



Accession no. RB7462W0
450
C187m
RB

MÉMOIRE

SUR L'ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE,

Par le Dr CHARLES JAMES CAMPBELL,

Ancien interne de la Maternité de Paris; ancien chef de clinique obstétricale de la Faculté de Paris.

§ I. — ORIGINES DE L'ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE EN ÉCOSSE
ET EN FRANCE.

La découverte américaine qui consistait à annihiler la douleur pendant les opérations chirurgicales au moyen d'inhalations de vapeur d'éther eut à peine frappé de son éclat magique la chirurgie du monde entier, qu'il vint à l'idée d'un éminent accoucheur de la Grande-Bretagne d'en appliquer la bienfaisante influence aux douleurs insupportables de la parturition humaine.

En effet, la naissance de l'homme, qui paraissait vouée, de temps immémorial et à tout jamais, à une sorte de prescription fatale, s'était accomplie jusqu'alors au milieu du cortège légendaire d'angoisses, de douleurs et de cris.

Un accouchement compliqué, dont la terminaison ne pouvait être effectuée que par l'intervention de la main ou de l'instrument du chirurgien, devait servir d'occasion à un premier essai de ce genre.

Le premier fait qui servit de transition entre le champ de la chirurgie proprement dite (déjà riche en prodiges anesthésiques) et le domaine obstétrical, livré à ses douleurs vierges encore de toute intervention humaine, eut lieu le 19 janvier 1847, au *Royal Maternity Hospital* d'Édimbourg.

Ce jour-là, vers 9 heures du soir, le professeur James Young Simpson fit, avec succès, une version chez une femme profondément endormie par l'éther, et qui se réveilla, l'opération finie, toute inconsciente de l'accouchement laborieux qu'elle venait de subir, toute enchantée, émerveillée, reconnaissante.

Quelques jours plus tard, l'éthérisme fut appliqué par le même

X

ICD

ES

accoucheur à des cas d'accouchement physiologique où l'art n'avait pas à intervenir.

Les faits se multiplièrent autour de Simpson, qui les analysa d'une façon si magistrale et sut en tirer d'emblée de telles déductions pratiques, que l'on peut dire que, dès ces premiers essais, l'anesthésie obstétricale naquit presque toute armée de cette forte tête écossaise dont le génie heureux, l'initiative et l'audace ne connurent pas d'insuccès.

Nous verrons plus tard ce que devint la méthode de l'atténuation de la douleur en obstétrique, entre les mains du chef de l'école d'Édimbourg et de ses élèves, répandus dans toutes les parties du monde.

Voici, à la même époque à peu près, ce qui se passait en France : Un de nos maîtres auquel n'étaient inconnus ni le cas de version faite à Édimbourg, ni un cas d'opération césarienne faite pendant l'éthérisme par Skey de Londres, ni enfin le premier fait d'anesthésie obstétricale pratiquée en France par le D^r Fournier-Deschamps, pour une application de forceps, le professeur Paul Dubois, voulut étudier de sang-froid la nouvelle méthode dont la valeur réelle pouvait bien être suspectée au milieu des bruits d'un premier enthousiasme ; il voulut soumettre à une expérimentation judicieuse et régulière les faits analogues qui se présenteraient à lui.

C'est le 5 février 1847, à la Maternité de Paris, que le professeur de clinique d'accouchements commença une série de recherches sur l'anesthésie éthérique, d'abord dans les cas compliqués demandant une intervention chirurgicale, puis dans de simples cas d'accouchement normal.

Ces expériences remarquables, conduites avec la sagacité, la prudence et la réserve qui distinguaient et ornaient, chez notre illustre maître, la science la plus consommée, furent l'objet d'une communication fort remarquable faite par lui à l'Académie de médecine, dans la séance du 23 février 1847.

Le professeur Dubois tira de chacun des cinq faits qu'il avait observés sous l'influence du sommeil éthérique, les déductions les plus rigoureuses au point de vue de la physiologie et de la pratique. Mais, par une fatalité qui a nui, dès le début, au progrès de l'anesthésie obstétricale en France, une des femmes qu'il accouchait fut prise, à un moment donné de l'éthérisme, de phénomènes nerveux tellement intenses et insolites, que M. Dubois en fut vivement alarmé. Il discontinua l'éthérisation dans ce cas particulier, qui dut se terminer par les seuls procédés de la nature ; mais il ne put s'empêcher de subir et de garder, à l'endroit de l'anesthésie, une impression défavo-

nable, tout en admettant que l'on ne pouvait de ce fait unique arguer du danger absolu de la méthode. Le malheur voulut, en outre, que deux des femmes accouchées dans le sommeil de l'éther fussent prises de la fièvre puerpérale, qui régnait alors à la Maternité et qui les emporta. Bien que M. Dubois fût convaincu, et toute l'Académie avec lui, qu'il ne s'agissait là que d'une coïncidence et d'un malheur commun à d'autres femmes, qui avaient succombé à la même époque et à la même influence épidémique sans avoir été éthérisées, le professeur, par un excès de prudence dont il tenait sans doute à donner un exemple à ses élèves (et qui, d'ailleurs, était bien dans sa nature), ne put pas et ne voulut pas se soustraire à cette impression peu encourageante. Aussi, les conclusions de la communication de M. Dubois à l'Académie, bien que favorables en tant qu'elles constatent que l'anesthésie n'apporte aucun trouble notable à l'accomplissement du travail naturel, en supprimant ou plutôt en atténuant la douleur, n'entendent pas, d'après un nombre de cas aussi limité, engager le moins du monde l'avenir. Elles laissaient, de plus, entrevoir que M. Dubois n'admettait l'utilité de cette pratique que dans un nombre de cas fort restreint que l'expérience ultérieure, disait-il, se chargerait de déterminer. Que M. le professeur Dubois ait eu parfaitement raison, vis-à-vis des faits peu nombreux dont il fut témoin dans ses premières expériences, de poser des conclusions aussi réservées, personne ne songera à le contester. Mais n'est-il pas à regretter que, plus tard, alors que tant de faits d'anesthésie obstétricale s'étaient déjà produits dans le monde entier et pouvaient, par leur innocuité proclamée partout, faire revenir, au moins, sur les craintes des premiers jours, cette expérimentation n'ait pas été reprise, à l'école même de Paris (dont l'autorité est si recherchée et respectée pour la consécration ou le rejet des idées nouvelles), soit par M. Dubois lui-même, soit par ses successeurs aux chaires obstétricales de la Faculté? Au lieu de cela, on se contenta de vivre dans la défiance créée par ces peu rassurantes conclusions émanées d'une autorité aussi respectable que respectée. Il s'ensuivit une appréhension générale eu égard à l'anesthésie appliquée aux indications obstétricales; la méthode fut discréditée dans l'école même, si ce n'est peut-être pour les accouchements à intervention chirurgicale, et cette pratique, qui accomplissait des merveilles chez nos voisins d'outre-mer, on la laissait tomber sous l'indifférence du monde médical français.

Ce n'est qu'au bout de six années, en 1853, qu'un praticien fort distingué de la province, M. le D^r Houzelot de Meaux, eut le courage de rompre le silence qui s'était fait autour de l'anesthésie dans l'accouchement naturel, en publiant vingt observations, prises dans sa

clientèle privée, d'accouchements physiologiques qu'il avait dirigés pendant le sommeil chloroformique et cela avec le plus grand succès. Son mémoire fut l'objet d'un remarquable rapport de Laborie à la Société de chirurgie. Dans cette enceinte même surgirent encore, pendant la discussion du rapport, des doutes et des réserves; et la méthode, pas plus après qu'avant la judicieuse tentative de M. Houzelot, ne sembla voir accroître le nombre de ses adeptes.

Cependant, les choses se passaient bien différemment de l'autre côté de la Manche et de l'Atlantique.

Dès 1850, Simpson avait déjà appliqué l'anesthésie 1,519 fois sans déterminer d'accidents, et le rapport de l'Association Médicale Américaine, de la même année, cite 2,000 accouchements aussi heureux.

A ce propos, Laborie lui-même s'étonnait fort, en pleine Société de chirurgie, de cette indifférence du public médical français.

Enfin on avait donné le signal d'un retour vers l'examen de la question; c'était déjà quelque chose. Mais, à Paris, comme je l'ai déjà dit, sauf pour quelques cas d'obstétrique chirurgicale survenus à l'hôpital ou en ville, on s'occupait peu ou point de l'anesthésie appliquée aux accouchements naturels. Si quelque accoucheur de la ville tentait, dans ce sens, quelque effort isolé, il était mis à l'index; si, de loin en loin, il était question d'un accouchement ainsi effectué d'après les règles posées par Simpson et avec toute la prudence de Paul Dubois, on ne laissait pas que de blâmer l'accoucheur téméraire et on allait jusqu'à lui reprocher de quêter une popularité malsaine, dont il ne tarderait pas à se repentir. Et comme le repentir tardait à venir, on osa même, dans un cas que je connais, où la malade mourut d'hémorrhagie consécutive à un décollement partiel du placenta, sans qu'il eût été question, le moins du monde, de lui donner une goutte de chloroforme, on osa insinuer dans le public, par la voie des journaux, que cette mort était due au chloroforme. Bref, au milieu de cet accueil glacial, la pratique de l'annihilation de la douleur dans l'accouchement naturel allait s'éteignant: et, en France, la vieille douleur contemporaine de notre espèce allait redevenir triomphante sur toute la ligne obstétricale; mais on avait compté sans les femmes.

Les étrangères d'abord qui se trouvaient devoir faire leurs couches à Paris forcèrent quelque peu la main aux maîtres eux-mêmes et puis aux élèves à peine sortis d'une école qui professait une crainte exagérée, si ce n'est parfois un vrai terrorisme, à l'endroit de l'anesthésie appliquée à l'accouchement physiologique. Comment résister, d'ailleurs, à cette espèce de fureur d'anesthésie dont étaient prises

ces femmes qui, en venant à Paris, les unes de New-York et de Boston, ne se seraient pas embarquées sans deux ou trois grands flacons d'*æther fortior*; les autres d'Édimbourg, ne se seraient pas mises en route sans avoir au fond de leur bagage au moins un flacon de chloroforme de chez Duncan et Flockhart? Aussi ne tint-on pas absolument rigueur à ces échappées d'une épreuve déjà heureusement subie entre les mains d'un accoucheur écossais ou américain. Et comme, en somme, à Paris, en y procédant avec toutes les précautions voulues, on les tirait d'affaire ni plus ni moins que chez elles, en leur épargnant les douleurs de l'accouchement, elles n'en voulurent plus démordre; et c'est par leur exemple que la méthode pénétra et se répandit peu à peu dans la pratique privée.

On la vit donc adoptée d'abord et surtout par la colonie anglo-américaine de Paris, où notre estimable confrère et ami regretté, le D^r Olliffe, jouissait alors d'une grande autorité médicale et tenait fort pour la pratique de notre compatriote le professeur Simpson. Puis vint la clientèle française, qui, plus craintive, n'était pas sans se tenir au courant de ce qui se passait chez les dames étrangères.

C'est ainsi que je fus appelé, presque au début de ma carrière de praticien, à chloroformer, pour leurs accouchements naturels ou compliqués, un assez grand nombre de personnes qui se recommandaient de Simpson ou de sir Joseph Olliffe.

Nous n'étions pas resté indifférent d'ailleurs à la lutte engagée entre l'enthousiasme un peu audacieux de Simpson et la réserve si motivée et si respectable de notre cher maître le professeur Dubois. Je finissais à peine mon internat à la Maternité de Paris, lorsque j'assistai à la mémorable séance de l'Académie de Médecine, le 23 février 1847. J'eus l'honneur de servir d'intermédiaire entre les deux camps, lors des premières grandes luttes scientifiques qui eurent lieu au sujet de l'anesthésie obstétricale, en publiant les recherches de M. le professeur Dubois dans *The Lancet* du 6 mars, et celles de M. Simpson dans l'*Union Médicale* de Paris, des 11 et 13 mars 1847.

J'avais, de plus, assisté le D^r Protheroe Smith de Londres, dans les recherches qu'il vint faire en 1847, à l'hôpital des cliniques, sous les auspices de M. Dubois et de M. Cazeaux, sur la contractilité utérine pendant l'éthérisme.

Enfin en 1850, lorsque le professeur Simpson séjourna quelque temps à Paris, j'avais eu le privilège et l'honneur d'avoir avec ce grand maître plus d'un long entretien sur tout ce qui a trait à l'anesthésie et particulièrement à l'administration du chloroforme, que

l'accoucheur d'Edimbourg avait substitué à l'éther, en novembre 1847.

D'un autre côté, M. le professeur Dubois était amené, un peu plus tard, à soumettre à l'anesthésie quelques-unes de ses accouchées de la ville; le D^r Danyau y avait également soumis certaines de ses clientes et me permettait d'en faire autant pour quelques dames, dont il voulut bien me confier le soin pendant ses absences de Paris.

Le 16 mars 1856, Jobert consentait à donner du chloroforme, quoiqu'à faible dose, à l'Impératrice, qui en réclama le bienfait lors de son accouchement par M. Dubois; et, un peu plus tard, le professeur Nélaton me confia le soin d'une longue anesthésie lors de l'accouchement excessivement douloureux d'une de ses filles.

C'est grâce à ce concours de circonstances, c'est au milieu de tels exemples qu'il nous fut donné d'assister, dans la pratique privée, à un grand nombre d'accouchements naturels ou compliqués soumis, la plupart, à l'anesthésie et dont l'histoire succincte, en ce qui regarde exclusivement la chloroformisation obstétricale, peut être résumée ainsi que je vais essayer de le faire.

Mais, après avoir retracé les origines pénibles de l'anesthésie obstétricale en France, et avant d'augurer pour la méthode de Simpson un meilleur avenir dans ce pays, je tiens à noter que je ne suis pas sans savoir quels travaux ont été faits depuis une quinzaine d'années, soit pour étudier la chloroformisation à tel ou tel point de vue de la pratique obstétricale, soit pour en vulgariser l'emploi rationnel dans les accouchements naturels. J'en tiendrai compte et en tirerai grand profit dans une histoire plus complète de l'anesthésie tocologique que je prépare en ce moment.

Ainsi des thèses fort remarquables ont été soutenues à Paris sur ce sujet.

Des auteurs spéciaux lui ont consacré une étude favorable.

Et, dès aujourd'hui, je veux particulièrement remercier M. le D^r Verrier, pour la défense généreuse qu'il a bien voulu prendre, plus d'une fois, et de la méthode et de ceux qui la pratiquent.

Des écrivains, plus autorisés encore, mais mal disposés à l'endroit de l'anesthésie appliquée aux accouchements naturels, lui ont fait une opposition assez vive dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales* (1864-1866). Comme je n'oublie pas que j'ai eu l'honneur d'être aussi leur élève, j'aime mieux, plutôt que de leur répondre, attendre du temps et du nombre croissant des faits heureux, qu'ils veuillent bien revenir de leurs préventions, comme sut le

faire, de bonne heure et de si bonne grâce, notre illustre maître à tous le professeur Paul Dubois.

Je n'oublierai pas non plus les faits dont j'ai été quelquefois témoin dans la clientèle journalière de mon excellent confrère et ami le D^r Emile Dubois.

Je prendrai, enfin, en grande considération les faits que veulent bien me communiquer parfois nos honorés confrères éloignés de Paris; et, tout en les remerciant de leur bienveillance passée, je les prie de vouloir bien augmenter, dans l'avenir, le nombre des précieux renseignements dont ils disposent.

C'est avec de tels guides et de tels collaborateurs que j'aimerais à tenter de remplir plus tard le programme que je me suis tracé. Pour aujourd'hui, je vais tâcher de répondre à l'honneur que me fait mon ami le professeur Gubler en me demandant une esquisse de mon expérience personnelle en anesthésie obstétricale.

§ II. — L'ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE A PARIS.

Faits du D^r Campbell. — Depuis plus de vingt-cinq ans (1849-1873), j'ai pris part, dans la pratique privée, à un ensemble de plus de 1,800 cas de parturition, accomplis à toutes les époques de la grossesse, et qui ont été, soit complètement, soit partiellement suivis par moi.

Sur ce nombre, les accouchements *à terme ou près du terme dont j'ai pu suivre moi-même le travail pendant un certain laps de temps avant leur terminaison* doivent seuls figurer sur cette note, qui a particulièrement trait à *l'anesthésie obstétricale*.

Il y a eu 1,500 *accouchements* de cette catégorie, et c'est parmi ces cas que j'ai eu occasion d'administrer les anesthésiques, éther ou chloroforme, 942 fois, c'est-à-dire à peu près deux fois sur trois.

Conditions de l'anesthésie en obstétrique. — En thèse générale, je ne me suis jamais laissé entraîner par certains engouements inconsiderés, manifestés pour le chloroforme de la part, soit de personnes qui en avaient déjà fait usage, soit de personnes qui en demandent sans en connaître les effets. Je me réserve toujours d'apprécier l'indication dans chaque cas particulier et je n'ai jamais hésité à en refuser l'emploi quand j'y ai vu le moindre inconvénient, et à le suspendre quand l'anesthésie, comme cela est quelquefois arrivé, ne répondait pas à ce que j'en attendais. Aussi l'accoucheur qui pratique de cette façon une anesthésie rationnelle doit-il s'attendre de la part des accouchées, à côté de nombreuses expressions de gratitude et de joie, à quelques reproches aussi d'une trop grande réserve.

Dans les accouchements qui permettent l'emploi du chloroforme, je me suis fait une loi de ne jamais le donner pendant la première période du travail.

J'établis pourtant une exception pour les cas, rares d'ailleurs, où, dès le début du travail, éclatent des contractions violentes, à succession rapide, qui peuvent aller jusqu'à l'affolement d'une femme hystérique. Ce genre de douleurs permet et requiert un soulagement immédiat à quelque moment qu'elles se montrent. Il n'en est plus de même des douleurs de la première période d'un travail moyennement douloureux. Les expériences, dès les premiers essais d'éthérisation en obstétrique, avaient montré que, dans l'accouchement normal, l'anesthésie a une tendance à amoindrir l'intensité et à éloigner le retour des douleurs pendant la période de la dilatation. Or, comme dans la très-grande majorité des cas, cette première phase de l'accouchement est assez bien supportée par les femmes, il serait aussi déraisonnable de créer, sans motif valable, un retard à ce temps du travail, qu'il est logique d'essayer d'amoindrir et d'espacer même les contractions utérines, quand ces dernières revêtent un caractère spécial d'acuité et de rapidité insupportables. Il faut donc réserver l'anesthésie pour la période la plus douloureuse peut-être, sinon la plus longue, de toute la parturition, celle où, la *dilatation de l'orifice utérin étant tout à fait ou à peu près complète*, l'extrémité de l'ovoïde fœtal qui se présente commence à s'y engager et tend à le franchir pour pénétrer plus profondément dans le canal utéro-vulvaire. On peut, très-souvent, dès que les douleurs expulsives ont revêtu leur caractère d'efforts véritables, diminuer ou même cesser complètement, pendant un certain temps, l'anesthésie, dont la suspension permet à l'accoucheur de se rendre compte de la puissance contractile de l'utérus et des muscles abdominaux abandonnés à leur action naturelle, en même temps qu'elle permet à la femme d'apprendre et de comprendre où elle en est de son travail et ce qui lui reste à faire.

On ne tarde pas à résumer l'atténuation de chaque douleur expulsive par de petites doses de chloroforme que l'on interrompt chaque fois que cesse l'effort ; et, à mesure que l'enfant descend, on arrive graduellement à une anesthésie un peu plus profonde pour le moment où les efforts auront à vaincre le second et le dernier obstacle constitué par l'anneau vulvaire et le plancher périnéal.

C'est de la variabilité du temps requis pour la progression du fœtus, entre ces deux obstacles, le long d'un canal à parois rendues plus ou moins résistantes par les couches musculaires aponévrotiques ou cellulo-graisseuses, à parois plus ou moins extensibles, selon l'état de multiparité ou de primiparité de la femme qui accouche, que dépend

la *variété* que l'on observe dans la *durée* possible de l'anesthésie, durée toujours soumise, en somme, à la volonté de l'accoucheur, qui peut suspendre ou prolonger l'insensibilité selon l'indication et selon la tolérance de la parturiente pour le chloroforme.

Cette possibilité de mesurer l'intensité de l'anesthésie par inhalation et de la proportionner aux circonstances plus ou moins rapidement variables même dans un accouchement à type normal, me semble devoir à tout jamais différencier ce mode d'annihiler la douleur de cette autre méthode succédanée que l'on songe à introduire dans la pratique au moyen de l'ingestion par l'estomac d'une substance, le chloral, qui, d'excellent hypnotique qu'il est, ne peut devenir un anesthésique qu'à la condition d'être absorbé à doses dangereuses et telles qu'on ne pourrait à volonté en ralentir ou en suspendre les effets, puisque une fois entré dans les voies digestives, il doit, après absorption préalable, développer nécessairement toute sa puissance, soit directement et en qualité de chloral, d'après M. Gubler, soit indirectement après s'être transformé en chloroforme et en acide formique, suivant l'opinion généralement reçue, auquel cas il parcourrait fatalement le cycle de son évolution chimique d'où il tire précisément sa puissance stupéfiante.

Je suis loin de croire cependant qu'on ne puisse, un jour, employer très-efficacement le chloral comme adjuvant dans certains cas spéciaux de douleurs obstétricales, telles que les douleurs de la première période et les tranchées après l'accouchement, ou dans certains cas morbides tels que l'éclampsie, cas dans lesquels il pourrait être considéré comme l'initiateur ou le continuateur, selon le cas, de l'anesthésie véritable par inhalation. Mais c'est là une question encore à l'étude au même titre que l'action antagonistique du morphinisme que l'on trouve être un modificateur congestionnant des centres nerveux et devant s'opposer à l'anémie cérébrale produite par un profond degré d'anesthésie chloroformique (*Thèse de Narañjo*, 1869) (1).

Durée de l'anesthésie obstétricale. — Quoi qu'il en soit de ces questions réservées, je dirai, en ce qui regarde la durée de l'anesthésie dans les cas qui me sont particuliers, que le but que je me proposais dans les premiers temps de ma pratique étant d'obtenir surtout une expulsion indolore à travers une vulve fortement distendue, je me contentais de noter le résultat obtenu, comme insensibilité plus ou moins complète, à la fin de l'accouchement. Il en résulte

(1) Relativement à l'action restauratrice de l'opium sur la circulation dans la syncope qui suit les hémorragies graves, voir Gooch, *Practical compendium of midwifery*; London, 1831, p. 176.

que dans le premier tiers environ de mes observations, je n'ai pas toujours tenu un compte exact de *la durée* de l'état anesthésique, qui, dans ces cas-là, du reste, n'a jamais dû dépasser une heure au maximum.

C'est une omission que j'ai réparée dans les *six cents cas observés depuis dix ans* et pour lesquels j'ai noté mathématiquement la durée de l'anesthésie, dans chaque cas, et cela séance tenante. On peut avoir une idée de ces chiffres (trop nombreux pour être donnés ici en totalité, et dont je réserve le détail pour le Mémoire plus complet que je prépare en ce moment), par quelques extraits que j'en rapporte dans le tableau ci-joint, en prenant, en chiffres ronds, certaines divisions exactes de l'heure.

Ainsi, il y a eu anesthésie obstétricale moyenne, c'est-à-dire une *demi-insensibilité* :

Pendant 10 minutes dans	36 cas.	Pendant 2 h. 30 m. dans	17 cas.
— 15 —	42 —	— 3 heures	19 —
— 20 —	47 —	— 4 —	9 —
— 25 —	31 —	— 5 —	9 —
— 30 —	63 —	— 6 —	4 —
— 45 —	33 —	— 7 —	1 —
— 1 heure	91 —	— 8 —	1 —
— 1 h. 15 —	18 —	— 10 —	1 —
— 1 h. 30 —	39 —	— 12 —	1 —
— 2 h. —	43 —		

La durée, dans ces quatre derniers cas, doit être considérée comme *tout à fait* exceptionnelle et ne peut s'expliquer que par des interruptions fréquentes et plus ou moins longues de l'anesthésie. Je me hâte encore d'ajouter que dans la presque totalité de ces cas il y a eu de constantes *intermittences* dans l'administration du chloroforme, intermittences basées d'ailleurs sur la loi presque toujours semblable à elle-même, dans tous les accouchements, de la récurrence à intervalles à peu près égaux des contractions utérines.

Ces interruptions de l'anesthésie dans les accouchements dont la deuxième période se prolonge sont non-seulement conseillées par la prudence, mais sont rendues opportunes par l'indication de donner de temps en temps à la patiente quelque aliment liquide ou un peu de vin fortement alcoolisé.

Innocuité de l'anesthésie obstétricale. — Le fait dominant qui ressort de ce nombre assez considérable de cas où l'anesthésie obstétricale a été employée, c'est que je n'ai eu à déplorer *aucun accident mortel attribuable aux anesthésiques, éther ou chloroforme*. Je suis naturellement amené à en fournir la preuve en exposant ici le chiffre et les causes de la mortalité dans ma clientèle privée.

Sur les 1,500 accouchements pratiqués par moi depuis 1849 jusqu'à la fin de 1873, j'ai eu la douleur de voir succomber onze accouchées, et voici dans quelles conditions :

De ces onze personnes, *cinq* sont au nombre de celles qui ont pris du chloroforme, et *six* n'en ont pas pris.

1° *Parmi les femmes anesthésiées.* — La première, jeune primipare, arrivée à la fin du 8^e mois de sa grossesse, avait cessé de sentir les mouvements de son enfant. Les eaux étaient parties et le ventre était devenu douloureux et ballonné dès avant le début du travail. Ce travail fut long et pénible. Un peu de chloroforme fut donné pour calmer les dernières douleurs. L'enfant vint non-seulement macéré, mais putréfié. La mère, qui avait déjà le pouls fébrile, eut plusieurs frissons et succomba au bout de quelques jours à la *fièvre puerpérale*, due à une infection putride. Le professeur Trousseau soigna cette jeune dame avec moi.

La 2^e eut un accouchement très-difficile qui se termina par une application de forceps. Une certaine dose de chloroforme fut administrée sur un mouchoir pendant l'opération, qui dura vingt minutes.

Cette dame, à laquelle le D^r Blondeau et, plus tard, le professeur Trousseau prodiguèrent des soins de tous les instants, fut prise, au bout de quelques jours, ainsi que son enfant, de symptômes graves de *diphthérie* généralisée et ne tarda pas à y succomber. Son enfant la suivit de près.

La 3^e eut, pendant le travail, plusieurs attaques d'*éclampsie* qui lui enlevèrent toute sa connaissance, qu'elle ne recouvra plus. Elle fut saignée et soumise à des inhalations de chloroforme qui avaient un peu éloigné les accès sans les faire disparaître. Elle succomba dans les 24 heures qui suivirent l'accouchement ; le D^r Pidoux la vit avec moi avant et après l'accouchement. Je ferai remarquer que dans ce cas-ci le chloroforme fut donné comme traitement de l'*éclampsie*.

La 4^e, qui eut un accouchement remarquablement douloureux, fut chloroformée par plusieurs confrères qui arrivèrent auprès d'elle avant moi. Après son accouchement, elle fut prise de fièvre, de tranchées intenses et de frissons irréguliers. Le D^r Baret, puis le professeur Trousseau, lui donnèrent des soins. Il se déclara, au bout de deux jours, une *diphthérie vulvo-vaginale* et peut-être *utérine*, à laquelle elle succomba au bout de quelques jours.

La 5^e accouchée avait pris du chloroforme pendant une heure pour un accouchement normal quoique excessivement douloureux. Elle fut prise au bout de 2 jours de frissons, de fièvre, ballonnement de ventre, avec peu de douleur à la pression, délire, enfin abcès dans l'articulation du genou ; une véritable *fièvre puerpérale*.

Elle succomba 6 jours après son accouchement. Le D^r Blondeau vit ce cas avec moi.

Personne, je pense, ne songera un seul instant à attribuer aucun de ces cas de mort, d'une manière prochaine ou éloignée, à l'emploi des anesthésiques qui se trouvent n'avoir été données qu'à des doses moyennes dans ces accouchements qui eurent une si malheureuse issue.

Pour être complet et pour obéir à un scrupule de conscience peut-être exagéré dans l'espèce, je dois consigner ici deux autres cas de mort dont j'ai été témoin dans ma clientèle, et qui furent d'une nature tellement accidentelle et imprévue, qu'ils sortent du cadre de la responsabilité obstétricale légitime.

Il s'agit d'abord d'une dame que j'avais accouchée de son 7^e enfant et que j'avais chloroformée pendant 20 minutes. Elle se remit parfaitement, lorsque le 17^e jour, pendant qu'on la changeait de lit, elle tomba morte soudainement et probablement par suite d'une embolie partie d'une varice qu'elle portait à une jambe. M. le D^r Guéniot la vit en mon absence.

La 2^e, que soignait M. le D^r Siry, fut trouvée à l'époque de 7 mois tout à fait insensible et comme demi-morte dans sa chambre, où elle était restée seule pendant toute une nuit, en proie, sans doute, à des attaques d'éclampsie dont quelques-unes revinrent en notre présence à propos de l'expulsion d'un enfant mort quelques heures avant qu'elle-même mourût de ce qui nous parut être un état d'urémie aiguë.

2^o *Parmi les femmes non anesthésiées.* — Quant aux six autres personnes que j'ai eu le malheur de voir mourir à l'occasion de leur accouchement *sans qu'elles eussent*, pour une raison ou pour une autre, *respiré une seule goutte de chloroforme*, elles ont succombé :

La 1^{re} à une attaque de choléra (vue par le D^r Rossignol et le professeur Trousseau).

La 2^e à une pleurésie grave contractée le 12^e jour des couches, forme puerpérale (D^r Arnal et D^r Worms).

La 3^e à une hémorrhagie foudroyante due à l'insertion du placenta sur l'orifice. Morte pendant l'accouchement (D^r Dechambre, D^r Danyau).

La 4^e à une *fièvre puerpérale* de forme insidieuse et lente (D^r Jacoud et D^r Désormeaux).

La 5^e à une hémorrhagie foudroyante due au décollement du placenta, arrivé dès le début du travail (D^r Tarnier).

La 6^e à une fièvre typhoïde grave ayant débuté 6 jours avant l'accouchement (qui fut normal, quoique prématuré) et qui l'emporta

le 7^e jour après l'accouchement (D^r Baret, D^r Hardy et D^r Barth).

Tel étant l'exposé des faits, je présume que tout juge impartial innocentera le chloroforme et la méthode anesthésique de l'issue des cinq ou, si l'on veut, des sept cas malheureux qui ont existé dans le nombre de 942 cas d'anesthésie pratiqués par moi sur 1,500 accouchements.

De ces faits, le chloroforme me paraît devoir sortir aussi indemne que dans les six autres cas, où il ne fut pas même question de le donner et où cependant les accouchées moururent.

Résultats heureux pour les mères et les enfants. — Qu'il me soit permis d'ajouter enfin, qu'en dehors de la triste énumération que je viens de faire, *toutes mes accouchées*, les anesthésiées comme les non anesthésiées, se sont bien remises. Je puis dire que je n'ai jamais même eu à traiter une seule de mes clientes sérieusement malade de la suite *immédiate* de ses couches.

Quant aux *enfants*, ils ne m'ont jamais paru se ressentir de l'influence anesthésique. Une fois au monde ils ont pu, toutes choses égales d'ailleurs, être livrés aux éventualités de la vie avec les mêmes chances que les enfants venus dans d'autres conditions.

En déduisant les sept cas de mort du total des faits d'anesthésie, il reste donc un chiffre de 935 cas tout à fait exempts de la moindre complication fâcheuse. En tenant compte des accouchements qui se sont répétés chez la même femme, on voit combien est grand encore le nombre des femmes qui ont apprécié, entre mes mains, le soulagement immense procuré à la dure fonction de l'enfantement.

Aucun malaise immédiat ni éloigné n'en est résulté pour elles, et je pense que toutes (plusieurs d'entre elles l'ont déjà prouvé d'ailleurs) se soumettraient de nouveau avec bonheur à une aussi consolante épreuve. Toutes se sont montrées enchantées et reconnaissantes. Un nombre très-restreint d'entre elles m'ont dit avoir éprouvé un certain désappointement. Celles-là croyaient, sans doute, qu'on ne devait rien sentir absolument de la première jusqu'à la dernière douleur.

Enfin dans la classe des non anesthésiées, parmi celles qui ont refusé le chloroforme une fois, soit par crainte, soit par un préjugé religieux, j'en connais aujourd'hui plusieurs qui se convertiraient à l'anesthésie à la première occasion.

Cela posé, je me sens autorisé à croire non-seulement aux *avantages* réels, mais aussi à l'*innocuité* de l'anesthésie obstétricale pratiquée dans les conditions et avec les précautions voulues. J'ai déjà parlé de la période du travail qui paraît comporter le mieux son intervention dans l'accouchement physiologique, qui, plus que tout

autre, présente l'occasion de la faire durer un certain temps. Mais dans les cas où j'ai pu entrevoir des difficultés liées à une présentation anormale ou à toute autre complication pouvant exister du côté de la mère ou de l'enfant, le mieux m'a semblé de s'abstenir de donner le chloroforme au cours même du travail, avec cette réserve, toutefois, que l'on pourra y avoir recours *vers la fin de l'accouchement*, toutes choses étant égales d'ailleurs, si l'on doit faire usage de la main ou de l'instrument pour terminer un travail compliqué. Je distinguerai, ailleurs, les cas où le chloroforme me paraît devoir être réservé pour la terminaison chirurgicale des accouchements.

Je crois aussi à l'influence *rassurante au moral* d'une anesthésie bien faite par un médecin qui sait la diriger avec prudence; et toute une génération de jeunes mères peuvent témoigner du bonheur qu'elles ont éprouvé à traverser, sinon avec l'abolition complète, du moins avec une notable atténuation de la sensibilité, la rude épreuve de la maternité qu'elles redoutaient ou par oui dire ou par une expérience déjà faite des procédés de la nature abandonnée à elle-même.

Possibilité d'un danger. — Je crois à toutes ces conditions heureuses, mais, je le dis bien haut, je crois aussi à la *possibilité d'un danger*. Si les indications de la santé organique et morale de la patiente permettent l'anesthésie (et nous verrons plus tard que les contre indications sont rares à l'âge où l'on accouche), on y procédera avec calme, avec une attention constante et une réserve dont on ne devra jamais, malgré toute l'habileté acquise, se départir un seul instant.

Quant à moi, aujourd'hui même, au bout de 25 années, quand je dois chloroformer une femme en travail, j'y apporte, et je sens que j'y dois apporter le même soin et, le dirai-je, le même souci qu'aux premiers jours où cette méthode nous fut donnée comme un des plus grands bienfaits de l'humanité secourable envers l'humanité souffrante.

Règles à suivre dans l'administration du chloroforme. — Après avoir déterminé le temps du travail où il convient le mieux de donner les anesthésiques et avoir dit quelles conditions on doit rechercher pour en retirer tous les avantages, il me reste à dire quelques mots de l'*administration* même du *chloroforme*. Il semble, vraiment, qu'il ne reste rien à ajouter à cet égard à tout ce qui se trouve consigné dans les auteurs et surtout dans les admirables pages du livre de Simpson. J'insisterai donc sur les seuls points capitaux qui suivent :

Précautions préliminaires. — Ne jamais procéder à la chloroformisation d'une dame en travail sans s'être assuré qu'elle en a le

désir, ou tout au moins sans avoir obtenu son consentement, et, si cela est possible, celui d'un membre au moins de la famille.

En cas de refus formel, même s'il y a une indication évidente de pratiquer l'anesthésie, il faut savoir la différer, voire même y renoncer. Il n'est pas impossible qu'un peu plus tard, les douleurs continuant et augmentant, la patiente soit la première à revenir à la proposition d'un soulagement. Alors, si la dernière digestion est achevée, on fera coucher la malade le plus horizontalement possible, et l'on commencera, au milieu d'un calme et d'un silence complets, les inhalations.

Pas d'appareil. — Éviter l'emploi de tout appareil inhalateur, qui a le double inconvénient, d'abord de gêner la malade, et ensuite d'empêcher le médecin de bien apercevoir, à tout moment, le facies de la femme anesthésiée. Ne pas se servir d'un linge doublé en dehors de taffetas gommé, lequel emprisonne beaucoup trop les vapeurs chloroformiques, qui, si elles ne sont pas suffisamment mêlées d'air atmosphérique, peuvent être trop concentrées et devenir dangereuses.

Un mouchoir. — Se servir tout simplement d'un mouchoir fin, bien perméable à l'air de quelque façon qu'on le tienne.

Pureté du chloroforme. — Veiller à ce que le chloroforme soit très-pur, récemment préparé ou soigneusement conservé.

Tactique des inhalations. — Commencer par faire respirer de très-petites doses de chloroforme ; quelques gouttes seulement versées sur le mouchoir tenu plié, à 5 ou 6 centimètres au devant de la bouche et des narines, afin d'accoutumer la patiente à cette odeur *sui generis* et aux premiers effets de la pénétration des vapeurs chloroformiques dans les voies aériennes, tout en permettant l'inspiration simultanée d'une bonne quantité d'air pur, ce dernier point ayant toujours paru une garantie désirable d'innocuité en anesthésie. Veiller à ce que pendant le paroxysme d'une douleur la patiente n'applique pas elle-même et soudainement le mouchoir contre l'entrée des voies respiratoires, et ne jamais oublier ce fait important que les vapeurs du chloroforme étant près de quatre fois plus lourdes que l'air, elles ont une tendance à *tomber* facilement dans les voies aériennes quand la malade, étant sur le dos et la face en haut, le mouchoir se trouve suspendu au-dessus de sa figure.

Aération de la chambre. — Dans l'intervalle de deux douleurs, on doit retirer le chloroforme et permettre à la patiente de respirer l'air libre, que l'on a soin de faire se renouveler en ouvrant une porte de sa chambre et parfois, dans la belle saison, la fenêtre d'une pièce voisine de celle où l'on se trouve.

Petites doses. — J'ai toujours craint de commencer l'anesthésie par des doses fortes (*full doses*) de chloroforme. N'est-ce pas, en effet, au début des inhalations que l'on a vu survenir des accidents en chirurgie? Du reste, les fortes doses initiales recommandées jadis par Simpson étaient surtout applicables à l'éther, et je crois que l'accoucheur d'Édimbourg y avait à peu près renoncé pour le chloroforme, bien que je voie dans ses écrits qu'il les recommande encore dans quelques cas où il veut produire d'emblée l'induction d'un sommeil profond.

Accoutumance sans excitation ni vomissements. — Il suffit de quelques minutes pour que presque toutes les malades s'accoutument à l'effet des premières inhalations, surtout quand on les fait coïncider avec l'arrivée d'une douleur et qu'on les suspend dans l'intervalle de deux contractions utérines.

En procédant de cette façon, je n'ai presque jamais vu d'excitation notable ni de vomissements accompagner ces premières approches d'un chloroforme bien pur.

Dès que la femme devient légèrement étourdie, je ne permets à aucun des assistants de me remplacer, et, si j'ai à m'éloigner du lit de la patiente, je supprime jusqu'à mon retour l'administration du chloroforme.

Surveillance du pouls, du facies et de la respiration. — Le doigt du médecin, au début de l'anesthésie au moins, *ne quitte pas le pouls*, afin d'en apprécier toutes les variations (accélération, ou ralentissement, ou diminution d'ampleur), assez notables pendant les premières inhalations.

Des yeux j'étudie sans cesse l'expression du *facies* et le *rythme de la respiration*. La pupille, que M. Gubler a toujours vue dilatée dans l'anesthésie profonde, chirurgicale, ne m'a pas paru offrir de modifications constantes, du moins à cette limite d'insensibilité moyenne que nous recherchons dans les accouchements.

Décubitus. — Je tiens absolument, pour la plus grande facilité de cette surveillance de tous les instants, à ce que la femme reste dans le *décubitus dorsal*, et que, au début de l'anesthésie au moins, elle ne se retourne pas sur le côté gauche, le dos à l'accoucheur, comme le veulent faire toutes les Anglaises et quelques Américaines. Outre que nous n'avons plus leur facies sous les yeux, il me semble que l'ampliation thoracique se fait moins librement dans le *décubitus latéral*, et il est certain que l'administration de l'agent anesthésique est un peu moins commode pour l'accoucheur quand la figure de la patiente est tournée loin de lui. Je crois devoir signaler enfin, à propos du *décubitus*, ce fait pratique; à savoir que, du mouchoir placé

au devant de la bouche et des narines d'une personne dont la face est de côté, les vapeurs chloroformiques, vu leur densité, tombent vers l'oreiller et le lit en passant au devant des voies aériennes, qui n'en reçoivent que ce qu'elles peuvent en inspirer au passage. Il y a peut-être là une indication à saisir si l'on ne veut que des doses minimes de cet agent anesthésique. Quoi qu'il en soit, je devais signaler cette particularité physique, inhérente aux vapeurs chloroformiques, plus lourdes que l'air.

Le plus souvent je note moi-même ou je prie la garde ou un assistant de noter, sur une feuille de papier, le temps exact du retour de chaque contraction utérine, dont on peut, d'ailleurs, apprécier l'intensité et la durée en palpant le globe utérin, afin d'avoir un tableau aussi complet que possible du travail, et de pouvoir, d'un coup d'œil jeté sur le papier, étudier l'influence de l'anesthésie sur la contraction utérine.

Les petites doses de chloroforme, suspendues, je le répète, entre chaque douleur, amènent peu à peu, et jamais (c'est à cela qu'il faut viser) avant 10, 15 ou 20 minutes, un état de demi-insensibilité, de demi-conscience de ce qui se passe, accompagné d'un *bruissement dans les oreilles* qu'il est bon d'annoncer d'avance aux patientes, afin qu'elles n'en soient pas préoccupées ni effrayées. Ce bruit dans les oreilles, lorsqu'il existe, et il existe presque dans tous les cas, me semble indiquer que l'on arrive à l'état de demi-insensibilité que l'on recherche en obstétrique, et que l'on ne dépassera que rarement si on a soin d'éloigner ou même de suspendre les inhalations pendant la durée de quelques douleurs.

Signification trompeuse des cris de la patiente. — Il ne faut pas s'en tenir aux cris et à l'expression de la douleur chez la femme qui accouche pour juger sûrement de l'opportunité d'augmenter la dose de chloroforme. On ne doit pas oublier, en effet, que les plaintes sont parfois plus bruyantes pendant la demi-anesthésie que pendant le réveil complet.

La femme éveillée adapte à peu près toujours l'expression de sa souffrance à l'intensité de la douleur réellement sentie; tandis que, pendant le demi-sommeil anesthésique, bien que la souffrance soit évidemment atténuée, le contrôle de la raison ne domine plus l'instinct, qui prend ses allures franches et exagérées.

La preuve de ceci est que si on laisse revenir à elles ces femmes bruyantes, tantôt elles ne se souviennent ni d'avoir souffert, ni d'avoir crié; tantôt elles disent avoir moins souffert étant sous l'influence du chloroforme (qui leur permetta[it] pourtant de crier), qu'avant d'être

soumises à l'anesthésie, alors qu'elles supportaient sans trop se plaindre leurs douleurs non atténuées.

On arrive donc graduellement, par des petites doses de chloroforme, suspendues entre chaque contraction, à neutraliser l'angoisse résultant de la pression occasionnée par le passage de l'enfant à travers l'orifice utérin, et c'est ordinairement au milieu de ce calme relatif que l'on voit la patiente commencer la série des efforts expulsifs. Le doigt de l'accoucheur s'assure, de temps en temps, du progrès du travail, et la connaissance ainsi obtenue sert beaucoup à proportionner la quantité d'insensibilité aux exigences de tel ou tel moment du travail.

Passage de la 1^{re} à la 2^e période. — Dès que l'orifice utérin est franchi, la femme sent, même dans l'accouchement non soulagé, une douleur moindre. C'est une indication pour l'accoucheur de diminuer en ce moment la dose de l'anesthésique. Il maintient ainsi la femme à demi insensibilisée, de façon à ce que le sens auditif, qui reste de tous les sens le moins endormi, lui permette d'entendre les paroles du médecin, qui, dès lors, la sollicite à pousser.

Elle obéit d'ordinaire très-volontiers, car elle dit n'éprouver qu'une pression *non douloureuse* qui l'invite à faire un effort qui n'a rien de pénible.

Eviter l'anesthésie profonde ou chirurgicale, non nécessaire dans l'accouchement physiologique. — Que si, malgré les petites doses de chloroforme données *off and on*, comme disent les Anglais, l'insensibilité, à un moment quelconque, devenait plus profonde, et cela avec une rapidité qui varie selon l'impressionnabilité individuelle, dont il faut toujours se défier, on suspendrait l'anesthésie.

Indications de la suspension de l'anesthésie en obstétrique. — S'il survient un léger stertor et que le pincement de la peau ne soit plus du tout ou à peine senti; si la patiente, enfin, n'obéit plus à la voix qui la sollicite, soit à pousser, soit à retenir ses efforts, alors il faut, sans hésiter, interrompre, voire même suspendre le chloroforme. On laisse les contractions utérines, déjà un peu touchées et modifiées par ce degré d'anesthésie, reprendre leur type normal; on laisse les efforts volontaires résumer leur caractère habituel. On profite de ce réveil passager de la malade pour lui faire accepter quelque aliment liquide ou du vin. Puis on attend que la patiente réclame le soulagement devenu une impérieuse habitude, pour reprendre à nouveau les inhalations chloroformiques. On arrive ainsi, rapidement chez les multipares, plus lentement chez les primipares, au temps de la dilatation vulvaire et du développement du plancher périnéal.

Effets de l'anesthésie sur le périnée. — A cette dernière période

du travail, le chloroforme m'a semblé rendre de grands services, à ne considérer son influence que sur l'élément musculaire du périnée, élément plus ou moins développé, plus ou moins chargé de tissu celluloso-graisseux.

Dans ces conditions, on voit cette région s'assouplir plus ou moins vite, en vertu de la demi-résolution musculaire générale, et les efforts de la femme étant d'autant plus énergiques que la crainte d'abord puis la conscience de la douleur sont plus émoussées, on voit quelques-uns de ces efforts bien dirigés faire bomber, puis amincir, enfin écarter, comme par un déplissement devenu moins élastique, ce dernier obstacle à la sortie de l'enfant. C'est pendant ces efforts demi-inconscients et comme un peu aveugles, qu'il faut surveiller le périnée, non-seulement des mains, mais des yeux: La main modère une projection trop brusque de l'enfant, et, par la vue, surtout dans les cas de périnées gras ou infiltrés, on juge de l'imminence, en tel ou tel point, d'une lacération, que l'on devra éviter par des incisions multiples. La résistance de ces périnées surchargés de graisse, surtout chez les primipares, est une des causes d'une prolongation de travail d'abord, et souvent de la nécessité d'une application de forceps. Pour l'application de l'instrument, il est permis à l'accoucheur de procurer à la patiente une anesthésie presque chirurgicale, que l'on pourra amener et maintenir par de très-faibles doses de chloroforme tant que l'accouchement ne sera pas fini. Je n'ai jamais vu résulter de danger, ni même d'inconvénient, de cette anesthésie amenée graduellement à la dose chirurgicale, pour la terminaison d'un accouchement; mais je crois que, dans ce cas, il est bon que la chloroformisation à petites doses ait déjà duré une vingtaine de minutes avant d'en venir là, afin de permettre la mise en évidence d'une certaine *tolérance chloroformique*.

Ni la surveillance du périnée, ni même les préparatifs d'une application de forceps ne devront jamais empêcher le médecin de tenir en surveillance et le pouls et le facies et la respiration de la femme. Si l'anesthésie cependant venait à compliquer le moins du monde la situation qui lui est faite, il faut que le médecin prudent sache y renoncer et procéder, sans elle, à la terminaison de l'accouchement.

Idée d'une tolérance chloroformique en obstétrique. — Je reviens un instant sur cette idée d'une *tolérance pour l'anesthésie chloroformique* à la dose qui nous paraît convenir aux conditions obstétricales qui nous occupent ici. Ce fait heureux, à savoir que, depuis vingt-cinq ans, dans le monde entier, pas un seul cas de mort, en obstétrique, n'a pu être attribué à l'usage des anesthésiques; ce fait, dis-je, rapproché de cette autre vérité malheureuse que les cas de

mort, en chirurgie, dus au chloroforme, ne sont pas absolument rares, ne fait-il pas songer à l'existence possible d'une certaine immunité de la femme en travail contre l'intoxication chloroformique? Serait-il illogique, en comparant l'état de surexcitation physiologique, tant respiratoire que circulatoire, qui accompagne la fonction de parturition, à cet autre état de prostration physique et morale dans lequel se trouvent plus ou moins plongés les individus qui réclament une intervention chirurgicale presque toujours inattendue et toujours non naturelle, serait-il illogique, dis-je, de conclure de cette comparaison qu'il réside dans l'acte naturel de l'enfantement un élément de résistance à l'empoisonnement chloroformique bien autrement prononcé que dans les cas chirurgicaux? Ne voyons-nous pas l'activité d'une digestion ou l'excitation alcoolique portée à l'extrême pouvoir annihiler ou retarder du moins les effets dus à l'absorption de certains agents délétères? Se passe-t-il quelque chose d'analogue pendant le chloroformisme de l'accouchement, cette lutte d'un organe contractile au milieu d'un organisme calme d'abord, mais dont la vitalité finit par s'exalter au suprême degré? Le système de circulation d'une femme enceinte et parturiente subit-il un état d'éréthisme qui lui permet de résister à l'influence paralysante du chloroforme, plus que celui d'individus que déprime, au physique comme au moral, une affection chirurgicale lente ou soudaine, sans compter encore la crainte d'une opération? La respiration de la femme en travail, surtout pendant les efforts de la seconde période, est montée à un tel diapason que l'échange des éléments respiratoires est bien plus énergique, permettant l'inspiration de plus d'air, la quantité de chloroforme restant la même, et l'expiration plus complète de ce qui reste de chloroforme non absorbé et des résidus plus ou moins normaux de la combustion pulmonaire. Ne se peut-il pas, enfin, que l'effort obstétrical pousse vers le cerveau, comme nous le constatons pour la face, en ondées intermittentes, une quantité de sang suffisante pour fouetter la circulation des centres nerveux et en maintenir éloigné le péril d'une anémie trop complète?

Cette hypothèse que j'é mets d'une véritable tolérance pour les anesthésiques dans l'accouchement, basée sur la constante innocuité de milliers de faits déjà observés, pourrait devenir pour ceux qui y croiraient une certaine garantie pour l'avenir. Mais elle n'est pas encore assez prouvée pour qu'elle leur permette de se départir un seul instant de la même prudence qu'ils auraient déployée si elle n'existait pas, et pour leur laisser jamais perdre de vue la possibilité d'un accident.

Conduite à tenir dans un accident chloroformique. — Ceci me

conduit à dire comment il faut être armé contre un *accident chloroformique*, et comment il faut procéder pour soustraire au plus vite le patient au danger que lui fait encourir l'anesthésie.

Syncope par anémie cérébrale. — Je crois que l'opinion la plus accréditée aujourd'hui sur la nature des accidents qui suivent l'abus du chloroforme est celle donnée par les professeurs Claude Bernard et Gubler, qui rapportent à l'*anémie cérébrale* cette sorte de syncope qui laisse mourir les animaux tués par le chloroforme. Je me sens d'autant plus entraîné à adopter cette opinion, indépendamment de la haute autorité que lui imprime son origine même, qu'une fois dans ma vie professionnelle, j'ai assisté à une grande opération chirurgicale pendant laquelle un accident formidable, dû au chloroforme mal administré, a failli coûter la vie à la malade, qui n'a été sauvée que par la mise à exécution immédiate d'une pratique fondée sur ce fait de la *syncope due à l'anémie cérébrale*.

Pratique de l'inversion. — Cette pratique consiste à faire immédiatement, et sans hésiter, l'*inversion complète, tête en bas et pieds en l'air, de la personne chloroformée*. La dame qui fait l'objet de cette observation intéressante fut ainsi maintenue, tête en bas, la langue tirée hors la bouche au moyen d'une érigne, et les pieds en l'air, pendant plus de 15 minutes, et ce n'est qu'au bout de ce temps, qui nous parut un siècle, que l'état cérébral fortement modifié par cette congestion artificielle et mécanique permit au cœur de reprendre son action normale, qui paraissait avoir complètement disparu sous l'influence d'une anesthésie longue et mal surveillée.

Cette position invertie de la malade n'a-t-elle pas, en même temps qu'elle hypéremiait le cerveau, favorisé la descente, hors des voies aériennes, des lourdes vapeurs chloroformiques qui avaient bien pu s'y accumuler? Quoi qu'il en soit, on pense bien qu'une pareille résurrection ne puisse sortir de mon esprit et qu'elle y ait imprimé, jusqu'à plus ample informé, la préférence que je donne sur toute autre à cette pratique que j'ai vue si souverainement couronnée de succès. Je reviendrai ailleurs sur ce fait capital qui renferme plus d'un enseignement. Mais ce que je voudrais dès aujourd'hui, c'est que tous ceux qui pratiquent l'anesthésie soient bien convaincus qu'en présence du danger d'une intoxication chloroformique, toute hésitation, ne fût-elle que de quelques secondes, est un danger de plus; qu'on pourra sans doute se servir comme adjuvants de tous les moyens préconisés pour ranimer la respiration suspendue et le cœur qui s'éteint, mais que le premier et, selon moi, le meilleur de tous, est l'*inversion complète de l'individu*, pratiquée sur-le-champ. C'est un procédé qui ne demande, pour être exécuté, que l'aide

physique des assistants et dont la mise en œuvre instantanée répond précisément et mieux que tout autre à la soudaineté même de l'accident. Dès que l'inversion sera faite, on maintiendra la langue tirée hors de l'arrière bouche au moyen d'une érigne, par exemple ; on pourra faire la compression intermittente du thorax, tenter la respiration artificielle, pratiquer l'insufflation, électriser les nerfs respiratoires au moyen de l'appareil portatif de Gaiffe, qu'il est bon de toujours avoir près de soi. Pendant toutes ces manœuvres, l'hypéremie cérébrale procurée par la seule inversion aura probablement eu pour effet de remettre en marche tout ce mystérieux mécanisme excito-moteur, momentanément suspendu.

Eh bien, cette méthode de l'inversion, que connaissait mieux que personne notre bien regretté maître et ami le professeur Nélaton, pour l'avoir mise en pratique le premier, je crois, à l'hôpital Saint-Louis, j'ignore si elle est appréciée aujourd'hui comme elle doit l'être dans la pratique chirurgicale française. Mais je sais qu'il en est à peine question dans la pratique anesthésique de la Grande-Bretagne. Simpson et Kidd ne lui donnent qu'une mention très-passagère. Je sais encore qu'il y a quelques années Marion Sims, qui pratiquait l'opération à laquelle j'ai fait allusion tout à l'heure, l'ignorait complètement. Mais Nélaton assistait à ce drame chirurgical, et ce fut l'inversion pratiquée par le grand maître et par nous qui sauva la malade. J'espère que Marion Sims aura fait connaître cette pratique à ses confrères des États-Unis ; mais s'il n'en était rien, je voudrais être des premiers à porter à la connaissance des Américains une méthode thérapeutique de cette importance, destinée à corriger l'abus d'un bienfait qui nous vient d'eux. Ce serait un témoignage, certes non sans valeur, de notre reconnaissance pour l'immense service qu'ils ont conféré au monde par l'immortelle découverte de l'anesthésie.

