

ration du volume de l'abdomen par rapport à l'époque de la grossesse, et on la reconnaît à la *sensation de flot*, qui n'existe nettement que lorsque la quantité de liquide amniotique dépasse un litre.

Mais cette sensation de flot se rencontre également dans l'*ascite*, dans certains *kystes de l'ovaire*, dans la *surdistension de la vessie par l'urine*. — L'*ascite* est caractérisée par la matité dans les régions les plus déclives de l'abdomen, et par le déplacement de la matité avec le changement de position de la malade. — Le *kyste de l'ovaire* forme une tumeur distincte de l'utérus, dans laquelle on ne sentira aucune partie rappelant par sa forme le fœtus. En cas de kyste simulant la distension d'une corne de l'utérus, essayer de faire passer la partie fœtale voisine dans cette tumeur; si elle passe, c'est l'utérus; sinon, c'est vraisemblablement un kyste. — La *distension vésicale* sera aisément diagnostiquée par le cathétérisme, qu'il ne faudra jamais manquer de pratiquer en cas de doute.

Toutes les fois qu'on soupçonnera ou qu'on aura constaté de l'hydramnios, le diagnostic de la grossesse gémellaire doit être également posé, car on sait la coïncidence fréquente de la gémellité avec l'exagération du liquide amniotique, pouvant, lorsque les deux œufs sont distincts, n'en atteindre qu'un ou les deux à la fois.

Je me contente de mentionner la possibilité de l'hydramnios dans le cas de grossesse extra-utérine.

b. *Pendant le travail*. — Le diagnostic devient facile après la rupture de la poche des eaux; il suffit en effet de recueillir le liquide amniotique et d'en mesurer la quantité. — Avant l'écoulement du liquide, le diagnostic se fait de même que pendant la grossesse.

PRONOSTIC. — La *forme chronique* est relativement bénigne: toutefois elle expose à l'accouchement prématuré, aux présentations vicieuses, à la procidence du cordon au moment de la rupture de la poche des eaux, enfin à la lenteur du travail.

La *forme aiguë* est au contraire grave, car elle aboutit le plus souvent soit à la mort de la femme, soit à l'expulsion prématurée de l'œuf.

Dans toute hydramnios, redouter l'éclampsie et les hémorragies graves de la délivrance, causées par la surdistension de l'utérus.

Le pronostic pour l'enfant dépend plus de la cause de l'hydramnios (syphilis, malformations, etc.) que de l'hydropisie elle-même.

TRAITEMENT.

Forme chronique. — Simple expectation pendant la grossesse, ou se contenter de purgatifs, de diurétiques, dont l'utilité est d'ailleurs contestable. En cas de syphilis, donner le traitement mercuriel, ou mixte avec l'iodure de potassium.

Au moment du travail, rompre prématurément la poche des eaux au cas où les trois conditions suivantes sont réunies: contractions languissantes, présentation du sommet franchement engagé, col effacé et offrant une dilatation de deux travers de doigt au minimum. — On pratiquera cette rupture comme d'habitude, mais en ayant soin d'obstruer la vulve avec la main, pour empê-

cher la sortie trop brusque du liquide (crainte de procidence du cordon); on accomplit cette rupture avec une tige mousse, tout au voisinage de l'orifice utérin, de manière à n'offrir qu'une étroite issue au liquide amniotique.

Forme aiguë. — Si la rapidité des accidents menace l'existence de la femme, on sera autorisé à avoir recours, soit à la ponction capillaire de l'œuf par l'abdomen ou par le vagin, soit à l'accouchement provoqué. La ponction capillaire doit en général être préférée à l'accouchement provoqué, car outre qu'elle permet de confirmer le diagnostic, elle soulage immédiatement la femme, et si elle expose fréquemment à l'expulsion prématurée, la grossesse peut quelquefois continuer malgré elle, et arriver à son terme normal. Cette ponction est sans danger, à la condition d'être faite avec toutes les précautions antiseptiques connues.

Aphorismes.

L'hydramnios doit toujours faire penser à la syphilis, bien qu'elle puisse exister sans elle.

En cas d'hydramnios n'oubliez pas de prévenir quelqu'un de la famille, mais non la mère, de la possibilité d'une malformation de l'enfant.

Défaut de liquide amniotique. Hypoamnios. — L'insuffisance de liquide amniotique, dont la quantité peut être réduite à quelques grammes, prédispose à certaines déformations du fœtus par attitude vicieuse dans l'utérus, au manque de développement de l'enfant, et enfin, pendant le travail, à l'absence ou à la faible quantité de glaires, donnant lieu aux *couches sèches*, dans lesquelles la progression du fœtus est lente et difficile.

IX

FOETUS

[DYSTOCIE FOETALE]

SOMMAIRE

1. Excès de volume du fœtus.
2. Hydropisies: Hydrocéphalie. — Hydrothorax. — Ascite.
3. Maladies de l'appareil urinaire.
4. Maladies des os et articulations: Fractures. — Luxations. — Rachitisme. — Ankyloses.
5. Tumeurs diverses.
6. Amputations congénitales.
7. Mort du fœtus (réelle et apparente).
8. Mort du fœtus (réelle et apparente).
9. Tératologie.

}	Hémitéries.
}	Hétérotaxies.
}	Hermaphrodisme.
}	Monstruosités.
10. Gémellité.

1. EXCÈS DE VOLUME DU FŒTUS

L'excès de volume du fœtus peut être *simple* ou *pathologique*.

Simple, il implique une exagération dans le développement fœtal, sans trace de maladie.

Pathologique, il comprend toutes les causes susceptibles d'amener l'hypermégalie d'une région fœtale : tels l'hydrocéphalie, l'hydrothorax, l'ascite, les tumeurs, les monstruosités, etc. Chacune de ces causes sera étudiée dans un chapitre spécial, et il ne sera ici question que de l'excès de volume *simple*.

L'hypermégalie *simple* peut être *généralisée* ou *localisée*.

*Généralisée*¹, l'enfant bien proportionné présente un développement supérieur à celui qu'on observe ordinairement. Au lieu de 3 kilogrammes, il en pèse 4, 5, et même davantage. La fable nous a transmis des poids fantastiques grossis par l'imagination des familles. Le fœtus le plus volumineux et dont le poids présente toutes les garanties d'authenticité, est celui observé par CAZEAUX et RIEMBAULT; il pesait 9 kilogrammes. — Le diagnostic de cette hypermégalie généralisée est difficile à préciser, on pourra l'ébaucher par le palper. — L'obstacle à l'accouchement sera le même que celui créé par un bassin vicié avec un fœtus de volume normal. Au moment de l'accouchement, on se comportera comme s'il existait une pelviviciation, et, en cas de besoin, on aura recours soit au forceps, soit à la version, soit même à la symphyséotomie ou à l'embryotomie. Certaines femmes présentent un excès de volume fœtal à plusieurs grossesses consécutives; chez elles la question de l'accouchement provoqué doit être posée, car ce sera parfois le seul moyen d'avoir un enfant. L'époque à laquelle doit avoir lieu la provocation sera fixée par l'étude (à l'aide de la palpation) du rapport existant entre le volume de la tête et la filière pelvienne. (Voir *Pelviviciations*.)

Localisée, il y a excès relatif dans le volume de la tête, des épaules ou du siège. L'excès du volume des épaules est seul réellement prouvé et a été très complètement étudié par JACQUEMIER. Il peut mettre obstacle à l'accouchement, que la tête se présente première ou dernière.

En cas de présentation du sommet, la tête ne progresse plus, soit avant, soit après avoir franchi la vulve, les épaules étant arrêtées au détroit supérieur ou moyen; le forceps permettra d'amener la tête au dehors de la vulve, et si de simples tractions ne suffisent pas à abaisser les épaules, on aura recours à la *manœuvre de Jacquemier*, qui consiste à aller chercher successivement les deux bras, et à les abaisser en commençant par l'anérieur; les épaules s'engagent alors sans difficulté et le fœtus peut être amené au dehors. — Dans les cas de tête dernière, on aura recours à la même manœuvre, qui est la règle pour l'extraction de tout fœtus, alors que les bras sont relevés; leur abaissement préalable est indispensable pour pouvoir opérer l'extraction.

Donc : *tête première*, abaisser les bras toutes les fois qu'il y a obstacle à l'extraction des épaules; *tête dernière*, abaisser les bras toutes les fois qu'ils

¹ Voir *Thèse de Dubois*, Paris, 1897, Les gros enfants, au point de vue obstétrical.

sont relevés. — Dans l'un et l'autre cas, *quand les épaules sont au détroit supérieur*, il faut commencer par le bras antérieur, qui est en rapport avec le pubis; quand au contraire les épaules sont au détroit moyen ou au niveau du périnée (l'abaissement ne se fait guère en pareil cas qu'avec la tête dernière), commencer par le bras postérieur.

D'une façon générale, commencer par abaisser le bras qui présente le plus de facilité pour accomplir la manœuvre.

Aphorismes.

Craignez l'excès de volume fœtal avec un père géant, ou avec une anomalie de ce genre chez les ascendants.

Petite femme et grand mari sont les procréateurs voulus pour la cause actuelle de dystocie.

2. HYDROPISIES : HYDROCÉPHALIE. — HYDROTHORAX. — ASCITE

L'*hydrocéphalie* est constituée par une accumulation anormale de liquide séreux dans la cavité crânienne.

Le liquide peut occuper quatre sièges différents : 1° l'espace situé entre la dure-mère et l'os; 2° la cavité arachnoïde; 3° l'espace sous-arachnoïdien, normalement rempli par le liquide céphalo-rachidien; 4° les ventricules cérébraux.

Suivant le siège du liquide pathologique, le cerveau est refoulé vers la périphérie du crâne (hydrocéphalie excentrique) ou vers la base du crâne, dans la direction de la protubérance (hydrocéphalie concentrique). Dans ce dernier cas le cerveau est parfois réduit à un simple moignon de substance nerveuse (hydrocéphalie anencéphalique de CRUVEILHIER), et malgré l'excès du liquide, le volume de la tête peut n'être que très peu augmenté, étant donnée la disparition presque totale du cerveau.

Pendant le travail, le liquide comprimé dans la cavité crânienne est susceptible de s'échapper dans le tissu cellulaire péricranien, formant ainsi une infiltration diverticulaire, désignée sous le nom d'*hydrocéphalie externe*.

L'hydrocéphalie tantôt existe seule, tantôt est compliquée d'hydrorachis, de spina bifida ou d'une autre malformation fœtale.

Le volume de la tête est variable; l'augmentation se fait, ainsi que l'indique la figure 392, aux dépens de la boîte crânienne, la face reste normale et

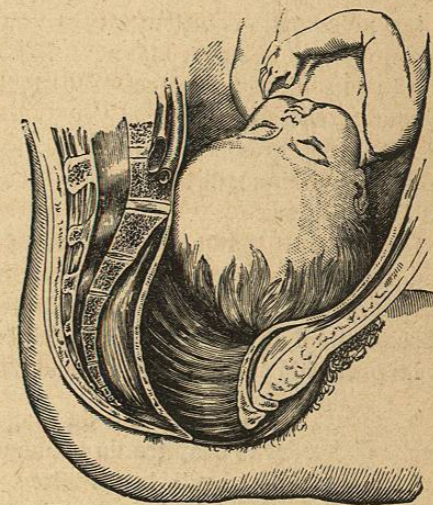


Fig. 392. — Tête hydrocéphale, retenue au détroit supérieur. (PLAYFAIR.)

semble relativement d'une petitesse exagérée. Le cas de MECKEL, où le diamètre bipariétal était de 43 centimètres, est jusqu'à présent celui où la tête a été trouvée le plus volumineuse.

Fréquence, $\frac{1}{2000}$ environ.

Causes, mal connues. Syphilis, crétinisme, consanguinité.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — Pendant la grossesse, l'hydrocéphalie pourra simplement être soupçonnée, grâce au volume de la tête révélé par la palpation, ou par l'absence d'engagement du sommet quand les causes habituelles de ce non-engagement font défaut au terme de la gestation.

En général, c'est au moment du travail, quand le col ouvert permet l'accès direct de la partie fœtale, que le diagnostic devient possible; il se fera :

Tête première, par l'intermédiaire du toucher qui permettra de reconnaître des fontanelles démesurément larges et des sutures laissant un intervalle inusité entre les bords osseux.

Tête dernière, la tête étant arrêtée au détroit supérieur et ne pouvant être amenée par les moyens ordinaires, le toucher manuel conduisant comme précédemment sur les sutures et fontanelles, rendra le diagnostic possible.

Dans l'un et l'autre cas, le diagnostic ne sera certain qu'avec un degré notable d'hydrocéphalie, les formes légères n'imprimant pas à la tête des modifications suffisantes pour les rendre nettement perceptibles au doigt.

PRONOSTIC. — L'accouchement est tantôt normal, tantôt difficile, tantôt impossible, suivant le volume céphalique.

Les présentations vicieuses sont une conséquence de l'hydrocéphalie, car le sommet, au lieu d'être observé 19/20 comme à l'état normal, ne l'est plus que 12/20 environ; le siège étant, après le sommet, la présentation la plus fréquente. Cette particularité s'explique par la forme modifiée du fœtus, dont la tête, plus grosse que le siège, renverse la conformation générale de l'ovoïde somatique, de telle sorte que l'accommodation se fait en sens contraire de l'état normal.

L'enfant naît tantôt vivant, tantôt mort; le pronostic est fatal pour lui, sauf très rares exceptions, car il succombe en quelques mois ou en quelques années, c'est-à-dire qu'au point de vue thérapeutique et de l'intervention obstétricale il ne faut tenir qu'un faible compte du fœtus.

Le pronostic pour la mère dépend de la conduite tenue.

TRAITEMENT. — L'incertitude du diagnostic pendant la grossesse nous dis pense d'aborder le chapitre du traitement pendant cette période.

Au moment du travail, la conduite sera différente, suivant qu'il y a présentation de l'ovoïde céphalique ou cormique.

Présentation de l'ovoïde céphalique. — Expectation jusqu'à la dilatation complète. Si la tête ne s'engage pas, tenter une application du forceps. Le forceps est-il insuffisant, avoir recours à la ponction capillaire¹ du crâne, à

¹ On a dit qu'il valait mieux recourir de suite à l'embryotomie qu'à la ponction, qui n'a jamais permis de sauver un enfant. POULLET cite deux cas où l'enfant survécut quelques minutes après la naissance, survie qui peut dans certaines familles présenter une grande

travers une suture ou une fontanelle, sans retirer le forceps appliqué, et recommencer les tractions après l'évacuation du liquide. L'embryotomie constitue l'ultime ressource du traitement.

Présentation de l'ovoïde cormique. — Je n'envisagerai ici que le siège, qu'on amènerait par la version au cas où la présentation serait autre. Les difficultés n'existeront que pour l'extraction de la tête, qu'on essaiera successivement d'amener comme tout à l'heure, soit à l'aide de tractions manuelles

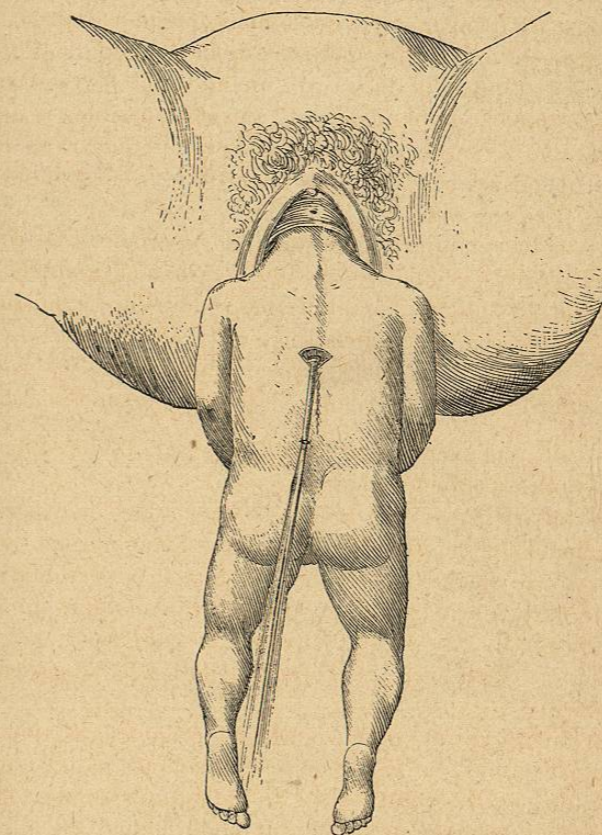


Fig. 393. — Evacuation du liquide hydrocéphalique par le canal rachidien. (VAN HUEVEL.)

(manœuvre de Mauriceau), soit après évacuation du liquide, soit après embryotomie. L'évacuation du liquide s'obtiendra ou par la ponction capillaire du crâne à travers la suture occipito-pariétale, ou par le procédé de VAN HUEVEL (fig. 393) qui consiste à sectionner la colonne vertébrale transversalement, et à faire pénétrer par cette ouverture à travers le canal rachidien une sonde jusqu'à l'intérieur du crâne.

importance légale (héritages). D'autre part, la simple ponction capillaire est une opération moins pénible pour l'assistance que l'embryotomie; or, comme elle peut suffire, le médecin aurait tort de la repousser de parti pris.

L'**hydrothorax** n'existe guère que comme complication de l'ascite.

L'**ascite** congénitale est très rare, et coïncide le plus souvent avec un certain degré de péritonite. Le diagnostic ne sera fait qu'au moment du travail, alors qu'il existe une difficulté à l'extraction du tronc. Traitement : ponction évacuatrice.

Aphorismes.

Il est à souhaiter que le fœtus atteint d'hydropisie congénitale ne vive pas, car, sauf rares exceptions, il n'est pas viable.

La ponction est le traitement topique de l'hydropisie, quelle qu'elle soit au moment de l'accouchement.

3. MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE

La rétention d'urine qui s'accompagne d'imperforation de l'urètre¹ peut,

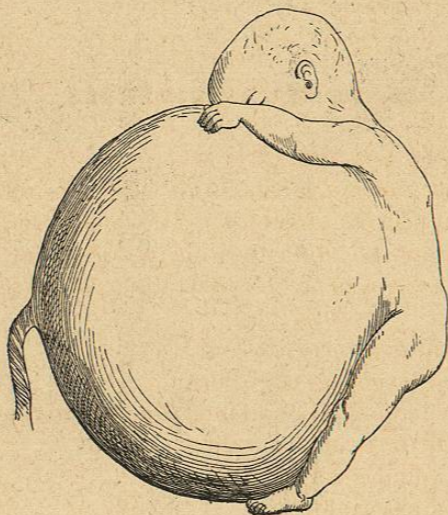


Fig. 394. — Rétention d'urine. (PORTAL.)

ainsi que l'indique la figure 394, amener une distension considérable du ventre. Même traitement que l'ascite.

4. MALADIES DES OS ET ARTICULATIONS

Les **fractures** intra-utérines du fœtus sont tantôt traumatiques et dues à un coup subi par la mère dans la région abdominale, tantôt spontanées et se produisant grâce à la friabilité osseuse amenée par le rachitisme. Dans ce

¹ Il existe certains cas peu explicables de rétention d'urine, où le canal urétral était perméable.

dernier cas les fractures peuvent être très nombreuses; cas de CHAUSSIER où il en existait 113.

Les **luxations** congénitales peuvent atteindre la plupart des articulations, cependant c'est à la hanche qu'on les observe le plus souvent. Parmi les différentes théories destinées à les expliquer, c'est celle qui les rattache à un vice de conformation de l'articulation coxo-fémorale qui est la plus satisfaisante. Ces luxations, *spontanées*, doivent être distinguées de celles qui se produisent au moment de l'accouchement sous l'influence de l'intervention obstétricale et qui sont relativement rares.

Le **rachitisme** intra-utérin, analogue à celui qu'on observe après la naissance, amène une déformation du squelette se traduisant surtout par la brièveté des membres supérieurs et inférieurs.

L'**ankylose** fœtale qu'il ne faut pas confondre avec la rigidité cadavérique du fœtus, mort quelque temps avant sa naissance, est caractérisée par une raideur de la plupart des articulations. Le fœtus est comme congelé dans l'attitude qu'il a dans l'utérus. D'où des difficultés possibles pour l'extraction. La nature de ces ankyloses est encore mal connue.

5. TUMEURS DIVERSES

1° *Spina bifida. Hygroma sacré.*

2° Les **tumeurs kystiques des reins** sont les moins rares parmi celles de l'abdomen fœtal, qui peuvent donner lieu à de la dystocie.

Incertitude du diagnostic, difficultés opératoires, tout concourt à rendre ardue la tâche de l'accoucheur. L'éviscération est la ressource ultime et radicale.

3° *Œdème ou emphysème généralisés.*

4° *Tumeurs sacro-coccygiennes¹.*

« Une tumeur fœtale sacro-coccygienne (lipome, fibrome, sarcome) peut par elle-même devenir cause de dystocie :

a. Par son volume exagéré;

b. Par sa nature anatomique;

c. Par son mode d'insertion sur le sacrum;

d. Enfin et surtout par le mode de présentation du fœtus.

« La présentation de la tête est de toutes la plus fréquente et la plus favorable, sauf tumeur très volumineuse, très dure ou sessile; les trois pôles, tête, tronc, tumeur, traversent successivement la filière pelvienne.

« La présentation spontanée de la tumeur, possible, est également favorable, et, sauf les mêmes restrictions que pour la présentation de la tête, les trois pôles, tumeur, tronc, tête, évoluent successivement dans le bassin.

« La présentation du siège est, par contre, essentiellement défavorable; les pôles, siège et tumeur se présentent ensemble pour passer et ne peuvent le faire; c'est une présentation assimilable à une présentation de l'épaule.

Rivière. *Société obst. de France*, 1895.

« Il importe alors d'établir nettement le diagnostic, et pour cela le seul moyen est d'introduire sous chloroforme la main tout entière dans l'utérus.

« Le diagnostic établi, la conduite à tenir consiste à ramener la tumeur seule au détroit supérieur après avoir remonté le siège, et à la tirer première au dehors.

« Il faut, autant que possible, s'efforcer de conserver intacte la tumeur, le fœtus pouvant être viable, malgré la monstruosité dont il est atteint. Il ne faudrait cependant pas hésiter, en cas de besoin, à ponctionner ou broyer même la tumeur, si, par son volume ou sa consistance, elle faisait trop énergiquement obstacle à l'expulsion. »

6. AMPUTATIONS CONGÉNITALES

L'enfant naît avec un segment du membre supérieur ou inférieur en moins. Le membre sectionné se termine par un moignon régulier.

Causes. — Deux théories : soit l'étranglement circulaire produit ou par l'enroulement du cordon ombilical, ou par une bride amniotique pathologique ; soit la production d'une cicatrice cutanée à la suite d'une inflammation locale, cicatrice qui exercera une striction progressive aboutissant à la gangrène dans les parties sous-jacentes du membre.

Ne pas confondre ces amputations congénitales avec certaines malformations, telles que l'ectromélie par exemple, où tout le membre, par une sorte d'atrophie, est réduit à un simple moignon.

7. SYPHILIS CONGÉNITALE (Voir page 374.)

8. MORT DU FŒTUS

SOMMAIRE

Généralités.

Etiologie.

- 1° Pendant la grossesse;
- 2° Pendant le travail.

A. Mort réelle.

Anatomie pathologique. — Symptômes. — Marche et terminaison. — Diagnostic. — Traitement.

B. Mort apparente.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Symptômes. — Diagnostic. — Traitement.

La mort du fœtus peut être *réelle* ou *apparente*.

La mort est *réelle*, quand par aucun des moyens connus l'enfant ne peut être rappelé à la vie; elle est *apparente* dans le cas contraire. Cette distinction, d'ailleurs, n'est pas spéciale à l'enfant, mais s'applique également à l'adulte.

Toute mort du fœtus ayant lieu pendant la grossesse sera forcément *réelle*, à cause du temps qui la sépare de la naissance. Mais la mort survenant

pendant le travail sera tantôt réelle, tantôt apparente, suivant la durée qui s'écoule jusqu'à l'expulsion, et suivant aussi la cause qui la produit. On voit donc, en laissant de côté l'élément étiologique, que pendant l'accouchement la différence entre les morts réelle et apparente est constituée par une question de temps; elles sont l'une et l'autre les deux degrés d'un même accident, la mort apparente conduisant à la réelle, si elle se prolonge.

Ces liens intimes m'ont fait penser qu'il valait mieux réunir dans un même chapitre l'étude de ces deux variétés de mort; après avoir examiné leur étiologie, commune du moins pendant le travail, nous verrons séparément pour chacune d'elles l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic, le pronostic, le traitement.

ÉTIOLOGIE

1° PENDANT LA GROSSESSE. — MORT RÉELLE.

a. Causes traumatiques :

- 1° Traumatisme maternel génital ou périgénital;
- 2° Traumatisme ovulaire, c'est-à-dire atteignant directement l'œuf ou le fœtus.

b. Causes non traumatiques :

Père : 1° États généraux :

- 1° Age avancé. Débilisation par excès.
- 2° Intoxications : Plomb. Tabac. Alcool.
- 3° Syphilis. Scrofulo-tuberculose. Diabète. Albuminurie.

2° États localisés :

- 1° Toute tare testiculaire ou génitale.

Mère : 1° États généraux :

- 1° Le même que pour le père, et en plus :
- 2° Toute maladie grave survenant pendant la grossesse.

2° États localisés :

- 1° Affection péri-utérine, ou utérine (y compris les tumeurs).
- 2° Hémorragies utéro-placentaires.

Œuf : 1° Annexes :

- 1° *Placenta* : apoplexie, dégénérescence. Môle hydatiforme.
- 2° *Cordon* : compression. Circulaires. Torsion. Nœuds.

2° Fœtus :

- 1° Maladies diverses du fœtus.
- 2° Vices de conformation.
- 3° Mort habituelle.

3° Grossesse extra-utérine.

2° PENDANT LE TRAVAIL. — MORT APPARENTE OU RÉELLE.

a. Causes traumatiques :

- 1° Traumatisme maternel, génital ou périgénital atteignant l'utérus par la paroi abdominale ou par le vagin.
- 2° Traumatisme ovulaire (version, forceps, embryotomie).