

et on le pousse jusqu'à ce que le cran d'arrêt s'oppose à une pénétration plus profonde. Quelquefois, il faut déployer une force considérable pour l'enfoncer, surtout lorsque le cuir chevelu a été tuméfié par une longue compression; on facilite alors l'opération en faisant soutenir la tête par un aide à travers les parois abdominales, si elle est encore mobile au-dessus du détroit supérieur. On rapproche alors l'un de l'autre les manches de l'instrument, les lames coupantes s'écartent largement et font une incision dans les os. Puis on imprime à la pointe des mouvements circulaires, et on sectionne encore à angle droit la première incision, pour obtenir une vaste ouverture cruciale. Pendant ces manœuvres, on doit avoir soin d'enfoncer le perforateur dans la tête jusqu'à son cran d'arrêt, pour éviter toute possibilité de lésion des organes maternels. Enfin l'instrument introduit dans le crâne sera librement remué, pour désorganiser complètement le cerveau, et on essaiera d'atteindre la moelle allongée et la base, afin d'éviter l'ennui d'extraire un enfant dont la vie ne serait pas tout à fait éteinte. Si ce temps de l'opération est bien accompli, il n'y aura nul besoin d'injecter de l'eau chaude dans le crâne pour en faire sortir la matière cérébrale, ainsi qu'on le recommande quelquefois; lorsqu'elle est broyée, elle s'échappe librement à travers l'ouverture pratiquée par le perforateur.

Mutilation du
cerveau.

Perforation de la
tête lorsqu'elle reste
la dernière dans le
bassin.

Il est parfois utile
de ne pas hâter l'ac-
couchement.

La perforation de la tête, demeurée dans le bassin, lorsque le reste du corps en est sorti, n'offre, en général, aucune difficulté particulière. Elle est accomplie de la même façon, le tronc de l'enfant étant écarté des parties génitales par un aide. La pointe du perforateur, soigneusement guidée par le doigt, est conduite jusqu'à l'occiput, ou derrière l'oreille, où on l'enfoncé.

S'il n'y a pas nécessité d'opérer l'accouchement avec rapidité, et qu'il existe des douleurs, il est souvent bon d'attendre dix minutes ou un quart d'heure avant de procéder à l'extraction. Ce temps permettra au crâne de s'affaisser et de se mouler sur la cavité pelvienne, tout en étant poussé par les contrac-

tions qui peuvent suffire quelquefois pour terminer l'accouchement; la tête sera, au moins, un peu plus basse, et dans une meilleure situation pour être extraite. Si la perforation a été faite après une tentative de délivrance par le forceps, ce qui n'arrive que lorsque l'obstruction est relativement légère, c'est une excellente méthode de perforer sans enlever le forceps, qui peut alors être employé à l'extraction.

Il nous reste à choisir notre instrument extracteur, soit le céphalotribe, soit le forceps à craniotomie.

Ceux qui ont employé les deux admettront, je pense, que dans les cas ordinaires, et lorsqu'on veut obtenir seulement une diminution légère du volume de la tête, la céphalotripsie est infiniment plus aisée. La facilité avec laquelle le crâne peut être écrasé est parfois remarquable, et ceux qui voudront prendre la peine de lire les comptes rendus de cette opération publiés par Braxton Hicks, Kidd et d'autres auteurs, ne manqueront pas d'être frappés de la rapidité avec laquelle on a pu extraire la tête après l'avoir écrasée. Il n'en est certainement pas ainsi de l'extraction par le forceps à craniotomie; lorsque même que l'obstacle est léger, on peut être obligé de déployer une force de traction considérable, les branches ne conservant leur point d'appui que difficilement, il peut même devenir nécessaire de fracturer et d'enlever une portion notable de la voûte crânienne, avant que la tête ne soit assez amoindrie pour passer. Pendant cette dernière manœuvre, quelque bien faite qu'elle soit, on risque de blesser les organes maternels, et, entre les mains d'un opérateur nerveux ou inexpérimenté, ce danger, qu'on évite complètement avec le céphalotribe, est loin d'être minime. L'introduction des branches du céphalotribe n'est pas difficile, et on peut admettre, je crois, que les risques de l'opération sont relativement légers. Par conséquent, la céphalotripsie, eu égard à la simplicité de son application et à son innocuité pour les organes maternels, me paraît être l'opération qu'on doit préférer dans les rétrécissements modérés.

Extraction de la tête.

Avantages relatifs
du craniotome et du
céphalotribe.

Lorsque l'obstruc-
tion est légère, la
céphalotripsie est la
meilleure opération.

Elle offre moins d'a-
vantages dans les ré-
trécissements consi-
dérables.

Lorsque nous nous rapprochons de la limite inférieure, et que nous avons affaire à un vice de conformation du bassin extrêmement marqué, les deux opérations offrent les mêmes avantages. L'obstacle est parfois si grand que les branches du céphalotribe le plus petit ne peuvent être portées assez haut pour saisir solidement la tête; ou encore, si les cuillers sont entrées, l'espace est souvent assez limité pour empêcher le fonctionnement de l'instrument; il peut, en outre, être nécessaire d'avoir recours à des écrasements répétés pour diminuer suffisamment le crâne. Je n'attache que peu d'importance à cet argument, que la diminution d'un des diamètres du crâne augmente l'autre diamètre. La nécessité d'enlever les branches et de les réappliquer sur un autre point de la tête, et de répéter cette manœuvre peut-être plusieurs fois, ainsi que le recommande Pajot, est une objection beaucoup plus sérieuse. Dans un bassin rétréci, l'opération risque forcément de contusionner les parties maternelles. Heureusement, ces cas sont très rares, beaucoup plus rares qu'on ne le croit généralement; mais, lorsque le praticien les rencontre, il est obligé de déployer toutes les ressources de son savoir.

Description
de l'opération.

En somme, je conclus que des deux opérations, dans les cas ordinaires, la céphalotripsie est la plus facile et la moins dangereuse; tandis que, dans les vices de conformation considérables, ses avantages sont beaucoup moins marqués, et la craniotomie peut même lui être préférée.

Introduction
des branches.

Lorsqu'on applique le céphalotribe, le premier point est l'introduction des branches, qui doit être faite précisément de la même manière, et avec les mêmes précautions, qu'une application de forceps au détroit supérieur. On est souvent obligé de faire pénétrer l'instrument à travers un orifice non complètement dilaté, il faut donc prendre les plus grandes précautions pour ne pas en déchirer les bords, et introduire aussi haut que possible, deux ou trois doigts de la main gauche, la main tout entière même, de façon à garantir convenablement tous les organes maternels. Pour atteindre la

base du crâne et la broyer complètement, les cuillers doivent être portées profondément, mais avec les plus grands soins et la plus grande douceur; comme le promontoire repousse en général la tête en avant, les branches du céphalotribe, après leur articulation, seront portées tout à fait en arrière vers



Fig. 169. — Tête fœtale broyée par le céphalotribe.

le périnée. Si l'articulation n'est pas facile, ou si quelque obstacle s'oppose à l'introduction des branches, on en retirera une, et on la replacera ensuite, exactement comme dans une application de forceps. La tête sera maintenue et immobilisée à travers les parois abdominales, pendant l'introduction de l'instrument, parce qu'elle est en général au-dessus du détroit supérieur, et elle remonte facilement, si l'on néglige cette précaution. Lorsque les branches sont *in situ*, on procède à l'écrasement en serrant doucement l'écrasement; à mesure qu'elles se rapprochent, les os cèdent, et le céphalotribe s'enfonce dans le crâne, dont l'épaisseur ne mesure plus, à la fin, que la distance d'une cuiller à l'autre, c'est-à-dire environ 38 millimètres.

Maintenir la tête par compression abdominale.

Cet écrasement s'accompagne nécessairement d'un gonflement des portions crâniennes qui ne sont pas saisies

Extraction après l'écrasement.

par le mors du céphalotribe (fig. 169); mais ce fait n'a pas d'importance dans les rétrécissements légers, et nous pouvons procéder à l'extraction, pendant une douleur s'il s'en produit, en tirant en bas dans l'axe du détroit, comme dans un accouchement avec le forceps. Le siège de la perforation sera examiné, afin d'enlever les esquilles en saillie, s'il s'en trouve.

Il est parfois utile d'imprimer à la tête un mouvement de rotation avant l'extraction.

Et de réappliquer l'instrument une seconde fois.

Écrasements répétés de Pajot.

Extraction par le forceps à craniotomie.

En général, la tête descend aussitôt, et avec la plus grande facilité. S'il n'en est pas ainsi, ou si l'obstacle est considérable, on imprimera un quart de tour aux manches de l'instrument, afin d'amener la portion écrasée dans le diamètre raccourci, et la portion intacte dans le transverse, qui est plus large. Il est bon d'enlever alors les branches avec soin, et de les réintroduire avec les mêmes précautions, pour broyer les portions crâniennes non fracturées. Cette manœuvre est assez difficile, parce que les cuillers ont une tendance à tomber dans la gouttière profonde qu'elles ont déjà creusée sur le crâne, et il n'est pas très-aisé de saisir la tête dans une autre direction. Avant de les réappliquer, si l'état de la femme est satisfaisant, et s'il y a des douleurs, il n'est pas mauvais d'attendre une heure ou un peu plus, dans l'espoir que la tête sera moulée et pénétrera dans l'excavation. C'était là la méthode adoptée par Dubois, et, d'après Tarnier, le secret de ses nombreux succès dans cette opération. La méthode de Pajot, ou méthode des écrasements répétés, dans les rétrécissements extrêmes, est basée sur le même principe : il recommande de réintroduire l'instrument à des intervalles de deux, trois ou quatre heures, selon l'état de la femme, jusqu'à ce que la tête soit complètement broyée, sans faire aucune tentative d'extraction, l'expulsion du fœtus étant laissée à la nature. Tel est, dit-il, le procédé auquel on devra avoir recours lorsque le rétrécissement est au-dessous de 63 millimètres, et qui peut encore terminer l'accouchement lorsqu'il n'y a que 38 millimètres au diamètre antéro-postérieur. L'introduction répétée des branches est nécessairement hasardeuse, excepté entre les mains d'un opérateur fort habile ; et je crois que si la seconde application ne réussit pas à surmonter l'obstacle, ce qui n'est qu'exceptionnel, il vaudra mieux recourir aux procédés que je vais décrire maintenant.

Lorsque nous voulons employer le forceps à craniotomie pour extraire la tête, nous devons introduire une branche à travers le point perforé, et l'autre, en face de la première, à l'exté-

OPÉRATIONS QUI AMÈNENT LA DESTRUCTION DU FŒTUS 691
rieur du crâne. Dans les rétrécissements modérés, une traction opérée pendant les douleurs suffit seule pour dégager la tête. Mais, lorsque l'obstacle est plus considérable, il est indispensable de fracturer et d'extraire la voûte du crâne. Le cranioclaste de Simpson répond à ce but mieux que tout autre instrument. Une des branches est introduite dans le crâne ; l'autre, si c'est possible, entre le cuir chevelu et les os ; la portion saisie entre les deux est brisée par un mouvement de torsion du poignet, sans déployer beaucoup de force, puis extraite avec les doigts de la main gauche, en prenant les plus grandes précautions pour ne pas léser les parties de la mère. L'instrument est alors appliqué sur un autre point de la tête, et le même procédé répété, jusqu'à ce qu'on ait brisé et extrait une portion suffisante de la voûte crânienne pour pouvoir terminer l'accouchement.

Le Dr Braxton Hicks, dans un mémoire remarquable sur le meilleur mode d'extraction de la tête après la perforation¹, a démontré que dans les cas difficiles, après l'extraction de la voûte crânienne, le meilleur procédé est de faire descendre la face, parce que, la partie supérieure de la boîte crânienne n'existant plus, le diamètre le moins long est celui qui s'étend du sillon orbitaire au bord alvéolaire du maxillaire supérieur. Il propose d'effectuer ce changement de présentation à l'aide d'un petit crochet mousse, fait exprès, qu'on enfonce dans l'orbite, et qui oblige la face à descendre. Barnes recommande d'opérer cette manœuvre en fixant le forceps à craniotomie sur le front et la face, puis en faisant une traction en arrière, de façon à faire doubler à la face la saillie du promontoire. L'importance de cette descente de la face avait été depuis longtemps signalée par Burns ; mais on l'avait négligée, jusqu'à ce que Hicks eût de nouveau attiré l'attention sur elle en publiant son mémoire. Dans les cas où ce procédé est employé, les risques pour les parties maternelles peuvent être considérables, à cause de l'extraction des esquilles osseuses ; il est donc

Il est avantageux, dans les cas difficiles, de faire descendre la face.

1. *Obst. Trans.*, vol. VII.

de la plus haute importance de laisser le cuir chevelu aussi intact que possible, pour que ces morceaux fracturés soient masqués, et en même temps d'attacher un soin extrême à leur extraction.

Extraction
du tronc.

Lorsque la tête est dégagée, soit avec le céphalotribe, soit avec le crânioclaste, le tronc crée rarement des difficultés. Une traction sur la tête amène aisément l'une des aisselles, et, si le tronc ne passe pas complètement, on applique un crochet mousse, avec lequel on tire jusqu'à ce que l'épaule soit dégagée. On fait la même chose pour l'autre bras. Si l'on éprouve encore des difficultés, on est obligé de broyer le thorax avec le céphalotribe; mais le tronc est si compressible qu'on est rarement tenu d'avoir recours à cet instrument.

Embryotomie dans
les présentations trans-
versales lorsque la
version est impossible.

Il nous reste à étudier la seconde classe des opérations destructives, celles qu'il peut être nécessaire d'entreprendre dans une présentation du bras laissée longtemps sans secours, alors que la version n'est plus praticable. Ici, heureusement, ne s'élève plus la question du sacrifice de l'enfant, il est déjà presque fatalement mort par compression. Nous avons à choisir entre deux opérations, la *décollation* et l'*éviscération*.

Décollation.

La première de ces opérations remonte à la plus haute antiquité, on la trouve complètement décrite par Celse. Elle consiste dans la section du cou, de façon à séparer la tête du reste du corps. Le tronc est alors extrait par une traction sur le bras qui fait procidence, et la tête, laissée dans l'utérus, est enlevée ensuite. Si l'on peut atteindre le cou sans difficulté, — et, dans la majorité des cas, l'épaule est suffisamment basse pour rendre la chose possible, — il n'y a pas de doute que ce soit l'opération la plus simple et la moins dangereuse.

Manières
de sectionner le cou.

Toute la question est de sectionner le cou. On a inventé bien des instruments dans ce but. En Angleterre, le plus généralement recommandé est le crochet de Ramsbotham; c'est un crochet fortement recourbé, dont le bord interne est tranchant. Cette espèce de lame est portée sur le cou, et on doit le diviser en sciant. Mais la grande difficulté est de mettre l'instrument bien en place; quand il y est, il remplit parfaitement le but. On

a inventé d'autres instruments basés sur le même principe que celui qui sert à faire le tamponnement des fosses nasales : on passe autour du cou un ressort, à l'extrémité duquel est ensuite attachée une petite corde, ou la chaîne d'un écraseur; le ressort est retiré, et il entraîne avec lui la chaîne ou la corde, qui se trouve en position. L'objection qu'on peut faire à tous ces instruments, c'est qu'on ne les a probablement pas sous la main quand on en a besoin; en effet, il y a très peu d'accoucheurs qui soient disposés à s'offrir des instruments fort coûteux, dont ils ne se servent peut-être jamais. Cependant il est important que nous ayons à notre disposition un objet pour sectionner le cou, et pouvant remplacer tous ces instruments. Dubois recommande une forte paire de ciseaux mousses. Le cou est amené aussi bas que possible par une traction sur le bras en procidence, et les lames des ciseaux conduites sur lui avec précaution; on le divise de bas en haut par une série de petites sections faites prudemment. Et on obtient en général un bon résultat, si le cou a pu être amené à portée. Le Dr Kidd, de Dublin¹, qui préconise beaucoup cette opération, recommande l'emploi d'une sonde d'homme ordinaire en caoutchouc, fortement recourbée et montée sur un stylet solide, ou, mieux encore, sur une sonde utérine, qu'on passe autour du cou. Avant l'introduction, on attache à l'extrémité du cathéter un lacet qui reste autour du cou lorsqu'on retire l'instrument. Au moyen de ce lacet, il est facile d'entourer le cou avec une forte ficelle ou le fil d'un écraseur et de le sectionner ainsi. Si l'on se sert d'une ficelle, on peut la faire manœuvrer dans un spéculum pour protéger les parties maternelles; en lui imprimant une série de mouvements de va-et-vient, elle divise facilement le cou. L'écraseur offre l'avantage spécial de pouvoir fonctionner sans aucun risque de lésion pour la mère.

Après la section du cou, le reste de l'opération est simple. Le tronc est dégagé sans aucune difficulté par une traction sur le bras, puis on procède à la sortie de la tête. Dans la plupart

Extraction du tronc,
puis de la tête.

1. *Dublin Quart. Journ.*, may 1871.

des cas, on peut, à l'aide de l'expression abdominale, la faire descendre dans le bassin assez bas pour qu'elle soit saisie par le céphalotribe, de beaucoup le meilleur instrument d'extraction. La perforation préalable n'est pas nécessaire, parce que la substance cérébrale s'échappe par l'ouverture du canal vertébral. Pour réussir, il faut fixer et abaisser fortement la tête par compression externe, autrement elle risquerait de glisser hors des mors de l'instrument. Si l'on n'a pas un céphalotribe sous la main, on peut se servir du perforateur et du forceps à craniotomie. Mais parfois il n'est pas aisé de faire la perforation, à cause de la mobilité de la tête. Quand elle est perforée, on introduit une branche du forceps à craniotomie, dans l'intérieur, l'autre à l'extérieur du crâne, et on tire doucement la tête.

Éviscération.

La seconde opération, l'éviscération, est un procédé beaucoup plus complexe et plus difficile, qu'on emploie seulement lorsque le cou est inaccessible. On débute par perforer le thorax, au point le plus déclive, en faisant l'ouverture aussi large que possible, pour en vider le contenu. Les viscères thoraciques en sont extraits par morceaux, après avoir été écrasés par le perforateur, ceux de l'abdomen s'échappent ensuite à travers le diaphragme qui a été traversé. Le but est d'amener l'aplatissement du tronc, et la descente de l'extrémité pelvienne, comme dans l'évolution spontanée. L'opération est facilitée par la section de la colonne vertébrale avec une forte paire de ciseaux, introduits par l'ouverture faite au thorax. Le tronc se ploie comme sur une charnière, et son expulsion devient facile. C'est ici que le crochet trouve son application; il peut être enfoncé dans la cavité abdominale, et fixé en un point quelconque du bassin de l'enfant, ce qui permet de faire une traction énergique sans risques de lésions pour les parties maternelles. On comprend que ce procédé, par sa longueur et ses difficultés, doive être une des opérations obstétricales les plus fatigantes; il est certainement inférieur, sous tous les rapports, à la décollation, aussi n'a-t-on recours à lui que lorsque cette dernière opération est impraticable.

La décollation est une opération plus simple.

CHAPITRE VI

OPÉRATION CÉSARIENNE. — SYMPHYSÉOTOMIE. LAPARO-ELYTROTOMIE.

La section césarienne est l'opération obstétricale qui a peut-être donné lieu aux plus longues discussions, et il existe encore bien des divergences sur ses limites et ses indications. On ne connaît pas avec certitude l'époque à laquelle elle fut faite pour la première fois. Elle paraît avoir été pratiquée par les Grecs, après la mort de la mère; et Pline raconte que Scipion l'Africain et Manlius naquirent grâce à ce procédé. On dit que le nom de César fut donné aux enfants ainsi nés, puis devint le nom protonymique de la famille. Ces enfants étaient consacrés à Apollon, d'où vint l'usage de mettre sous la protection spéciale de la famille des Césars tous les sacrifices adressés à ce dieu. Plusieurs hommes célèbres passent pour avoir dû la vie à cette opération, entre autres Esculape, Jules César, et le roi Edouard VI. Il est prouvé, en ce qui concerne les deux derniers, que la tradition est sans fondement. Sans aucun doute, l'opération fut toujours pratiquée sur les femmes qui mouraient à une période avancée de la grossesse, et, à différentes époques, elle fut sanctionnée par la loi. Ainsi, chez les Romains, Numa décréta que nulle femme enceinte ne serait enterrée sans que le fœtus n'ait été préalablement extrait par la section césarienne. Les lois italiennes la rendirent obligatoire, et l'opération a toujours eu le puissant appui de l'Église ro-

Historique de l'opération césarienne.

Sanctionnée par la loi à diverses époques.