

CHAPITRE V

OPÉRATIONS QUI AMÈNENT LA DESTRUCTION DU FŒTUS

Ces opérations sont fort anciennes.

Les opérations qui amènent la destruction et la mutilation de l'enfant sont au nombre des premières qui aient été pratiquées par les accoucheurs. La craniotomie était évidemment connue du temps d'Hippocrate, car il mentionne un mode d'extraction de la tête au moyen du crochet. Celse décrit une opération semblable, et il connaissait la manière d'extraire un fœtus dans les présentations transversales par la décollation; les mêmes procédés ont été employés et décrits par Aétius et d'autres auteurs anciens. Les médecins de l'École arabe non seulement se servaient de perforateurs pour ouvrir la tête, mais connaissaient des instruments pour la comprimer et l'extraire.

Objections religieuses à la craniotomie.

Jusqu'à la fin du dix-septième siècle, ces opérations n'étaient pas considérées comme pouvant être justifiées tant que l'enfant vivait, et c'est alors qu'on discuta s'il n'était pas permis de sacrifier la vie de l'enfant pour sauver celle de la mère. La Faculté de théologie de Paris prononça souverainement que la destruction de l'enfant, dans quelque cas que ce fût, était un péché mortel. « Si l'on ne peut tirer l'enfant sans le tuer, on ne peut sans péché mortel le tirer. » Cet arrêt de l'Église romaine eut une influence considérable sur la pratique des accouchements dans le Continent, et plus spécialement en France, où, presque jusqu'à nos jours, les principaux accou-

OPÉRATIONS QUI AMÈNENT LA DESTRUCTION DU FŒTUS 675

cheurs ne considèrent la craniotomie comme justifiable que lorsque la mort du fœtus avait été positivement reconnue. Et même aujourd'hui il ne manque pas d'accoucheurs qui conseillent d'attendre la mort de l'enfant, pour ne pas détruire un enfant vivant : sentiments louables, mais pratique absolument illogique, qui tranquillise la conscience de l'opérateur, mais augmente dans une large mesure les risques de la mère. En Angleterre, la vie de l'enfant a toujours été moins considérée que celle de la mère, et on admet que, dans tous les cas où l'extraction d'un fœtus vivant est matériellement impossible, sa mutilation est parfaitement justifiée.

Toutefois, j'ajouterai que la fréquence avec laquelle la craniotomie a été pratiquée dans notre pays est une tache pour l'obstétrique anglaise. Pendant la direction du Dr Labbat, à Rotunda Hospital, le forceps ne fut pas appliqué une seule fois sur 21,867 accouchements. Même du temps de Clarke et de Collins, alors que la craniotomie était beaucoup moins fréquente, elle était pratiquée trois ou quatre fois plus souvent que l'application du forceps. Ces détails font pressentir une destruction d'enfants à laquelle nous ne pouvons penser sans un frisson, et qui, je le crains bien, justifie les reproches que nos confrères du Continent ont adressés à notre pratique. Heureusement, les médecins ont complètement reconnu le devoir sacré de sauver la vie de l'enfant, toutes les fois qu'il est possible de le faire; et on peut dire, à juste titre, que les accoucheurs anglais comprennent maintenant, tout aussi bien que ceux des autres nations, l'impérieuse nécessité de faire toutes les tentatives possibles pour éviter la mutilation du fœtus.

L'opération que nous étudions peut être nécessaire :

1° Lorsqu'il faut perforer simplement la tête, ou la broyer ensuite plus complètement et l'extraire; cette opération a reçu des dénominations diverses, mais on l'appelle généralement en Angleterre la *craniotomie*, et elle peut être suivie ou non d'une diminution du tronc.

2° Lorsque le bras se présente et que la version est impos-

La craniotomie était autrefois pratiquée en Angleterre avec une injustifiable fréquence.

Division du sujet.

sible ; on emploie alors deux procédés, l'un, la *décollation*, avec extraction séparée du tronc et de la tête, l'autre, l'*éventration*. Dans les deux cas, on emploie des instruments semblables, et ceux dont on se sert généralement de nos jours peuvent être brièvement décrits.

1° Le *perforateur* sert à percer le crâne de l'enfant, de façon à laisser échapper la substance cérébrale et à amener un aplatissement et une diminution du volume de la tête. On emploie

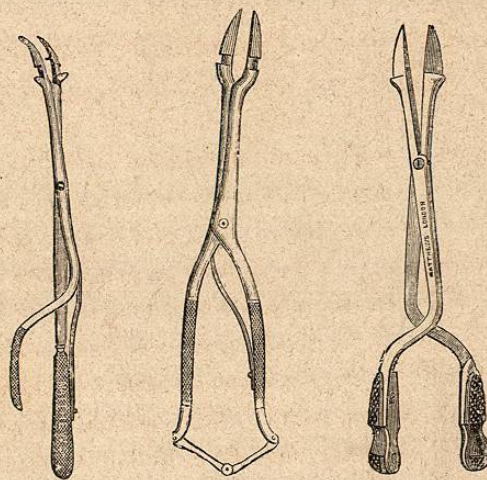


Fig. 160, 161, 162. — Formes diverses de perforateurs.

surtout celui qui a été inventé par Denman, avec ou sans modifications. Mais pour ouvrir les lames de ce perforateur il faut séparer les manches, et c'est une manœuvre qui ne peut pas être faite par l'opérateur lui-même. Nægelé a évité cet inconvénient en y apportant une modification, et son instrument a été adopté à Edimbourg : il a construit les manches de telle sorte que par une simple pression les pointes s'ouvrent, et il les a séparés par une tringle d'acier, articulée à son centre, pour éviter qu'elles ne s'ouvrent trop tôt. Avec cette disposition, l'instrument peut être manœuvré par une seule main. La portion pointue présente un bord externe tranchant, avec un arrêt saillant à sa base, pour l'empêcher de pénétrer

OPÉRATIONS QUI AMÈNENT LA DESTRUCTION DU FŒTUS 677
trop loin dans le crâne. Depuis, on y a encore ajouté quelques modifications (fig. 160, 161, 162). Dans quelques pays du Continent et de l'Amérique, on se sert d'un perforateur construit sur le principe du trépan, mais il est beaucoup plus difficile à manier, et il a le grand désavantage de ne percer qu'un simple trou dans le crâne, au lieu de le fendre, comme le font les instruments à pointe coupante.

Les instruments d'extraction sont le *crochet* et le *forceps* à craniotomie.

Le crochet présente une pointe aiguë, en acier fortement trempé, qu'on fixe dans quelque portion du crâne, interne ou externe, puis on fait une traction avec le manche. La tige de cet instrument est droite ou recourbée (fig. 163 et 164) (cette dernière est préférable), et se trouve fixée à un manche en bois, ou en fer forgé, ou encore à une simple pièce métallique. Une de ses modifications est connue sous le nom de *crochet vertébral d'Oldham*. Elle consiste en un petit crochet, mesurant, avec son manche, 35 centimètres de longueur; on l'introduit dans le trou occipital, et on le fixe dans le canal vertébral, de façon à avoir un point d'appui solide pour la traction. Toutes les formes de crochets ont été soumises à de sérieuses objections, entre autres celle de pouvoir glisser, ou casser dans l'os auquel l'instrument est fixé, et de blesser ainsi les parties molles de la mère, ou les doigts de l'opérateur placés comme guides. Ces inconvénients les ont fait rejeter par les plus récents auteurs, et on peut les considérer comme tombés en désuétude.

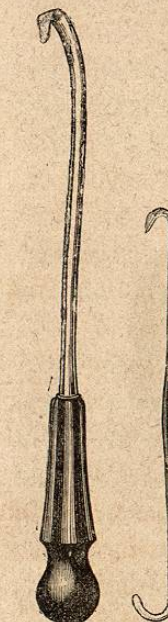


Fig. 163, 164. — Crochets.

Le forceps à craniotomie moderne les remplace avantageusement comme instrument de traction (fig. 165). Il est disposé de manière à saisir fortement la tête, une lame étant introduite

Crochet et forceps à craniotomie.

Objections au crochet.

Le forceps à craniotomie est préférable pour l'extraction.

dans l'intérieur du crâne, l'autre sur le crâne; dès qu'on a obtenu une prise solide, on fait la traction en bas. Il remplit un autre but : c'est de broyer et d'extraire des portions du crâne, lorsque la perforation et la traction seules sont insuffisantes pour terminer l'accouchement. Les forceps à craniotomie dont on se sert affectent différentes formes; les uns sont armés de dents formidables, les autres, de construction plus simple, ont seulement des rugosités pour maintenir le crâne solidement

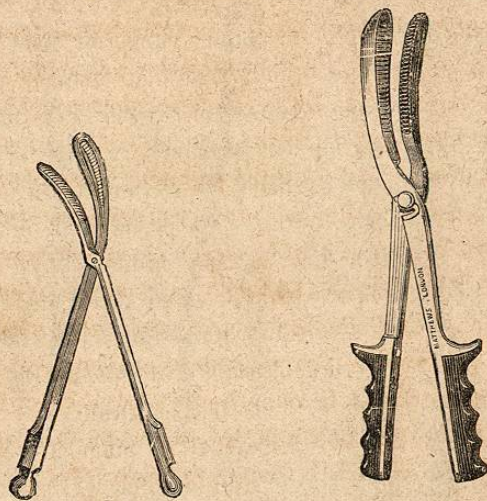


Fig. 165. — Forceps à craniotomie. Fig. 166. — Cranioclaste de Simpson.

Cranioclaste
de Simpson.

fixé entre leurs lames. Pour les usages ordinaires, il n'y a pas de meilleur instrument que le *cranioclaste* de sir James Simpson (fig. 166), qui remplit admirablement ces deux indications. Il consiste en deux branches distinctes, reliées par une vis de jonction. Leurs extrémités sont en forme de bec de canard, et suffisamment recourbées pour permettre de saisir solidement le crâne; la branche supérieure est profondément creusée en gouttière pour recevoir la branche inférieure, et cette disposition donne à l'instrument une grande puissance quand il est nécessaire de fracturer les os du crâne. Mais il n'est pas nécessaire de le faire servir à ce dernier usage, car les branches, étant dentelées à leur face inférieure, constituent un excellent

forceps à craniotomie. Par conséquent, le cranioclaste nous permet de nous passer de la plupart des instruments d'extraction.

Parmi les progrès de l'obstétrique moderne, il en est peu qui aient soulevé plus de discussions que l'emploi du *céphalotribe*. Cet instrument, inventé par Baudelocque, fut longtemps en usage sur le Continent avant d'être employé en Angleterre, sans doute à cause de son volume et de son aspect formidables. Dans ces dernières années, quelques-uns de nos accoucheurs les plus distingués s'en sont servis de préférence au crochet ou aux forceps à craniotomie, et lui ont fait subir des modifications importantes, de sorte que les reproches qu'on pouvait faire aux vieux instruments n'ont plus leur raison d'être aujourd'hui.

Le céphalotribe est constitué par deux fortes et puissantes branches, qui sont appliquées sur la tête après sa perforation et rapprochées au moyen d'un écrou, de façon à écraser les os du crâne, puis à les extraire. La valeur particulière de l'instrument consiste en ce que, convenablement appliqué, il broie la base du crâne, que le craniotome ne peut pas entamer, ou du moins, s'il ne la broie pas, il la retourne de champ entre les lames, c'est-à-dire dans une position plus favorable pour son extraction. Il a aussi une autre qualité spéciale, c'est d'écraser les os *en dedans* du crâne, de manière que leurs bords aigus restent entièrement recouverts, et il pare ainsi à un des dangers de la craniotomie, la blessure des tissus maternels par des esquilles.

Le céphalotribe agit donc de deux manières : comme écraseur, et comme instrument d'extraction. Quelques accoucheurs le considèrent surtout comme un écraseur, sans vouloir qu'on se serve de sa puissance extractive. Le professeur Pajot, dont telle est l'opinion, enseigne que, après avoir diminué le volume du crâne par des écrasements successifs, on doit abandonner son expulsion aux soins de la nature. On peut admettre, en effet, que dans un rétrécissement extrême le pouvoir que l'instrument possède pour l'extraction n'est pas utilisé; mais,

Céphalotribe.

Objet
de l'instrument.

Ses avantages.

Quelques accou-
cheurs ne veulent
pas qu'on s'en serve
comme tracteur.

dans la grande majorité des cas, la facilité avec laquelle il entraîne la tête écrasée constitue un de ses principaux titres à l'attention de l'accoucheur. Celui qui l'a employé à cet usage, qui a expérimenté la manière rapide et facile avec laquelle il termine l'accouchement, ne saurait avoir de doute sur ce point.

Sa valeur.

Il est probable que la céphalotripsie est appelée à prendre une grande extension en Angleterre, et qu'elle sera employée, avec justice, comme opération usuelle dans tous les cas qui exigent la destruction du fœtus. Nous examinerons plus tard les mérites relatifs de la céphalotripsie et de la craniotomie.

Description de l'instrument.

Le céphalotribe le mieux conçu est celui de Braxton Hicks, modification de celui de Simpson (fig. 167). Il n'est pas trop volumineux, mais suffisamment puissant pour tous les cas, et d'un prix abordable. Les branches ont une légère courbure pelvienne, qui facilite matériellement leur introduction, et qui n'est pas assez prononcée pour entraver le petit mouvement de rotation qu'on fait décrire à l'instrument après son application. Le Dr Kidd, de Dublin, préfère la branche toute droite; tandis que le Dr Matthews Duncan pense qu'il vaut mieux employer un instrument un peu plus fort, comme les céphalotribes du Continent. Tous ont une action qui repose sur le même principe, et leurs différences n'ont réellement qu'une importance secondaire. Une autre méthode pour diminuer le crâne du fœtus con-

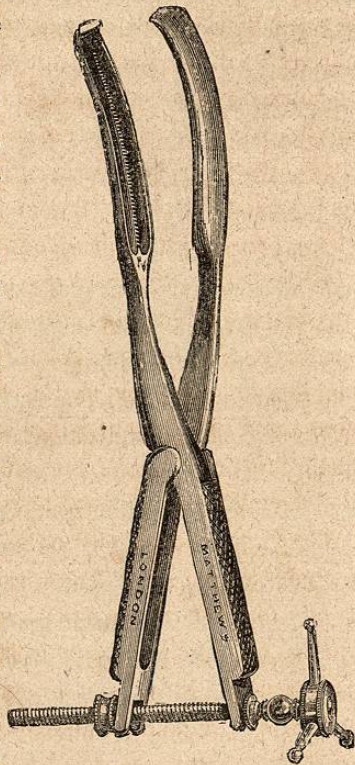


Fig. 167. — Céphalotribe de Hicks.

OPÉRATIONS QUI AMÈNENT LA DESTRUCTION DU FŒTUS 681

siste à l'extraire par morceaux; cette opération peut être pratiquée avec le *forceps-scie* de Van Huevel, instrument composé de deux grandes branches à peu près semblables, en apparence, à celles du céphalotribe. Elles renferment un mécanisme compliqué qui fait jouer une scie à chaîne de bas en haut, à travers le crâne fœtal qu'elle coupe; les morceaux divisés sont ensuite enlevés un à un. Cet instrument est très vanté par les accoucheurs belges qui s'en sont servi, et qui le considèrent comme le plus sûr et le meilleur pour réduire le volume du crâne du fœtus. On ne l'a pas encore expérimenté en Angleterre; bien qu'il paraisse théoriquement excellent, sa complication excessive et son prix considérable en ont toujours retardé l'usage.

Le forceps-scie et l'écraseur.

Le Dr Barnes a suggéré que le même but peut être atteint en divisant la tête avec un *écraseur* à fil métallique. Autant que je sache, cette idée n'a pas encore été mise en pratique, pas même par son auteur; je ne saurais par conséquent dire ce qu'elle peut valoir. Cependant, j'imagine qu'il doit être considérablement difficile de passer une anse de fil métallique par-dessus le crâne, dans un bassin dont la déformation est bien marquée.

Le cas pour lequel on emploie le plus communément la craniotomie ou la céphalotripsie est le défaut de proportion entre la tête fœtale et le canal pelvien. Il peut naître d'une foule de causes. La plus importante et la plus commune est un vice de conformation des os, soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation, soit au détroit inférieur, mais le plus souvent siégeant au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Les accoucheurs les plus distingués diffèrent considérablement d'opinion quand il s'agit de préciser le degré du rétrécissement qui peut empêcher le passage d'un enfant vivant à terme. Ainsi Clarke et Burns croient qu'un enfant ne peut pas franchir un bassin dont le diamètre sacro-pubien aurait moins de 8 centimètres. Ramsbotham fixe cette limite à 7 centimètres et demi, et Osborne et Hamilton à 7 centimètres. Cette dernière limite est la plus extrême pour un enfant vivant; mais, sans aucun doute, dans des circonstances favorables, il est possible

Cas où la craniotomie est nécessaire.

Vices de conformation du bassin.

Dangers de l'opération dans les rétrécissements extrêmes.

d'extraire, par la version, un enfant vivant d'un bassin qui n'aurait que cette dimension. La limite opposée pour l'opération est encore plus controversée. Quelques accoucheurs croient qu'on peut extraire un fœtus mutilé d'un bassin qui aurait seulement 3 cent. 8 de diamètre antéro-postérieur, et disent qu'ils ont réussi dans ces conditions. Mais alors il faut que le diamètre transverse soit assez grand pour permettre les manœuvres nécessaires. S'il mesure 7 centimètres et demi et au-dessus, il est probablement possible de faire l'accouchement *per vias naturales*; mais, quand le vice de conformation atteint ce degré extrême, les difficultés de l'opération sont si grandes, les organes de la mère tellement meurtris, que ces manœuvres deviennent considérablement graves et ne donnent que des résultats aussi mauvais pour la mère que la section césarienne. Quelques accoucheurs du Continent n'ont pas hésité à préférer cette dernière opération dans les vices de conformation du bassin les plus prononcés. Dans la pratique anglaise, la règle est de préférer la craniotomie toutes les fois qu'elle est applicable, et il n'est pas douteux qu'elle soit le meilleur parti.

Limites de l'opération.

Lorsque le diamètre antéro-postérieur mesure entre 7 cent. à 7 cent. 5 au plus, et 4 cent. 4 au moins, ce sont là les limites de la craniotomie, pourvu que, dans le dernier cas, il y ait assez d'espace au diamètre transverse. Les mêmes limites peuvent être assignées aux obstructions causées par une tumeur ou tout autre obstacle.

Autres conditions qui justifient l'opération.

Il existe quelques autres conditions qui justifient la craniotomie, par exemple certains états des parties molles pouvant rendre le passage de la tête particulièrement dangereux pour la mère. On peut citer, entre autres, une inflammation du vagin consécutive à un accouchement antérieur laborieux, la présence de brides et de cicatrices, l'occlusion et la rigidité de l'orifice. Mais ce n'est certes pas trop s'avancer de dire qu'avec les ressources de l'art bien dirigées on peut éviter dans ces conditions la destruction d'un enfant. Le plus commun de tous ces obstacles est incontestablement le gonflement des parties molles

qui provoque l'arrêt de la tête; le forceps appliqué à temps triomphera toujours de cet accident. Si malheureusement on n'intervient pas avant l'enclavement, il ne restera sans doute pas d'autre ressource que la craniotomie, mais il faut espérer que de nos jours de tels exemples sont rares dans la pratique anglaise. La rigidité exagérée du col peut être surmontée par la dilatation avec les sacs de caoutchouc, ou, dans les cas plus sérieux, par une incision, qui serait certainement moins dangereuse que l'extraction du fœtus, même mutilé, à travers une ouverture étroite et rigide. Lorsqu'il s'agit de brides et de cicatrices dans le vagin, la dilatation ou une incision suffira pour faire disparaître l'obstacle; si elle ne suffisait pas, dans ce dernier cas, comme dans la rigidité excessive du périnée, il serait préférable de laisser produire de légères déchirures que de tuer l'enfant.

La craniotomie est justifiée, dit-on, par certaines complications du travail, telles qu'une rupture de l'utérus, des convulsions, une hémorrhagie. Mais le forceps et la version remplissent en général aussi bien le but, surtout lorsque nous pouvons dilater l'orifice assez largement pour pratiquer l'une ou l'autre de ces opérations, en supposant la dilatation naturelle insuffisante. La craniotomie est aussi très rarement indiquée dans la rupture de l'utérus, puisque nous avons vu que la gastrotomie offre plus de chances à la mère dans les cas où l'enfant est en partie ou en totalité hors de la cavité utérine.

L'opération peut être rendue nécessaire par un défaut de proportion entre le fœtus et le bassin occasionné par le volume exagéré de la tête; et la disproportion est parfois naturelle, parfois le résultat d'une maladie. Dans le premier cas, on essaiera d'abord de faire l'accouchement avec le forceps; si l'on échoue, il n'est pas douteux qu'on y arrivera après avoir diminué le volume de la tête par la perforation.

Dans la plupart des ouvrages d'obstétrique, on nous recommande de perforer le crâne plutôt que d'appliquer le forceps, lorsque nous sommes certains que l'enfant a cessé de vivre. Ce

Dans la plupart d'entre elles on peut éviter la mort du fœtus.

La craniotomie est, dit-on, justifiée par certaines complications du travail.

Volume exagéré de la tête.

Craniotomie lorsque l'enfant est supposé mort.

683

Extrême difficulté du diagnostic.

conseil est basé sur la facilité relative de la craniotomie, et sur son innocuité pour la mère. Sans aucun doute, après la perforation, l'extraction de l'enfant sera très aisée, si le bassin n'est pas rétréci; par conséquent, la règle serait bonne, si nous pouvions toujours affirmer notre diagnostic. Mais, avant d'agir, nous devons songer à l'extrême difficulté de diagnostiquer d'une façon positive la mort du fœtus. Parmi tous les signes sur lesquels nous pouvons compter, c'est à peine s'il y en a un qui ne soit pas sujet à nous tromper, excepté le décollement du cuir chevelu, et la désagrégation des os du crâne, signes qui n'apparaissent que longtemps après la mort du fœtus et qui dans la plupart des circonstances ne sont d'aucune utilité. L'écoulement du méconium est commun, quoique le fœtus soit vivant; une anse de cordon prolabée froide et sans pouls peut appartenir à un jumeau; et le cœur fœtal peut cesser temporairement d'être entendu, bien que l'enfant ne soit pas mort. Si cependant nous avons soigneusement compté les battements du cœur pendant tout le travail, qu'ils soient devenus de plus en plus faibles, jusqu'à leur arrêt complet, il est permis de croire que l'enfant est mort; mais il vaut mieux faire servir ces indications à une application rapide du forceps ou à la version, afin de chercher à conjurer le danger que nous voyons menaçant.

Dans certaines présentations du siège, ou après avoir fait la version, il peut être impossible d'extraire la tête, sans diminuer son volume en perforant derrière l'oreille. Mais dans ce cas nous savons avec certitude si l'enfant est vivant ou mort, avant d'avoir recours à l'opération.

La perforation doit toujours précéder la craniotomie ou la céphalotripsie.

Que nous fassions la céphalotripsie ou la craniotomie, il faut commencer par la perforation; c'est donc elle que je décrirai tout d'abord. On n'accepte pas toujours la nécessité de perforer le crâne avant d'appliquer le céphalotribe; mais toutes les tentatives d'écrasement de la tête sans la perforer ne font qu'augmenter les difficultés de l'opération, et on devra se rappeler, c'est une règle essentielle, que la perforation est le préliminaire indispensable de toute céphalotripsie.

Lorsque nous sommes décidés à pratiquer la perforation, nous devons soigneusement reconnaître les rapports de l'orifice avec la partie qui se présente, parce que souvent l'opération est faite sans que le col soit complètement dilaté, et il est essentiel d'éviter tout risque de lésions. Deux ou trois doigts de la main gauche sont enfoncés jusque sur la tête et placés contre la

Introduction de l'instrument.

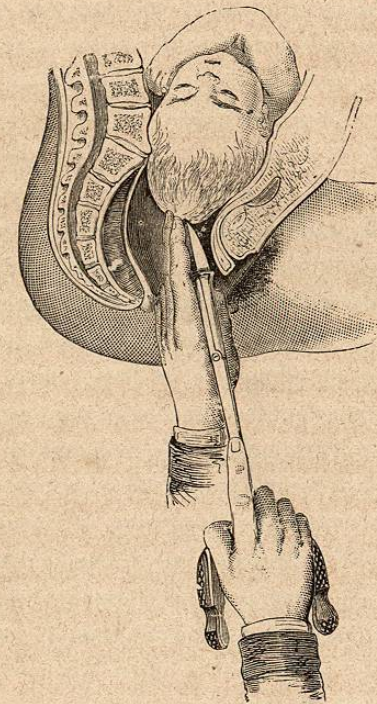


Fig. 168. — Perforation du crâne.

portion la plus saillante de l'os pariétal. Puis le perforateur est introduit avec précaution, guidé par ces doigts, jusqu'à ce qu'il ait atteint le cuir chevelu (fig. 168). Il est important de le fixer sur une portion osseuse du crâne, et non pas sur une suture ou une fontanelle, pour ponctionner, parce que notre but est de briser la voûte crânienne aussi largement que possible, afin d'obtenir l'affaissement des os. Lorsque l'instrument a atteint le point que nous avons choisi, on l'enfonce dans le cuir chevelu et dans le crâne par un mouvement de rotation,

Pénétration du crâne.