

du ligament large du haut en bas jusqu'à l'artère utérine. Isolement soigné, ligature et section de celle-ci; puis au-dessous d'elle, dans le cul-de-sac latéral, ouverture directe du vagin, sans autre guide que la perception digitale du col au travers des parties molles. Par cette brèche vaginale latérale, préhension et renversement du museau de tanche, en haut et à droite, à l'aide d'une pince appropriée; puis en quelques coups de ciseaux, libération complète du col en arrière et en avant, avec la précaution d'entailler à ce niveau et sur la face utérine antérieure un lambeau péritonéal suffisant. Enfin, continuation des tractions sur le col en haut et à droite, jusqu'à la découverte fort simple de l'utérine correspondante. Ligature de celle-ci et section du ligament large droit de bas en haut avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'utéro-ovarienne. Donc, en tout, six ligatures maîtresses, auxquelles j'ai dû en ajouter seulement deux autres sur la tranche vaginale pour parachever l'hémostase. Cela fait, le foyer opératoire s'est montré complètement étanche, j'ai paré simplement les surfaces cruentées en ramenant au-dessus d'elles les lambeaux péritonéaux disponibles sans prendre la peine d'allonger l'intervention par un surjet péritonéal. J'ai terminé en assurant le drainage par une mèche de gaze iodoformée placée dans le vagin. Bien entendu, j'ai fermé complètement la plaie abdominale ».

Dans un article fort documenté, Varnier a rapporté l'observation d'une femme chez laquelle il a pratiqué, avec le concours de P. Delbet, une hystérectomie abdominale totale. C'est la première hystérectomie totale, faite de propos délibéré, avec succès, au terme de la grossesse, aux lieu et place de l'opération césarienne suivie d'amputation utéro-ovarienne. Varnier et P. Delbet ont réuni tous les cas d'extirpations totales d'utérus gravidés ou parturients pratiquées *exclusivement* par la voie abdominale. En éliminant les hystérectomies totales ayant eu lieu par les voies abdominale et vaginale combinées, en éliminant les mêmes opérations pratiquées pour rupture utérine, il a pu réunir 27 observations faites de 1879 à 1897 et qui donnent en bloc 18 guérisons et 9 morts. En groupant ces opérations suivant la cause qui les a nécessitées, on trouve :

Cancer du col	11 cas avec	4 guérisons et	7 morts
Fibromes	7	— 6	— 1 —
Bassins rétrécis.	8	— 7	— 1 —
Tumeur intra-ligamentaire.	1	— 1	—

Il résulte de l'analyse des opérations pratiquées pour cancer du col, que cette opération doit être réservée « aux cas où, le cancer étant bien nettement limité au col, on peut intervenir au cours de la grossesse ou au début du travail ».

Il faut continuer à traiter « par le Porro les cas où l'on n'est appelé à pratiquer l'opération césarienne qu'en dernier ressort, tardivement, chez des femmes à tractus génital infecté ».

Les résultats obtenus dans les cas de fibromes sont plus encourageants et,

¹ *Annales de gynécologie*, février 1897.

d'après Varnier, sont « supérieurs à ceux de l'opération de Porro avec traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule. Les mêmes raisons qui la font préférer par le gynécologue doivent la faire préférer par l'accoucheur ». Une femme opérée par P. Segond, à la Maternité de Beaujon, a succombé quelques jours après l'intervention qui était nettement indiquée : il s'agissait d'un fibrome volumineux sessile qui remplissait l'excavation en arrière.

Les indications de l'hystérectomie abdominale dans les rétrécissements du bassin ne peuvent être encore précisées : le seul avantage qu'elle présente est de ne pas laisser dans l'organisme maternel une portion du segment inférieur et du col qui peuvent être infectés.

Ce n'est que dans quelques années qu'on pourra comparer la valeur de l'hystérectomie abdominale totale par rapport à la césarienne conservatrice et à l'opération de Porro.

CHAPITRE VI

EMBRYOTOMIE

Envisagée d'une manière générale, l'**embryotomie** comprend, d'après l'étymologie du mot, toute opération mutilatrice du fœtus. Sauf de très rares exceptions (hydrocéphalie, par exemple), on ne doit recourir à l'embryotomie que lorsque le fœtus est mort pendant la grossesse ou pendant le travail et qu'en outre il y a indication d'intervenir.

L'**embryotomie** est qualifiée différemment, suivant que l'opération mutilatrice ou réductrice porte sur la tête, sur le cou ou sur le tronc du fœtus.

Nous aurons donc à étudier successivement :

1° L'**embryotomie céphalique**, qui comprend, à l'heure actuelle, deux opérations principales :

A. La **craniotomie**, qui consiste dans la simple perforation de la voûte ou de la base du crâne;

B. La **basiotripsie** qui broie la tête fœtale au niveau de sa base. Nous ne parlerons qu'accessoirement de deux opérations de broiement : la **céphalotripsie** et la **cranioclasie**, qui sont des procédés opératoires de beaucoup inférieurs à la basiotripsie.

2° L'**embryotomie** qui est pratiquée dans les cas de présentation de l'épaule et qui se divise en deux variétés, suivant que la section porte sur le cou (**embryotomie cervicale** ou **décollation**) ou suivant qu'elle porte sur le tronc (**embryotomie rachidienne**).

Dans le langage obstétrical courant, on désigne volontiers l'embryotomie

céphalique sous le nom générique de *craniotomie* et on réserve le nom d'*embryotomie* à la section du cou ou du tronc.

5° L'*éviscération*, qui devient une opération tout à fait exceptionnelle : elle consiste à arracher les viscères abdominaux et thoraciques, pour permettre de pratiquer ensuite soit l'évolution forcée, soit la version forcée.

Nous ne décrirons pas les nombreux instruments inventés pour broyer la tête ou pour sectionner le cou du fœtus; nous indiquerons seulement les instruments et les méthodes qui nous semblent préférables et qui suffisent à triompher de toutes les difficultés qu'on rencontre dans la pratique.

L'étude comparée des différents procédés d'embryotomie a été reprise par deux élèves de Tarnier, P. Bar¹ et J. Potocki², qui ont expérimenté sur le mannequin les principaux instruments destinés à pratiquer l'embryotomie; ces auteurs ont montré quels étaient les instruments qui méritaient réellement d'être conservés.

A. CRANIOTOMIE

Définition. — La *craniotomie* consiste dans la perforation du crâne; elle est habituellement pratiquée sur la voûte du crâne, la tête étant première; mais elle peut aussi être faite sur la tête dernière ou sur la face.

Instruments. — Il n'est pour ainsi dire pas d'instrument qui n'ait été employé pour ouvrir la boîte crânienne du fœtus; nombre de médecins, n'ayant pas à leur disposition d'instruments spéciaux, ont utilisé ce qu'ils avaient sous la main, couteaux de cuisine, bistouris, ciseaux, etc.

Nous laisserons de côté certains appareils destinés à perforer la voûte du crâne, tels que le trépan dont le modèle F. Guyon est un des plus perfectionnés, le terebellum qui fait partie du transforateur de Hubert (de Louvain) et qui est constitué par une longue tige, munie à son extrémité d'une olive à pointe aiguë et dont la surface est sillonnée d'un véritable pas de vis. Nous ne décrirons que trois instruments : les ciseaux de Smellie et ceux de Blot, puis le perforateur alésoir du basiotribe Tarnier, qu'il suffit d'avoir seul en trousse pour pratiquer la craniotomie.

CISEAUX DE SMELLIE. — 1° Les *ciseaux de Smellie* se composent, comme les ciseaux ordinaires, de deux lames articulées, mais dont le bord tranchant est situé en dehors; sur l'une des faces de l'instrument s'applique un protecteur métallique, qui empêche les ciseaux de blesser les doigts de l'opérateur, ou les parties maternelles; lorsqu'on veut s'en servir, on introduit les ciseaux armés du protecteur que l'on enlève, au moment où l'extrémité de l'instrument est en contact avec la partie fœtale. Cet instrument produit une ou plusieurs fentes, suivant qu'on l'ouvre une ou plusieurs fois. Le

¹ P. BAR. *Recherches expérimentales et cliniques pour servir à l'histoire de l'embryotomie céphalique.* Paris 1890.

² J. POTOCKI. *Des méthodes d'embryotomie. Des instruments destinés à pratiquer l'embryotomie rachidienne et en particulier de l'embryotome rachidien du professeur Tarnier.* Th. Paris 1888.

modèle représenté figure 545 a été modifié par Pinard, de manière à obtenir un écartement plus grand des deux lames.

CISEAUX DE BLOT. — 2° Les *ciseaux de Blot* (fig. 546) sont plus maniables : ils se composent de deux lames métalliques parallèles qui se recouvrent l'une l'autre : lorsque l'instrument est fermé, le rebord mousse de l'une débordé d'un millimètre de chaque côté le bord tranchant de l'autre. A la partie supérieure de chaque lame existe une arête qui donne à la pointe de l'instrument une forme quadrangulaire. L'instrument s'ouvre en pressant sur l'extrémité de chacune des deux branches; chaque lame devient alors tranchante au dehors; on fait pénétrer la pointe de l'instrument à l'endroit où l'on veut pratiquer la perforation, puis, lorsque la pointe a pénétré, on ouvre l'instrument qui agit alors comme les ciseaux de Smellie; on fait ainsi en divers sens quelques fentes au tissu osseux.

Il est préférable, lorsque l'instrument est ouvert, de le maintenir ainsi et de lui faire exécuter quelques mouvements de vrille; on produit de cette manière une perforation assez étendue pour permettre l'évacuation de la substance cérébrale.

PERFORATEUR ALÉSOIR. — 3° Le perforateur alésoir du basiotribe Tarnier (fig. 547) suffit dans la totalité des cas à pratiquer la craniotomie; nous en donnerons la description avec celle de l'instrument dont il fait partie (page 1241).

Manuel opératoire. — Quel que soit l'instrument dont on se serve, il est plusieurs règles générales qu'il faut observer dans toute craniotomie :

la première est que l'instrument ou, mieux, que la pointe de l'instrument soit suffisamment guidée par la main introduite dans les organes génitaux pour qu'elle ne puisse léser ni les parois vaginales ni l'orifice utérin. Une autre précaution consiste à se rendre bien compte de l'attitude dans laquelle se trouve la tête fœtale, de manière à ne pas traverser de part en part la voûte du crâne. Il faut en outre donner à l'instrument une direction convenable (fig. 547), autant que possible perpendiculaire à la base du crâne.

Sur quelle partie de la voûte crânienne doit porter la perforation? Si l'on opère à travers un orifice incomplètement dilaté, on fait pénétrer la

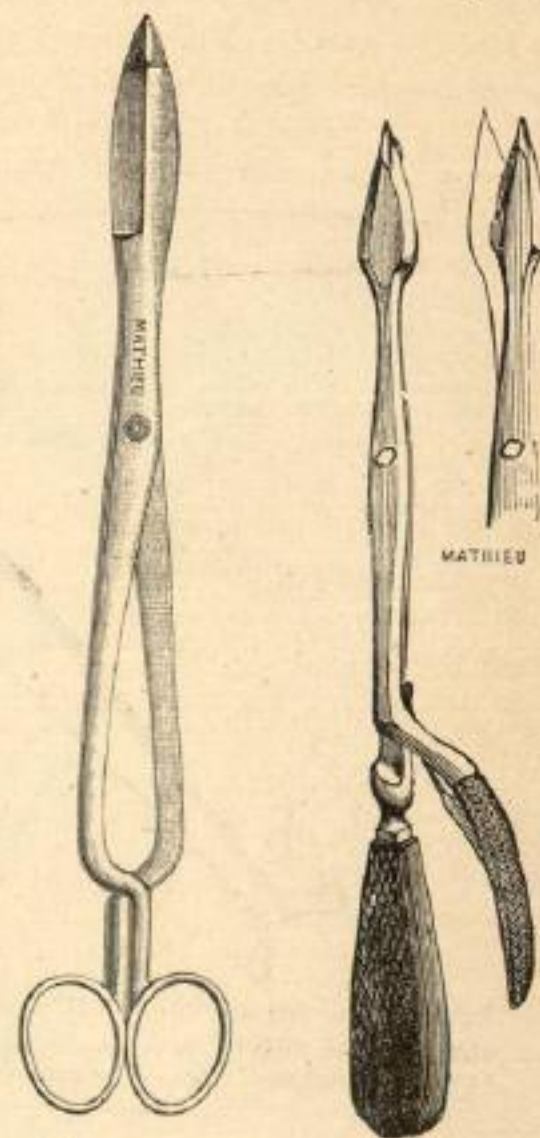


Fig. 545. — Ciseaux de Smellie modifiés par Pinard. Fig. 546. — Perce-crâne de Blot.

pointe du perforateur sur la région de la tête fœtale qui se trouve au centre de l'orifice utérin. Lorsque la dilatation est complète, c'est au niveau de la région fœtale qui occupe le centre du bassin que doit être faite la perforation.

La pénétration de l'instrument au niveau d'une suture et surtout d'une fontanelle est particulièrement facile : elle a l'inconvénient de ne pas produire une brèche suffisante pour l'évacuation même partielle de la substance

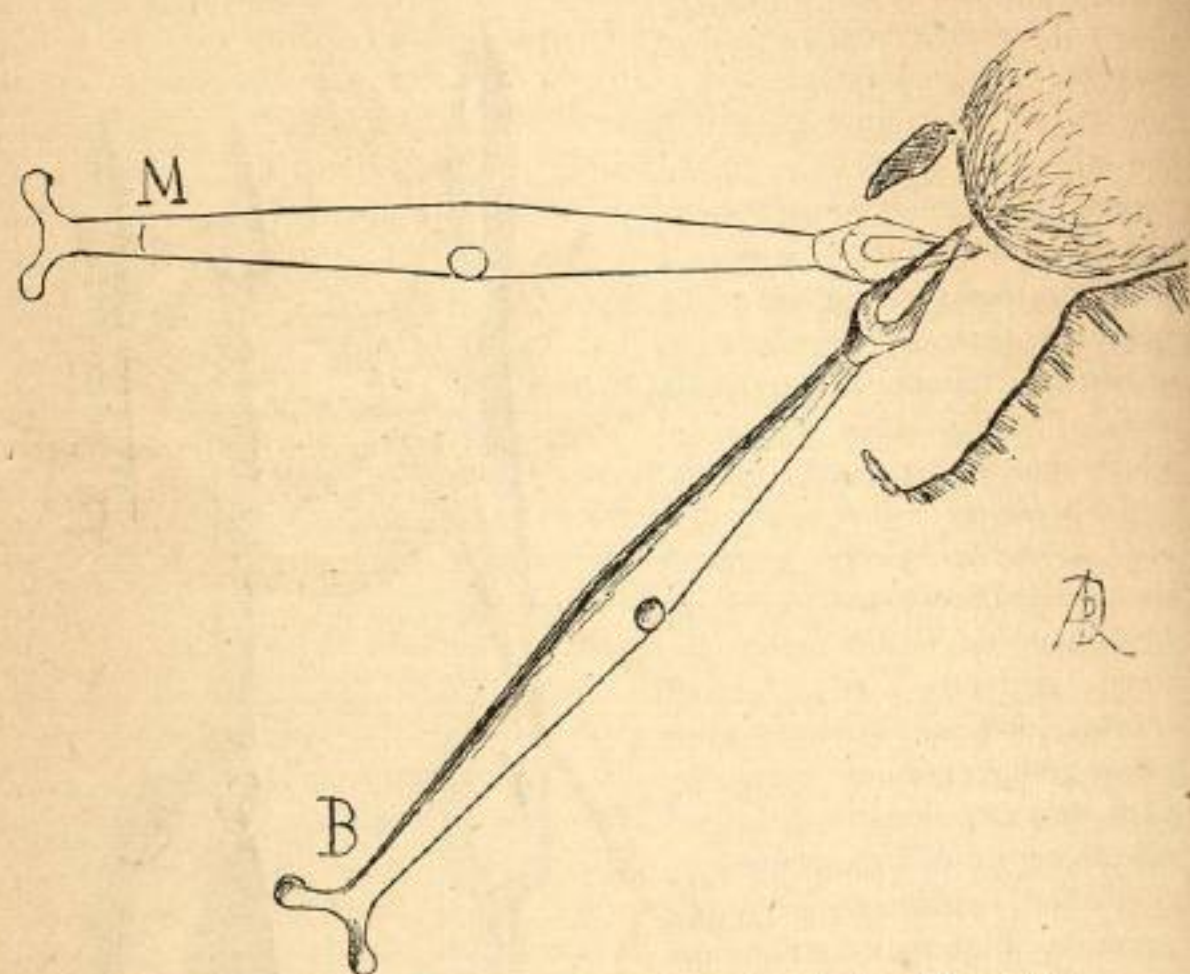


Fig. 547. — La tête d'un fœtus mort est retenue par le détroit supérieur rétréci.

Le perforateur B est bien dirigé et ne menace en aucune façon les parties maternelles. Le perforateur M dirigé trop horizontalement risque de ne perforer que la partie postérieure de la voûte du crâne et de léser ensuite les parties maternelles.

cérébrale. Au moment de la contraction utérine, en effet, les os de la voûte du crâne se rapprochent les uns des autres, et l'orifice d'ouverture se trouve d'autant plus facilement obstrué que le cuir chevelu vient s'interposer à ce niveau. Aussi est-il préférable, en attaquant l'un des os au voisinage d'une suture, de produire un véritable trou qui permette une évacuation facile de la substance cérébrale.

Lorsque le perforateur a pénétré dans la cavité du crâne, il est utile de le mouvoir en divers sens afin de dilacérer le cerveau, ce qui en rend l'évacuation plus complète; on favorise encore cette sortie en faisant une injection d'eau antiseptique dans la cavité crânienne par la brèche pratiquée à la voûte crânienne.

Quand la craniotomie est faite sur la tête dernière, il est préférable de faire

pénétrer le perforateur au niveau de l'occipital, il est plus malaisé de pénétrer à travers la région sus-hyoïdienne jusqu'à la base du crâne. La pénétration par la bouche ou par une narine présente habituellement plus de difficultés.

Lorsque la craniotomie est terminée, on laisse l'accouchement se terminer spontanément; si, pour une raison quelconque : lenteur de la dilatation, défaut de contractions utérines, l'accouchement tarde à se produire, il vaut mieux employer le basiotribe plutôt que le forceps.

Indications. — Les indications de la craniotomie simple sans broiement de la tête fœtale sont rares; ce n'est en effet une opération vraiment rationnelle que dans les cas d'hydrocéphalie, lorsque la tête se présente première; l'évacuation du liquide supprime pour ainsi dire la dystocie. Une autre indication existe dans les cas où l'œuf étant ouvert, le fœtus mort, un rétrécissement du bassin ne laisse point descendre assez la tête sur l'orifice utérin pour que celui-ci se dilate d'une façon suffisante.

La simple perforation de la voûte du crâne n'amène pas toutefois une réduction suffisante des diamètres de la tête pour que celle-ci provoque une dilatation beaucoup plus rapide; aussi, comme nous le verrons à propos de la basiotripsie, pour

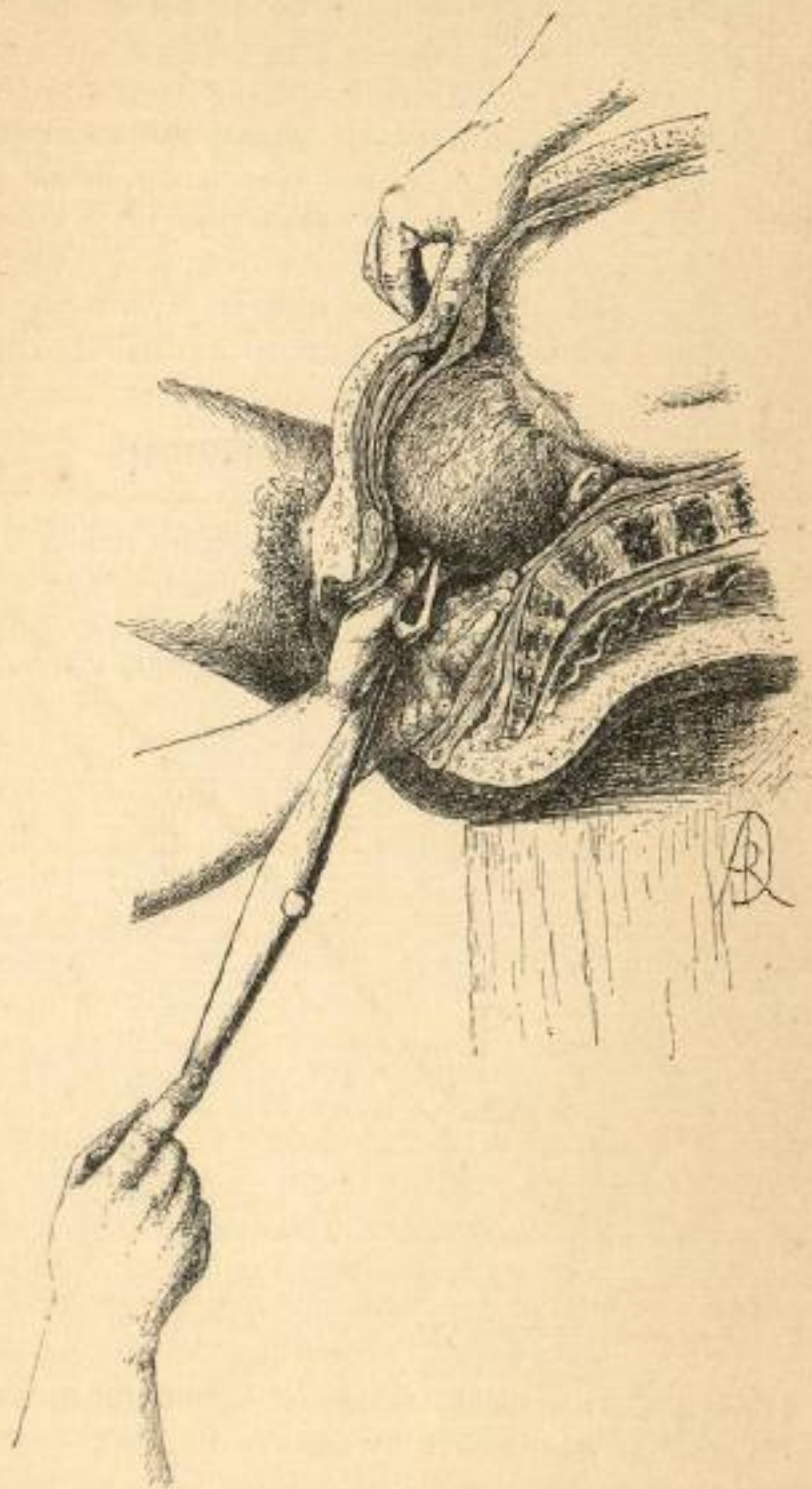


Fig. 548. — Craniotomie (ou 1^{er} temps de la basiotripsie).

La main droite d'un aide immobilise la tête fœtale en l'appliquant bien sur le détroit supérieur. La main gauche de l'opérateur est introduite profondément dans le vagin, les doigts ont pris contact avec la tête fœtale. L'index guide la pointe du perforateur. Celui-ci, tenu de la main droite, commence à attaquer le cuir chevelu et la voûte crânienne.

peu que la dilatation soit déjà assez avancée (cinq francs ou paume de main), lorsqu'il y a indication d'intervenir, il est préférable de broyer complètement la tête et de ne pas se contenter de perforer le crâne.

Les mêmes considérations s'appliquent aux cas rares dans lesquels la tête dernière est retenue seule dans l'utérus, par suite de l'arrachement du cou.

Pronostic. — Il n'y a guère de pronostic à établir pour la mère; cette opération mutilatrice du fœtus ne peut être dangereuse que si elle n'est pas pratiquée avec les précautions antiseptiques d'usage, ou si l'instrument n'est pas guidé d'une main sûre. Dans les cas de putréfaction fœtale, si l'on pratique la craniotomie, il faut se rappeler que la putréfaction intra-crânienne s'accroît à partir du moment où il y a eu pénétration de l'air.

Cranioclasie.

La *pince à os* a été depuis longtemps employée pour entraîner la tête fœtale après craniotomie. Simpson perfectionna les instruments inventés avant lui et fit construire le cranioclaste: cet instrument se compose de deux branches qui s'articulent entre elles comme un forceps; l'une des cuillers, la plus petite, est pleine, lisse et concave sur l'une de ses faces, convexe et sillonnée de mors épais sur l'autre face; cette cuiller vient se loger dans l'autre cuiller plus grande, fenêtrée et présentant également des mors sur sa face interne. Cet instrument saisit bien la partie fœtale broyée, mais moins encore que le céphalotribe arrive à la broyer d'une manière suffisante. De plus, les cuillers sont très courtes et l'articulation trop rapprochée d'elles, de telle sorte que dans la plupart des cas on est obligé d'articuler haut dans le vagin.

C. Braun a modifié assez heureusement le cranioclaste en lui donnant une longueur plus grande, en courbant les cuillers et en adaptant à l'extrémité des manches le pas de vis et l'écrou du céphalotribe de Blot.

Auvar (thèse Paris, 1884) a apporté quelques modifications au cranioclaste, qui peut être employé dans certains cas où ils s'agit surtout d'avoir une prise solide, sans être obligé de broyer complètement le crâne. Toutefois il ne nous paraît point utile d'avoir en trousse un modèle quelconque de cranioclaste, puisque, comme nous le verrons, le basiotribe peut servir de véritable cranioclaste. Tarnier et Bar ont même modifié le basiotribe dans ce but (*Voy. fig. 558*).

Céphalotripsie.

Nous ne parlerons guère des céphalotribes et de la céphalotripsie qu'au point de vue historique, et seulement pour montrer comment le basiotribe est venu résoudre les difficultés parfois insurmontables qu'on rencontrait jadis en se servant du céphalotribe.

C'est en 1829 que A. Baudelocque neveu inventa cet instrument, qui réalisait alors un immense progrès: avant cette époque « on perforait ou

dépeçait la tête; on ne pouvait la broyer malgré les nombreuses tentatives faites dans ce but, en particulier par Coutouly, Assalini et Delpech. Avec l'instrument de Baudelocque on peut broyer la tête fœtale, mais la broie-t-on toujours autant que cela est nécessaire, pour ne pas faire courir de danger à l'organisme maternel? » (Pinard.)

Le *céphalotribe de Baudelocque* ressemble à un forceps puissant, à faible courbure céphalique; il se compose comme lui de deux branches s'articulant entre elles, et qui peuvent être rapprochées l'une de l'autre à l'aide d'une tige, unissant les extrémités des manches; sur cette tige, munie d'un pas de vis, se meut un écrou à volant qui rapproche fortement les deux manches et par suite les deux cuillers. L'instrument ainsi disposé constitue un double levier puissant, du premier genre dont le point d'appui se trouve au niveau de l'articulation des deux branches, c'est-à-dire entre la force appliquée à l'extrémité inférieure des manches et la résistance constituée par la tête fœtale, saisie entre les deux cuillers.

Nous ne pouvons entrer dans les détails des multiples perfectionnements apportés à l'instrument primitif de Baudelocque, par l'inventeur lui-même, par Cazeaux, par Depaul, Chailly, Trélat, Bailly, Pajot, Tarnier, etc.... Toutes ces modifications portent sur la longueur des cuillers, sur leur largeur, sur la courbure céphalique, sur la courbure pelvienne, sur le mécanisme destiné à rapprocher les cuillers, sur les aspérités disposées à la face interne de celles-ci.

Toutes ces modifications n'avaient d'autre but, mal réalisé d'ailleurs, que de chercher à immobiliser la tête entre les cuillers pendant le broiement. L'un des derniers modèles (*fig. 549*), celui de Tarnier, fut présenté en ces termes par l'auteur à la Société de chirurgie: Tous les céphalotribes connus ont l'inconvénient de lâcher prise; celui que je vous présente a les dimensions et la forme d'un céphalotribe ordinaire, avec la grande vis de pression de H. Blot; seulement les cuillers, au lieu d'être pleines, sont percées de trois fenêtres ovalaires, situées de distance en distance; entre les fenêtres se trouvent des traverses métalliques légèrement concaves et étendues d'un bord à l'autre de la cuiller. — « Ces traverses font saillie sur le fond de la cuiller; elles sont assez étroites du haut en bas pour déprimer le cuir chevelu et en quelque sorte s'y incruster; fenêtres et traverses sont, sur chaque cuiller, placées à des hauteurs différentes. »

La meilleure critique de cet appareil perfectionné en a été faite par l'inventeur lui-même qui, de 1877 à 1885, continua ses études sur le broiement de la tête dans les bassins rétrécis, et dota l'obstétrique du *basiotribe*. Si le céphalotribe, malgré sa puissance d'action au point de vue du broiement de la tête, n'a point satisfait les opérateurs, c'est que malgré tous les perfectionnements apportés à l'instrument et au manuel opératoire, en particulier par Pajot, il est impossible dans certains cas d'empêcher la tête de se déplacer entre les cuillers, de fuir pendant le rapprochement des branches.

Lorsque le céphalotribe saisit bien la tête, il la broie à merveille, mais la difficulté est justement de la bien saisir. « Pendant ce temps de l'opération, dit Pinard, quelle que soit l'habileté de l'aide chargé de maintenir la tête,

quelle que soit sa force, souvent la tête se déroberait non pas, comme on pourrait le croire, parce qu'elle est chassée de bas en haut, en raison de la forme de l'instrument (ceci n'arrive que lorsque les cuillers n'ont pas été introduites assez profondément), mais le plus souvent soit en avant, soit en arrière. Que ce soit la tête qui s'échappe, l'instrument restant immobile, ou



Fig. 549. — Céphalotribe de Tarnier.

que ce soit l'instrument qui glisse sur la tête fixée, peu importe, le fait important est là. Le broiement ne se fait pas ou se fait d'une façon incomplète, c'est-à-dire mal, par suite de la mobilité de la tête pendant le rapprochement des cuillers. Saisir la tête avec les cuillers du céphalotribe est quelque chose, la maintenir pendant le broiement est tout. »

Aussi, devant ces difficultés, était-on parfois obligé de pratiquer à plusieurs reprises le broiement de la tête fœtale. Quelquefois, devant l'impossibilité d'entraîner la tête avec le céphalotribe, même après des broiements multiples, on avait recours à la version, manœuvre alors dangereuse, ou à l'extraction de la tête première à l'aide du cranioclaste, qui permettait tout au moins d'avoir une prise solide.

Si la céphalotripsie, dans les rétrécissements moyens, entre des mains habiles, était une opération relativement bénigne, elle devenait, dans les rétrécissements extrêmes de 6 centimètres ou au-dessous, « une opération excessivement dangereuse, assez même pour qu'on ait pu dire, non sans raison, qu'elle compromettait la vie de la femme tout autant que l'opération césarienne, et cela, sans la compensation offerte par cette dernière, la conservation possible et parfois probable de la vie fœtale ». (Pajot.)

En outre, ce qui assombrissait le pronostic c'est qu'en pareil cas l'opération était difficile. « C'est justement dans ces rétrécissements excessifs que la tête, restant fort élevée, fuit facilement devant l'instrument et n'est très ordinairement saisie que par la partie la plus accessible de la voûte crânienne. » (Pajot.)

B. BASIOTRIPSIE

Le *basiotribe* a remplacé aujourd'hui complètement le céphalotribe, en France du moins; c'est un instrument que tout praticien doit avoir dans sa trousse.

Description de l'instrument. — Voici la description faite par Tarnier de son instrument lorsqu'il le présenta à l'Académie le 11 décembre 1885 :

« Cet instrument, dit-il, se compose de trois branches étagées, d'inégale

longueur, et d'une vis d'écrasement. Sa longueur totale est de 44 centimètres. Quand il est articulé et serré, sa largeur, d'un côté à l'autre, est de 4 centimètres. Si on le mesure d'avant en arrière, on trouve 4 cent. 1/2 dans sa partie la plus large, près de l'extrémité des cuillers. Son poids total est de 1200 grammes.

« La branche médiane, la plus courte, porte un perforateur quadrangulaire, qu'on fait pénétrer dans le crâne par un mouvement de rotation. Ce perforateur agit comme un alésoir et fait au crâne une ouverture arrondie. Dès que l'extrémité olivaire de ce perforateur a pénétré dans la cavité crânienne, on arrête le mouvement de rotation et l'on pousse doucement cette branche jusqu'à ce que sa pointe soit arrêtée par la résistance de la base du crâne, avec laquelle elle devra rester en contact jusqu'à la fin de l'opération.

« La branche gauche, analogue à la branche gauche d'un forceps, est ensuite appliquée comme s'il s'agissait d'un forceps, et articulé avec la branche médiane.

« Branche médiane et branche gauche sont alors rapprochées par la vis d'écrasement et broient la moitié de la tête (petit broiement). Un petit crochet maintient ces deux branches rapprochées pendant qu'on enlève la vis d'écrasement.

« La branche droite, la plus longue de toutes, est ensuite appliquée comme la branche droite d'un forceps, et la vis d'écrasement, mise de nouveau en place et en action, rapproche cette branche des deux premières (grand broiement).

« La tête est ainsi écrasée par moitié en deux broiements successifs, puis on procède à son extraction.

« Le maniement de cet instrument est d'ailleurs analogue à celui du céphalotribe et du cranioclaste de Braun, mais il leur est supérieur et offre, comparativement, de très grands avantages, si je m'en rapporte aux expériences cadavériques que j'ai faites. »

Manuel opératoire. — Il n'a guère varié depuis la description qu'en a donnée Pinard¹ en 1885; l'opération peut être divisée en huit temps :

1^{er} temps. Perforation. — La tête fœtale est immobilisée par les mains d'un aide, qui, pour la mieux maintenir, se met à genoux sur le lit dont on a, au préalable, constaté la solidité.

L'opérateur introduit la main gauche dans le vagin aussi profondément que possible; il détermine approximativement le point central de la zone du bassin qu'occupe la tête fœtale. Si elle est retenue au détroit supérieur, le médius va se mettre en contact par sa face dorsale avec le promontoire, tandis que le pouce s'arc-boute derrière la symphyse. L'index est placé, par son extrémité, à peu près à égale distance du pouce et du médius; c'est au niveau de la région ainsi en contact avec l'extrémité de l'index que doit être faite la perforation (fig. 548).

Ce point de repère étant choisi, le pouce et le médius sont rapprochés de l'index et forment un canal au milieu duquel se trouve la pointe du perfora-

¹ Le *Basiotribe* Tarnier. *Ann. de gyn.*, 1885.

teur, qui pourra, si l'on manœuvre mal, piquer la face palmaire des doigts, mais non les parties maternelles.

Le perforateur est saisi à pleine main de la main droite; il est introduit doucement, chemine par son extrémité sur la face palmaire des trois doigts

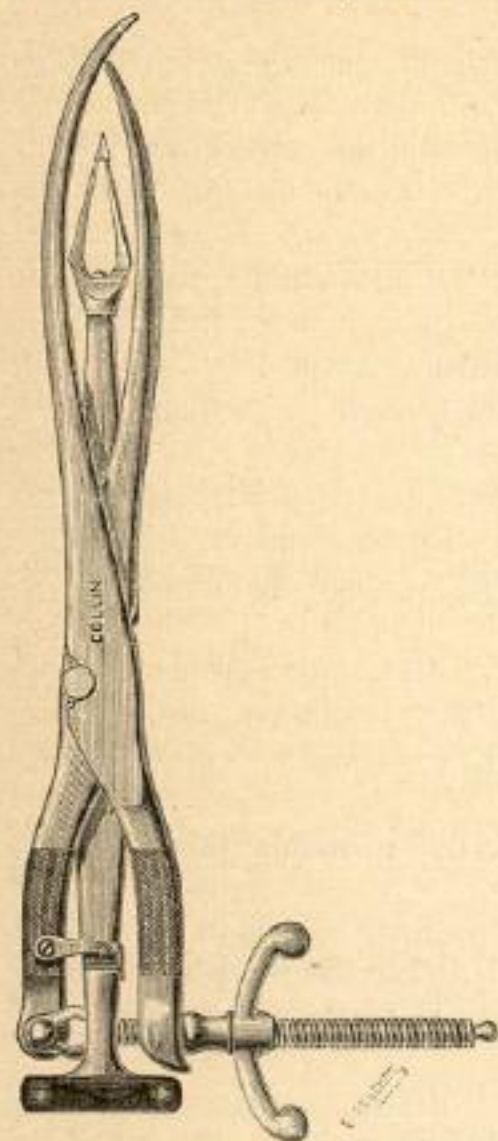


Fig. 550. — Basiotribe Tarnier articulé.
(Ancien modèle.)

de la main gauche et vient au contact, par sa pointe, avec la voûte du crâne. C'est à ce moment que l'aide doit maintenir fortement la tête; par des mouvements de vrille, l'opérateur fait pénétrer l'extrémité du perforateur dans la cavité crânienne.

Lorsque la partie renflée du perforateur est en entier dans la cavité crânienne, la main qui le pousse sent que la tige métallique pénètre avec toute facilité, puis bientôt qu'elle va buter contre la base du crâne, en donnant une sensation de résistance osseuse. La pointe ne pénètre pas dans la base: elle doit seulement rester en contact avec elle.

Après s'être assuré qu'elle y est, on confie le perforateur à un aide en lui recommandant de le bien maintenir toujours en contact avec la base du crâne: cela est indispensable pour que les branches gauche et droite, qui sont plus longues que le perforateur, soient appliquées sur cette base.

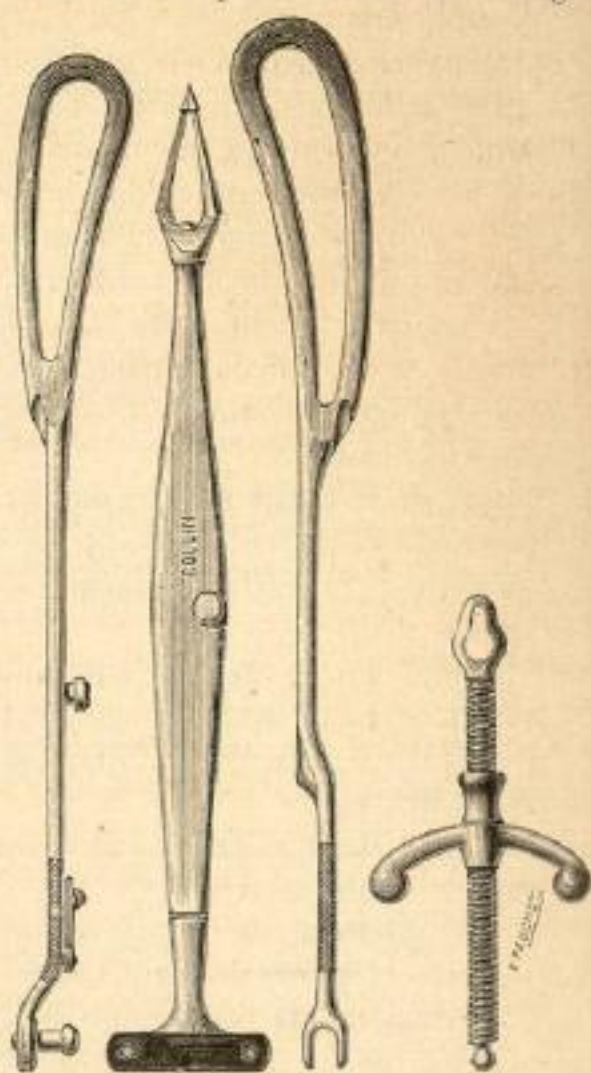


Fig. 551. — Basiotribe Tarnier désarticulé.
(Ancien modèle.)

On voit de gauche à droite les différentes pièces de l'instrument: branche gauche, perforateur; branche droite, vis à ailette.

2^e temps. Introduction et placement de la branche gauche.

— La manœuvre ressemble beaucoup à l'application d'une branche de forceps.

La main droite, qui va servir de guide, est introduite assez profondément, pour pouvoir dépasser les bords de l'orifice utérin sans déplacer la tête fœtale; elle est dirigée de façon à s'appliquer soit à l'extrémité gauche du diamètre transverse, soit à la partie postérieure du diamètre oblique droit. La branche gauche du basiotribe, tenue de la main gauche comme une branche de forceps, est alors glissée sur la main droite et appliquée sur la tête fœtale (fig. 552). Lorsque la branche est mise en place, la main droite est doucement retirée.

3^e temps. Articulation de la branche gauche avec le perforateur. — L'opérateur tient à pleines mains le manche du perforateur et la branche gauche, et les met dans le même plan. Il suffit, pour que l'articulation soit facile, que le pivot du perforateur et la mortaise de la branche soient à la même hauteur; le perforateur peut être tourné en tous sens, mais il ne doit pas être retiré, même légèrement. Il faut même s'assurer, avant d'articuler, que la pointe est toujours en contact avec la base du crâne.

4^e temps. Petit broiement. — Il s'opère habituellement sans difficulté: avec la main on rapproche les deux manches du perforateur et de la branche gauche; on les maintient ainsi rapprochées à l'aide du crochet qui, de la branche gauche, se rabat sur le perforateur.

Dans certains cas où la tête est très ossifiée, volumineuse, la main peut éprouver quelque difficulté à opérer le broiement; on se sert alors de la vis qui s'applique d'abord sur la branche gauche, puis est rabattue sur le perforateur. Le fait d'être obligé de recourir à la vis pour opérer le petit broiement indique souvent qu'une bonne portion de la tête a été saisie.

5^e temps. Introduction et placement de la seconde branche.

— La main gauche, introduite dans le vagin, pénètre assez profondément pour que l'extrémité des doigts dépasse les bords de l'orifice utérin, mais ne cherche nullement à s'orienter par rapport à la tête.

La branche droite, tenue de la main droite, est introduite doucement sur la main gauche comme guide, et pénètre avec plus ou moins de facilité pour venir se placer en un point symétriquement opposé à celui qu'occupe la branche gauche.

Si l'on éprouve une certaine difficulté à faire glisser la cuiller de cette branche entre la tête et le bassin, il suffit de « faire soulever légèrement la tête à l'aide du perforateur et de la branche gauche, qui ne font plus qu'un avec la tête ». (Pinard.) Bar insiste beaucoup sur l'utilité de cette manœuvre; il conseille même, non seulement de soulever la tête du fœtus, mais de la faire tourner. Ainsi la branche gauche a été appliquée à l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit; on ne peut ramener assez en avant la branche droite pour la mettre à l'extrémité antérieure de ce diamètre: à l'aide de la branche gauche, on oriente alors la tête de manière à mettre la cuiller gauche à l'extrémité gauche du diamètre transverse; la branche droite vient alors facilement se placer à l'extrémité droite du même diamètre.

6^e temps. **Articulation de la seconde branche** (fig. 553). — Elle ne présente en général aucune difficulté, d'autant mieux que rien n'empêche de mobiliser la tête et de faire tourner le perforateur, de manière

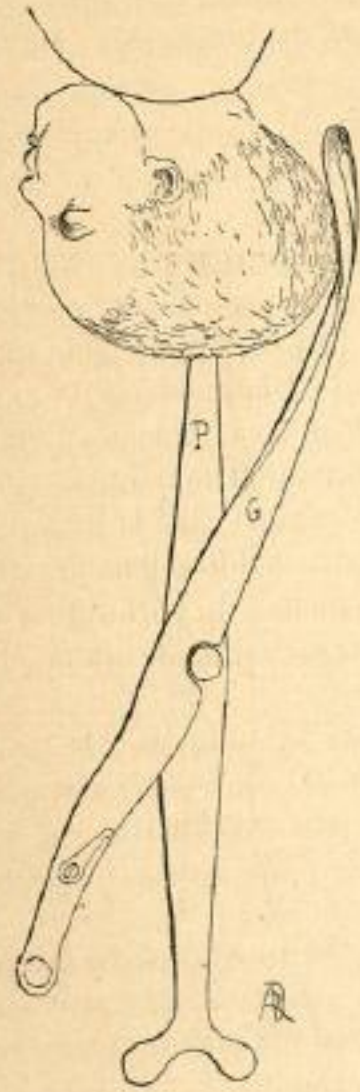


Fig. 552. — Deuxième temps de la basiotripsie.

La branche gauche G du basiotribe est placée sur la tête fœtale et articulée avec le perforateur P. Le petit broiement va s'exécuter en rapprochant avec la main les manches de la branche gauche et du perforateur.

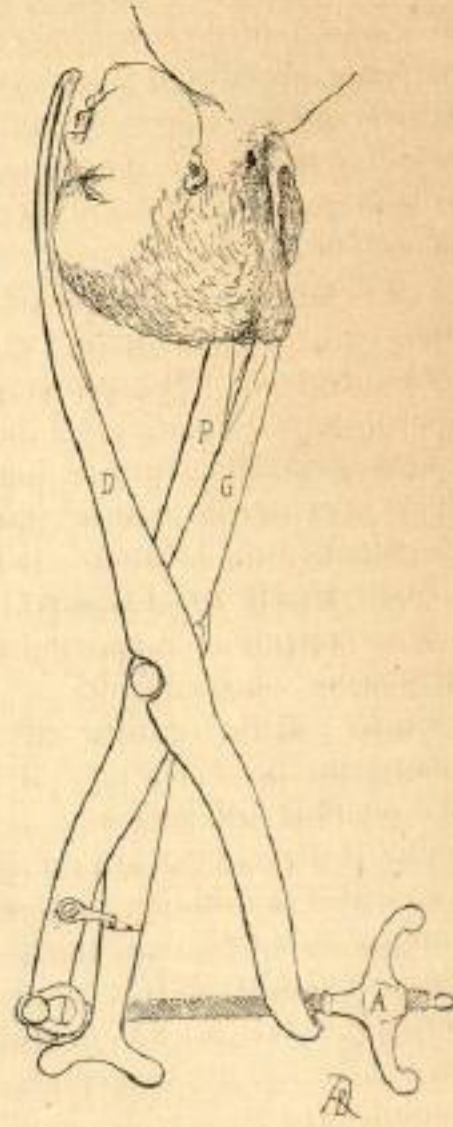


Fig. 553. — Sixième temps de la basiotripsie.

Le petit broiement est effectué, le perforateur P et la branche gauche G étant presque au contact. La branche droite D est articulée avec la branche gauche; la vis est mise en place pour opérer le grand broiement, qui s'exécute en faisant tourner l'ailette A.

à mettre le pivot de la branche gauche au niveau de la mortaise de la branche droite.

7^e temps. **Grand broiement.** — Lorsque les trois branches du basiotribe sont appliquées sur la tête fœtale, il s'agit de broyer la partie de la tête comprise entre la face interne de la cuiller droite et le perforateur. On se sert pour cela de la vis dont l'extrémité perforée embrasse le piton qui se trouve à l'extrémité du manche de la branche gauche, puis on rabat la vis horizontalement de façon que le volant A vienne s'appliquer contre l'extrémité de la branche droite. A l'aide du pouce et de l'index, on fait

manœuvrer le volant de manière à rapprocher l'extrémité de la branche droite du perforateur; ces mouvements imprimés au petit volant doivent être lents, avec des temps d'arrêt, de manière que les os s'écrasent peu à peu, et que la tête se vide. Il s'écoule bientôt le long de l'instrument d'abord du sang noir, puis de la substance cérébrale.

Une petite précaution à prendre au moment du broiement est de veiller à ce qu'un repli de la paroi vaginale postérieure ne se trouve pas pincé entre le manche et le perforateur; aussi est-il nécessaire, en opérant le broiement avec lenteur, de passer de temps en temps le doigt entre la face inférieure de l'instrument et le vagin, pour s'assurer qu'il n'y a pas de pincement de la paroi vaginale.

Le broiement doit être pratiqué à fond (fig. 554), c'est-à-dire que l'écrasement doit rapprocher autant que possible la branche droite du perforateur; on ne s'arrête que lorsqu'on éprouve une trop grande résistance et qu'on craint de briser l'instrument.

8^e temps. **Extraction du fœtus.** — Lorsque le broiement est effectué, les cuillers peuvent avoir gardé la position qu'elles occupaient au début du broiement, c'est-à-dire être orientées, par exemple, suivant le diamètre transverse du bassin, ou bien elles peuvent avoir dévié parce que la tête fœtale a subi un mouvement de rotation.

Le plus habituellement les cuillers occupent à peu de chose près le diamètre du bassin suivant lequel elles ont été appliquées; il est très important, avant d'exercer la moindre traction sur l'instrument, de se rendre bien compte de la situation qu'occupent les cuillers et la tête fœtale. Cette dernière, après broiement, est aplatie et présente ses grands diamètres perpendiculairement à l'instrument; si les cuillers sont dans le diamètre transversal, les grands diamètres de la tête occuperont le diamètre antéro-postérieur. C'est ce qu'on observe habituellement; au fur et à mesure que s'opère le broiement, on voit se dessiner sous la région hypogastrique une saillie très marquée qui s'accroît à mesure que la tête s'aplatit.

Il va de soi que, si l'on tirait directement sur la tête présentant ainsi ses grands diamètres au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, on

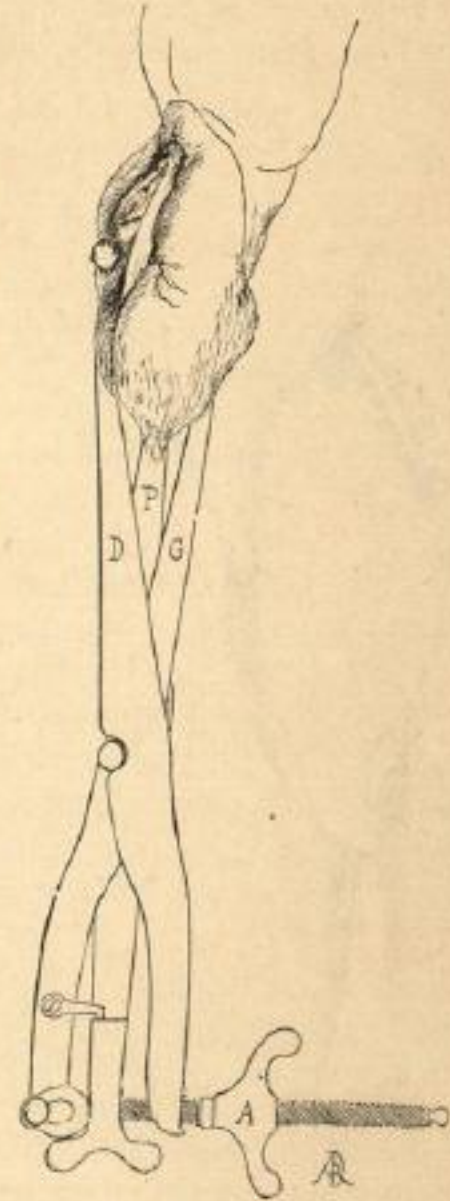


Fig. 554. — Septième temps de la basiotripsie.

Le broiement est exécuté complètement; les trois branches de l'instrument sont presque au contact.

éprouverait les plus grandes difficultés à l'extraire; il faut, pour y parvenir, commencer par imprimer à l'instrument — et par suite à la tête fœtale — un mouvement de rotation qui mette le disque aplati formé par la tête en rapport avec le diamètre transverse. Ce mouvement de rotation s'accomplit souvent spontanément; une fois le broiement effectué, la tête tombe pour ainsi dire dans l'excavation, entraînée par le seul poids de l'instrument, sans que l'opérateur ait besoin d'exercer de traction sérieuse.

Si l'on éprouve quelques difficultés pour l'extraction du tronc, il ne faut

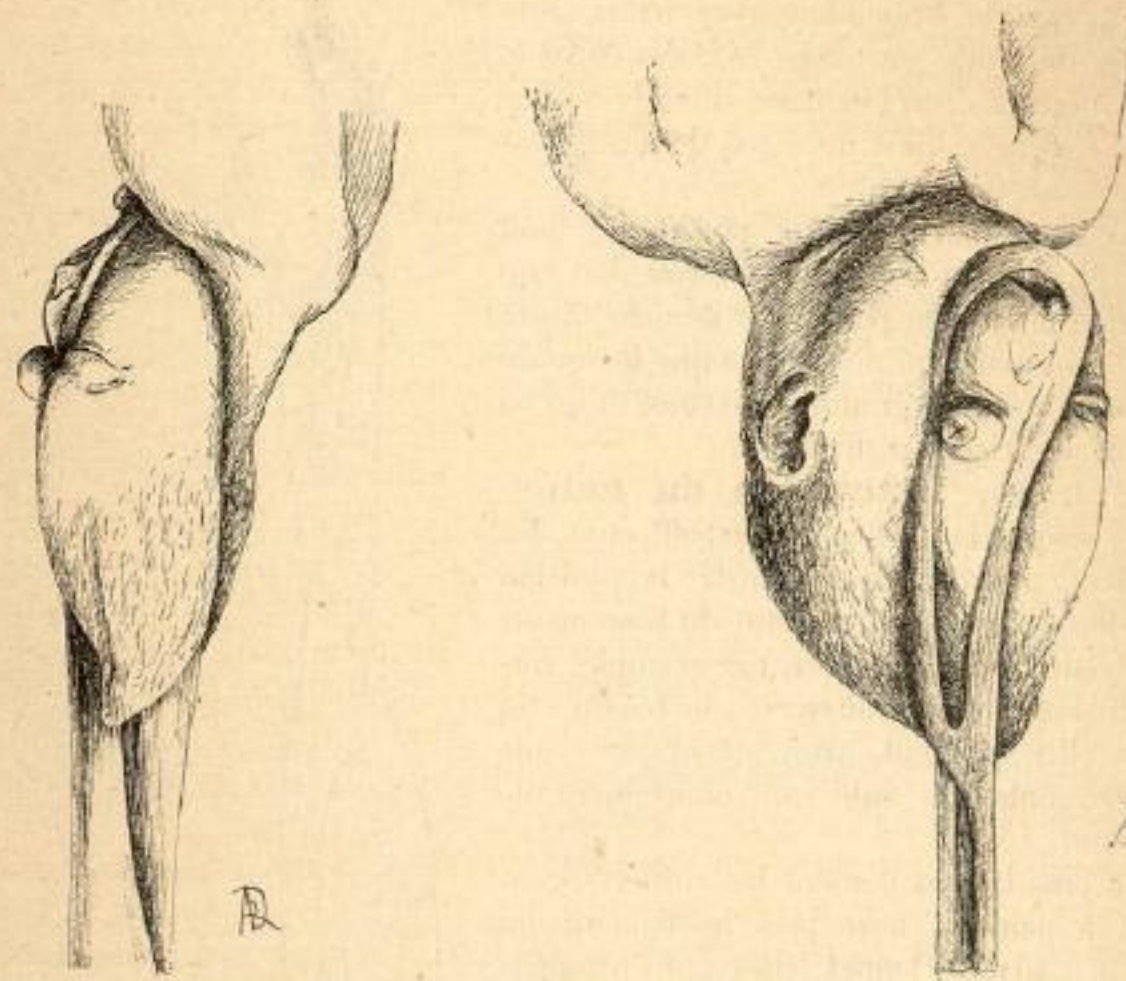


Fig. 555. — Tête broyée avec le basiotribe (vue de profil).

Une cuiller a été appliquée sur la région occipitale, l'autre sur la face.

Fig. 556. — Tête broyée avec le basiotribe (vue de face).

La cuiller gauche qu'on ne voit pas a été appliquée sur la région mastoïdienne du côté droit; la cuiller droite est un peu à gauche de la suture sagittale.

pas trop tirer sur la tête; mais employer la manœuvre de Ribemont-Dessaignes, c'est-à-dire aller à la recherche de l'épaule la plus accessible et dégager un bras, puis l'autre en les cassant au besoin. Les deux bras dégagés, l'extraction devient extrêmement aisée.

Si, à la suite d'un premier broiement, la tête ne descend pas, il faut se garder de pratiquer des tractions énergiques; mieux vaut pratiquer un second broiement. « Pour cela, on désarticule les deux branches, que l'on retire successivement, mais on laisse en place le perforateur; puis on introduit la branche gauche directement à gauche, la branche droite directe-

ment à droite et on opère un nouveau broiement. De cette façon, la tête sera broyée suivant deux diamètres perpendiculaires. » (Pinard.)

La description de l'opération de la basiotripsie, telle que nous venons de la donner, est à dessein un peu schématique; dans la pratique il ne faut pas seulement s'occuper de la manière d'appliquer les branches par rapport aux diamètres du bassin; il faut encore savoir comment les branches de l'instrument sont appliquées par rapport à la tête fœtale; c'est à résoudre les difficultés de chaque cas particulier que se révèle l'habileté du praticien.

Comme l'a dit Bar, « pour atteindre la tête dont on veut diminuer le volume, il ne suffit pas, en effet, de tenir compte du degré de viciation du bassin, de sa conformation; il faut encore se préoccuper de la présentation de la tête fœtale, de son inclinaison, de sa flexion plus ou moins prononcée, de son degré de fixité ou de mobilité, de son engagement plus ou moins marqué; circonstances qui se groupent de façons si diverses que l'accoucheur doit faire appel à toute son habileté, s'il veut mener à bien son intervention. »

Examinons les différentes situations que peut occuper la tête fœtale, lorsqu'on veut la broyer; on peut en effet faire la basiotripsie dans les présentations du sommet, de la face, ou sur la tête dernière; Bar a étudié expérimentalement ces différents cas. Quand la tête fœtale se présente fléchie au détroit supérieur, on peut la saisir du front à l'occiput; c'est une méthode assez fréquemment suivie. L'aplatissement de la tête peut être alors très complet; mais il faut pour cela que les cuillers soient bien appliquées suivant le plan sagittal de la tête fœtale. S'il n'en est pas ainsi, les cuillers glissent sur les parties latérales de la tête; un fragment petit de la base se trouve souvent seul saisi et broyé. Quand la perforation n'a pas été pratiquée sur le trajet ou dans le voisinage de la suture sagittale, il est fréquent de voir les cuillers appliquées irrégulièrement. C'est ce qu'on observe lorsque le rétrécissement pelvien est assez marqué.

Ainsi on saisira la tête fœtale suivant le diamètre occipito-frontal quand le bassin n'est pas très rétréci, quand on a pu faire la perforation près de la suture sagittale et quand on est sûr de pouvoir bien appliquer les cuillers aux extrémités du plan sagittal du crâne fœtal. Lorsque ces conditions favorables ne sont pas réalisables, on doit chercher à saisir la base suivant l'un de ses diamètres obliques (fig. 556): on obtient ainsi un aplatissement fort régulier.

D'après Bar, lorsque le fœtus se présente par la face, l'application du basiotribe est souvent plus compliquée que celle du cranioclaste. L'application des cuillers aux extrémités du diamètre occipito-mentonnier peut conduire à de bons résultats; mais, malgré la fixité que le perforateur donne aux cuillers, celles-ci glissent facilement sur la partie fœtale.

La saisie de la face suivant un diamètre transversal est très avantageuse; mais la difficulté consiste à bien appliquer en même temps les cuillers sur la base.

Lorsqu'on fait une basiotripsie sur la tête dernière (fig. 557), on obtient un bon broiement en appliquant les branches de l'instrument sui-

vant un diamètre oblique ou transversal de la base; on peut à la rigueur avoir un broiement régulier suivant le diamètre occipito-frontal, mais à la condition que le perforateur ait transforé la base dans le plan sagittal et que la tête ne soit pas défléchie.

Ces données permettent de comprendre que, lorsqu'on pratique la basiotripsie, il est important de se rendre compte par le toucher manuel de la situation de la tête, de son degré de flexion ou de déflexion, etc. Avec du sang-froid et après un examen approfondi, on arrive à saisir et à broyer la tête retenue dans un bassin rétréci, à peu près comme si on avait cette tête fœtale directement sous les yeux.

Dans la critique qu'il a faite du basiotribe, Bar a démontré que cet instru-



Fig. 557. — Basiotripsie sur la tête derrière. (D'après un moulage. Maternité de Beaujon.)

ment deviendrait parfait : 1° si les cuillers étaient un peu plus longues; 2° si, après le perforateur, on pouvait introduire à volonté la première, la branche droite ou la branche gauche; 3° si l'olive du perforateur était plus intimement appliquée contre la première cuiller introduite; la tête serait ainsi plus solidement fixée pendant l'introduction de la seconde branche; après le grand broiement, on pourrait enlever la seconde branche et extraire la tête comme avec un cranioclaste.

— Bar a fait construire, de concert avec Tarnier, un basiotribe perfectionné qui répond à ces desiderata et qui se compose, comme le basiotribe ordinaire, d'un perforateur et de deux branches de longueur égale qui sont semblables à la grande cuiller du basiotribe (fig. 558).

Lorsque la tête est très élevée et se présente en position droite, ce nouveau modèle offre une certaine supériorité sur le premier modèle; toutefois, celui-ci est d'un maniement plus facile, et suffit presque toujours pour opérer un bon broiement et pour extraire facilement la tête.

Indications et contre-indications. — La basiotripsie est une opération destinée à réduire le volume de la tête d'un enfant mort toutes les fois qu'il y a intérêt pour la mère à ce que le travail ne dure pas plus longtemps.

Le plus habituellement c'est sur la tête retenue au détroit supérieur par un rétrécissement du bassin qu'est appliqué le basiotribe : si l'opération est un peu délicate en raison de la hauteur à laquelle on opère, en revanche le broiement se fait sans difficulté, la tête ayant le champ libre pour s'aplatir.

Dans certains cas, la tête fœtale est dans l'*excavation* ou même dans le *bassin mou* : il peut être indiqué de terminer rapidement l'accouchement soit parce qu'il existe une complication (éclampsie par exemple), soit parce

que la dilatation ne progresse pas et que des phénomènes de putréfaction fœtale commencent à survenir : il y a intérêt pour la mère à être débarrassée de ce corps étranger, source d'infection.

On peut donc pratiquer la basiotripsie à travers une dilatation incomplète (paume de main, par exemple), mais à la condition de ne pas vouloir terminer séance tenante l'extraction. Peu à peu la dilatation se complète; la tête passe; et, en dégageant les épaules avec douceur, le reste du fœtus est extrait sans difficulté.

Lorsque le fœtus est vivant, il y a contre-indication formelle à la basiotripsie; suivant les cas, lorsqu'il existe une disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions de la filière pelvi-génitale, on a recours à la symphyséotomie ou à l'opération césarienne.

Par suite d'un accident survenant au cours du travail (le plus habituel est la compression du cordon) ou par suite du traumatisme résultant d'une application de forceps brutale, la vitalité du fœtus peut être très compromise : si le bassin est normal, le forceps doit être préféré

à la basiotripsie; mais s'il y a rétrécissement du bassin, et qu'une intervention soit indiquée, faut-il recourir à la basiotripsie, au levier préhenseur, au forceps ou à la symphyséotomie? La question est d'autant plus délicate qu'il est fort difficile d'apprécier jusqu'à quel point la vitalité du fœtus est compromise : cette question ne peut être résolue à l'heure actuelle, comme nous l'avons vu à propos de la symphyséotomie.

Pronostic. — Il n'intéresse que la mère : il est favorable. La basiotripsie, faite avec méthode et sans force, est une opération absolument inoffensive et qui ne présente guère plus de difficulté que l'application du forceps : elle permet de faire passer des fœtus assez volumineux dans des bassins très rétrécis.

Lorsque le broiement est bien fait et surtout lorsqu'un seul broiement

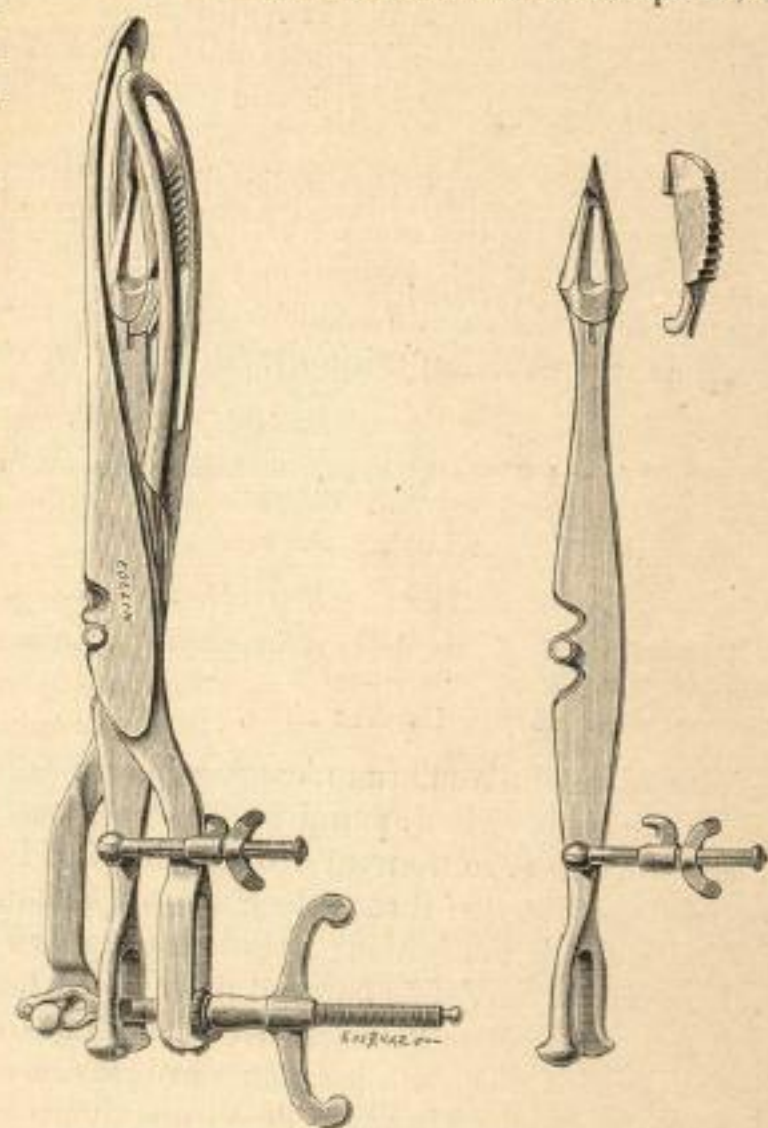


Fig. 558. — Basiotribe de Tarnier. (Nouveau modèle.)

suffit, il n'existe point d'esquilles, de débris d'os qui puissent léser les parties maternelles.

Est-ce à dire qu'il ne meurt pas de femmes chez lesquelles on a pratiqué la basiotripsie? Assurément non; toutefois ce n'est point cette opération qui doit en être rendue responsable, mais bien les interventions antérieures ou les touchers faits avec des doigts malpropres. La mortalité opératoire peut être considérée comme nulle, si l'on défalque de la statistique les cas où la femme succombe à des lésions antérieures à l'opération, à une rupture utérine par exemple, ou bien à une infection produite avant l'intervention finale.

Dans sa thèse¹, après nous avoir cités (p. 19), Mme Bernstein-Woulbrun trouve que notre optimisme « n'est pas tout à fait justifié »; ayant réuni les opérations de basiotripsie pratiquées de 1885 à 1894, dans le service de Pinard à Lariboisière et à Baudelocque (série A), et à la Maternité de Paris (École de sages-femmes) (série B), elle donne les chiffres suivants :

Mortalité intégrale.

Série A 65 basiotripsies, 6 femmes mortes, soit	9,5 pour 100
— B 55 — 12 — — —	21,9 —
Mortalité pour les deux séries.	15,2 —

Mortalité expurgée.

Série A 5 cas de mort imputables à l'opération	4,16 pour 100
— B 4 — — — —	7,2 —
Mortalité pour les deux séries, presque.	6 —

Mme Bernstein-Woulbrun n'expurge pas suffisamment; en effet, pour ne parler que de la série A, parmi les 5 « cas de mort imputables à la basiotripsie (p. 21) », se trouvent deux femmes (n° 1 et n° 4) opérées en 1885 avec le *céphalotribe*! Il reste donc une seule femme (obs. 56) qui est morte le lendemain de l'opération; mais la lecture de l'observation (p. 99) n'entraîne guère la conviction au point de vue de la nocuité du basiotribe.

Donc, malgré Mme Bernstein-Woulbrun, nous continuons à considérer la basiotripsie comme une opération sans gravité réelle; ce qui ne veut pas dire qu'une femme, chez laquelle on pratique la basiotripsie, n'est exposée à aucun accident morbide ou mortel.

C. EMBRYOTOMIE CERVICALE ET RACHIDIENNE

Indications. — L'embryotomie est indiquée toutes les fois que le fœtus ayant le volume d'un fœtus à terme ou près du terme se présente par l'épaule et qu'il a succombé pendant la grossesse ou au cours du travail.

D'ordinaire, le fœtus a déjà exécuté le premier ou les deux premiers temps de l'évolution spontanée. Ce qui nécessite l'embryotomie de préférence à la version, c'est que l'utérus ne renferme plus le liquide amniotique et qu'il est fortement rétracté sur le fœtus pelotonné sur lui-même.

Y a-t-il lieu de discuter l'indication de l'embryotomie cervicale dans les

¹ *Étude clinique sur le pronostic de l'embryotomie céphalique.* Th. Paris, 1895.

cas où le fœtus est vivant et où l'utérus est trop rétracté pour permettre l'évolution par version? Ces faits, s'ils existent, doivent être bien rares, surtout à l'heure actuelle où l'ergot de seigle n'est plus employé par personne au cours du travail.

On peut dire que lorsque l'état de rétraction de l'utérus contre-indique la version, le fœtus a succombé déjà depuis un certain temps.

La question est un peu plus délicate dans les cas où il s'agit d'un fœtus *mort et macéré* se présentant par l'épaule. L'état du fœtus est une indication pour pratiquer l'embryotomie et cependant, en raison du volume généralement peu considérable du fœtus, n'est-il pas préférable de recourir à la version qui s'exécute facilement lorsque les membranes sont intactes ou rompues seulement depuis quelques instants?

Si donc, au point de vue théorique, la mort du fœtus se présentant par l'épaule crée une indication nette de l'embryotomie, il faut bien dire que cette indication ne devient formelle qu'autant que l'état de rétraction de l'utérus rend la version dangereuse.

Le volume du fœtus a une certaine importance au point de vue de l'indication opératoire: s'il est volumineux et qu'on ait sous la main les instruments nécessaires, l'embryotomie est préférable; s'il est au contraire petit, il n'y a guère d'inconvénient à procéder avec douceur à la version.

Contre-indications. — L'embryotomie est contre-indiquée toutes les fois qu'on n'a pas la certitude absolue de la mort du fœtus: le doute doit lui profiter.

L'insuffisance de la dilatation de l'orifice utérin n'est qu'une contre-indication temporaire à l'embryotomie. Il suffit, en effet, d'introduire un ballon de Champetier de Ribes pour compléter la dilatation et intervenir avec toute sécurité pour la mère.

Instruments. — L'embryotomie cervicale est décidée, quel instrument faut-il choisir? Il existe dans l'arsenal obstétrical de nombreux instruments à cet usage. Jusqu'à ces dernières années, la plupart d'entre eux étaient fort imparfaits et dangereux.

Imparfaits, car ils ne permettaient pas de séparer aisément la colonne vertébrale; dangereux pour les parties maternelles par leurs pointes ou leurs tranchants, dangereux même pour l'accoucheur.

Potocki¹ a décrit dans sa thèse inaugurale les embryotomes qui tour à tour ont été en usage.

Il divise tous ces instruments en différentes catégories d'après leur mode d'action et étudie successivement :

1° Les embryotomes-couteaux ou ciseaux;

2° Les embryotomes-scies, sercisseurs;

3° Les embryotomes agissant par constriction;

4° Les embryotomes agissant par dilacération;

5° Les embryotomes transformateurs.

Nous ne conserverons de toute cette « vieille ferraille », pour en conseiller

¹ Potocki. Des méthodes d'embryotomie. Des instruments destinés à pratiquer l'embryotomie rachidienne et en particulier de l'embryotome rachidien du professeur Tarnier. *Thèse de Paris* 1888.

l'emploi, que les plus simples : 1° les ciseaux de P. Dubois ; 2° le crochet de Braun ; 3° le crochet de Pajot muni de la ficelle de fouet ; 4° l'embryotome de Ribemont-Dessaignes ; 5° celui de Tarnier.

1° *Ciseaux de Dubois.* — Les ciseaux de Dubois sont d'un emploi facile ; il y en a de droits et de courbes.

Les ciseaux de Dubois sont longs et forts : leurs lames sont épaisses, bien tranchantes, arrondies à leur extrémité ; elles sont courtes relativement aux manches : ce qui augmente la force de l'instrument. Pinard en a fait croiser les manches (fig. 559), ce qui permet d'obtenir un écartement suffisant des lames tranchantes alors que les deux manches de l'instrument sont juxtaposés dans le vagin.

Pour pratiquer l'embryotomie avec cet instrument, on procède tout d'abord à une antiseptie rigoureuse des mains, des instruments, et de la région vulvo-vaginale comme avant toute opération.

La vessie et le rectum sont vidés s'il en est besoin : la femme est placée en position obstétricale. On introduit alors la main gauche dans les organes maternels, que la tête soit à gauche ou qu'elle soit à droite, et l'on embrasse le cou entre le pouce placé en avant et l'index, ou, quand on le peut, l'index et le médium placés en arrière.

Puis on saisit de la main droite les grands ciseaux courbes sur le plat, on les glisse sur la main gauche jusqu'aux téguments du fœtus, qu'on incise petit à petit, écartant très peu les lames de l'instrument pour ne pas risquer de couper les parties molles de la mère.

Lorsqu'on arrive sur la colonne vertébrale, si on tombe sur un disque intervertébral, la section est facile ; si, au contraire, on arrive sur le corps d'une vertèbre, elle est un peu plus pénible ; on peut alors déplacer légèrement l'instrument et, après quelques tâtonnements, on parviendra à rencontrer un disque. On coupe jusqu'à section complète.

Après la section du cou, des tractions sur le bras procident entraînent le plus souvent le tronc avec une grande facilité. La tête est ensuite extraite à l'aide de la main introduite dans l'utérus ; avec un ou deux doigts introduits dans la bouche on exerce des tractions sur le maxillaire inférieur ; ou, si ces moyens ne suffisent pas, la tête étant volumineuse ou le bassin rétréci, on se sert du basiotribe.

Les ciseaux de Dubois sont simples, peu coûteux, faciles à rendre aseptiques. Ils ont l'avantage de couper *in situ*, sans ébranler la partie fœtale. Malheureusement on ne peut pas toujours exécuter avec eux la décollation, spécialement dans les positions dorso-antérieures avec de gros enfants (Pinard), par suite de la position en extension forcée que doit prendre la main pour atteindre le cou projeté en avant.

Les difficultés de la section tiennent encore à la hauteur du cou, à la position droite ou gauche de l'épaule, à la résistance des os à sectionner.

Quand le cou est très élevé, à peine accessible, l'emploi des ciseaux est dangereux, parce qu'il est impossible de surveiller efficacement leur action. La main quasi paralysée dans l'utérus ne perçoit plus que vaguement les

sensations, et les doigts se laissent surprendre par le tranchant des ciseaux sans que l'accoucheur en soit averti.

Aussi a-t-on conseillé, afin de rendre le cou plus accessible, de l'abaisser au préalable à l'aide d'un crochet mousse. Toutes les fois qu'on le pourra, on ne devra pas négliger de recourir à ce premier temps de l'opération.

Voici comment on procède. La main gauche étant en place autour du cou de l'enfant, on saisit un crochet mousse de la main droite, on le glisse sur la main introduite et on le fait pénétrer jusqu'au cou de l'enfant sur lequel on tâche de le fixer.

Puis, retirant alors la main gauche, on saisit le crochet et le bras à deux mains et on exerce des tractions assez énergiques dans le but d'abaisser, autant que possible, le cou de l'enfant.

Lorsque le cou paraît assez bas pour être accessible à l'instrument tranchant, on confie le manche du crochet à un aide qui est chargé de le maintenir solidement ; puis on réintroduit la main gauche dans les parties génitales et on va fixer l'extrémité des doigts sur le point où l'on veut opérer la section du cou.

2° *Crochet de Braun.* — Cet instrument est assez employé à l'étranger : il se compose d'une tige d'acier arrondie, longue de 52 centimètres, recourbée en crochet à son extrémité supérieure ; le crochet est aplati, à bords émoussés et se termine par un bouton de la grosseur d'un pois, distant de 27 millimètres de la tige. A l'autre extrémité de la tige se trouve un manche transversal, en corne, qui sert à manier l'instrument.

Pour s'en servir, il faut introduire une main pour saisir le cou du fœtus que l'on abaisse autant que possible, puis, de l'autre main, on saisit le manche du crochet et l'on glisse l'instrument entre le cou du fœtus et la partie antérieure du bassin de la mère.

Lorsque le crochet est arrivé à hauteur du cou, on le tourne de manière à loger la plus grande partie du cou dans l'angle du crochet. On imprime alors à l'instrument des mouvements alternatifs de rotation de gauche à droite et de droite à gauche, tout en exerçant sur lui une traction continue de haut en bas. On luxe ainsi d'abord les vertèbres cervicales, on dilacère peu à peu les parties molles du cou, et l'on sépare enfin péniblement la tête du cou. La main qui est introduite dans les organes génitaux doit, pendant tout le temps de l'opération, les préserver contre l'instrument qui peut glisser. Le crochet de Braun n'agit qu'autant qu'il est manié avec une certaine brutalité, il est par conséquent dangereux.

3° *Méthode de Pajot.* — A côté des embryotomes-ciseaux et du crochet, existent des embryotomes-scies, dont le but est de conduire sur le cou un appareil servant à le scier. Le type de ces derniers est celui qui a été imaginé par Pajot.



Fig. 559. — Ciseaux de Dubois modifiés par Pinard.

L'appareil se compose d'un long crochet porté sur un manche en bois. La tige du crochet est creusée d'un canal à rainure qui s'ouvre à son extrémité. Dans le canal passe une ficelle de fouet terminée par une balle de plomb; la balle arrête la ficelle au bout du crochet; le chef opposé à la ficelle est fixé à la tige par enroulement autour d'une petite pièce saillante.

Pour opérer, on embrasse le cou du fœtus avec l'une des mains introduite dans l'utérus, on glisse sur le pouce de cette main, placé en avant du cou, le crochet, et on le fait tourner de 90 degrés pour ramener son bouton en arrière et accrocher le cou.

Abandonnant alors la corde à elle-même, la balle de plomb est entraînée en bas. On facilite ce mouvement en déprimant les tissus du fœtus avec les doigts de la main et on saisit cette balle pour l'amener au dehors. La balle entraîne avec elle la ficelle: on enlève alors le crochet et le cou est emprisonné dans une anse de fil. Ensuite, on introduit dans le vagin pour le protéger un speculum en bois ou, à la rigueur, un verre de lampe, et on imprime à la ficelle un mouvement de va-et-vient rapide: le cou est scié en quelques secondes.

Pajot recommande, pour que la ficelle ne se casse pas, d'employer du fouet *bis* et non *blanc*, le fouet *bis* étant du chanvre naturel, le fouet *blanc* du chanvre blanchi à la chaux.

Il recommande encore, lorsqu'on arrive sur la colonne vertébrale, de laisser glisser l'une des extrémités du fil dans une main et de faire arriver sur le fœtus une portion du fouet *qui n'ait pas encore servi*.

Enfin, quand cette portion *neuve* du fil est engagée dans un sillon déjà creusé jusqu'au rachis, on doit, avant de recommencer à scier, tirer *lentement et fortement* en bas. On *luxe* ainsi la colonne cervicale et le fil scie alors le reste du cou sans aucune difficulté.

Ce procédé rapide et brillant a donné, dans les mains de son auteur, les plus heureux résultats.

4° *Embryotome de Ribemont-Dessaigues*. — La méthode de Pajot a été le point de départ de nombreux embryotomes; tel modifia l'agent de section, tel autre le crochet conducteur, tel autre, enfin, le mode de préhension et d'entraînement du sercisseur; Ribemont-Dessaigues, en tenant compte de ces différentes améliorations du procédé primitif de Pajot, s'est surtout efforcé de rendre cette opération plus facile et inoffensive pour la mère.

DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT. — L'instrument de Ribemont-Dessaigues se compose de quatre pièces distinctes (fig. 560).

1° Un crochet métallique destiné à porter la ficelle-scie autour du cou de l'enfant et à protéger, en partie, les organes maternels contre l'action de cette scie;

2° Un tube destiné à compléter l'appareil protecteur des organes maternels, qui s'articule avec le crochet;

3° Un double ressort d'acier muni à l'une de ses extrémités d'une petite pièce percée d'un trou pour fixer la ficelle-scie, et portant à l'autre extrémité un anneau métallique mobile;

4° Une ficelle-scie de Thomas.

Le crochet est un tube d'acier fermé dans ses deux tiers inférieurs et fenêtré dans son tiers supérieur. La portion fermée est rectiligne et supporte une poignée métallique qui offre une mortaise et une vis dont la tige pénètre jusque dans le tube. La portion fenêtrée est recourbée en crochet. Son extrémité est coupée en biseau. La fenêtre est pratiquée sur la face concave du crochet. Le crochet mesure 59 centimètres de longueur. Le tube qui le constitue a 12 millimètres de largeur et 9 millimètres d'épaisseur; la fenêtre a 4 millimètres de largeur. La poignée est longue de 9 centimètres.

Le *tube protecteur* est formé d'un tube analogue à celui dont est fait le crochet. Comme ce dernier, il présente une partie droite munie d'une poignée qui porte un pivot destiné à s'articuler avec la mortaise du crochet, et une partie courbée, dont l'extrémité libre, taillée obliquement, s'applique sur le bec du crochet, quand les deux branches de l'instrument sont articulées et que leurs portions rectilignes sont parallèles. Le tube protecteur et sa poignée sont fenêtrés dans toute leur étendue. Il a 56 centimètres de longueur. La fenêtre a 5 millimètres de largeur.

Le *ressort* est constitué par deux lames d'acier, minces et superposées, longues de 65 centimètres. Réunies à l'une de leurs extrémités par une petite pièce d'acier perforée en son centre, ces deux lames s'articulent à l'autre extrémité avec une pièce d'acier qui sert de support à un anneau métallique; lorsque l'instrument est armé, cet anneau se loge entièrement dans le bec du crochet. Ce ressort n'a pas partout les mêmes dimensions. Dans les 10 centimètres qui avoisinent l'anneau, il n'a que 4 millimètres de largeur; partout ailleurs, 8 millimètres. L'anneau tourne autour de la pièce qui le supporte et qui, elle-même, peut s'incliner à gauche et à droite du ressort.

MANUEL OPÉRATOIRE. — Le manuel opératoire de l'embryotomie cervicale ou rachidienne faite avec l'embryotome de Ribemont-Dessaigues comprend *cinq temps*.

1^{er} *Temps*. **Application du crochet**. — Avant d'appliquer l'instrument, il faut armer ce crochet du ressort auquel on fixe la ficelle-scie.

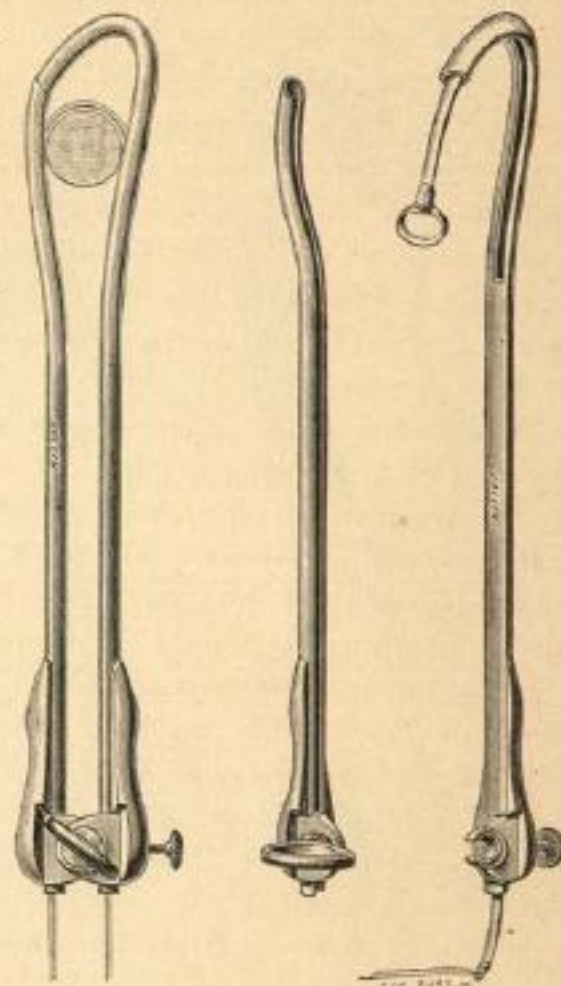


Fig. 560. — Embryotome de Ribemont-Dessaigues. A gauche de la figure l'embryotome est représenté articulé; entre les deux branches se trouve une surface arrondie qui représente la surface de section du cou du fœtus. A droite les deux branches de l'instrument sont séparées l'une de l'autre.

Si l'un des bras est abaissé dans le vagin ou à la vulve, on fait exercer sur lui des tractions par un aide pour rendre le cou plus accessible. L'opérateur enserre le cou du fœtus entre le pouce d'un côté, l'index et le médius sur la partie opposée.

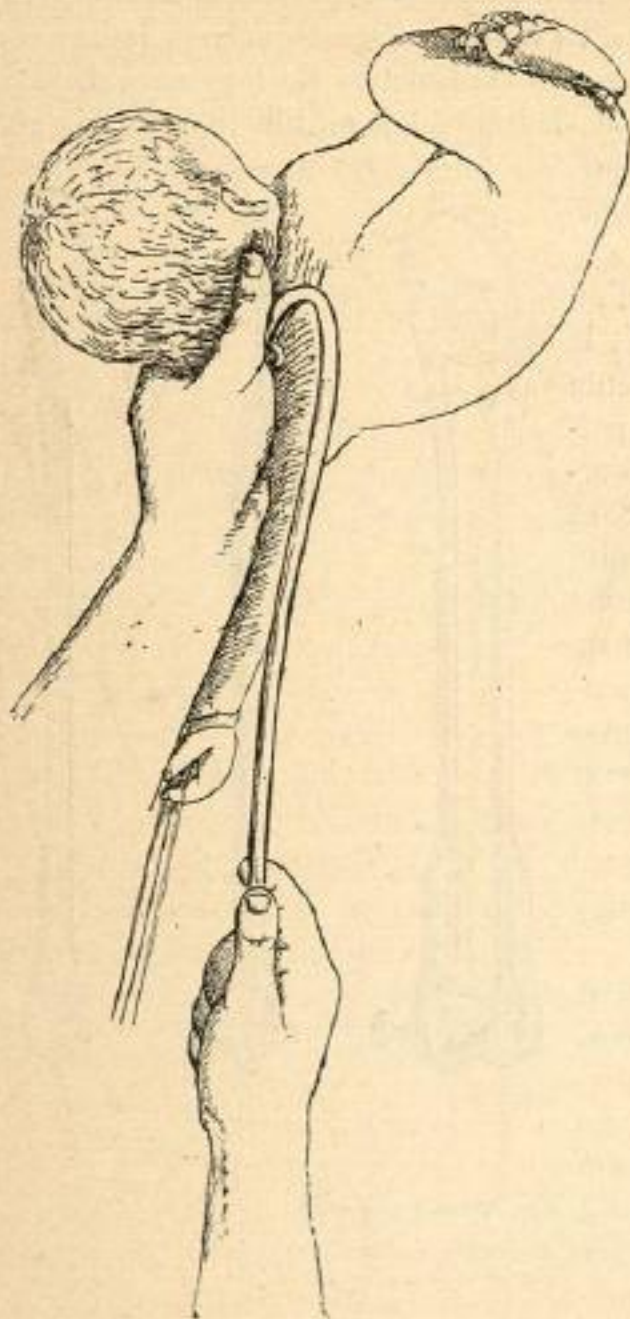


Fig. 561. — Premier temps de l'embryotomie.

Le fœtus se présente par l'épaulé gauche en position droite (dorso-antérieure de l'épaulé gauche). La main gauche de l'opérateur saisit le cou entre le pouce et l'index : la main droite tient le crochet qu'elle glisse entre le dos du fœtus et la partie antérieure du bassin.

à faire cheminer ainsi le ressort métallique dans la rainure du crochet (fig. 563).

3^e Temps. Introduction du tube protecteur. — Lorsque l'anneau est à la vulve, l'opérateur, ayant saisi le tube protecteur, engage dans son extrémité la partie étroite du ressort (fig. 564).

L'anneau est dès lors simplement maintenu fixe, le tube poussé douce-

ment dans l'intérieur des organes. Il glisse ainsi sur le ressort qui lui sert de conducteur et arrive à toucher le bec du crochet.

4^e Temps. Saisie de l'anneau et abaissement de la ficelle-scie. — Lorsque le crochet est mis en place, on va avec un doigt à la recherche de l'anneau après avoir desserré la vis de fixation (fig. 562). Si le cou du fœtus est très élevé, il est utile au préalable de faire glisser un peu le ressort de manière à rendre l'anneau plus accessible au doigt. Lorsque l'anneau est saisi, on exerce sur lui des tractions de manière à l'amener à la vulve et

à faire cheminer ainsi le ressort métallique dans la rainure du crochet (fig. 563).

3^e Temps. Introduction du tube protecteur. — Lorsque l'anneau est à la vulve, l'opérateur, ayant saisi le tube protecteur, engage dans son extrémité la partie étroite du ressort (fig. 564).

L'anneau est dès lors simplement maintenu fixe, le tube poussé douce-

ment dans l'intérieur des organes. Il glisse ainsi sur le ressort qui lui sert de conducteur et arrive à toucher le bec du crochet.

4^e Temps. Articulation. — Quand l'anneau a dépassé l'extrémité inférieure de la poignée du protecteur, le pivot est engagé dans la mortaise, les parties rectilignes du crochet et du tube rapprochées jusqu'au parallélisme et le pivot serré à fond. On achève de dégager entièrement le ressort et un coup de ciseaux le sépare de la ficelle-scie.

5^e Temps. Décolation. — L'instrument étant maintenu par un aide, l'accoucheur saisit chacun des chefs de la ficelle-scie d'une main et lui imprime de rapides mouvements de va-et-vient. En quelques secondes, la section du cou est terminée. On retire l'instrument sans le désarticuler.

Quand on se sert de cet instrument, il faut le faire maintenir solidement par un aide; il faut soi-même, en imprimant à la ficelle les mouvements de va-et-vient, faire grande attention à ce que celle-ci ne quitte à aucun moment les tubes protecteurs. Autrement elle viendrait léser le vagin et l'utérus. Cet instrument, bien manié, ne peut blesser ni la parturiente ni l'accoucheur. On est certain de terminer la décolation, quand la ficelle-scie est parvenue à entourer le cou du fœtus. La seule difficulté réside dans l'application du crochet. Elle est d'ailleurs la même pour tous les crochets. Cependant Ribemont-Dessaignes qui a employé cet embryotome 20 fois sur la femme vivante, n'a jamais échoué.

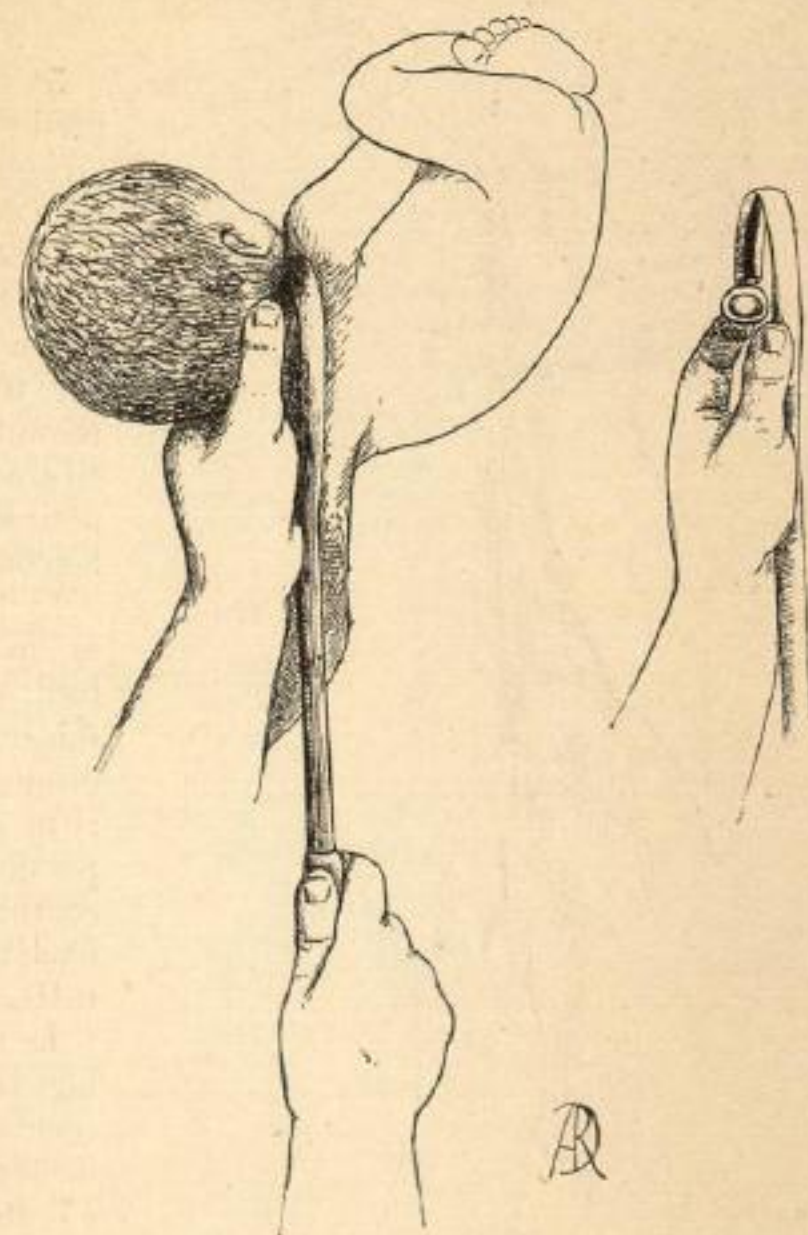


Fig. 562. — Deuxième temps de l'embryotomie.

Le crochet tenu de la main droite a été tourné de manière à s'appliquer sur le cou du fœtus : la main gauche qui est restée en place, atteint avec l'index l'anneau de la ficelle-scie, comme on peut le voir sur le petit dessin qui se trouve à droite de la figure.

Quand le cou est très élevé, quand il est inaccessible, il faut recourir à l'appareil suivant imaginé par Tarnier et qui permet toujours, quelles que soient les difficultés, de mener à bien l'embryotomie.

5° *Embryotome de Tarnier*. — L'embryotome rachidien (fig. 565) se compose de trois parties :

1° Crochet ;

2° Couteau ;

3° Protecteur. A ces trois parties il faut ajouter un écrou à ressort qui n'est qu'une anexe du crochet.

Le crochet A se compose d'une tige d'acier arrondie qui s'encastre en bas dans un manche transversal. Cette tige, recourbée assez brusquement en crochet à son extrémité supérieure, se termine par un bouton.

La tige, plus grosse dans sa moitié inférieure qu'en haut, est creusée dans toute son étendue d'un canal cylindrique qui s'ouvre à l'extérieur sur toute sa longueur par une rainure. La partie recourbée du crochet est canaliculée comme une sonde cannelée.

Le manche de l'instrument loge la tige du crochet et présente une échancrure au niveau de laquelle la rainure s'ouvre à l'extérieur.

Au-dessous du manche, la tige du crochet se prolonge sur une longueur de 5 centimètres ; cette partie de la tige porte un écrou à ressort E qui sert à fixer ou à rendre libre la lame du couteau.

Le couteau C est une véritable guillotine : il est triangulaire, coupe suivant l'un des côtés du triangle qui a une direction oblique et agit, non pas en comprimant, mais bien en glissant sur le fœtus qu'il attaque tangentiellement. Ce fait a la plus grande importance : à lui seul, il rend l'embryotome Tarnier supérieur à ceux



Fig. 565. — Deuxième temps de l'embryotomie.

L'index de la main gauche ayant saisi l'anneau, entraîne le conducteur de la ficelle-scie, que l'on voit pénétrer au niveau du manche du crochet sous la main droite.

qui ont été imaginés avant lui. Le côté tranchant du couteau est destiné à se loger, quand l'instrument est fermé, dans la partie recourbée du crochet à laquelle il s'adapte exactement.

Le protecteur B est une lame quadrangulaire dont la forme et les dimensions rappellent à peu de chose près la forme et les dimensions du couteau. Toutefois, au lieu d'être terminé par un angle saillant, il présente un bord qui est plus horizontal que le bord correspondant du couteau qu'il dépasse en dehors de 15 millimètres et qu'il protège très efficacement.

En raison de sa forme, le protecteur n'abandonne le couteau qu'au fur et à mesure que le bord tranchant de celui-ci pénètre dans les parties fœtales.

Le maniement de l'embryotome rachidien est aisé pour ceux qui ont eu soin d'étudier le fonctionnement très simple de ses diverses parties : cet instrument est d'une grande solidité et ne présente aucun danger ni pour la femme ni pour l'accoucheur.

Avant de se servir de l'instrument, on le rend aseptique : puis l'écrou-ressort est introduit dans le crochet, le protecteur est fixé au couteau ; les deux moitiés de l'instrument sont plongées dans la solution phéniquée où elles doivent séjourner jusqu'au moment de l'opération.

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire ne diffère guère suivant qu'on pratique la section du cou (embryotomie cervicale), ou la section du tronc (embryotomie thoraco-abdominale).



Fig. 564. — Troisième temps de l'embryotomie.

Le manche du crochet a été confié à un aide qui le tient solidement de la main droite en tirant de haut en bas. L'opérateur tient l'autre branche de l'embryotome de la main droite et le pousse de bas en haut en le guidant sur le ruban métallique qui attire la ficelle-scie.

L'embryotomie cervicale comprend plusieurs temps : 1° introduction de la main ; 2° introduction et placement du crochet ; 3° introduction et fixation du couteau ; 4° section du cou ; 5° enlèvement de l'instrument et extraction du fœtus.

1° Introduction de la main. — Avec l'embryotome Tarnier, il n'est pas nécessaire d'introduire toujours la main gauche, comme lorsqu'on se

sert des ciseaux de Dubois ; il n'est même pas nécessaire de sentir avec le doigt le bouton du crochet.

On introduit donc, en avant du fœtus, entre lui et le pubis, la main homonyme au côté du bassin dans lequel la tête du fœtus est située, de telle sorte que l'index soit en contact avec la tête : donc la main gauche, quand on se trouve en présence d'une position gauche ; la main droite, quand la position est droite. La main est introduite entre le pubis et le fœtus, la paume regardant en arrière ; le pouce suit la main dans les parties génitales, si elle doit être poussée très profondément : sinon il reste dehors. Il est utile, pour faciliter l'introduction et éviter une extension trop prononcée de la main, de soulever aussi fortement que possible le siège de la femme.

2° Introduction et placement du crochet. —

La main introduite sert de guide pour appliquer le crochet. Supposons qu'il s'agisse d'une présentation de l'épaule droite en position gauche, dos en avant : les quatre doigts de la main gauche sont placés en avant du fœtus ; ils ont reconnu le sillon du cou qui est facile à sentir, au moins dans sa partie inférieure.

Le crochet est tenu de la main droite, à pleine main, la tige entre l'index et le médium : il est conduit verticalement sur la face palmaire de la main gauche, le bouton du crochet regardant à droite, du côté opposé à la tête du fœtus. Le crochet est dirigé directement en haut et un peu à gauche, toujours exactement appliqué contre le fœtus et la main. Il est ainsi introduit jusqu'à ce que l'opérateur sente une diminution ou une absence de résistance : c'est que le tronc est dépassé.

A ce moment le crochet est tourné sur son axe, de droite à gauche, de manière que son bouton, après avoir glissé sur le tronc du fœtus, vienne répondre en arrière au cou du fœtus ; on abaisse alors le crochet en le reportant un peu vers la gauche, le cou est embrassé par lui, et en tirant en bas sur le crochet, on s'assure que la prise est bonne.

3° Introduction et maniement du couteau. — Le crochet étant appliqué sur le cou, l'opérateur retire la main gauche, il saisit avec cette main le manche de l'instrument et le maintient fortement appliqué sur la partie fœtale sans jamais l'abandonner. Il confie à un aide le bras abaissé et l'engage à le porter du côté opposé à la tête, c'est-à-dire à droite.

Après avoir bien fixé le protecteur sur le couteau, l'opérateur prend de la



Fig. 365. — Embryotome rachidien de Tarnier.

main droite la poignée du couteau, introduit celui-ci dans le canal du crochet et le fait monter jusqu'à ce qu'il arrive à la vulve. Il confie alors à l'aide le manche du couteau, en lui demandant simplement de le pousser au commandement.

L'opérateur introduit alors sa main droite, devenue libre, dans les parties génitales, jusqu'au cou du fœtus ; écartant les parties maternelles, il empêche qu'elles soient refoulées par le protecteur. Il commande alors à l'aide de faire monter le couteau toujours muni de son protecteur, jusqu'à ce qu'il soit arrêté par la rencontre du fœtus. L'opérateur retire sa main des parties génitales, saisit la poignée du couteau, pousse de nouveau celui-ci contre le fœtus et abaisse la bascule. Le cou est saisi, bien saisi et il est seul saisi : impossible que pendant la section aucune partie maternelle s'interpose entre le cou de l'enfant et le couteau. On libère alors le protecteur.

4° Section du cou. — Tenant toujours solidement de la main gauche le manche du crochet, qu'il n'a pas quitté, l'opérateur fait tourner sur elle-même la poignée du couteau ; celui-ci monte et sectionne le cou, pendant que le protecteur, repoussé par les bords de la section, descend peu à peu en libérant une longueur de plus en plus grande de la lame tranchante. On tourne la poignée du couteau jusqu'à ce qu'on soit arrivé au bout de la vis : la section est alors terminée. Comme il arrive parfois qu'une portion de peau soit cachée entre le couteau et l'angle du crochet, il est bon, quand la vis a été serrée à fond, d'imprimer au manche de couteau deux ou trois demi-tours rapides en sens inverses : la section est alors complète.

5° Enlèvement de l'instrument. — Extraction du fœtus. — La décollation achevée, le crochet et le couteau sont enlevés ensemble. Il ne reste plus qu'à extraire les deux tronçons du corps du fœtus : des tractions sur le bras suffisent généralement à amener le tronc au dehors. Quant à la tête, on peut l'extraire soit en introduisant un doigt dans la bouche du fœtus, soit en faisant une application de forceps ou une basiotripsie.

Il est facile d'appliquer ces préceptes aux différentes présentations et positions de l'épaule ; dans des cas exceptionnels, il est nécessaire de glisser le crochet en arrière du fœtus ; on éprouve alors une certaine difficulté à donner au crochet une position suffisamment verticale. Si la tige de l'instrument n'est pas assez portée en arrière, le crochet ne saisit pas le cou à son bord supérieur, mais seulement à sa partie postérieure et inférieure et une faible portion seulement de son épaisseur se trouve sectionnée. C'est surtout dans les positions dorso-antérieures que ces difficultés se rencontrent. Ajoutons que la décollation avec l'embryotome Tarnier est possible alors même que le fœtus a commencé à exécuter le troisième temps de l'évolution spontanée.

Lorsqu'on ne peut atteindre la région cervicale, on va à la recherche d'un bras, on l'abaisse le plus possible dans le vagin. Si le cou reste inaccessible malgré ces tractions, on ampute le bras avec l'embryotome et on va de nouveau à la recherche du cou. Si l'on n'arrive pas encore au cou, on cherche à abaisser l'autre bras. Le cou est alors accessible et la difficulté est vaincue.

Si l'abaissement du bras est impossible, on opère la division du tronc

avec l'embryotome : le manuel opératoire ne présente rien de particulier, sauf qu'il faut habituellement pratiquer deux ou trois sections. L'embryotome Tarnier se montre ici surtout supérieur à tous les autres, parce que l'embryotomie thoraco-abdominale est toujours *possible, toujours facile, jamais dangereuse*.

II. — ÉVISCÉRATION

Il est un point de pratique assez délicat à préciser au point de vue de l'embryotomie. C'est de savoir quand il faut renoncer à cette opération et recourir à d'autres opérations moins bien réglées, telles que l'*éviscération*.

La conduite à tenir dépend de l'engagement plus ou moins accusé du fœtus. Il faut bien dire que ces cas, dans lesquels il est impossible d'atteindre le cou du fœtus, deviennent de plus en plus rares. En effet, on laisse moins longtemps que jadis sans secours les femmes ayant une présentation de l'épaule, et le chloroforme permet aux opérateurs actuels d'intervenir avec succès dans des cas où leurs aînés ne pouvaient terminer l'accouchement qu'en mutilant le fœtus au hasard des ciseaux.

Lorsqu'on en est réduit à cette répugnante opération de l'*éviscération*, on fait sur la partie accessible du fœtus (généralement sur l'abdomen) une incision qui permet d'y pénétrer avec les doigts et d'arracher un à un les viscères abdominaux; la brèche ainsi produite facilite le passage d'un instrument destiné à sectionner la colonne vertébrale; on peut faire ensuite une *évolution forcée*. A défaut d'un instrument, la main peut être introduite de manière à saisir les pieds et à faire subir au fœtus une *version forcée*.

DIXIÈME PARTIE

PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ

Le nouveau-né peut présenter à sa naissance des malformations (*bec-de-lièvre, imperforation du rectum, etc.*) dont les unes, grâce à un traitement approprié, sont jusqu'à un certain point compatibles avec l'existence, dont les autres entraînent la mort en quelques heures ou en quelques jours. Nous ne pouvons que renvoyer aux Traités de pathologie infantile ou de pathologie externe pour la description de ces différentes malformations.

Les affections dont peut être atteint le nouveau-né sont multiples; la bactériologie a permis de rattacher à leur véritable cause, c'est-à-dire à une infection plus ou moins microbienne, un certain nombre d'accidents plus ou moins graves qu'on observe chez le nouveau-né peu de temps après sa naissance. Rudolph Fischl (de Prague) a présenté¹ un tableau d'ensemble des *infections septiques du fœtus, du nouveau-né* et du nourrisson que nous allons brièvement résumer. Ces infections n'ont pas toujours leur point de départ après la naissance; elles peuvent avoir commencé *in utero* à la fin de la grossesse, ainsi qu'on le voit lorsque la mère est atteinte de pneumonie ou de streptococcie; elles peuvent s'être produites au cours du travail, en particulier lorsque, les membranes étant rompues prématurément, le fœtus vient à rendre son méconium.

Après avoir étudié d'une manière générale ces infections, nous verrons avec quelques détails les plus fréquentes d'entre elles : 1° *les ophtalmies et surtout l'ophtalmie purulente des nouveau-nés*; 2° *les infections ombilicales*; 3° *l'érysipèle des nouveau-nés*; 4° *les hémorragies des nouveau-nés*; 5° *le muguet*. Le *sclérème* et les *ictères*, que nous décrirons ensuite, pourraient, jusqu'à un certain point, être rattachés aux infections qui interviennent souvent secondairement d'une manière dangereuse.

Dans un dernier chapitre, sera faite l'étude de diverses lésions *habituellement traumatiques*, telles que les *paralysies obstétricales*, les *hématomes du sterno-mastoïdien*, les *fractures des membres* et du crâne.

¹ *Traité des maladies de l'enfance*, p. 454, t. 1.