

bassin ou par suite d'un obstacle siégeant au niveau des organes génitaux.

D'une manière générale, *lorsque le fœtus est extrait*, il faut sans plus tarder enlever le placenta afin d'éviter une hémorragie; ce qui permet de s'occuper le plus rapidement possible du traitement proprement dit de la rupture. Dans certains cas, cette délivrance artificielle peut être difficile, le placenta ayant passé par la rupture dans la cavité abdominale : on est alors obligé de pratiquer la laparotomie pour extraire ce placenta.

Lorsque la délivrance est faite, on peut se rendre plus ou moins facilement compte des lésions de l'utérus en introduisant la main profondément : si la déchirure paraît peu étendue, et si l'hémorragie est peu abondante, on se contente de faire un tamponnement antiseptique avec la gaze iodoformée, en ayant soin de faire une compression énergique de l'abdomen.

Si, au contraire, la rupture paraît étendue, ou si l'état général de la femme est grave, on pratique la laparotomie pour voir exactement quelles sont les lésions et y remédier en conséquence : si la déchirure est modérée, à bords réguliers, on la suture avec du catgut ou de la soie. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'utérus a peu de tendance à se cicatriser. Aussi, pour peu que la déchirure soit étendue, irrégulière, anfractueuse, est-ce l'opération de Porro qui s'impose : lorsqu'elle est faite dans de bonnes conditions d'asepsie, elle met la femme dans une situation favorable au point de vue de la guérison.

MODE DE TRAITEMENT.	RUPTURE COMPLÈTE			RUPTURE INCOMPLÈTE			RUPTURE INDÉTERMINÉE Guérison.
	Nombre de cas.	Guérison.	Pourcentage.	Nombre de cas.	Guérison.	Pourcentage.	
Sans traitement . . . . .	70	10	14.2	21	4	19	5
Bandage compressif . . . . .	5	1	»	2	2	»	»
Tamponnement . . . . .	15	6	40	10	5	50	»
Tube à drainage . . . . .	14	8	57.1	5	4	80	»
Mèche iodoformée . . . . .	7	6	85.7	1	1	100	»
Drainage simple . . . . .	6	4	66.6	1	1	100	»
Laparotomie { avec suture . . . . .	24	10	41.7	»	»	»	»
{ sans suture . . . . .	15	8	55.5	»	»	»	»
{ Porro . . . . .	15	8	55.5	1	1	100	»
Un cas, sans traitement spécial (résection de l'épiploon pro- labé). . . . .	1	1	»	»	»	»	»
Un cas, avec application d'une solution de perchlore de fer comme moyen hémostatique.	1	1	»	»	»	»	»
Traitement indéterminé. . . . .	10	»	»	5	»	»	»
	181	65		46	16		5

Le *traitement général* consiste à user de l'alcool, de la glace, de la quinine, etc.; il faut surveiller avec soin l'émission des urines.

K. Merz<sup>1</sup>, sous l'inspiration de Fehling, a réuni tous les cas de rupture utérine publiés depuis 1870, c'est-à-dire depuis l'ère antiseptique ou, tout au moins, depuis qu'on prend quelques précautions d'antiseptie. Il a ainsi trouvé 250 cas de rupture de l'utérus qui se divisent en : *a*, ruptures complètes, 181; *b*, ruptures incomplètes, 46; *c*, ruptures indéterminées, 5. La proportion de guérison a été de 54,8 pour 100 pour les ruptures complètes et de 41,5 pour 100 pour les ruptures incomplètes. Le tableau récapitulatif qui précède indique à la fois les principales variétés de traitement et les résultats qu'elles fournissent.

Il est difficile d'apprécier à l'aide de ces chiffres les résultats obtenus par telle méthode; il faut se reporter aux observations pour juger de la gravité des cas; c'est alors qu'on peut voir que de plus en plus dans le traitement des ruptures utérines, il faut employer la laparotomie et la suture utérine.

#### DYSTOCIE FŒTALE

La *dystocie fœtale* résulte d'un obstacle créé à l'accouchement par le fœtus.

Tantôt cette dystocie existe seule, c'est-à-dire que, les autres facteurs de l'accouchement étant normaux (bassin, utérus, etc.), il existe une anomalie du côté du fœtus; tantôt elle vient compliquer la dystocie maternelle. Pour prendre deux exemples : l'hydrocéphalie fœtale peut exister chez une femme bien conformée dont les accouchements ont toujours été normaux; parfois, au contraire, la femme présente en outre un rétrécissement du bassin.

Les obstacles à l'accouchement qui proviennent du fœtus sont de différents ordres; c'est, par exemple, une augmentation de volume portant sur tout le corps, ou bien l'excès de volume est localisé à la tête dans les cas d'hydrocéphalie, à l'abdomen dans les cas d'ascite ou de tumeurs abdominales.

Les présentations autres que celles du sommet sont en réalité des causes de dystocie. Mais, comme nous l'avons vu, elles résultent d'un vice de conformation de l'utérus ou du bassin ou d'un défaut de tonicité de la paroi abdominale ou utérine. En réalité, la dystocie fœtale est, en quelque sorte, secondaire à la dystocie maternelle. Nous renvoyons aux chapitres des différentes présentations pour ce qui a trait à la dystocie que causent les présentations vicieuses.

La même influence se fait encore sentir dans certains cas de présentations du sommet où la tête est mal orientée, trop inclinée, etc.; nous avons vu qu'il ne fallait point cependant considérer les variétés postérieures de la présentation du sommet comme une réelle cause de dystocie.

Nous avons indiqué également (page 857) comment la mort du fœtus

<sup>1</sup> K. Merz. Zur Behandlung der Uterusruptur. Arch. f. Gyn., Bd. XLV, Heft 2.

pouvait créer de deux manières des difficultés au cours de l'accouchement, soit que la dystocie résulte simplement du défaut de résistance des tissus ayant subi la macération, soit que la putréfaction vienne augmenter le volume total du fœtus et en gêner singulièrement l'extraction.

Nous avons vu par quels différents mécanismes la présence de deux fœtus dans la cavité utérine pouvait entraver la marche régulière de l'accouchement; nous n'y reviendrons pas.

Il est une complication qui survient au cours de l'accouchement, la *procidence du cordon*: il est d'usage de la décrire en même temps que la dystocie fœtale. Il serait plus logique de faire rentrer cette complication dans un chapitre de dystocie ovulaire qui comprendrait en outre l'étude des difficultés de l'accouchement causées par la présence du placenta sur le segment inférieur. Toutefois, nous conformant à l'usage, nous décrirons ici la procidence du cordon, qui n'est, d'ailleurs, une complication si redoutable que parce que c'est le fœtus qui vient lui-même comprimer les vaisseaux funiculaires et gêner ainsi, et dans certains cas interrompre, sa propre circulation. Nous ferons suivre l'étude de la procidence du cordon de celle de la procidence des membres qui l'accompagne si souvent que Mme Lachapelle les a réunies dans son dixième mémoire sur les *procidences*.

Nous étudierons donc dans ce chapitre de *dystocie fœtale* les obstacles causés à l'accouchement:

1° Par l'*excès de volume, sans maladie, du fœtus*;

2° Par l'*excès de volume du fœtus dû à une lésion pathologique* et en particulier à l'*hydrocéphalie*;

3° Par la *procidence du cordon*;

4° Par la *procidence des membres*.

#### I. DYSTOCIE PAR EXCÈS DE VOLUME PHYSIOLOGIQUE DU FŒTUS

a. *Excès de volume total*. — Le fœtus, bien proportionné, peut dépasser la normale par son poids et ses dimensions: des faits authentiques prouvent que le fœtus peut peser 5, 6 kilogrammes et même plus. Si le bassin est grand, cet excès de volume ne crée pas de dystocie particulière; tout au plus le travail est-il plus long. La tête s'engage tardivement et la période d'expulsion se prolonge.

Quelquefois, même chez une femme ayant un bassin normal, le volume du fœtus est tel qu'il ne pourra franchir la filière pelvienne sans subir de réduction ou sans que la ceinture osseuse du bassin ait été élargie par la symphyséotomie. Ce sont ces faits qu'on observe chez de grandes multipares ayant accouché plusieurs fois spontanément, et chez lesquelles l'accouchement d'un fœtus plus gros ne peut se faire sans intervention opératoire.

L'influence du *sexe* a une réelle importance au point de vue du volume total et du volume de la tête: d'après les recherches statistiques de Simpson, les garçons meurent en plus grand nombre que les filles au cours du travail. Pinard a récemment insisté sur ces faits et montré que, même à poids égal, les garçons avaient la tête plus volumineuse.

Comment savoir si c'est l'excès de volume de la tête du fœtus qui crée l'obstacle? Par le palper, on reconnaît un gros fœtus aux dimensions considérables de l'utérus, après avoir éliminé les autres causes d'excès de volume de l'utérus: grossesse multiple, hydramnios, etc. Si l'on a examiné la femme pendant la grossesse, on arrive facilement, avec quelque expérience, à diagnostiquer un *gros œuf*; la chose est encore possible par le palper au cours du travail, avant comme après la rupture des membranes. De plus, si la dilatation de l'orifice utérin est assez avancée pour que le doigt arrive sur la fontanelle postérieure, on constate que l'occipital est large et que le pariétal est étendu.

Une fois le diagnostic fait de gros fœtus ayant une tête volumineuse, QUELLE CONDUITE TENIR? Si, un certain temps après la dilatation complète, la tête engagée ne progresse plus, arrêtée par son volume, mal poussée par un utérus fatigué, il faut recourir au forceps, qui suffit habituellement. Si la tête n'est pas engagée, il faut encore user du forceps, mais avec une extrême prudence; en cas d'insuccès la symphyséotomie s'impose et permet de sauver ces beaux enfants qu'on sacrifiait trop souvent autrefois. — Si le fœtus a succombé au cours du travail, il faut pratiquer la basiotripsie.

b. *Dystocie causée par l'excès de volume et le défaut de rotation des épaules*. — Cette complication, signalée par les anciens auteurs, a été bien étudiée par Jacquemier (1860).

Elle se traduit cliniquement de deux manières différentes: tantôt la tête fœtale ne progresse plus dans l'excavation, parce que les efforts d'expulsion s'épuisent sur les épaules et ne se transmettent plus à la tête (c'est l'enclavement des épaules, de Levret); tantôt la tête fœtale est sortie spontanément ou a été extraite par le forceps; elle reste étroitement appliquée contre la vulve. Les épaules, retenues à la partie supérieure de l'excavation, ne descendent pas ou n'accomplissent pas leur mouvement de rotation.

Dans les cas simples<sup>1</sup>, il suffit d'exercer quelques tractions, dirigées en bas, sur la tête fœtale, pour que les épaules s'abaissent et arrivent sur le bassin mou où elles se dégagent alors facilement. — Dans d'autres cas, il faut introduire la main dans les organes génitaux, puis glisser l'index et le médus dans le creux de l'aisselle pour tâcher de l'abaisser et au besoin de faire tourner l'épaule.

Dans certains cas, particulièrement dans les bassins rétrécis, cette manœuvre n'aboutit pas, il faut introduire la main, et essayer d'abaisser un bras que l'on saisit à pleine main. Parfois l'abaissement des deux bras est nécessaire pour pouvoir ensuite exercer des tractions sur le tronc. — Ribemont-Dessaignes a donné le conseil, lorsqu'on pratique la basiotripsie dans un bassin rétréci, d'aller dégager successivement les deux bras et de les casser au besoin pour pouvoir les abaisser.

Il faut se rappeler que parfois les épaules s'engagent difficilement parce que l'orifice utérin insuffisamment dilaté fait obstacle, c'est ce que l'on observe pendant l'expulsion des fœtus anencéphales dont l'extrémité céphalique incomplète ne dilate pas suffisamment l'orifice.

<sup>1</sup> De la conduite à tenir dans les cas de dystocie due aux épaules. *Thèse*, Ed. Vilpelle, Paris, 1891.

## II. — DYSTOCIE PAR EXCÈS DE VOLUME PATHOLOGIQUE DU FŒTUS

*a. Hydrocéphalie.* — L'hydrocéphalie congénitale est constituée par l'accumulation anormale du liquide céphalo-rachidien dans la cavité crânienne.

Ce n'est guère qu'au XVIII<sup>e</sup> siècle que les accoucheurs reconnurent que l'hydrocéphalie pouvait être une cause de dystocie; la première observation bien prise est due à Smellie, qui, après avoir établi le diagnostic, « fit une ouverture à la tête en poussant la pointe de ses ciseaux à travers les téguements. Aussitôt les eaux sortirent de plein jet à la quantité d'environ 5 pintes. La tête, étant désempie, fut tirée dans le vagin. » Vers la même époque, Salomon Naumannus, de La Motte, publièrent des observations montrant la difficulté de l'accouchement dans les cas d'hydrocéphalie.

En 1827, Dugès lut à l'Académie de médecine un mémoire important sur les *Obstacles apportés à l'accouchement par mauvaise conformation du fœtus*; depuis cette époque les travaux les plus complets sur ce sujet sont ceux de Chassinat (1864), d'Ouvrier (1869), de Poulet, d'Alph. Herrgott (1878).

*Anatomie pathologique.* — Les anciens auteurs distinguaient deux variétés d'hydrocéphalie : l'externe dans laquelle il y avait collection liquide entre le cuir chevelu et les os du crâne; l'interne qui était constituée par l'accumulation de liquide à l'intérieur du crâne. On avait même poussé plus loin l'analyse, en distinguant une hydrocéphalie mixte ou bâtarde, dans laquelle il y avait en même temps épanchement à l'intérieur et à l'extérieur du crâne. Ces variétés sont secondaires, et ne se montrent qu'au cours du travail lorsque le liquide est chassé hors du crâne par les pressions exercées sur la tête fœtale.

Le liquide de l'hydrocéphalie existe donc dans les cavités de l'encéphale ou dans ses membranes; c'est dans les ventricules que se font les épanchements les plus fréquents; quelques auteurs (Camper, Petit, Chassaignac) n'ont même jamais trouvé de liquide que dans les ventricules. Cependant « le liquide peut encore s'épancher dans le tissu interstitiel de l'encéphale, dans les mailles de la pie-mère et les espaces sous-arachnoïdiens, enfin entre l'arachnoïde et la dure-mère, dans la cavité que formerait cette membrane en se réfléchissant sur la dure-mère » (Jaccoud et Hallopeau).

Le liquide est plus ou moins abondant; sa quantité moyenne est de 1 à 2 litres environ; elle peut être de 10 ou 12 litres dans les cas extrêmes. Ce liquide, clair, légèrement jaunâtre, renferme de faibles traces d'albumine (0,246 p. 100), des sels de soude et des traces de matières extractives.

La substance cérébrale est plus ou moins distendue par le liquide; la cloison interventriculaire est comprimée, distendue, ses éléments nerveux s'atrophient, elle se résorbe et disparaît. Quant à la substance cérébrale qui entoure les ventricules, elle se laisse distendre, s'étire et se trouve réduite à une couche peu épaisse, appliquée contre les os du crâne : ces lésions sont

d'autant plus marquées que l'épanchement hydrocéphalique est plus considérable.

La membrane séreuse qui tapisse la cavité ventriculaire est très vascularisée; en outre, il semble, d'après certaines observations (Archambault), que le liquide soit emprisonné dans la cavité des ventricules et ne puisse descendre dans la cavité rachidienne; tantôt il y a oblitération par la séreuse épaissie du point de communication entre l'aqueduc de Sylvius et le ventricule; tantôt c'est le trou de Magendie qui est oblitéré.

Sous l'influence de la pression exercée de dedans en dehors par le liquide accumulé en excès dans la cavité crânienne, les os du crâne s'écartent les uns des autres; les sutures sont très élargies; en même temps les os s'amincissent (fig. 459). Quelquefois leur épaisseur « est si peu considérable que les parois du crâne perdent leur consistance osseuse et donnent en se déprimant sous le doigt qui les touche une sensation analogue à celle d'une membrane sèche, ou d'un morceau de parchemin... Par suite de la distension de la cavité crânienne et de l'amincissement des parois qui en est la suite, l'usure des os peut se faire à certaines places et conduire insensiblement à la perforation de ces parois et à la formation de



Fig. 459. — Squelette de la tête d'un fœtus hydrocéphale. (D'après nature.)

poches externes qui ont reçu le nom d'encéphalocèles » (A. Herrgott). Dans certains cas l'épaisseur des os du crâne est non seulement normale, mais elle est plus considérable que celle des os du crâne d'un fœtus non hydrocéphale. Il existe au musée de la Clinique Baudelocque un bel exemple de cette variété.

L'aspect du fœtus hydrocéphale est tout à fait caractéristique : les os frontaux, repoussés en avant et déjetés de chaque côté de la ligne médiane, surplombent la face, qui est proportionnellement petite. Toute la voûte du crâne est élargie, volumineuse; par suite de l'écartement des frontaux et des pariétaux, la fontanelle antérieure est très étendue; les sutures, et en particulier la suture sagittale, sont très larges et peuvent présenter 3, 4 et 5 centimètres de largeur. On se rend très bien compte de ces particularités, à l'aide du doigt, en examinant une tête d'hydrocéphale (fig. 459).

Il n'est point rare d'observer d'autres malformations concomitantes : spina-bifida, hydrorachis, pieds bots, omphalocèle; Nægele a signalé une transposition complète des viscères abdominaux et thoraciques.

Contrairement à l'opinion de Désormeaux, de Jacquemier, le tronc du fœtus hydrocéphale est habituellement d'un développement normal, correspondant bien à l'âge de la grossesse.

*Diagnostic.* — Si le diagnostic de l'hydrocéphalie s'impose à la vue, lorsque le fœtus est complètement sorti des organes maternels, est-il possible de le faire pendant la grossesse, ou bien au cours du travail? Assurément oui, tout au moins dans les cas où l'hydrocéphalie est nettement caractérisée et ne s'accompagne pas d'hydramnios (Van Huevel).

PENDANT LA GROSSESSE, le palper a permis à différents observateurs, Tarnier, Pinard, etc., d'affirmer l'existence de l'hydrocéphalie. On peut être « appelé, dit Pinard, à pratiquer le palper dans deux conditions bien différentes : ou le liquide amniotique est en qualité normale, ou il y a hydropisie de l'amnios. De là deux sensations différentes, en appréciant la tension de la paroi utérine : dans le premier cas, la tension normale permettra facilement de faire le diagnostic, quelle que soit la présentation. En recherchant les deux pôles de l'ovoïde fœtal, en étudiant leurs caractères, on ne tardera pas à se rendre compte du développement anormal de l'un d'eux. Une augmentation de volume même peu marquée pourra être ainsi appréciée. »

Lorsque la tête est en bas, il est généralement facile de constater le volume plus ou moins considérable de cette tête qui est retenue au-dessus du détroit supérieur. En cherchant à l'appliquer avec la main au niveau du détroit osseux, on se rend compte de son augmentation de volume en tous sens; on peut même évaluer approximativement, à l'aide du compas d'épaisseur, les grands diamètres de cette tête.

Lorsqu'il y a présentation du siège, la tête est plus difficile à explorer : aussi ne faut-il pas prononcer à la hâte le nom d'hydrocéphalie; car, « lorsque la tête ayant un volume normal est bien mobile et superficielle au fond de l'utérus, elle donne tout d'abord aux mains qui l'explorent la sensation et l'idée d'un corps ayant un volume exagéré. Bien souvent il faut, pour être définitivement fixé, ramener la tête au niveau du détroit supérieur, où l'exploration et l'appréciation sont beaucoup plus faciles et permettent de connaître aussi exactement que possible la vérité » (Pinard).

L'auscultation pourrait, d'après Blot (1854), fournir de précieux renseignements, en montrant que le foyer d'auscultation, avec une présentation d'une tête hydrocéphale, est très élevé, situé au niveau et au-dessous de l'ombilic; c'est là un signe qui ne saurait en aucune façon permettre d'affirmer l'hydrocéphalie; tout au plus est-il bon à confirmer le diagnostic établi par le palper.

PENDANT LE TRAVAIL, surtout au début, c'est encore le palper qui permet le mieux de diagnostiquer l'hydrocéphalie : l'utérus est volumineux, surdistendu, la partie fœtale n'est pas engagée, elle repose au niveau de l'aire du détroit supérieur, elle déborde de tous côtés. L'auscultation montre que le foyer d'auscultation est élevé. L'effacement et la dilatation de l'orifice utérin s'accomplissent lentement; le doigt atteint difficilement la partie fœtale; si, après avoir constaté que le bassin — normal — n'empêche pas l'engagement, on ne peut se rendre compte d'une manière précise des caractères de la partie fœtale, on introduit la main dans le vagin et on recherche avec soin l'état des sutures au niveau de la partie accessible de la tête; si elles sont larges, le diagnostic d'hydrocéphalie est certain.

En outre, le bord des os présente souvent des dentelures longues et aiguës qui donnent au doigt la sensation de dents de scie et semblent devoir perforer le cuir chevelu.

Il suffit de ne point confondre les fontanelles d'une tête hydrocéphale avec la poche des eaux : toutes deux présentent une surface lisse, bombent au moment de la contraction utérine, mais la surface de la poche des eaux est plus unie et n'est point limitée par un bord osseux.

Lorsque l'hydrocéphalie n'est pas diagnostiquée, le travail dure très longtemps et la femme court des dangers de nature variable : tantôt l'utérus se contracte, se tétanise : le danger est ici d'autant plus grand que l'utérus est surdistendu au niveau du segment inférieur, ainsi que l'ont établi les recherches de Simpson et de Bandl : d'où la possibilité d'une rupture qui a été notée dans plus du quart des cas.

D'autres fois l'utérus fatigué se relâche; il y a inertie, le fœtus succombe, subit un commencement de putréfaction et la femme ne tarde pas à présenter des phénomènes d'infection.

Dans certains cas, sous l'influence de contractions utérines fortes, rapprochées, une portion du liquide contenu dans la cavité crânienne transsude à travers les os, et la tête ainsi diminuée de volume peut être expulsée spontanément. Quelquefois les efforts faits par la femme pour hâter cette expulsion sont tels qu'il y a rupture de vésicules pulmonaires (Depaul). — Dans les cas où l'expulsion est impossible sans l'intervention de l'art, la femme abandonnée à elle-même succombe épuisée, ou à la suite de rupture de l'utérus.

Lorsque le fœtus se présente par le siège, le diagnostic de la tête hydrocéphale retenue dernière n'est point sans difficulté; il faut la distinguer d'une tête de volume normal retenue dans un bassin rétréci ou s'orientant mal, ou bien gênée dans sa descente par une tumeur utérine (fibrome) ou péri-utérine (kyste de l'ovaire). On arrive à faire le diagnostic en palpant cette tête à travers la paroi abdominale, et en pratiquant le toucher manuel qui permet de constater la largeur des fontanelles latérales.

*Fréquence.* — L'hydrocéphalie est une complication relativement rare : on ne l'observe guère qu'une fois sur 2 000 ou 3 000 accouchements. Les auteurs qui ont indiqué une proportion plus grande (1 sur 900) ont compté comme hydrocéphales un certain nombre de fœtus dont la tête était peu ossifiée et dont les fontanelles et les sutures étaient seulement un peu plus larges que d'ordinaire.

Pinard a fait à plusieurs reprises par le palper le diagnostic d'hydrocéphalie au cours de la grossesse; ce diagnostic était suffisamment ferme pour intervenir dès le début du travail.

*Causes.* — Les causes de l'hydrocéphalie sont mal connues : dans un certain nombre d'observations, on a relevé comme causes la syphilis paternelle ou maternelle, le crétinisme, la consanguinité; quelques auteurs tendent à ranger l'hydrocéphalie dans le cadre des accidents para-syphilitiques. Certaines maladies de l'encéphale pendant la vie intra-utérine peuvent produire l'hydrocéphalie. Les recherches de Dareste sont intéressantes à cet égard.

L'hydropisie de l'amnios, qui coexiste dans un certain nombre d'observations d'hydrocéphalie, peut être indiquée comme cause ou comme effet de cette malformation.

**Pronostic.** — L'hydrocéphalie est d'une gravité très grande pour le fœtus; dans la presque totalité des cas, le fœtus succombe ou bien est sacrifié au cours du travail; lorsqu'il naît vivant, il meurt généralement dans les quelques heures ou les quelques jours qui suivent sa naissance.

S'il survit à la première année, l'hydrocéphale présente habituellement tous les signes de l'idiotie; de telle sorte qu'au point de vue de la conduite à tenir pendant l'accouchement, la vie du fœtus ne doit pour ainsi dire pas entrer en ligne de compte.

Nous avons montré quels étaient les dangers courus par la mère: dans les cas rares où l'expulsion du fœtus hydrocéphale est spontanée, la lenteur du travail, la difficulté de la période d'expulsion rendent déjà pour la mère le pronostic assez sérieux; mais le pronostic s'assombrit bien davantage, lorsque la tête hydrocéphale ne peut descendre et lorsque le diagnostic de la complication n'est pas porté de bonne heure: la femme est exposée alors à la rupture de l'utérus et aux dangers d'infection lorsque le fœtus succombe.

**Conduite à tenir.** — Pendant la grossesse, le point important est de faire le diagnostic de l'hydrocéphalie; ce diagnostic posé permet d'intervenir de bonne heure au début du travail. Dans des cas exceptionnels où la même femme aura déjà eu plusieurs enfants hydrocéphales, on pourra, comme l'a fait Simpson avec succès, recourir à l'accouchement prématuré provoqué. Lorsque le père ou la mère sont manifestement syphilitiques, le traitement spécifique est de rigueur.

Pendant le travail, lorsque le diagnostic a été nettement établi, il faut intervenir le plus rapidement possible, et pratiquer, dès le début de la dilatation, une ponction capillaire au niveau d'une suture; ce qui permet à la tête de s'accommoder, de descendre dans l'excavation et d'être expulsée assez rapidement. Dans les cas douteux, où le diagnostic n'a pu être posé pendant la grossesse, il faut recourir au toucher manuel, dès que la dilatation le permet.

Dans certains cas, l'idée d'une hydrocéphalie ne vient pas tout d'abord à l'esprit; ce n'est, par exemple, qu'après avoir appliqué les cuillers du forceps qu'on est frappé par l'écartement excessif des cuillers de l'instrument et qu'un examen plus attentif permet de reconnaître la cause réelle de la dystocie.

Lorsque le fœtus se présente par le siège et que la tête hydrocéphale est retenue dernière, quelle conduite faut-il tenir? Il n'est pas prudent d'exercer de fortes tractions sur la tête, sans compter que ces manœuvres n'amènent guère de résultat. La perforation du crâne par la base est loin d'être facile; elle a été faite cependant au niveau de l'occiput, par la bouche, voire même au niveau de la fontanelle latérale. Cette perforation n'est point chose aisée en raison de la hauteur à laquelle on opère; elle peut même présenter quelques dangers.

Aussi est-il préférable, lorsque le tronc est dégagé, de recourir à une

méthode plus simple, attribuée à Lacoux par Van Huevel, et mise en pratique pour la première fois par Tarnier: elle consiste à sectionner la colonne dorsale et à donner issue au liquide par cette voie. On enfonce la lame d'un bistouri de chaque côté de la colonne vertébrale dans deux espaces intercostaux correspondants, et par cette double brèche on introduit profondément les lames d'une paire de ciseaux; d'un seul coup, on sectionne la colonne vertébrale. Le canal rachidien est ainsi mis à découvert; la partie du tronc sous-jacente à la section s'affaisse; on introduit alors dans le canal rachidien une sonde en gomme, munie d'un mandrin ou même une sonde métallique que l'on pousse jusque dans la cavité crânienne: un jet de liquide céphalo-rachidien s'écoule au dehors (fig. 440), la tête se vide et ne tarde pas à être entraînée au dehors par le poids du corps.

Lorsque le fœtus est extrait, pour se bien rendre compte du volume primitif de la tête fœtale, on peut y injecter du liquide par la même voie.

**b. Encéphalocèle congénitale.** — L'encéphalocèle est une tumeur qui existe à la naissance sur le crâne du fœtus.

On en distingue deux variétés principales, suivant que la poche de la tumeur renferme seulement du liquide céphalo-rachidien ou en même temps de la substance cérébrale (méningo-encéphalocèle).

Tantôt la tumeur est en communication par un orifice avec la cavité crânienne: sous l'influence du cri, de l'effort, elle augmente de volume et se tend; si l'on exerce sur elle une compression modérée, elle se réduit en partie, et cette réduction peut suffire à produire des mouvements convulsifs chez le nouveau-né.

Tantôt la tumeur est isolée de la cavité crânienne, l'orifice de communication étant oblitéré.

Le pédicule de la tumeur est plus ou moins volumineux.



Fig. 440. — Fœtus dont la tête hydrocéphale est retenue haut dans les organes génitaux.

L'incision transversale de la colonne dorsale a été pratiquée et un cathéter donne issue au liquide céphalo-rachidien (procédé Van Huevel-Tarnier).

L'encéphalocèle siège généralement au niveau de la ligne médiane, soit au niveau de l'occiput (fig. 441), soit au niveau du front.

Nombreuses sont les théories émises pour expliquer la production de l'encéphalocèle : pour les uns, il s'agit d'un arrêt de développement, d'un défaut d'ossification d'un os du crâne ; pour les autres, c'est par suite d'adhérences amniotiques au cuir chevelu que se produisent ces tumeurs.

Au point de vue obstétrical, le diagnostic de ces tumeurs n'est généralement fait qu'après l'accouchement ; il faut qu'elles soient d'un gros volume pour produire un obstacle à l'expulsion du fœtus. Il suffit alors de ponctionner la tumeur pour qu'elle diminue ou disparaisse au moins temporairement.

*c. Œdème généralisé.* — Le fœtus peut subir, sous des influences encore



Fig. 441. — Encéphalocèle congénitale siégeant à la partie postérieure du crâne. (Vaprès nature.)

mal connues (syphilis, obstacle à la circulation dans la veine ombilicale, etc.), une infiltration totale de son tissu cellulaire ; cette augmentation de volume peut gêner notablement l'accouchement. Tantôt le fœtus conserve sa forme générale et ne présente qu'une sorte de bouffissure généralisée (fig. 442) ; tantôt le fœtus est déformé et présente des formes bizarres (Bestchler).

Dans un cas rapporté par Ballantyne (d'Édimbourg), l'anasarque était généralisée, mais prédominait surtout au niveau du cuir chevelu, de la face et des parties génitales. La face offrait le faciès typique du *boule-dogue* ; il y avait un pli profond à la racine du nez. Les oreilles étaient plissées par l'œdème, la langue procidente. Ce fœtus, qui pesait 1960 grammes, vécut deux ou trois minutes ; le placenta, épais et friable, pesait 870 grammes.

Si quelques-uns de ces fœtus naissent vivants, ils ne tardent pas à succomber ; le plus souvent ils meurent au cours du travail ou de l'extraction.

D'après Ballantyne, l'anasarque des nouveau-nés peut reconnaître des causes diverses : elle peut être due à des affections intra-utérines, rénales, à des altérations du sang ou à l'absence du canal thoracique, comme dans le

cas rapporté ci-dessus ; mais elle peut résulter d'affections maternelles qui retentissent sur le placenta et, par suite, sur le fœtus.

Dans quelques observations on a noté, en même temps que l'œdème généralisé du fœtus, l'anasarque de la mère, l'hydropisie de l'amnios, une augmentation de volume très considérable du placenta.

*d. Hydrothorax.* — Il est exceptionnel que l'hydrothorax soit assez notable pour produire un obstacle à l'accouchement ; il est rarement isolé, le plus habituellement il coexiste avec d'autres épanchements séreux, tels que de l'ascite.

Hohl, Siebold, Galetti, en ont rapporté quelques observations.

*c. Ascite du fœtus.* — L'ascite congénitale du fœtus n'est pas fréquente ; elle est habituellement produite par la syphilis.

La quantité du liquide contenu dans l'abdomen est d'un à quatre ou cinq litres ; sa couleur varie du jaune citron au rouge orange dans les cas où il renferme des globules sanguins. Souvent on trouve d'autres épanchements dans les séreuses (plèvre, péricarde, etc.).

Nombreuses sont les lésions viscérales qu'on peut constater en même temps que l'ascite : hypertrophie ou atrophie du foie avec ou sans dégénérescence des cellules ; hypertrophie ou atrophie de la rate ; hydronéphrose avec distension des uretères. Les lésions coexistentes du péritoine sont

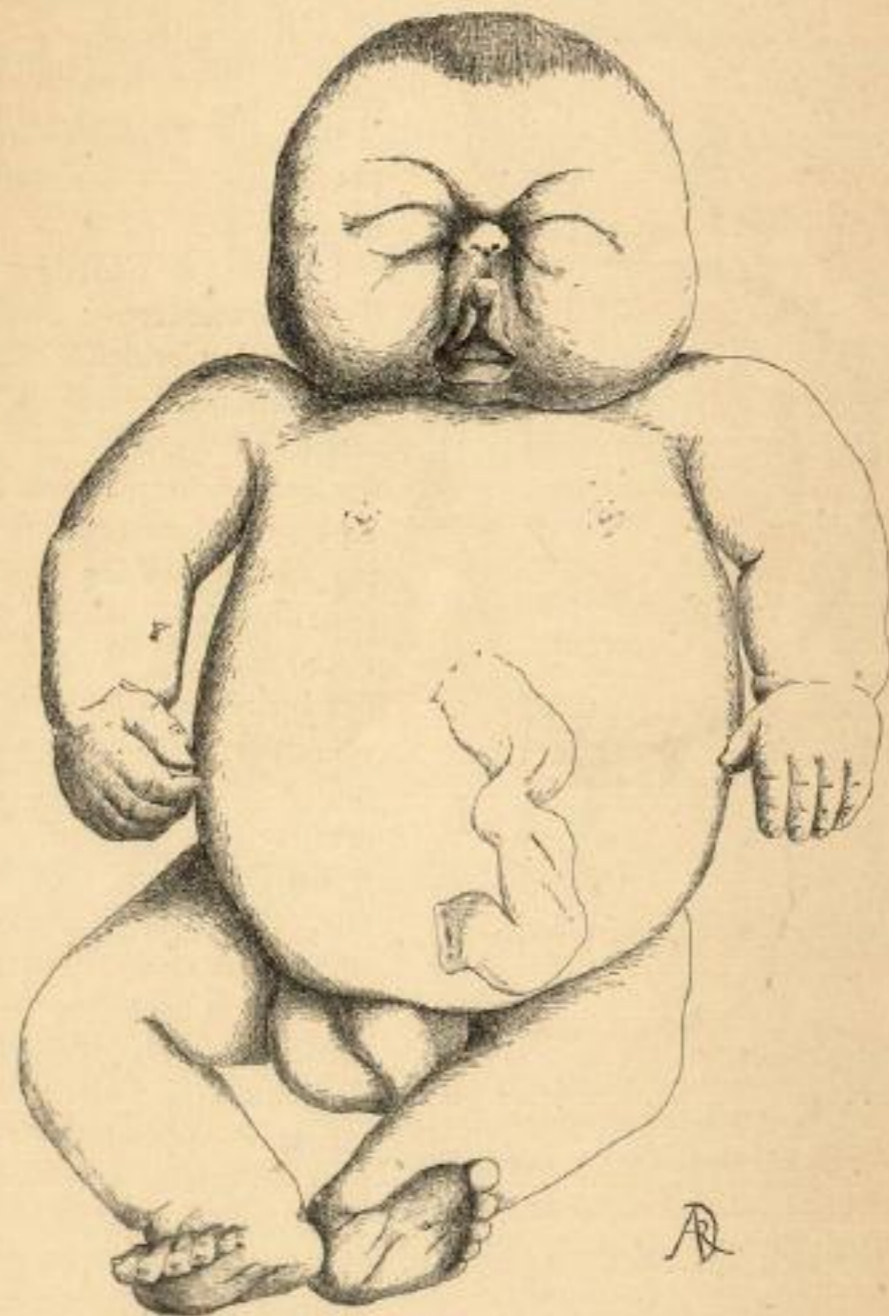


Fig. 442. — Œdème généralisé d'un fœtus mort-né. D'après une photographie communiquée par Léon Dumas (de Montpellier).

variées (hyperhémie, ecchymoses, exsudats localisés ou généralisés, lésions tuberculeuses, gommés syphilitiques (Porak), etc.). Dans un cas observé dans le service de Bouilly, S. Vanverts et F. Ramond (*Bull. de la Soc. anat.*, février 1896) ont constaté, outre l'ascite, un foie pesant 750 grammes et qui présentait des lésions anciennes et fort accusées de sclérose insulaire et intra-lobulaire. La rate normale (pesant 10 grammes) était seulement congestionnée. Le placenta pesait 720 grammes.

Du côté de l'œuf on trouve souvent de l'hydramnios et des lésions syphilitiques du placenta.

L'ascite congénitale se produit de différentes manières : mécaniquement par gêne de la circulation dans la veine porte par suite des lésions du foie. C'est d'une manière mécanique qu'agissent également les lésions du placenta. — D'autres fois l'ascite est de nature inflammatoire, causée par des lésions du péritoine; enfin elle peut être dyscrasique, tenir à des altérations du sang, lorsqu'elle coexiste avec des hydropisies de la mère: le fœtus peut présenter lui-même un œdème plus ou moins généralisé avec des épanchements séreux.

Est-il facile de faire le diagnostic d'ascite alors que le fœtus est encore *in utero*? La chose n'est guère possible au cours de la grossesse: si l'ascite est abondante, elle détermine une augmentation de volume de l'utérus qui cause chez la mère des phénomènes de compression plus ou moins accusés. On peut reconnaître qu'il y a chez le fœtus quelque chose d'anormal, penser même à l'ascite lorsque la femme est syphilitique; mais

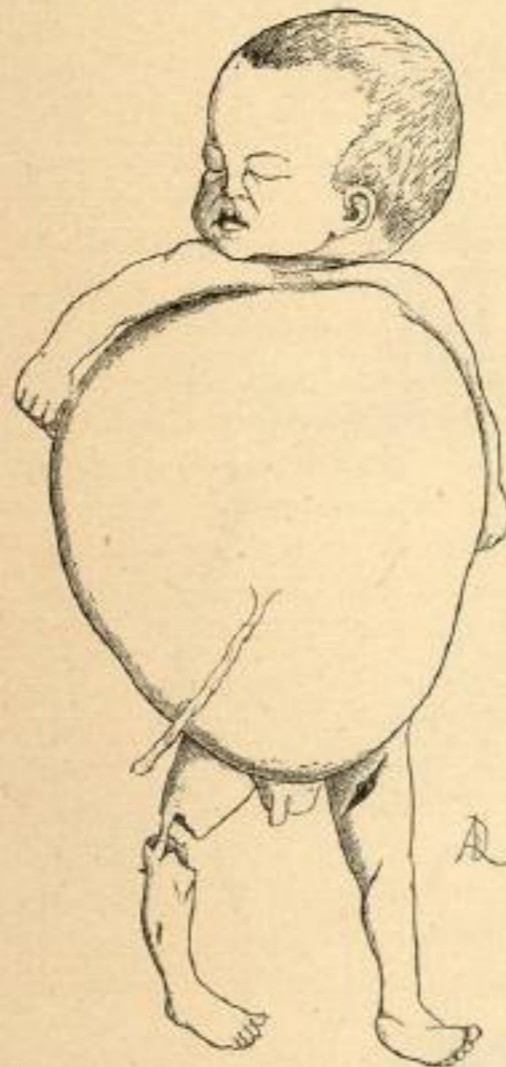


Fig. 445. — Ascite chez un fœtus non macéré. (D'après nature.)

Le fœtus se présentant par le siège n'a été soumis à des tractions assez énergiques qui ont en partie arraché les membres inférieurs. On a été obligé de pratiquer la ponction de l'abdomen. (Maternité.)

il est impossible de rien affirmer.

Au cours du travail, le diagnostic est non seulement possible, mais doit être fait à un moment donné lorsque, au cours de la période d'expulsion, après expulsion de la tête ou du siège, le tronc se trouve arrêté et résiste aux tractions exercées sur lui: en introduisant la main profondément, on reconnaît qu'il y a distension anormale de l'abdomen. Il est difficile d'être plus affirmatif; on ne peut reconnaître s'il s'agit réellement d'une ascite ou bien d'une rétention d'urine. — Dans un cas où le fœtus se présentait par le plan latéral, Charpentier a pu arriver avec le doigt sur la région ombilicale

et constater l'augmentation de volume du ventre qui nécessita la ponction. Il y avait en même temps ascite, péritonite et surtout rétention d'urine avec oblitération du canal de l'urètre.

Le pronostic n'a rien de sérieux pour la mère, si le diagnostic de *gros ventre* du fœtus est fait assez tôt pour qu'on n'exerce pas des tractions immodérées sur le fœtus.

La ponction a facilement raison de la dystocie causée par l'ascite: on la pratique au voisinage de l'ombilic, et si possible entre l'ombilic et le pubis. Quelquefois, chez les fœtus macérés, l'évacuation du liquide a pu être faite avec le doigt qui pénètre sans grande difficulté à travers la paroi abdominale infiltrée.

f. *Dystocie causée par l'appareil urinaire.* — On observe du côté de l'appareil urinaire deux causes d'augmentation de volume qui peuvent mettre obstacle à l'accouchement. Ce sont: 1° la maladie kystique des reins; 2° la rétention d'urine.

1° *Maladie kystique des reins.* — C'est grâce aux travaux d'A. Adamkiewicz, Bouchacourt, Siebold, Forster, Virchow, Ranvier, Lejars, qu'on connaît un peu la nature de cette singulière affection congénitale.

Les deux reins sont habituellement malades; ils peuvent atteindre un volume énorme. Dans un cas où la circonférence de l'abdomen était de 45 centimètres, les deux reins pesaient ensemble 1 kilogramme et mesuraient chacun 16 centimètres de long, 11 de large et 8 d'épaisseur.

La surface des reins est irrégulière et présente des mamelons membraneux transparents qui « leur donnent l'aspect de la masse bulleuse que forme l'eau de savon, quand on la fait mousser en y soufflant de l'air avec un chalumeau » (Duparque).

Le liquide contenu dans les kystes est formé surtout « de sérum contenant quelques-uns des éléments de l'urine et les débris macérés de la destruction rénale » (Madge). Dans un cas, Ranvier a constaté que ce liquide était de l'urine.

L'examen histologique a montré que les cavités kystiques renfermaient des glomérules, que l'épithélium qui les tapisse ressemble à celui des conduits normaux et qu'à côté d'elles existent des conduits simplement dilatés; d'où l'on peut conclure que ces cavités kystiques n'étaient que des cavités tubulaires normales, plus ou moins agrandies.

Les fœtus qui présentent ces lésions sont rarement bien conformés; ils ont d'autres malformations. Dans quelques observations, les femmes ont accouché plusieurs fois de suite d'enfants dont les reins étaient atteints de dégénérescence kystique; aussi a-t-on pu considérer cette maladie comme résultant d'un vice de développement, qui consisterait dans la non-coalescence des canalicules et des papilles développées isolément.

D'après Virchow, Talamon, la maladie proviendrait d'une atrésie papillaire due à une *néphrite intra-utérine* sclérosant, rétractant les papilles et étranglant les conduits urinifères. Lorsque la lésion est partielle, elle serait compatible avec la vie.

Enfin, récemment, reprenant une hypothèse de Ranvier, Lejars s'est

demandé si le rein polykystique fœtal n'était pas constitué par un *épithélioma mucoïde*.

2° La *rétenion d'urine* peut produire une tumeur volumineuse qui quadruple le volume du fœtus accolé pour ainsi dire à elle; le plus habituellement la rétention coïncide avec d'autres malformations fœtales et en particulier avec une absence ou oblitération partielle ou totale du canal de l'urètre. Dans quelques cas cependant, cette oblitération fait défaut (Joulin); néanmoins les fœtus présentent d'autres malformations qui ne permettent guère la vie extra-utérine. — Aussi ne faut-il guère tenir compte du fœtus en pareil cas et, tout en pratiquant la ponction de la vessie avec précaution (Depaul), faut-il avant tout songer à sauvegarder la vie de la mère.

La distension de la vessie est variable: dans les observations publiées on trouve qu'elle contenait par exemple 1750 grammes (Lefour), 2 litres et demi (Gaudon, Depaul) de liquide. Dans un cas la circonférence abdominale mesurait 51 centimètres.

Ce qu'il y a de particulier, c'est qu'assez fréquemment il y a coexistence de la rétention d'urine et d'ascite. Depaul et Moreau ont ainsi rapporté deux observations dans lesquelles ils furent obligés de ponctionner la vessie distendue après avoir évacué le liquide ascitique.

g. *Tumeurs fœtales*. — Il faudrait passer en revue toute la pathologie des tumeurs pour énumérer les nombreuses tumeurs que peut présenter le fœtus à sa naissance: il n'en est guère qui offrent un intérêt vraiment obstétrical en mettant obstacle à l'accouchement.

Nous ne parlerons que de deux variétés de tumeurs, celles de la *région sacro-coccygienne* et le *spina-bifida*.

*Tumeurs de la région sacro-coccygienne*<sup>1</sup>. — Elles sont un peu connues, grâce aux travaux d'Ammon (1842), de Lotzbeck (1858), de Braume (1862), de Molk (1866), de Duplay (1868), de Depaul (1877), de Kirmisson.

Ces tumeurs, qui sont plus fréquentes chez les filles, présentent une grande variété au point de vue de leur structure, de leur siège, de leurs rapports avec les parties avoisinantes, et plus spécialement avec le sacrum et le coccyx. On peut cependant les ranger en trois groupes:

1° *Tumeurs constituées par des inclusions fœtales*. — Elles sont sphériques ou allongées et présentent un volume assez variable.

Elles siègent habituellement à la partie antérieure du sacrum et du coccyx, et font alors saillie en arrière de l'anus; quelquefois elles occupent la face postérieure du sacrum.

Leur paroi est formée par la peau tendue, sillonnée par des vaisseaux dilatés par une muqueuse tapissée d'épithélium pavimenteux. Le contenu est formé de parties liquides et de parties solides: le liquide rappelle parfois, par ses caractères physiques et chimiques, le liquide amniotique (Himly); les parties solides sont constituées par des fragments de membres, garnis de tous leurs tissus ou réduits à l'état rudimentaire, par des fragments d'os, de muscles, de nerfs, etc., par des anses intestinales renfermant du méco-

<sup>1</sup> FOLLIX et DEPLAY. *Traité de pathologie externe*, t. VI.

nium. Duplay signale, en outre, la présence dans ces tumeurs d'amas de matières grasses, stéatomateuses et de kystes séreux, multiples, qui peuvent faire méconnaître la véritable nature de la tumeur.

Ces tumeurs sont généralement fixées au sacrum et au coccyx par un pédicule plus ou moins large, mais ne communiquant pas avec la cavité rachidienne.

2° *Tumeurs communiquant avec le canal rachidien*. — Ces tumeurs sont excessivement rares: les unes sont constituées par des hydrorachis avec spina-bifida; les autres sont de simples hernies des enveloppes de la moelle à travers l'hiatus qui termine inférieurement le canal sacré. — Situées à la partie postérieure du sacrum, elles renferment les rudiments du coccyx arrêté dans son développement. Leur volume peut atteindre celui d'un fœtus à terme: elles refoulent en avant l'anus et les organes génitaux.

3° *Tumeurs qui ne présentent aucune communication avec le canal rachidien*. — « Très rarement situées à la face postérieure du sacrum et du coccyx, ces tumeurs répondent le plus souvent à la face antérieure de ces os, et occupent par conséquent la cavité pelvienne. Généralement elles ont une forme allongée et leur volume varie de celui d'un œuf de poule, jusqu'à celui de la tête d'un fœtus à terme et même davantage. Quelques-uns dépassent à peine le sillon fessier; d'autres descendent jusqu'aux jarrets et même jusqu'aux talons: on dirait que les enfants sont assis sur leur tumeur » (Duplay.) (Voy. fig. 444).

Ces tumeurs présentent des variétés nombreuses au point de vue de leur structure. Duplay les range dans les différentes classes suivantes: 1° kystes; 2° sarcomes et cysto-sarcomes, fibromes et cysto-fibromes; 3° lipomes; 4° tumeurs caudales; 5° tumeurs de nature très complexe.

Nous décrirons d'autant moins ces différentes variétés de tumeurs que, au point de vue obstétrical, il faut qu'elles aient un volume assez marqué pour produire la dystocie. Sur 107 observations, Molk n'a relevé que 18 cas de dystocie, dont 2 se terminèrent spontanément et 16 nécessitèrent le secours de l'art.

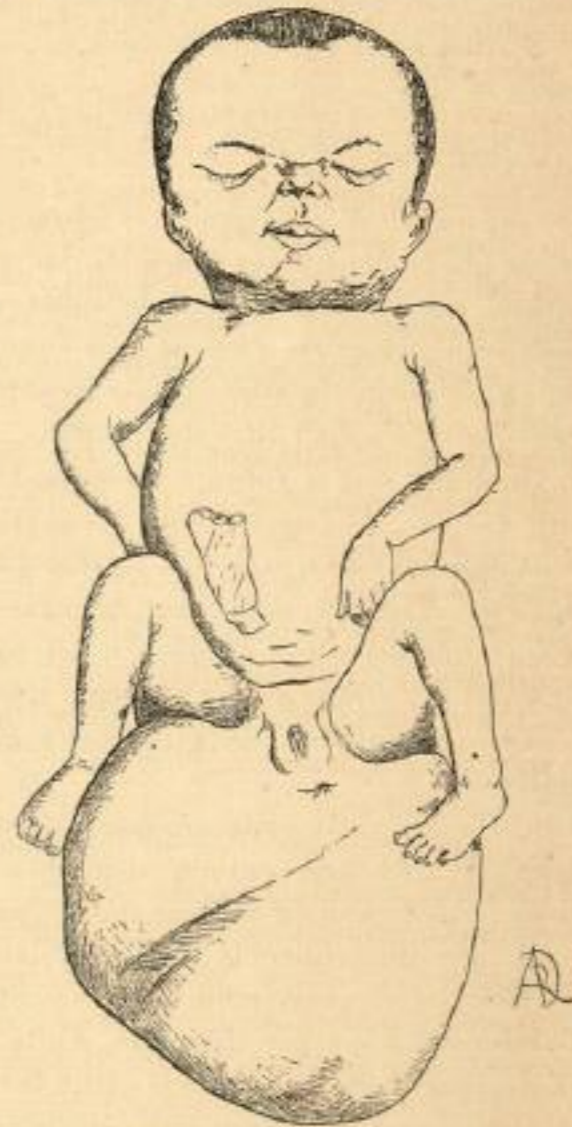


Fig. 444. — Tumeur sacro-coccygienne. Enfant né dans le service de Ribemont-Dessaignes (Hôpital Tenon).



Le pronostic pour le fœtus est grave : les enfants qui présentent ces tumeurs naissent souvent avant terme, mal développés ; ils présentent parfois des malformations. Un certain nombre (29 sur 81) succombent au cours de la grossesse. Quand ils naissent vivants, ils succombent généralement peu de temps après la naissance.

Ce pronostic grave indique qu'au cours du travail, si la tumeur sacro-coecygienne fait obstacle à l'accouchement, il faut sans hésitation la ponctionner, l'inciser, l'enlever par morcellement, suivant les indications.

*Spina-bifida.* — Cette tumeur, qui provient d'un arrêt de développement de la colonne vertébrale, siège habituellement au niveau des régions lombo-sacrée et dorsale. Son volume est rarement assez considérable pour causer de la dystocie.

Cependant il y a quelques observations dans lesquelles le volume du spina-bifida était assez considérable pour gêner l'accouchement ; Zweifel a publié un cas dans lequel le spina-bifida dépassait le volume de la tête fœtale ; Vinchon en a vu un gros comme deux têtes d'enfant ; dans un cas de Porro, la poche du spina-bifida mesurait 57 centimètres de circonférence et contenait près de 1 litre de liquide.

Quel que soit le volume du spina-bifida, il est utile, dans la presque totalité des cas, de l'opérer dans les premiers jours qui suivent la naissance.

*Diagnostic des tumeurs dystociques.* — Lorsqu'on constate un obstacle au cours d'un accouchement, la coexistence de l'hydramnios doit faire penser à une malformation fœtale : il en est de même lorsqu'à un accouchement antérieur le fœtus a déjà présenté une tumeur ou un vice de développement.

Voyons comment on peut arriver au diagnostic dans chacune des présentations<sup>1</sup>.

a. *Le fœtus se présente par le sommet.* — La tête est hors les organes génitaux ; les bras ont été dégagés ou se sont dégagés spontanément ; le tronc résiste à des tractions modérées exercées sur la tête et les bras.

Il faut introduire la main profondément dans les organes génitaux et rechercher successivement s'il n'y a pas de tumeur du cou, du thorax ou si l'abdomen n'est pas distendu. Cette pénétration profonde de la main et d'une partie de l'avant-bras dans les organes génitaux est singulièrement facilitée par l'anesthésie chloroformique et, si le fœtus est mort, par la section de la tête au niveau du cou et des membres supérieurs pendants à la vulve.

Le plus habituellement la main exploratrice ne trouve ni tumeur du cou, ni distension du thorax, mais bien une surdistension de l'abdomen. En cherchant à gagner l'ombilic, elle sent « le ventre énormément distendu par un fluide dont on sent évidemment la fluctuation, — une espèce de vessie comme celle d'un pore quand elle est pleine d'eau, — l'abdomen se renflant comme un ballon, et donnant la sensation d'une poche élastique remplie de liquide en un point de laquelle s'insère le cordon ».

Il n'est pas toujours facile de reconnaître *in utero* la véritable cause de la surdistension de l'abdomen : lorsque la ponction la fait disparaître, le dia-

<sup>1</sup> H. VARNIER. Des maladies du fœtus au point de vue de la dystocie. *Revue pr. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, 1890.

gnostic de rétention d'urine ou d'ascite s'impose : si la ponction ne donne rien, il faut agrandir l'orifice de ponction et pénétrer avec la main dans la cavité abdominale du fœtus.

Lorsqu'on ne trouve pas de distension de l'abdomen, il faut explorer le siège et l'extrémité inférieure de la colonne dorsale, pour voir s'il n'y a pas de tumeur sacro-coecygienne ou de spina-bifida.

La chose est assez facile, car, dans ces cas, l'abdomen est en partie engagé, la plus grande partie du tronc est dégagée. S'il s'agit d'un spina-bifida, on sent une tumeur sphérique, plus ou moins volumineuse, « donnant au toucher la sensation d'une tumeur liquide. Les tumeurs sacro-coecygiennes sont généralement plus consistantes et plus volumineuses ».

b. *Le fœtus se présente par le siège.* — La dystocie se produit alors que le siège tend à s'engager ou alors que les membres inférieurs sont en partie dégagés, suivant la nature de l'obstacle. La main doit rechercher successivement les différentes causes de distension, mais dans l'ordre inverse où elle les cherche lorsque le fœtus se présente par le sommet. L'abdomen — cause habituelle de la dystocie — est plus rapidement accessible que dans la présentation du sommet.

c. *Le fœtus se présente par l'épaule.* — Quelquefois, en allant à la recherche des pieds, la main peut sentir un développement anormal d'une région fœtale ; c'est ainsi qu'au cours d'une version Porro sentit, « au lieu du dos, une poche membraneuse, tendue, fluctuante, un spina-bifida ». De même, dans un cas rapporté par Depaul, une sage-femme fit le diagnostic de tumeur sacro-coecygienne en percevant « une tumeur flasque, charnue, qu'elle put contourner jusqu'au pédicule implanté entre les deux fesses ».

Dans les cas où l'on a abaissé les pieds du fœtus sans rien sentir d'anormal, et où l'on sent une résistance grande, il faut « renvoyer la main en éclaireur, en suivant la fesse postérieure » (H. Varnier).

*Conduite à tenir.* — Lorsqu'on a reconnu que l'obstacle à l'accouchement est constitué par une tumeur, il faut, suivant qu'elle est liquide ou solide, recourir à la ponction, avec un long trocart, ou au morcellement, avec les ciseaux de Dubois. Si la ponction de l'abdomen ne suffit pas à permettre la descente du fœtus, on agrandit l'ouverture et, à l'aide de la main, on arrache par morceau les reins dégénérés, par exemple.

Dans certains cas de présentation du sommet, le thorax, fortement serré dans l'excavation, ne permet pas à la main de pénétrer plus avant et de guider ni trocart ni ciseaux : on sectionne alors le cou du fœtus et, avec des ciseaux, on agrandit la brèche thoracique ; on arrache cœur et poumons ; puis la main, à travers la cage thoracique, arrive au diaphragme : s'il y a ascite, il suffit de ponctionner et le liquide s'écoule. S'il n'y a pas d'ascite, la main perce le diaphragme, peut ainsi explorer la cavité abdominale et pratique, s'il est nécessaire, une nouvelle éviscération.