, Justine SIEGMUNDIN, ose, pour la première fois, rompre les membranes pendant les derniers temps de la grossesse pour provoquer l'accouchement (accouchement prématuré).

1757. — Cette opération est acceptée à un congrès de Londres, et mise en pratique par MACAULAY.

1768. — W. COOPER préconise non seulement la provocation de l'accouchement, mais aussi celle de l'*avortement*.

1804. — WENZEL se fait en Allemagne le défenseur de l'expulsion provoquée.

1831. — STOLZ pratique le premier en France l'accouchement prématuré provoqué, condamné en 1827 par l'Académie.

1842. — P. DUBOIS tente le premier en France l'avortement provoqué.

Actuellement, ces deux opérations, que leur analogie doit faire décrire ensemble, sont partout acceptées.

B. — QUAND L'EXPULSION DOIT-ELLE ÊTRE PROVOQUÉE ?

1° Indications.

1. Il y a disproportion entre la filière pelvienne et le fœtus.

Causes : soit une pelviciation, soit l'excès de volume du fœtus, soit l'une et l'autre combinées.

1° PELVICIATIONS :

Au-dessus de 9 centimètres..... Accouchement à terme.

De 6 à 9 centimètres..... Accouchement prématuré provoqué.

Au-dessous de 6 centimètres.. Avortement provoqué.

L'accouchement prématuré doit être provoqué au terme indiqué par le chiffre même qui mesure le rétrécissement pelvien.

Bassin de 6 cent. Provocation à 6 mois (début du 7^e mois).

| | | | | |
|---|-------|---|-------|-----------------------------|
| — | 6 1/2 | — | 6 1/2 | (milieu du 7 ^e — |
| — | 7 | — | 7 | (début du 8 ^e — |
| — | 7 1/2 | — | 7 1/2 | (milieu du 8 ^e — |
| — | 8 | — | 8 | (début du 9 ^e — |
| — | 8 1/2 | — | 8 1/2 | (milieu du 9 ^e — |

L'avortement provoqué doit être fait autant que possible, soit pendant les deux premiers mois, soit dans les 5^e ou 6^e mois de la grossesse, car c'est pendant les 3^e et 4^e mois que les hémorragies sont le plus à redouter.

2° EXCÈS DE VOLUME DU FŒTUS.

Cette cause de dystocie, étudiée page 530, peut constituer une indication des plus nettes d'*accouchement prématuré artificiel*, mais en dehors des renseignements, que fournit le palper et le volume des enfants précédents, l'époque exacte à laquelle l'expulsion doit être provoquée, étant difficile à déterminer avec précision, est laissée à l'appréciation forcément arbitraire de l'accoucheur.

3° PELVICIATION ET EXCÈS DE VOLUME DU FŒTUS.

Quand ces deux circonstances sont réunies, on se basera pour l'indication et pour l'époque de l'expulsion provoquée, sur ce qui a été dit pour chacune d'elles séparément. Mais la palpation, permettant de comparer le volume de la tête aux dimensions pelviennes, par la manœuvre qu'on pourrait appeler l'*épreuve céphalo-pelvienne*¹, rendra, comme tout à l'heure, de précieux services quand il s'agira de poser cette indication.

2. Il n'y a pas de disproportion entre la filière pelvienne et le fœtus.

L'indication peut être fournie par la *mère* ou le *fœtus*.

¹ Voir page 475.

MÈRE.

Tout état grave, susceptible d'être heureusement modifié par l'interruption de la grossesse, devient une indication d'expulsion provoquée.

Tels sont :

Les vomissements incoercibles ;

L'anémie grave, pernicieuse ;

Toute maladie grave des poumons (asphyxie), du cœur (asystolie), des reins (urémie), menaçant l'existence de la femme et capable d'être améliorée par l'expulsion de l'œuf. — LOHLEIN a provoqué l'accouchement à 8 mois dans un cas de cancer du rectum, afin de pouvoir opérer la femme de son néoplasme dont l'envahissement était rapide.

En cas d'indication maternelle, l'expulsion provoquée, accouchement prématuré ou avortement, ne devra être décidée et pratiquée que si l'existence de la femme est mise en péril par la continuation de la grossesse, et si l'expulsion ne doit pas être la goutte d'eau qui fera déborder le vase déjà plein, en brusquant le dénouement d'un état désespéré.

FŒTUS.

L'indication fœtale est fournie par l'état pathologique étudié (p. 54) sous le nom de *mort habituelle* ; en pareil cas, on sera autorisé, pour sauver l'enfant, à pratiquer l'accouchement prématuré une huitaine de jours environ avant l'époque à laquelle le fœtus succombe habituellement. — L'indication disparaît, si la mort précède le dernier trimestre de la grossesse.

2° Contre-indications.

Les contre-indications sont au nombre de trois :

1° *La mort du fœtus* ; provoquer l'expulsion est en pareil cas inutile, car elle ne tardera pas à se produire spontanément ; d'ailleurs la mort du fœtus résout la plupart des questions, qui avaient soulevé l'indication de l'expulsion provoquée.

2° *L'état grave de la mère*, susceptible de se terminer fatalement, sous l'influence de l'expulsion provoquée. Si en effet l'opération est faite pour sauver la mère, elle irait contre le but qu'on se propose, et si elle doit sauver l'enfant, mieux vaut, étant donné la mort imminente de la femme, attendre le moment favorable pour pratiquer l'opération césarienne ou l'accouchement forcé.

3° *La volonté formelle de la mère*, qui, en pleine possession de son intelligence, désire pour sauver son enfant aller à terme et subir l'opération césarienne. Cette contre-indication ne s'adresse qu'à l'avortement provoqué.

3° Conditions requises.

Les différentes conditions requises pour l'expulsion provoquée sont :

1° *L'absence des contre-indications* précédemment énoncées ;

2° *La diagnostic exact de l'époque de la grossesse*, quand il s'agit d'accouchement prématuré, car l'époque de l'intervention n'est pas indifférente ; le diagnostic même de la grossesse, alors que l'avortement est en cause.

3° *La connaissance précise de la viciation pelvienne*, et du degré de cette viciation, élément indispensable pour déterminer l'époque de l'expulsion provoquée.

PRÉCAUTION : *Toutes les fois que l'accoucheur se décide à provoquer un accouchement et surtout un avortement, il ne devra jamais prendre seul cette détermination, mais le faire en commun avec un ou deux confrères, afin d'éviter tout commentaire malveillant au sujet de cette opération, qu'on pourrait dire pratiquée dans un but criminel.*

C. — COMMENT L'EXPULSION DOIT-ELLE ÊTRE PROVOQUÉE ?

Les différents moyens proposés peuvent être classés de la façon suivante :

1° Moyens indirects :

| | | |
|------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1° INTERNES..... | 1° Anciens auteurs..... | Rue, if, sabine. |
| | 2° Bongiovanni..... | Seigle ergoté. |
| | 3° Sayre..... | Sulfate de quinine. |
| | 4° Mari-Autel..... | Chlorhydrate de pilocarpine. |
| 2° EXTERNES..... | 1° D'Outrepoint..... | Frictions utérines, massage. |
| | 2° Schreiber, Simpson .. | Electricité galvanique, faradique. |
| | 3° Gardien..... | Bains chauds répétés. |
| | 4° Friedreich, Scanzoni. | Sinapismes, ventouses sur mamelles. |

2° Moyens directs :

| | | | |
|-------------------------|-----------------------------|---|--|
| 1° SUR LE COL..... | 1° Schoeller..... | Tampon vaginal. | |
| | 2° Hüter, Braun..... | Vessie vaginale, kolpeurynter. | |
| | 3° Kivish..... | Douches sur le col. | |
| 2° DANS LE COL..... | 1° Kluge..... | Éponge préparée. | |
| | 2° Van Leynseele..... | Laminaire. | |
| | 3° Barnes, Chassagny .. | Sac de caoutchouc. | |
| 3° DANS L'UTÉRUS : | 4° Auvard..... | Pince excitatrice ou dilatatrice. | |
| | a. Corps non dilatable..... | 1° Krause..... | Sonde élastique. |
| | | 2° Schweighauser..... | Injection utéro-ovulaire (eau ou glycérine). |
| | | 3° Hamilton..... | Décollement des membranes avec le doigt. |
| 4° Solowief..... | | Tampon de gaz iodoformée dans le col et le segment inférieur. | |
| b. Corps dilatable..... | 1° Tarnier..... | Ballon. | |
| | 2° Pajol..... | Ballon de Tarnier, modifié. | |
| | 3° Champetier de Ribes.. | Ballon inextensible. | |
| | 4° Treub..... | Sonde et condom. | |
| 4° DANS L'ŒUF..... | 1° Scheel..... | Trocart (perforation des membranes au niveau du col). | |
| | 2° Meissner..... | Trocart (perforation des membranes loin du col). | |

Parmi ces nombreux moyens je ne m'arrêterai pas aux *indirects*, qui ont été abandonnés à cause de leur action très incertaine et variable. — Les moyens directs sont beaucoup plus sûrs, et ils le sont d'autant plus que leur action s'exerce plus près de l'œuf : c'est dire que les moyens, qui agissent sur

la surface cervicale ou dans le col, sont inférieurs à ceux qui pénètrent dans la cavité du corps de l'utérus ou dans l'œuf même.

Les quatre meilleurs procédés pour provoquer l'expulsion de l'œuf sont : la perforation des membranes, l'introduction dans l'utérus d'un corps non dilatable ou d'un corps dilatable, l'application de la pince excitatrice.

1° La *perforation des membranes* a l'inconvénient de priver le fœtus d'une partie de son liquide amniotique et, par là même, de l'exposer davantage aux dangers de l'accouchement ; aussi, à moins qu'il ne s'agisse d'avortement où la vie du fœtus est indifférente, vaut-il mieux donner la préférence à un des deux moyens qui suivent.



Fig. 514. — Sac-violon de BARNES.

2° L'introduction d'un corps dilatable a été réalisée par le ballon de M. TARNIER, généralement abandonné à cause de sa complexité et de sa fra-

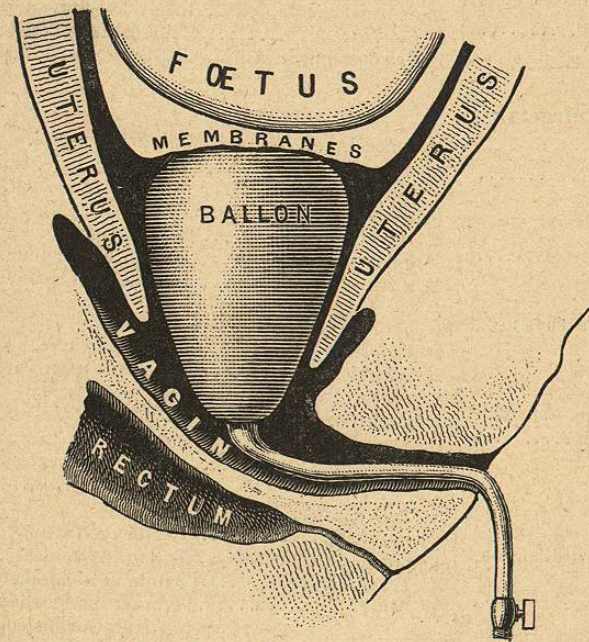


Fig. 515. — Ballon de Champetier.

gilité. — M. CHAMPETIER a récemment préconisé un ballon en tissu inextensible, c'est-à-dire dilatable seulement jusqu'à un certain point ; ce ballon, qui s'introduit au delà de l'orifice interne avec une pince spéciale, a l'avantage de provoquer promptement le travail, et d'amener une ouverture rapide du col ; mais la difficulté relative de son introduction, le danger des présentations

vicieuses auxquelles il expose en éloignant la partie fœtale du segment inférieur, et enfin la fréquence de la procidence du cordon à la suite de son application, empêcheront sa vulgarisation et le feront réserver pour des cas spéciaux où il peut devenir utile. — A côté des appareils qui précèdent, il faut citer celui beaucoup plus simple de TREUB, qui se compose d'un condom ordinaire aseptisé et fixé à l'extrémité d'une sonde. — Le condom, introduit à l'aide de la sonde au delà de l'orifice interne, est gonflé de liquide et laissé en place.

3° L'application de la *pince excitatrice* (fig. 516) se fait sans spéculum ; la femme étant en position obstétricale, l'index de la main droite va à la recherche du col, dont il conserve le contact. Sous la direction de ce doigt, on introduit la pince fermée, on la fait pénétrer jusqu'à ce qu'on rencontre de la résistance ; à ce moment on ouvre la pince, et on la fixe à un des crans d'arrêt avec légère tension ; on tire alors sur elle pour s'assurer qu'elle n'a pas tendance à s'échapper, auquel cas, après l'avoir refermée, on l'introduirait un peu plus loin, recommençant la même tentative que précédemment pour s'assurer si elle tient. Pour son introduction cette pince nécessite un col assez facilement perméable. Dans les cas où le col est largement perméable au doigt, il sera plus simple et plus sûr de porter la pince sous la direction du doigt jusqu'à l'orifice interne et de l'ouvrir à ce moment. A l'égard des instruments destinés à favoriser l'expulsion de l'œuf, il importe de distinguer :

1° Les excitateurs (fig. 514-515) ;

2° Les dilateurs (fig. 516).

Comme l'indique le nom même des instruments, l'action est tout à fait différente.

Les premiers excitent simplement les contractions utérines, comme le fait tout corps étranger introduit au contact de l'utérus ; les seconds au contraire exercent une action mécanique : ils ouvrent le segment inférieur de l'utérus, en exerçant une pression excentrique.

Les excitateurs n'agissent que par l'excitation même dont ils sont la source. — Les dilateurs agissent comme excitateurs, leur présence suffit pour que ce résultat soit obtenu, et en second lieu comme dilateurs, grâce à leur disposition même.

4° *Introduction d'un corps non dilatable.* — Le procédé le plus simple

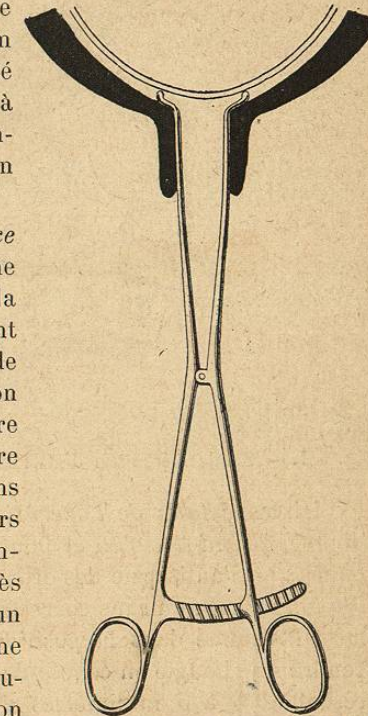


Fig. 516. — Pince excitatrice (AUVARD) appliquée dans le col utérin.

et le meilleur est celui de KRAUSE, qui consiste à faire pénétrer dans l'utérus une simple sonde ou bougie élastique, placée comme l'indique la figure 517.

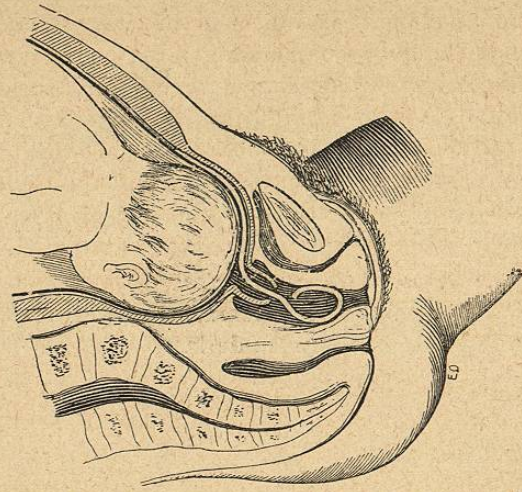


Fig. 517. — Sonde introduite dans l'utérus et repliée dans le vagin. (Procédé de KRAUSE.)

Voici les détails de l'opération avec ce dernier procédé, le meilleur à adopter, quand il suffit, et pour l'accouchement et pour l'avortement provoqués : — l'antisepsie des organes génitaux ayant été soigneusement faite, et le fœtus, avec ou sans correction préalable, se présentant par le sommet, placer la femme dans la position obstétricale ; l'anesthésie est inutile. — Prendre une bougie en celluloïde¹ (nos 16 à 18 de la filière au 1/3, c'est-à-dire présentant 5 à 6 millimètres de diamètre) bien aseptique ; l'enduire de vaseline, et à l'aide de l'index et du médius de la main droite, introduire dans le vagin, en porter l'extrémité au niveau de l'orifice externe du col. — A partir de ce moment, sans bouger les doigts placés dans le vagin, pousser doucement la bougie pour la faire pénétrer plus profondément dans les organes génitaux, continuer jusqu'à ce que l'extrémité extérieure arrive au niveau de l'orifice vulvaire. — Replier alors cette extrémité dans le vagin (fig. 517) ; le coude ainsi formé suffit à retenir l'instrument. — Il est rare qu'on éprouve de sérieuses difficultés à faire pénétrer la bougie, à moins qu'elle ne soit trop souple, car alors elle se coude dans le vagin. — Il suffit, pour éviter cet écueil de prendre une bougie suffisamment rigide ou de faire usage du spéculum, permettant d'introduire la sonde à l'aide d'une longue pince. — Les deux accidents qu'on peut observer pendant l'introduction de l'instrument sont la *perforation des membranes* et une hémorragie provenant d'un décollement traumatique du placenta. — Le premier accident est un simple ennui ; on peut, quand il se produit, ou laisser la sonde en place, ou la retirer, les contractions utérines surviendront dans l'un et l'autre cas ;

¹ Les bougies de celluloïde sont préférables à celles de gomme, parce qu'elles présentent une plus grande rigidité au moment de l'introduction, rigidité nécessaire pour la facile pénétration à travers le col.

sans le vouloir on se trouve alors avoir pratiqué l'expulsion par la perforation des membranes. — L'hémorragie résultant d'un décollement placentaire est plus gênante ; il faut retirer l'instrument, et tenter de l'introduire dans une autre direction ; si l'écoulement du sang continuait ou prenait des proportions inquiétantes, on appliquerait le traitement préconisé à propos du placenta prævia, et on pratiquerait soit la rupture artificielle des membranes (sac de Barnes dans le col à la suite), qui, en remédiant à l'hémorragie, solliciterait les contractions utérines, soit le tamponnement vaginal. — Les contractions utérines se produisent un temps variable après l'introduction de la bougie, parfois de suite, parfois au bout de quelques heures, voire même de quelques jours. — Dans ces derniers cas, relativement rares, l'usage d'un ballon intra-utérin rendra parfois de réels services. — La bougie demande à être surveillée, car, sous l'influence des contractions utérines, elle est quelquefois expulsée dans le vagin, accident qui nécessite simplement sa réintroduction.

Conclusion : D'une façon générale avoir recours, soit pour l'avortement, soit pour l'accouchement prématuré, à la bougie de KRAUSE, qui suffit dans la grande majorité des cas pour provoquer l'expulsion prématurée ; ne faire usage du ballon intra-utérin ou de la pince excitatrice, qui, pour être introduits, nécessitent un col facilement perméable, que si ce procédé échoue ou n'agit qu'avec une trop grande lenteur.

En tout cas pour l'usage de la pince excitatrice ou du ballon intra-utérin de CHAMPETIER, qui est celui dont l'action est la plus énergique et sûre parmi les ballons dilatateurs, il sera nécessaire, alors que le col est peu perméable, d'ouvrir préalablement le col soit par l'application d'une sonde de Krause ou d'une laminaire laissée pendant douze heures environ en place.

DOLERIS a, dans les cas d'avortement provoqué dans les trois premiers mois de la grossesse, conseillé, après avoir dilaté le col à la laminaire, de faire l'évacuation de l'utérus à l'aide du curage. — Cette méthode d'expulsion brusquée avec laquelle non seulement on provoque l'accouchement, mais aussi on l'accomplit, a l'avantage d'être plus expéditive, de moins exposer la femme aux pertes de sang. — Cette ressource pourra être précieuse chez certaines femmes affaiblies, mais c'est une méthode, surtout entre des mains peu habiles, plus dangereuse que la provocation simple et qu'on devra par conséquent réserver à des cas exceptionnels.

D. — PRONOSTIC ET APPRÉCIATION

La statistique la plus complète, établie dans ces derniers temps, est celle de WYDER¹, de laquelle il résulte qu'avec l'accouchement prématuré provoqué la mortalité est environ :

Pour les mères de 5 p. 100.

Pour les enfants de 50 —

¹ *Archiv. f. Gynæk.*, 1888, t. XXXI, p. 64. — 226 cas réunis par l'auteur. — Pour la mortalité infantile, WYDER a établi différentes catégories que je réunis en bloc, en adoptant comme chiffre approximatif de la mortalité, 50 p. 100, qui résume assez exactement les différents résultats qu'il a obtenus.

Le même chiffre pour la mortalité maternelle convient vraisemblablement à l'avortement provoqué.

Avec l'accouchement prématuré, les chances de vie pour l'enfant sont d'autant plus grandes que l'expulsion se rapproche davantage du terme.

L'expulsion provoquée est donc une opération bénigne pour la mère, d'autant plus que si toutes les règles de l'antisepsie sont rigoureusement observées il est vraisemblable que la mortalité doit être inférieure à 5 p. 100.

D'après une statistique publiée par TARNIER (Société obstétricale de France, 1891), les résultats seraient :

Mortalité maternelle, 2 p. 100.

Mortalité fœtale, 22 p. 100.

Nous adoptons volontiers les chiffres de cette dernière statistique, peu différente de celle de WYDER sous le rapport des mères, mais bien meilleure quant aux enfants, et qui est due sans doute aux récents progrès accomplis surtout à Paris dans l'hygiène des nouveau-nés, et notamment à l'emploi des couveuses.

IX PELVITOMIE

SYMPHYSÉOTOMIE. — PUBIOTOMIE. — ISCHIO-PUBIOTOMIE

SOMMAIRE

- A. *Définition. — Historique. — Variétés.*
 Sigault.
 Aitken.
 Galbiati.
 Pitois.
 Farabeuf.
- B. *Quand la pelvitomie doit-elle être faite ?*
 I. Symphyséotomie.
 Indications.
 Contre-indications.
 Conditions requises.
 II. Ischio-pubiotomie unilatérale.
- C. *Comment la pelvitomie doit-elle être faite ?*
 I. Symphyséotomie.
 II. Ischio-pubiotomie unilatérale.
- D. — *Pronostic. — Appréciation.*

A. — DÉFINITION, HISTORIQUE, VARIÉTÉS

Le pelvis forme une véritable ceinture osseuse, constituée par les deux os iliaques venant s'unir en arrière au sacrum, et joints en avant par la symphyse pubienne; or en ouvrant cette symphyse ou en sectionnant l'arc osseux dans sa partie antérieure, il est possible de produire un certain écartement des os iliaques, et d'agrandir ainsi la voie pelvienne; l'intervention qui vise à ce résultat n'est autre que la *pelvitomie*.

La *symphyséotomie*, la *pubiotomie*, l'*ischio-pubiotomie* constituent les divers procédés de pelvitomie; l'historique va nous expliquer ce qu'on doit entendre par ces diverses opérations.

1777. — En 1768, *Sigault* (de Dijon) propose d'ouvrir la symphyse pubienne,

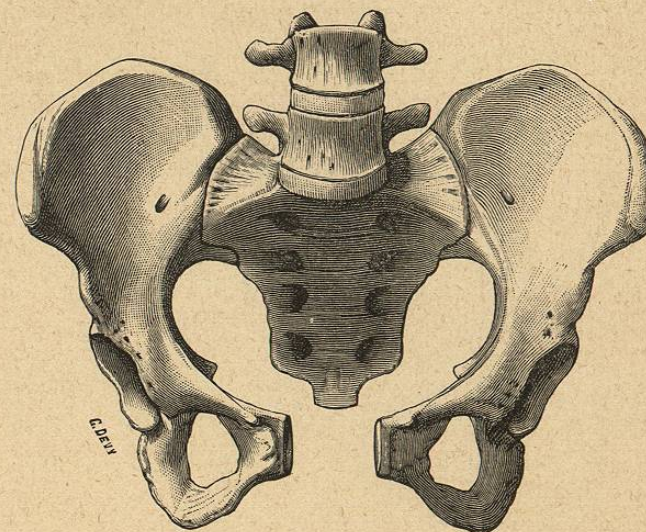


Fig. 518. — Opération de Sigault.

et il exécute son opération pour la première fois en 1777 sur la femme Souchot, mariée à un soldat du guet.

Cette femme, âgée de trente-neuf ans, en était à son cinquième accouchement;

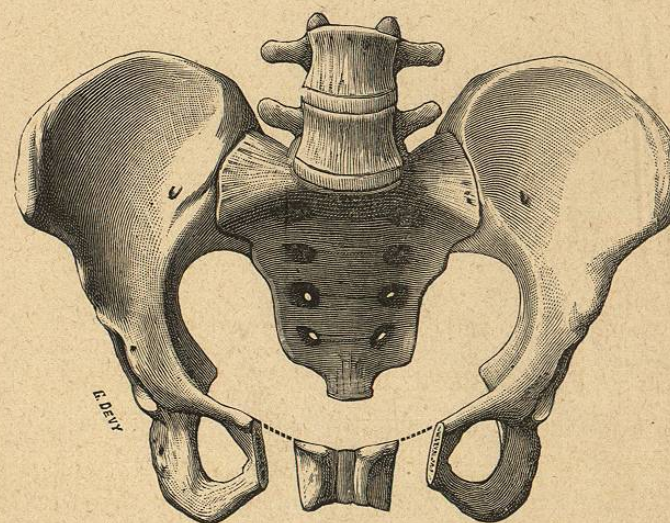


Fig. 519. — Opération d'Aitken.

ment; ses quatre premiers enfants étaient nés morts. Elle avait un bassin de 7 centimètres. Sigault put extraire un enfant vivant; la femme guérit.