

La première méthode consiste à dilater le col par pression directe de dedans en dehors, sans aller trop vite, et pour la réaliser nous avons deux moyens : la dilatation digitale ou manuelle et la dilatation avec des instruments métalliques. La dilatation manuelle peut se faire soit avec une seule main, soit avec les deux mains, comme dans le procédé de Bonnaire : on introduit successivement 1, 2 doigts, puis 3, 4 ; à la fin, 6 et 8 qu'on écarte, et l'on arrive ainsi en trois quarts d'heure, en une heure, à avoir une dilatation suffisante. Quant aux instruments métalliques, l'un des meilleurs est le dilateur de Bossi.

Que donne la dilatation rapide du col, soit manuelle, soit instrumentale ? Assure-t-elle une dilatation suffisante pour faire passer la tête ? Pas toujours. Rappelez-vous que la dilatation normale au cours de l'accouchement ne consiste pas seulement en l'ouverture du col, mais encore en une ampliation du segment inférieur. Or, par la dilatation artificielle, on ouvre bien l'orifice, mais on ne fait pas l'ampliation du segment inférieur.

A-t-on même un orifice toujours suffisant ? On l'a dit ; ce n'est pas exact, surtout si l'enfant est à terme.

Ces opérations sont même pleines de dangers, quand il en est ainsi. De plus, quand on a affaire à une grande multipare dont le col est malléable et déjà ouvert, dont les parties molles sont très souples, on peut mener ces opérations à bien sans trop de risques ; mais s'il s'agit d'une primipare, on ne réussit souvent qu'en déchirant le col.

Or, quand il y a déchirure et quand le placenta est inséré bas, facilement la déchirure atteint la zone d'insertion placentaire où les vaisseaux sont très dilatés et les risques s'accroissent.

Voulez-vous quelques chiffres fixant les résultats donnés par ces méthodes dans le traitement de l'insertion vicieuse ? Voici d'abord la méthode de Bossi.

Bossi (" Actes de la Soc. ital. de gyn. ") donne une statistique de 66 cas de dilatation du col dans l'insertion vicieuse du placenta : mortalité maternelle, 7,5 p. c. ; mortalité fœtale, 15 p. c.

On pouvait espérer que la méthode manuelle de Bonnaire, qui permet de sentir mieux ce qu'on fait, donnerait des meilleurs résultats. Elle avait été très accueillie en Hollande. En 1903, le Pr Treub en a publié 35 cas : mortalité maternelle 5,7 p. c. fœtale 14,3 p. c. Treub recommanda donc vivement cette méthode.

Mais Treub donna, en 1908, une nouvelle statistique de 36 cas, de 1903 à 1907, comprenant 10 femmes mortes (soit 18,25 p. c.) et 20 enfants morts (soit 48 p. c.) ; il signala les dangers de déchirure et se montra moins partisan de la méthode : ainsi se trouvent confirmées les réserves que j'ai faites

à plusieurs reprises (Leçons de pathologie obstétricale, 1900, " Société obstétricale de France, " 1905).

Donc, les méthodes de dilatation plus ou moins brusque sont des méthodes à indications limitées et qui ne sont pas sans comporter des risques.

Une autre méthode d'ouverture du col consiste à faire des " incisions " ; non pas de petites incisions multiples ; mais " l'opération césarienne vaginale " de Dührssen. Büttner en a récemment montré les avantages. Nous connaissons mal cette opération ; qui ne s'est pas répandue chez nous. Elle peut causer des hémorragies sans qu'il y ait placenta praevia. S'il y a placenta previa, il semble que les craintes doivent être encore plus grandes. Il ne paraît pas que la césarienne vaginale doive se répandre.

Reste alors une dernière méthode, consistant à dilater le col de haut en bas avec un " ballon " ; on peut enfin pratiquer la " version de Braxton Hicks."

Vous connaissez le " ballon de Champetier de Ribes," vous savez comment on le place dans l'œuf une fois placé, il comprime le placenta, il remplace la poche des eaux et il dilate le col, surtout si on appuie son action par quelques traction. Tarnier, sur 48 cas a eu une mortalité maternelle de 8,33 p. c., une mortalité fœtale de 58,33 p. c.

Dührssen et Küstner (en se servant du colpeurynter) ont eu, sur 28 cas, 28 mères guéries (mortalité 0 p. c.) et 16 enfants vivants (ou (57 p. c. donc mortalité fœtale 43 p. c.)

Une dernière méthode est " la version de Braxton Hicks " : on abaisse un pied dans le vagin (c'est le siège du fœtus qui va jouer le rôle du ballon), et on peut appuyer le mouvement de descente du membre par quelques tractions sur le pied.— Cette méthode est efficace contre l'hémorragie, elle a l'avantage de terminer vite l'accouchement avec un minimum de lésions maternelles. Mais, pour réussir la version de Braxton Hicks, celle-ci doit être faite peu de temps après la rupture des membranes. C'est une opération qui n'est pas toujours facile, et souvent les tentatives échouent. Par l'emploi de ce procédé, la mortalité maternelle est comprise entre 5 et 7 p. c. Mais elle est dangereuse pour l'enfant, et expose en particulier aux viciosités du cordon. Dans une des statistiques les plus récentes, Hammerschlag donne une mortalité fœtale de 84 p. Aussi cette méthode est-elle aujourd'hui vivement critiquée.

* * *

Comment donc faire un choix entre ces procédés que je viens de vous présenter et dont je vous ai indiqué le fort et le faible ?

Aurez-vous recours au tamponnement ? Non en