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 essayerait 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 complétement 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 défectueuse 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 coïncide 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.

solliciter, par l'irritation qu'elles déterminent, la rétraction des parois utérines, et préviendront ainsi l'inertie consécutive.

Lorsqu'un des jumeaux, mort depuis plusieurs mois, a séjourné dans l'utérus, pendant que l'autre a continué à se développer, le petit avorton est expulsé ordinairement en même temps ou peu après le premier enfant; mais si l'on n'y prend garde, son séjour peut se prolonger. Le volume que conserve alors la matrice après la délivrance pourrait éveiller l'attention. Nul doute que, dans ce cas, il ne fallût porter la main dans l'utérus pour en extraire le fœtus avorton: mais cela ne sera pas toujours facile. Dans un cas semblable, que m'a communiqué le docteur Casaubon, l'orifice interne du col s'était fortement rétracté aussitôt après l'extraction du délivre, et ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'il parvint à vaincre sa résistance, et à pénétrer dans la cavité utérine. Le petit fœtus fut alors extrait : c'était un avorton de quatre mois. L'autre enfant n'avait été expulsé qu'à la fin du huitième mois.

La présence de deux fœtus peut, dans certains cas, rendre l'accouchement difficile, et nécessiter quelques précautions particulières : 1° Il peut arriver que les deux fœtus se présentent simultanément au détroit, et gênent réciproquement leur expulsion; il faut avoir le soin de repousser la tête la plus mobile, afin que l'autre puisse pénétrer la première. Le cas serait beaucoup plus difficile si les deux têtes étaient simultanément engagées dans l'excavation, et ne pouvaient être repoussées. L'application du forceps sur la tête qui paraît la plus engagée, puis la perforation d'une d'elles, si la première opération ne réussissait pas, me semblent les seules opérations praticables. Il ne faudrait pas pourtant trop se presser d'agir; car il pourrait arriver, si les deux têtes étaient petites, qu'elles fussent expulsées naturellement, comme Allan en rapporte un exemple dans les *Transactions médico-chirurgicales*, vol. XII. On agirait de la même manière si, au lieu de deux têtes, c'était le siége ou les pieds de deux enfants qui se fussent présentés ensemble.

2° Le premier enfant peut se présenter par l'épaule : la version pelvienne est évidemment indiquée; mais en la pratiquant, il faut prendre garde de ne saisir que les pieds du même enfant avant d'en opérer l'évolution; car si les deux poches étaient rompues, rien ne serait aussi facile que de saisir deux pieds appartenant à deux fœtus différents. Mieux vaudrait faire la version en tirant sur un seul pied. (Voy. *Version.*)

3° Lorsque le premier enfant se présente par les pieds, soit spontanément, soit à la suite de la version, la plus grande partie du tronc est extraite facilement, mais la tête seule peut être arrêtée dans l'excavation ou au-dessus du détroit supérieur. Dans la vingtième observation du quatrième mémoire de madame Lachapelle, la tête du premier-né avait entraîné au-dessous d'elle la tête de son frère, qui tendait à se présenter par le vertex, en sorte que celle-ci fermait tout passage à celle-là, et que celle-là empêchait celle-ci de remonter au-dessus du deuxième jumeau sorti spontanément avec le cou du premier, puis celle du premier sortit avec le cou du deuxième. Le docteur Dewees emprunte au docteur Erwin un fait absolument semblable. C'est encore un fait analogue que

nous avons fait représenter (fig. 116). Il est évidemment certain que, si ces deux enfants avaient eu un volume ordinaire, leur expulsion n'aurait pu se faire qu'après que la craniotomie d'une ou peut-être des deux têtes eût, en les aplatissant, permis leur sortie. La mutilation d'un des fœtus me paraît être dans ces cas difficiles, la seule ressource que l'on puisse invoquer ; aussi a-t-on conseillé avec raison d'opérer la section du cou du premier enfant, ce qui rendrait possible l'expulsion spontanée du second jumeau, ou du moins permettrait son extraction à l'aide du forceps, après quoi on irait à la recherche de la tête de l'enfant sacrifié. On devrait pourtant, avant d'en venir à cette cruelle opération, tenter une application du forceps sur la première tête descendue, comme paraît l'avoir fait avec succès un chirurgien de Dijon. En tenant compte, en effet, de la petitesse des enfants, on concevra que la seconde tête n'opposera assez souvent qu'un faible obstacle au passage du tronc de l'enfant que l'on cherche à extraire par l'instrument.

Fig. 116.

4° M. Jacquemier rapporte un fait curieux observé par lui à la Maternité. Une femme en travail depuis neuf jours fut apportée mourante à l'hospice, les eaux étaient écoulées depuis trois jours, et le forceps avait été appliqué sans succès. A l'autopsie, on trouva deux fœtus dans la cavité utérine. Une tête plongeait dans l'excavation en position occipito-cotyloïdienne gauche et avait franchi l'orifice utérin. Le second enfant était en seconde position de l'épaule gauche; sa tête reposait dans la fosse iliaque droite, et le devant de son cou, situé au-dessous de l'épaule antérieure du premier fœtus, embrassait exactement son cou dans un demi-anneau, de manière à empêcher le tronc de descendre davantage : ce qui explique l'inutilité des tractions exercées par le forceps. Les deux enfants étaient volumineux.

5° Quelquefois, enfin, deux pieds se présentent à l'orifice : si l'accoucheur croit utile d'aider, par ses tractions, aux efforts expulseurs de l'utérus, il pourra penser qu'ils appartiennent au même enfant, tirer sur tous deux, et engager à la fois des parties qui ne peuvent pas sortir ensemble : aussi, pour peu qu'on ait des doutes, faut-il, avant toute traction, s'assurer que les deux membres appartiennent réellement au même individu, et pour cela glisser sa main dans la matrice jusqu'au niveau des hanches. Du reste, ce diagnostic offre souvent beaucoup de difficulté; mieux vaut donc tirer sur un seul pied.

Pleesman raconte que, dans un cas, il trouva l'orifice bouché par des parties engagées, qui lui semblèrent, au premier examen, des mains et des pieds *en quantité*. Un toucher plus exact lui fait distinguer quatre extrémités inférieures, sorties jusqu'au jarret, et un bras. « Je fus, dit-il, alors dans une grande perplexité : 1° parce que je ne trouvai aucune possibilité d'introduire ma main dans la matrice pour aller chercher et distinguer les deux pieds de chaque enfant; 2° parce que tous mes efforts furent inutiles pour faire rentrer même une seule de ces extrémités; 3° parce que, en tirant sur deux seulement, je pouvais confondre et amener à la fois les pieds des deux fœtus différents; 4° parce que enfin, même en saisissant deux pieds appartenant au même fœtus, je pouvais, en tirant sur eux, entraîner les autres parties et augmenter les difficultés. Fort embarrassé et pressé d'agir, il me vint dans l'idée de me servir d'un moyen recommandé par Hippocrate dans des circonstances différentes; c'est de faire suspendre la femme par les pieds, espérant que la tête et le tronc des enfants entraîneraient par leurs poids une ou plusieurs extrémités au fond de la matrice encore distendue par les eaux. Le mari et le beau-frère de la femme passèrent leurs bras sous les jarrets et la tinrent ainsi suspendue, de manière que la tête et les épaules seulement portèrent sur le chevet. Aussitôt je montai debout sur le lit; je voulais essayer de repousser dans la matrice une ou plusieurs extrémités sorties, mais déjà deux étaient rentrées par la seule position de la mère, et les trois autres les suivirent à l'aide de mes doigts. Aussitôt je pus introduire ma main dans l'utérus, et en retirer successivement trois enfants par les pieds. »

En citant cette observation, je désire seulement confirmer ce que je disais de la difficulté du diagnostic. Je dois aussi faire remarquer l'impossibilité de la réduction, et le singulier procédé employé avec un succès qui semble en autoriser l'emploi dans un cas semblable.

§ II. — Fœtus multiples et adhérents.

Les signes qui permettent de reconnaître une grossesse gémellaire ne peuvent servir en rien à distinguer, soit l'adhérence, soit la fusion plus ou moins intime de deux êtres vivants. Pendant le travail le diagnostic est encore bien difficile, et une fois qu'on aura constaté la grossesse gémellaire, ce n'est guère que par exclusion qu'on pourra arriver à soupçonner l'adhérence des deux fœtus.

Si l'on sent deux poches, si l'on est obligé de rompre deux fois les membranes, si les eaux de l'amnios s'écoulent en deux fois bien distinctes et bien séparées, la présence de jumeaux distincts est certaine, car jamais il n'y a deux enveloppes pour un monstre double. Si, avec une tête, descendent deux ou même un seul pied, si surtout ces pieds cèdent aux tractions et paraissent au dehors sans que la tête tende à remonter, on peut affirmer qu'il y a deux enfants, car jamais un monstre n'est composé de deux individus accolés de manière que l'un ait la tête du côté des pieds de l'autre; mais s'il se présente plusieurs membres à la fois, on n'est qu'en portant la main dans l'utérus qu'on

pourra savoir si les individus auxquels ils appartiennent sont soudés ou libres (Dugès, *Mém. de l'Académie*).

Que la monstruosité soit ou non reconnue, convient-il d'intervenir dans tous les cas, ou faut-il abandonner, pendant un certain temps, l'accouchement à la nature? Trop d'exemples prouvent aujourd'hui que l'accouchement spontané est alors possible, pour qu'on ne doive intervenir qu'après avoir laissé aux contractions utérines tout le temps nécessaire à cette expulsion. Le mécanisme d'après lequel s'opère l'accouchement varie, du reste, suivant l'espèce particulière de monstruosité.

Lorsque les deux fœtus sont unis par le siége ou la tête, leur expulsion se fait sans aucune difficulté; le plus souvent, en effet, ils sortent l'un à la suite de l'autre, surtout quand ils sont unis par le siége. Mais, s'ils sont collés par l'occiput, le point d'union est rarement assez flexible pour permettre aux deux têtes de descendre à la fois, et si les fœtus sont à terme, l'art est obligé d'intervenir.

Lorsqu'il y a deux têtes pour un seul tronc, le mécanisme varie suivant que le monstre se présente par le sommet ou par le siége; mais l'accouchement est encore possible, lorsque les jumeaux sont adhérents et assez mobiles pour ne pas être invariablement parallèles, de sorte que les deux têtes puissent s'engager successivement et non simultanément. Dans les présentations du sommet, la tête antérieure, étant la plus inférieure à cause de l'obliquité du tronc du fœtus qui se trouve placé dans la direction de l'axe du détroit supérieur, s'engage la première, et la seconde, d'abord arrêtée par l'angle sacro-vertébral, la suit ensuite. Lorsque, au contraire, l'enfant est né par le siége, c'est la tête postérieure qui, par le seul effet de l'inclinaison imprimée au tronc par l'axe du canal pelvien, s'engagera la première, et l'antérieure, après avoir été d'abord arrêtée par la symphyse des pubis, s'engagera immédiatement après elle.

Lorsque chaque tête a son tronc, mais que les deux troncs sont unis par leurs faces latérales, antérieures ou postérieures, dans toute leur étendue ou seulement dans une partie, l'accouchement spontané est plus difficile; mais quand il a lieu, il s'opère absolument de la même manière.

S'il n'y a qu'une seule tête pour deux troncs, ceux-ci sont chassés simultanément, et les seules difficultés qui puissent se présenter tiennent alors au volume quelquefois très-grand de la tête.

Les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement que nous venons de le dire, et assez souvent une des têtes, dans l'état de duplicité totale ou bornée à la tête, est arrêtée au-dessus de l'angle sacro-vertébral ou de la symphyse pubienne, et s'oppose à la descente ultérieure de celle qui est déjà engagée ou sur le point de s'engager.

Ce que nous venons de dire du mécanisme suivant lequel l'expulsion des fœtus bicéphales s'opère fait prévoir que, toutes les fois qu'une des deux têtes aura été arrêtée au-dessus du détroit supérieur, on devra recourir à la version pelvienne, lorsque le monstre se présentera par l'extrémité céphalique, ou une des régions de sa partie moyenne; dans les présentations du siége, il faudra tirer sur

les membres inférieurs. Mais, dans l'un et l'autre cas, il faudra, lorsque la plus grande partie du tronc sera dégagée, relever le tronc au devant de la symphyse, de manière à favoriser l'engagement de la tête postérieure avant celui de l'antérieure. Si la tête qui s'est présentée la première était engagée trop avant dans l'excavation pour qu'il fût possible de la refouler et d'aller chercher les pieds, il faudrait, si le fœtus était vivant, tenter une application du forceps. Celle-ci sera le plus souvent infructueuse, car les tractions exercées par l'instrument ne changeront rien aux résistances offertes par la seconde tête. Il n'y a donc plus à choisir ici qu'entre une opération sanglante sur la mère et la section du cou de l'enfant qui permettra d'extraire la tête qui s'est offerte la première, et rendra possible la version pelvienne : malgré d'imposantes autorités, je n'hésite pas à me prononcer pour la mutilation du fœtus, et dans ces cas, je ne balancerai pas à sacrifier la vie de l'enfant au salut de la mère.

CHAPITRE XVI

DE LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

Nous avons décrit (page 374) la délivrance naturelle. Il nous reste à étudier les difficultés et les accidents de la délivrance, que nous grouperons en deux articles différents.

ARTICLE PREMIER

DIFFICULTÉS DE LA DÉLIVRANCE

Les difficultés qui, pendant la délivrance, peuvent nécessiter l'intervention de l'art, sont l'inertie de l'utérus, le volume excessif du placenta, la faiblesse du cordon ombilical, la contraction irrégulière de la matrice, les adhérences trop intimes du placenta.

Lorsque après plusieurs tentatives d'extraction faites suivant les règles que nous avons tracées (voy. p. 374), en étudiant la délivrance naturelle, on ne peut pas extraire l'arrière-faix, il faut s'assurer par le palper abdominal et par le toucher vaginal de la cause de la difficulté. De deux choses l'une alors : ou bien le doigt introduit trouvera le placenta reposant sur l'orifice interne, ou bien il ne pourra l'atteindre. Dans le premier cas, l'obstacle à la délivrance, en supposant que les premières tractions ont été bien faites, ne pourra tenir qu'au volume du placenta, à la faiblesse du cordon ombilical, à la rétraction de l'orifice utérin; dans le second, le placenta est évidemment retenu au fond de la matrice par des adhérences anomales ou la rétraction irrégulière d'une portion des parois de la matrice : ce premier diagnostic établi, on n'aura plus qu'à distinguer l'une de l'autre les diverses circonstances que nous venons de grouper.

§ I. — Inertie de l'utérus.

Nous avons déjà fait remarquer qu'après l'expulsion du fœtus l'utérus rétracté forme, dans la région sous-ombilicale, une tumeur volumineuse, dure et résistante. Or il peut arriver que, soit faiblesse générale de la femme, soit faiblesse ou atonie particulière à l'organe, la contractilité du tissu ne s'exerce pas, et que celui-ci reste, après l'accouchement, dans un état plus ou moins complet d'inertie.

Cette inertie de la matrice, dont nous nous occuperons d'une manière spéciale quand nous étudierons l'hémorrhagie qui l'accompagne si souvent après l'accouchement, peut être simple ou compliquée de perte. Nous n'avons ici à nous occuper que de la première.

On reconnaît que la matrice est inerte lorsqu'en appliquant la main sur le ventre on la trouve large, développée, molle et insensible.

Lorsque l'inertie de la matrice ne s'accompagne pas de perte, c'est une preuve que le placenta n'est pas encore décollé, et il faut bien se garder alors, par des tractions imprudentes, d'opérer ce décollement avant d'avoir remédié à l'inertie. On produirait, en effet, infailliblement une hémorrhagie foudroyante qui compromettrait en quelques instants les jours de la femme; ou bien, si les adhérences du placenta résistaient aux tractions, la matrice serait entraînée avec le placenta, et l'on produirait un renversement plus ou moins complet de l'organe. C'est donc un vrai bonheur quand l'inertie se déclare avant que le placenta ait commencé à se décoller. On aurait encore à craindre cependant un hémorrhagie par les vaisseaux ombilicaux; mais cet accident est excessivement rare, et il serait d'ailleurs facile d'y remédier en appliquant une ligature sur le cordon.

Ce qu'il y a de mieux à faire dans le cas d'inertie simple, c'est d'attendre que l'utérus reprenne son énergie. On peut, du reste, favoriser le retour des contractions par de légères frictions sur la paroi antérieure de l'abdomen, la titillation des lèvres du col, au moyen d'un ou deux doigts introduits dans le vagin, l'application de compresses froides sur la partie supérieure des cuisses et la région hypogastrique. Dans les cas d'inertie incomplète, quelques auteurs anglais, et M. Murphy en particulier, ont conseillé (*Gazette médicale de Londres*) d'appliquer un bandage serré autour du ventre, ou mieux encore d'exercer une pression immédiate sur l'utérus en appliquant ses mains sur les côtés de l'organe. M. Guillemot dit avoir réussi souvent à réveiller et à soutenir les contractions en plongeant l'extrémité du cordon dans un verre d'eau froide. Nous avouons franchement ne guère comprendre ce singulier résultat. Il faut en même temps soutenir les forces de la femme par de légers bouillons, peut-être un peu de bon vin ou d'eau étendue d'eau-de-vie