

quelles elle a donné lieu, et la divergence des opinions d'accoucheurs également remarquables est une preuve de la difficulté du sujet. Cette observation s'applique naturellement aux vices de conformation légers, à ceux dans lesquels on n'a pas perdu l'espoir de sauver l'enfant. Lorsque le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne mesure que 6 centimètres et demi à 7 centimètres et demi, il est universellement admis que la destruction de l'enfant est inévitable, à moins que le bassin ne soit pas assez petit pour nécessiter l'opération césarienne. Mais, lorsqu'il a une longueur variant entre 7 centimètres et demi et la longueur normale, les mérites relatifs du forceps, de la version et du travail prématuré artificiel sont une source féconde de discussions. Certains accoucheurs vantent le forceps et n'admettent la version que lorsque l'instrument a échoué, et je dois dire que cette opinion a généralement cours en Angleterre. Plus récemment, des accoucheurs allemands de haute valeur, tels que Schröder et Spiegelberg, ont donné la première place à la version, et condamné le forceps dans les bassins viciés, ou tout au moins en ont restreint l'emploi à des limites très étroites. Et, chose plus étrange, nous avons vu dans ces temps-ci l'accouchement prématuré artificiel, que les accoucheurs anglais s'enorgueillissent d'avoir créé et vulgarisé, être complètement mis de côté et regardé comme funeste ou inutile dans les bassins viciés. Ce n'est pas une tâche facile de trouver une voie sûre au milieu de ce conflit d'opinions, et peut-être n'y parviendrons-nous bien qu'en considérant séparément les trois méthodes dans leurs rapports avec notre sujet, et discutant brièvement ce qui a été dit pour ou contre chacune d'elles.

Le forceps.

En Angleterre et en France, on admet à peu près généralement que, dans les rétrécissements légers, le meilleur moyen d'aider la femme est l'application du forceps. Je rappellerai que la manœuvre, dans de telles circonstances, est toujours beaucoup plus sérieuse que dans un accouchement simplement retardé par l'inertie utérine, alors qu'on opère dans un

bassin spacieux et qu'on trouve la tête dans l'excavation; il faut porter les cuillers très-haut, la tête étant souvent plus ou moins mobile au-dessus du détroit supérieur, et il est nécessaire de faire une traction beaucoup plus forte. Pour ces motifs, lorsqu'on soupçonne un vice de conformation du bassin, on ne doit pas s'aventurer à la légère ni à la hâte dans une opération avec les instruments. Et, heureusement, cela n'est pas toujours nécessaire; en effet, si les douleurs sont suffisamment énergiques, et si le rétrécissement n'est pas trop considérable pour empêcher tout à fait l'engagement de la tête, après un certain laps de temps elle se moulera sur le détroit supérieur, au point de franchir un obstacle même important. Donc, dans tous les cas, il est bon de ne pas se presser; et s'il n'existe aucun symptôme grave du côté de la mère, ni élévation de la température, ni sécheresse du vagin, rapidité du pouls, etc., et si les bruits du cœur fœtal continuent à être normaux, on peut laisser marcher le travail pendant quelques heures après la rupture des membranes, de façon à donner à la nature des chances de terminer l'accouchement. On n'interviendra artificiellement que si l'on n'espère plus un accouchement naturel.

Il faut laisser à la nature le temps d'agir.

Le forceps est généralement considéré comme applicable à tous les degrés de rétrécissement, depuis la grandeur normale et au-dessous jusqu'à un diamètre conjugué du détroit supérieur d'environ 8 centimètres. Il ne peut y avoir de doute que, dans ces cas, la traction avec le forceps nous permette d'effectuer l'accouchement et nous laisse quelque espoir de sauver l'enfant. Sur dix-sept observations rapportées par Stanesco, et dans lesquelles on appliqua le forceps au détroit supérieur, il naquit treize enfants vivants. Si l'on songe à la longueur du travail et à la compression longtemps continue que l'enfant est obligé de subir, on peut considérer ces résultats comme favorables.

Cas où le forceps est applicable.

Quelles sont les objections qui ont été faites au forceps? Elles viennent surtout de Schröder et des auteurs allemands. C'est la difficulté d'introduire l'instrument, le risque de blesser

Objections soulevées contre le forceps.

les organes de la mère, et la pensée que les lames, saisissant la tête par le front et l'occiput, diminueront par compression le diamètre longitudinal et augmenteront le diamètre transverse (qui est dans la partie rétrécie du bassin), de telle sorte que la tête deviendra plus volumineuse dans le sens où elle doit être aussi petite que possible. Sans aucun doute, ces auteurs exagèrent beaucoup la puissance compressive du forceps. Certainement, avec ceux dont nous nous servons généralement en Angleterre, ce léger désavantage est plus que contrebalancé par la traction sur la tête ; et le fait qu'on peut ainsi surmonter des rétrécissements légers, avec sécurité pour la mère et l'enfant, est surabondamment prouvé par les exemples nombreux dans lesquels on s'est servi du forceps.

Le forceps n'agit pas bien dans tous les cas.

Il est certain que le forceps n'agit pas également bien dans tous les cas. Lorsque la tête est libre au-dessus du détroit supérieur, lorsque le rétrécissement est surtout limité au diamètre antéro-postérieur et qu'il existe assez de place dans l'excavation pour que l'occiput puisse l'occuper après la version, alors, comme habituellement la fontanelle antérieure est basse, et la tête placée dans une direction très oblique, il est probable aussi que la version sera l'opération la plus facile et la plus sûre pour la mère. Mais, d'un autre côté, quand la tête est engagée au détroit supérieur et qu'elle y est plus ou moins moulée, il est évident qu'on ne pourrait faire la version qu'en la repoussant en haut, ce qui n'est ni facile ni sûr. Il est probable aussi que dans un bassin rétréci dans tous les sens, et non pas seulement suivant le diamètre conjugué, la tête s'engageant dans un état de flexion exagérée, et la fontanelle postérieure étant très basse, le forceps sera plus applicable que la version.

Avantages mécaniques de la version dans certains cas.

Sir James Simpson, mieux que personne, a signalé les cas spéciaux dans lesquels la version réussit et le forceps échoue, et ceux où l'on doit la choisir en première ligne. Bien que cette opération fût pratiquée par les anciens accoucheurs, c'est aux écrits de Simpson qu'elle doit sa vogue moderne et l'énonciation exacte de ses principes. Il a signalé que la tête de l'enfant a la

forme d'un cône, sa portion la plus étroite, la base du crâne (fig. 135, *b, b*), mesurant en moyenne de 12 à 18 millimètres de

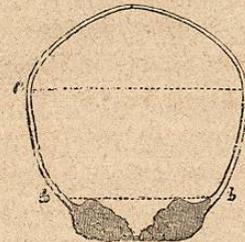


Fig. 135. — Coupe d'un crâne fœtal, montrant sa forme conique.

moins que la portion la plus large (fig. 135, *a, a*), c'est-à-dire le diamètre bipariétal. Dans les présentations ordinaires du sommet, cette dernière portion passe la première ; mais, si les pieds sont en bas, l'extrémité étroite du cône crânien est amenée d'abord en contact avec le détroit rétréci, et peut être plus facilement tirée que la base du cône ne peut être poussée à travers le détroit par les contractions utérines. Et ce n'est pas

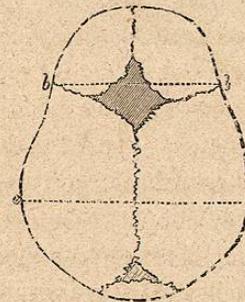


Fig. 136. — Figure indiquant la prédominance du diamètre bipariétal du crâne fœtal (d'après Simpson).

là le seul avantage, car, après la version, le diamètre bitemporal plus court (fig. 136, *b, b*), mesurant en moyenne 12 millimètres de moins que le bipariétal (fig. 136, *a, a*), s'engage dans le diamètre conjugué rétréci, tandis que le bipariétal plus long se trouve dans un espace relativement large sur les côtés du bassin (fig. 137). Ces considérations mécaniques sont faciles à comprendre et expliquent pleinement le succès qui a suivi souvent l'emploi de la version.

On admet généralement qu'il est possible, eu égard aux raisons que nous venons de mentionner, d'extraire un enfant vivant par la version lorsque le bassin est rétréci à un point qui n'eût pas permis le succès de l'opération avec le forceps. Bien des accoucheurs croient qu'on peut extraire un enfant vivant, par la version, dans un bassin qui n'aurait que 7 centimètres au diamètre conjugué. Barnes, au contraire, maintient que, bien qu'il soit possible d'entraîner une tête extraordinairement compressible à travers un bassin de 7 cen-

Limites de l'opération.

timètres 1/2, les chances d'avoir un enfant vivant dans ces conditions sont nécessairement très faibles, et on doit prendre, comme limites approximatives pour l'opération, de 8 centimètres à la grandeur normale.

Elle réussit souvent lorsque le forceps a échoué.

On peut, je crois, admettre que l'accouchement est souvent possible par la version, lorsque le forceps et les forces naturelles ont échoué, alors qu'il ne reste plus d'autre ressource que la mutilation de l'enfant; les accoucheurs en rapportent

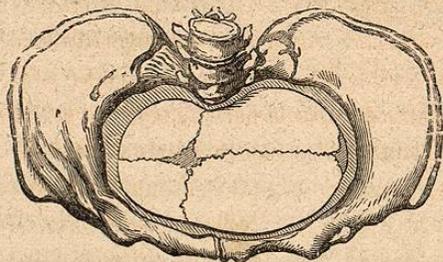


Fig. 137. — Dans certains cas de déformation le diamètre bipariétal se loge plus facilement dans l'un des côtés du bassin (d'après Simpson).

une foule d'exemples. Pour n'en nommer qu'un, le Dr Braxton Hicks<sup>1</sup> cite quatre observations dans lesquelles, le forceps ayant été appliqué sans succès, la version fut pratiquée, et on eut trois enfants vivants. Voilà donc trois enfants échappés à la mutilation, dans une courte période, et dans la pratique d'un seul homme. Ce fait suffit pour justifier l'emploi de la version lorsque les autres moyens ont échoué et que l'enfant est encore vivant. La perspective d'être obligé d'avoir recours à la craniotomie n'est point un argument contre la version; en effet, bien que la perforation soit certainement plus difficile lorsque la tête est en haut que lorsqu'elle se présente la première, ce n'est pas une raison suffisante pour négliger un procédé qui peut rendre cette perforation tout à fait inutile<sup>2</sup>.

1. *Guy's Hosp. Rep.*, 1870.

2. De grands progrès ont été faits sur ce sujet dans ces dernières années. Barnes a étudié le mouvement de révolution de la tête autour du promontoire. Goodell a insisté sur la pression qu'on peut exercer sur le crâne à travers la paroi abdominale. Budin a prouvé par ses expériences que la tête, pour s'engager dans les conditions les plus favorables, devait

La question la plus difficile à décider est celle de savoir si l'on choisira la version primitivement. Mon avis personnel est que, en général, on doit donner la préférence au forceps, excepté peut-être lorsque la tête refuse de s'engager au détroit supérieur, et qu'elle ne peut être assez immobilisée par la compression externe pour permettre l'application facile de l'instrument. Dans ces circonstances, je préfère décidément la version; elle est plus simple et plus sûre comme opération, et l'engagement de la tête au détroit supérieur rétréci peut être très facilité par une forte compression abdominale, ainsi que l'a démontré Goodell<sup>1</sup>.

On ne perdra pas de vue cet argument de Martin, de Berlin<sup>2</sup>, car il semble tout à fait en faveur de l'emploi du forceps. C'est que la compression peut être appliquée sans danger pendant plusieurs heures sur le vertex, mais qu'elle ne saurait l'être plus de cinq minutes sans devenir fatale lorsqu'elle s'exerce sur des points essentiels, vers la base du cerveau, comme après la version. Mais ce n'est pas là une raison qui puisse empêcher l'emploi de la version lorsque le forceps et les efforts naturels sont impuissants.

Cas où la craniotomie est indispensable.

Lorsque le rétrécissement ne comporte qu'un diamètre conjugué au-dessous de 7 centimètres 1/2, ou que le forceps et la version ont échoué, il ne reste plus de ressource que dans la mutilation du fœtus ou l'opération césarienne.

J'étudierai ici la provocation de l'accouchement prématuré,

Accouchement prématuré.

être fortement fléchie. Duncan a montré que le premier effet des tractions, lorsque la tête repose sur l'ouverture du bassin, est d'engager la partie qui est en rapport avec le promontoire; la partie postérieure de la base franchit la première le bassin. Enfin tout récemment, en mai 1879, M. Champetier de Ribes, résumant tous les travaux antérieurs, et portant plus loin encore que ses prédécesseurs l'étude expérimentale, a, dans un travail intitulé *Du passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur rétréci du bassin dans les présentations du siège*, montré de quelle manière la tête franchissait le détroit et comment il fallait procéder pour reproduire assez facilement le mécanisme complexe de sa sortie, c'est-à-dire sa flexion exagérée, son mouvement de révolution autour de l'angle sacro-vertébral et la pression sur la région frontale à travers la paroi abdominale.

1. *Amer. Journ. of obst.*, vol. VIII.

2. *Mon. f. Geburt*, 1867.

comme moyen d'éviter les dangers de l'accouchement à terme et de sauver la vie de l'enfant. La règle établie en Angleterre est que, dans tous les cas de vices de conformation du bassin dont on a reconnu l'existence, soit dans un accouchement antérieur, soit dans un examen approfondi du bassin, on doit provoquer le travail avant l'époque du terme, pour essayer de faire passer la tête plus petite et plus compressible d'un fœtus avant terme où celle d'un fœtus à terme ne passerait pas. Le gain est double; les risques de la mère sont diminués, les chances de vie pour l'enfant augmentées.

Objections récentes  
qui lui ont été faites.

Cette pratique est généralement considérée comme si conservatrice et si judicieuse, qu'il me paraîtrait absolument inutile de la défendre, si, dans ces derniers temps, quelques accoucheurs éminents n'avaient cherché à démontrer qu'il est préférable, dans l'intérêt de la mère, de laisser la grossesse aller jusqu'à terme. Ils croient que les risques pour l'enfant sont extrêmes dans l'accouchement prématuré artificiel, et qu'on doit abandonner complètement cette opération, excepté peut-être dans les cas de déformation absolue où la section césarienne pourra devenir nécessaire. Parmi ceux qui soutiennent cette opinion, je signalerai en première ligne Spiegelberg et Litzmann, appuyés, dans une certaine mesure, par Matthews Duncan. Spiegelberg<sup>1</sup> essaie de démontrer, par des observations de sources diverses, que les résultats du travail prématuré, dans les bassins viciés, sont beaucoup plus défavorables que lorsqu'on laisse agir la nature; selon lui, dans ce dernier cas, la mortalité des mères est de 6,6 pour 100 et celle des enfants de 28,7 pour 100, tandis que dans le premier elle est de 15 pour 100 chez la mère et de 66,9 pour 100 chez l'enfant. Litzmann<sup>2</sup> arrive à peu près aux mêmes conclusions, savoir: mortalité de 6,9 pour 100 chez les mères et 20,3 pour 100 chez les enfants, dans l'accouchement à terme, et 14,7 pour 100 chez les mères et 55,8 pour 100 chez les enfants, dans le travail prématuré artificiel.

1. *Arch. f. Gyn.*, Bd. I. S. 1.

2. *Ib.*, Bd. II. S. 169.

Si ces statistiques étaient exactes, bien qu'elles indiquent des risques assez sérieux pour la mère, elles donneraient une grande force aux arguments de ceux qui préfèrent courir la chance d'un accouchement à terme. Mais il est fort douteux qu'on puisse les accepter telles quelles, et les considérer comme tranchant la question. On a maintes et maintes fois reconnu les erreurs d'une masse d'observations hétérogènes, rassemblées pêle-mêle sans examen soigneux de leur histoire; et il serait assez facile de leur opposer une longue liste de faits dans lesquels la mortalité des mères est presque nulle. Churchill donne, dans ses ouvrages, les résultats de la pratique de plusieurs accoucheurs éminents, et nous y trouvons, par exemple, que sur 46 cas Merriman n'en eut pas un seul de mortel. La même bonne fortune favorisa Ramsbotham dans 62 cas. Il en conclut « que, certes, il y a des risques pour la mère, mais pas plus que dans un accouchement prématuré accidentel; » et cette conclusion, en ce qui concerne la mère, est conforme aux résultats obtenus, depuis déjà longtemps, par la majorité des accoucheurs anglais, qui sans aucun doute ont une plus grande pratique de l'opération que leurs confrères des autres pays. En ce qui concerne l'enfant, les statistiques allemandes, même tenues pour exactes, ne sauraient être acceptées comme une contre-indication à l'opération, faite dans le but d'éviter à la mère les risques très sérieux d'un accouchement à terme, et, dans quelques cas, de laisser au moins une chance à l'enfant, dont la vie serait, sans elle, sacrifiée avec certitude. D'ailleurs le résultat de l'opération dépend beaucoup de la méthode qu'on adopte, et on en voit recommander quelques-unes qui ne sont pas exemptes de dangers à la fois pour la mère et pour l'enfant. Je crois qu'on peut admettre, avec Duncan<sup>1</sup>, que l'opération a été entreprise plus souvent qu'elle n'était absolument nécessaire, et que les rétrécissements pelviens atteignent plus rarement qu'on ne l'a supposé un degré extrême. C'est là une raison

1. *Edin. med. Journ.* July, 1873, p. 339.

G. et hu

qui doit nous engager à faire un diagnostic soigneux et approfondi, mais on ne saurait rejeter une opération qui est depuis si longtemps considérée comme une ressource précieuse.

Époque à laquelle on doit provoquer le travail.

Lorsqu'on s'est décidé en faveur de l'accouchement prématuré, l'époque précise à laquelle on doit le provoquer ne laisse pas que d'être une question très anxieuse, car, plus on attend, naturellement plus il reste de chances à l'enfant. On a construit, pour nous guider dans cette voie, un certain nombre de tables; mais elles ne sont pas, en somme, aussi utiles qu'on pourrait le supposer, parce qu'il est très difficile de déterminer avec exactitude le degré du rétrécissement. La suivante, due à Scanzoni, pourra nous rendre quelques services :

Lorsque le diamètre sacro-pubien a :

De 62 à 64 millimètres,	provoquer le travail à la	30 <sup>e</sup> semaine.
65 à 67	—	31 <sup>e</sup> —
68 à 71	—	32 <sup>e</sup> —
72 à 75	—	33 <sup>e</sup> —
76	—	33 <sup>e</sup> —
78 à 80	—	34 <sup>e</sup> —
82 à 85	—	35 <sup>e</sup> —
86 à 88	—	36 <sup>e</sup> —

Dans les rétrécissements modérés, lorsque les douleurs du travail ont été provoquées, la marche de l'accouchement peut être abandonnée à la nature; mais, dans les formes plus prononcées, au-dessous de 7 centimètres 1/2 par exemple, il est souvent nécessaire de faciliter l'accouchement par la version ou le forceps, et la version est surtout applicable à ce cas, à cause de l'extrême souplesse de la tête et de la facilité avec laquelle on peut l'entraîner à travers le détroit supérieur. La combinaison des deux procédés permet très bien, ainsi que l'a démontré Barnes, de sauver la vie de l'enfant, même dans un bassin considérablement rétréci.

Provocation de l'avortement dans les rétrécissements extrêmes.

Lorsque le rétrécissement est assez marqué pour nécessiter l'accomplissement du travail avant le sixième mois, c'est-à-dire avant que l'enfant ne soit viable, il vaudra mieux provoquer l'avortement de bonne heure. L'opération est alors indiquée, non en vue de l'enfant, mais pour éviter à la mère les risques graves qu'elle pourrait courir plus tard. On agit, dans ce cas,

aussitôt que la grossesse est reconnue. Il ne servirait de rien d'attendre que le développement de l'enfant ait acquis un certain degré; plus il est petit, moins la mère aura à souffrir et à craindre. Il n'y a aucun vice de conformation, aussi grand soit-il, qui puisse empêcher la réussite de l'avortement par un des nombreux moyens que nous avons à notre disposition; et en dépit des objections du Dr Radford, qui soutient qu'un accoucheur n'a pas le droit de sacrifier la vie de plusieurs enfants, lorsque la mère sait qu'elle ne peut pas donner naissance à un rejeton viable, il est peu de praticiens qui ne considéreront comme un devoir d'épargner à la mère les terribles dangers de l'opération césarienne.