

la présence du cou et des épaules du premier. Ces procédés exigent naturellement des conditions essentiellement favorables en ce qui concerne le volume de l'enfant et la capacité du bassin ; et les difficultés de l'accouchement dans ce cas sont beaucoup plus grandes que lorsque les extrémités inférieures se présentent les premières. Par conséquent, je pense qu'on doit adopter comme règle, lorsque la présentation est reconnue (et pour faire un diagnostic exact on doit pratiquer un examen complet avec l'anesthésie), que la version sera faite, et les pieds dégagés les premiers.

Mutilation des fœtus.

S'il est impossible de terminer l'accouchement après l'extraction d'une portion considérable des corps, il ne reste plus d'autre ressource que la mutilation d'un fœtus pour permettre le dégagement de l'autre. On fut obligé d'en arriver là dans un cas où les enfants se présentaient par les pieds et étaient sortis jusqu'au thorax, sans pouvoir descendre davantage. Le corps du fœtus antérieur fut enlevé par une incision circulaire, à la limite de la région expulsée, ce qui permit à la portion restante, la tête et les épaules, de rentrer dans l'utérus ; puis l'enfant postérieur fut facilement extrait, et le fœtus mutilé suivit sans difficulté.

Classe B.

Dans la deuxième variété, les enfants unis dos à dos, on rapporte trois observations, et dans toutes l'accouchement se fit par les forces naturelles. L'un de ces cas est celui de Judith et Hélène, les célèbres jumelles hongroises qui vécurent jusqu'à l'âge de vingt-trois ans. Hélène naquit jusqu'à l'ombilic, et, trois heures après, son siège et ses jambes descendirent. Judith fut expulsée immédiatement après par les pieds. Le procédé fut le même dans un cas décrit par M. Norman ; les enfants naquirent aussi vivants, mais moururent le neuvième jour.

L'accouchement est plus facile que dans la classe A.

Il est probable que l'accouchement est plus facile dans cette variété de monstres doubles que dans la première, parce que les enfants sont unis de telle sorte qu'il n'est pas nécessaire, lorsque la tête se présente, d'avoir le parallélisme des corps pendant l'extraction, et, après l'expulsion de la tête et des épaules du premier enfant, son siège et ses extrémités infé-

rieures sont évidemment dégagés par évolution spontanée. Si les pieds se présentent au début, le mécanisme de l'accouchement et les règles à suivre sont les mêmes que dans la classe A ; mais la difficulté sera probablement plus grande, parce que leur union est plus intime et qu'il faudra pendant l'extraction un parallélisme des corps plus complet.

Dans la classe C, celle qui comprend les monstres bicéphales, j'ai trouvé la description de l'accouchement de 7 cas, dont 2 se terminèrent par les forces naturelles. Ici encore, l'évolution fut l'agent principal de l'accouchement ; une tête se dégagait, devint fixe sous l'arcade des pubis, puis le corps passa, et la seconde tête le suivit sans difficulté. Si ce procédé échoue, la conduite à tenir consiste évidemment à couper la première tête sortie et à ramener au détroit les pieds de l'enfant ; l'accouchement s'accomplit avec facilité. Ce fut la méthode adoptée deux fois sur sept, et on peut l'appliquer sans la moindre hésitation, parce que, d'après les particularités de leur structure, il est extrêmement improbable que les monstres de cette classe puissent survivre. Si les pieds se présentent, l'accouchement se fera de la même façon que dans la classe A.

Classe C.

Les monstres de la classe D, ceux où les têtes sont unies et les corps séparés, paraissent être les plus rares de tous, et je n'ai pu trouver la description de l'accouchement que dans deux cas. L'un d'eux donna lieu à de grandes difficultés ; le travail dans le second fut facile. C'est à peine si nous devons redouter les difficultés de l'accouchement des monstres de cette variété : en effet, si la tête se présente et ne passe pas, nous pratiquerons la craniotomie ; si les corps descendent les premiers, l'extraction de la tête monstrueuse pourra parfaitement être faite après la perforation.

Classe D.

Le résultat, pour les mères, semble dans tous les cas avoir été très favorable. Il n'y en a qu'un dans lequel on rapporte la mort de la femme, et, bien que dans plusieurs autres le résultat ne soit pas mentionné, nous pouvons à peu près assurer que la guérison eut lieu.

Résultats pour la mère.

Parmi les difficultés du travail, quelques-unes des plus importantes sont dues à certains états morbides du fœtus lui-même.

Hydrocéphalie.

La plus commune, aussi bien que la plus sérieuse, est l'hydrocéphalie intra-utérine, accumulation de liquide dans l'intérieur du crâne, qui augmente énormément les dimensions de la tête fœtale et détruit absolument les rapports normaux entre cette tête et la cavité pelvienne (fig. 124).

Dangers pour la mère et l'enfant.

Heureusement, cette affection est relativement rare, car elle est une des plus graves à la fois pour la mère et pour l'enfant. En ce qui concerne la mère, les dangers de cette complication ressortent des statistiques du Dr Keiller, d'Édimbourg, qui a trouvé que, sur 74 cas, il n'y en eut pas moins de 16 suivis de la rupture de l'utérus. Les risques auxquels la mère est soumise sont faciles à comprendre. Dans quelques cas, la tête est si compressible, que, en supposant toutefois la quantité de liquide minime, son volume peut, sous l'influence du moulage auquel elle est soumise, diminuer suffisamment pour lui permettre de passer à travers le bassin. Mais, dans la majorité des cas, elle est trop grosse pour franchir cette filière. Par conséquent, l'utérus s'épuise en vains efforts pour surmonter l'obstacle, il peut même se rompre; en outre, la tête volumineuse et distendue comprime énergiquement le col, ou les parties molles du bassin, si l'orifice est dilaté, et on doit craindre tous les accidents de cette compression prolongée.

Le diagnostic n'est pas toujours facile.

Le diagnostic de l'hydrocéphalie intra-utérine n'est certainement pas si facile que sa description dans les ouvrages d'obstétrique pourrait nous le faire croire. Il est vrai que la tête est beaucoup plus grosse et plus arrondie dans son contour que le crâne d'un fœtus normal, que les sutures et les fontanelles sont plus larges et laissent ordinairement percevoir, de la fluctuation au-dessous d'elles. Mais il faut se rappeler que la tête est toujours arrêtée au-dessus du détroit supérieur; elle est par conséquent élevée et difficile à atteindre, et toutes ces particularités sont très difficiles à saisir. En réalité, la véritable nature de l'obstacle est rarement découverte avant l'accouchement.

Ainsi Chaussier¹ a trouvé que, dans plus de la moitié des observations qu'il a rassemblées, on avait porté un diagnostic erroné.

Chaque fois que nous nous trouvons en présence d'une femme dont l'accouchement antérieur ou l'examen attentif nous

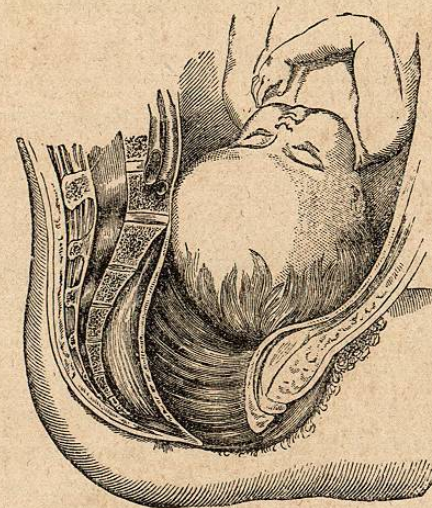


Fig. 124. — Accouchement d'un enfant hydrocéphale.

indique qu'il n'existe pas d'obstacle dû à une déformation pelvienne, si les douleurs sont fortes et portent bien, et que la tête refuse avec persistance de s'engager dans le détroit supérieur, nous pouvons soupçonner avec raison une hydrocéphalie. Un examen rapide et soigneux, pendant l'anesthésie, la main tout entière introduite dans le vagin, de façon à explorer complètement la partie qui se présente, nous permettra d'affirmer l'existence de cette complication. Dans ces circonstances, un examen aussi complet est non seulement justifié, mais impérieux, et, lorsqu'il a été fait, les difficultés du diagnostic sont écartées, car nous pouvons alors parfaitement reconnaître la grosse masse arrondie plus molle et plus compressible que la tête normale, les sutures largement espacées, et les fontanelles fluctuantes.

1. Gazette médicale, 1864.

Les présentations du siège sont fréquentes.

Le fœtus se présente par le siège assez fréquemment, une fois sur cinq, dit-on. Le diagnostic est alors encore plus difficile, car le travail marche convenablement, jusqu'à ce que les épaules soient dégagées; puis la tête s'arrête complètement et refuse de sortir, quelle que soit la traction qu'on lui fasse subir. L'examen, même le plus attentif, ne nous permet pas de découvrir la cause de l'obstacle; le doigt arrive jusqu'à la base relativement ferme du crâne, mais ne peut pas atteindre la portion distendue. A ce moment, le palper abdominal peut nous aider un peu; en effet, l'utérus étant fortement rétracté autour de la tête, on observe qu'elle a des dimensions inaccoutumées. L'aspect misérable et ridé du corps de l'enfant, si commun dans l'hydrocéphalie, nous fera aussi soupçonner la cause du retard. En somme, il est permis de considérer la présentation du siège comme moins dangereuse pour la mère que la présentation de la tête; dans le dernier cas, les parties molles sont soumises à une compression prolongée et à la contusion, tandis que dans le premier, le retard ne commence qu'après la sortie des épaules, au moment où la nature de l'obstacle est plus facilement reconnue et les moyens de le surmonter plus tôt mis en jeu.

Traitement.

Le traitement est simple, il consiste à perforer la tête, pour permettre aux os du crâne de s'affaisser. Il ne saurait y avoir la moindre objection contre ce procédé, parce que cette affection enlève tout espoir de survie à l'enfant. On pourra faire écouler, au moyen de l'aspirateur, une quantité de liquide suffisante pour laisser à l'enfant une chance de vie, et, dans quelques circonstances, l'extraction d'un fœtus qui vit pendant un certain temps peut avoir une grande importance légale. En général, on se sert du perforateur, et, aussitôt qu'il a pénétré, un jet de liquide confirme tout d'abord le diagnostic. Schröder recommande de pratiquer la version, après la perforation, à cause des difficultés qu'éprouve la tête flasque à descendre à travers le bassin. Mais c'est là une complication très inutile d'un cas déjà suffisamment désagréable. En règle générale,

lorsque le liquide a été évacué, si les douleurs sont fortes, comme elles le sont presque toujours, on n'a plus à craindre aucun retard. Si la tête ne descend pas, on peut appliquer les lames d'un céphalotribe, qui ont une meilleure prise que celles du forceps; on écrase la tête en la réduisant à un très petit volume, et on en fait facilement l'extraction.

Lorsque le siège se présente, la tête doit être perforée à travers l'os occipital, et généralement on applique l'instrument derrière l'oreille sans difficulté. On a dit que l'ouverture du canal vertébral pouvait permettre au liquide intra-crânien de s'échapper, mais je ne sais pas que cette idée ait jamais été mise en pratique¹.

Quelques autres formes d'épanchements hydropiques peuvent donner lieu à certaines difficultés, mais pas aussi sérieuses. Quelquefois le thorax a été assez distendu par du liquide pour faire obstacle au passage de l'enfant. L'ascite est un peu plus commune; parfois même, la vessie de l'enfant est distendue par l'urine au point de simuler une ascite abdominale, et elle empêche la sortie du corps. On reconnaît facilement ces complications, car le sommet, ou le siège, quel que soit celui des deux qui se présente, se dégage sans difficultés, et le reste du corps s'arrête. Le médecin est naturellement amené à faire une exploration soigneuse, et il découvre la cause de l'obstacle.

Le traitement consiste à évacuer le liquide par ponction. Si c'est une ascite, la ponction devra toujours être faite, quand on le peut, avec un trocart fin ou un aspirateur, de façon à ne pas léser l'enfant. C'est là un point des plus importants. Il est impossible de distinguer la distension de la vessie d'une ascite, et une ouverture un peu grande dans le viscère pourrait être mortelle, tandis que l'aspiration ne déterminerait qu'une lésion insignifiante et serait tout à fait efficace.

1. Voyez à ce propos une intéressante observation de M. Tarnier publiée dans la thèse d'agrégation du Dr Alph. Herrgott : *Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement*, Paris, 1878. On trouvera également dans cette thèse l'étude détaillée des difficultés ci-dessous énumérées par le professeur Playfair. (*Trad.*)

Lorsque le siège se présente.

Autres formes d'épanchements.

Tumeurs fœtales.

Parmi les autres causes de dystocie, je signalerai certaines tumeurs fœtales, soit des tumeurs malignes, soit des tumeurs du rein, du foie ou de la rate. On en rapporte des exemples dans la plupart des ouvrages d'obstétrique. L'hydro-encéphalocèle et l'hydrorachis, qui dépendent d'une conformation vicieuse des os du crâne ou de l'épine, avec une vaste collection liquide, ne sont pas très rares. Le diagnostic est toujours quelque peu obscur, et il est impossible de fixer aucune règle précise pour le traitement, qui varie selon les exigences particulières. Les tumeurs ont rarement un volume suffisant pour constituer des obstacles formidables à l'accouchement, et la plupart d'entre elles sont très compressibles. C'est surtout le cas du spina bifida et des tumeurs kystiques analogues. La ponction, et dans les tumeurs plus solides de l'abdomen ou du thorax, l'éviscération, peuvent être nécessaires.

Difformités congénitales.

D'autres vices de conformation, l'anencéphalie par exemple, et le développement défectueux des parois thoraciques ou abdominales avec saillie des viscères, amènent rarement des difficultés, mais peuvent obscurcir beaucoup le diagnostic par l'étrangeté et la rareté de la présentation. Lorsqu'on a des doutes, il suffit de pratiquer un examen soigneux, en introduisant toute la main s'il le faut, et on ne commettra aucune erreur grave.

Développement excessif du fœtus.

En dehors de la dystocie causée par un état morbide du fœtus, on admet qu'il peut surgir des difficultés dues à son développement exagéré, et surtout au volume excessif et à l'ossification prématurée du crâne. Cette dernière cause peut particulièrement créer des obstacles; Simpson a trouvé que la légère différence du volume entre la tête des garçons et celle des filles a même un effet appréciable dans la difficulté de l'accouchement, et le fait a été vérifié par des statistiques qui portent sur un grand nombre de cas. Il est prouvé, en effet, au delà de toute espèce de doute, que les difficultés et les accidents du travail sont beaucoup plus fréquents dans les naissances des garçons que dans celles des filles. Le volume de

l'enfant est soumis aussi à d'autres influences que celles du sexe. Ainsi Duncan et Hecker ont démontré qu'il augmente proportionnellement à l'âge de la mère et à la fréquence des accouchements; en outre, la taille des parents a sans aucun doute une influence importante sur le produit.

Bien que ces particularités modifient les résultats de l'accouchement *en masse*, elles n'ont qu'une portée pratique très secondaire dans chaque cas, parce qu'il est impossible d'estimer soit le volume de la tête, soit son degré d'ossification, jusqu'à ce que le travail soit très avancé.

Lorsque l'accouchement est retardé par une ossification anormale ou un volume considérable de la tête, on agira selon les mêmes principes généraux que ceux qui nous guident dans la dystocie par rétrécissement du bassin. Si le travail traîne et que les forces naturelles soient insuffisantes à surmonter l'obstacle, il est rare que la disproportion soit assez grande pour que le forceps n'en vienne point à bout. Si cependant il échoue, il n'y a pas d'autre ressource que la diminution du volume de la tête par la perforation.

Il est encore plus rare que le volume exagéré du corps de l'enfant amène des difficultés; en effet, lorsque la tête est dégagée, le tronc, qui est compressible, suit presque toujours. Cependant on relate quelques observations authentiques dans lesquelles il fut impossible d'extraire le fœtus à cause du volume extraordinaire de ses épaules et de son thorax. Si le corps reste solidement enclavé après l'extraction de la tête, il est facile d'en aider la sortie par des tractions sous les aisselles, par la rotation des épaules dans le diamètre antéro-postérieur de la cavité pelvienne, et, s'il le faut, par le dégagement des bras, pour diminuer le volume de la partie fœtale contenue dans l'excavation. Hicks relate un cas dans lequel l'éviscération fut indispensable, sans autre motif apparent que l'énorme volume du corps. Il doit être naturellement fort rare qu'on soit obligé d'avoir recours à une mesure aussi extrême, et il est tout à fait exceptionnel que la nature ne triomphe pas d'un obstacle de ce genre.

Traitement.

Le développement exagéré du tronc est rarement un obstacle.