

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

par une véritable collection liquide, et cependant j'ai eu l'occasion de voir deux fois un pareil épanchement. J'y reviendrai tout à l'heure avec quelques détails.

L'hydrocéphale interne est une maladie assez rare pour que, sur quarante-trois mille cinq cent quarante-cinq accouchements, madame Lachapelle n'en ait observé que quinze cas. C'est toujours une affection grave aux yeux des pathologistes, par les dangers auxquels elle expose le fœtus après sa naissance, mais grave surtout aux yeux de l'accoucheur, par les difficultés qu'elle apporte dans l'accouchement. Ces difficultés et ces dangers varient, du reste, suivant la quantité du liquide épanché dans le crâne. Quand elle est peu considérable, l'accouchement est encore possible, grâce à la flexibilité et à la mollesse de la tête, dont les parois sont alors presque totalement membraneuses; de sorte que, se mouvant peu à peu au passage, la tête s'allonge, et l'accouchement se termine par les seules forces de la nature, ou est opéré sans de grandes difficultés par l'application du forceps ou la version pelvienne; mais quand l'eau est en trop grande abondance, les dimensions de la tête sont trop au-dessus des diamètres du bassin (\*), et l'accouchement est impossible, si l'eau n'est évacuée par aucune ponction artificielle ou une rupture spontanée des sutures ou des fontanelles.

Voici, suivant Dugès, quels sont les signes à l'aide desquels on pourra reconnaître l'hydrocéphale pendant le travail: le doigt rencontre une surface large et peu convexe qui recouvre tous les points du détroit supérieur sans s'y engager; cette surface a une consistance variée dans les divers points de son étendue; mais partout dure et résistante pendant les douleurs, elle est, au contraire, molle et fluctuante en quelques points, pendant l'intervalle des contractions. En procédant ensuite régulièrement, on pourra reconnaître des portions d'os séparées par des intervalles membraneux, des commissures molles de la largeur du doigt, des fontanelles quelquefois comparables pour l'étendue au creux de la main. Si l'enfant a présenté quelque autre partie que le vertex, si la tête n'est accessible au toucher que par la base, l'écartement des os, constaté par le doigt, sera beaucoup moindre, mais souvent pourtant aisément appréciable. Enfin, si l'hydrocéphale est peu considérable, les mêmes caractères seront observés, seulement ils seront moins prononcés, et en outre la tête, alors plus convexe, sera aussi moins molle et s'engagera davantage dans l'excavation pelvienne.

L'élévation de la tête rend quelquefois le diagnostic difficile, mais celle-ci étant bien constatée, la bonne conformation du bassin et la situation des pulsations fœtales entendues au niveau ou même au-dessus de l'ombilic, peuvent faire supposer l'hydrocéphale. (Blot.)

Les signes fournis par le toucher, suivant Dugès, ne se rencontrent pas tou-

(\*) Dans un cas cité par Wrisberg, la tête de l'enfant avait 27 centimètres de long et 31 centimètres de circonférence. Meckel rapporte que la tête d'un fœtus hydrocéphale dont il possède le squelette a pour diamètre transversal 43 centimètres, et le contour vertical mené par le vertex et le trou occipital donne 40 centimètres. Burns cite un cas d'hydrocéphalie avec 59 centimètres de circonférence.

jours, et j'ai observé deux cas dans lesquels ils manquaient complètement. Ces deux faits uniques, si j'en crois mes recherches, sont deux cas d'hydrocéphale dans lesquels existait un double épanchement, l'un intra-crânien, l'autre extra-crânien.

Une femme bien conformée, et qui était déjà une fois accouchée heureusement, était depuis trente-six heures en travail, lorsque, sur la demande M. le docteur Bassereau, je fus appelé à lui donner mes soins. La dilatation du col était complète, les membranes rompues, mais les douleurs, longtemps très-énergiques, s'étaient peu à peu ralenties et, à mon arrivée, le travail était à peu près suspendu.

Je reconnus au détroit supérieur une tumeur volumineuse et molle n'ayant aucun des caractères de la tête, et rappelant plutôt une présentation du siège: elle se tendait et devenait rénitente pendant les contractions, mais n'offrait nulle part de résistance osseuse. Dans l'intervalle des douleurs, j'introduisis ma main tout entière dans le vagin, et, saisissant la tumeur, je pus, pressant inégalement sur quelques points de sa surface, sentir çà et là de la fluctuation, et constater que j'avais bien affaire à la tête surmontée d'une poche liquide. Je me rappelai alors avoir, dix ans auparavant, constaté un fait semblable et je n'hésitai pas à diagnostiquer une hydrocéphale externe coïncidant sans doute avec une hydrocéphale interne.

L'auscultation ne fit rien entendre. Le fœtus avait cessé de vivre. Une petite incision de 3 millimètres fut alors faite sur le sommet de la tumeur: un verre de liquide s'écoula. La tumeur molle et fluctuante disparut: le cuir chevelu seul séparait mon doigt des os du crâne.

Le forceps fut alors appliqué, mais sans résultat. Trois quarts d'heure après je me décidai à pratiquer une nouvelle ponction: cette fois il s'écoula un litre de liquide, et peu après la tête s'engagea et l'accouchement se termina spontanément.

Dix ans auparavant j'avais été appelé par M. le docteur Saint-Ange auprès d'une femme en travail depuis trente-six heures, et dont la délivrance ne s'effectuait pas, malgré l'emploi d'excitants divers et entre autres du seigle ergoté. Au début du travail, mon confrère avait constaté une présentation du sommet; mais, sentant une large tumeur molle, je crus d'abord à une présentation du siège. Profitant de l'intervalle des douleurs, je touchai de nouveau, et, pressant brusquement sur la tumeur, je sentis nettement la surface résistante des os du crâne.

Deux fois le forceps fut appliqué sans résultat. Une ponction alors pratiquée donna issue à deux verres de liquide. Cette évacuation fut suivie d'une nouvelle application du forceps qui amena sans peine un enfant mort.

Les sutures étaient larges; une collection de liquide siégeait à l'intérieur du crâne; une incision faite sur une suture lui donna issue: il y avait donc à la fois hydrocéphale interne et externe.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien cette anomalie modifie les signes diagnostiques indiqués par les auteurs. La dépression brusque opérée sur

la tumeur peut seule, en écartant le liquide extra-crânien, faire sentir les os du crâne.

Mais comment expliquer cette double collection ? 1° On peut supposer que toutes deux se sont formées isolément, l'une en refoulant le tissu cellulaire sous-cutané, l'autre dans les cavités intra-crâniennes; mais cela paraît peu probable. 2° Il est possible qu'une hydrocéphale interne seulement existât avant le travail, et que, sous l'influence des pressions diverses subies par la tête, pressions que la forme et les dimensions du bassin rendent nécessairement inégales et partielles, un point des sutures ou fontanelles soit le siège d'une fissure, à travers laquelle le liquide passe de l'intérieur à l'extérieur et s'épanche au dehors de la boîte osseuse, de manière à former une tumeur surajoutée à sa surface.

Cette dernière théorie est justifiée par ce fait que, dans le second cas, M. Martin Saint-Ange avait facilement reconnu au début du travail une tête que plus tard je reconnus difficilement, masquée qu'elle était par une tumeur molle et fluctuante. Mais comment expliquer, avec une communication entre les deux poches, qu'après l'évacuation du contenu de la première, la seconde ne se vide pas ? Comment se rendre compte de la nécessité d'une double ponction dans la première observation, de la persistance de l'hydrocéphale interne dans la seconde, alors que la compression énergique du forceps avait comprimé la tête ? C'est un aît à examiner de nouveau. Mais, quoi qu'il en soit du mécanisme de sa formation, il n'en est pas moins curieux au double point de vue du diagnostic et des indications opératoires.

Les indications que présente l'hydrocéphale varient suivant le degré de la maladie, et suivant l'état de vie ou de mort de l'enfant. Ce n'est pas, du reste, seulement sur le volume de la tête, comme fait remarquer Dugès, mais encore sur sa flexibilité, sur la propension qu'elle semble montrer à s'engager dans l'excavation, que l'accoucheur doit baser sa détermination.

Lorsque la tête est d'un volume médiocre, molle, réductible, et que, sous l'influence de contractions fortes et énergiques, elle parvient à se rapprocher de plus en plus du détroit inférieur, on doit attendre et se contenter de favoriser, par l'emploi des moyens convenables, la terminaison spontanée du travail.

Si l'accouchement est trop long, que les contractions s'affaiblissent et s'épuisent inutilement contre des résistances insurmontables, il faut appliquer le forceps. La pression et les tractions que l'accoucheur exercera sur la tête devront être lentes et graduées, afin de prévenir une rupture qu'on évitera presque toujours en procédant avec douceur, dans la crainte de voir l'instrument lâcher prise.

Les présentations de l'extrémité pelvienne ou du tronc sont beaucoup plus fréquentes parmi les fœtus hydrocéphales, puisque, d'après un relevé fourni par Scanzoni, sur 152 hydrocéphales, 30 ont offert une autre présentation que la tête, 1 fois sur 5. Or, dans ces conditions, il est évident que les difficultés ne se feront sentir qu'après la sortie spontanée ou l'extraction artificielle d'une grande partie ou de la totalité du tronc, alors que la circonférence occipito-fron-

tales, considérablement agrandie, viendra s'engager dans le détroit supérieur.

Dans les présentations du tronc, on ferait sans doute la version pelvienne; mais si par hasard on avait été assez heureux pour reconnaître à la tête un volume considérable, avant d'aller chercher les pieds, on devrait, je crois, chercher à ramener l'extrémité céphalique au détroit supérieur.

Lorsque le volume de la tête est tel que l'accouchement spontané est impossible, et que l'application du forceps ou la version pelvienne n'est pas praticable, il n'y a plus de ressource pour sauver la mère que dans la ponction, qui seule peut donner issue à la sérosité accumulée dans le crâne : cette ponction doit être pratiquée avec un trocart, un bistouri ou un couteau pointu quelconque, après avoir pris la précaution de l'envelopper d'une bandelette de linge, de manière à ne laisser à découvert que l'extrémité de la lame. Cette simple ponction est toujours préférable à la mutilation du fœtus; car, bien que l'affaissement subit du cerveau, qui suit l'évacuation du liquide, occasionne presque certainement la mort du fœtus, celui-ci peut rigoureusement survivre à une pareille opération, puisqu'une semblable ponction pratiquée après la naissance a été quelquefois suivie d'une guérison complète. Il faut donc proscrire les ciseaux de Smellie ou de Stein, et ne se décider à les enfoncer dans un cerveau intact, que lorsque l'ouverture pratiquée avec un instrument plus étroit n'aura pas été assez grande pour laisser le liquide s'écouler. Dans les cas de double hydrocéphale il peut arriver qu'une première ponction ayant permis l'évacuation du liquide extérieur, l'accouchement puisse se terminer spontanément ou par le forceps, mais s'il en était autrement, il faudrait recourir évidemment à une nouvelle ponction qui porterait cette fois sur les sutures ou fontanelles. Dans aucun cas il ne faut pratiquer une opération sanglante sur la mère. La vie des enfants est alors trop gravement compromise par le fait seul de l'hydrocéphale, pour qu'on puisse penser à la ménager aux dépens de celle de la femme.

Si l'enfant est mort, la céphalotomie nous paraît préférable, pour peu qu'on éprouve quelques difficultés sérieuses.

Lorsqu'on se décide à la céphalotomie, la ponction du crâne peut, si l'enfant s'est présenté par l'extrémité pelvienne, offrir quelques difficultés. Faire pénétrer l'instrument à travers la voûte palatine est souvent chose possible, mais je préférerais, comme je l'ai déjà fait dans un cas, pour lequel N. Ducros m'avait appelé en consultation, introduire le crochet mousse dans l'orbite et pénétrer ainsi dans la boîte crânienne à travers le trou optique. Ce procédé avait, du reste, été déjà préconisé par M. Dojardin dans une note adressée, en 1851, à l'Académie de médecine : il n'est évidemment praticable que lorsque l'enfant a cessé de vivre.

Dans une présentation du siège, l'hydrocéphalie acquiert un surcroît de gravité parce qu'on est exposé à méconnaître la cause de dystocie, et parce qu'en supposant le diagnostic établi, il est plus difficile de perforer le crâne qui n'est accessible que par sa base. En pareil cas, pour se tirer d'embarras, on peut encore pratiquer une incision transversale entre les apophyses épineuses des vertèbres, ouvrir le canal rachidien et introduire par cette ouverture une sonde de gomme

élastique munie de son mandrin, qu'on poussera jusque dans la cavité crânienne, où elle ira chercher le liquide qui s'écoulera bientôt au dehors. La tête s'affaissera aussitôt et n'offrira plus aucune difficulté d'extraction. J'ai rapporté dans ma thèse de concours plusieurs observations où cette opération a réussi. (Tarnier, thèse de concours, 1860.)

#### § II. — Hydrothorax et ascite; rétention d'urine.

L'hydropisie ascite est une maladie plus rare que l'hydrocéphale, mais qui se rencontre un peu plus fréquemment que l'hydrothorax. Le développement considérable du thorax, l'écartement des intervalles intercostaux et la fluctuation évidente dans ces intervalles élargis, tels sont les signes qui appartiennent à l'hydropisie de poitrine. Le volume extraordinaire du ventre, la distension de ses parois, la fluctuation qu'on y perçoit, caractérisent au contraire l'ascite. Le fœtus, retenu par l'ampleur de l'une ou de l'autre de ces cavités, est arrêté dans sa marche à travers le bassin, et l'accoucheur sent l'excavation remplie par une tumeur large, molle, fluctuante. Dans quelques cas de distension extrême de l'abdomen, on a vu les parois de cette cavité céder, de sorte qu'une grande partie de la tumeur restait au-dessus du détroit supérieur, tandis que le tronc descendait peu à peu dans l'excavation; et lorsqu'une fois une partie de l'abdomen était arrivée au dehors, le liquide se précipitait vers ce point où la résistance est moindre, le volume de la partie restée à l'intérieur diminuait progressivement, et l'accouchement se terminait naturellement. Frank parle d'un enfant hydropique qui présentait les fesses, et dont l'abdomen avait déversé une partie de son liquide dans le scrotum; une incision pratiquée sur cette partie procura l'évacuation de tout le liquide: c'est ce qu'on devrait faire en pareil cas. Mais, lorsque la tumeur aqueuse, qu'elle ait son siège dans la poitrine ou l'abdomen, est assez considérable pour être arrêtée au-dessus d'un des détroits, il faut avoir recours à la ponction faite avec le trocart.

Une particularité qui peut facilement être prise pour une ascite est l'accumulation d'une grande quantité d'urine dans la vessie du fœtus.

Nous avons déjà dit (page 171) que très-certainement, pendant la vie intra-utérine, le fœtus excrétaient une certaine quantité d'urine, et nous avons cité à l'appui de cette opinion quelques faits dans lesquels l'oblitération de l'urètre avait déterminé une distension énorme et même une rupture de la vessie. Dans un fait communiqué par M. Depaul à l'Académie de médecine, la distension du réservoir urinaire était telle, qu'elle devint un obstacle insurmontable à l'extraction du fœtus.

Cette observation, réunie à deux autres faits du même genre, a fourni à M. Depaul les matériaux d'un excellent mémoire qu'il a publié dans la *Gazette hebdomadaire* de 1860. Ce professeur pense que souvent on a pris la rétention d'urine pour une ascite; selon lui, cette dernière maladie serait même fort rare. Nous renvoyons le lecteur au travail de M. Depaul.

Qu'on ait reconnu la véritable cause des difficultés ou qu'on hésite entre une

ascite et une distension excessive de la vessie, il est évident que si les tractions convenablement faites sont sans résultat, l'évacuation du liquide est la seule ressource dans les deux cas. Nous ajouterons seulement, avec M. Depaul, que, puisqu'on peut quelquefois après la naissance rétablir la perméabilité de l'urètre, il est rigoureusement indiqué de pratiquer la ponction avec tout le soin qu'on donne à cette opération chez l'adulte. L'insertion abdominale du cordon sera un guide sûr pour le choix du point le plus favorable.

Dans un cas observé par M. Moreau, il existait à la fois une ascite et une distension considérable des parois vésicales. Après une première ponction qui évacua une grande quantité du liquide péritonéal, les tractions furent encore infructueuses, et il fallut en pratiquer une seconde pour évacuer l'urine accumulée dans la vessie. Aussitôt après, l'extraction de l'enfant fut faite sans aucune difficulté.

#### § III. — État emphysémateux du fœtus.

Merriman fait observer que, lorsque le fœtus est mort depuis longtemps, il peut, par suite de la putréfaction, se développer une assez grande quantité de gaz pour augmenter beaucoup le volume et la distension du ventre, et gêner par conséquent l'expulsion du fœtus. « J'ai vu, dit-il, deux cas dans lesquels la rupture du vagin fut la conséquence des tractions violentes et téméraires pratiquées sur le tronc d'un enfant énormément distendu par des gaz putrides. Dans un de ces cas le vagin fut complètement déchiré. Les deux femmes moururent en quelques heures. Une ponction de l'abdomen eût prévenu ce terrible accident. »

M. Depaul a publié récemment un cas dans lequel, non-seulement des gaz s'étaient développés en grande quantité dans la cavité abdominale et thoracique, mais encore les membres du fœtus offraient une infiltration telle que leur volume était au moins doublé. Après l'extraction de la tête par le forceps, l'application du forceps céphalotribe fut jugée nécessaire, l'instrument serré de manière à obtenir sur le tronc une réduction considérable et un moyen de traction solide. Pendant qu'on agissait ainsi, il s'échappa avec bruit une grande quantité de gaz d'une odeur très-fétide, et ce ne fut qu'après des tractions très-énergiques, qu'on parvint à dégager la poitrine et à extraire l'enfant. L'utérus, en se rétractant, expulsa des gaz pareils aux précédents.

En supposant le diagnostic bien établi, nous pensons, avec Merriman, que la ponction préalable de l'abdomen et de la poitrine aurait certainement facilité et peut-être rendu inutile l'action du céphalotribe.

#### § IV. — Tumeurs diverses.

Les tumeurs de diverse nature que le fœtus peut apporter en naissant, et dont le volume est quelquefois assez considérable pour s'opposer à son expulsion spontanée, ne sont susceptibles d'être soumises à aucune règle générale. Les moyens à employer varient pour chacune d'elles. Quand elles sont pédiculées, il arrive

assez souvent que leur pédicule se rompt sous l'influence des efforts expulseurs de l'utérus ou des tractions de l'accoucheur. Quand elles ne présentent pas une grande dureté, elles s'affaissent parfois, comprimées qu'elles sont entre la paroi fœtale et utérine ou les parois osseuses du bassin. Du reste, les enlever quand elles sont accessibles, les ponctionner pour les vider quand elles contiennent un liquide, tels sont les conseils à suivre. Malheureusement on ne peut guère soupçonner leur existence que lorsque le travail est déjà fort avancé, et par conséquent lorsqu'il n'est guère possible d'agir sur elles. De sorte que, lorsque le volume est excessif, la mort du fœtus est presque toujours la suite des lenteurs et des difficultés du travail, et la conduite à suivre est dès lors tout naturellement tracée.

Il existe aussi parfois à l'intérieur des grandes cavités, et en particulier de la cavité abdominale, certaines tumeurs qui peuvent rendre très-difficile et parfois impossible l'accouchement spontané. Dans un cas fort curieux, cité par MM. Guilleton et Ollier, et dans lequel l'obstacle à l'accouchement était causé par un développement anormal des deux reins, dû lui-même à une hypertrophie hydatiforme de l'élément glandulaire des glomérules de Malpighi, on ne put, malgré des tractions assez fortes pour arracher les membres pelviens, extraire l'enfant; grâce au réveil spontané des douleurs, l'accouchement se termina spontanément quelques heures après.

L'enfant s'était présenté par l'extrémité pelvienne, dans un autre cas, cité par Siebold : la tête, qui s'offrait la première, fut expulsé sans trop de difficultés, mais pour opérer le dégagement du tronc, il fallut pratiquer assez longtemps de très-fortes tractions. On y réussit enfin. L'abdomen avait un volume énorme, 17 pouces de circonférence, et mesurait 8 pouces de l'appendice xiphoïde au pubis. A l'autopsie, les reins constituaient deux énormes tumeurs : ils pesaient 1 kilogramme : chaque rein avait 6 pouces de long, 4 pouces de large et 3 pouces d'épaisseur. (Voy. dans le *Journal hebdomadaire*, 1855, l'indication bibliographique de plusieurs cas semblables; voy. aussi Tarnier, thèse de concours.)

Enfin M. Noeggeralt a rapporté un autre cas de dystocie due au développement énorme d'un foie cancéreux. Malgré l'application du forceps, l'extraction de la tête exigea toutes les forces de l'opérateur. Après sa sortie, les épaules ne purent être chassées spontanément, malgré des contractions très-énergiques; et, après avoir inutilement tiré sur la tête, on fut obligé de porter les doigts en crochet sous les épaules et de tirer avec beaucoup de violence.

La masse principale du fœtus était formée par l'abdomen qui avait le quadruple de son volume normal. Une énorme tumeur remplissait sa cavité; c'était le foie: il pesait 2 livres  $\frac{1}{4}$ , mesurait 8 pouces  $\frac{3}{4}$  en largeur, 6 pouces de bas en haut, et 3 pouces d'épaisseur; le tissu propre du foie se rencontrait de distance en distance, mais dans sa plus grande partie, il était remplacé par une masse hétéromorphe, semblable à la substance grise de l'encéphale.

Différentes autres tumeurs ont été observées à la tête, au cou, à la région lombaire et sacrée.

A la tête se développent quelquefois des tumeurs de volume variable, parmi lesquelles on remarque surtout les encéphalocèles et les méningocèles. Ces dernières tumeurs sont moins rares que les précédentes; elles acquièrent parfois une grosseur qui égale ou dépasse celle de la tête elle-même. J'en ai vu un exemple à l'hôpital des Cliniques : l'enfant se présentait par l'épaule; en faisant la version je sentis à côté de la tête une tumeur arrondie et résistante que je pris pour la tête d'un second enfant. Je continuai mon opération en allant chercher les pieds. L'extraction fut d'abord facile, mais quand le tronc fut sorti j'éprouvai une résistance insolite pour dégager la tête, elle s'abaissa tout à coup pendant une nouvelle traction, et je vis sortir avec elle une tumeur volumineuse qui lui adhérait au niveau de la région occipitale. J'ai recueilli le moule de plâtre de cette lésion; il fait aujourd'hui partie de la collection anatomique de M. Depaul à l'hôpital des Cliniques; la dissection montra que la tumeur était formée par une méningocèle.

Le cou peut aussi présenter des tumeurs volumineuses; c'est ainsi que M. Monod a publié dans les *Archives* un cas de dystocie causée par une tumeur grosse comme le cerveau d'un fœtus à terme, qui était attachée au cou par un pédicule qui lui permettait de se replier de tous côtés. Le sommet se présentait; après vingt-deux heures de travail, on fut obligé d'appliquer le forceps; l'enfant naquit vivant, mais il succomba au bout de cinq heures. La tumeur parut être de nature cancéreuse. D'autres fois on trouve au cou une tumeur formée par l'hypertrophie de la glande thyroïde; j'en ai vu récemment un exemple. La tumeur était du volume du poing.

Les régions scrotales, sacrées et lombaires sont assez souvent occupées par des tumeurs volumineuses parmi lesquelles on remarque les hydrocèles, le spina-bifida avec hydrorachis, le cancer, l'inclusion fœtale, qui peuvent apporter une gêne plus ou moins considérable à l'extraction du fœtus. M. Depaul raconte dans une note, qu'il a vu à la Clinique deux enfants dont la naissance avait offert quelques difficultés, et qui présentaient entre les cuisses une tumeur ovalaire presque aussi volumineuse que leur tête, entièrement distincte des parties génitales, naissant et paraissant se perdre dans le tissu cellulaire profond du périnée, et qu'une dissection attentive lui fit reconnaître être constituée par du tissu encéphaloïde.

Le spina-bifida avec hydrorachis peut occuper toute la hauteur de la colonne vertébrale, mais ce n'est guère qu'à la région lombaire qu'il forme une tumeur assez volumineuse pour entraver l'accouchement. J'en ai rapporté deux exemples dans ma thèse de concours; l'un d'eux m'avait été communiqué par M. Guibout, médecin des hôpitaux. J'en ai fait faire un dessin que je reproduis ici (voy. fig. 115).

Une inclusion fœtale peut encore former dans les régions scrotales et sacrées une tumeur assez volumineuse pour nécessiter une intervention active. On trouvera plusieurs faits de ce genre dans un mémoire publié par le docteur Constantin



FIG. 115.

Paul ; notre collègue M. Joulin leur a également consacré un long chapitre de sa thèse de concours (Paris, 1863).

Dans tous ces cas, on ne peut prévoir la difficulté, car il n'est possible de la soupçonner qu'au moment même où elle exerce son influence sur le travail. Des tractions sur la tête, les bras ou les aisselles, dans les cas de présentation de l'extrémité céphalique, sur les membres inférieurs dans les autres circonstances, seront faites d'abord avec modération, puis plus tard avec énergie : si elles étaient encore infructueuses et que le fœtus eût cessé de vivre, il vaudrait mieux pratiquer l'embryotomie que de continuer trop longtemps ces tractions et exposer à des déchirures des organes maternels. Il est évident que si la tumeur était liquide, on essaierait avant tout de la vider par une ou plusieurs ponctions.

§ V. — Ankylose des articulations du fœtus ; gibbosités.

Le docteur Husch a dernièrement eu occasion d'observer un singulier cas de dystocie due à l'ankylose des articulations des membres ; le forceps avait été appliqué, mais après l'extraction de la tête le tronc ne put être expulsé. Ne pouvant découvrir la cause de la difficulté, on pratiqua quelques tractions d'abord faibles, puis bientôt plus énergiques. Tout à coup un craquement se fit entendre, la partie supérieure du tronc franchit l'orifice externe, et la partie inférieure fut encore arrêtée. Comme l'enfant était mort, on tira sans aucun ménagement, et le même bruit de craquement s'étant reproduit, le reste du tronc fut extrait. A l'autopsie, on trouva que les articulations des membres étaient ankylosées dans la position ordinaire qu'affecte le fœtus dans la matrice, et que les os des bras et des cuisses étaient fracturés. (*British and foreign med. Review*, avril 1838, page 579.)

Notre collègue M. Joulin a cité quelques autres faits semblables. Dans quelques cas plus rares encore, l'accouchement a été rendu difficile par une déformation de la colonne vertébrale, une véritable gibbosité.

ARTICLE IV

FŒTUS MONSTRUEUX

Les fœtus anencéphales, acéphales, cyclopes, anopses, etc., naissent aussi facilement que les fœtus bien conformés ; nous n'avons rien à en dire.

Nous ferons seulement remarquer que dans ces cas le diagnostic de la présentation est rendu difficile par la déformation des parties que le doigt cherche à reconnaître. L'anencéphalie fournit cependant quelques signes particuliers qu'il est intéressant de connaître. Chaque fois que le doigt cherche à atteindre la partie qui se présente, le fœtus exécute dans l'utérus des mouvements convulsifs et désordonnés qui attirent bientôt l'attention ; ces mouvements sont probablement dus à l'irritation directe du moignon qui surmonte ordinairement le cuir chevelu

dans l'anencéphalie. A l'aide de ce signe j'ai pu diagnostiquer une anencéphalie avant la rupture des membranes, au grand étonnement des élèves de l'hôpital des Cliniques où l'accouchement avait lieu.

ARTICLE V

DYSTOCIE DUE A DES FŒTUS MULTIPLES

§ I. — Fœtus multiples et isolés.

Nous avons indiqué à l'article *Grossesse* (voy. p. 255), les signes au moyen desquels on pouvait, pendant la gestation, reconnaître la présence de plusieurs enfants dans la cavité utérine, et décrit l'accouchement gémellaire normal dans un autre chapitre (voy. p. 367). Il nous reste à exposer les difficultés propres à cet accouchement.

Habituellement, avons-nous dit, la naissance du second enfant suit de près la naissance du premier ; en cas de retard, quelques frictions faites sur le corps et le col de la matrice suffisent pour provoquer des contractions qui achèveront bientôt le travail. En général, il faut savoir attendre que l'utérus se contracte (voy. p. 369). Mais faut-il abandonner complètement le travail à la nature, faut-il dans certaines conditions pratiquer une prompte délivrance ? Il est des cas où il ne peut y avoir d'hésitation. Ainsi : 1° quand la naissance du premier enfant a été longue, difficile, a nécessité l'intervention de l'art, et que les forces de la mère paraissent épuisées par ce premier travail ; 2° lorsque, après ou pendant la naissance du premier enfant, il survient un accident qui menace les jours de la mère ou du second jumeau ; 3° lorsque celui-ci se présente au détroit supérieur dans une position défavorable (1), et qui, par elle-même, exige la version, il faut immédiatement la pratiquer. Mais, dans tous les cas, il ne faut nullement hâter l'expulsion ; on tirera très-lentement sur l'extrémité pelvienne, afin de ne pas trop rapidement désemplir l'utérus, et éviter l'inertie et l'hémorrhagie qui pourrait être la conséquence de cette déplétion trop rapide. Il sera même très-prudent, lorsque par l'évolution on aura converti la position défavorable en position du pelvis, de confier le reste du travail aux efforts expulseurs de l'utérus. L'application du forceps sera alors rarement nécessaire ; car, si la tête est trop engagée pour rendre possible la version pelvienne, l'accouchement se terminera probablement seul. Toutefois, dans un cas où l'impuissance de l'utérus coïnciderait avec un accident assez grave pour compromettre la vie de la mère ou du fœtus, il faudrait bien, si la tête était arrivée au détroit inférieur, avoir recours à l'instrument ; mais, dans tous les autres cas, la version pelvienne doit être préférée, car l'introduction de la main et l'évolution du fœtus ne manqueront pas de

(1) Il n'est pas très-rare de voir le second enfant se présenter par l'épaule, et cela tient probablement au vide qui existe dans l'utérus après l'expulsion du premier enfant, vide qui facilite singulièrement son déplacement.