

porter sur les côtés de la vulve, pendant que les épaules, le dos et les fesses se dégagent.

Cette expulsion s'opère quelquefois si promptement, qu'il est difficile de la suivre; mais, pour peu qu'elle tarde, l'art doit se hâter d'intervenir; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, la compression que les circulaires exercent sur le col peut assez promptement tuer le fœtus.

3° Dans la présentation des fesses, si le travail est abandonné à lui-même, l'accouchement se termine de la manière suivante : les fesses, poussées à la vulve par des contractions utérines, se relèvent du côté où le cordon est situé, puis le tronc descend en s'infléchissant sur lui-même, de façon que, au moment où la tête arrive dans l'excavation, le corps du fœtus forme une courbe dont la concavité répond à peu près à la symphyse des pubis.

Indépendamment du retard qu'elle peut causer dans la marche du travail, et des chances fâcheuses qu'elle fait courir au fœtus, la brièveté du cordon peut encore produire d'autres accidents très-fâcheux pour la mère. C'est à elle surtout qu'il faut attribuer, dans la plupart des cas, la rupture du cordon, le décollement prématuré du placenta, sur lesquels nous reviendrons en faisant l'histoire de l'hémorrhagie utérine. La gravité de ces accidents varie beaucoup, suivant l'époque à laquelle ils surviennent. Au début du travail, l'hémorrhagie qu'ils occasionnent peut compromettre sérieusement la vie de la mère et de l'enfant, si l'art n'intervient promptement. Mais si la rupture du cordon ou le décollement du placenta n'ont lieu qu'au moment où la tête est près de franchir l'orifice vulvaire, ils peuvent être considérés comme une circonstance favorable, car c'est, ainsi que nous venons de le voir, une des ressources que la nature emploie pour terminer l'accouchement.

Enfin, on conçoit que, si le cordon et les adhérences du placenta résistent, le renversement, ou du moins la dépression de l'utérus peut être la conséquence immédiate de l'expulsion du fœtus. C'est vers la fin du travail que ce renversement a lieu; alors, en effet, la femme, sollicitée, par l'état de distension des parties, à faire valoir les douleurs, pousse encore violemment après la cessation de toute contraction utérine, et la matrice relâchée cède d'autant plus facilement à l'action des muscles abdominaux qui tendent à déprimer son fond, que le cordon ombilical, trop court, entraîne dans le même sens la région utérine où le placenta est fixé.

Traitement. — Les conséquences fâcheuses de la brièveté du cordon présentent des indications différentes, suivant l'époque du travail à laquelle on s'aperçoit de son existence. 1° Lorsque les membranes ne sont pas encore rompues, si le col est largement dilaté, les contractions énergiques, et qu'on soupçonne, aux signes que nous avons indiqués, que le tiraillement du cordon est la cause de la lenteur du travail, il faut rompre les membranes; après l'écoulement des eaux, l'utérus reviendra sur lui-même, son fond se rapprochera de son col, et le cordon n'étant plus tiré, permettra à la tête de descendre dans l'excavation. 2° Si la tête est au détroit inférieur, au moment où les mouvements alternatifs d'élevation et de progression commencent à être perçus pendant et après la con-

traction il faut appliquer le forceps. 3° Si la tête n'a plus à vaincre que la résistance des parties molles, il faut se contenter de s'opposer, autant que possible, à ce qu'elle puisse remonter après chaque douleur, et, pour cela, appliquer fortement la main sur les parties extérieures du périnée, et tout en soutenant celui-ci, favoriser l'issue de la tête en la repoussant en haut, comme pour aider à son mouvement d'extension ou de dégagement. Il est bon en même temps qu'un aide comprime le bas-ventre, pour empêcher l'utérus de remonter pendant l'intervalle des douleurs. 4° Enfin, après la sortie de la tête, il faut se hâter de relâcher les circulaires que le cordon forme autour du cou, et de les faire passer par-dessus la tête; si ces circulaires trop serrés résistent aux tractions, il faut les couper mais ne pas trop se presser de faire la ligature de l'extrémité ombilicale du cordon. Dans la plupart des cas, en effet, il est nécessaire, après la naissance, de laisser saigner un peu le cordon pour remédier à l'état apoplectique du fœtus; en pratiquant immédiatement la ligature on se priverait de cette ressource. Si, d'un autre côté, l'expulsion est trop lente à se terminer, on serre légèrement entre deux doigts le bout fœtal du cordon que l'on reconnaît aux jets saccadés de sang qu'il fournit.

Dans l'accouchement naturel par le siège, ou après la version pelvienne, le tiraillement du cordon entortillé autour du tronc ou des membres est chose assez fréquente. Il faut y remédier en pratiquant quelques tractions sur son extrémité placentaire, et, si elles ne suffisent pas, couper le cordon, et terminer le plus promptement possible.

Lorsque la brièveté du cordon est naturelle, les mêmes préceptes sont applicables, et si l'on est obligé de porter la main dans l'utérus pour constater la nature de l'obstacle, il faut en profiter pour faire la version pelvienne. On tire sur l'enfant jusqu'à ce que la base de la poitrine paraisse à la vulve: puis on coupe le cordon, on le lie et on le comprime avec les doigts et l'on termine sur-le-champ l'extraction du fœtus.

Après la délivrance, il importe d'introduire la main dans l'utérus, pour s'assurer que le fond de l'organe n'est ni déprimé ni renversé.

CHAPITRE XV

DES OBSTACLES DUS AU FOETUS

Pour que l'accouchement s'opère spontanément et sans danger, il n'est pas nécessaire seulement que la mère soit bien conformée et que le travail ne se complique d'aucun des accidents que nous avons déjà étudiés, il faut encore que le volume du fœtus et la conformation de ses différentes parties ne détruisent pas les justes rapports qui doivent exister entre lui et le canal qu'il doit franchir; il faut enfin qu'il se présente par une des extrémités de son grand axe, qu'il soit régulièrement placé par rapport au bassin. Malheureusement ces conditions favora-

bles ne se rencontrent pas toujours. Au moment de la naissance, le fœtus peut aussi être affecté de maladies, offrir des vices de conformation qui augmentent sensiblement ses dimensions. Nous devons donc nous occuper dans ce chapitre des indications que présentent son volume exagéré, ses présentations et ses positions vicieuses, ses maladies, ses monstruosités.

ARTICLE PREMIER

EXCÈS DE VOLUME

Que le bassin soit rétréci, ou que le volume du fœtus soit augmenté, les proportions relativement nécessaires à une expulsion facile cessent d'exister, et l'accouchement devient laborieux.

Il est rare que les dimensions du fœtus dépassent une certaine limite et rendent l'accouchement impossible. Dugès consacre cependant le premier chapitre de son mémoire à des faits de ce genre ; mais il n'a pu en trouver qu'un très-petit nombre dans sa pratique. Nous en avons cité un autre exemple dans ce livre (p. 496).

Nul doute qu'un volume trop considérable ne puisse rendre le travail plus long et plus douloureux ; mais si toutes les autres conditions sont favorables, l'accouchement se terminera vraisemblablement par la seule force de la nature. « C'est donc principalement lorsqu'on se voit forcé de pratiquer la version sur un enfant de grand volume, qu'on peut éprouver les difficultés les plus grandes, et c'est alors qu'il faut redoubler de soin, pour éviter la déviation des bras sur la nuque, pour tourner la face d'abord vers un des côtés du bassin, puis vers le sacrum, et pour abaisser le menton de manière à rendre les diamètres sous-occipito-bregmatique et bipariétal parallèles à ceux du détroit pelvien et des organes génitaux externes. » (Dugès.)

L'excès de volume au lieu d'être général, peut porter particulièrement sur l'une des parties fœtales. Pour compléter ce qui précède, nous dirons donc quelques mots de l'excès de volume de la tête et des épaules.

Excès de volume de la tête. — Notre collègue le docteur Joulin, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a consacré un long chapitre de sa thèse de concours à cette cause de dystocie.

D'après cet auteur, les Allemands admettent que l'obstacle peut résider dans le volume seul de la tête, et ils signalent, outre l'excès de grosseur, un phénomène d'ossification peu étudié en France, et qui complique encore la situation : c'est le développement d'os wormiens qui ossifient les fontanelles.

La conduite à tenir dans ces cas de dystocie est fort embarrassante ; le volume du fœtus ne peut guère être apprécié lorsqu'il est encore dans la cavité utérine, et le praticien qui constate l'arrêt du travail dans un bassin paraissant bien conformé, se décidera probablement à agir activement avant que la véritable cause de dystocie lui soit connue ; il interviendra au moyen du forceps ou du céphalotribe, selon les difficultés que le volume du crâne présentera à l'extraction. (Joulin.)

Excès de volume des épaules. — L'accouchement peut être rendu difficile par la dimension trop considérable du diamètre bi-acromial. Cette cause de dystocie entrevue depuis longtemps, a été, de la part de Levret, sous le nom d'enclavement des épaules, l'objet de recherches remarquables qui auraient dû le garantir de l'oubli. De notre temps, elle a été de nouveau affirmée et mise hors de doute par M. Jacquemier, qui lui a consacré un excellent mémoire. Il est à peine besoin de dire qu'il s'agit moins du volume propre des épaules que de celui de la poi-

trine elle-même ; néanmoins, par leur situation et leur saillie, les épaules concourent à former l'obstacle et en font partie. Les épaules et la partie supérieure de la poitrine, dit M. Jacquemier, retenues à l'entrée du bassin, après s'être opposées à la sortie de la tête hors des parties génitales, s'opposent encore à la sortie du tronc, après avoir été entraînées dans le fond de l'excavation pelvienne. Mais il peut arriver aussi que l'obstacle à la sortie de la tête formé par la présence des épaules à l'entrée du bassin une fois surmonté, le reste du corps sorte sans peine. Le contraire peut également se présenter, et l'obstacle formé par les épaules ne se fera sentir qu'après l'expulsion de la tête.

Aux exemples cités par M. Jacquemier, je pourrai en ajouter trois autres observés par moi-même. Dans ces trois derniers cas, je fus appelé pour terminer l'accouchement dans les conditions suivantes : la tête du fœtus étant dégagée et des tractions ayant été faites sur elle, il fut impossible d'extraire le tronc. Je fus plus heureux, mais je déclare que je dus déployer d'assez grands efforts.

Il importe de connaître cette cause de dystocie et d'y obvier rapidement, parce qu'elle entraîne promptement la mort des enfants. Lorsque les épaules, dit encore M. Jacquemier, arrêtées au détroit supérieur, retiennent la tête au fond de l'excavation, ou sont plus ou moins engagées dans le détroit inférieur, l'obstacle résidant dans le volume de la poitrine plutôt que dans la position des épaules, il n'y a pas indication de chercher à déplacer celles-ci ; on devra avoir recours au forceps. Si cet instrument est insuffisant, qu'y a-t-il à faire ? Dès que le fœtus aura cessé de vivre, ou dès que sa vie sera gravement compromise, il ne faut pas compromettre l'existence de la mère par une expectation trop prolongée. On devra donc se décider à faire la craniotomie, puis la céphalotripsie, diminuer en un mot assez le volume de la tête pour que la main de l'accoucheur puisse pénétrer profondément dans les parties, saisir les bras du fœtus et les abaisser ; des tractions exercées sur eux suffisent ensuite pour amener le tronc au dehors.

Quand le volume exagéré des épaules n'arrête l'accouchement qu'après le dégagement de la tête, quelle conduite faut-il tenir ? Tout d'abord il paraît rationnel de tenter quelques tractions sur la tête ; cette manœuvre suffira dans les cas simples, mais elle sera inutile pour peu que les difficultés soient considérables. Elle expose d'ailleurs à l'arrachement de la tête, qui a été souvent observé ; mieux vaut alors engager deux doigts sous les aisselles, les recourber en crochet, et abaisser ainsi les épaules ; au besoin il ne faut pas hésiter à aller saisir la racine du bras à pleine main, car c'est alors seulement que la main jouit de toute sa puissance.

Les tractions sur les aisselles sont un acheminement au procédé qui consiste à dégager successivement les deux bras, puis à tirer sur eux, pour extraire le tronc au dehors. C'est à ce dernier moyen que M. Jacquemier accorde la préférence ; celui qu'il regarde comme le plus efficace, parce qu'il a pour effet, non-seulement de donner un point d'appui solide, mais encore de faire disparaître de la poitrine l'épaisseur des bras et les saillies abruptes que forment les moignons des épaules. (Jacquemier.)

ARTICLE II

PRÉSENTATIONS ET POSITIONS IRRÉGULIÈRES OU COMPLIQUÉES ; ANOMALIES DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

Les anciens donnaient le nom de *présentations vicieuses* à toutes celles dans lesquelles le sommet de la tête ne correspondait pas au col de l'utérus. Mais, comme nous l'avons démontré, l'accouchement, quoique un peu plus difficile,

se termine presque toujours heureusement pour la mère et le fœtus dans la présentation de la face et dans celle du siège. L'observation a même prouvé qu'il était rigoureusement possible dans les présentations du tronc. Toutefois les trois premières présentations offrent certaines anomalies, certaines irrégularités qui peuvent rendre l'accouchement difficile parfois, et nécessiter l'intervention de l'art. Les présentations du sommet, de la face et du siège sont habituellement franches et régulières, mais elles peuvent être irrégulières ou inclinées. Ces dernières apportent si rarement obstacle à la terminaison spontanée du travail, que nous n'avons pas hésité à les faire rentrer dans la description que nous avons donnée du mécanisme de l'accouchement naturel : la seule modification, en effet, qu'elles apportent dans ce mécanisme, c'est que la tête en franchissant le détroit supérieur ou en parcourant l'excavation, exécute un mouvement de redressement par suite duquel la circonférence occipito-frontale ou sous-occipito-bregmatique devient parallèle au plan du détroit. Mais ce mouvement de redressement est nécessaire ; car si la tête a son volume normal, l'accouchement n'est possible qu'à cette condition ⁽¹⁾. Lorsqu'il ne s'opère pas, l'art est donc obligé d'intervenir. Il est encore, dans les mouvements exécutés par la tête, quelques anomalies qui peuvent entraver son expulsion. Voyons quelles sont les indications que présentent ces cas particuliers.

§ I. — Positions inclinées du sommet; anomalies du mécanisme de l'accouchement.

Nous appelons ainsi les positions que Baudelocque désignait sous les noms de positions des côtés de la tête, des oreilles, des tempes et de l'occiput. Les côtés de la tête se reconnaissent à la présence de l'oreille, de l'angle de la mâchoire ou de la bosse pariétale; l'occiput, à la forme triangulaire de la fontanelle postérieure, aux sutures lambdoïdes et au voisinage du cou.

Quand on constate une semblable inclinaison dès le début du travail ou peu après la rupture des membranes, il n'y a, en général, rien à faire; car nous savons que dans le plus grand nombre des cas, la conversion s'opère spontanément; mais si cinq, sept ou huit heures après l'écoulement du liquide, la tête conserve encore sa position primitive, et que celle-ci s'oppose à son mouvement de descente, il faut opérer le redressement artificiel. On peut y réussir avec la main seule, et l'on doit le tenter avant d'en venir à l'introduction du levier ou du forceps. Il est inutile de dire qu'il faudrait d'abord corriger l'obliquité de

(1) Nous avons vu pourtant cette conversion d'une position inclinée, en position franche, ne s'opérer qu'au détroit inférieur chez une femme primipare; la tête, placée en position occipito-iliaque gauche antérieure, était en même temps inclinée sur son pariétal droit. Elle descendit en conservant cette position, de manière qu'au moment où elle reposait sur le plancher du bassin, on sentait l'oreille. Après quelques douleurs énergiques, elle se redressa tout à coup, et franchit le détroit inférieur immédiatement après avoir éprouvé ce mouvement de redressement. La tête était peu volumineuse, quoique le fœtus fût à terme.

l'utérus, si elle se rencontrait dans le cas où l'on aurait à opérer. On peut établir, comme règle générale, qu'il faut introduire la main dont la face palmaire embrasse le plus facilement le vertex. La main introduite dans l'utérus (voy. *Version*), saisit l'occiput pour l'entraîner, après l'avoir d'abord éloigné de la fosse iliaque, tandis que l'autre main presse sur la région hypogastrique pour obliger la tête à descendre. Lorsque la main ne peut réussir à opérer ce redressement la plupart des accoucheurs conseillent l'emploi du levier; nous préférons avoir tout de suite recours à l'emploi du forceps, dont les branches agiraient d'abord comme levier et redresseraient la tête, et à l'aide duquel on terminerait immédiatement l'accouchement. Si en effet, comme nous en avons donné le précepte, on a d'abord espéré que la nature suffirait à redresser l'inclinaison; si après sept ou huit heures d'attente inutile, on a vainement essayé d'opérer avec la main seule ce redressement, il est évident que la terminaison prompte est indiquée dans le double intérêt de la mère et de l'enfant, et que le forceps doit être par conséquent préféré au levier. A l'aide du forceps, on ne réussit pas toujours à saisir convenablement la tête et à l'entraîner dans l'excavation. La version pelvienne peut alors être très-utile, au moins m'a-t-elle réussi dans deux cas où le forceps avait échoué. J'avoue même que je serais assez disposé à la tenter tout de suite dans le cas où l'utérus, peu rétracté, contiendrait encore une certaine quantité de liquide amniotique.

Les positions occipito-postérieures qui ne se convertissent pas naturellement en antérieures ou pubiennes permettent encore le dégagement spontané de la tête; mais ainsi que nous l'avons vu, elles offrent parfois des difficultés sérieuses, et peuvent même constituer un obstacle insurmontable à la terminaison du travail. Nous avons déjà déclaré que nous avons peu de confiance dans les efforts faits avec les doigts pour opérer ce mouvement de rotation, et l'application du forceps nous semble le moyen le plus efficace. (Voy. *Forceps*.)

Une remarque importante à faire, c'est que cette persistance de l'occiput en arrière s'oppose quelquefois à l'engagement de la tête, et celle-ci reste, malgré des contractions assez énergiques, au niveau du détroit supérieur, longtemps encore après la rupture des membranes. La tuméfaction du cuir chevelu masque alors les caractères de la fontanelle postérieure, et pour établir le diagnostic, il faut porter le doigt en avant et en haut, où l'on trouve la fontanelle antérieure. Le vertex vient, à chaque contraction, arc-bouter contre la branche horizontale du pubis, et la présentation tend alors à se convertir en présentation dite de la *nuque* par les anciens accoucheurs. C'est particulièrement dans les positions occipito-postérieures gauches que j'ai observé cette anomalie, et j'ai tou-

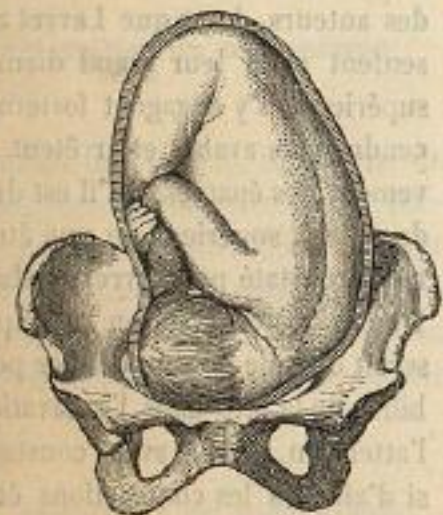


FIG. 413. — Position occipito-iliaque gauche fortement inclinée sur son pariétal postérieur.

jours été obligé d'avoir recours au forceps : l'extraction de la tête nécessite en général des efforts assez violents.

Les positions du sommet peuvent encore, sans inclinaison, offrir certaines anomalies dans leur mécanisme. Le mouvement de rotation qui, dans les positions transversales, doit ramener l'occiput sous la symphyse, se fait quelque fois attendre très-longtemps, ce qui retarde beaucoup le travail. Ce retard peut tenir à la faiblesse des contractions utérines, et l'application du forceps est alors ce qu'il y a de mieux à faire ; mais cela peut dépendre aussi, suivant la plupart des auteurs, de ce que Levret appelait l'*enclavement* des épaules. Celles-ci présentent alors leur grand diamètre biacromial au plus petit diamètre du détroit supérieur, s'y engagent fortement, s'y *enclavent* de manière à ne pouvoir descendre plus avant, et arrêtent par conséquent la marche de la tête. Cet enclavement des épaules, qu'il est difficile de concevoir sans un rétrécissement léger du détroit supérieur ou une étendue très-considérable du diamètre biacromial, a été constaté par Levret, Delamotte, Ruysch. etc., est admis par Desormeaux, Dugès, et doit être, en conséquence, regardé comme possible (voy. p. 868). Il serait difficile de soupçonner pendant le travail cette cause de dystocie, et la mobilité de la tête dans l'excavation (Fried) est le seul signe qui pourrait éveiller l'attention, si l'on avait constaté la bonne conformation du détroit inférieur, et si d'ailleurs les contractions étaient fortes et soutenues. Levret conseille alors, et Desormeaux paraît approuver ce conseil, de faire mettre la femme sur les genoux et sur les coudes, la tête baissée, afin de faire cesser le poids des épaules contre les parties de la mère ; puis de glisser la main entre la tête et les parois du bassin, saisir l'épaule qui est accrochée au niveau de l'angle sacro-vertébral, pour la tirer de côté et pour faire changer sa position. Cette manœuvre, quoique difficile, est pourtant la seule praticable si le fœtus est vivant : on devrait aplatir la tête par la craniotomie s'il était mort, afin de se frayer un passage facile jusqu'aux épaules.

Sans doute en supposant ce diagnostic bien établi, il paraît convenable de suivre le conseil de Desormeaux ; mais ce diagnostic est tellement difficile, que, suivant la remarque judicieuse de M. Jacquemier, le forceps bien qu'en réalité irrationnel, est la seule ressource qui reste.

Le mouvement de rotation de la tête, par suite duquel l'occiput vient sous la symphyse du pubis, peut encore être rendu difficile et même complètement impossible par le volume de la tumeur séro-sanguinolente qui se forme lorsque la tête séjourne longtemps dans l'excavation. En s'engageant, en effet, dans le vide de l'arcade des pubis (Tarnier), cette tumeur peut évidemment rendre impossible le mouvement de rotation : il faut alors appliquer le forceps.

Les positions occipito-pubiennes ou occipito-sacrées directes sont très-rares, mais certainement on a eu tort d'en nier l'existence. Nous avons déjà dit que l'occiput pouvait se trouver en rapport avec les différents points du pourtour du détroit supérieur. Dans l'immense majorité des cas, ces positions directes se convertissent, dès le début du travail, en positions diagonales ; car la convexité du front, dans les positions occipito-pubiennes, celle de l'occiput dans les occi-

pito-sacrées, ayant à glisser sur la saillie de l'angle sacro-vertébral, sont presque toujours déjetées à droite ou à gauche. Dans quelques cas pourtant, les positions primitives persistent, et l'accouchement se termine à peu près comme à l'ordinaire. Mais quelquefois, si la tête est volumineuse, et le bassin peu développé, quoique bien conformé, la tête est arrêtée au détroit supérieur et comme enclavée par les deux extrémités de son diamètre occipito-frontal. L'application du forceps est alors la seule ressource.

§ II. — Positions inclinées du pelvis; anomalies du mécanisme de l'accouchement.

Tantôt une des hanches, tantôt la région lombaire ou la partie inférieure de l'abdomen peuvent suivant le sens de l'inclinaison, s'engager les premières, surtout quand l'obliquité de l'utérus est très-prononcée. Il faudra donc corriger cette obliquité, qui est la première cause de cette anomalie ; puis, si cela ne suffit pas replacer le siège horizontalement, on ira chercher les pieds ou l'on accrochera une des aines avec l'index recourbé en crochet. (Voy. *Mécanisme de l'accouchement par le siège.*)

§ III. — Positions inclinées de la face; anomalies du mécanisme de l'accouchement.

Les positions de la face peuvent aussi être irrégulières, soit que, par suite d'une inclinaison latérale, une des joues s'engage seule, soit que, la tête étant pen étendue, le front se trouve placé au centre du détroit supérieur, soit enfin que cette extension étant portée à l'extrême, le menton et le devant du cou soient seuls accessibles au doigt : la nature se suffit ordinairement à elle-même dans ces cas comme dans les précédents. Les cas dans lesquels le front est d'abord placé au centre du détroit supérieur sont très-fréquents, et c'est au moment de s'engager dans l'excavation que, l'extension se complétant, la face devient complètement horizontale. (Voy. *Mécanisme de l'accouchement par la face.*) Il en est de même des positions *malaires*, dont le redressement s'opère, comme pour les positions *pariétales* du sommet, pendant le mouvement de descente. Dans les cas rares où cette inclinaison résiste aux contractions utérines, le redressement manuel d'abord, puis, en cas d'insuccès, l'application du forceps si la tête est déjà engagée et immobile, la version pelvienne si elle est encore élevée et peut être facilement déplacée, nous paraissent être pratiquées.

La réduction spontanée, que nous venons d'indiquer comme la terminaison la plus ordinaire des positions frontales ou malaires, est beaucoup plus difficile dans le cas où, par suite d'un excès d'extension de la tête, c'est le menton qui tend à s'engager le premier et à se rapprocher du centre de l'excavation. En effet, non-seulement, suivant la remarque de madame Lachapelle, la tête présente des diamètres défavorables, mais encore le tronc tend à descendre avec la face en même temps qu'il la repousse du passage, et met ainsi obstacle à son ex-

pulsion. La contraction transmise par le rachis tend plutôt à augmenter l'inclinaison qu'à la redresser. Aussi, dans ces cas, faut-il être moins confiant aux efforts de la nature, et se hâter de convertir la position par la version pelvienne.

Ces inclinaisons latérales sont habituellement primitives, et, comme nous l'avons déjà dit, se réduisent spontanément en position franche. Mais il peut arriver aussi qu'une position bien régulière au début du travail se transforme spontanément en position inclinée que rien ne pourra redresser. Ainsi le docteur Birnbaum (de Bonn) a parlé d'une position mento-iliaque droite transversale bien régulière qui se convertit en occipito-iliaque gauche antérieure, fortement inclinée sur son pariétal droit. L'application du forceps fut indispensable à la terminaison du travail.

Les positions de la face doivent, on le sait, se convertir en positions mento-pubiennes, pour que l'accouchement puisse se terminer spontanément. Ce mouvement de rotation, facile dans les positions mento-antérieures, c'est-à-dire dans les cas où le menton était en rapport avec un des points de la moitié antérieure du bassin, est plus difficile dans les positions mento-postérieures, quelquefois même ne s'exécute pas; et, il faut bien en convenir, l'engagement de la face non réduite et sa non-tendance à la réduction constituent une des difficultés sérieuses de l'art obstétrical.

Or, pour bien préciser les indications qui peuvent se présenter dans cette circonstance, nous supposerons quatre cas :

1° Une femme est depuis longtemps en travail, les membranes sont rompues et les eaux écoulées depuis cinq ou six heures ou plus. Les contractions utérines ont été très-énergiques depuis l'écoulement des eaux; le toucher fait reconnaître une bonne conformation du bassin, une dilatation complète et aucune résistance du col de l'utérus; et cependant la partie qui se présente reste toujours élevée et ne s'engage pas davantage dans l'excavation; mais en cherchant quelles peuvent être, au milieu de circonstances aussi favorables, les causes qui retiennent la partie qui se présente engagée au détroit supérieur, on s'aperçoit que la face se présente en position mento-postérieure. On est, je crois, en droit de conclure que la lenteur du travail est due à la non-réduction de la position mento-postérieure en antérieure. Dans ce cas, plusieurs auteurs conseillent de convertir la position de la face en position du sommet, et, pour cela, introduire la main dont la face palmaire embrasse plus facilement le vertex, la droite dans le cas où le menton serait dirigé à droite et en arrière, la gauche dans le cas opposé; puis, après avoir saisi la face à pleine main, essayer de la refouler au-dessus du détroit supérieur, et, si l'on y réussit, contourner le vertex avec la face palmaire des quatre doigts, et fléchir la tête sur la poitrine. La position de la face ainsi convertie en position du sommet, les contractions utérines feront le reste. Mais je suis convaincu aujourd'hui que cette manœuvre réussira rarement, aussi faut-il y mettre une grande prudence et recourir assez promptement à la version pelvienne.

2° Si la position mento-postérieure engagée, ou encore au-dessus du détroit

supérieur, se joignait un accident qui nécessitât la prompte terminaison de l'accouchement, il est évident que la version pelvienne serait seule praticable avec avantage.

3° Si la position mento-postérieure coïncide avec un rétrécissement modéré du bassin, la plupart des auteurs conseillent d'opérer la conversion de la position faciale en position du sommet, puis d'appliquer le forceps sur l'extrémité céphalique fléchie. Cette version céphalique préalable nous semble devoir être très-difficile longtemps après la rupture des membranes, et peut-être devrait-on lui préférer la version podalique. Nous aurons plus tard à résoudre cette question, lorsque nous apprécierons l'utilité du forceps dans les rétrécissements du bassin. (Voy. *Forceps*.)

L'application du forceps sur la face en position mento-postérieure nous paraît un moyen extrême qu'il ne faut employer que lorsqu'on ne peut faire autrement, comme dans les cas suivants :

4° Il est des cas malheureux, en effet, où le refoulement étant impossible, soit parce que la tête a franchi le col, soit parce que la violente rétraction de l'utérus rend tout effort inutile, la version pelvienne et la version céphalique sont évidemment impossibles. L'accoucheur doit nécessairement alors avoir recours aux instruments. Le levier, le forceps, les crochets aigus et céphalotribes ont tour à tour été proposés : avant d'employer ces derniers, on doit mettre les premiers en usage.

Le levier peut être très-utile dans certains cas, et, appliqué sur le vertex et l'occiput, il a pu quelquefois abaisser ce dernier et convertir la présentation de la face en présentation du sommet. Quand la tête est un peu élevée, il est même souvent plus facile à manier que le forceps, dont la seconde branche est alors si difficilement introduite à la hauteur et au lieu convenables. Il m'a beaucoup servi chez une femme auprès de laquelle je fus appelé par M. le docteur Fournier, et chez laquelle la tête, engagée dans l'excavation en position mento-postérieure droite, n'avait pu être refoulée ni saisie convenablement par le forceps; et je crois que j'ai eu tort, à l'exemple de beaucoup d'autres contemporains, de le proscrire presque complètement de la pratique. Dans les positions postérieures qui se rapprochent de la transversale encore peu élevée, cas dans lesquels l'application du forceps est très-difficile, le levier peut, je crois, rendre d'importants services. (Voy. *Levier*.)

Quant au forceps que madame Lachapelle proscriit dans le cas dont nous parlons, il peut être tenté comme ressource extrême; mieux vaut encore cela que l'embryotomie, lorsque le fœtus est vivant; seulement il faut s'entendre sur les mouvements qu'on se propose d'imprimer à la tête à l'aide de l'instrument. En supposant les cuillers convenablement appliquées sur les côtés de la tête, on sait combien cela est difficile (voy. *Forceps*), doit-on chercher à ramener le menton en avant (Smellie)? ou bien vaut-il mieux, laissant le menton en arrière, chercher à abaisser le front et l'occiput, puis à dégager d'abord ces parties au-dessous des pubis? En me fondant sur les faits publiés par nos devanciers, je n'hésite pas dans les éditions précédentes à me prononcer pour cette dernière manœuvre.

vre. De l'aveu de tous les praticiens, ai-je dit, la rotation du menton en avant expose le fœtus à trop de dangers par l'étendue du mouvement imprimé à l'articulation atloïdo-axoïdienne, et les deux faits signalés par M. P. Dubois, et qu'il considère lui-même comme exceptionnels, ne peuvent nous faire oublier tous ceux dans lesquels cette rotation exagérée a coûté la vie à l'enfant (1).

Je serai aujourd'hui moins exclusif; les faits de M. Blot et quelques autres m'ont convaincu que la rotation artificielle du menton en avant peut se faire dans certains cas sans compromettre nécessairement la vie du fœtus. On peut se borner, en effet, à ramener le menton au niveau de la branche ischio-pubienne, et alors, si la position était sacro-iliaque, sa rotation ne dépassera guère le quart du cercle, et si elle était primitivement mento-sacrée, on peut espérer, sous l'influence des contractions utérines, le tronc participera au mouvement de rotation que le forceps fait exécuter à la tête, et qu'on évitera ainsi la torsion du cou.

Nous verrons plus loin jusqu'à quel point les modifications, dans le procédé opératoire, proposées par MM. Champion, Baumers et Danyau, peuvent rendre plus facile ce mouvement de rotation.

Si la rotation est impossible, que faut-il faire? M'appuyant sur les observations de Smellie (t. XI, p. 579), Meza (*Acta regie Societatis med. Hauniensis*, t. XI, p. 379), Siebold (*Siebold's Journal*, 1830, p. 209), je crois que l'on peut, après avoir autant que possible, appliqué les cuillers sur les côtés de la tête, tirer directement en bas et en arrière dans le but d'abaisser le sommet.

Je sais fort bien ce qu'on peut objecter à cette manière de faire. Nécessairement, dira-t-on, pendant le mouvement de flexion que vous imprimerez à la tête, le grand diamètre occipito-mentonnier devra franchir en entier un des diamètres de l'excavation, et de là un obstacle souvent insurmontable. Je ne me dissimule pas la force de l'objection, et j'avoue que la théorie est impuissante à y répondre d'une manière complètement satisfaisante. Mais là où des faits exis-

(1) J'ai eu l'occasion de constater, d'une manière évidente, le danger de ce mouvement de rotation exagérée.

Pendant le mois de juillet 1845, une femme primipare nous offrit une position mento-sacro-iliaque droite dont la persistance rendit l'accouchement impossible et nécessita l'intervention de l'art. Après avoir inutilement tenté le refoulement de la tête, nous fûmes obligés d'avoir recours au forceps. Le fœtus était encore vivant. Après avoir appliqué les cuillers sur les côtés de la tête, nous essayâmes d'abaisser le vertex, mais cette fois cela nous fut complètement impossible. L'application comme levier sur le sommet d'une des branches du forceps ne fut pas plus heureuse. Avant d'en venir à l'embryotomie, nous crûmes convenable d'essayer de ramener le menton en avant. Replaçant les deux cuillers du forceps, nous fîmes tourner la tête de manière à ramener le menton à l'extrémité droite du diamètre transverse, puis après quelques légers déplacements des cuillers, derrière la cavité cotyloïde droite. La face était alors au tiers inférieur de l'excavation, et la vulve était entr'ouverte par l'instrument, nous vîmes distinctement la langue du fœtus et les lèvres exercer des mouvements. Le mouvement de rotation fut alors complété, et une fois le menton en avant, la tête fut dégagée par la flexion ordinaire. Mais le fœtus, dont le cœur offrait encore quelques légères pulsations, ne put être rappelé à la vie, malgré les soins les mieux entendus et les plus longtemps prolongés.

J'ai la conviction que, dans ce fait, la mort du fœtus est uniquement due à la torsion exagérée du cou.

tent, qu'importe l'impuissance des idées théoriques? Il y a des faits, je viens d'en citer quelques-uns; et l'autorité un peu brutale des faits n'est pas la seule que je puisse invoquer. La raison ne dit-elle pas que, lorsque la pratique nous offre quelques-uns de ces cas, heureusement assez rares, qui semblent en dehors des idées théoriques, et dans lesquels le praticien en est réduit à faire ce qu'il peut et non pas ce qu'il veut, le plus sage est de se rapprocher autant que possible des voies tracées par la nature? Or, combien de fois n'a-t-on pas vu dans les positions mento-postérieures de la face, le menton rester en arrière, et cependant l'accouchement se terminer seul? Quel a été alors le mécanisme? Consultons les observations, et nous verrons que la contraction utérine, ne suffisant pas à abaisser le menton, a semblé reporter son action sur l'occiput, et que successivement le front, le vertex et l'extrémité occipitale, glissant derrière la symphyse, ont apparu dans le milieu de l'arcade pubienne. N'est-il pas dès lors logique de conseiller de chercher à imprimer à la tête le même mouvement de flexion, dans l'espoir que les tractions de l'instrument, venant s'ajouter aux efforts expulseurs de l'utérus, parviendront à obtenir ce que ces derniers isolés ne pouvaient faire?

Ce que nous avons dit de l'impossibilité de la conversion spontanée, dans les positions mento-sacrées directes, et de son application assez naturelle dans les positions mento-postérieures diagonales, trouve ici son application pratique. Il en résulte, en effet, que si le menton était directement tourné vers la face antérieure du sacrum, on devrait, avant de fléchir la tête avec le forceps, imprimer à celle-ci un léger mouvement de rotation qui porterait le menton vers une des symphyses sacro-iliaques, de préférence vers la droite, pour éviter la compression du rectum à gauche.

Mon expérience, celle des autres, ont, sur ce point de pratique, modifié mes convictions, et je reconnais volontiers que, jusqu'à présent, j'avais été trop exclusif en conseillant les tractions directes au détriment des essais de rotation. Je crois donc que les deux méthodes peuvent réussir dans quelques cas; et comme il est impossible de préciser à priori quels sont ces cas dans lesquels l'une ou l'autre réussira le mieux, il est sage de les essayer l'une après l'autre.

Ainsi j'ai dû déclarer que les accoucheurs de notre époque, encouragés par quelques succès obtenus dans ces dernières années, pensent qu'on doit tout d'abord essayer de ramener le menton sous la symphyse pubienne.

Enfin, il est des cas malheureux dans lesquels, après avoir inutilement tenté les diverses manœuvres que nous venons d'examiner, la craniotomie devient la seule ressource (1).

(1) J'ai été tout récemment témoin d'un fait semblable. M. le docteur Letannelet me fit prier de venir l'aider de mes conseils dans les soins qu'il donnait à une jeune dame primipare. J'arrivai auprès d'elle à huit heures du soir. Je constatai, comme l'avait déjà fait mon honorable confrère, une position mento-postérieure droite (variété frontale) déjà fortement engagée depuis trois heures de l'après-midi. Depuis cette heure la tête n'avait pas avancé d'un millimètre. A onze heures, aucun changement n'était survenu dans la position ni dans l'élévation de la tête. Le refoulement fut inutilement tenté.

Les suppositions que nous venons de faire et qu'il nous aurait été facile de justifier par des faits puisés dans les auteurs, en nous faisant connaître les difficultés qui peuvent se présenter dans ces cas, ne porteraient-elles pas à admettre, pour les positions mento-postérieures, les préceptes posés par Baudelocque, Gardien, etc., pour toutes les positions de la face ? Et si, dans l'état actuel de la science, les positions mento-antérieures doivent être abandonnées à la nature, en est-il entièrement de même des positions mento-postérieures ? En un mot, cette dernière position bien constatée avant ou très-peu de temps après la rupture des membranes, ne devrait-on pas avant l'engagement de la face, et alors que la tête est encore mobile, chercher à la convertir en position du sommet, ou pratiquer la version pelvienne et prévenir ainsi les difficultés qui pourront naître plus tard ? J'avoue que si j'avais à me prononcer en pareille matière, je résoudrais la question par l'affirmative.

§ IV. — Présentation du tronc.

L'accouchement naturel dans les présentations du tronc est un fait très-exceptionnel, et sur lequel il ne faut jamais compter. Aussi est-il de précepte absolu de chercher, aussitôt que possible, à ramener au détroit supérieur une des deux extrémités du fœtus en pratiquant, soit la version pelvienne, soit la version céphalique. (Voyez pour les divisions, les causes, le diagnostic de ce mécanisme, l'accouchement naturel, les pages 360 et suivantes, et pour les indications qu'ils présentent, le chapitre consacré à la version.)

§ V. — Présentations compliquées.

Sous le nom de procidences, madame Lachapelle a décrit la chute intempestive d'une partie quelconque du fœtus, qui, vu sa ténuité ou sa mobilité, ne pourra constituer par elle-même une présentation particulière, mais qui viendra compliquer la présentation d'une région plus étendue. Ainsi le cordon ombilical, les pieds, les mains, soit isolément, soit simultanément, peuvent se présenter au dehors en même temps que la tête et les fesses. Le toucher fera très-facilement reconnaître cette complication, il est inutile de revenir sur des signes propres à faire distinguer chacune de ces parties.

Nous avons déjà parlé de la procidence du cordon et des moyens d'y remédier. Lorsqu'une seule main a glissé au-dessous de la tête ou des fesses, que du reste, le bassin est bien conformé et les contractions énergiques, l'accouche-

M. Letannelet et moi essayâmes vainement aussi le levier et le forceps ; avant d'en venir à la craniotomie, que nous jugeâmes indispensable, nous fîmes prier M. Dubois de voir la malade. Il arriva à une heure de la nuit, renouvela sans plus de succès les tentatives que nous avions déjà faites.

La craniotomie fut dès lors décidée. Mais la malade avait grand besoin de repos, nous manquions des instruments nécessaires, et l'opération fut remise à huit heures du matin. Elle ne fut pas sans difficultés, car, malgré sa grande habileté, M. Dubois eut les plus grandes peines à extraire la tête avec le céphalotribe.

ment peut se terminer seul, et l'on doit attendre. La présence des deux mains placées sur les parties latérales de la tête n'a pas toujours été un obstacle insurmontable à la terminaison spontanée du travail ; car on a vu quelquefois toutes ces parties être expulsées en même temps ; mais, pour peu que le passage fût étroit, les parties molles résistantes, il faudrait terminer artificiellement le travail par l'application du forceps ou la version, suivant que la tête aurait ou n'aurait pas franchi le détroit supérieur ; il faudrait aller chercher les pieds dans la présentation du pelvis. Ce dernier conseil doit encore être suivi, si, au lieu d'une main, c'est un pied, ou en même temps un pied avec une main qui accompagnent la tête. Toutefois, avant d'en venir à la terminaison artificielle du travail, l'accoucheur doit essayer de repousser la main ou le pied dans l'utérus, jusqu'au-dessus de la tête. Il suffirait même souvent de les soutenir pendant la douleur qui pousse la tête, pour voir celle-ci descendre seule et arriver au détroit supérieur. On peut alors abandonner le travail à la nature. Nous devons faire remarquer, toutefois, que le pied est beaucoup plus difficile à refouler que la main, et qu'à cause de son volume, il constitue un obstacle souvent insurmontable par les ressources ordinaires. La craniotomie est quelquefois indispensable à la terminaison du travail, comme le prouvent plusieurs observations.

La procidence du pied n'a été, je crois, observée que dans les présentations de l'extrémité céphalique fléchie. J'ai eu l'occasion de la rencontrer avec une présentation de la face, et la rareté du fait, jointe aux difficultés qu'il présente, m'engage à le rapporter ici avec détail :

Le 4 novembre 1842, à cinq heures du matin, je fus subitement réveillé par M. X..., charcutier de la rue du Cadran, qui venait en toute hâte me prier de me rendre auprès de sa femme, depuis deux jours en travail, et auprès de laquelle se trouvait M. le docteur Lorne, son médecin et accoucheur. Arrivé auprès de la malade, je reçus de mon honorable confrère quelques renseignements, après lesquels je procédai à l'examen. Mais avant d'en faire connaître le résultat, je crois devoir transcrire une petite note qui m'a été remise par M. Lorne lui-même ; elle précise beaucoup mieux que je n'aurais pu faire, sur mes simples souvenirs, ce qu'il savait des antécédents de cette femme, et ce qu'il avait cru observer depuis le commencement du travail :

» Le 2 novembre 1842, à six heures du soir, je suis appelé rue du Cadran n° 7, pour assister madame X... dans son accouchement. J'apprends de la malade qu'elle a eu sept enfants. A son dire, voilà comment se sont terminés les accouchements antérieurs :

» 1° Premier enfant : travail long et pénible de trois jours ; présentation de l'extrémité céphalique ; accouchement naturel. Mort de l'enfant quelques jours après la naissance.

» 2° Deuxième et troisième enfants : présentation de l'extrémité pelvienne, accouchement spontané ou à l'aide de simples tractions ; fœtus morts.

» 3° Quatrième enfant : après la rupture de la poche des eaux, les contractions utérines cessent pendant vingt-quatre heures ; expulsion de l'enfant en l'absence de l'accoucheur.

» 4^e Cinquième et sixième enfants : présentation de l'extrémité céphalique ; travail long et pénible ; accouchement naturel. Un seul de ces enfants a vécu quelques mois.

» 5^e Septième enfant : présentation de l'épaule, issue du bras. M. P. Dubois, appelé en consultation, constate la mort du fœtus, pratique l'embryotomie. A la suite de cet accouchement, inflammation d'un ou de plusieurs organes abdominaux.

» Madame X, . . . , âgée de trente-deux ans, est d'une taille moyenne, d'un tempérament sanguin, et offre tous les caractères d'une bonne santé. Rien dans son organisation extérieure ne peut faire soupçonner l'existence d'un vice de conformation du bassin. La grossesse normale paraît être arrivée à son terme régulier. La nuit précédente, elle éprouve quelques douleurs qui cessent au jour pour reparaitre à six heures du soir. Aussitôt après mon arrivée, je constate, par le toucher, une dilatation du col utérin de la largeur d'une pièce de cinq francs : je distingue facilement la poche des eaux qui, relâchée pendant l'intervalle des douleurs, est tendue et proémine à travers le col pendant la contraction ; mais je ne peux distinguer aucune partie du fœtus. A minuit, la poche amniotique fait saillie dans le vagin en forme de boudin et arrive près de la vulve : tout à coup elle se rompt spontanément et laisse échapper plus d'un litre de liquide.

» Après l'écoulement des eaux, je ne peux encore atteindre aucune partie de l'enfant, quelle que soit la hauteur à laquelle je porte le doigt. Tout à coup la scène change : les douleurs, jusqu'alors énergiques, cessent ; mais, comme au dire de la malade, dans un accouchement précédent (le quatrième), les contractions utérines avaient ainsi été suspendues pendant vingt-quatre heures, puis avaient repris avec assez d'énergie pour terminer l'accouchement, je fais remettre la femme dans son lit.

» Le lendemain, 3 novembre, à huit heures du matin, je retrouve la malade dans le même état. Quelques douleurs se font sentir dans l'aîne et le flanc gauches ; les parties du fœtus sont toujours inaccessibles ; aucun changement notable dans la journée. — Neuf heures du soir. Je reconnais, au niveau du détroit supérieur, la jambe et le pied gauches couchés en travers du col. Des douleurs très-fortes existent, mais n'ont pas le caractère des douleurs expulsives.

» Le 4 novembre, les douleurs sont plus fortes, mais le travail n'avance pas. Je me détermine à aller chercher le second pied. Le col utérin est convenablement dilaté ; mais il est rigide et laisse difficilement pénétrer la main. Je constate, au-dessus du pied d'abord senti, une tumeur arrondie et dure que je soupçonne être la tête. Je fais de vains efforts pour la repousser et aller chercher le pied droit, et je me décide à envoyer chercher M. Gazeaux. »

A ces renseignements je procédai à l'examen de l'état des parties. Je trouvai, à la partie supérieure du vagin, un pied : c'était le pied gauche dont le calcaneum était dirigé en arrière et un peu à droite. En amenant mon doigt derrière la symphyse du pubis, je trouvai une tumeur volumineuse fortement pressée

contre l'arc antérieur du bassin, car il me fut impossible de glisser mon doigt entre elle et la symphyse ; au premier abord, je la crus constituée par la fesse droite, et je diagnostiquai une position postérieure droite du siège. Le membre gauche était resté pelotonné sur le plan antérieur du ventre ; l'autre, au contraire, en entier relevé sur le plan abdominal et thoracique du fœtus. Les contractions étaient de nouveau fortes et énergiques ; mais la partie ne s'engageait pas, malgré la complète dilatation du col. Cherchant quelle pouvait être la cause de son non-engagement, j'examinai le bassin et je constatai une saillie considérable de l'angle sacro-vertébral. Le diamètre antéro-postérieur n'avait au plus que 8 centimètres. Je me décidai à opérer quelques tractions sur le pied ; mais, à ma grande surprise, ces tractions furent complètement infructueuses. En portant ma main sur la tumeur que j'avais d'abord cru être la fesse antérieure, je la trouvai beaucoup plus volumineuse et beaucoup plus dure que je ne l'avais d'abord pensé, et je reconnus la tête, surmontée par une tumeur molle, considérable (*caput succedaneum*, tumeur sanguine). Je cherchai vainement les sutures ou fontanelles ; mais, en glissant doucement les doigts entre cette tumeur et la jambe dont le pied était au-dessous d'elle, je sentis une surface très-inegale, et bientôt je reconnus distinctement les yeux et les paupières, puis les autres signes de la présentation de la face. C'était en effet une présentation de la face irrégulière. Le menton était dirigé en arrière et à gauche (position mento-iliaque gauche non complètement étendue, quatrième position du front de Baudelocque), déjà un peu engagé au détroit supérieur. En résumé, je me trouvais en face d'une femme dont le diamètre sacro-pubien était de 8 centimètres au plus, chez laquelle le fœtus se présentait en position mento-iliaque gauche postérieure, irrégulière ou frontale, position qui se compliquait de la procidence du pied gauche. Les eaux étaient complètement évacuées depuis trente-deux heures, et l'utérus fortement rétracté. Je ne fus pourtant pas découragé par toutes ces difficultés. Ma première pensée fut de refouler le pied engagé au-dessous de la tête ; mais tous mes efforts furent inutiles ; j'appliquai alors, non sans peine, un lacs sur le pied, et essayai de repousser la tête, en tirant en temps sur le lacs ; même insuccès : la tête, fortement maintenue par des contractions violentes, ne bougeait pas. Le fœtus étant encore vivant, je me décidai à l'application du forceps. L'introduction des branches, leur articulation, furent choses faciles et peu douloureuses pour la femme : elles furent placées sur les côtés du bassin. Mais, malgré les tractions les plus énergiques et continuées pendant une demi-heure, je ne parvins pas à imprimer à la tête le plus léger mouvement de progression. Après quelques instants de repos, je retirai l'instrument pour le réintroduire ; mais cette fois je fus assez heureux pour placer les cuillers directement sur les côtés de la tête, puis j'imprimai aux cuillers un mouvement de rotation, de manière à placer la face dans une position transversale. Efforts impuissants ! Je tirai violemment ; M. Lorne me succéda : tous deux nous épuîsâmes inutilement nos forces. Je retirai le forceps, puis laissai reposer la femme une heure. Je priai mon confrère d'aller, pendant ce temps-là, chercher les ciseaux de Smellie et un céphalotribe, bien décidé à pratiquer la craniotomie, si une troi-

sième application du forceps était encore infructueuse. Une heure après, nouvelle introduction du forceps, application facile, tractions faites encore par M. Lorne et par moi, pendant une demi-heure sans succès.

Convaincus dès lors de l'impossibilité de l'accouchement naturel, de l'impuissance de nos efforts; convaincus d'un autre côté que, malgré l'existence de battements du cœur, la prolongation du travail (trente-deux heures après la rupture de la poche amniotique) et les compressions exercées par l'instrument avaient dû nécessairement compromettre et même détruire la viabilité du fœtus, n'ayant plus à choisir qu'entre une opération sanglante sur la mère et la mutilation du fœtus, je me décidai à pratiquer l'embryotomie. Les ciseaux de Smellie, garnis à leur extrémité d'une boule de cire, furent glissés dans la concavité palmaire de ma main gauche, dirigés perpendiculairement sur la tête; ils eurent à traverser des parties molles de 2 centimètres d'épaisseur avant de rencontrer la résistance de la voûte osseuse. Je leur imprimai alors quelques mouvements de rotation, et ils pénétrèrent sans difficulté dans



FIG. 444. — Position mento-iliaque gauche postérieure compliquée de la procidence du pied gauche.

j'intérieur du cerveau. J'en écartai alors les lames dans deux directions différentes, de manière à pratiquer une incision cruciale dont les rayons avaient à peu près 15 millimètres. Puis pénétrant plus avant dans la substance cérébrale, le portai l'instrument en différents sens pour morceler le cerveau. La branche mâle du forceps céphalotribe, puis la branche femelle, furent introduites et articulées sans difficulté, comme sans douleur pour la femme. La partie articulaire touchait les lèvres de la vulve: à l'aide de la vis de pression, je serrai l'instrument assez pour qu'il n'y eût plus que 2 centimètres d'écartement entre les deux extrémités des manches. Les tractions furent commencées, et je sentis bientôt l'instrument glisser. Il fallut recommencer l'opération: une seconde fois le même accident se reproduisit. La troisième fois, je ne parvins à arrêter ce glissement, déjà commencé, qu'en suspendant mes tractions et en serrant davantage le forceps. La tête fut enfin extraite; mais la poitrine fut arrêtée par le détroit supérieur, et des efforts énergiques furent encore nécessaires pour l'extraction du reste du tronc. La délivrance, immédiatement opérée, n'offrit aucune difficulté.

Dans un cas d'accouchement de jumeaux dont M. le docteur Lesfem (de Pontrioux) a bien voulu me communiquer les détails, le second enfant s'offrit en position mento-pubienne compliquée de la procidence du pied droit, dont le talon était tourné vers le pubis, et de la main droite. Il est vrai de dire que des tentatives de version ayant été faites par une sage-femme, il est impossible de savoir si ces procidences avaient été spontanées, ou étaient le résultat de manœuvres mal dirigées. Quoi qu'il en soit, tout refoulement de la tête fut impossible,

et vainement M. Lesfem eut-il recours au forceps. Manquant des instruments nécessaires à l'embryotomie, il fut obligé de quitter la femme pendant quelques heures; à son retour la malade avait succombé.

Peut-être que si, après avoir constaté la résistance que l'utérus fortement rétracté opposait à la version, on eût employé la saignée poussée jusqu'à la syncope, et, si l'état de la malade ne permettait pas la saignée, les opiacés à haute dose ou les anesthésiques, eût-on pu parvenir à délivrer la femme.

La déflexion des membres inférieurs dans la présentation de l'extrémité pelvienne, le déploiement du bras dans celle de l'épaule, ne sont qu'un épiphénomène de la présentation principale, et ne doivent pas être considérés comme un accident fâcheux. La déflexion du bras, ou la présentation de la main ou du bras de certains auteurs, a été considérée par eux comme une des complications les plus graves. Nous avons déjà vu, à l'article *Évolution spontanée*, que l'issue du bras ne faisait que favoriser l'évolution spontanée; nous verrons plus tard que ce n'est que par des circonstances étrangères à la présence du bras lui-même qu'elle rend parfois la version plus difficile. (Voy. *Version pelvienne*.)

ARTICLE III

MALADIES DU FŒTUS

Les maladies du fœtus qu'il nous importe de signaler ici sont celles qui peuvent, en augmentant beaucoup le volume d'une de ces parties, mettre un obstacle à son passage à travers le canal pelvien. Nous n'avons donc à parler que de l'hydrocéphalie, de l'hydrothorax, de l'ascite et des tumeurs accidentelles qui, pendant la vie intra-utérine, peuvent se développer sur les divers points de la surface du corps.

§ I. — Hydrocéphale.

On distingue sous ce nom toutes les hydropisies de la tête, tout épanchement ou infiltration de sérosité à l'intérieur ou à l'extérieur de la boîte crânienne. Sous le rapport du siège de l'épanchement, les auteurs distinguent l'hydrocéphale en externe et interne, et l'on range généralement dans l'hydrocéphale externe toutes les infiltrations séreuses ou séro-sanguinolentes qui se trouvent placées sous le cuir chevelu ou sous le péricrâne. Mais jamais cette dernière maladie n'a été jusqu'à présent assez considérable pour mettre un obstacle insurmontable à la parturition. Elle se lie le plus souvent, en effet, à un état d'infiltration générale qui tue le fœtus à une époque encore éloignée du terme de la grossesse, et par conséquent son expulsion s'opère sans difficulté, quelle que soit d'ailleurs l'épaisseur considérable que présente alors le cuir chevelu. J'ai vu, en 1838, à la Clinique, un enfant né à sept mois, dont le cuir chevelu offrait un travers de doigt d'épaisseur: la mère était très-infiltrée. Desormeaux cite deux cas à peu près semblables. L'accouchement eut lieu sans difficulté.

Je ne connais dans la science aucun cas d'hydrocéphale externe constituée