SEPTIÈME PARTIE

DES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

—

Nous avons précisé avec le plus grand soin les indications que présentent à remplir les diverses causes de dystocie que nous venons d'étudier : chacune d'elles, comme on l'a vu, nécessite une opération différente. C'est à l'étude du manuel opératoire qu'est consacrée la septième partie de ce livre. Dans notre premier chapitre nous traiterons du chloroforme, dont l'emploi est un moyen adjuvant très-précieux pour le plus grand nombre des opérations obstétricales. Dans le second chapitre nous décrirons le tamponnement, qui, par son utilité, peut être assimilé à une opération impertante. Viendront ensuite les manœuvres et les opérations proprement dites, que nous classerons dans les chapitres suivants.

CHAPITRE PREMIER

DE L'EMPLOI DES MOYENS ANESTHÉSIQUES DANS LA PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS

Après les admirables résultats obtenus par l'éthérisation dans la pratique chirurgicale, il était tout naturel de se demander si, propres à annuler la douleur des opérations, les inhalations anesthésiques ne pourraient pas être utilement employées contre la douleur physiologique qui accompagne la parturition dans l'espèce humaine. Mais, avant de songer aux avantages qu'on pouvait en espérer, il était sage d'en prévoir les inconvénients. La résolution des muscles volontaires produite par l'éthérisation ne s'étendrait-elle pas aux muscles de la vie organique, et ne paralyserait-elle pas l'action de la matrice, dont la contraction est nécessaire à la terminaison heureuse du travail ? En supposant que l'utérus, au milieu de la paralysie générale, conservât ses facultés contractiles, il ne pourrait plus être aidé par les contractions volontaires des muscles abdominaux, et cette synergie d'action, si utile dans la dernière partie du travail, ne rendrait-elle pas impossible ou au moins très-difficile l'expulsion du fœtus ? La santé et même la vie de l'enfant ne pourraient-elles pas être compromises par les vapeurs inhalées ? et celles-ci, qui plusieurs fois déjà avaient déterminé des accidents sérieux dans la pratique chirurgicale, n'ajouteraient-elles pas encore à tous les dangers qui menacent une femme, soit pendant le travail, soit pendant les suites

de couches ? La solution préalable de toutes ces questions est de la plus haute importance, et l'on comprend combien tous ces points d'interrogation ont dû inspirer de prudence aux hommes qui, les premiers, ont appliqué l'anesthésie aux douleurs de l'enfantement. Parmi ces questions, il en est que le souvenir de certains faits pathologiques pouvait élucider, il en est d'autres dont l'expérience seule pouvait donner la solution, et cette expérience il fallait la tenter.

M. Simpson, professeur à l'université d'Édimbourg, est le premier qui osa employer les inhalations éthérées. C'était le 19 janvier 1847. La femme avait le bassin mal conformé. Décidé à pratiquer chez elle une version podalique, il crut l'occasion favorable pour décider l'influence que les inhalations éthérées pouvaient avoir sur la contraction utérine, car, en supposant que l'anesthésie paralysât la contractilité de l'organe, elle ne pourrait que faciliter l'introduction de la main et l'évolution du fœtus. Le résultat fut des plus satisfaisants, car il convainquit M. Simpson que, malgré l'abolition complète de la sensibilité, l'action de la matrice peut conserver toute son intégrité. Encouragé par ce premier essai, il répéta l'expérimentation dans plusieurs cas d'accouchements naturels et laborieux, et le 10 février il communiquait ces faits à la Société obstétricale d'Édimbourg.

Presque aussitôt après avoir eu connaissance de ses observations, plusieurs accoucheurs anglais, Murphy (de Londres), Protheroe Smith, Lansdowne, pratiquèrent l'éthérisation avec le même succès. En France, Fournier Deschamps l'employa le premier, et seulement huit jours après la publication de la première observation de M. Simpson. Dans le mois de février de la même année, le professeur P. Dubois communiquait à l'Académie de médecine le résultat de ses observations dans six cas d'accouchements. Dans le mois de mars, M. Stoltz l'employa à Strasbourg, M. Delmas à Montpellier. Dans le mois d'août, j'en fis moi-même, conjointement avec M. Smith, quelques applications à la Clinique d'accouchements, dont j'étais alors chargé ; mais les premiers essais avec l'éther ne me parurent pas encourageants. Plus tard, enfin, MM. Chailly, Colrat, Villeneuve, Roux, Male et plusieurs autres publièrent quelques observations isolées. En Allemagne, le professeur Martin (d'Iéna) d'abord, puis le professeur Siebold, le professeur Grenser (de Leipzig), ont employé l'éther dans plusieurs accouchements naturels ou laborieux. En Amérique, enfin, les docteurs Channing, Clark, Putnam ou autres praticiens ont, les premiers, fait connaître les résultats de leurs expériences.

Au mois de novembre 1845, la substitution du chloroforme à l'éther, proposée par M. Simpson, imprima une impulsion nouvelle à l'anesthésie obstétricale. La rapidité d'action de ce nouveau médicament, la facilité de son administration, firent peut-être trop promptement oublier les dangers qu'il peut déterminer, et furent certainement la cause de l'enthousiasme avec lequel il fut accepté, au moins par un grand nombre d'accoucheurs anglais. Aujourd'hui, malgré quelques oppositions, le chloroforme est presque exclusivement employé dans les accouchements comme en chirurgie.

Parmi les questions qui devaient naturellement se présenter à l'esprit de

celui qui, le premier, eut la pensée d'appliquer aux accouchements les inhalations anesthésiques, il en est, avons-nous dit, quelques-unes sur lesquelles les notions physiologiques et les faits pathologiques déjà connus pouvaient jeter quelques lumières. Telles sont celles relatives à la persistance probable des contractions utérines, malgré la résolution complète des muscles volontaires, et à la part plus ou moins grande que prennent, dans l'accouchement, les muscles abdominaux.

Des faits aujourd'hui assez nombreux autorisaient à penser que la paralysie momentanée du sentiment et des mouvements volontaires n'entraverait pas sensiblement l'action de la matrice. M. Simpson connaissait ces cas de paraplégie complète dans lesquels l'accouchement s'est accompli avec la régularité normale et presque sans douleur; il n'ignorait pas que plusieurs femmes étaient accouchées dans un état comateux, produit d'une ivresse profonde; il avait vu souvent des éclamptiques accoucher pendant la période du coma ou pendant la période convulsive, sans avoir en aucune façon conscience de ce qui se passait, et, dès qu'elles avaient repris leurs sens, manifester l'étonnement que leur causait leur délivrance. Les exemples de femmes accouchées pendant une léthargie assez profonde pour faire croire à une mort réelle ne sont pas très-rares. Tous ces faits prouvaient évidemment que, malgré la privation momentanée ou définitive de la volonté, du sentiment et des mouvements volontaires, la contractilité organique pouvait persister et suffire à l'expulsion du fœtus. Il était dès lors bien probable que l'état produit par les inhalations, état semblable, sous bien des rapports, au sommeil de l'ivresse ou au coma de l'éclampsie, bornerait, ainsi que ces derniers, son influence à la sensibilité et aux muscles de la vie animale.

Quant aux muscles antérieurs du ventre, on devait craindre qu'ils ne participassent à la paralysie de ceux des membres, et que leur défaut d'action ne ralentît un peu la période d'expulsion. Mais les femmes paraplégiques heureusement délivrées, celles qui, malgré un prolapsus complet de l'utérus, ont pu se débarrasser du produit de la conception, se présentaient naturellement à l'esprit et permettaient de ne pas s'arrêter devant la paralysie même probable des muscles abdominaux. D'ailleurs, lorsque pour la première fois M. Simpson employa les anesthésiques, il se proposait de faire la version, et de suppléer au besoin par les tractions à la faiblesse des forces expulsives.

Plus heureux que M. Simpson, qui, lors de ses premiers essais, ne pouvait s'appuyer que sur les inductions très-rationnelles fournies par la physiologie et l'anatomie pathologique, nous pouvons aujourd'hui interroger l'expérience. Cherchons donc, à l'aide des faits nombreux que la science possède, à élucider les diverses questions qui se rattachent à l'emploi des anesthésiques dans la pratique des accouchements.

1° *Influence des anesthésiques sur la contraction utérine.* — Sur ce point comme sur beaucoup d'autres les accoucheurs ont émis des opinions très-diverses. Pour les uns, le chloroforme ou l'éther n'aurait aucunement le pouvoir de suspendre l'action de l'utérus; pour les autres, au contraire, il ralentirait presque toujours les contractions, et assez souvent même il les ferait cesser complé-

tement. Au milieu de ces assertions et de ces faits contradictoires, il est possible cependant de découvrir la vérité. En lisant, en effet, les observations avec soin, on voit qu'à l'exception de M. Paul Dubois presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître les modifications profondes que, dans certains cas, ces inhalations impriment à la contraction. Ces modifications sont, du reste, très-diverses : ainsi, pendant que M. Stoltz a cru remarquer un accroissement de fréquence et d'intensité; que M. Murphy, pratiquant une version, dit n'avoir jamais rencontré autant de difficultés, bien que la malade fût *complétement endormie*, on voit MM. Bouvier, Siebold, Montgomery, etc., déclarer qu'il ralentit et quelquefois même suspend complétement le travail, et le docteur Denham affirmer que, dans dix cas où le chloroforme avait été administré avant de pratiquer la version, l'usage du médicament lui avait facilité l'opération; que cette influence heureuse fut surtout sensible chez une femme chez laquelle l'introduction de la main, inutilement tentée avant l'inhalation, fut très-facile aussitôt après avoir endormi la malade. Nous chercherons plus tard à expliquer ces différences.

Quoi qu'il en soit, pour tout homme de bonne foi, des faits nombreux prouvent qu'à doses modérées, c'est-à-dire suffisantes pour engourdir et annuler presque complétement la sensibilité, mais non pour ôter à la malade tout mouvement et toute conscience du moi, le chloroforme n'a, le plus ordinairement, aucune influence sur la puissance contractile de l'utérus; mais que, dans l'anesthésie complète, les contractions peuvent diminuer de fréquence et d'intsneité, et même cesser complétement. M. Simpson lui-même accorde ce dernier fait et il le considère même comme possible dans certains cas d'anesthesie légére. Le degré, dit-il, que peuvent supporter certaines malades sans que la matrice en soit affectée est excessivement variable. Quelques-unes sont très-profondément endormies sans que l'action de l'utérus soit affectée; chez quelques autres, les contractions sont interrompues par un degré beaucoup plus léger d'anesthésie. Ces prédispositions individuelles expliquent comment M. Montgomery peut avoir vu plusieurs fois les contractions de la matrice être manifestement diminuées par l'action sédative du chloroforme, et pourtant la femme être encore sensible à la douleur. Du reste, suivant la plupart des praticiens anglais, l'affaiblissement et la suspension du travail sont toujours l'indice que, dans le cas particulier, on a dépassé la dose du médicament que la malade aurait pu supporter sans inconvénient, et le meilleur moyen, dit M. Simpson, de rendre à l'utérus toute son énergie, c'est de cesser les inhalations pendant quelques instants, et de les reprendre à doses plus modérées aussitôt que la malade accuse de la sensibilité. D'après l'accoucheur d'Édimbourg, le retour des contractions, quand on a supprimé le chloroforme, se fait attendre à peine quelques minutes; c'est aussi l'avis de Murphy, de Denham et autres. M. Montgomery n'a pourtant pas une confiance aussi grande dans ce prompt retour des contractions. Dans un cas très-récent, il a vu le travail être interrompu par une dose de chloroforme assez faible pour que la malade continuât à exprimer avec volubilité les sensations délicieuses qu'elle éprouvait; et, malgré la suspension des inhalations, l'utérus fut

quelques heures inerte avant de reprendre son activité première. J'ai vu, dit le professeur de Dublin, plusieurs cas semblables.

En résumé : 1° dans la majorité des cas, les contractions ne sont pas influencées par les inhalations du chloroforme; 2° quand l'anesthésie est poussée trop loin, le travail est souvent suspendu; 3° chez certains individus, le même résultat peut être produit par doses modérées du médicament et avant la perte de sensibilité et de connaissance.

Cette différence dans les résultats, en mettant de côté certaines idiosyncrasies tout exceptionnelles et jusqu'à présent inexplicables, tient manifestement au degré et à la durée de l'éthérisation. Les divers faits, dit M. Bouisson, qui on servi de base à tant d'opinions différentes, ne font qu'exprimer simplement des degrés plus ou moins avancés de l'anesthésie, et les phénomènes que présente l'utérus sous le rapport de a sensibilité et de la contractilité rentrent eux-mêmes dans la sphère des lois générales de l'anesthésie. On sait parfaitement, en effet, que la participation des mouvements organiques à la dépression que produisent les inhalations dans toutes les forces de l'économie compte parmi les phénomènes ultimes de l'éthérisation.

2° *Influence des anesthésiques sur la contraction des muscles abdominaux.* — On sait que, dans la dernière période du travail, la matrice semble appeler à son aide l'action des muscles volontaires, et que les efforts de la femme concourent à vaincre les obstacles que rencontre le fœtus sur son passage. Il semble que, dépendante de la vie animale, l'action des muscles qui accomplissent l'effort, sera annihilée par l'éther ou le chloroforme comme celle des muscles des membres. Eh bien, suivant la plupart des accoucheurs, il n'en est pas généralement ainsi, et, à moins que l'anesthésie ne soit portée au delà des limites de la prudence, la puissance auxiliaire des muscles abdominaux ne fait pas défaut aux contractions utérines. Mon ami M. Longet a cherché à expliquer cette singulière exception; il a fait remarquer qu'au milieu du collapsus complet les mouvements respiratoires s'accomplissent encore. Or, l'effort en général, et celui qui accompagne l'accouchement en particulier, ne sont qu'une modification, un changement passager de l'acte respiratoire; c'est un état dans lequel doivent énergiquement se contracter les muscles de la poitrine, le diaphragme et ceux des parois abdominales. Puisque dans l'éthérisation, en l'absence de la volonté, la respiration persiste dans toute son intégrité, et que le bulbe rachidien continue d'exciter tous les muscles qui concourent à son accomplissement, l'effort résultant de ces mêmes muscles, y compris les muscles abdominaux, doit aussi se produire encore. J'ajouterai volontiers, avec M. Bouisson, que, puisqu'il est aujourd'hui démontré que le pouvoir réflexe ou excito-moteur de la moelle épinière, qui détermine des mouvements sans la participation de la volonté, n'est aboli dans l'éthérisation qu'autant que celle-ci est poussée à un degré très-avancé, la part que prennent à l'accouchement les muscles abdominaux pourrait bien tenir à une action réflexe. Leur relation manifeste avec les viscères du bas-ventre conduit, en effet, naturellement à penser que l'excitation émanée de l'utérus pendant l'acte est directement réfléchie par la moelle sur les plans musculeux de l'abdomen. Ce qui

tendrait à le prouver, c'est que les muscles abdominaux peuvent refuser leur contingent de force qu'ils apportent à cet acte, si l'éthérisation est assez profonde pour abolir le pouvoir réflexe, tandis qu'ils fonctionnent plus faiblement, il est vrai, comme muscles respiratoires (Bouisson). J'ai pu une fois vérifier la justesse de cette observation du professeur de Montpellier.

3° *Influence des anesthésiques sur la résistance du périnée.* — Un des avantages généralemeut attribués à l'éther ou au chloroforme, c'est de diminuer la résistance offerte par le périnée, de faciliter dès lors l'expulsion du fœtus, et de prévenir presque sûrement les déchirements dont il est si souvent le siége à la suite de l'accouchement. En ne tenant compte que des faits qui me sont personnels, il me serait très-difficile de formuler une opinion très-nette. J'ai été témoin, en effet, de résultats très-différents. Ainsi, comme MM. Dubois, Chailly, et autres, j'ai vu quelquefois le périnée se laisser distendre et amincir avec une très-grande facilité; mais plus souvent je l'ai vu, même avec l'anesthésie complète, conserver toute sa force de résistance, et même, comme dans le cas signalé par M. Villeneuve (de Marseille), être trois fois le siége d'une déchirure très-étendue [1]. Tout récemment encore, chez une femme parfaitement endormie, nous avons été, M. Danyau et moi, obligés de pratiquer une incision profonde de chaque côté de l'anneau vulvaire. A quoi tiennent ces différences? Je n'en sais trop rien, car l'anesthésie était complète chez les femmes dont je viens de parler, et l'on ne pourrait guère invoquer ici les degrés différents de l'éthérisation. Peut-être qu'il conviendrait de se rappeler combien est variable la résistance du périnée chez les divers individus, et combien il est difficile de prévoir ce qu'elle sera dans un cas déterminé. A chaque instant dans la pratique, l'événement vient démentir nos prévisions.

En supposant d'ailleurs que, sous l'influence de la pression que ces muscles ont à supporter, l'action réflexe de la moelle ne puisse déterminer leur contraction dans tout effort même involontaire, en les supposant paralysés chez la femme éthérisée, il ne faut pas croire que toute résistance du périnée soit pour cela même suspendue. Cette résistance, en effet, dans les cas ordinaires, est due tout autant aux plans aponévrotiques du plancher du bassin, à la quantité quelquefois très-grande du tissu graisseux placé entre les différentes couches, qu'aux fibres musculaires elles-mêmes. Chez les multipares, en effet, dont le périnée est si peu résistant, les muscles de cette région sont au moins aussi développés et aussi forts que chez les primipares. A quoi tiendrait donc la facilité avec laquelle s'opère l'expulsion du fœtus, si ce n'est à l'élasticité plus grande des plans aponévrotiques, qui, déjà distendus dans les accouchements antérieurs, ont acquis par cela même une souplesse plus grande? Puisque le chloroforme ne peut exercer sur

[1] La déchirure du périnée ne prouve pas, du reste, que l'emploi du chloroforme n'a nullement affaibli sa résistance. Dans deux cas, au contraire, cette déchirure m'a paru facilitée par la rapidité avec laquelle le périnée s'est laissé distendre et amincir. Cet amincissement, entièrement semblable à celui que subirait un tissu de caoutchouc, a été, sous l'influence de contractions très-énergiques, tellement prompt, qu'il s'est produit d'abord une véritable éraillure, puis une déchirure du périnée.

eux aucune influence, il ne faut pas s'étonner de voir le périnée résister encore après son administration.

On peut donc conclure de ce que nous venons de dire : 1° que, convenablement administrés et à doses modérées, les agents anesthésiques ne troublent pas la marche régulière des contractions utérines, et que, toutes les fois que leur administration est suivie de la cessation ou de l'affaiblissement des efforts utérins, il faut l'attribuer non au médicament, mais à l'abus qu'on en a fait ; 2° qu'il paraît que pendant le sommeil anesthésique les muscles abdominaux continuent à aider par leur contraction l'effort expulsif de la matrice ; 3° qu'enfin de nouvelles observations sont nécessaires pour prouver définitivement l'influence du chloroforme sur la résistance du périnée.

Avant de déterminer les cas qui indiquent ou contre-indiquent l'emploi du chloroforme, il nous reste à dire quelle a été, d'après les faits connus, l'influence des inhalations sur la santé de la mère et sur celle du fœtus.

Quand on étudie avec impartialité les faits, aujourd'hui très-nombreux, dans lesquels le chloroforme a été inhalé pendant le travail de l'accouchement, on ne tarde pas à être convaincu que, si ce médicament a été souvent employé sans nécessité, il n'a jamais été manifestement nuisible.

1° *Influence sur la santé de la mère.* — Tous les accoucheurs qui ont employé souvent le choroforme sont presque unanimes pour déclarer qu'il n'a jamais eu la moindre influence fâcheuse sur la santé de la mère. Dans tous les cas, il a eu l'immense avantage de leur épargner les douleurs causées par les dernières contractions expulsives. « Aucune de mes malades, dit M. Simpson, n'en a eu conscience ; plusieurs d'entre elles, confiantes dans l'éthérisation, n'ont plus éprouvé les craintes que leur inspirait pendant les dernières semaines de leurs précédentes grossesses l'arrivée prochaine du travail. Épargnant aux femmes l'angoisse des dernières heures, l'anesthésie ménage leurs forces, leur épargne cet épuisement nerveux qui suit un travail pénible, et, parmi celles qui déjà avaient été mères, plusieurs exprimaient vivement leur reconnaissance, et déclaraient que leur état n'était pas comparable à celui dans lequel elles se trouvaient après leurs autres couches. Leur rétablissement, continue le même auteur, est aussi plus prompt et les inflammations consécutives beaucoup plus rares ou moins fâcheuses. »

Je ne crois pas, au moins en ce qui concerne l'accouchement naturel, que cette dernière proposition soit parfaitement démontrée, et rien dans les faits connus jusqu'à ce jour, y compris ceux de M. Simpson, ne me paraît de nature à en prouver l'exactitude, Dans l'accouchement naturel, en effet, la fatigue produite par le travail est très-modérée, et le souvenir en est bientôt effacé par la joie et le bonheur d'être mère. Les suites de couches exigent toujours les mêmes précautions, qu'on ait fait ou non usage du chloroforme, et l'époque des relevailles est toujours à peu près la même. Enfin la fièvre puerpérale, qui, à une certaine époque, régnait à Édimbourg, n'épargna pas plus les femmes qui avaient été soumises aux inhalations que celles qui n'avaient pas fait usage du chloroforme.

J'ajouterai même que dans les accouchements laborieux le chloroforme n'a pas diminué sensiblement la gravité des accidents consécutifs. Il n'a en effet pour résultat incontestable que d'annuler la douleur et de prévenir par conséquent l'ébranlement nerveux si considérable qui en est parfois la conséquence : c'est bien quelque chose, sans doute, mais, à part quelques cas très-exceptionnels, ce n'est pas la douleur elle-même qui cause la mort, et la femme échappe le plus souvent à la sidération nerveuse. Les métrites, les suppurations profondes, l'inflammation et les eschares gangréneuses des parties molles du bassin sont la conséquence des efforts violents auxquels s'est livré l'utérus. Or, comme le fait remarquer M. Montgomery, le chloroforme n'enlève que la douleur et laisse intactes toutes les autres conséquences d'un travail pénible.

Un autre avantage incontestable du chloroforme, c'est de rendre plus facile l'exécution d'un certain nombre d'opérations obstétricales. Malgré la meilleure volonté, en effet, la femme, en proie aux souffrances les plus atroces, se livre à des mouvements désordonnés qui gênent beaucoup l'opérateur. Le sommeil pénible dont elle jouit pendant l'inhalation, l'insensibilité complète de tous les organes, lui font supporter sans agitation aucune les opérations les plus douloureuses.

Annuler la douleur dans tous les cas, et dans les accouchements laborieux prévenir la sidération nerveuse qui parfois est la conséquence d'un travail trop pénible ou trop longtemps prolongé, rendre plus faciles les opérations obstétricales, tels sont les seuls avantages incontestables du chloroforme.

Ces avantages ne sont-ils pas compensés par des inconvénients sérieux ? Quelques accoucheurs l'ont pensé ; mais, à notre avis, ils en ont exagéré la fréquence et la gravité. Nous savons déjà ce qu'il faut croire de son influence sur la suppression des douleurs pendant le travail : administré avec prudence, il n'altère en rien la régularité et l'intensité des contractions ; mais en est-il tout à fait de même de la contractilité du tissu, et la rétraction de la matrice après l'accouchement ne peut-elle pas être légèrement modifiée par l'administration préalable des anesthésiques ? J'avoue ne pas être sur ce point complétement rassuré, et je suis porté à croire que, au moins dans quelques cas, ils n'ont pas été complétement étrangers à l'inertie et à l'hémorrhagie consécutive. Ainsi Duncan a cité deux cas dans lesquels il y eut une petite hémorrhagie. L'un d'eux, sans doute, succédait à un accouchement double avec distension extrême des parois utérines, ce qui suffisait pour l'expliquer ; mais l'autre, survenu 6 heures après la délivrance, n'avait aucune cause appréciable. Le docteur Channing, sur 78 cas d'anesthésie, a observé 4 fois l'hémorrhagie. Dans le premier cas, une perte interne survint une heure après la délivrance ; dans le second, la femme eut une demi-syncope aussitôt après la délivrance, et il trouva l'utérus très-développé et rempli par des caillots : immédiatement après leur extraction, l'organe se rétracta, et la perte ne reparut plus. Dans un troisième, une hémorrhagie grave survint immédiatement après la délivrance. Une quatrième observation est moins concluante, en ce que la femme avait eu déjà des pertes après les couches antérieures, et qu'une adhérence contre nature du placenta rendit la délivrance laborieuse. Le