

droite. Cette branche introduite à droite, au-dessus de la branche droite, est ramenée en avant par un mouvement de spirè.

Articulation après décroisement.

Extraction. Règles analogues à celles qui ont été données pour les S. I. d. p.

CHAPITRE IV

CURAGE DE L'UTÉRUS

Le curage de l'utérus puerpéral doit se pratiquer avec une curette demi-mousse du modèle Récamier-Pozzi.

L'**anesthésie**, qui n'est point indispensable, est employée avec avantage.

Les instruments nécessaires sont en outre une valve de Sims ou un spéculum ordinaire, une pince fixatrice de l'utérus, un laveur muni d'une sonde intra-utérine ou d'une simple canule en verre à un seul orifice (v. p. 88).

Manuel opératoire. — La femme est mise dans la position obstétricale, la vulve largement ouverte par la valve. La vessie est vidée par un aide si possible.

L'opérateur possède à sa portée et à droite la curette qui, préalablement flambée, puis trempée dans une dissolution d'éther iodoformé, repose dans un plat rempli d'eau phéniquée avec la pince; tout à côté se trouve un verre plein d'eau antiseptique; le laveur doit être à portée.

On fixe l'utérus en pinçant la lèvre postérieure du col, sans l'attirer, on mesure la cavité à l'hystéromètre et on fait un lavage soigné du vagin. Puis, tandis que la main gauche maintient la pince, on prend la curette à pleine main, on l'introduit dans l'utérus et on commence par *raser* les parois utérines qu'on suit en contournant la cavité; on doit agir avec le bord de la cuiller parallèlement au plan de la paroi utérine, qu'on ne cherche pas à entamer, et jamais à coup de pointe: on doit curer, non racler l'utérus et le labourer en le sillonnant de haut en bas. En opérant de la sorte, on court infiniment moins de risque de le perforer.

Dès qu'on a nettoyé une certaine zone, on retire la curette qui est pleine de débris et de sang et on l'en débarasse dans le verre rempli d'eau antiseptique. Quand l'utérus est très sale, les premières introductions de la curette doivent se contenter de ramasser ces débris, et il faut fréquemment répéter ces introductions et ces nettoyages de raclures. On peut, entre temps, faire un lavage de déter-sion. On ne cessera l'opération que lorsque la curette promenée partout ne ramènera plus que du sang.

On fait alors une large injection d'eau bouillie pour enlever les caillots et les derniers détritrus, puis une courte injection chaude, d'une solution faible de bichlorure.

CHAPITRE V

MUTILATION DU FŒTUS

Nous avons, dans les différents chapitres de dystocie, donné les cas où l'on est obligé de recourir à la mutilation du fœtus pour terminer l'accouchement (bassin rétréci, tête trop volumineuse, présentation négligée de l'épaule, etc.).

Ces opérations ne doivent être pratiquées que sur l'**enfant mort** (1). Leurs indications, par suite des progrès de l'obstétrique, deviennent de plus en plus rares.

Les opérations de mutilation fœtale ont pour but :

1° La réduction de la tête fœtale : **craniotomie, céphalotripsie** ;

2° La section d'une partie fœtale : **embryotomie**.

I. — CRANIOTOMIE ET CÉPHALOTRIPSIE

Ces opérations se pratiquent lorsque la tête est beau-

(1) On a beaucoup autrefois et il n'y a pas si longtemps encore, discuté sur l'intervention lors d'enfant vivant, particulièrement dans les cas d'embryotomie Potocki et nous-même (A. Pozzi, *Nord-Est méd.*, 1890) avons soutenu sa légitimité possible; aujourd'hui, nous croyons que pareille détermination doit être proscrite.

coup trop grosse pour franchir la filière pelvienne. De ces deux opérations, la meilleure parce qu'elle est la plus complète est la basiotripsie, mais elle n'est pas toujours possible.

Deux cas peuvent se présenter :

Le col n'est que partiellement dilaté : on pratique alors la *craniotomie*.

Craniotomie. — La craniotomie consiste à perforer le crâne du fœtus et à en extraire le contenu cérébral.

Instruments. — Les instruments dits *perforateurs* sont nombreux. Nous citerons le craniotome de Blot, le craniotome de Lucas Championnière (fig. 117), le perforateur de l'instrument de Tarnier (fig. 118) et en cas de nécessité, de simples longs et forts ciseaux. L'instrument de choix est celui de Tarnier.

Manuel opératoire. Temps préliminaire.

— Un aide fixe à deux mains la tête.

Premier temps. — La main gauche glisse le plus haut possible, embrasse le crâne dans sa paume autant que faire se peut. On glisse l'instrument sur l'avant-bras et jusque dans la paume de la main.

Deuxième temps. — Où faut-il perforer ? Sur l'os qu'on rencontre. Eviter les sutures et les fontanelles, chemin facile, mais qui se referme sous la compression éprouvée par la tête qui descend.

L'instrument piqué perpendiculairement à la surface de l'os amorce son trou; puis on imprime au manche un mouvement de vrille; on pénètre dans le crâne et on va jusqu'à la rencontre de la base.

Il faut veiller à ce que l'instrument ne glisse pas, et n'aille pas blesser les parties maternelles.

Une cause d'erreur consiste à prendre pour la tête une bosse sanguine, qu'on perce de part en part, opération



Fig. 116.
Craniotome de Blot.

inutile et de plus dangereuse, car on risque d'atteindre les régions voisines.

Quand on pénètre dans le crâne, il s'écoule souvent une assez grande quantité de sang noir; c'est du sang provenant des sinus, et dont l'écoulement ne doit nullement effrayer.

La perforation faite, on introduit dans l'orifice une sonde en lance, et on projette dans la boîte crânienne un jet vigoureux d'eau boriquée qui chasse la matière cérébrale.

Lavage du vagin — compresse vulvaire.

Puis on attend que sous les contractions la tête se réduise et passe. Mais l'on est parfois obligé d'intervenir activement et de terminer l'extraction au forceps.

Cette double opération se fait en même temps dans la *Basiotripsie*.

Basiotripsie. — Quand l'orifice est suffisamment dilaté,



Fig. 117. — Craniotome de Lucas-Championnière.

l'opération de choix est la basiotripsie; elle se pratique avec l'instrument de Tarnier ou basiotribe, sorte de forceps réducteur, auquel est adapté un perforateur.

Il se compose de deux branches-cuillères de longueur inégale, la droite dépassant la gauche: entre les deux se trouve encadré le perforateur. Ces branches sont articulées de la façon suivante: les deux branches du forceps s'articulent entre elles, et le perforateur s'articule avec la branche gauche. La branche gauche est, de plus, munie d'une vis de pression. Les trois branches sont désarticulées et isolées.

Temps préliminaire. — Un aide maintient la tête.

Premier temps. — On introduit la main gauche-guide, puis on introduit le perforateur de la main droite, jusqu'à ce que la pointe se fiche dans la base du crâne, on s'arrête alors et on fait tenir l'instrument.

Deuxième temps. — Il se divise en deux temps secondaires.

1° On introduit la branche gauche (courte branche), suivant les règles du forceps; puis on l'articule au perforateur, et à l'aide de la vis de pression, on rapproche avec

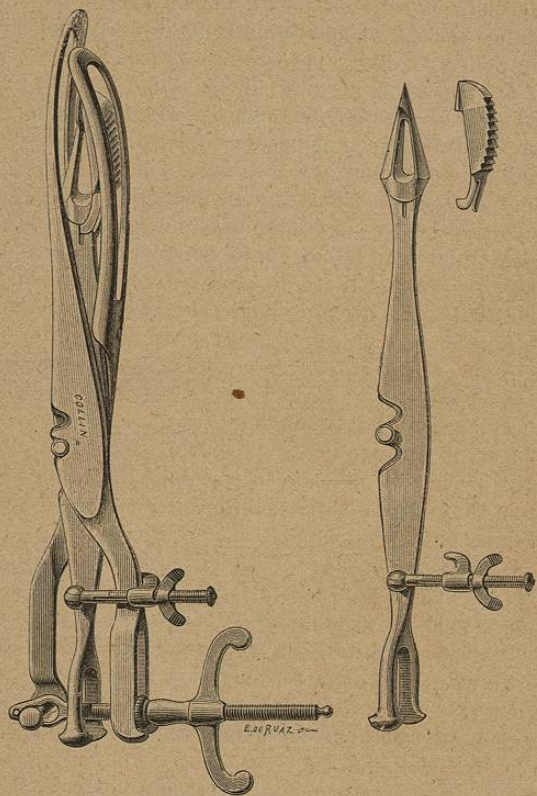


Fig. 118. — Basiotribe de Tarnier (nouveau modèle).

puissance la cuillère du forceps de la tige immobile du perforateur, broyant dans ce véritable étau la portion du crâne comprise entre les deux tiges d'acier qui arrivent au contact l'une de l'autre : on immobilise les deux tiges

à l'aide d'un crochet d'arrêt. C'est le *petit broiement*.

2° On introduit alors la branche droite (longue branche), suivant les règles du forceps; on l'articule avec la branche gauche, puis on joint les deux branches avec la vis de pression qu'on serre *lentement*, écrasant la tête jusqu'à ce que les branches soient rapprochées au maximum. C'est le *grand broiement*.

3° temps. — La tête foetale ainsi broyée est *aplatie en galette* et présente ses plus grandes dimensions dans le sens antéro-postérieur.

Dans l'*extraction* il faudra donc placer la galette céphalique suivant les grands diamètres pelviens. Au-dessus ou au niveau du détroit supérieur on la renversera *de plat* pour la placer suivant les diamètres transverses; arrivé au niveau du défilé inférieur on la retourne *de champ*: ces mouvements sont exécutés en sens inverse par la béquille du perforateur qui forme ainsi une véritable aiguille indicatrice.

Remarques. — 1° Le perforateur doit être placé suivant le plan des grands diamètres de la tête, sans cela on s'expose à un broiement partiel et incomplet.

2° La prise qui permet le meilleur broiement est la prise suivant les diamètres obliques : c'est celle qu'il faudra rechercher.

II. — EMBRYOTOMIE

C'est la section du fœtus.

C'est une opération qui disparaîtra ou deviendra très rare. En effet, d'une part l'indication principale de l'embryotomie, la présentation négligée de l'épaulé doit devenir exceptionnelle, soit par correction de la présentation, pendant la grossesse, soit par une intervention opportune au moment de l'accouchement (version externe, version interne, version mixte), et même alors si l'enfant est encore vivant et suffisamment vigoureux, la section abdominale lui sera préférée.

L'embryotomie porte dans l'immense majorité des cas sur le cou : c'est une *décollation*.

Exceptionnellement on a fait passer la section plus bas :

embryotomie thoracique; nous mentionnerons enfin l'*embryotomie rachidienne* ou *embryotomie partielle* qui consiste à sectionner la colonne vertébrale pour permettre de plier le tronc.

Le manuel opératoire de ces différents modes d'embryotomie se déduit directement de celui de la décollation que nous allons décrire :

Procédés opératoires. — Nous en citerons trois :

Procédé de Dubois (ou des ciseaux);
Procédé de Tarnier (de l'embryotome);
Procédé de Pajot (de la ficelle).

Procédé de Dubois. — C'est le plus simple; on se sert pour cela de longs ciseaux à lames épaisses courbés légèrement sur le plat.

1^{er} temps. — On fixe le fœtus, si cela est possible, à l'aide d'un lacs passé autour du bras.

On introduit la main gauche; on arrive sur le cou du fœtus qu'on embrasse dans la paume de la main en fourche, c'est-à-dire les quatre derniers doigts au-dessous et en arrière et le pouce en avant; du bout des quatre premiers doigts on maintient et abaisse le cou. Si cette manœuvre était très pénible, à l'aide d'un crochet mousse (celui du forceps Pajot, par exemple) on embrasse et abaisse le cou qu'un aide maintient.



Fig. 119.
Ciseaux de Dubois
modifiés par Pinard.

2^e temps. — On glisse les ciseaux le long du bras et de la main: l'opération va se faire dans le creux de la main de l'opérateur, et on coupe par tout petits coups en protégeant les parties maternelles.

Il faut surtout se méfier de blesser la mère quand on arrive vers la fin de la section.

Dans ce procédé, l'opérateur peut assez facilement se

blesser lui-même: c'est le plus grand reproche qu'on puisse faire à ce procédé simple.

Procédé Tarnier. — Il est excellent, mais nécessite une instrumentation un peu compliquée.

L'*embryotome* de Tarnier (fig. 120) se compose d'un crochet creusé dans toute sa longueur d'une gouttière dans laquelle glisse une tige terminée par un couperet dont le tranchant est recouvert à l'état de repos d'un capuchon protecteur. Cette lame est mise en mouvement, rapprochée du crochet fixe à l'aide d'un écrou: en somme c'est une véritable guillotine. Les deux pièces qu'on peut désarticuler, sont introduites séparément.

1^{er} temps. — Introduction de la main gauche-guide, placement du crochet sur le cou.

2^e temps. — La lame munie de son capuchon est introduite dans la glissière jusqu'à ce qu'on sente le cou. Alors on abaisse le capuchon, on met la lame au clair, on serre la vis et on sectionne aisément le cou, sans danger pour la mère.

Procédé de Pajot ou procédé de la Ficelle. — Le principe est celui-ci: on passe une ficelle par-dessus le cou et par un mouvement de va-et-vient on sectionne le cou. La difficulté est de passer la ficelle; Pajot a pour faciliter ce passage inventé un instrument particulier dont la figure explique bien le mécanisme. On peut, en cas de nécessité fabriquer séance tenante un instrument analogue avec un fil de fer un peu fort recourbé en crochet et dont l'extrémité a été arrondie en œillet. Dans cet œillet on passe une ficelle de fouet bise (non blanchie) terminée par une balle de plomb tandis que le long chef est enroulé sur la longue tige.

1^{er} temps. — On passe le crochet.

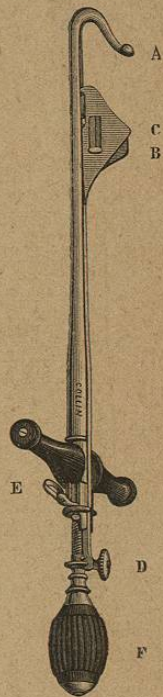


Fig. 120.
Embryotome de
Tarnier.

2^e temps. — On détache la ficelle, la balle de plomb l'entraîne, elle passe de l'autre côté du cou, qui est ainsi embrassé dans le fil coupant.

On saisit les deux chefs et on scie par un mouvement de va-et-vient. Quand on arrive sur la colonne vertébrale, il faut : 1^o mettre en contact avec celle-ci une portion de ficelle, qui n'ait point encore servi à scier, et 2^o avant de recommencer à scier il faut tirer lentement et fortement en bas pour luxer la colonne vertébrale (Pajot).

Après la **décollation**. — Quel que soit le procédé employé, on accroche le maxillaire avec deux doigts intro-

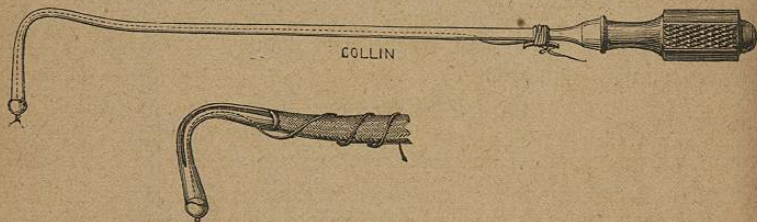


Fig. 121. — Décollation par le procédé de la ficelle (procédé de Pajot).

duits dans la bouche et on tire; on peut même être obligé d'appliquer le forceps. Il faut veiller aux éraflures du vagin par la vertèbre sectionnée. Le tronc vient en général facilement en tirant sur un des petits membres, ordinairement un bras. Délivrance artificielle, grands lavages utéro-vaginaux.

CHAPITRE VI

EXTRACTION DU FŒTUS PAR AGRANDISSEMENT DU BASSIN

§ I. — SYMPHYSEOTOMIE

La *Symphyséotomie* est une opération qui a pour but d'agrandir momentanément l'aire utile du détroit supérieur, en écartant après section de la symphyse pubienne, chacune des deux moitiés du bassin mobilisées autour de leur articulation sacro-iliaque.

La symphyséotomie fut préconisée par Sigault, d'Angers, 1768. Simple étudiant en médecine, il présenta sur ce sujet un Mémoire à l'Académie de chirurgie qui repoussa cette opération. Cinq ans plus tard, il en fit le sujet de sa thèse inaugurale 1773 et, en 1777, il pratiqua sa première symphyséotomie qui réussit à merveille. Dès ce moment, l'opération eut une vogue extraordinaire et la Faculté de médecine, pour célébrer cet événement, fit frapper une médaille en l'honneur de son auteur. Sigault eut des partisans enthousiastes, mais aussi des détracteurs, et comme aujourd'hui, il y eut des camps adverses, les *césariens* et les *symphéens*. Puis, survinrent des revers, et l'opération tomba en France dans le discrédit et dans l'oubli.

En 1863, Morisani, de Naples, publiait un travail documenté pour réhabiliter la symphyséotomie; depuis cette époque, lui et ses élèves, et en particulier Spinelli, s'en firent les apôtres convaincus.

En décembre 1891, le professeur Pinard, s'appuyant sur les résultats des accoucheurs italiens, et sur les expériences de Farabeuf et Varnier, fit une leçon pour recommander hautement l'opération de Sigault; en avril 1892, il présentait à la Société d'obstétrique trois opérations de symphyséotomie.

Cette opération a pris le premier rang parmi les interventions obstétricales; elle tend à devenir de pratique courante. Elle repose :

1^o Sur la laxité relative des articulations sacro-iliaques permettant, la symphyse pubienne étant sectionnée, d'écartier sans grand dommage, et d'une façon notable, les deux moitiés du bassin ainsi disjoint;

2^o Sur l'agrandissement de l'aire du détroit supérieur, conséquence de cet écartement.

La largeur de l'écartement possible — l'agrandissement proportionnel au degré de la disposition pubienne — ont été soigneusement étudiés et mesurés par Farabeuf.

De leurs recherches, il résulte que :

A. Sur un bassin à articulations saines, l'on peut sans