

RECHERCHES

SUR LES DIFFÉRENTS OBSTACLES QUI RETIENNENT LE FŒTUS
QUAND SA TÊTE SEULE OU SUIVIE D'UNE PARTIE DU TRONC A
FRANCHI L'ORIFICE VULVAIRE PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Par le D^r Lixé (du Mans),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Experientia docet.

Dans le domaine de plus en plus étendu de la science moderne, la division nécessaire du travail a fait naître toute une génération d'esprits actifs qui creusent le même sillon et méritent le nom de *spécialistes*. En voulant enchaîner ainsi l'intelligence aux détails on la rend propre à bien juger les cas particuliers, sans amoindrir sa portée philosophique, car elle parvient à déduire sûrement les règles de pratique d'une ou plusieurs séries d'observations antérieures.

Quand à nous notre champ d'exploration est l'obstétrique et nous sommes heureux de contribuer de temps en temps à sa culture par l'étude analytique des faits qui ont besoin d'être rassemblés et mis en évidence.

Cela dit en manière d'introduction abordons de suite le sujet dont le titre vient d'être énoncé plus haut, et sans être rompu à toutes les difficultés de l'exposition didactique, essayons au moins d'être clair et net.

Quand la tête du fœtus a franchi la vulve pendant le travail de l'accouchement, on ne voit pas toujours le reste du corps suivre librement et promptement. Ce temps d'arrêt peut dépendre de causes diverses provenant soit de la mère soit de l'enfant lui-même.

Quand l'obstacle siège dans le voisinage de la vulve, il est possible de le préciser par le toucher ; mais s'il existe dans l'excavation pelvienne à une certaine hauteur, le diagnostic devient très difficile à établir, parce que le tronc du fœtus obstrue les voies maternelles au point de rendre le toucher impraticable.

Pour éclairer la conduite à tenir dans ces différentes circonstances, il est donc rationnel de classer les faits en deux groupes comprenant d'abord ceux qui sont sous la dépendance d'une cause voisine des parties externes de la mère, et ensuite ceux qui tiennent à une cause plus profondément cachée.

PREMIÈRE PARTIE.

Obstacles qui siègent dans le voisinage de la vulve.

Il est bien entendu que les obstacles considérés près de la vulve sont tous ceux qui sont facilement accessibles au toucher ; aussi, dès qu'on arrive à une hauteur où l'exploration ne fournit plus d'indices clairs au diagnostic, il est urgent d'établir une ligne de démarcation où commencent les obstacles plus profonds.

OBSERVATION I (abrégée). — *Position transversale du vertex; extraction de la tête avec le forceps; temps d'arrêt des épaules à cause de l'étroitesse de la vulve.*

L. V..., 24 ans, primipare, d'une forte constitution, ressentit les premières douleurs du travail le 11 novembre 1810. Elle vint à l'hospice le lendemain à quatre heures du soir ; il y a avait 30 heures que les membranes étaient rompues. L'orifice utérin, à peine ouvert, était épais et dur ; la tête du fœtus couverte d'une tumeur et appuyant sur le détroit supérieur du bassin. Nul changement pendant la nuit, ni la journée suivante. L'étroitesse de l'orifice ne permettait de rien tenter de décisif, et l'on emploie la saignée, les bains, les injections.

Le 13, à quatre heures du matin, la dilatation se trouva complète ; mais la tête, à peine engagée dans le détroit abdominal, était dirigée de façon que le front était à droite et l'occiput à gauche. Le resserrement de l'utérus, depuis longtemps vide d'eau, éloignait tout projet d'extraction par les pieds ; le forceps fut donc préféré. En conséquence, dit Mme Lachapelle, je portai d'abord la branche gauche sous la symphyse pubienne ; mais la droite ne put passer entre l'an-

gle sacro-vertébral et la tête; il fallut me contenter de tenir la première sous l'éminence ilio-psoïque droite, et la deuxième sur la symphyse sacro-iliaque gauche. En cherchant à réunir les branches, je les sentis glisser sur les côtés du bassin; la tête se trouva prise de front à l'occiput; cependant elle descendit aisément jusqu'au détroit inférieur; là elle fut abandonnée aux efforts de la nature, l'instrument fut ôté. L'utérus avait dès longtemps cessé de se contracter, et les efforts de la femme ne parvinrent qu'à opérer la rotation horizontale qui amena l'occiput dans l'arcade. Après ce mouvement, la tête n'avança plus; l'étroitesse de la vulve s'opposait à sa sortie; il fallut réappliquer le forceps. Rien de plus simple que l'extraction; *le périnée resta intact, et tellement même que la sortie des épaules en fut empêchée*, au point de me forcer à porter le crochet mousse sous l'aisselle gauche qui était en arrière. L'enfant volumineux était mort, la mère s'est bien rétablie (1).

Évidemment l'étroitesse de la vulve forme ici le principal obstacle à l'expulsion définitive de l'enfant, une fois sa tête sortie au dehors; cependant l'inertie utérine a eu aussi sa part d'influence.

Cas. II (personnelle). — Rétrécissement du détroit inférieur; extraction de la tête fœtale avec le forceps; temps d'arrêt, extraction du tronc avec le crochet mousse.

La fille S..., domestique, âgée de 25 ans, un peu contrefaite par le rachitisme, entre à la maternité du Mans, le 10 juillet 1865.

Dans les quinze derniers jours de la grossesse, au toucher, nous observons que l'arcade pubienne n'avait pas ses dimensions ordinaires; la branche ischio-pubienne du côté droit était plus avancée sur le plan antéro-postérieur que la branche gauche, et nous diagnostiquons un rétrécissement du diamètre transversal du détroit inférieur. Le travail chez cette fille, déclaré le 26 juillet au matin, se poursuit sans résultat jusqu'au 27 au soir, moment où la tête était descendue dans l'excavation. Une application de forceps put la faire sortir au dehors, mais elle y resta fixée sans que le fœtus pût achever son expul-

(1) *Pratique des accouchements*, par M^{me} Lachapelle, t. 1, p. 265, 266 et 267.

sion. Sans aucun doute, la résistance était au niveau du détroit inférieur et par conséquent facile à rompre. En effet, après avoir fait la rotation des épaules, le crochet mousse est appliqué dans l'aisselle qui était en arrière et l'extraction s'exécuta promptement.

Enfant vivant, la mère se rétablit vite.

Obs. III. — Accouchement en occipito-iliaque gauche antérieure; extraction de la tête avec le forceps; arrêt des épaules par le rétrécissement du détroit inférieur.

Mme M..., âgée de 28 ans, de taille moyenne, à tempérament lymphatico-sanguin, éprouve les premières douleurs du travail le 7 octobre 1858. A cinq heures trois quarts du soir, le Dr Mattei est appelé; à six heures, il rompt la poche des eaux et la tête fœtale descend sur le détroit inférieur. Les contractions ont continué avec énergie; la femme les aide par des efforts volontaires très intenses, mais la tête n'avance plus, elle reste même immobile pendant la contraction, ce qui indique la présence d'un obstacle provenant des parties dures.

Une heure se passe dans cet état. L'occiput est derrière le pubis; la tête commence à se couvrir d'une bosse sanguine, le Dr Mattei essaie de passer les doigts entre la tumeur céphalique et l'arcade pour opérer la flexion; mais tout est vain. On voit que le détroit inférieur dont on constate le rétrécissement avec les doigts; on voit que ce détroit est le seul obstacle à la progression du fœtus. Deux tractions avec le forceps ont suffi pour faire sortir la tête du détroit inférieur. Les épaules s'étant présentées en travers, comme d'habitude, n'ont pu effectuer leur mouvement de rotation. Pour obtenir ce résultat, l'habile accoucheur ramena l'épaule gauche en arrière, puis, en accrochant les aisselles, il fit passer les épaules par le détroit inférieur au moyen de fortes tractions (1).

Dans ces deux observations, le rétrécissement du détroit inférieur et le défaut de rotation des épaules se sont réunis pour entraver l'expulsion définitive du fœtus.

(1) *Clinique obstétricale de Mattei*, t. II, p. 17, 18 et 19.

Obs. IV (personnelle). — *Présentation du sommet; tête hors de la vulve avec le pied gauche; temps d'arrêt invincible; décollement et extraction définitive du tronc.*

Femme âgée de 25 ans, domestique, entrée à la maternité du Mans le 5 mars 1865, vers sept heures du soir. Les membranes étaient rompues la veille au matin, et le travail marcha très lentement à cause de l'engagement simultané de la tête et du pied gauche du fœtus. Pour hâter la terminaison de l'accouchement, une sage-femme de la ville tira le pied, de sorte que ces deux parties fœtales parurent simultanément au passage. Puis, continuant la même manœuvre, elle put les faire sortir ensemble au dehors, mais sans pouvoir extraire le reste du fœtus. Les battements du cœur étant tout à fait éteints, après quelques tractions également inutiles, nous pratiquons la *décollement*, et à l'aide d'un lacs attaché sur le pied proéminent, nous parvenons à faire sortir le tronc, au prix d'efforts très énergiques.

Dans cette circonstance, la saine pratique obstétricale exigeait de ne pas tirer sur le membre, parce que ces efforts contribuèrent à faire sortir en même temps et ce membre et la tête fœtale; de là l'impossibilité d'entraîner le tronc à la suite. Avant l'engagement de ces deux parties dans le passage, il fallait, d'après le conseil de M^e. Lachapelle, repousser le pied dans l'utérus : c'était un moyen de permettre à la tête de se présenter seule et la première. Une application de forceps sur elle ont vite achevé l'accouchement.

Obs. V (personnelle). — *Accouchement en première position du sommet; brièveté accidentelle du cordon; la tête fœtale expulsée demeure appliquée contre la vulve; temps d'arrêt du tronc.*

M^{me} S..., 22 ans, secundipare, est prise de douleurs le 26 février 1878 à deux heures du matin; elle accouche à cinq heures, c'est-à-dire trois heures après, d'un enfant du sexe masculin. La rotation de la tête avait été longue à se faire, et une fois chassée au

dehors, celle-ci demeurait appliquée contre la vulve sans être saisie par le tronc qui ne put céder à l'effort modéré des tractions.

Le doigt porté autour du cou y trouva le cordon enroulé; nous essayons de l'attirer pour le faire passer pardessus la tête du fœtus, mais comme il était très tendu, la manœuvre échoue, et il est urgent de le couper entre les grandes lèvres. Extraction prompte du tronc en tirant modérément sur la tête.

Les deux bouts du cordon sont vite liés du côté de la mère et de l'enfant qui ne tarde pas à jeter des cris aigus.

La délivrance est assez bien faite dix minutes après, malgré le retrait de l'utérus sur le placenta vidé de sang.

Il est facile de voir ici que la brièveté du cordon fut l'obstacle unique à l'extraction définitive de l'enfant, car une fois la tige coupée, cette extraction marcha d'elle-même.

En coupant le cordon sur le cou de l'enfant, pour rompre l'obstacle, nous avons suivi le conseil de Röederer, mais plus tard il sera facile de démontrer qu'il vaut mieux suivre une autre pratique afin d'économiser le sang du fœtus.

Obs. VI (abrégée). — *Présentation du sommet en occipito-iliaque gauche antérieure; expulsion de la tête; temps d'arrêt du tronc, par suite de la brièveté accidentelle du cordon qui s'enroule autour du cou.*

Mlle C..., âgée de 20 ans, de bonne constitution, est prise des douleurs du travail le 9 janvier 1858, à trois heures du matin. A cinq heures, le col utérin est effacé avec une dilatation grande comme une pièce de 5 francs; la poche bombe, l'enfant se trouve en occipito-iliaque gauche antérieure du sommet. Les contractions deviennent fortes et régulières; la poche se rompt spontanément à cinq heures et demie, la tête descend sur le périnée et entr'ouvre la vulve qu'elle franchit promptement sans rompre le périnée, grâce aux manœuvres de M. Mattei. *Le tronc ne suit pas la tête dans cette expulsion rapide, à cause d'une anse du cordon qui serrait étroitement le cou fœtal.*
« *J'essayai de la dégager, dit le Dr Mattei, mais je n'ai pas pu. J'aurais pu la couper, mais comme je ne suis pas partisan de ces sections avant la ligature, soit pour laisser du sang dans le placenta et faciliter la délivrance, soit pour ménager les forces de*

« l'enfant s'il est faible, j'ai préféré accrocher l'aisselle gauche de cet enfant, la porter en arrière, puis tirer aussitôt le tronc au dehors. Le nouveau-né est un garçon assez vivace (1). »

Le précepte de dérouler les circulaires ne peut guère s'exécuter que lorsqu'il y a entortillement sans tension du cordon. Ainsi, quand la portion comprise entre l'ombilic et les circulaires ne participe pas à la tension, on aura chance de pouvoir effectuer cette manœuvre. Dans le cas contraire on pourra essayer d'extraire le tronc fœtal en allant accrocher l'aisselle postérieure, comme le fait Mattei. Mais il est prudent d'éviter des tractions violentes sur le cou du fœtus, parce qu'on augmenterait la tension du cordon jusqu'au point de le rompre et jusqu'au point d'amener le décollement placentaire et même l'interversion de l'utérus. En outre, les tractions auraient pour effet d'exagérer le resserrement des circulaires autour du cou fœtal et de produire son étranglement. Hors ces cas extrêmes, il vaut mieux ne pas couper le cordon et tout faire pour essayer de faire disparaître l'ause funiculaire.

En effet, d'après les expériences du D^r Budin, contrôlées par MM. Hélot (de Rouen), Kohly et Ribemont, si l'on pratique la ligature hâtive du cordon ombilical, on prive l'enfant de 92 grammes de sang. De combien de sang le priverait-on par conséquent, si on coupait le cordon enroulé sur son cou !

Cas. VII. — *Présentation du sommet; extraction de la tête avec les forceps; temps d'arrêt du tronc par suite de nombreuses circulaires du cordon autour du cou de l'enfant; déroulement de ces circulaires et expulsion définitive du tronc.*

Le 11 vendémiaire an XII, Delpech assistait chez lui une inconnue âgée de 20 ans, robuste et bien conformée. Après quatre heures d'un travail opiniâtre, et la tête du fœtus occupant l'excavation du bassin depuis deux heures, sans pouvoir franchir l'orifice vulvaire, le célèbre

(1) *Clinique obstétricale de Mattei*, t. I, p. 320, 321 et 322.

chirurgien prend la résolution d'intervenir. « L'extrême violence des douleurs et le méconium que je reconnus sur mes doigts, dit-il, et qui me fit craindre la mort du fœtus, me déterminèrent à prendre un parti. Je me décidai à appliquer le forceps pour ajouter quelque chose à l'action expultrice de l'utérus, et, profitant de trois douleurs qui se succédèrent, je fis l'extraction de la tête. Je vis aussitôt le cou, et je reconnus plusieurs circonvolutions du cordon ombilical autour de cette partie. J'essayai d'attirer le bout du cordon qui montait le long du dos, mais j'éprouvai de la résistance; je le trouvai plus facile du côté de l'abdomen, et, l'ayant dégagé, je déroulai les circonvolutions que je comptai jusqu'à cinq. Pendant ce temps là, les contractions de la matrice chassaient le corps qui était contraint de plier sur la partie postérieure par la résistance du cordon qui tenait encore le cou.

« L'enfant n'était pas blessé par l'instrument, mais il paraissait avoir souffert de cette ligature; il avait la face très rouge et fut pendant un quart d'heure sans respiration. Je laissai couler environ deux cuillerées de sang par le cordon dont les pulsations étaient languissantes, et bientôt il donna les marques les plus évidentes d'une parfaite santé (1). »

Voici un exemple remarquable d'arrêt du tronc par suite d'un entortillement multiple du cordon ombilical sans tension. En pareil cas l'usage exige de dérouler les circulaires, en tirant sur le bout du cordon qui remonte vers l'abdomen ou le dos du fœtus. L'illustre Delpech essaya l'une et l'autre manœuvre, mais le déroulement ne put s'effectuer qu'en attirant le bout de la tige qui remontait du côté du ventre.

Oss. VIII (abrégée). — *Présentation du sommet; expulsion de la tête au dehors; arrêt du tronc par la brièveté accidentelle du cordon.*

Il s'agit d'une femme de 23 ans que le Dr Mattei accouchait pour la troisième fois. Le 12 février 1876, vers trois heures après minuit, la poche des eaux se rompit et à quatre heures trois quarts le travail

(1) Observation citée par Guillemot, p. 46.

était déclaré. Les contractions se suivaient à six minutes d'intervalle, et après certaines manœuvres pratiquées, la tête fœtale put sortir *ex dehors*, mais sans pouvoir aller plus loin enfoncé qu'elle était dans la suite, dit le Dr Mattei. Le doigt passé sur le cou de l'enfant put, en effet, trouver un tour de cordon si serré qu'il crut un instant devoir le couper, tant fut grand le tiraillement nécessaire à son chevauchement. Après avoir effectué la rotation artificielle des épaules, l'habile accoucheur pouvait extraire définitivement le fœtus à 7 heures trois quarts. C'était une fille en état de mort apparente, de force moyenne, et qui put être ranimée (1).

Obs. IX (abrégée). — *Première position du sommet; extraction de la tête avec le forceps; arrêt du tronc sous la triple action de la brièveté accidentelle du cordon, du défaut de rotation des épaules et de l'étroitesse du détroit inférieur.*

Mme E. B..., 34 ans, de taille moyenne mais fluette, a le bassin vicie. Elle éprouve les premières douleurs du travail le 9 juin 1858. Après une série de contractions utérines très inégales et très prolongées, le Dr Mattei applique le forceps, le 10, à sept heures du matin.

L'extraction de la tête fœtale est opérée avec une assez grande difficulté. Le cou de l'enfant est serré par deux tours de cordon qui ont sans doute été pour quelque chose dans le retard de l'accouchement. Le Dr Mattei dégage un de ces tours, et de cette façon relâche l'autre; il attend la rotation des épaules, mais les contractions faisant défaut, il s'empresse de saisir l'aisselle gauche qu'il porte en arrière. Après cela, il veut extraire le tronc, mais il peut à grand'peine faire avancer l'épaule postérieure, tant le détroit inférieur est étroit et rigide. Enfin, l'écoulement se termine; l'enfant venu dans l'état asphyxique est rappelé à la vie, grâce à des soins pressés. La délivrance a été naturelle (2).

Il est facile de voir, dans ces deux dernières observations, que l'arrêt du tronc ne tient pas uniquement à la brièveté du cordon ombilical, comme dans les faits relatés plus haut.

(1) *Annales de Gynécologie*, mars 1858, p. 180 et 181.

(2) *Chimie obstétricale de Mattei*, t. I, obs. XCIII, p. 376, 377 et 378.

Il peut s'y joindre d'autres causes telles que le défaut de rotation des épaules et l'étroitesse du détroit inférieur. Ces causes, en agissant d'une façon combinée, augmentent nécessairement l'obstacle qui s'oppose à l'expulsion du tronc fœtal.

Obs. X. — Présentation du sommet; expulsion de la tête; arrêt du tronc causé par un déplacement de l'avant-bras gauche.

L'enfant s'était présenté par le sommet; la tête étant sortie, les épaules ne s'étaient pas, malgré quatre douleurs successives. Soupçonnant quelque complication, le Dr Meriwether Lavis, introduisit profondément son doigt et trouva l'avant-bras gauche du fœtus appuyé en croix sur la nuque et solidement fixé entre le cou et la symphyse pubienne. Après avoir repoussé l'épaule en haut et en arrière; il réussit à faire passer la main du fœtus sur le côté de la face. Le reste de l'accouchement se fit avec peine, mais sans autre accident (1).

Obs. XI (abrégé). — Deuxième position du sommet; sortie de la tête; arrêt du tronc causé par la flexion du bras placé en arrière et la présence de la main qui se trouvait près de l'épaule correspondante.

Une femme de 19 ans sentit quelques épreintes le 25 septembre, à six heures du matin; à huit elle se trouva tout à coup inondée par la rupture subite des membranes. L'orifice était dilaté de 10 à 12 lignes, et la tête siégeait au détroit supérieur. A deux heures elle descendit dans l'excavation. Alors suspension des douleurs jusqu'à onze heures du soir où la matrice sort de son apathie; elle se contracte et la tête achève d'en franchir l'orifice.

Pendant la nuit, elle descend davantage et paraît à la vulve au moment des douleurs les plus fortes. On confirme alors l'existence de la seconde position déjà reconnue. Le 26 au matin, nouvelle inertie; application de forceps et extraction de la tête fœtale. Le tronc ne sortait pas, dit Mme Lachapelle, et il fallut introduire un doigt pour accrocher l'aisselle qui restait en arrière. La main de l'enfant était voisine de l'épaule, et au moment où le coude plié s'échappait de la vulve, le

(1) *Amer. J. of Obst. et Ann. de Gyn.*

périnée fut largement échancré. L'enfant qui était livide fut bientôt ramené (1).

Ces deux observations démontrent clairement que le tronc doit être arrêté dans son expulsion définitive par une position vicieuse de l'un ou l'autre des membres thoraciques.

Obs. XII (personnelle). — *Accouchement en position occipito-postérieure; extraction pénible de la tête avec le forceps; temps d'arrêt du tronc par suite de la position transversale des épaules.*

La femme G..., route de Desgrès, âgée de 28 ans, primipare, est prise depuis trois jours de douleurs qui ne font pas terminer l'accouchement. Mme Bouchenoire, sage-femme, nous appelle à son aide. La tête est descendue dans l'excavation jusque sur le plancher péritéal, l'occiput regardant le sacrum et la face le pubis. Le forceps extrait péniblement cette tête par un mouvement d'élévation des branches vers l'abdomen de la mère.

Mais la tête une fois sortie, le reste du corps ne peut suivre, à cause de la position transversale des épaules. Après avoir complété le mouvement de rotation des épaules, nous pouvons amener le tronc en accrochant avec l'index l'aisselle postérieure. Enfant vivant, mais un peu étonné. Suites de couches bonnes.

Ici la cause de l'arrêt du tronc dépend bien du défaut de rotation des épaules. En effet, dans la présentation occipito-sacrée, lorsque la tête est sortie, le reste du fœtus éprouve quelquefois une grande résistance à cause de l'absence de rotation des épaules dont le diamètre croise transversalement le grand diamètre de la vulve.

Obs. XIII (abrégée). — *Première position du vertex; dégagement difficile des épaules qui sont placées transversalement; tractions successives avec l'index sur les épaules.*

Femme de 20 ans, arrive à l'hospice le 8 août, à minuit. Au tou-

(1) *Statistique des accouchements*, par M^{me} Lachapelle, obs. XXXI, t. I, p. 208 et suiv.

cher, on trouve l'orifice ouvert de 10 à 12 lignes dirigé à gauche, souple, mais épais à son bord; la poche de l'eau bombe et empêche de bien sentir la tête qui était fort élevée. Douleurs fortes et soutenues. A 3 heures du matin, 24 lignes de dilatation; à 10 heures rupture subite des membranes! La tête reste haute, mais on reconnaît la première position; douleurs graduellement affaiblies. A 3 heures seulement, la tête est dans l'excavation; elle a franchi l'orifice et lentement elle exécute sa rotation horizontale. Dès lors suspension des douleurs, immobilité de la tête; vers 10 heures du soir, application de forceps. *Une fois l'extraction de la tête achevée*, la face au lieu de se tourner vers la cuisse droite reste tout à fait en arrière, ce qui montrait que les épaules s'offraient transversalement au détroit inférieur. En effet, dit Mme Lachapelle, *le tronc résistait beaucoup*, et je ne voulus pas exercer sur la tête de trop violents efforts. J'introduisis l'index de la main droite vers la partie postérieure de l'aisselle gauche et je dirigeai l'épaule vers le sacrum; elle était alors trop élevée pour que je pusse aisément agir sur elle. Le même doigt alla donc saisir l'aisselle droite derrière le pubis, et, en la forçant à descendre, imprima à la totalité du tronc un mouvement dans le même sens, lequel fut suivi de la sortie générale. Suites heureuses pour la mère et l'enfant (1).

Lorsque les épaules placées transversalement s'opposent à l'issue du tronc, la véritable méthode consiste à compléter le mouvement de rotation des épaules et à tirer sur celle qui est en arrière. De cette manière on lui fait parcourir beaucoup de chemin dans la courbure du sacrum, tandis que l'épaule située derrière le pubis demeure immobile. Ici le contraire eut lieu, a traction de l'épaule située en avant fit avancer la totalité du tronc au point d'en amener l'extraction complète.

C'est donc une manœuvre à mettre en pratique si la première échoue.

Obs. XIV. — *Présentation de la face; extraction de la tête; temps d'arrêt causé par les épaules placées en travers.*

M. Kauffmann est appelé pour un accouchement qui offre une parti-

(1) *Pratiqué à la maternité*, par M^{me} Lachapelle, t. I, p. 195, 196 et 197.

calarité intéressante : une tumeur de la dimension du poing et rappelant le placenta par son aspect se présentait à la vulve. Le pédicule épais de cette tumeur se dégageant de la région frontale du fœtus, permit de la considérer comme une encéphalocèle. En introduisant la main complètement dans le vagin, on reconnut qu'il s'agissait de face inclinée en avant. On put extraire l'extrémité céphalique en se servant simplement de la main ; mais le reste du corps fœtal ne suivit pas ; le dégagement des épaules, placées en travers, présenta au contraire de grandes difficultés et nécessita l'emploi du crochet mousse. L'enfant était gros et fort ; il ne fit que quelques inspirations (1).

On n'a pas essayé ici l'extraction du tronc fœtal, en accrochant l'aisselle postérieure avec l'index ou bien en saisissant l'aisselle antérieure, comme le fit M^{me} Lachapelle dans l'observation XIII, c'est au moins fâcheux, car l'application du crochet-mousse n'a probablement pas été sans influence sur la mort du fœtus. Avant de recourir à son emploi, il nous semble prudent de faire en premier lieu des tractions avec les doigts.

Cas. XV. — *Présentation du sommet en O. I. D. P. ; expulsion de la tête ; temps d'arrêt amené par l'anomalie de la rotation subséquente du tronc.*

M. Budin relate un fait intéressant qui s'est passé sous ses yeux à la Maternité, dans le service de M. Tarnier. Il s'agissait d'une jeune femme de 23 ans, secondipare, travaillée par les douleurs depuis sept heures environ, et dont la poche amniotique s'était rompue au début. Le palper, l'auscultation et le toucher venaient de révéler une position O. I. D. P. non réduite avec une dilatation de l'orifice non encore achevée. Enfin les douleurs étaient régulières.

Au bout de quelques instants, M. Budin, qui avait quitté cette femme pour en examiner une autre, était appelé en toute hâte. La tête était sous la symphyse et le toucher y faisait constater la présence de l'occiput. Pendant ce temps là, le tronc n'avait pas changé de place : le dos était toujours en arrière et les membres en avant.

(1) *Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaecologie*, t. IV, fasc. 1.

En effet, la tête une fois dégagée, l'occiput tourna à droite, décrit brièvement un demi-cercle complet pour venir se mettre en rapport avec la région anale de la mère; c'était le rétablissement de la tête dans l'axe rachidien par un véritable mouvement de torsion. Puis, quelques minutes plus tard, une rotation en sens inverse s'effectua, conséquence forcée de la rotation du tronc. Bientôt l'épaule gauche était à la symphyse pubienne; les épaules se dégageaient successivement et le tronc était expulsé à son tour.

Il faut relever ici certaines particularités intéressantes : d'abord le mouvement de rotation si étendu de la tête dont l'occiput est venu spontanément sous la symphyse pubienne, puis son mouvement de *détorsion* qui l'a rétablie dans l'axe rachidien sans être suivi d'une rotation immédiate du tronc. Chose curieuse à noter : c'est que cette dernière rotation au lieu de s'accomplir en demi-cercle, à droite, s'effectua en sens inverse, c'est-à-dire à gauche, *anomalie rare qu'explique le retard dans l'expulsion du tronc* (1).

Cas. XVI (abrégé). — Première présentation du sommet; sortie de la tête et temps d'arrêt causé par une anomalie dans la rotation des épaules.

Mme P..., âgée de 20 ans, taille moyenne, tempérament lymphatico-nerveux, de bonne constitution, multipare, est prise des douleurs du travail le 22 juin 1858, vers dix heures du soir.

À onze heures, l'utérus étant dans un état de contraction presque continue, la tête fœtale est déjà descendue dans l'excavation. Première présentation du sommet.

Le 23 juin au matin, le travail qui s'était trop prolongé, prend enfin une marche plus régulière. La dilatation s'avance, les contractions sont à la période de six minutes, et à trois heures et demie le D^r Mattei perce la poche. Cela fait, il relève le bord antérieur du col, et la tête peut traverser la vulve à 4 heures et demie.

Ayant affaire à une première position le dos de l'enfant, après

(1) Société de biologie (séance du 6 janvier 1877).

cette sortie de la tête, devait se tourner du côté gauche de la mère, tandis qu'il s'est tourné du côté droit. Voyant ce temps d'arrêt, l'habile accoucheur accroche l'aisselle droite ou postérieure et peut extraire définitivement le tronc.

L'enfant était un garçon bien vivace et la délivrance fut naturelle (1).

Obs. XVII (abrégée). — *Accouchement en O. I. D. P.; temps d'arrêt des épaules par suite de rotations irrégulières et variées de la tête sans tête sortie.*

Mlle F..., domestique, 43 ans, de tempérament lymphatico-nerveux, est à la septième grossesse. Le 5 août 1856, à neuf heures du soir, les mouches commencent, et le Dr Mattei, pratiquant le toucher vaginal, trouve le col utérin effacé, la dilatation commencée et la présentation du fœtus en O. I. D. P. Les contractions se succédant assez rapprochées, et à trois heures cinquante minutes, l'habile accoucheur exécute la rotation artificielle du fœtus en agissant sur le tronc par des manœuvres externes, et à l'intérieur sur la tête. *Celle-ci bientôt descendue à la vulve ne tarde pas à franchir l'orifice vulvaire.* La rotation extérieure s'est opérée, l'occiput à droite, comme il arrive habituellement dans les positions occipito-droites primitives. La tête est restée comme enfoncée dans le sillon vulvaire, puis elle s'est dirigée l'occiput en arrière; elle s'est encore placée transversalement, puis l'occiput en avant. « A ce moment, dit M. Mattei, j'ai essayé d'appuyer sur le cou, et au même instant j'ai vu l'occiput se tourner à gauche, sans plus d'abaissement. Voulant en finir avec toutes ces rotations, je suis allé accrocher l'aisselle postérieure et par des tractions directes, j'ai forcé les épaules à s'engager. Le reste du fœtus est venu sans produire aucune déchirure. Délivrance naturelle (2). »

Ces deux dernières observations nous apprennent que l'arrêt du tronc peut fort bien dépendre de l'anomalie offerte par la rotation des épaules ou de la tête. En outre, elles montrent que

(1) *Clinique obstétricale de Mattei*, t. I, p. 383 et suiv., obs. XCV.

(2) *Clinique obstétricale de Mattei*, obs. XXX, t. I, p. 123 et suiv.

son extraction a quelquefois besoin de l'intervention de l'accoucheur qui va saisir l'aisselle engagée dans la concavité du sacrum.

Jusqu'à la publication du mémoire de M. Jacquemier intitulé : *Du volume de la poitrine, des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie*, on avait cru que là où la tête avait passé le corps pourrait suivre sans beaucoup de peine; en effet, dans des expériences sur le passage du fœtus à travers des rétrécissements artificiels, lorsque la tête avait franchi l'obstacle après des difficultés prodigieuses, on avait vu le corps suivre avec une certaine aisance.

Mais en 1852, le regrettable D^r Jacquemier reprit cette question d'une manière plus scientifique et démontra que la poitrine et les épaules pouvaient opposer à l'accouchement un obstacle invincible, lorsque la tête d'un volume normal avait traversé l'orifice vulvaire.

Qu'il nous soit permis d'apporter à l'appui de cette doctrine un contingent d'observations très péremptoires.

OBS. XVIII (personnelle). — *Première position du sommet; extraction de la tête; arrêt du tronc causé par le diamètre exagéré des épaules.*

La fille C..., 28 ans, d'une bonne constitution, multipare, est prise de douleurs, le 2 décembre 1855, vers cinq heures du soir, à la maternité du Mans, à onze heures, le forceps est appliqué sur la tête fœtale qui ne peut franchir la vulve spontanément. *L'extrémité céphalique une fois sortie, nous constatons qu'il n'y avait pas de circulaire du cordon sur le cou, mais la rotation externe ne s'effectuait pas, ou plutôt, après avoir tardé, elle se fit en dirigeant l'occiput à gauche, puis en arrière; enfin il se produisit un temps d'arrêt de plusieurs minutes. Les épaules étaient pour ainsi dire clouées sur le détroit inférieur. A l'aide de la main nous leur faisons parcourir un cercle assez étendu, et ce n'est qu'au prix de fortes tractions pratiquées sur l'aisselle droite devenue postérieure, qu'elles ont définitivement pu traverser l'orifice vulvaire.*

L'enfant était garçon bien vivant, pesant 5 kilogrammes 325 gr.,

avec diamètre bi-acromial de 15 centimètres et demi. Bon état de la mère.

Ici, on ne doit pas s'y méprendre, les épaules étaient arrêtées sur le détroit inférieur et n'exécutaient pas leur mouvement de rotation, à cause de leur trop grand diamètre, l'enfant étant très volumineux.

Il a fallu opérer cette rotation avec la main et saisir l'épaule postérieure pour achever l'accouchement.

Obs. XIX. — *Position occipito-cotyloïdienne gauche; extraction de la tête avec le forceps; arrêt du tronc causé par le grand diamètre des épaules.*

Dans le courant de mars 1848, M. Jacquemier est appelé, rue des Trois-Frères, pour terminer un accouchement laborieux; il s'agissait d'une femme âgée d'une trentaine d'années, qui était en travail de son troisième enfant et qui souffrait depuis environ dix-huit heures. A ce moment, les contractions étaient faibles et éloignées, le périnée restait légèrement saillant, et la tête, qui se présentait en position occipito-cotyloïdienne gauche, commençait à s'engager sous l'arcade pubienne. Application du forceps et extraction de la tête après une demi-heure d'efforts soutenus et énergiques. Celle-ci ne fut pas plutôt abandonnée, qu'obéissant à un mouvement de retrait, elle vint s'appliquer avec force contre le périnée. Quelques mouvements des lèvres et les battements du cœur annonçaient que le fœtus était vivant. La tête était d'abord si exactement appliquée contre les parties, qu'il fut impossible d'atteindre les aisselles avec les doigts. Des tractions exercées sur elle pendant assez longtemps, n'eurent d'autre effet que de rendre sa base moins hermétiquement appliquée contre le périnée. M. Jacquemier put alors introduire la main en arrière et porter l'index sous l'aisselle qui correspondait à peu près au milieu de la symphyse sacro-iliaque gauche; mais il lui fut impossible d'atteindre l'aisselle qui était en avant. Il exerça de nouvelles tractions en embrassant la racine du bras avec la main entière et en agissant simultanément sur l'aisselle et sur la tête. Mais il n'obtint d'autre résultat qu'un léger mouvement de rotation: les épaules qui jusque là étaient restées dans leur situation oblique primitive, vinrent se placer, l'une

dans la courbure du sacrum, l'autre derrière les pubis. Entendant toujours les battlements du cœur, l'habile accoucheur avait de la répugnance à fixer un crochet mousse sur l'aisselle accessible, aussi prit-il le parti de dégager le bras en retirant la main. Il ne fut d'abord guère plus avancé, l'épaule située en avant faisant toujours obstacle. Après quelques manœuvres inutiles, comme il ne pouvait atteindre l'aisselle, mais la partie moyenne du bras correspondant, il parvint à le dégager à son tour; alors des tractions énergiques exercées sur les deux bras ne tardèrent pas à entraîner la partie supérieure du tronc à travers le détroit inférieur. Toutes ces manœuvres pour dégager les bras et faire descendre les épaules avaient duré plus d'une heure. L'enfant n'était pas dans un état de résolution complète, et au bout de huit à dix minutes, M. Jacquemier eut la satisfaction de le voir respirer pleinement. Mais il avait fracturé, vers sa partie supérieure, l'humérus situé en avant.

Cet enfant, du sexe masculin, pesait, y compris une serviette qui l'enveloppait, 5 kilogrammes 500 grammes; les dimensions des diamètres du crâne ne dépassaient pas très sensiblement celles d'une tête volumineuse ordinaire, mais la différence était des plus prononcées pour la poitrine dont le diamètre bi-acromial mesurait près de 16 centimètres (six pouces). Les suites de couches furent naturelles et la fracture du bras se consolida promptement sans difformité, malgré le peu de soins apportés à maintenir les fragments.

Comme on le voit ici, M. Jacquemier ne put saisir à pleine main l'une ou l'autre aisselle, et comme l'enfant était vivant, il ne voulut pas consentir à poser le crochet-mousse sur ces régions afin d'extraire le fœtus. Il se mit donc en devoir de dégager successivement les deux bras en tirant dessus avec ménagement. Par cette manœuvre, l'élévation des épaules transforme la partie supérieure du tronc en un cône un peu allongé qui favorise l'engagement. Suivant Jacquemier, cette manière d'agir semble toujours possible et sans beaucoup de danger, bien que dans le cas présent l'habile accoucheur ait fracturé l'humérus qui correspondait à la partie antérieure du bassin.

Obs. XX (personnelle). — *Première position du sommet; extraction de la tête avec le forceps; arrêt invincible du tronc retenu par le grand diamètre des épaules.*

Le 24 juin 1875, notre confrère le Dr Dugué, et Mme Jugé, sage-femme, nous appelant à quatre heures du matin, rue Notre-Dame, près de Mme G..., multipare, âgée de 32 ans, qui était dans les douleurs depuis la veille au matin. Le toucher fait reconnaître une dilatation complète du col et une première position de la tête qui restait fixée au détroit supérieur. Comme les douleurs étaient presque nulles et que les forces de la mère diminuaient graduellement, nous prenons la résolution d'appliquer le forceps, d'après le procédé Hatin, au détroit supérieur. *Extraction très laborieuse de la tête fœtale; puis impossibilité d'entraîner le reste du tronc.* Après avoir complété la rotation des épaules, nous allons saisir l'aisselle postérieure et des tractions vigoureuses y sont pratiquées. Vains efforts. D'après les conseils de Jacquemier, on cherche à dégager les bras l'un après l'autre, mais le bras gauche seul peut être amené au dehors. De nouvelles tractions sont faites sur ce membre, mais le résultat est encore négatif. Alors, introduisant la main tout entière dans le vagin, nous pouvons opérer un mouvement de rotation du fœtus sur lui-même de gauche à droite, de manière à mettre le grand diamètre du tronc, comme celui des épaules, dans le sens du grand diamètre de la vulve. L'extraction put ensuite s'effectuer graduellement. — Le fœtus qui respirait encore, ne tarda pas à mourir. Il était *marqué*; la douleur de la famille G... nous empêcha de peser exactement son poids et de préciser le diamètre bi-acromial par la mensuration.

Il est bon de remarquer que diverses manœuvres ont été tour à tour essayées dans le cas actuel, et cela sans succès. Ainsi, la rotation artificielle et préalable des épaules, puis les tractions exercées sur l'aisselle postérieure; en outre, le dégagement au dehors du bras gauche et les tractions opérées sur lui, ne purent achever l'accouchement. Il fallut engager la main entière dans les voies maternelles pour terminer la rotation du corps de l'enfant, rotation qui n'avait pas suivi celle des épaules.

les. Une fois le grand diamètre du tronc devenu parallèle au diamètre de la vulve, l'expulsion du fœtus eut lieu grâce à quelques efforts bien dirigés.

ONS. XXI. — *Présentation du sommet; extraction de la tête et du bras gauche; arrêt causé par l'exces de volume de la partie supérieure du tronc.*

Lisette St..., croyant avoir dépassé d'un mois l'époque de son terme, entra le 4 janvier 1857, dans le service de M. Stoltz. Six accouchements normaux antérieurement.

A son arrivée à l'hôpital, le travail était commencé depuis longtemps; la tête avait été dégagée; ainsi que le bras gauche après une intervention manuelle. Ici la progression du fœtus s'arrête, malgré les plus énergiques efforts. Sitôt qu'elle fut amenée à l'hôpital, M. le professeur Stoltz pratiqua des tractions sur la tête déjà presque arrachée en ville, et sur le bras qui n'était point dans de meilleures conditions. Le fœtus immobilisé n'avança pas. Le savant professeur, fort embarrassé pour établir un diagnostic précis, finit par s'arrêter à l'idée qu'il existait un développement exagéré du corps. Tout moyen de traction étant enlevé, M. Stoltz fit usage du crochet qui dilacéra les points où on l'implantait sans déterminer des mouvements de totalité. Enfin, d'énergiques efforts amenèrent le dégagement de la poitrine et des épaules. Nouvelle immobilité. On fendit le ventre, on éviscéra le fœtus et on le fit tourner de manière que son diamètre bitrochantérien fût en rapport avec le diamètre oblique du bassin; alors il fut expulsé.

La femme, le périnée complètement rompu, la vulve gangrenée, succomba au dixième jour.

Le fœtus pesait 5,600 grammes; sa taille mesurait 64 centimètres; le diamètre antéro-postérieur du thorax 0,15 et le bitrochantérien 0,15.

Comme on le voit ici, les tractions sur la tête et sur l'un des bras, l'application du crochet, tout fut inutile; il fallut recourir à l'éviscération du fœtus.

Obs. XXII du D^r DEROUSE, de Villeneuve-sur-Lot. — *Présentation du sommet; extraction de la tête et d'un bras; impossibilité d'extirper le crâne à cause du grand diamètre des épaules; mort de la mère sans être délivrée.*

La femme Chevalier, 34 ans, multipare, bien constituée, est prise des premières douleurs le lundi 14 novembre, à quatre heures du matin. Vers les dix heures un médecin de la localité est appelé; vers les six heures du soir, un autre médecin est appelé à son tour. Plusieurs tentatives d'application de forceps n'amenant aucun résultat, les deux confrères précités réclament le concours du D^r Deroose, sur les dix heures de la nuit, pour une opération de craniotomie probable. « J'arrive auprès de la malade à une heure du matin, dit ce
 « médecin, le mardi 15, vingt et une heures après le début du tra-
 « vail; je trouve la femme très affaiblie, le pouls est déjà faible et
 « fréquent; cependant la femme a beaucoup de courage, se donne
 « beaucoup de mouvement, à des contractions énergiques et est
 « prête à se soumettre à tout pour qu'on la délivre. Je constate
 « d'abord que les parties sont très tuméfies, la membrane mu-
 « queuse excoriée en plusieurs endroits par les tentatives précé-
 « dentes, mais rien de grave ni d'anormal dans tout cela. La tête est
 « fortement engagée en position occipito-cotyloïdienne droite. J'ap-
 « plique immédiatement le forceps sans de grandes difficultés.
 « J'exerce des tractions avec ménagement d'abord, puis je m'anime
 « un peu, puis enfin j'emploie des forces toujours croissantes, et ce
 « n'est que petit à petit que je vois le pivot de mon forceps s'éloigner
 « des parties génitales externes qui, comme je l'ai dit, étaient tu-
 « méfiées; au fur et à mesure que je sens mon forceps approcher, la
 « femme redouble de courage et me seconde puissamment. Enfin,
 « après une heure de tractions, j'amène une volumineuse tête en
 « deuxième position. Un léger mouvement de restitution s'opère, par
 « lequel la face se tourne vers la cuisse gauche de la mère. Mais là
 « tout mouvement est suspendu; si l'on veut tirer sur la tête, le cou
 « ne s'allonge pas du tout au dehors; ce n'est qu'avec la plus grande
 « peine que j'amène le bras droit au dehors; rien ne bouge; les
 « contractions de la matrice se suspendent; le pouls ne se perçoit
 « plus; bientôt la femme expire, les choses étant à ce point, c'est-à-
 « dire la tête et le bras étant au dehors. Mes collègues me relèvent et

« tentent de terminer l'accouchement sur ce cadavre. Mais leurs
 « efforts restent impuissants; nous faisons l'opération césarienne
 « pour examiner de plus près la situation. La position de l'enfant
 « dans la matrice est des plus régulières; le dos regarde à droite et en
 « avant, le bras gauche étendu et libre sur le côté du tronc; tout le
 « corps de l'enfant est très volumineux. Un de nous, pressant sur le corps
 « de l'enfant, veut imiter les contractions de la matrice, pendant que
 « l'autre tire sur la tête et le bras qui est dehors. Efforts inutiles!
 « L'épaule gauche s'arrête toujours contre le pubis. Alors, nous prati-
 « quons la symphysotomie et aussitôt sort un enfant magnifique. Le
 « cordon étant coupé, nous le pesons; il a neuf livres en poids et
 « cinquante-neuf centimètres de longueur; le diamètre bipariétal
 « a 10 centimètres, l'occipital 11 centimètres 50, le biacromial
 « 13 centimètres. »

On ne peut s'empêcher de faire observer qu'au lieu de prati-
 quer des tractions sur la tête fœtale avec le *forceps pendant*
1 heure, on aurait dû recourir plus tôt à la craniotomie.

De cette sorte la tête serait venue plutôt, et on n'aurait pas
 enlevé totalement les forces de la mère épuisée dans une lutte
 aussi prolongée.

*En outre la résistance invincible du tronc aurait cédé de-
 vant l'éviscération du fœtus pratiquée méthodiquement.*

Puisque le volume de la partie supérieure du tronc ne pou-
 vait passer par la filière du détroit inférieur, il fallait vite en
 diminuer le diamètre par l'éviscération. En agissant ainsi, on
 aurait pu conserver les jours de la mère.

Comme on vient de le voir dans les observations précédentes,
 quand la tête est sortie et que les épaules forment un obstacle
 invincible à cause de leur trop grand diamètre, si le fœtus est
 vivant, les tractions sur l'aisselle saisie à pleine main, peuvent
 suffire pour entraîner le reste du tronc. Avec le crochet-mousse
 on peut agir plus énergiquement, mais son emploi n'est pas
 sans danger. Dans un cas où M. Jacquemier avait été forcé
 d'en faire usage, il survint une déchirure assez étendue de la
 peau, bien que l'aisselle fût exactement embrassée.

Quand les tractions avec la main sont insuffisantes, le moyen

conseillé par M. Jacquemier consiste à dégager successivement les deux bras et à tirer dessus avec précaution : suivant cet habile accoucheur, l'élévation des épaules transforme la partie supérieure du tronc en un cône un peu allongé qui favorise l'engagement. Si cette méthode était insuffisante, on pourrait y joindre l'introduction de la main entière pour effectuer la rotation totale du tronc comme dans l'observation XX.

Lorsque le fœtus est mort, les tractions sur le cou bien dirigées suffisent presque toujours ; dans le cas où elles échoueraient, l'embryotomie serait le moyen de lever les difficultés en dernier ressort. Cependant, empressons-nous d'ajouter qu'il est urgent de ne pas attendre que la mère soit complètement épuisée pour le mettre en pratique.

Dans certains accouchements gémellaires, quand il se produit une entrée simultanée de deux têtes dans l'excavation, si la première est expulsée au dehors, il peut arriver que le tronc soit arrêté par la deuxième placée au-dessus.

Nous allons en donner quelques exemples assez remarquables.

OBSERVATION XXIII.

Une femme était à ses troisièmes couches ; quoique les douleurs eussent peu d'influence sur la partie en vue, la tête fut dégagée au dehors, mais alors le travail s'arrêta. A un nouvel examen, Dubamel trouva la deuxième tête dans le bassin. Il repoussa celle-ci, malgré le redoublement des douleurs, plaça un crochet dans l'aisselle du premier enfant et le délivra. Il était mort-né avec une fracture de l'humérus. L'autre plus petit, sortit sans intervention 10 minutes après, en état d'asphyxie et la tête aplatie (1).

OBSERVATION XXIV.

Une juive de 16 ans, primipare, est atteinte de convulsions au moment où le col est presque entièrement dilaté et après l'expulsion

(1) *Gaz. des Hôp.*, 1853.

des eaux de l'amnios. L'accoucheur appelé résolut d'appliquer les forceps sur la tête qui se présentait et la dégager, mais il ne put conduire l'extraction plus loin parce qu'il trouva par le toucher une deuxième tête descendue dans le bassin. Le Dr Reimann, appelé en second, trouva son collègue se préparant à diviser le cou de l'enfant qui était déjà mort; les bruits du cœur de l'autre enfant avaient également cessé de battre. Le cou de la tête déjà sortie était légèrement tourné vers le côté gauche de la symphyse pubienne et fortement allongé; l'occiput, de l'autre était tourné en haut vers le côté droit. La mère était dans un grand état d'épuisement et très prostrée. Le Dr Raimann appliqua le forceps sur la deuxième tête et la dégagera sans aucune difficulté. Alors les deux corps furent extraits. Les deux enfants étaient du sexe masculin, de grosseur moyenne; tous deux avaient cessé de vivre. Chacun avait ses membranes propres. La mère mourut de péritonite le cinquième jour (1).

OBSERVATION XXV.

Franqué suivit une conduite analogue à celle du Dr Reimann. Une des têtes fut dégagée au dehors, mais l'autre fortement pressée contre le cou du premier, empêcha le dégagement ultérieur. Franqué appliqua le forceps sur la deuxième tête et amena l'extraction des deux enfants qui étaient morts (2).

OBSERVATION XXVI.

Le Dr Jarnatowski de Posen, fut appelé à quatre heures du soir, près d'une femme de 22 ans, primipare et d'une constitution assez vigoureuse. Les douleurs survenues pendant la nuit avaient été fortes au début, mais elles diminuèrent au point que le travail n'avait pas fait de progrès les quatre dernières heures. *Entre les cuisses de la mère, il trouva la tête d'un enfant complètement immobile et s'efforça*

(1) Extrait d'un mémoire du Dr Reimann, de Kiew publié *in the Amer. J. of Obst.*, etc. janvier 1877.

(2) *Monatsch. f. Geb.*, 1862.

seulement de l'extraire. Le doigt passé sur le cou de l'enfant rencontre une deuxième tête fortement appliquée contre lui. Le D^r Jarnatowski, ne pouvant repousser cette deuxième tête, et voyant que le premier enfant avait cessé de vivre, prend la résolution de le décapiter. A défaut d'instrument approprié, il divisa le cou avec un scalpel ordinaire et le corps devint un peu plus mobile; il le repoussa autant que possible dans l'utérus, appliqua le forceps sur l'autre tête, et après quelques fortes tractions, il parvint à extraire un enfant mort-né. Il introduisit alors sa main, passa un doigt sous l'aisselle de l'enfant restant, attira son corps dans le vagin, et, les contractions utérines aidant, il le fit sortir complètement. Les fœtus étaient bien développés. La mère se rétablit, mais conserva une fistule vésico-vaginale (1).

Dans les cas qui précèdent, la conduite de l'accoucheur peut être diversement appréciée. Ainsi, le conseil de Joulin d'appliquer le forceps sur la tête la plus accessible ne peut être suivi, quoique cette manœuvre ait réussi entre les mains d'Enneaux. Le procédé de Pollock qui consiste à tirer sur le corps déjà sorti doit également être repoussé, parce que comme dans les cas d'Eichhorn, Rintel, Perry et autres, il sert à augmenter les difficultés en aggravant le diagnostic. La décapitation du premier enfant comme l'effectua Jarnatowsky, à l'exemple d'Hoffmann, Eton, Duncan, est aussi peu convenable, parce que la partie du corps déjà sortie n'entrave pas la marche de l'accouchement et que la partie restante sera quand même placée dans le chemin de l'autre enfant, malgré la décapitation. Enfin, repousser la tête du deuxième enfant pour achever l'accouchement du premier n'est pas plus praticable, car le corps de celui-ci obstrue la route. Il en résulte un obstacle qui peut être vaincu au prix de la rupture de l'utérus : aussi malgré le succès de Duhamel et malgré les conseils de Dionis, une pareille conduite doit être abandonnée. Reste la méthode qui enseigne d'appliquer sans délai le forceps sur la tête du deuxième enfant, comme le firent si heureusement Reimann et Franquo. C'est la véritable conduite à suivre. S'il était impossible d'ex-

(1) Extrait du mémoire de Reimann cité plus haut.

traire la deuxième tête par le forceps, il faudrait mieux séparer cette tête et l'extirper aussitôt avec le céphalotribe *en cas de mort constatée de l'enfant*. Par cette manœuvre, Imris et Fhurston obtinrent des succès remarquables (1).

Récapitulation. — En parcourant toutes les observations précédentes, il est facile d'énumérer les différents obstacles qui ont pu retenir le tronc fœtal, une fois la tête sortie hors de la vulve on peut les grouper dans un petit tableau synoptique et les rappeler ici en quelques mots. Ces obstacles presque tous faciles à constater par le toucher sont : l'étroitesse de la vulve, le rétrécissement du détroit inférieur, la présence simultanée de la tête et d'un pied hors de la vulve; la brièveté accidentelle du cordon ombilical, le déplacement ou la position vicieuse d'un des membres thoraciques; le défaut de rotation des épaules, l'anomalie dans la rotation du tronc, des épaules et de la tête; le diamètre exagéré des épaules, la présence d'une deuxième tête fœtale au-dessus de la première tête sortie au dehors. Telles sont les causes de rétention du tronc fœtal successivement passées en revue dans la première partie de ce mémoire, ces obstacles dépendirent 23 fois de l'enfant et 3 fois de la mère. La mort enleva 15 enfants et seulement 3 mères.

Inutile de revenir sur les moyens employés pour triompher de ces résistances variées; ils ont été suffisamment appréciés dans ce travail.

(A suivre.)

(1) Voir sur ce sujet la thèse inaugurale du Dr Besson, Paris, 1877: *Dystocie spéciale dans les accouchements multiples*, et celle du Dr Hérigouen: *Etude pratique sur la grossesse et l'accouchement gémellaires*, Paris, 1879.

trop restreint pour qu'on puisse établir sur ces faits une statistique suffisante. Il n'en ressort pas moins des chiffres qui précèdent que des *sympômes vésicaux se sont montrés au début de la grossesse* dans un quart des cas.

Quelle que soit l'interprétation qu'on donne au phénomène, ce côté de la question n'a qu'une importance secondaire. Un fait clinique demeure, et j'ai cherché à le mettre en lumière, c'est qu'il existe une *variété de cystite liée au début de la grossesse*, cystite que je n'ai d'ailleurs pas à décrire, car elle n'offre de spécial que les conditions dans lesquelles elle se développe.

En appelant l'attention des cliniciens sur le fait que j'avance, j'émetts le vœu que des observations nouvelles ne tardent pas à venir le confirmer.

(A suivre.)

RECHERCHES

SUR LES DIFFÉRENTS OBSTACLES QUI RETIENNENT LE FŒTUS QUAND SA TÊTE SEULE OU SUIVIE D'UNE PARTIE DU TRONC A FRANCHI L'ORIFICE VULVAIRE PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Par le D^r LIZÉ (du Mans),

Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Experientia docet.

(Suite) (1).

DEUXIÈME PARTIE

Obstacles qui siègent à une certaine distance de la vulve.

Nous voici arrivé sur la frontière où il est difficile de percevoir exactement les obstacles que nous avons désignés sous le nom de *profonds*.

Passons les tour à tour en revue, en n'oubliant pas de faire ressortir ce qu'ils doivent apprendre à l'accoucheur dans son métier parfois si dur et si plein de responsabilités.

(1) Voir le numéro de février, p. 89.

Obs. XVII abrégée due à M. GUÉNIOT. — *Première position du sommet. — Extraction de la tête avec le forceps. — Temps d'arrêt des épaules par une tumeur hydatique située dans l'épaisseur de la cloison rectovaginale.*

Le 10 janvier 1863, une femme âgée de 27 ans, multipare, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, était entrée dans le service de M. Hardy, à l'hôpital Saint-Louis. Elle fut prise des douleurs vers 7 heures du soir, et le lendemain, 11 janvier, l'habile professeur trouva dans le haut du vagin une tumeur volumineuse, de forme sphérique, de consistance élastique, et qu'il ne tarda pas à faire dépendre d'une origine pathologique. Il était 3 heures $\frac{1}{4}$ le 11, dit M. Guéniot, quand je vis la malade pour la première fois. Le travail durait depuis vingt-quatre heures, les contractions utérines revenaient toutes les six à huit heures, et les eaux étaient en partie écoulées. L'orifice utérin large comme une pièce de 5 francs était assez élevé et fortement repoussé en avant par la tumeur. On pouvait néanmoins percevoir le crâne de l'enfant qui était retenu au-dessus du détroit abdominal et s'offrait en première position. Le maximum des bruits du cœur s'entendait à gauche et en avant.

Quant à la tumeur, elle siégeait dans l'épaisseur de la cloison rectovaginale, commençant vers le milieu de la hauteur de cette cloison et s'élevant à un niveau inaccessible au doigt. Plus volumineuse que le poing et régulièrement sphérique, elle repoussait en avant la muqueuse vaginale qui glissait à la surface, et en arrière la paroi rectale qui était aussi restée indépendante. Sa consistance était ferme, élastique, semblable à celle d'une vessie fortement distendue. Elle n'était ni douloureuse, ni fluctuante, ni pulsatile et remplissait en grande partie l'excavation pelvienne, ne laissant entre sa face antérieure et le pubis qu'un intervalle d'environ 4 centimètres. En présence de ces caractères, il ne parut pas douteux qu'il s'agissait d'une tumeur liquide.

Aussi, vers 8 heures, comme le travail n'avait pas avancé, deux ponctions successives avec le trocart furent pratiquées à travers le vagin; 95 grammes d'un liquide incolore, clair comme de l'eau de roche s'échappèrent avec deux vésicules hydatiques. Après une courte interruption, le travail ayant repris son cours et la tête fatale paraissant franchir le détroit supérieur en déprimant la tumeur amolodrie, M. Guéniot abandonna de nouveau la marche de l'accouchement à la

nature. Enfin le 12, à 10 heures du matin, près de quarante heures après le début du travail, la tête du fœtus n'étant encore que partiellement engagée dans l'excavation et la femme se trouvant très fatiguée, il parut opportun de terminer l'accouchement au moyen du forceps « la tête fœtale fut extraite sans difficulté notable, mais les épaules furent un instant arrêtées par la tumeur » et nécessairement, pour le dégagement, quelques tractions énergiques.

La délivrance et les suites de couches furent naturelles; la tumeur ne provoqua aucun accident, et la femme sortit de l'hôpital avec son enfant le dixième jour de son accouchement (1).

Obs. XVIII abrégée du D^r PILAT, de Lille. — *Présentation du sommet en occipito-iliaque droite antérieure. — Extraction avec le forceps de la tête fœtale diminuée par la craniotomie. — Temps d'arrêt des épaules poussées en avant par un développement saccoïforme de la paroi postérieure de l'utérus.*

La nommée Rouchin (Angélique), célibataire, âgée de 31 ans, entre le 22 mars 1877 à la maternité de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille. Cette femme, d'une constitution délicate, mais bien conformée, a fait deux fausses couches: l'une à trois mois et l'autre à cinq mois, sans qu'il soit possible de déterminer la cause de ces avortements. Devenue enceinte de nouveau, elle semble arrivée au terme de la gestation. Le 23 mars, à la visite, cette femme apprend que depuis deux jours elle a perdu un peu d'eau, à des intervalles rapprochés. Au moyen du palper abdominal et du toucher vaginal, on peut reconnaître une présentation du sommet en occipito-iliaque droite antérieure. L'index, porté en arrière, constate en outre la présence « d'une tumeur » occupant la partie inférieure de l'excavation pelvienne et poussant fortement en avant la paroi postérieure du vagin jusqu'à 2 centimètres environ de la vulve. Le cul-de-sac postérieur est effacé, et le vagin se termine sur la lèvre postérieure dont il n'est séparé que par un sillon peu profond. Cette tumeur est molle, aplatie et présente en avant la forme de la grosse extrémité d'une raquette. L'index de la main droite, introduit ensuite dans le rectum, fait reconnaître la présence de la tumeur qui s'élève jusqu' dans la concavité du sa-

(1) Extrait de la th. de M. de Soyre intitulée: *Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement*, p. 136 et suiv., année 1879.

crum. Sa consistance est la même que celle de la partie qui procède dans l'intérieur du vagin. Cherchant une interprétation de la forme insolite de l'utérus qu'il avait sous les yeux, M. le Dr Pilat ne peut associer un diagnostic précis. Les 24, 25 et 26, les eaux continuèrent à s'écouler modérément, et le 27 quelques contractions utérines se firent sentir. Le 28, à 1 heure 1/2 du matin, le col est assez dilaté pour permettre l'introduction des cuillers du forceps. Après avoir brisé la poche amniotique et chargé le chef de clinique de refouler la tumeur dans le bassin, M. le Dr Pilat procède à l'application du forceps, afin de vaincre la résistance opposée par la tumeur. La tête étant saisie latéralement, il fait des tractions légères d'abord, plus énergiques ensuite, mais au fur et à mesure que la tête descend, la tumeur suit le même mouvement, et se montre à l'orifice vulvaire, malgré les efforts faits pour la repousser à l'intérieur. En présence d'une pareille difficulté, l'habile accoucheur de Lille n'insiste pas davantage sur les tractions dans la crainte de produire une déchirure sur la paroi postérieure de l'utérus. Comme l'enfant ne donnait plus signe de vie, il prit la résolution d'opérer la craniotomie. Cette opération exécutée sans difficulté, amena l'écoulement de la substance cérébrale et un amoindrissement de la tête du fœtus suffisant pour permettre de l'extraire au moyen de tractions peu énergiques et faites « prudemment. » Mais une fois celle-ci sortie, la tâche n'était point « terminée, les épaules placées transversalement et poussées en avant « par la tumeur, ne furent amenées au dehors qu'après des efforts « réitérés. » Aussitôt après l'extraction du fœtus, la main de l'accoucheur, introduite dans le vagin, put aisément constater un développement saciforme de la paroi postérieure et inférieure de l'utérus (1).

Il est facile de voir ici que les épaules n'ont pu suivre la tête après son expulsion, parce qu'elles étaient poussées en avant par la tumeur, ce qui empêcha leur mouvement de rotation et les retint dans la situation transversale.

Les deux observations qui précèdent offrent une certaine analogie en ce que de part et d'autre l'obstacle à l'expulsion définitive de l'enfant dépendait de la mère et tenait à une tumeur placée en arrière dans l'excavation pelvienne. Mais elles

(1) *Ann. de Gyn.*, t. VIII, p. 449 et suiv., 1877, 2^e trimestre.

présentent aussi quelques différences : dans le premier cas, on put reconnaître la nature de la tumeur qui était liquide et deux ponctions successives avec le trocart, en la vidant, permirent d'entraîner sans difficulté la tête fœtale; puis, si le tronc subit un temps d'arrêt, quelques tractions finirent par l'extirper totalement. Dans le deuxième cas, la tumeur, d'un diagnostic obscur, opposait à l'issue du fœtus une résistance qui ne put être brisée que par le céphalotribe. De plus, après la sortie de la tête amoindrie, les épaules éprouvèrent un temps d'arrêt qui se céda que devant des tractions très énergiques.

OM. XIX abrégé. — *Position transversale et inclinée du vertex (pariétal droit). — Extraction pénible de la tête. — Le tronc reste arrêté par le resserrement de l'orifice interne de l'utérus et l'entraînement du cœgin qui forme bourrelet à l'intérieur de la vulve.*

La nommée M..., 24 ans, rachitique, accouchée déjà deux fois sans peine, éprouve les premières douleurs, le 24 avril 1820. Le 27, dilatation complète, eaux évacuées, tête du fœtus au-dessus du détroit supérieur. Le matin, un jeune accoucheur tente quatre fois l'application du forceps et quatre fois l'instrument échappe. Le soir on nous apporte la malade : l'abdomen est volumineux, l'utérus est oblique en avant, au point de faire un angle droit avec le pubis, On ne sent dans le bassin que la peau du crâne tuméfiée; la position n'est point appréciable et l'angle sacro-vertébral est accessible (quoiqu' difficilement) à l'extrémité du doigt explorateur. M^{me} Lachapelle applique le forceps, mais elle ne peut faire avancer la branche gauche sur l'éminence ilio-pectinée et à grande peine la retenir sur le côté droit du bassin. Il n'était pas moins difficile de maintenir au côté gauche la branche droite, tant était forte la tendance qu'elles avaient toutes deux à glisser dans la courbure du sacrum qui était plus prononcée que d'ordinaire. De plus, le resserrement de l'orifice interne de l'utérus empêchant les cuillers d'être assez enfoncées, l'instrument descendit plusieurs fois sans amener la tête. Mme Lachapelle prit alors le parti d'introduire le perce-crâne entre les branches du forceps, afin de réduire le volume de la tête fœtale, et au moyen du crochet aigu et du forceps combinés, « elle put amener celle-ci au dehors. Mais le tronc » ne put suivre à cause de l'entraînement du vagin qui formoit un

« bourrelet au-dessus de la vulve, à cause de la constriction de la « matrice qui est moulée sur le corps de l'enfant et surtout du res- « serrement de l'orifice interne sur son cou. »

Pour vaincre ces obstacles, dit Mme Lachapelle, je fis tirer sur la tête, en même temps je glissai les doigts jusqu'à l'aisselle gauche placée à gauche et en arrière; sur ces doigts je conduisis le crochet-mousse du forceps et je tirai l'épaule en arrière et en bas. Dès lors tout marcha rapidement (1).

Comme on l'a déjà noté, dans le cas actuel, le tronc fut arrêté par la constriction de l'orifice interne de l'utérus sur le cou de l'enfant d'une part, et de l'autre par le bourrelet formé aux dépens du vagin, circonstance curieuse. L'épaule gauche était trop élevée dans le bassin pour être accessible aux doigts de l'accoucheur; seul, le crochet-mousse pouvait la saisir et l'abaisser, puis finalement extraire le fœtus.

Obs. XXX (abrégée). — *Deuxième position du sommet. — Expulsion de la tête fœtale. — Extraction difficile des épaules à cause de l'insertion du placenta à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus du pubis et de la position horizontale de la parturiente qui avait la jambe gauche fracturée.*

Femme robuste, de 23 ans, arrive à la Maternité, vers la fin de janvier 1820. Le 4 février, en descendant un escalier, elle se fracture la jambe gauche et un appareil est appliqué *ad hoc*. Pendant la nuit et le jour suivant, douleurs dans les lombes et durcissement passager de l'abdomen. Les contractions cessent pendant deux jours pour reparaitre plus fortes le 8 février pendant toute la journée.

Le 9 février, dilatation complète, douleurs de reins violentes, on ouvre les membranes. Beaucoup d'eau s'écoule et en une heure la tête traverse l'orifice et le vagin pour se présenter à la vulve. Jusque là les deux jambes étaient restées étendues, mais alors on fit fléchir la cuisse et la jambe droites, la gauche restant immobile. A 7 heures du matin, la tête roula sur son axe, l'occiput marcha de droite en

(1) *Pratique des accouchements*, par M^{me} Lachapelle, obs. LXII, p. 220 et suiv.

avant et à la contraction suivante, « l'extension dégagea le sommet. « le front et la face. » Cela fait, le visage se tourna vers la partie postérieure de la cuisse gauche. « La situation horizontale de la malade rendit assez difficile l'extraction des épaules, » mais plus encore celle du placenta inséré à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus du pubis.

Evidemment, si on avait pu fléchir les cuisses et les jambes de la parturiente, puis les écarter largement, l'extraction des épaules et du tronc eût été plus facile. Mais il faut admettre aussi comme un obstacle à leur extraction, l'insertion du placenta au-dessus du pubis. La présence du gâteau placentaire par son volume devait en effet gêner l'issue des épaules et du tronc fœtal.

USA. XXXI. — *Accouchement en O.I.G.A. — Rétrécissement du détroit inférieur. — Extraction de la tête. — Forte résistance du reste du corps fœtal.*

Mme M..., 31 ans, multipare, a un bassin atteint de rachitisme, mesurant 7 centimètres 1/2 dans son diamètre antéro-postérieur. Le 9 novembre 1861, le Dr Mattei est appelé près d'elle vers huit heures trois quarts du matin. A son arrivée, il trouve la femme épuisée de fatigue. Le fœtus, quoique offrant encore des pulsations cardiaques, est si serré par l'utérus, qu'à peine si le palper laisse reconnaître une première position O.I.G.A. La tête fœtale est encore au-dessus du détroit supérieur, quoique la bosse sanguine qui la recouvre semble faire croire qu'elle commence à plonger dans l'excavation. Evidemment un obstacle arrêtoit la tête au-dessus du détroit supérieur et la nature était impuissante à le surmonter. L'application du léncéps permet à M. Mattei « d'extraire très péniblement la tête de « l'enfant, mais une fois sortie, cette tête est restée tellement enfouie « dans le sillon ano-vulvaire que cela seul suffirait à prouver le non-« engagement des épaules à travers le détroit supérieur » et la souffrance de l'enfant. L'habile accoucheur parvint à accrocher l'aisselle

(1) *Pratique des accouchements*, par M^{me} Lachapelle, t. I, p. 156 et suiv.

gauche, à la faire descendre dans l'excavation, puis à la porter en arrière pour opérer la rotation des épaules.

Enfin, après avoir dégagé le bras correspondant, « il peut faire « passer le dos à travers la vulve. On croirait que le reste est sorti « tout seul, dit le Dr Mattei, mais loin de là. » J'ai dû tirer sur l'enfant avec force pour que son bassin ait pu traverser le détroit supérieur du bassin de la mère, quoique cet enfant soit un garçon de volume ordinaire. La mère et l'enfant se rétablirent (1).

Puisqu'il s'agit d'un volume ordinaire, on est étonné de voir que le tronc n'ait pu, sans une intervention active, traverser la filière par où la tête avait passé. Nous l'avons déjà dit, dans certaines expériences sur le passage du fœtus à travers des rétrécissements artificiels, lorsque la tête avait franchi l'obstacle après des difficultés énormes, on avait vu le tronc suivre assez facilement. L'exemple relaté ici prouve que ces expériences doivent comporter des exceptions et qu'elles ne peuvent aboutir à une loi inflexible.

Oss. XXXII (abrégée) due au Dr HYERNALIX, de Bruxelles. — Rétrécissement considérable du bassin. — Expulsion spontanée de la tête fœtale. — Arrêt du tronc qui ne peut être dégagé qu'à l'aide du crochet-mousse passé dans l'aisselle postérieure.

Aimée-Marie J..., 24 ans, rachitique, petite de taille, primipare, à terme de grossesse, entre à la maternité de Bruxelles le 3 novembre 1857, à neuf heures du matin; le col utérin est ouvert d'un doigt, long et souple, les eaux écoulées depuis la nuit. Le rétrécissement est tel que l'étendue du diamètre sacro-pubien prise avec le compas boutoné mesure exactement 20 lignes. L'enfant est vivant et se présente par le sommet. Dans cette occurrence, il n'y avait que deux choses à faire : l'opération césarienne ou l'embryotomie. La femme se décide pour cette dernière opération, mais le moment de la délivrer n'était pas encore venu.

Dans la nuit du 8 au 9, les douleurs sont faibles, irrégulières dans

(1) *Clinique obstétricale de Mattei*, t. III, p. 301 et suiv.

leur retour, les bruits du cœur fœtal ont cessé. Dans la nuit du 9 au 10, les douleurs reviennent toutes les demi-heures, sans que l'orifice utérin s'ouvre plus que la veille. Le 11, à six heures du soir, l'ouverture du col est large comme un gros sou, les douleurs deviennent expulsives. On attend une dilatation plus grande et l'opération est fixée à huit heures du soir. Tout était disposé pour faire la section crânienne lorsque sous l'empire d'énergiques contractions « la tête » est spontanément expulsée, mais on est obligé de dégager le tronc « au moyen du crochet-mousse poussé dans l'aisselle postérieure (1).

Ici l'enfant était dans un état de putréfaction très avancée. Les os de la voûte et même de la base crânienne étaient mobiles, complètement dissociés. Grâce à cette décomposition, la tête avait pu se mouler sur la filière pelvienne, s'y accommoder et la franchir malgré le grand rétrécissement dont elle était le siège. Le tronc n'avait pu subir un tel amoindrissement, aussi la résistance ne put être vaincue que par les tractions énergiques du crochet-mousse.

Obs. XXXIII (abrégé). — Rétrécissement de 6 centimètres. — Extraction de la tête fœtale à l'aide de la céphalotripipe répétée. — Retention du tronc qui ne peut être amené que par le même moyen.

La nommée F... (Elisa), âgée de 19 ans, d'une constitution ordinaire, primipare, est d'une petite stature (1 m. 30) avec membres inférieurs courts, jambes infléchies et arquées en avant et en dedans. Elle dit n'avoir marché qu'à l'âge de 3 ans avec des machines orthopédiques. Régliée à 17 ans pour la première fois, elle a cessé de voir ses règles le 22 juillet 1861. Le 24 mai, on l'apporte à la Clinique à quatre heures du soir. Elle est enceinte, à terme; le travail s'est déclaré depuis la veille au matin. Le 24, à la visite du soir, la femme est dans l'état suivant. La dilatation de l'orifice égale la largeur d'une pièce de 2 francs, la partie fœtale qui se présente est la tête placée fort au-dessous du détroit supérieur. On arrive par le toucher jusqu'à l'angle sacro-vertébral, la mesure exacte donne un diamètre

(1) *Presse médicale belge*, année 1857.

antéro-postérieur de 6 centimètres avec réduction, les contractions sont fréquentes, mais peu énergiques; l'état général est bon. Dans la nuit du 24 au 25, les contractions deviennent plus fortes, mais sans résultats, car le 24 mai, à huit heures et demie du matin, la dilatation est la même, mais l'état est moins bon, le pouls bat 112; l'auscultation ne révèle aucun bruit du cœur fœtal.

A dix heures du matin, M. Pajot se décide à faire la perforation du crâne dans l'espérance de hâter la dilatation. A deux heures de l'après-midi, les choses sont presque dans le même état, mais le pouls est faible, bat 130; cependant la dilatation de l'orifice a un peu augmenté et permettrait le passage des branches du céphalotribe.

La femme est chloroformée et M. Pajot procède à l'application de l'instrument; elle se fait sans grandes difficultés, les branches distendent fortement l'orifice utérin, tant il est encore étroit; la tête est saisie solidement et très haut, on la broie, on lui imprime un léger mouvement de rotation, et on retire le céphalotribe pour le réappliquer. Trois applications successives sont faites avec les mêmes précautions, chaque fois la tête a été fortement saisie; on s'est bien gardé de faire aucune traction. A six heures du soir, la tête est descendue et entr'ouvre la vulve; la femme a eu des contractions vives et soutenues, l'état général est le même. « Une nouvelle application du céphalotribe amène sans difficultés la tête hors des parties génitales, mais les épaules sont retenues. On pratique la section du cou et on applique l'instrument sur le tronc. » On exerce quelques tractions modérées; une deuxième application amène l'épaule droite sous la symphyse; elle se dégage la première et l'extraction a lieu à six heures trois quarts. La femme est reportée dans son lit, ayant bien supporté l'opération et sans manifester beaucoup de douleur, quoiqu'elle n'ait point été chloroformée. Le 8 juin, elle sort de l'hôpital, bien portante (1).

On voit ici que le tronc fœtal n'a pu suivre la tête, retenu qu'il était encore par le rétrécissement. Le fœtus, quoique mort, n'était pas ramolli comme dans le cas précédent; aussi n'a-t-il pu céder aux premières tractions du céphalotribe. En

(1) *De la céphalotripsie répétée sans tractions*, par Ch. Pajot, p. 20 et suiv.

même temps il a fallu deux applications successives de l'instrument pour réduire le tronc et le faire sortir d'après le mécanisme indiqué plus haut.

Dans ce groupe de faits, il est facile de constater ce qui suit : *sept fois l'obstacle* à l'extraction définitive du tronc fœtal dépendait de la mère : *une seule fois*, on a pu influer sur l'obstacle de manière à rendre l'expulsion de l'enfant assez facile. *Dans les six autres cas*, l'obstacle était impossible à renverser, il fallut agir directement sur le fœtus pour l'amener au dehors. Les manœuvres opérées ont donné pour les enfants trois morts ; la mère s'est toujours rétablie complètement. Excepté un fait, les six autres furent éclairés par un diagnostic précis.

Obs. XXXIV. — *Brièveté naturelle du cordon, la tige ombilicale retient l'enfant dont la tête est hors de la vulve.*

La femme du nommé R..., raffineur de sucre, accoucha pour la première fois le 12 janvier 1770. Le travail fut long et fatigant ; la tête de l'enfant après avoir passé le couronnement resta plus de six heures à descendre et à remonter alternativement ; « elle ne franchit la « vulve qu'à l'aide de la méthode de Smellie » que je fus obligé d'employer. Presque aussitôt l'enfant se mit à crier et respira. Je crus l'accouchement terminé, mais il fallut attendre encore de nouvelles douleurs. « Les épaules n'étaient point enclavées et la résistance était plus profonde. » Enfin, après quelques contractions utérines que la femme seconda par ses efforts, le reste de l'enfant sortit. Dans ce dernier moment, la femme porta machinalement les mains sur son ventre comme pour l'enfoncer dans le bassin. Ce qui me fit présumer que la matrice avait suivi cette impulsion et était descendue effectivement, c'est que dès que l'enfant fut dehors et que l'effort de la mère eut cessé, l'ombilic de l'enfant fut entraîné contre la vulve et s'en trouva si près qu'il ne resta point d'espace pour faire la ligature du cordon ombilical qui était très gros et très court ; je fus obligé d'attendre que le délivre se détachât, ce qui ne tarda que quelques instants (1).

(1) Leroux, obs. XLII, p. 111.

OBSERVATION XXXV (personnelle).

En mars 1877, nous sommes appelé au matin près d'une jeune femme primipare, âgée de 21 ans, qui souffrait depuis deux jours, sans pouvoir accoucher. La sage-femme nous apprit qu'il y avait bien huit heures que la tête séjournait dans l'excavation, sans pouvoir descendre plus bas. Le toucher pratiqué reconnut la suture sagittale dans le plan du diamètre antéro-postérieur, mais les doigts ne purent aller jusqu'au cou de l'enfant, attendu que la tête était comme embottée dans le bassin. « Une application immédiate du forceps fit sortir la tête au dehors de la vulve, mais le tronc subit un « temps d'arrêt. » L'aisselle postérieure fut vite accrochée par l'index, et le reste du fœtus put arriver en bloc avec le délivre. L'enfant, presque inanimité, revint à la vie, grâce à des soins empressés. Le cordon ombilical mesurait seulement 12 cent. 1/2. Hémorrhagie subséquente amenée par le décollement brusque du placenta; elle est réprimée par la titillation du col utérin et la compression du corps de l'organe.

Dans ces deux observations, l'arrêt du tronc dépend d'une cause *profonde*, inaccessible au toucher, c'est-à-dire de la brièveté naturelle du cordon, qui ne peut se révéler, comme la brièveté accidentelle, par une ou plusieurs circulaires autour du cou fœtal. C'est pour ce motif que nous avons reporté l'histoire de ces deux faits à la deuxième partie de ce mémoire. Dans l'un, l'expulsion du tronc s'est faite au moyen de tractions dans l'aisselle, parce qu'il manquait bien 3 centimètres au cordon pour qu'elle fût spontanée. Dans l'autre, cette expulsion eut lieu naturellement, parce que le cordon devait avoir une longueur de 15 centimètres au moins, quoi qu'elle ne soit pas notée par Leroux. Pour expliquer ce dénouement de part et d'autre, il faut tenir compte des explications que donne M. Chantreuil. En effet, dit cet habile accoucheur, la distance moyenne entre l'ombilic et le fond de l'utérus, lieu d'insertion habituelle du placenta, peut être évaluée à 10 centimètres, dans le cas de présentation de la tête. Ajoutons que le fond de l'u-

térus s'abaisse à mesure que le travail avance. Néanmoins cet abaissement serait insuffisant par lui-même; il faut encore que le cordon fournisse une longueur de 5 centimètres au moins, pour que la partie fœtale, en la supposant profondément engagée dans l'excavation, puisse sortir au-dessous du pubis. On peut donc s'attendre à voir le cordon opposer des obstacles considérables, dans les cas de présentation de la tête, s'il n'a pas au moins 15 centimètres de longueur (1).

L'arrêt du tronc peut être causé par un développement exagéré de certaines parties du corps du fœtus ou par des tumeurs développées à sa périphérie. La nature de ces tumeurs varie beaucoup et l'examen n'en a pas toujours été fait avec assez de soin pour qu'on puisse déterminer d'une façon précise les éléments qui les composent. On peut au moins reconnaître à peu près les régions où elles se développent le plus souvent. C'est surtout vers la base de la colonne vertébrale et du côté de l'abdomen qu'on les remarque; plus rarement à la tête ou à la région cervicale. A mesure que ces tumeurs s'éloignent de la vulve, à mesure aussi le diagnostic en est difficile à établir par le toucher. Le mode d'intervention ne pouvant être prévu d'avance, l'accoucheur doit avant tout s'inspirer des circonstances. Toutefois, il est un principe qu'il ne faut pas perdre de vue: c'est que dans tous ces cas, l'action chirurgicale doit s'exercer en vue de la conservation de la mère, et l'existence de l'enfant doit être sacrifiée à son salut. Autant que possible, on doit éviter les tractions à outrance dans le but de se débarrasser de l'obstacle, parce qu'elles peuvent avoir de fâcheuses conséquences pour la mère. Si l'on est excusable d'employer la force aveugle, ce n'est qu'après avoir tenté vainement une opération sur le corps du fœtus.

(1) Des dispositions du cordon qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement, par O. Chantreuil, p. 70.

Obs. XXXVI. — *Présentation du sommet. — Tête sortie au dehors avec un bras depuis une heure. — Arrêt causé par une tumeur liquide siégeant au cou.*

Le Dr Chalmer fut appelé près d'une femme qui était en travail depuis longtemps : « Il y avait déjà une heure que la tête était au dehors, » un bras l'avait accompagnée, on alla chercher l'autre, puis les pieds, « et cependant l'enfant ne pouvait être séparé de la mère. » A l'aide du toucher, on reconnut comme une seconde tête qui, fixée immobile derrière le pubis de la mère, attendait au fœtus par une base assez large et semblait un pivot sur lequel il pouvait tourner ; « après « maintes tractions l'accouchement fut terminé. » L'enfant était mort pendant le travail, car la mère assura l'avoir senti remuer pendant quelque temps avant qu'il eût commencé. La tumeur siégeait au cou, un peu déviée à gauche, et renfermait beaucoup de liquide ; la poche était très vaste, les trois premières côtes gauches et la partie correspondante des vertèbres sur lesquelles la tumeur se trouvait implantée étaient entièrement détruites (1).

Au lieu de faire des tractions répétées, il eût mieux valu, pour ménager la mère, pratiquer une ponction dans la tumeur et la vider, puisqu'elle était très accessible au toucher. D'ailleurs, il n'y avait pas besoin d'un diagnostic si précis, puisque l'enfant était mort.

Obs. XXXVII. — *Présentation du sommet. — Extraction de la tête par le forceps. — Temps d'arrêt du tronc causé par une tympanite partielle.*

En 1753, Smellie fut appelé par une sage-femme pour un cas dans lequel il se servit du forceps afin « d'extraire la tête fœtale au dehors. Ne pouvant faire sortir le reste du corps de l'enfant, » il fut contraint d'ouvrir d'abord le thorax et ensuite l'abdomen qui était notablement tympanisé. Grâce à cette manœuvre, le tronc fut entraîné au dehors.

(1) *The Lancet*, 1828, t. II, p. 638.

Obs. XXXVIII. — *Présentation du sommet. — Extraction de la tête avec le forceps. — Temps d'arrêt du tronc causé par l'emphysème général du fœtus.*

M. Chassignac fut appelé auprès d'une primipare de 41 ans, en travail depuis trois jours. Application répétée du forceps « sur la tête, qui ne put être amenée au dehors qu'au prix de fractures et de la disjonction de plusieurs os; impossibilité d'engager le thorax. » M. Depaul appelé trouve la tête du fœtus déformée, vidée, ébalant une odeur fétide et « pendante entre les cuisses de la mère. »

L'abdomen de celle-ci très distendu donnait le son de la tympanite la plus prononcée. L'habile accoucheur soupçonna que la difficulté était due à la putréfaction de l'enfant, et à un développement considérable de gaz dans les tissus et la cavité utérine. Il essaya des tractions sur le cou; mais la résistance énorme qu'il avait à vaincre, la facilité très grande avec laquelle les vertèbres se séparaient, les résultats nuls qu'il obtint de l'application répétée des crochets, l'engagèrent à recourir au céphalotribe. Il l'introduisit sans difficulté sur les côtés du bassin; il le serra de manière à obtenir une réduction considérable et un moyen de traction solide. Pendant ces manœuvres, ébalaison d'une quantité considérable de gaz infect par le vagin. Après des tractions assez fortes, « la poitrine s'engagea et bientôt l'enfant tout entier fut extrait. » Délivrance facile.

Le fœtus très gros, avait des membres dont le volume était au moins doublé par une infiltration de gaz qui avait pénétré les tissus cellulaires superficiels profonds. L'abdomen et le thorax étaient aussi énormément développés. La malade mourut six heures après (1).

Les deux observations précédentes démontrent clairement que l'accumulation des gaz peut ou se généraliser dans le corps du fœtus, ou bien se localiser dans son ventre. De là, résultent autant d'obstacles à l'extraction définitive du tronc, quand la tête a pu franchir librement ou violemment l'orifice vulvaire. D'une part, le corps du fœtus tout entier a pris un tel volume que les tractions avec les doigts ou les crochets demeurent im-

(1) *Journal de chirurgie de Malgaigno*, 1845, t. III, p. 452.

puissantes à l'extirper et que, pour obtenir ce résultat, il est nécessaire de l'amoindrir avec le céphalotribe. D'autre part, il suffit d'ouvrir le thorax et l'abdomen pour donner issue aux gaz. Après ces manœuvres préalables, il est possible dans les deux cas d'amener au dehors le reste du tronc fœtal.

Obs. XXXIX. — *Extraction de l'enfant par le sommet jusqu'aux épaules.*
— *Arrêt du tronc à cause d'une ascite.*

De Lamotte, chez une femme en travail depuis deux jours, « fit « l'extraction de l'enfant par le sommet jusqu'aux épaules; » mais alors, il fallut agir avec beaucoup de force pour l'extraire complètement. « La difficulté tenait au développement du ventre, » distendu par trois pintes (3 kilog.) d'eau brune, tirant sur le vert. L'enfant avait succombé (1).

Obs. XL. — *Extraction de la tête fœtale.* — *Temps d'arrêt du tronc à cause d'une ascite et d'une hypertrophie de la rate.*

Un accouchement par le sommet commence bien; « la tête est expulsée au dehors, mais le tronc résiste aux tractions opérées sur « lui. » Le Dr Petit-Maugio (de Remiremont) est obligé d'ouvrir la poitrine « dégagée en partie de la vulve, » pour pénétrer dans le ventre à travers le diaphragme. Il évalue à 12 ou 15 litres le liquide qui s'échappe de la cavité abdominale. A l'autopsie, la rate fut trouvée hypertrophiée et pesant environ une livre et demie.

Au sujet de ce dernier fait, l'opérateur a bien réussi en ouvrant la poitrine et le diaphragme, et cette manœuvre vaut beaucoup mieux que les simples tractions d'abord essayées et que les tractions violentes exercées sur le fœtus dans le cas précédent.

(1) *Traité des accouchements* de De Lamotte, t. II, p. 392.

cas. XLI. — *Présentation du sommet. — Sortie de presque tout le tronc du fœtus. — Temps d'arrêt causé par un kyste séreux de la paroi abdominale.*

Mme M..., âgée d'environ 30 ans, déjà mère de plusieurs enfants, était depuis plusieurs heures dans les douleurs de l'enfantement, lorsque son accoucheur fut appelé le 9 mai 1832. La poche des eaux était percée depuis la veille; « la tête et le tronc de l'enfant jusqu'au « sacrum » avaient traversé le col de la matrice, l'enfant était évidemment mort. L'utérus depuis plusieurs heures était dans l'inertie et « malgré la sortie de presque tout le tronc du fœtus, le ventre de la mère n'était point affaissé, et l'on voyait à l'épigastre une tumeur arrondie qu'on ne pouvait palper que bien légèrement eu égard aux douleurs qu'en éprouvait la malade. L'accoucheur procéda au toucher; du côté droit du bassin l'introduction de la main était absolument impossible; du côté gauche, elle pénétrait assez facilement. L'index était donc glissé dans l'utérus, on reconnut que le bassin du fœtus n'en était pas encore sorti, et « qu'il existait une masse unie à l'enfant qui paraissait être l'obstacle qui empêchait sa sortie. » Après quelques tractions inutiles, on fit appeler plusieurs médecins des environs qui décidèrent qu'il fallait ponctionner cette tumeur, mais cette ponction fut reconnue impraticable. On recourut donc à de nouvelles tractions qui amenèrent le tronc de l'enfant; on tira ensuite sur les deux jambes dont une était sortie depuis longtemps. On sentit une vive résistance vaincue et des flots d'un liquide jaune et limpide se répandirent dans l'appartement. On vit alors que la difficulté était venue « d'une hydropisie enkystée du fœtus. » La tumeur, du volume de la tête d'un adulte, s'étendait en haut à un pouce et demi auombrel, en bas au pubis, et latéralement aux hypochondres; elle était située entre les téguments et les muscles abdominaux, et formée d'un tissu cellulaire condensé parsemé d'apparence adipeuse. La mère se rétablit (1).

Cette observation montre que dans certains cas, non-seulement le diagnostic est impossible, mais que l'intervention manuelle n'est guère plus facile que le diagnostic.

(1) Gaz. méd., 1832, p. 418.

OBS. XLII. — *Extraction de la tête fœtale. — Arrêt du tronc par une énorme tumeur du foie.*

Næggerath fut appelé le 8 septembre 1854, chez une femme dont le travail avait commencé. La tête s'était engagée facilement, le bassin était bien conformé. L'arrêt du travail nécessite une application de forceps énergiques et « répétée qui put faire sortir la tête seulement ». Enfin, en agissant avec force sur les épaules on put amener un fœtus mort, ayant un développement abdominal quatre fois plus considérable qu'en l'état normal; cet excès de volume était causé par l'hypertrophie du foie qui remplissait le ventre et recouvrait les intestins. Il mesurait 24 centimètres de hauteur, 15 de largeur et 8 d'épaisseur (1).

Nous répétons ici que la méthode des tractions violentes sur un fœtus mort vaut beaucoup moins que l'éviscération qui, en diminuant le volume de l'enfant, lui permet de passer librement à travers la vulve et de ménager la mère.

OBS. XLIII. — *Accouchement impossible par suite d'hypertrophie des reins du fœtus. — Expulsion de la tête. — Impossibilité d'extraire le reste du corps.*

Le Dr Mathew Duncan communique cette intéressante observation à la Société obstétricale d'Edimbourg. Le vendredi 8 juin, le Dr Hamilton est appelé auprès de Mme A..., 23 ans, primipare. La poche des eaux est rompue et la patiente est en douleurs constantes. Le col est rigide et non dilaté; ce n'est que samedi qu'il admet deux doigts, et le dimanche seulement, « la tête du fœtus se dégage. » Après de grands efforts, on parvient à faire sortir également les deux bras, « mais l'accouchement ne fait plus aucun progrès à partir de ce moment-là. » On passe un lien sous les aisselles du fœtus, et en tirant fortement, on peut passer la main gauche le long de la face antérieure du fœtus, on trouve le ventre excessivement augmenté de volume. L'enfant avait cessé de vivre à ce moment, l'éviscération partielle ne permettait pas d'extirper le fœtus, on sépara la tête et les

(1) Gaz. hebdomadaire, 5 janvier 1855, traduction du Dr Morpain.

épaules; puis, au moyen de la version, la partie restante du corps fut définitivement amenée au prix de grands efforts. On trouve alors dans l'abdomen une tumeur qui semble être un rein hypertrophié, l'autre rein était resté dans l'utérus, d'où il fut enlevé avant d'effectuer la délivrance; chaque rein pèse un litre et mesure 13 cent. de long sur 13 cent. 1/2 de large dans son plus grand diamètre. Cet énorme volume est dû à un nombre considérable de kystes et au développement exagéré des tissus intertubulaires.

La guérison de la mère fut entravée par de la fièvre, un peu d'albuminurie et de la rétention d'urine (1).

OBSERVATION XLIV.

Le Dr Chevance a publié le récit d'un accouchement qu'une hypertrophie des reins a rendu extrêmement laborieux. Lorsque ce médecin fut appelé, « la tête complètement sortie » était déjà presque arrachée par des tractions impuissantes. M. Chevance introduisit la main dans l'utérus et crut avoir affaire à un fœtus hydropique. Il pratiqua une ponction inutile dans l'abdomen, fit une version sans plus de succès, et ce n'est qu'après avoir ouvert le ventre du fœtus et enlevé les reins hypertrophiés, du poids de 1000 gr., qu'il put enfin terminer l'accouchement (2).

Les deux cas dont nous venons de relater l'histoire offrent plus d'un point d'analogie; cependant dans l'un, la version put extraire la partie restante du corps fœtal, et dans l'autre elle échoua; il fallut pratiquer l'éviscération de cette partie restante pour en faire l'ablation définitive.

Obs. XLV. — *Présentation du sommet. — Expulsion de la tête jusqu'aux épaules. — Arrêt du tronc par suite de la distension énorme des uretères.*

Nous avons vu que le tronc du fœtus pouvait être arrêté par une

(1) *The Obst. Journ. of Great Britain*, février 1878.

(2) *Union médicale*, 25 juillet 1857.

hypertrophie énorme des reins; il nous reste à démontrer que son expulsion définitive peut être empêchée par « la distension exagérée des uretères et une dilatation démesurée de la vessie. »

Le 16 novembre 1871, entre à la clinique de Leipzig une fille enceinte pour la deuxième fois. « L'enfant, qui se présentait par la tête, fut expulsé facilement jusqu'aux épaules, mais pour amener le reste du tronc, de fortes tractions furent nécessaires. » L'enfant pesait 3,930 grammes et avait 53 centimètres en longueur. « L'obstacle à l'expulsion tenait à la dilatation du ventre qui était constituée par deux tumeurs réniformes placées l'une à droite et l'autre à gauche de l'abdomen. » Au-dessous du nombril existait une troisième tumeur du volume d'une grosse noix.

Par suite de l'écoulement d'une grande quantité d'urine, ces tumeurs diminuèrent notablement pendant la vie. Au troisième jour, à la suite d'une petite hémorrhagie ombilicale, l'urine sortit par le nombril et cet écoulement persista jusqu'à la mort, qui eut lieu cinq jours après la naissance. Les tumeurs latérales, encore très distendues par l'urine, avaient pour siège « les uretères énormément dilatés. » Par le fait de la pression à laquelle ils ont été soumis, les reins sont notablement atrophiés. La tumeur médiane reconnue pendant la vie était formée par la vessie dilatée (1).

Oss. XLVI. — *Présentation du sommet. — Extraction de la tête et des bras hors de la vulve. — Temps d'arrêt causé par un développement considérable des uretères et de la vessie.*

Une femme de 35 ans environ, multipare, est prise des douleurs du travail au septième mois. Après 50 heures de durée, celui-ci s'arrête tout à fait au bout de plusieurs heures. M. Gandon, médecin à Le Blanc (Indre), appelé par la sage-femme, trouva en effet la tête de l'enfant, par trop volumineuse, placée dans le petit bassin et facile à contourner, regardant par le front la cavité cotyloïde gauche; la femme était bien conformée, seulement il n'y avait plus de douleurs. À l'aide de quelques manœuvres, l'accoucheur put « dégorgier les bras » et la tête, puis les faire sortir hors de la vulve. Tous les efforts qu'on put employer furent incapables d'entraîner l'enfant, qui était

(1) Abtfeid. *Arch. Gyn.*, t. IV, p. 161.

mort. M. Gandon jugea utile d'introduire la main qui lui fit constater l'existence « d'une volumineuse tumeur fluctuante, adhérente à l'enfant; » en passant entre cette tumeur et l'angle sacro-vertébral, il s'écoula près de 3 litres d'eau qui étaient retenus dans le haut de la matrice, et aussitôt le volume du ventre diminua beaucoup. L'accouchement ne se terminait pas cependant; il fallut réintroduire de nouveau la main jusqu'au-dessous de la tumeur, attendre une douleur utérine et à ce moment attirer la tumeur au dehors, ce qui réussit au premier essai. Une seconde après, l'accouchement était terminé; l'enfant était mort. En peu de temps la mère s'est rétablie. La tumeur adhérente à l'enfant était flasque, fluctuante, pleine de liquide, et descendait dans certaines positions de l'enfant jusqu'aux genoux. En finissant, il en est sorti au moins 2 litres d'un liquide incolore et inodore. « Il a été aisé de constater qu'elle était formée par la vessie « énormément dilatée. » Cette vessie présentait, en effet, des dimensions comparables à celles d'une vessie d'adulte très développée par une longue rétention d'urine. « Les uretères aussi très distendus « étaient plus volumineux que le rectum. Tous les autres organes « étaient bien conformés (1).

Dans l'observation XLV, il a fallu employer de fortes tractions pour extraire le tronc fœtal, et cependant les uretères seuls étaient dilatés; dans l'observation précédente, l'obstacle dépendait d'une dilatation double des uretères et de la vessie, et il a suffi du simple passage de la main sur la tumeur pour la rompre, et une fois vidée l'accouchement se termina promptement.

Obs. XLVII (abrégée). — *Présentation du sommet. — Sortie de la tête et arrêt du tronc par une rétention considérable d'urine dans la vessie.*

Madame X..., âgée de 28 ans, de vigoureuse constitution, multipare, est prise des douleurs du travail le 24 juillet 1840, et le lendemain, 25, à 7 heures du matin, « des douleurs fortes et rapprochées chassent l'extrémité céphalique hors de la vulve. Mais les choses s'arrêtent à ce point, au grand étonnement de la sage-femme qui, saisissant alors la tête avec les mains fit des tractions dans le but

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1840, p. 103.

« de dégager le tronc » ; ces tractions, faites avec énergie, furent suivies de la rupture de la colonne vertébrale, puis la tête se détacha « du tronc qui resta dans la cavité utérine. » La main fut alors introduite. Un bras saisi et dégagé permit d'exercer de nouvelles tractions, mais celles-ci furent également inutiles et le membre thoracique fut complètement arraché.

Roux, appelé, put introduire sa main dans l'utérus et s'emparer du bras qui restait. Il tira sur lui avec force, mais ce membre céda dans l'articulation huméro-cubitale. La poitrine fut ensuite ouverte, les poumons et le cœur enlevés, plusieurs côtes arrachées, mais « il fut impossible d'entraîner le tronc de l'enfant. »

Epuisés par des manœuvres pénibles qui avaient duré depuis huit heures du matin jusqu'à 1 heure de l'après-midi, ne pouvant d'ailleurs se rendre compte des difficultés qui existaient, Roux et la sage-femme réclamèrent l'assistance de M. Depaul. Il était 2 heures de l'après-midi quand celui-ci arriva près de M^{me} X... Le doute ne pouvant être éclairci que par un examen direct, l'habile accoucheur fit pénétrer sa main droite dans la matrice et put percevoir la sensation d'une poche élastique remplie de liquide et en rapport dans toute sa circonférence avec la surface interne de l'organe utérin. Il chercha vainement les membres inférieurs, mais il fut impossible de les trouver. Suivant alors le cordon dans une partie de son étendue, il put constater que, par l'une de ses extrémités, il se terminait sur un point de cette énorme tumeur. On avait donc affaire à l'abdomen considérablement distendu par du liquide. Pendant que sa main était encore dans l'utérus, M. Depaul résolut de faire avec son doigt un trou aux parois abdominales. Après avoir choisi un point voisin de l'insertion du cordon ombilical, il gratta avec l'ongle de l'index la peau, le tissu cellulaire et les spongiévroses ; puis, il entra vite dans l'abdomen. Aussitôt un flot considérable de sérosité sanguinolente s'échappa. Saisissant alors la partie supérieure du thorax, M. Depaul fit de nouveaux efforts pour l'entraîner, mais vainement. Pénétrant de nouveau vers le fond de l'organe utérin, il ne tarda pas à reconnaître que le ventre du fœtus était encore énorme. En effet, son doigt indicateur réintroduit dans l'ouverture qu'il avait pratiquée, sentit qu'une tumeur fluctuante existait encore dans la cavité péritonéale. Grattant avec l'ongle dans le point qui se présentait, il le perfora et soudain il s'échappa brusquement une grande quantité d'un liquide transparent, légèrement citrin, mais ne conte-

nant aucune trace de sang. Il en recueillit 2 litres dans un vase, et en y ajoutant celui qui tomba par terre et sur les linges, on peut sans exagération, porter à 2 litres 1/2 tout ce que contenait cette tumeur. Cette seconde collection de liquide avait pour siège la vessie. A mesure que le flot s'écoulait, le volume de l'utérus diminuait beaucoup « et il fut très facile de le débarrasser de la portion fœtale qu'il « contenait. » Elle ne représentait plus qu'une masse mollassée que M. Depaul saisit avec le main et qui céda sans résistance.

Délivrance facile, suite de couches naturelles (1).

La tumeur qui empêcha l'extraction du tronc fœtal était produite par une accumulation considérable d'urine dans la vessie. Ce diagnostic put être vérifié par l'exploration directe. De plus, à l'autopsie, on trouva la plus grande partie de la cavité péritonéale considérablement agrandie et occupée par l'organe urinaire.

Mais une autre complication existait encore pour rendre l'obstacle plus difficile: un épanchement se trouvait dans la cavité péritonéale et formait la première collection de liquide.

Il est bon de noter que la simple perforation de la tumeur liquide avec le doigt a pu la vider et aider à l'achèvement de l'accouchement.

En parcourant les observations qui précèdent, on ne tarde pas à s'apercevoir que, presque toujours, l'exploration directe a pu établir un diagnostic positif, et qu'il en est résulté pour l'accoucheur une direction meilleure dans l'emploi des moyens chirurgicaux.

Seulement, dans les 14 observations dernières, l'obstacle ne dépendait pas de la mère, comme dans le premier groupe de faits, mais il dépendait du fœtus lui-même; aussi, pour le détruire, a-t-il fallu sacrifier l'enfant 12 fois sur 14. Ajoutons que la mère s'est presque toujours rétablie, puisqu'elle ne perdit la vie que dans une seule circonstance.

Le groupe de faits relatés ci-dessus comprend des obstacles

(1) De la rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale, par M. Depaul, p. 6, 7 et suiv.

qui siégeaient à l'intérieur du corps fœtal; il s'agit maintenant d'examiner ceux qui existent à sa périphérie et qui opposent à la sortie du tronc une résistance au moins aussi énergique.

Obs. XLVIII. — *Seconde position du sommet, celui-ci franchit la vulve, suivi de la partie supérieure du tronc. — Temps d'arrêt causé par une énorme tumeur liquide de la région pubienne.*

Une femme d'environ 32 ans, saine et robuste, ayant déjà eu quatre couches heureuses, devint enceinte pour la cinquième fois. Lorsqu'elle fut arrivée au dernier terme de la grossesse, à peine les premières douleurs se firent-elles sentir qu'elles devinrent excessives. A la rupture des membranes on reconnut une 2^e position de la tête; celle-ci franchit la vulve, suivie de la partie supérieure du tronc; mais la partie inférieure avait tant de peine à sortir que la sage-femme fut obligée d'appeler à son aide. La main droite par-dessus l'abdomen de l'enfant reconnut une tumeur énorme qui partait de la région sus-pubienne et formait une espèce de coin entre ses cuisses. Cette tumeur était dure, distendue et élastique comme la poche des eaux dans le fort des douleurs. En cherchant à la comprimer fortement avec l'index, elle se rompit tout à coup laissant écouler un liquide semblable à celui de l'amaïos et en tout aussi grande quantité; alors l'accouchement put se terminer sans peine. L'enfant était vivant: c'était une fille.

La tumeur offrait les caractères suivants: elle était formée par un prolongement de la peau du bas-ventre et de la partie supérieure des cuisses; son volume était assez considérable pour lui permettre de toucher jusqu'au milieu des jambes; elle pouvait contenir au moins 2 pintes d'eau. La petite fille était bien conformée; elle mourut peu d'heures après sa naissance (1).

Obs. XLIX. — *Présentation du sommet. — Sortie de la tête. — Temps d'arrêt causé par une tumeur fongueuse de la région périnéale.*

Baudelocque rapporte l'observation suivante; « J'ai vu une tumeur « dont les dimensions surpassaient de beaucoup celle de la tête d'un

(1) Osann, *Journ. gen. de med.*, t. LX, p. 33.

« fœtus à terme, ayant 5 pouces de longueur et 4 pouces d'épaisseur en tous sens; elle était placée au bas du tronc et pendait entre les cuisses. Sa nature était fongueuse et stéatomateuse; sa surface, garnie d'un très grand nombre de veines, présentait le même aspect que la surface du cerveau recouvert de la pie-mère, tant la peau était devenue molle et transparente. La tête traversa sans beaucoup de difficultés le canal du bassin; mais j'en éprouvai de grandes difficultés à extraire le tronc, et, malgré tous mes soins, l'enfant périt au passage. N'ayant plus rien à ménager de ce côté, je proportionnai mes efforts à la résistance que j'éprouvai; les téguments de la tumeur se déchirèrent, elle s'allongea et s'accommoda à la forme du bassin (1). »

Les deux observations précédentes offrent une certaine ressemblance; en effet, de part et d'autre, il s'agit d'une tumeur énorme, dont l'origine est distincte, mais qui vint pendre entre les cuisses du fœtus. Cette tumeur formait un obstacle invincible à l'expulsion du tronc, et si dans l'observation XLVIII, on a pu diminuer son volume, en la vidant du liquide qu'elle contenait, dans l'observation XLIX, il a fallu l'amoindrir en opérant sur elle des tractions violentes, parce qu'elle était solide.

Obs. L. — *Présentation du sommet. — Extraction avec le forceps de la tête, dégagement des bras et des épaules. — Temps d'arrêt causé par un épina bifida de la région lombaire.*

Primipare, 22 ans, grossesse bonne, ventre volumineux. Travail normal; la tête s'engage dans l'excavation et reste immobile malgré les contractions énergiques de la matrice. « Une application de forceps amène la tête en dehors de la vulve; on dégage les bras et les épaules, puis la progression du fœtus est arrêtée par un obstacle invincible. »

Le chirurgien introduit la main dans le vagin et reconnaît sur la région lombaire une tumeur du volume de deux têtes d'enfant, molle,

(1) *Art des accouchements*, t. II, p. 257.

fluctuante, qui s'accrochait au détroit supérieur. La femme était épuisée. M. Vinchon perça la tumeur dont il s'écoula un flot de liquide sanguinolent, et l'enfant est expulsé. Il vécut quinze heures. L'autopsie n'a pas été faite; mais on sentait à travers la peau un écartement des vertèbres, d'un de 1½ pouce environ, qui était le point de communication du sac avec le rachis (1).

Obs. LI. — *Présentation du sommet. — Expulsion de la tête fœtale. — Arrêt du tronc causé par un spina bifida et un kyste rétro-péritonéal.*

M. Jaenger mentionne un accouchement qui semblait devoir être spontané d'abord; « la tête sortit facilement hors de la vulve; mais « le reste du tronc ne put suivre malgré des tractions énergiques. » Cherchant à se rendre compte de l'arrêt du travail, l'accoucheur pratiqua le toucher et trouva le ventre du fœtus énormément distendu. De nouvelles tractions plus fortes n'ayant pas plus de succès, il perfora l'abdomen de l'enfant; dès lors une grande quantité de liquide s'échappant, l'extraction du tronc fut aisément pratiquée.

L'autopsie montra un énorme kyste rétro-péritonéal, un spina-bifida avec grande accumulation d'eau. Les deux tumeurs ne communiquaient point, mais leur masse réunie était l'obstacle qui avait rendu le travail si laborieux (2).

Dans ces deux observations, l'exploration directe fit reconnaître des tumeurs fluctuantes et conséquemment liquides; aussi, la perforation de ces tumeurs, en les vidant, permit de terminer l'extraction du tronc fœtal. On ne dit pas comment la perforation fut pratiquée, mais on peut supposer que c'est au moyen de l'indicateur.

Obs. LII. — *Présentation du sommet. — Extraction de la tête et des épaules. — Arrêt du tronc par une tumeur due à une gibbosité de la région lombaire.*

Une femme, à terme d'une quatrième grossesse, était en travail

(1) *Gaz. med.*, 1833, p. 306.

(2) *Gaz. med. de Strasbourg*, 1816, p. 26.

depuis cinq jours ; les eaux étaient écoulées depuis trois. Le toucher montra que l'enfant était hydrocéphale ; le crâne vidé, on en fit péni-blement l'extraction au moyen du forceps ; « mais après l'expulsion « de la tête et des épaules, » des tractions énergiques furent faites sans résultat ; répétées avec plus de violence, l'enfant fut amené au dehors. « Une saillie semi-ovale » ; ayant 2 pouces de diamètre dans un sens et 15 à 18 dans l'autre, « formait une gibbosité à la région « lombaire. » C'était une tumeur qui, accrochée au pubis, avait empêché l'expulsion du fœtus (1).

OM. LIII (abrégé) par M. BAILLY. — *Présentation du vertex, après la sortie de la tête et du tronc, l'enfant reste fixé à la vulve par le siège auquel adhère une tumeur volumineuse.*

Rousselot (Héloïse-Emilie), née à Paris, le 30 mars 1867. On ignore l'âge de la mère et si elle est ou non primipare.

« Après la sortie de la tête et du tronc qui s'effectue d'une manière « naturelle, l'enfant reste fixé à la vulve par le siège dont l'utérus « ne peut déterminer l'expulsion. » Elle resta unie à la mère dans cette position pendant une heure trois quarts, respirant normalement. Au bout de ce temps, les tractions exercées successivement par deux sages-femmes parviennent à extraire le bassin de l'enfant, auquel est surajoutée une énorme tumeur qui formait obstacle à la terminaison spontanée de l'accouchement.

Cette tumeur occupe exactement le sommet du bassin et paraît sortir de l'excavation pelvienne. Son volume égale celui d'une tête d'enfant à terme. Elle est aplatie d'avant en arrière, irrégulièrement conoïde, bosselée, et, par l'extrémité de son diamètre transversal, déborde de chaque côté du bassin d'environ 4 centimètre.

La masse morbide est recouverte à sa base, en arrière, par les fibres musculaires inférieures du grand fessier. Le doigt l'isole assez aisément de toutes les parties environnantes, et on limite ses attaches à un simple pédicule du volume de l'extrémité du doigt auriculaire qui semble se continuer avec les ligaments antérieurs et postérieurs du rachis, et aussi avec les enveloppes fibreuses de la moelle. Un lobe saillant, conique pénètre de bas en haut dans l'excavation pelvienne,

(1) Nivert, *Arch. gen. de méd.*, première série, t. XIII, p. 618.

en refoulant le plancher du bassin fortement aminci. En avant, la tumeur est creusée d'un sillon vertical dans lequel est logé le rectum qui s'ouvre à 2 pouces environ du sommet de la tumeur (1).

Obs. LIII. — Présentation du sommet. — Expulsion au dehors de la tête et de la poitrine du fœtus. — Temps d'arrêt causé par une tumeur à la région coccygienne.

Femme âgée de 20 ans, entrée à la clinique le 18 décembre 1835, à terme. « L'accouchement par le sommet s'est fait normalement jusqu'à l'expulsion de la tête et de la poitrine ; puis un temps d'arrêt eut lieu, et des tractions assez énergiques amenèrent le reste du corps. » Alors, on observe à la région coccygienne une tumeur de 5 pouces 6 lignes dans son diamètre transversal et de 4 pouces d'avant en arrière ; ses parois rougeâtres sont formées par un prolongement de la peau. Sillonnée par des veines, dure, bosselée, elle a l'aspect des tumeurs kystiques liquides ; elle est transparente à la lumière. C'était en effet un véritable kyste qui contenait, outre du liquide séro-sanguin, de la matière colloïde et encéphaloïde. Le rectum aplati était refoulé contre la paroi du vagin. Cette observation est empruntée à M. Kozłowski (2).

Obs. LIV. — Présentation de la face. — Expulsion de la tête et des épaules. — Arrêt du reste du corps par une tumeur adhérente à la région sacrée.

Mme X..., 22 ans, primipare, était arrivée au terme d'une grossesse très régulière ; elle était dans les douleurs de l'enfantement depuis plusieurs jours.

Dans la journée de 6 avril 1863, la dilatation était assez avancée pour qu'on pût reconnaître une présentation de la face.

Dans la nuit du 6 au 7, « la face put se dégager avec les épaules, » mais la sage-femme qui assistait Mme X... fut très étonnée « de ne pouvoir dégager le reste du corps. » Elle fit appeler le Dr Chahrelly qui reconnut une adhérence des fesses de l'enfant à une partie diffi-

(1) *Bulletin de la Soc. de chir.*, t. VIII, 1867, p. 381 et 362.

(2) Th. de Paris, 1836, n° 51, par Kozłowski.

cile à distinguer; de plus, la matrice était très volumineuse, ce qui semblait justifier la présence d'un second enfant. Le Dr Dubreuil (de Bordeaux) est appelé en second. « A mon arrivée, dit-il, « la face et « les épaules étaient expulsées; » elles étaient froides et cyanosées, « la matrice avait de violentes douleurs; « malgré d'énergiques « tractions, le tronc n'avancait nullement. » En portant ma main au- « dessus du détroit supérieur, et en suivant le plan postérieur de « l'enfant, je reconnus une adhérence de la région sacrée, sur une « surface lisse, arrondie, qui remplissait avec les membres inférieurs « toute la cavité utérine.

« L'accouchement étant impossible et l'enfant mort, nous décidâ- « mes de porter un crochet-mousse au-dessus de l'adhérence, et pen- « dant que le Dr Chabrely faisait des tractions sur les parties expul- « sées, je fis mes efforts pour ramener plus bas la région adhérente, « mais cette adhérence céda et le fœtus se dégagaa. C'était une fille « bien conformée, qui portait sur la région sacrée une plaie, résul- « tant de la déchirure faite par la partie détachée.

« En parcourant avec le doigt la colonne vertébrale, surtout dans cette « région, elle ne présentait rien d'insolite, tous les tissus étaient par- « faitement normaux. Après la sortie de l'enfant et la section du cor- « don, je m'empressai de porter la main dans l'utérus. Cet organe « était rempli par une masse assez solide, mais qui présentait plu- « sieurs points faciles à déchirer; je parvins à la saisir par sa partie « postérieure et à l'amener lentement au dehors, afin de ne pas la « déchirer.

« Ce corps était une tumeur de forme arrondie, à surface lisse, « présentant des bosselures molles et fluctuantes. A la partie adhé- « rente à l'enfant, on voyait des fragments de la peau qui la recou- « vrait; le reste de la tumeur présentait une pellicule légère. Au « moment de sa sortie de l'utérus, cette tumeur pesait 1 kilogr. 1/2; « depuis, elle s'est beaucoup réduite (1). »

Obs. LV. — *Présentation du sommet. — Sortie de la tête et du tronc de l'enfant jusqu'aux hanches. — Temps d'arrêt causé par une tumeur tenant à une inclusion fœtale.*

La femme avait 22 ans, et était enceinte pour la deuxième fois,

(1) *Bull. de la Soc. chir.*, année 1863, p. 321.

Les douleurs continuent toute une nuit sans interruption et le col reste fermé. Dans la matinée cependant, la dilatation commence et une poche de liquide se présentant est percée et donna issue à un litre d'eau environ. Néanmoins le travail s'arrête. Capuron reconnaît une nouvelle poche résistante et attend. A 1 heure du matin, les douleurs se réveillent, la saillie de la nouvelle poche augmente; perforée, elle laisse écouler environ 8 ou 10 pintes de liquide. « L'enfant ne tarde pas à sortir, mais se trouve arrêté au niveau des hanches par un obstacle très résistant. » On sent une tumeur plus grosse que la tête d'un fœtus à terme et adhérent à la partie postérieure et inférieure du tronc. Les parois en sont souples et molles; quoique distendues, on les rompt, et il s'écoule une grande quantité de liquide qui, en diminuant le volume de la tumeur, rend facile l'extraction complète du fœtus.

Il s'agissait dans ce cas d'une tumeur constituée par l'agglomération des débris d'un produit informe de la conception, débris contenus dans un sac cutané péritonéal (1).

OBS. LVI du Dr CHEDEVERGNE. — *Présentation du sommet. — Occiput dégagé en première position. — Tête et membres supérieurs ayant franchi la vulve. — Temps d'arrêt causés par une tumeur située à la région sacrée et constituée par une inclusion fœtale.*

La nommée Kieffer entre à l'hôpital de Lariboisière, le 28 janvier 1851. A 1 heure du matin, je suis appelé auprès d'elle, l'accouchement ne pouvant se terminer par les seules forces de la nature. Je trouve le tronc engagé, dos en avant, à travers le détroit inférieur et fortement étreint au niveau des cinquième et sixième côtes. L'enfant est bleuâtre, cyanosé, et il a cessé de vivre. On m'apprend que l'occiput s'est dégagé en première position, « que la tête et les membres supérieurs ont franchi la vulve, » il y a dix minutes, et que l'enfant a crié et vécu huit ou neuf minutes. Il expirait un instant avant mon arrivée. Le mouvement de rotation extérieure (cinquième temps) a manqué, puisque le dos regarde directement en avant, et « l'accouchement se trouve arrêté à un moment où il ne se rencontre presque jamais de difficultés. » Je cherche à me rendre compte de cette marche insolite et j'exerce immédiatement sur le fœtus de lé-

(1) *Ext. des Arch. gen. de med.*, t. XV, 1^{re} série, p. 539.

gères tractions pour juger de la résistance ; il reste immobile. Je sens alors par la palpation à travers la paroi abdominale, dans le flanc gauche, une tumeur volumineuse qui se dessine du recte très visiblement sous la peau. Je pense un instant à une grossesse double, mais j'ausculte et je n'entends aucun bruit.

Sans perdre mon temps en explorations inutiles, je fais placer la femme en travers sur le lit, les cuisses écartées, et n'ayant pas à ménager la vie de l'enfant, je le saisis avec une certaine force pour l'amener en dehors ; je gagne peu à peu du terrain, mais ce n'est qu'après plusieurs tentatives qui durèrent de cinq à dix minutes que sous l'influence d'un nouvel effort, « l'extraction s'opère brusquement. »

J'aperçois alors un fœtus d'un étrange aspect, il est du sexe féminin ; toutes les parties supérieures du corps ont une conformation normale, mais on voit se détacher des régions fœssières deux tumeurs, chacune du volume d'une tête de fœtus à terme environ, qui pendent, soutenues par un assez large pédicule s'étendant de la région sacrée au périoste, sur lesquelles la peau se continue avec celle des parties voisines ; vues à une certaine distance, elles ont quelque ressemblance avec ces tumeurs volumineuses des bourses qui pendent entre les jambes. Les membres inférieurs, plus grêles que d'habitude, sont en peu déjetés en dehors. L'une de ces tumeurs est molle et fluctuante et en grande partie remplie de liquide ; l'autre est aussi élastique à la superficie, mais les parties solides y dominent. A la région sacrée postérieure, on sent une petite dépression indiquant que le canal sacré n'est pas fermé en arrière ; il y a un « spina bifida. »

M. Voillemier, à qui je montre l'enfant, diagnostique une « monstruosité par inclusion fœtale. » Cette opinion est complètement vérifiée par l'examen direct, puis par l'examen microscopique fait avec beaucoup de soin par M. Constantin Paul.

Ce dernier groupe de faits montre l'obstacle à l'issue du tronc fœtal constamment placé à l'extrémité inférieure de ce tronc, et conséquemment assez loin de la vulve. Aussi le diagnostic ne s'établit pas toujours nettement, et l'intervention chirurgicale se l'exerce pas sans peine. On tire sur le fœtus qui demeure fixé dans les voies maternelles et, au moyen d'efforts de plus en plus énergiques, on fait sortir la portion restante du corps, comme dans l'observation LVI. Si les tractions simples échouent,

on porte la main dans l'utérus afin de préciser l'obstacle. Si celui-ci tient à une tumeur liquide, on peut la rompre comme dans l'observation LV* ; s'il tient à une tumeur solide, on porte au-dessus d'elle un crochet mousse, comme dans l'observation LIV*, et on abaisse le tronc. Dans le cas où toute la masse formerait un bloc immobile et résistant, il vaudrait mieux pratiquer l'éviscération, afin de ménager les parties maternelles. Ainsi, dans l'observation LII des tractions énergiques ne purent extraire le tronc fœtal, et on fut obligé de les réitérer avec *plus de violence* pour faire sortir définitivement ce tronc qui portait à la région lombaire une gibbosité très accentuée. N'eût-il pas mieux valu diminuer le volume de l'enfant par l'éviscération abdominale ?

Dans les observations qui précèdent, l'obstacle a dépendu neuf fois de l'enfant, et il a fallu toujours agir sur son corps pour en triompher. Une seule fois, le fœtus a pu conserver la vie, mais la mère s'est rétablie dans tous les cas.

Récapitulation. — En jetant un coup d'œil sur les observations consignées dans la deuxième partie de ce mémoire, on peut s'assurer que plusieurs autres obstacles peuvent arrêter le tronc fœtal, lorsque l'extrémité céphalique a franchi l'orifice vulvaire. Qu'il nous soit permis de les réunir en faisceau pour leur donner plus de relief.

Ces obstacles constatés à une certaine distance de la vulve sont : une tumeur hydatique située dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, un développement sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus, un resserrement de l'orifice interne de l'utérus avec entraînement du vagin ; une insertion du placenta à la paroi antérieure de l'utérus avec position horizontale de la parturiente qui avait une fracture de jambe ; un rétrécissement du détroit inférieur, un rétrécissement du détroit supérieur ; une brièveté naturelle du cordon, une tumeur liquide siégeant au cou du fœtus ; une tympanite partielle et un emphysème général du fœtus ; une ascite et une ascite compliquée d'hypertrophie de la rate ; un kyste séreux de la paroi abdominale, une tumeur du foie, une hypertrophie des reins, une distension

énorme des urètres et une distension simultanée des urètres et de la vessie, une rétention considérable de l'urine dans la vessie et une énorme tumeur liquide de la région pubienne. Enfin diverses tumeurs adhérentes aux régions lombaires coccygiennes et périnéales.

Les moyens employés pour venir à bout de ces résistances ont été assez longuement développés, et il est superflu de revenir sur leur histoire.

Pour les trente observations qui composent la deuxième partie de ce mémoire, 23 fois l'obstacle à la sortie du tronc dépendait du fœtus lui-même et 7 fois de la mère. Les manœuvres opératoires ont toujours été exercées sur le corps de l'enfant; aussi le produit a-t-il fourni un contingent de 23 morts et la mère une seule mort.

En faisant une récapitulation générale, on ne tarde pas à s'apercevoir que mes 56 observations nous donnent 46 obstacles dus aux enfants et 10 dus à la mère. En outre, la mort frappa l'enfant 38 fois et la mère seulement 4 fois.

Ne terminons pas ce long mémoire sans exposer quelques réflexions appropriées au sujet qui vient d'être traité.

Ainsi qu'on vient de le démontrer surabondamment, quand la tête du fœtus est sortie des voies maternelles, l'arrêt du tronc tient à des obstacles qui deviennent de plus en plus difficiles à vaincre à mesure qu'ils s'éloignent de l'orifice vulvaire. Lorsque le tronc est retenu soit par le volume des épaules, soit par une rétraction spasmodique du col utérin, soit par toute autre cause à la portée de l'index, une manœuvre simple et bien dirigée peut rompre l'obstacle et achever l'accouchement. Mais si les tractions que peut supporter la colonne vertébrale du fœtus demeurent inutiles, si l'introduction de plusieurs doigts et même de la main entière, permettent de constater que la résistance est assez éloignée de l'orifice vulvaire, il s'agit de décider si la difficulté dépend de la mère ou de l'enfant. Au moyen de l'exploration directe, il est possible d'éclairer le diagnostic, surtout si l'obstacle tient à un rétrécissement du bassin ou à une tumeur pelvienne, ou bien à un développement insolite du thorax et de

l'abdomen du fœtus. Au reste, que l'obstacle dépende de la mère ou de l'enfant, la conduite de l'accoucheur est tracée d'avance. Toujours il faut conserver la mère et toujours il faut agir sur l'enfant soit par des efforts suffisants, soit par l'éviscération si les tractions ne réussissent pas à entraîner la partie restante du corps fœtal. Mais lorsque l'obstacle subsiste dans la région inférieure du tronc de l'enfant, il n'est pas toujours aisé d'arriver à préciser le diagnostic. Admettant que la main puisse atteindre les tumeurs qui naissent de ce point, il faudrait encore faire une distinction entre les tumeurs liquides et les tumeurs solides. Ainsi, dans l'hypothèse d'une tumeur fluctuante, il conviendrait de déterminer si le liquide est épanché dans la cavité péritonéale ou s'il est accumulé dans l'un des points des voies urinaires et dans la vessie en particulier.

Disons de suite qu'il est presque impossible d'arriver à quelque chose de positif à cet égard. Mais, si on ne peut donner au diagnostic ce degré de précision, la conduite de l'accoucheur ne peut se trouver gênée, car les moyens à employer pendant le travail sont identiques dans les deux cas.

Ainsi, quand l'enfant a cessé de vivre, il ne faut pas trop se préoccuper du lieu où doit être pratiquée la ponction et de l'instrument qui doit l'opérer.

Par exemple, dans un cas relaté plus haut, M. le professeur Depaul s'est fort bien contenté de l'indicateur au moyen duquel il déchira successivement les parois abdominale et vésicale. On peut aussi effectuer la ponction avec un trocart muni de sa canule. L'instrument devrait être assez long pour que, plongé par l'une de ses extrémités dans l'abdomen du fœtus, il pût dépasser par l'autre les parties génitales de la mère. C'est dans la région sous-ombilicale qu'il est bon de faire la ponction si l'enfant est encore vivant. En cherchant avec soin l'insertion fœtale du cordon, il sera facile d'arriver jusqu'au lieu d'élection. Relativement aux tumeurs solides qui sont affirmées ou seulement supposées, le moyen préférable sera l'éviscération du fœtus qui en diminuant son volume lui permettra de cheminer plus librement par la filière pelvienne. Les tractions trop violentes, exer-

cées sur lui, devront être évitées autant que possible, parce qu'elles exposent les voies génitales de la mère à des lésions plus ou moins graves (1).

CONCLUSION

De tous les faits passés en revue dans ce mémoire, il est permis de déduire la conclusion suivante :

Quand la tête fœtale a franchi l'orifice vulvaire pendant l'accouchement, si le tronc est arrêté par un obstacle siégeant tout près ou loin de la vulve, cet obstacle peut être surmonté sans nuire à la mère, dans la grande majorité des cas.

Presque toujours on doit agir sur l'enfant dont la vie se trouve plus ou moins compromise.

Tel est ce simple travail étroitement basé sur l'appréciation de certains faits recueillis dans la pratique journalière. En groupant dans un tout homogène ce qui était dispersé, s'il ressemble à une voûte où les pierres assurent la fermeté de l'ensemble par leur appui réciproque, il pourra jeter quelque rayon de lumière sur ce petit coin du domaine obstétrical. Alors, nous serons amplement satisfait, ne perdant jamais de vue cette sage réflexion de Littré : Dans l'ordre du savoir, la vérité se poursuit pour elle-même et sans autre récompense que le plaisir de l'avoir trouvée.