

l'hémorragie qui pourrait se faire par le bout maternel, et qui serait fatale au deuxième enfant en cas de circulation commune.

Le temps qui sépare le premier accouchement du second est habituellement d'un quart d'heure; il peut être plus court ou plus long, et durer jusqu'à huit, dix heures et même davantage. Quand, en effet, les deux œufs étant complètement distincts, l'un des fœtus a été expulsé *avant terme* ou *avec ses annexes*, le col peut se fermer, et la grossesse continuer son cours jusqu'au terme normal, moment auquel le second œuf resté intact sera expulsé comme dans le cas de grossesse simple.

Le second accouchement est réduit à la période d'expulsion, car la dilatation étant complète après le passage du premier enfant, le second n'a qu'à traverser les voies génitales ouvertes. Le deuxième fœtus sera précédé ou non d'une poche des eaux, suivant que la cavité amniotique était simple ou double. Ce second accouchement est en général rapide.

La délivrance a lieu après la sortie des deux fœtus, les deux placentas réunis ou séparés étant, à ce moment, expulsés en bloc comme après un accouchement simple. — Exceptionnellement, les annexes du premier enfant peuvent être expulsées avant le second accouchement; on ne devrait favoriser cette délivrance que dans les cas où le placenta serait rencontré, engagé dans le vagin, et occupant le trajet que suivra le second fœtus pour arriver au dehors.

B. DYSTOCIQUE. — La dystocie peut être d'origine *maternelle* ou *foetale*.

Dystocie maternelle. — Les diverses complications maternelles (éclampsie, hémorragie, rigidité du col, etc.) seront traitées comme dans le cas d'accouchement simple.

Après le premier accouchement, si le second tarde à se faire, au bout de combien de temps conviendra-t-il d'intervenir?

En cas de danger pressant pour la mère (hémorragie), ou pour l'enfant (ralentissement des battements cardiaques), terminer de suite l'accouchement à l'aide des mains ou du forceps, suivant la présentation. Dans le cas contraire, si la présentation est celle du sommet ou du siège¹, et si le col ne se referme pas², attendre une heure pour laisser à la nature le temps d'agir spontanément; mais si après une heure l'accouchement n'est pas fait, mieux vaut intervenir et extraire l'enfant, car une plus longue attente n'offre aucun avantage et ne peut être que préjudiciable à la mère et au fœtus.

Exception. — Cependant, après une heure d'attente, on sera autorisé à ne pas intervenir quand les quatre conditions suivantes sont réunies : 1° premier œuf expulsé complètement (c'est-à-dire avec les annexes); 2° expulsion du premier œuf avant terme; 3° femme bien portante; 4° second œuf intact. — Dans ces conditions, en effet, la grossesse est susceptible de continuer jusqu'à son terme normal et de permettre le développement ultérieur du second fœtus sans aucun danger pour la mère.

¹ Avec une autre présentation, la conduite à tenir sera vue à propos de la dystocie foetale.

² Si le col se refermait, on interviendrait de suite, de manière à éviter à la femme les douleurs d'une nouvelle dilatation.

DYSTOCIE FOETALE. — Cette dystocie variera avec la situation relative occupée par les deux fœtus, que cette situation date de la grossesse, ou ne se soit constituée qu'au moment de l'accouchement. Nous examinerons successivement les différents cas décrits page 549.

1° *Fœtus en 99* (fig. 398). — Les deux têtes peuvent avoir tendance à s'engager simultanément au détroit supérieur et gêner mutuellement leur engagement. Repousser la tête la moins engagée, pour permettre la descente de celle qui l'est davantage.

2° *Fœtus en 66* (fig. 399). — Difficultés en pareil cas, quand on veut faire l'extraction à cause de la pluralité des pieds, que la main rencontre. — Ne tirer que sur un pied, de manière à éviter, en prenant deux pieds, d'agir sur les deux fœtus à la fois.

3° *Fœtus en 69 ou en 96* (fig. 400). — a. Si le premier fœtus se présente par le sommet, il est exceptionnel que l'accouchement offre quelque difficulté.

b. Il n'en est pas de même quand le premier fœtus se présente par le siège. Les difficultés surgissent au moment du passage de la tête du premier fœtus, arrêtée par celle du second, ainsi que l'indique la figure 408; il y a un véritable accrochement des deux têtes.

TENTER SUCCESSIVEMENT : 1° de repousser la tête du second fœtus, de manière à permettre l'extraction du premier; 2° une application de forceps sur la tête du second fœtus (?); 3° la craniotomie sur la tête du second fœtus, au cas seulement où il serait supposé mort; 4° si le second enfant est vivant, comme l'existence du premier est très compromise par la situation dans laquelle il vient de rester un certain temps, avoir recours soit à la craniotomie, soit à la décapitation du premier enfant, qui permettra d'extraire le second vivant.

4° *Fœtus antéro postérieurs* (fig. 401). — Mêmes difficultés possibles que dans le premier cas, fœtus en 99.

5° *Fœtus en T* (fig. 402). — Il n'y aura guère de difficultés que pour la sortie du second enfant, qui se présentera par le thorax ou par l'abdomen. Version par manœuvres internes, de suite après la naissance du premier enfant.

6° *Fœtus en L renversé* (fig. 403). — Trois cas peuvent être observés :



Fig. 408. — Accrochement céphalique des fœtus.

1° Ou le premier fœtus se présente transversalement et obstrue complètement l'accès du détroit supérieur. Extraire le premier enfant par la version

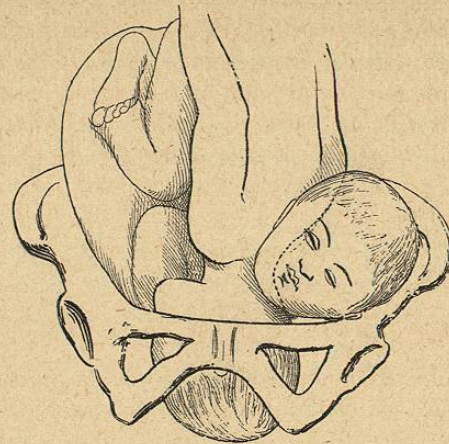


Fig. 409. — Accrochement des deux fœtus.

ou au besoin par l'embryotomie. Si le second fœtus était facilement accessible, on pourrait essayer de l'extraire le premier avant de tenter l'embryotomie.

Ou le second enfant, s'étant insinué entre le premier et l'utérus, arrive ainsi à se présenter le premier, soit par le sommet (2° cas), soit par le siège (3° cas).

2° Par le sommet. — L'épaule de l'enfant qui se présente par le sommet peut être arrêtée par le cou du fœtus transversalement placé (fig. 409). —

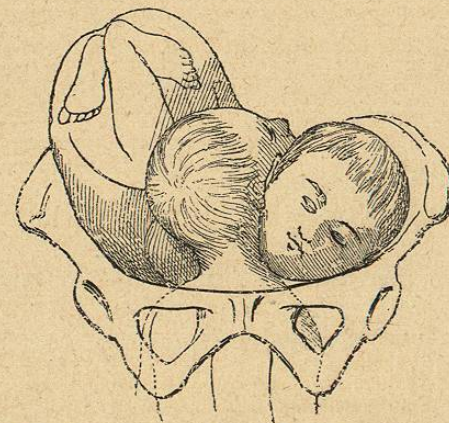


Fig. 410. — Accrochement des deux fœtus.

TENTER SUCCESSIVEMENT : 1° de libérer l'épaule, si l'introduction de la main est possible ; 2° d'extraire par le forceps l'enfant qui se présente par le sommet ; 3° de faire soit la craniotomie de la tête qui se présente ou la décollation de l'autre fœtus, suivant la facilité relative de l'une ou l'autre

opération, et suivant les chances de vie de l'un ou l'autre enfant. Extraire par la version interne l'enfant resté dans l'utérus.

3° Par le siège. — Accrochement possible de la tête de l'enfant engagé, au cou du fœtus resté dans l'utérus (fig. 410). — TENTER SUCCESSIVEMENT : 1° de libérer avec la main la tête du fœtus engagé ; 2° de faire la décollation de l'un ou l'autre enfant, et à moins que le fœtus resté dans l'utérus ne soit mort, on préférera la décollation de l'enfant à moitié sorti, à cause de la plus grande facilité de l'opération, et de la faible chance d'extraire vivant cet enfant. Amener l'enfant placé transversalement par la version interne.

7° Fœtus en hamac (fig. 404). — La sortie des deux fœtus est spontanément impossible. Extraire successivement les deux fœtus par la version interne.

II. — TROIS A CINQ Jumeaux

Ces grossesses sont extrêmement rares. (Voir *Fréquence*, p. 548.) Leur diagnostic est possible avant le travail. La connaissance des difficultés qui ont attiré notre attention à propos des accouchements doubles, nous permettra de surmonter les causes de dystocie que nous pourrions rencontrer dans ces cas très exceptionnels.

Aphorismes :

Avec les moyens de diagnostic que l'obstétrique possède actuellement, reconnaître une grossesse gémellaire pendant les derniers temps de son évolution fait partie du diagnostic courant.

Ne prévenez jamais une mère de l'existence de la grossesse gémellaire, même quand elle est certaine ; mettez seulement au courant une personne discrète de la famille.

Pensez à la gémellité quand, dans une famille où il y a des jumeaux dans les ascendants, il y a exagération du volume de l'abdomen pendant la grossesse.

X

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

SOMMAIRE

Définition et variétés.
Étiologie.
Anatomie et physiologie pathologiques.
Symptomatologie.
Diagnostic.
Pronostic.
Traitement.

L'ovule, fécondé en général dans le tiers externe de la trompe, parfois même sur l'ovaire, peut se greffer pour son développement en divers points de la zone génitale, et constituer ainsi autant de variétés de grossesse.