

## CHAPITRE III

## GROSSESSE GÉMELLAIRE

Il y a grossesse multiple quand il y a plusieurs fœtus dans le même utérus.

La seule variété à étudier est la grossesse double ou grossesse gémellaire.

**Fréquence.** — En France on voit une grossesse gémellaire environ sur 92 grossesses; la proportion est plus élevée en Amérique, en Allemagne et en Suède.

**Causes.** — *Cliniquement*, deux circonstances seulement semblent influencer sur la grossesse gémellaire, l'hérédité et la multiparité. L'hérédité est un facteur important. La gémellarité se poursuit dans une famille et une femme qui a eu des jumeaux a des chances pour en avoir d'autres.

La cause intime est plus discutée. Plusieurs explications ont été proposées.

1° Une vésicule de Graaf contenait deux ovules qui ont été fécondés en même temps.

2° Il n'y a qu'une vésicule et qu'un ovule, mais cet ovule contient deux vésicules embryogènes.

3° Au moment de la fécondation il y avait deux œufs mûrs. Ceci semble prouvé par l'existence de deux corps jaunes de la grossesse trouvés sur des femmes mortes après l'accouchement de deux jumeaux.

C'est l'hypothèse la plus probable.

Le mécanisme de la fécondation double a donné lieu à trois explications.

1° *Superfécondation.* — Un même coït féconde deux éléments femelles.

Ce mécanisme, qui existe certainement, suffit à expliquer le cas où les deux fœtus ont un développement égal.

Mais l'existence de deux fœtus du même développement est l'exception.

2° *Superimprégnation.* — Dans une même période de

ponte ovulaire, il se fait, à intervalle variable, une deuxième fécondation.

Cliniquement, on a des faits assez nombreux soit chez les animaux, soit chez l'homme, à l'appui de ce mécanisme.

Les observations se rapportent surtout à des négresses, où la différence d'origine du produit est plus manifeste et où l'on voit dans un accouchement gémellaire un enfant noir et un mulâtre ou même un blanc.

3° *Superfoetation.* — On suppose alors qu'un élément femelle ayant été fécondé, un autre élément femelle l'a été à une période ovulaire suivante, pouvant aller jusqu'à trois mois, mais pas au delà.

Anatomiquement et physiologiquement, on explique la possibilité du fait en rappelant que, jusqu'au quatrième mois, la caduque ovulaire laisse libre une grande partie de la surface utérine, sur laquelle pourra se greffer un nouvel ovule. A quatre mois, la superfoetation est impossible : la caduque ovulaire remplit tout l'utérus.

L'*inégal développement des fœtus*, d'après lequel on calcule la différence d'âge, peut s'expliquer simplement d'autres façons.

Lorsque l'un des deux fœtus meurt dans le cours de la gestation, il peut rester encore dans la cavité utérine; à l'accouchement il présente alors le développement qu'il avait au moment où il a cessé de vivre, tandis que l'autre a continué à s'accroître.

Lorsque les enfants, vivants, sont inégalement développés, cela peut tenir soit à l'inégal développement des placentas, soit à l'altération de l'un d'eux.

**Anatomie de la grossesse gémellaire.** — **De la cavité ovulaire.** — Chaque œuf a ses enveloppes propres, mais elles ne sont pas entièrement complètes pour les deux.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

*Premier cas.* — Les deux caduques ovulaires marchent à la rencontre l'une de l'autre et forment une cloison entre les deux œufs.

Il y a alors deux placentas et les deux circulations sont absolument distinctes.

*Deuxième cas.* — La portion de la cloison constituée par la caduque disparaît, et ce sont les deux chorions qui forment une cloison.

Alors les deux placentas sont accolés l'un à l'autre, mais il n'y a pas communication entre les deux circulations.

*Troisième cas.* — La cloison choriale disparaît elle-même et il n'y a plus, pour les deux fœtus, qu'une caduque, qu'un chorion, qu'un placenta; il y a alors soit deux cordons insérés près l'un de l'autre, soit un tronc funiculaire unique, qui, bientôt, se divise en deux branches allant chacune à un fœtus.

La circulation placentaire est commune aux deux.

Les fœtus sont renfermés dans la même gaine amniotique.

**Des fœtus.** — Le plus souvent, les deux fœtus sont du même sexe; le sexe masculin est plus fréquent que le sexe féminin.

Les fœtus, même lorsque la grossesse arrive à terme, sont presque toujours d'un poids au-dessous de la moyenne (1).

Souvent, le développement des fœtus est inégal: l'un des deux est plus gros que l'autre.

L'un des fœtus peut mourir, tandis que l'autre continue à se développer. Le fœtus mort peut subir des transformations, se momifier, il est, dans quelques cas, aplati, réduit en un véritable *bonhomme de pain d'épice*.

Dans leur occupation de la cavité utérine, les fœtus sont toujours verticalement dirigés, occupant l'un le côté droit, l'autre le côté gauche de la cavité utérine (2). Mais il y a des modifications dans l'orientation respective de leurs pôles: on voit tantôt les deux têtes en bas, tantôt une

(1) Nous avons récemment observé une remarquable exception à cette règle; un enfant pesait 3.300 et l'autre 3.500. Il n'y avait qu'un placenta et qu'un tronc funiculaire à deux branches.

(2) Budin et avec lui Auvard admettent deux autres variétés: fœtus verticaux, l'un devant l'autre, et encore un des fœtus vertical l'autre, au-dessus, horizontal (disposition en T). Pinard (art. Grossesse, *Dict. encycl.*) n'a jamais observé ces deux dispositions que nous n'avons pas non plus rencontrées.

tête en bas et l'autre en haut, sans que la fréquence relative des deux combinaisons soit bien fixée.

Assez fréquemment, l'un des deux œufs est atteint d'hydramnios et le fœtus y contenu, mobile, est d'une situation essentiellement instable.

**Signes et diagnostic.** — Le ventre est énorme, très vergeté; de plus, au-dessus de la symphyse pubienne, il y a une plaque d'œdème (œdème sus-pubien), à laquelle Depaul attribuait une valeur diagnostique absolue. Mais on la rencontre aussi dans l'hydropisie de l'amnios.

À la palpation, on trouve une tension permanente de la paroi utérine; ce symptôme, pour Pinard, est un signe de probabilité des plus importants.

À un examen plus profond, on éprouve d'abord la sensation que donnerait une haltère, deux extrémités arrondies réunies par une tige. En explorant attentivement, on est frappé par le nombre considérable de petites parties qu'on rencontre; mais, au lieu d'être limitées d'un seul côté par un plan résistant, on trouve, de l'autre côté, un plan résistant analogue.

Cet examen est rendu difficile par la tension des parois.

À l'auscultation, on entend, quand les deux enfants vivent, en deux points, deux foyers *maxima* de battements du cœur fœtal: il est bon de compter les battements de chaque foyer: on pourra ainsi se prémunir jusqu'à un certain point contre l'erreur qui consiste à prendre le retentissement d'un premier foyer pour un foyer d'auscultation d'un second fœtus. Ce signe, qu'on doit rechercher, a une valeur moins grande qu'il ne paraît au premier abord; en effet: 1° les deux cœurs peuvent battre à l'unisson; 2° il est impossible parfois de reconnaître pour faux un foyer de retentissement; 3° enfin un enfant étant mort, il n'y a qu'un foyer quoiqu'il y ait deux fœtus dans la cavité utérine.

Très exceptionnellement pendant ce travail on a pu constater l'existence de deux poches.

**Marche.** — 1° *De la grossesse.* Ordinairement la grossesse

gémellaire n'arrive pas à terme, et le travail se déclare vers sept ou huit mois.

Assez souvent la gestation se prolonge pour l'un des fœtus.

2° *De l'accouchement.* La durée du travail est en général plus longue que pour une grossesse simple. L'utérus surdistendu se contracte irrégulièrement; l'effacement et la dilatation du col se font moins bien à cause de la mauvaise qualité des contractions utérines et parce que l'accouchement arrivant avant terme le col, qui n'a pas encore subi toutes ses modifications physiologiques, est plus résistant.

Le travail se compose en réalité de deux accouchements simples se succédant à un intervalle plus ou moins éloigné.

L'accouchement du premier enfant — gêné par la présence du deuxième — se fait lentement, mais comme dans une grossesse ordinaire.

Pour le deuxième accouchement, tantôt l'expulsion du fœtus succède rapidement à celle du premier, suivant le mécanisme de sa présentation : c'est que dans ce cas il n'y avait qu'une poche amniotique pour les deux fœtus. Tantôt, au contraire, après l'expulsion du premier fœtus, le travail s'interrompt ou même s'arrête tout à fait, et il peut quelquefois ne reprendre et le deuxième accouchement ne se faire que plusieurs jours après le premier.

**Pronostic.** — *De la grossesse.* Le pronostic de la grossesse gemellaire ne diffère pas sensiblement du pronostic de l'accouchement de la grossesse unique. Cependant il faut savoir que les phénomènes de distension et de compression sont particulièrement accentués. Pour le fœtus, il faut craindre, plus que dans la grossesse simple, les *monstruosités* fœtales par coalescence des deux produits de conception (monstres sterno-page, céphalo-page, ischio-page).

Le pronostic de l'accouchement, à part la longueur du travail ne comporte donc pas, malgré certains incidents possibles, une aggravation spéciale.

Comme conséquences tardives les grossesses gémeillaires

disposent aux faiblesses de la paroi abdominale, aux éven-trations.

**Conduite à tenir.** — 1° *Tout se passe normalement.*

Pour le premier accouchement on se comporte comme dans un accouchement ordinaire; de même pour le second lorsqu'il se présente immédiatement après.

Quand il y a deux poches, on laisse reposer la femme, on attend un quart d'heure, environ, puis, si la poche des eaux est encore intacte, on place la parturiente en position obstétricale et on rompt le sac amniotique : en agissant ainsi on peut séance tenante intervenir, s'il est nécessaire, pour corriger la présentation.

On ne laisserait tranquille la femme, — en admettant que les contractions aient cessé, — que si l'on était loin du terme, ou si l'enfant resté dans l'utérus était tout petit et cependant vivace.

Au point de vue de la délivrance on doit, le premier fœtus sorti, lier ou pincer avec soin le bout placentaire du cordon, de crainte d'une communication possible des deux placentas.

2° *Il survient des incidents ou des accidents.*

**A. Accidents d'ordre physiologique.** — Le travail ne marche pas, par ce que les contractions sont peu intenses, ou que l'utérus est surdistendu par une hydramnios.

Dans le premier cas, si les enfants vont bien, on peut patienter, exciter l'utérus par des injections vaginales sur le col. Dans le second, il est indiqué, la femme ayant été placée dans la position obstétricale, de rompre la poche des eaux.

Quelquefois, au contraire, c'est par suite de la rupture prématurée que le travail est languissant.

Pendant la délivrance il n'est pas très rare de voir soit une rétention placentaire soit des hémorragies par inertie utérine. Il ne faut pas hésiter à faire la délivrance artificielle suivie d'injections très chaudes (voir Accidents de la délivrance).

**B. Accidents d'ordre mécanique.** — Les deux fœtus,

au lieu de sortir successivement, tendent à s'engager ensemble.

Tantôt il s'agit de deux sommets. C'est un cas rare. On repousse alors une des têtes, celle qui est la moins avancée, et on extrait l'autre rapidement avec le forceps.

Tantôt il s'agit d'un sommet et d'un siège. C'est encore un cas rare. Lorsque la tête devance le siège dans l'engagement, elle tend à l'éliminer, à le redresser, et l'accouchement se termine sans trop de difficultés.

Lorsque le siège passe au devant du sommet, cela va bien jusqu'au moment où la tête du fœtus à présentation pelvienne arrive au niveau du détroit supérieur; mais, à ce moment, son menton accroche soit l'occiput, soit le menton de l'autre fœtus.

Quelle conduite tenir.

Il faut d'abord tout tenter, au moment de l'engagement, pour repousser la tête fœtale et éviter cet accident.

Si l'on a échoué et que l'accrochement se soit produit, on essaye encore de désengrêner les deux sommets mais sans grand espoir.

Alors on peut se trouver dans l'une des trois conditions suivantes :

1° *Le premier fœtus est mort.* — On n'hésite pas à pratiquer la décollation.

2° *Les deux sièges tendent à s'engager en même temps.* Il y a souvent alors chute de petites parties attenant à la présentation (membres inférieurs) ou des petits membres supérieurs (procidence des membres).

On cherchera avec soin la partie la moins engagée et, au début on essaiera de la soulever.

S'il y a procidence des membres, on tentera de la réduire.

S'il y a chute des membres inférieurs (siège mode des genoux, mode des pieds), on saisira un de ces membres pour hâter l'accouchement.

Mais il ne faut jamais tirer sur plusieurs membres inférieurs, quand plusieurs se présentent. On ne doit tirer que sur un seul et choisir le membre inférieur le plus engagé, le plus bas.

Si les deux enfants sont vigoureux et si le dégagement est impossible, l'intervention indiquée est la section abdominale.

Quand un des enfants est déjà mort, on pratique sa mutilation pour avoir l'autre. Pourtant lorsque l'enfant mort est celui qui est le moins engagé, l'opération est très difficile; dans ce cas encore, si la mort est toute récente, si elle s'est produite pendant le travail et s'il n'y a aucune crainte de septicémie utérine, l'intervention indiquée est l'extraction par la voie abdominale.

3° *Un pôle fœtal s'engage en même temps qu'une épaule.* — C'est un accident du travail. Le deuxième fœtus n'arrivant pas à s'accommoder peut, au moment de l'accouchement, prendre une position inattendue.

Si le fœtus en présentation de l'épaule est mort, pratiquer l'embryotomie.

S'il est très petit et vivant, si l'on a assisté à l'accident au moment de la rupture de la poche des eaux, on tentera la version par manœuvres internes.

Dans le cas contraire, si les deux enfants sont bien portants, à terme ou très près du terme, l'opération indiquée est l'extraction par section abdominale.

Dans quelques cas il y a enclavement du cou d'un des fœtus et d'un des pôles pelviens.

Si l'enfant à présentation régulière est vivant, pratiquer la décollation de l'autre qui est mort. Si au contraire c'est lui qui est mort, s'il se présente par le sommet, on fera sur ce sommet la céphalotripsie; mais il importe de se décider vite et d'agir rapidement et prudemment, car la vie de l'autre enfant est menacée à brève échéance; s'il se présente par le siège, on peut encore tenter la réduction mais avec encore moins de chances de succès.

4° *Les deux fœtus sont adhérents* (monstruosité). — Le plus souvent, malgré les apparences, ces accouchements se terminent bien : l'accouchement de Millie-Christine se fit spontanément sans difficulté.

Parfois les adhérences sont peu solides et étendues et on peut les détruire; enfin, dans ces cas, comme la vie des

fœtus est négligeable, on a le choix des interventions sur le produit fœtal, et l'embryotomie est ici indiquée.

#### CHAPITRE IV

##### PROCIDENCE DES MEMBRES

On donne le nom de procidence des membres à la chute d'un ou plusieurs membres appartenant à une autre partie que celle qui tend à s'engager.

Ce second paragraphe de la définition est essentiel : on ne dit pas qu'il y a procidence lorsque dans la présentation du siège on trouve en même temps un pied ou lorsque dans la présentation du tronc on trouve un bras.

C'est un accident rare qu'on observe 1 fois environ sur 160 accouchements.

Par ordre de fréquence on rencontre :

1° La procidence d'un ou deux membres supérieurs dans la présentation du sommet et plus particulièrement dans la présentation de la face.

2° La procidence d'un pied dans la présentation du sommet est déjà beaucoup plus rare, sauf dans le cas de grossesse gémellaire.

3° Il y a des procidences multiples, un pied et une main, ou même de tous les petits membres à la fois : c'est la *procidence complexe*. Dans ces cas le fœtus est tout petit ou bien il est macéré.

4° La procidence des membres s'accompagne quelquefois de la procidence du cordon : c'est la *procidence compliquée*.

**Etiologie.** — Toutes les causes qui entravent l'accommodation régulière seront des causes de procidence des membres.

Du côté de la mère, c'est, en premier lieu, l'hydramnios; le fœtus nageant dans le liquide trop abondant ne s'accommode pas; dans ces cas la rupture des membranes est prématurée, surprend le fœtus et la présentation dépend du

hasard. Ajouter encore les rétrécissements du bassin, les tumeurs de l'utérus ou des annexes, les insertions vicieuses du placenta, l'obliquité utérine, l'absence de contractions dans le segment inférieur de l'utérus.

Du côté du fœtus, c'est l'hydrocéphalie, la grossesse gémellaire, la présentation du sommet défléchi.

**Diagnostic.** — Il comporte deux points : A, reconnaître la procidence; B, reconnaître le membre procident.

A. *Reconnaître la procidence.* — La procidence peut être méconnue ou confondue.

1° Le petit membre caché par la présentation peut passer inaperçu et il faut, pour ne point méconnaître la procidence, explorer très soigneusement du doigt tout le pourtour de la grosse partie fœtale et en apprécier les saillies.

2° Le membre procident forme une éminence accolée à la partie fœtale. Or on peut la confondre avec des tumeurs fœtales ou maternelles, avec le placenta, une tumeur fécale dure moulée dans le rectum; mais le caractère suivant l'en distingue : la partie fœtale est mobile et en l'appliquant avec le doigt contre une paroi résistante, tête ou bassin, on la fait aller et venir, rouler sous la pression digitale.

Lorsque le membre procident est tombé en entier dans le vagin, l'on peut croire à la chute d'un membre dépendant de la présentation et supposer qu'on a à faire à une présentation de l'épaule alors qu'il s'agit d'un sommet. Il faut donc se garder de se prononcer à la seule vue d'un membre prolabé et reconnaître avec soin la grosse partie engagée.

B. *Reconnaître la variété de la procidence.* — C'est distinguer les membres du cordon, une main d'un pied, constater enfin le nombre des parties procidentes.

Le cordon se distingue à sa forme, à sa consistance molle et lisse, et, lorsque l'enfant est vivant, aux battements dont il est animé.

La main est remarquable par ses doigts très longs, très faciles à écarter les uns des autres et dont l'un d'eux (qui est le pouce) très séparé et éloigné des autres, peut s'opposer à chacun d'eux. Le pied a des doigts courts, difficilement

écartables; on ne trouve pas de pouce opposable, et quand on explore toute la petite partie, on voit qu'elle forme un angle droit avec la jambe et on sent la saillie du talon ainsi que celle des malléoles.

Il est ensuite facile, avec ces signes, de séparer les différentes petites parties procidentes et d'en faire le décompte.

**Pronostic.** — La procidence des membres est un événement fâcheux pour la bonne terminaison de l'accouchement et pour la bonne santé ultérieure de l'enfant.

La partie procidente, placée au-devant de la tête où elle fait *cale*, peut empêcher la rotation; si la tête est engagée, elle peut, en s'insinuant comme un coin entre elle et le bassin, enclaver la présentation et empêcher l'accouchement. Mais la partie procidente elle-même est en danger; la compression exercée sur le petit membre peut le fracturer ou amener une paralysie de ce membre.

Parfois le petit membre remonte, se dégage, et il y a terminaison spontanée de cette cause de dystocie.

Mais le plus souvent, l'accoucheur doit intervenir.

**Conduite à tenir.** — Il y a deux cas à considérer :

A. Le col est fermé; B. Le col est ouvert.

A. *Le col étant fermé*, on ne peut agir directement. On essaie la réduction en faisant mettre la femme dans la position génu-pectorale, dans la posture de la prière mahométane. On lui ordonne ensuite le repos dans le décubitus dorsal, le siège élevé. On espère, par ces deux moyens, provoquer le dégagement de la partie procidente, ou tout au moins empêcher les petites parties de s'engager davantage et se réserver ainsi un cas favorable pour l'intervention.

B. *Le col est ouvert*, les membranes peuvent être intactes et alors on les rompt, ou bien elles sont déjà rompues.

Lorsque la dilatation est suffisante on tente, et on réussit souvent, la réduction du membre procident. On parvient même à ce résultat lorsque la main est déjà dans le vagin au-dessous de la tête.

Si l'accouchement tarde, on le termine par une application de forceps dès qu'il est possible.

## CHAPITRE V

## EXCÈS DE VOLUME DU FŒTUS

## I. — VOLUME EXCESSIF DE LA TÊTE ET DES ÉPAULES

*Volume excessif de la tête.*

Le bassin étant normal, la tête peut offrir, sans cependant aucune modification pathologique, *un volume excessif*.

**Conduite à tenir.** — Dans ce cas, l'engagement ne s'opérant pas, il faut faire la symphyséotomie.

Plus bas, recourir au forceps.

*Volume excessif des épaules.*

Dans une autre circonstance, c'est l'**excès de volume des épaules**, qui s'oppose à la descente du fœtus.

**Conduite à tenir.** — Deux cas peuvent se présenter :

1° Les épaules butent à l'entrée du bassin et *la tête reste dans l'excavation*.

Faire l'application du forceps; si elle ne réussit pas, et si l'enfant est mort, pratiquer la basiotripsie; si l'enfant est vivant et vigoureux, avoir recours à la symphyséotomie.

2° La tête a franchi l'orifice vulvaire *mais les épaules ne se dégagent pas*.

Il faut engager successivement chaque épaule soit par des tractions sur la tête, soit par le dégagement d'un bras.

Dans la première manœuvre, on saisit la tête dans la paume des deux mains comme avec les cuillères d'un forceps, en recourbant la pointe des doigts qui appuient sur la base du crâne; quand l'épaule antérieure apparaît sous l'arcade pubienne, on *relève* l'enfant doucement et lentement pour dégager l'épaule postérieure.

Si cette traction, méthodiquement et lentement exécutée, ne produit point de résultat efficace, on va chercher et on dégage le bras postérieur d'abord, puis l'antérieur. On a aussi conseillé des tractions dans l'aisselle avec le doigt recourbé. (Voir Basiotripsie, manœuvre de Ribemont.)

## II. — HYDROCÉPHALIE

L'hydrocéphalie est l'accumulation anormale de liquide dans les méninges.

On distinguait, autrefois, l'hydrocéphalie externe, l'hydrocéphalie interne, l'hydrocéphalie bâtarde.

Il n'y a que deux variétés d'hydrocéphalie :

A. L'hydrocéphalie interne, où le liquide est tout entier contenu dans la cavité crânienne.

B. L'hydrocéphalie dite *mixte* (interne et externe), où il y a deux collections liquides, une intra-crânienne et l'autre extra-crânienne, communiquant entre elles. La poche liquide externe, comme l'a bien montré Herrgott fils, est une dépendance de l'accumulation liquide intra-crânienne ; le crâne a été usé, perforé, et par l'ouverture il s'est fait une sorte de hernie liquide.

L'hydrocéphalie se voit à peu près 1 fois sur 9,000 accouchements.

**Etiologie.** — On a incriminé un traumatisme maternel, les mariages consanguins ; on l'a assez souvent constatée coïncidant avec le crétinisme. Il n'y a guère qu'une cause qui soit assez bien établie, c'est la syphilis héréditaire.

**Anatomie pathologique.** — La face restant intacte, est comme écrasée par le volume énorme du crâne qui peut atteindre jusqu'à 80 centimètres de circonférence. Les os du crâne sont extrêmement minces, les fontanelles et les espaces interosseux considérablement élargis. Le cerveau manque assez souvent ou est réduit à une simple lame de tissu cérébral aplatie contre la cavité crânienne qu'elle double.

Le volume n'est pas toujours aussi excessif, et, au point de vue des dimensions on a divisé les têtes hydrocéphaliques en *petites, moyennes et grosses*.

**Diagnostic.** — On peut le faire pendant la grossesse, pendant l'accouchement.

*Pendant la grossesse*, il est extrêmement difficile : on

ne peut guère avoir que des présomptions. L'utérus est énorme, il y a de l'œdème sus-pubien (qu'on peut constater, du reste, toutes les fois que l'utérus a un volume exagéré, hydramnios, grossesse gémellaire).

Quand l'hydrocéphalie existe la présentation du siège s'observe le plus souvent. Cela tient à ce que la tête qui est énorme, cherche à se loger dans la portion la plus spacieuse de la cavité utérine. A la palpation, on reconnaît une extrémité céphalique d'un volume considérable difficile à déplacer, difficile à faire balloter.

*Pendant le travail.* — Le diagnostic est encore difficile et varie suivant les présentations :

A. Sommet ; B. Siège.

**Sommet.** — Les phénomènes préparatoires de l'accouchement sont pénibles, l'engagement se fait mal. Au toucher, on trouve de larges fontanelles, des os minces donnant la sensation de parchemin ; on constate une fluctuation qui peut faire penser à la poche des eaux, mais la poche des eaux n'a pas de cheveux et enfin, second caractère, tandis que la contraction utérine augmente la tension de la poche des eaux, ici au contraire en resserrant et comprimant les os du crâne, elle diminue la poche hydrocéphalique et la flétrit.

**Siège.** — C'est encore plus difficile. L'accouchement peut bien marcher jusqu'au moment où c'est au tour de la tête de franchir le défilé pelvien : alors, tout s'arrête. On touche, et l'on trouve la tête énorme. Si le volume de l'extrémité céphalique est moindre, la difficulté augmente encore.

**Conduite à tenir.** — Que faut-il faire ?

**Présentation du sommet.** — 1° La tête hydrocéphalique est relativement petite : le travail sera long, mais se fera.

2° La tête hydrocéphalique est de grosseur moyenne : il faut la réduire par le forceps.

3° La tête hydrocéphalique est énorme : perforer le crâne d'emblée avec le perforateur du basiotribe de Tarnier, avec le perforateur de Blot ou à leur défaut, avec de longs ciseaux. On a proposé de faire la ponction capillaire ; c'est un procédé illusoire.

*Présentation du siège.* — 1° La tête est petite : l'accouchement pourra se terminer.

2° La tête est de grosseur moyenne : il faut essayer la réduction par le forceps.

3° La tête est grosse : la perforation directe du crâne est difficile et l'on pratique alors la ponction de l'hydrocéphalie, suivant le procédé du professeur Tarnier. Deux incisions au bistouri sont faites à droite et à gauche de la colonne vertébrale dans deux espaces intercostaux correspondants; puis on introduit dans ces incisions les lames de forts ciseaux, on sectionne la colonne vertébrale, et, par le canal rachidien, on introduit une sonde en gomme, rendue rigide par un mandrin, qui évacue le liquide.

### III. — AUTRES CAUSES DE DYSTOCIE FŒTALE

Des *tumeurs de l'Extrémité céphalique*; — des *ascites énormes*; — des *tumeurs liquides des reins*; — la *distension énorme de la vessie* par oblitération du canal de l'urèthre; — des *tumeurs du foie*, de l'*utérus*, de la *région sacrococcygienne*; — des *monstruosité*s peuvent être des causes de dystocie. L'enfant est le plus souvent mort, ou sacrifié; car vivant au moment de l'accouchement, il a très peu de chances de survie.

Ces cas sont exceptionnels, et la conduite à tenir a été inspirée par les circonstances. Si l'on peut diagnostiquer une tumeur liquide, on tâche de l'évacuer par la ponction; dans la plupart des cas, après des essais infructueux d'application de forceps, la mutilation s'est imposée (1).

(1) Consulter la thèse d'Herrgott, *loc. cit.*

## TROISIÈME SECTION

### DYSTOCIE DUE AUX ANNEXES

#### BRIÈVETÉ DU CORDON OMBILICAL

Le fœtus rattaché à l'utérus par la tige funiculaire peut néanmoins évoluer grâce à la laxité de cette attache due à sa longueur.

Mais l'attache funiculaire peut être beaucoup plus serrée au point de gêner le fœtus dans son évolution.

La brièveté du cordon peut être *absolue*. L'on trouve des cordons de 15, 12, et même 5 centimètres.

L'on cite même des cas de placenta sessile, où le cordon n'existait pas.

Cette brièveté peut être *relative* et acquise : ainsi le cordon enroulé autour d'une partie fœtale, cou, tronc, membre, n'a plus une longueur utilisable suffisante.

Quand un cordon est-il trop court? cela — les cas extrêmes mis à part — est variable; l'on a vu des accouchements se terminer bien avec des cordons de 14, 15 centimètres. L'on peut considérer en moyenne, cette dernière longueur comme la limite à partir de laquelle il y a brièveté dystocique du cordon.

**Conséquences.** — La brièveté du cordon empêchant le fœtus de s'accommoder, favorise les présentations vicieuses de l'épaule, du siège; elle occasionne le retard du travail, l'inversion utérine; elle est une cause d'accidents de l'accouchement tels que le décollement du placenta et les hémorragies qui en sont la conséquence, la mort du fœtus par rupture du cordon. S'il y a des circulaires autour du cou ils peuvent en outre étrangler l'enfant.

**Signes.** — Les signes qui, pendant le travail, permet-