

L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ CHEZ LES FEMMES QUI ONT SUBI L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Par M. André Boquel,

Professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Angers.

J'ai exposé récemment dans des leçons parues sous le titre de *La Pratique de la dystocie* (1), ma manière de voir sur la conduite à tenir dans les divers cas de dystocie et particulièrement dans les cas de dystocie osseuse. Je n'y reviendrai pas. Mais un point mérite d'être élucidé. Dans l'étude que j'ai faite de cette question, j'ai été amené à envisager les diverses conditions dans lesquelles les opérations à terme pouvaient et devaient être entreprises. Et parmi celles-ci, j'ai trouvé qu'il en était de passagères en quelque sorte, c'est-à-dire que, telle condition étant donnée, un accouchement peut se trouver impossible, alors que chez la même femme, lors d'un nouvel accouchement, les conditions étant changées, il peut n'y avoir aucun obstacle véritable et tout se passer avec le maximum de simplicité. C'est ainsi, par exemple,

(1) Cf. *Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, mars 1908, p. 118.

le cas d'un bassin rétréci à un faible degré avec une mauvaise inclinaison de la tête ou un excès de volume du fœtus, le cas du bassin oblique avec une mauvaise orientation de la tête, le cas même du bassin normal lorsque survient une contraction utérine de quelque cause que ce soit. Dans tous ces cas, l'accouchement se trouve impossible en fait, alors qu'en principe, *à priori*, il n'y a pas d'obstacle vrai à la sortie du fœtus. De ces considérations, il résulte évidemment, et c'est là où je veux en venir, que ce ne serait pas assez pour qu'une opération à terme puisse être jugée satisfaisante, qu'elle puisse être répétée sans danger lors d'un nouvel accouchement, puisque l'opération peut être alors inutile ; il faut nécessairement qu'elle puisse ne pas être faite, c'est-à-dire que l'acte opératoire précédent ne doit pas avoir laissé de traces capables d'entraver l'accouchement spontané, si celui-ci est possible. Or, dans le plaidoyer que j'ai fait, dans mes leçons, en faveur de l'opération césarienne — que tout le monde sait pouvoir être répétée sans grand danger un grand nombre de fois, et que j'ai moi-même eu l'occasion de répéter trois fois sans incident et avec un plein succès chez deux femmes différentes — j'ai été obligé de réserver la question de la possibilité de l'accouchement spontané régulier chez la femme césarisée, les faits connus de moi n'étant pas assez nombreux pour me permettre d'affirmer, en dehors de considérations *à priori* que la femme laissée ainsi à elle-même ne courait pas certains risques. Je m'étais borné à mentionner deux faits d'accouchement spontané à deux reprises différentes chez une femme qu'une contracture utérine au moment d'un accouchement antérieur avait fait césariser. Je demandais qu'on en présentât d'autres. Le hasard m'a servi, et je puis apporter en contribution à cette étude intéressante deux faits nouveaux de ma pratique.

La première de ces observations a trait à une femme dont j'ai rapporté l'histoire dans une communication sur la césarienne d'urgence en 1904 (1), jeune femme de 28 ans, primipare, qui me fut amenée en septembre 1902 d'une petite localité distante d'environ cinq lieues d'Angers. En travail depuis trois jours, la poche des eaux rompue depuis quarante-huit heures, il y avait eu deux applications

(1) A. BOQUEL. — Sur l'opération césarienne d'urgence. *Annales de la Société obstétricale de France*, 1904. page 90.

successives de forceps après dilatation manuelle préalable. On constatait pourtant que le promontoire était seulement accessible. Le col étant contracturé, rigide, l'urine recueillie par la sonde sanguinolente, j'avais décidé de faire la césarienne en raison de l'état de l'enfant. Un enfant de 3 k. 550 avait été extrait, qui vit aujourd'hui parfaitement bien, et la mère n'avait eu aucune suite fâcheuse.

Cette femme, qui s'occupe aux durs travaux de la campagne, de nouveau enceinte, ayant eu ses règles du 15 au 20 mai 1907, vient me consulter au cours de sa grossesse. Je trouve toujours un promontoire accessible, mais le retrécissement du bassin paraît vraiment fort minime. La grossesse se passe absolument d'une façon normale. Je fais entrer cette femme à la Maternité le 11 janvier. Une surveillance très exacte ne dénote rien d'anormal : présentation du sommet non engagé, mobile au dessus du détroit supérieur jusqu'au moment du travail.

Le 24 janvier, à terme par conséquent, la rupture spontanée de la poche des eaux se fait prématurément, à 10 h. 30 du soir. Le travail ne débute que 24 heures après. La dilatation se fait lentement, la femme souffrant peu d'ailleurs : commencée à 11 heures du soir, le 25, elle n'est complète qu'à 8 h. 10 du matin. La malade, qui pousse à ce moment, expulse à 8 h. 40, une demi-heure après, un enfant parfaitement vivant, qui, placé en OIGA, s'est engagé progressivement au cours de la dilatation.

L'enfant pèse 3 kil. 300. La délivrance se fait 30 minutes après : le placenta était inséré normalement.

Les suites pour la mère et l'enfant furent parfaites. La mère quitta le service le neuvième jour avec son enfant, qu'elle allaitait comme elle avait allaité le premier. A noter que les lochies, l'involution utérine, tout a été parfaitement normal et que la malade ne présente pas la moindre éventration.

La seconde observation a trait à une femme dont mon élève BREAU a rapporté l'observation dans sa thèse : femme entrée à la Maternité d'Angers en juillet 1902. Cette femme, atteinte d'une coxalgie droite remontant à l'âge de 13 ans 1/2 et guérie par ankylose, présentait les caractéristiques publiennes suivantes : à droite, la partie antérieure de la surface interne du cotyle est saillante, notablement plus près de la ligne médiane que la gauche ; il en est de même de la branche ischio-pubienne droite ; à gauche, au contraire, l'excavation est grande, on ne sent ni le promontoire ni les ailerons du sacrum, les espaces sacro-iliaques sont larges. Il n'y a donc qu'un bassin aplati du côté

droit, et le rétrécissement du diamètre oblique droit est dû à une production osseuse au niveau du cotyle à la suite d'une coxalgie ancienne. La femme étant à la Maternité, l'opération césarienne avait été faite tardive au cours du travail, l'obstacle à l'accouchement paraissant évident du fait de l'observation des phénomènes de l'accouchement. L'enfant, pesant 3 kil. 860, et la mère étaient sortis en parfait état de la Maternité, sans qu'il y eût d'incident quelconque.

Cette femme, enceinte de nouveau, ayant eu ses règles du 15 au 20 février 1907, vient consulter à la Maternité vers la fin de juillet. On constate chez elle la présence d'albumine en quantité notable (6 grammes par litre). Le régime lacté fait disparaître l'albumine. Le reste de la grossesse se passe bien.

Prise de douleurs le 22 décembre au soir, elle est conduite à la salle de travail. A 11 heures, on constate que le col est effacé, la dilatation commence, la tête tend à s'engager. Les sutures perceptibles à travers le segment inférieur montrent qu'elle est inclinée sur son pariétal postérieur, la suture sagittale très près du pubis dirigée dans le grand diamètre oblique gauche, la fontanelle postérieure à droite et en arrière.

L'engagement se fait progressivement. A 3 heures du matin, au moment où la poche des eaux se rompt spontanément, l'engagement est réalisé, la suture sagittale est près du sacrum. A 3 heures et demie, la tête est à la vulve et se dégage en OP. L'enfant, du sexe masculin, pesant 3 kil. 510, est allaité par sa mère.

Mère et enfant sortent du service en parfaite santé, aucun incident. Les suites de couches, l'involution utérine, tout a été absolument normal, et, comme dans l'observation précédente, il faut noter qu'il n'y a chez cette malade pas la moindre trace d'éventration : la cicatrice a tenu admirablement.

La relation des accouchements spontanés qui se sont ainsi produits est banale, et cette banalité même, cette absence de tout incident, que j'avais notée déjà dans les deux faits que j'avais signalés, est de nature, je pense, à nous intéresser vivement. Il s'agit là, en effet, de cas usuels de grande importance pratique : dans le premier, c'est, dans un bassin peu rétréci, un incident, volume de la tête, contracture utérine, qui se produit et empêche l'accouchement qu'*à priori* on devait considérer comme facile ; dans le second, c'est le cas usuel de l'accouchement dans le bassin asymétrique, facile ou impossible suivant les cas. Les conditions

passagères de dystocie existent lors d'un accouchement, elles n'existent plus lors d'un autre accouchement. L'opération est faite quand elle est nécessaire, l'accouchement est laissé à lui-même quand il est possible.

J'enregistre ces deux faits, qui me font persister dans ma croyance que la césarienne bien faite répond à ces conditions, ne laissant le plus souvent pas de traces capables de gêner la grossesse ou l'accouchement. J'ai dit ce que je pensais des adhérences si redoutées, qui le plus souvent sont inexistantes, les faits de laparotomie chez les césarisées antérieurement pour un accouchement ou une autre cause le démontrent surabondamment.

Les faits semblent démontrer, en outre, que le danger de rupture est beaucoup moins certain qu'on ne le pense ; et n'est-ce pas vraisemblable, d'ailleurs, quand on voit, lors d'une nouvelle intervention, que la cicatrice ancienne ne peut être découverte, si bien qu'on la cherche ?

Je crois donc que l'opération césarienne est vraiment, en tant qu'opération à terme, une intervention absolument satisfaisante. Non seulement, en effet, elle peut être répétée, mais surtout, et, ce qui est mieux, — fait des plus intéressants et de nature à encourager ceux qui pensent comme moi que ses indications doivent être très étendues et que la naissance d'un enfant vivant vaut largement une intervention réellement peu dangereuse, — la césarienne, une fois faite, n'entraîne pas du tout la nécessité d'une nouvelle intervention, si les conditions qui l'ont exigée une première fois n'existent plus. Mes conclusions provisoires me paraissent rester entières.

