plus loin un long article où, après avoir exposé les résultats connus, nous dirons franchement notre avis.

Du régime des femmes en travail. — Les femmes qui ont l'habitude d'accoucher rapidement ne doivent, en général, prendre aucun aliment. Mais lorsque le travail traîne en longueur, il faut soutenir les forces de la femme par des aliments de facile digestion. Beaucoup de personnes prennent tous les matins du café au lait. On peut sans inconvénient le leur permettre; dans le reste de la journée, on peut leur donner quelques tasses de bouillon, mais toujours en petite quantité à la fois. Si les digestions sont troublées, si la femme vomit, comme cela arrive très-souvent, il est évident qu'on devra retrancher même les aliments liquides. Du reste, ce mode d'alimentation souffre, suivant les individus, de très-nombreuses exceptions. Il faut accorder à quelques-unes ce qu'on refuserait à d'autres. Les femmes robustes des campagnes ne doivent pas être soumises évidemment à la même sévérité de régime que les femmes délicates des grandes villes.

Le choix des boissons a aussi quelque importance. Celles que l'on permettra seront de l'eau pure ou légèrement sucrée, une infusion légère de tilleul ou de feuilles d'oranger, de mauve ou de violettes, etc. Les limonades, le vin étendu d'eau, qui seraient d'abord plus agréables à beaucoup de femmes, tournent en général à l'aigre, et sont mal digérés. Les vins chauds, les liqueurs, doivent être sévèrement prohibés. Dans les campagnes, on a souvent beaucoup de peine à combattre les préjugés répandus sur ce point; mais il faut insister, car le médecin ne doit jamais perdre de vue que le trouble, l'agitation qui succèdent à l'administration des spiritueux, exposent la femme aux inflammations et aux hémorrhagies actives. Si l'état de faiblesse de la femme exige quelques restaurants, alors de bons bouillons, un peu de vin vieux, quelques cuillerées de vin d'Espagne, sont les seuls et les meilleurs moyens qu'on puisse employer.

ARTICLE II

SOINS A DONNER A L'ENFANT PENDANT LE TRAVAIL

Après avoir reconnu la présentation et la position, l'accoucheur constatera l'état de vie ou de mort de l'enfant, qu'il est important de diagnostiquer pour mettre sa responsabilité à couvert, en prévenant la famille.

Avant la rupture des membranes, le diagnostic pourra assez facilement être établi, en constatant par l'auscultation l'existence ou la non-existence des battements du cœur, et la persistance ou la cessation complète des mouvements actifs, sur lesquels la femme pourra toujours donner des renseignements assez précis. Après la rupture des membranes, les mouvements actifs sont très-peu prononcés, et même quelquefois tout à fait nuls; mais l'auscultation permet de percevoir les pulsations fœtales.

Le toucher permet aussi de constater quelques signes qui peuvent encore

éclaircir la question. Quand, en effet, l'enfant est vivant, et que la tête se présente, elle devient souvent le siége d'une tuméfaction sanguine d'autant plus considérable que le travail s'est prolongé plus longtemps depuis l'écoulement des eaux : cette tumeur se forme moins facilement quand l'enfant a cessé de vivre, et si la mort date déjà de plusieurs jours, la mollesse, la flaccidité, le plissement du cuir chevelu remplaceront la tumeur résistante formée par l'infiltration séro-sanguine; en outre, les os du crâne seront plus mobiles, le chevauchement de leurs bords sera plus considérable qu'à l'ordinaire, et en frottant les uns contre les autres ils feront entendre une espèce de crépitation. Un cas plus embarrassant est celui où l'enfant est mort quelque temps après la rupture des membranes, et après que déjà la tumeur sanguine a eu le temps de se développer. Mais l'incertitude ne pourra durer longtemps; car, pour peu que le travail se prolonge au delà de trois ou quatre heures, la tumeur perdra de sa consistance, et sa mollesse et sa flaccidité rendront l'erreur assez difficile. Enfin, quand le bassin est un peu étroit, le plissement du cuir chevelu peut simuler une tuméfaction sur la valeur diagnostique de laquelle il est utile de se prononcer. Le meilleur moyen, dit Merriman, de juger alors par la tumeur du cuir chevelu de l'état de mort ou de vie de l'enfant, est celui-ci: Lorsque l'enfant est vivant, on voit qu'au moment où la tête est fortement poussée par la contraction, les os chevauchent les uns sur les autres, et, par suite de ce chevauchement, le cuir chevelu se trouve plissé et constitue aussi une tumeur; mais immédiatement après la douleur, la tête reprend sa forme primitive par l'expansion des os du crâne, et les plis et la tuméfaction que présentait le cuir chevelu disparaissent, ou au moins diminuent beaucoup. Tout au contraire, lorsque l'enfant est mort, l'expansibilité des os du crâne étant détruite, la tête, après la contraction, ne reprend pas sa forme et son volume primitifs, et la tumeur formée par le plissement du cuir chevelu persiste au moins en grande partie. Dans cet état de choses, la tuméfaction est quelquefois considérablement augmentée par les liquides que la pression supérieure force à s'y accumuler; et lorsqu'on est obligé de pratiquer la perforation du crâne, les praticiens savent bien qu'ils doivent traverser 1 centimètre d'épaisseur de parties molles avant d'arriver jusqu'aux os. (*Sinopsis of Merriman.*)

Si la face se présente, la mollesse des lèvres, la flaccidité et l'immobilité de la langue doivent faire soupçonner la mort de l'enfant; car, lorsqu'il est vivant, la fermeté de toutes ses parties et les mouvements de la langue sont souvent faciles à sentir.

Dans la présentation du siége, l'introduction du doigt dans l'anus fera sentir la résistance et la force de constriction du sphincter, si l'enfant est vivant; les caractères opposés seront constatés quand il sera mort.

Enfin, dans les présentations de l'épaule et du bras, le gonflement du membre, la coloration violette, permettront de croire à la vie de l'enfant.

Lorsque le cordon pend dans le vagin, sa mollesse, sa flétrissure, l'absence de pulsation de ses artères ombilicales, autorisent à croire à la mort de l'enfant.

La fétidité et l'épaisseur du liquide amniotique, l'écoulement du méconium, ont été considérés comme des signes de mort du fœtus. Quant à l'altération des eaux, elle n'a pas grande importance, car on l'a vue quelquefois coïncider avec une intégrité parfaite de la vie fœtale, mais il faut attacher plus d'importance à l'écoulement du méconium.

Il n'est pas très-rare de voir, pendant le travail, du méconium s'écouler en quantité plus ou moins grande : nous avons déjà dit que cette particularité se présentait assez souvent dans les positions de l'extrémité pelvienne, et alors elle n'a aucune importance; mais il n'en est pas de même dans toute autre présentation; car la sortie du méconium est toujours un signe fâcheux, et qui doit éveiller la sollicitude de l'accoucheur. Souvent, en effet, elle indique un état de souffrance de l'enfant, dû presque toujours à la compression du cordon ombilical. En réfléchissant au rôle que joue le placenta pendant la vie intra-utérine, on comprend facilement que l'interruption de la circulation fœto-placentaire produise l'asphyxie; celle-ci détermine une congestion cérébrale, et même quelquefois un épanchement apoplectique, d'où résulte une paralysie des sphincters de l'anus. Si à cette paralysie des sphincters on ajoute les efforts instinctifs de respiration [1] auxquels se livre le fœtus, mouvements d'autant plus violents qu'ils sont infructueux, on s'expliquera facilement comment l'écoulement du méconium peut être le résultat de la compression du cordon.

Sous le rapport du pronostic, il est important de remarquer le moment précis auquel survient la sortie du méconium : il est toujours grave quand elle ne s'opère que quelque temps après la rupture des membranes; mais quand les eaux s'écoulent, elles sont assez souvent colorées en jaune, et la présence du méconium n'est pas toujours alors un signe fâcheux. Dans quelques cas, elle peut bien se rattacher à une compression qui aurait existé plus ou moins longtemps avant la naissance, qui pendant quelques instants aurait compromis la vie du fœtus, et qui aurait tout à coup cessé par suite d'un mouvement brusque de l'enfant.

On comprend, en effet, que, pendant les derniers mois de la gestation, le cordon soit momentanément comprimé, et qu'un mouvement brusque du fœtus le déplace et rétablisse ainsi la circulation fœto-placentaire. Or, cette compression a pu être assez prolongée pour produire une menace d'asphyxie, et par suite l'écoulement du méconium.

On a cherché à distinguer par les caractères physiques du méconium si son écoulement était causé par une présentation du siége ou par un état de souffrance du fœtus. On a dit que, dans ce dernier cas, le méconium est très-fétide et moins consistant, plus délayé, plus mélangé que quand les fesses sont au-dessus de l'orifice utérin. Ces signes sont peu concluants.

En résumé : 1° l'écoulement du méconium dans les présentations du siége n'a pas de valeur; 2° dans les autres présentations et quelque temps après la rupture

[1] Mayer a vu les embryons exécuter des mouvements respiratoires, même dans l'intérieur de l'œuf, dès qu'il venait à comprimer le cordon.

des membranes, c'est toujours un signe fâcheux; 3° au moment de la rupture, il faut pour le juger avoir recours à l'auscultation.

De tous ces signes le meilleur est sans contredit celui qui est fourni par l'auscultation des battements du cœur, qui sont toujours perçus quand le fœtus est vivant. Les battements du cordon peuvent en effet ne pas être sentis, sans qu'on puisse en conclure pour cela que le fœtus a cessé de vivre. Il arrive quelquefois qu'ils s'arrêtent pendant la douleur pour reparaître plus tard pendant l'intervalle des contractions; aussi, pour que le diagnostic acquière plus d'exactitude, il faut que la cessation des pulsations ait été d'une certaine durée, au moins de dix à quinze minutes.

Dans l'accouchement par le sommet, immédiatement après l'expulsion de la tête, on achève de la dégager, en la relevant de plus en plus vers les pubis, ou en insinuant l'index sur un des côtés de la mâchoire inférieure. On cherche à voir aussitôt après si le cordon ne fait pas quelques circulaires autour du cou. Si l'on rencontre un ou plusieurs circulaires, on exerce quelques tractions sur l'extrémité placentaire du cordon, afin d'en éviter le tiraillement et prévenir la strangulation du fœtus, etc.; quand on ne peut pas en amener au dehors une assez grande portion pour être bien sûr d'empêcher de pareils accidents, il faut le couper, et terminer, en accrochant avec l'indicateur l'une ou l'autre épaule, l'accouchement le plus promptement possible [1].

Après la sortie de la tête, l'utérus, fatigué par les derniers efforts, reste quelques instants dans le repos. Il arrive assez souvent que l'enfant commence à respirer et à crier, même avant la sortie de la poitrine.

On peut alors, sans inconvénient, attendre que la contraction se réveille, en soutenant légèrement la tête pour que la bouche et le nez ne soient pas obstrués par les linges et le sang qui se trouvent entre les cuisses de la femme; mais si cette atonie se prolonge, et surtout si l'on s'aperçoit que la face du nouveau-né est rouge, tuméfiée, comme il arrive souvent après les accouchements pénibles, il ne faut pas abandonner complétement le reste du travail à la nature, mais chercher, par des frictions faites sur la paroi abdominale, à solliciter des contractions nouvelles, engager la femme à pousser. Dans presque tous les cas on termine le dégagement en faisant des tractions modérées sur la tête que l'on saisit avec les deux mains : si ces moyens sont insuffisants, on cherchera une des aisselles avec l'index courbé en crochet, et l'on opérera d'abord le dégagement de l'épaule postérieure.

Après le dégagement des épaules, l'expulsion spontanée du siége et des membres inférieurs peut encore se faire attendre, par suite du défaut d'action de la matrice.

On doit encore, et mieux vaut cela, chercher, par des frictions faites sur

[1] Ces circulaires peuvent être assez fortement serrés pour étrangler l'enfant et le tuer. En arrivant auprès d'une femme qui venait d'accoucher, je trouvai son enfant mort et encore couché auprès des parties génitales; le cordon faisait trois circulaires autour du cou, et ils étaient tellement serrés qu'on voyait une ecchymose profonde autour du cou (Guillemot).

l'abdomen, à réveiller les contractions; mais si la vie du fœtus paraissait compromise, on achèverait immédiatement l'extraction.

L'extraction artificielle des épaules ou de la partie inférieure du tronc ne doit, comme on le voit, être opérée, que lorsque l'expectation peut devenir dangereuse pour le fœtus. Quand l'expulsion est entièrement confiée à la nature, en effet, la matrice se rétracte au fur et à mesure qu'elle se désemplit, et l'on a moins à craindre l'inertie consécutive que cause quelquefois une extraction trop précipitée.

Dans les cas rares où l'occiput reste en arrière jusqu'à la fin du travail, la plupart des accoucheurs ont conseillé de chercher à ramener l'occiput en avant. Nous doutons qu'ils y puissent réussir dans la plupart des cas. Nous ne l'avons jamais vu tenter, ni nous ne l'avons jamais tenté nous-même : car, lorsque ce mouvement de rotation ne s'opère pas seul, nous croyons inutile toute tentative qui aurait pour but de l'opérer artificiellement. Toutefois la plupart des auteurs conseillent, quand la tête est descendue dans l'excavation, presque immédiatement après l'écoulement des eaux, de la faire dévier à droite ou à gauche dans l'*intervalle des contractions* (Velpeau), en glissant deux ou trois doigts, soit au devant du sacrum pour repousser l'occiput en avant, soit derrière le pubis, sur les côtés du front, pour le porter en arrière. Si nous avions jamais la pensée de tenter une pareille manœuvre, nous aimerions mieux agir pendant la contraction, car alors nous aiderions seulement la nature sans la remplacer complétement; nous préférerions, tout en agissant sur l'occiput, comme l'indique M. Velpeau, appliquer en même temps deux doigts sur les tempes du fœtus, et agir dessus de manière à faire tourner le front en arrière. Mais, nous le répétons, cette manœuvre nous paraît inutile dans la plupart des cas, car elle ne fait que hâter un mouvement de rotation qui se fût opéré plus tard sans elle; nuisible dans d'autres, car les efforts pratiqués pour l'opérer nous paraissent pouvoir exercer une fâcheuse influence et sur la mère et sur l'enfant. Dans les cas ordinaires, en effet, où la rotation s'opère naturellement, le tronc suit les mouvements de la tête; mais quand c'est avec les doigts qu'on fait tourner la tête, le tronc peut conserver sa position première, et ce mouvement de rotation forcé peut luxer l'articulation atloïdo-axoïdienne et tuer le fœtus.

Dans les présentations de la face, les anciens accoucheurs pensaient que l'accouchement spontané était impossible; aussi conseillaient-ils de chercher, dès le début du travail, à convertir la position de la face en position du sommet.

Nous savons aujourd'hui ce qu'il faut penser de ces opinions. Toutefois la rotation qui doit ramener le menton sous la symphyse des pubis, quel que soit d'ailleurs son rapport primitif au détroit supérieur (voy. *Mécanisme de l'accouchement de la face*), est difficile, pénible, quelquefois même ne s'opère pas dans les positions mento-postérieures. Nous verrons plus loin que le non-accomplissement de ce mouvement de rotation constitue une des complications les plus graves qui puissent se présenter dans la pratique, et que la craniotomie devient souvent nécessaire.

Lorsque la face est engagée au détroit inférieur, et le menton dans le vide de

l'arcade pubienne, le mouvement de flexion commence, et nous avons vu que, pendant ce quatrième temps, la pression supportée par les vaisseaux du cou peut gêner assez la circulation cérébrale pour produire la mort par congestion cérébrale. On devine dès lors avec quelle précaution l'accoucheur doit soutenir le périnée; il est évident, en effet, qu'une trop forte pression sur cette partie augmenterait la compression du cou.

L'accouchement par l'extrémité pelvienne doit être complétement abandonné à la nature, à moins de complications fâcheuses. Nous avons déjà insisté sur ce point dans une note, page 344; mais nous ne craignons pas de répéter encore le conseil de ne pratiquer aucune traction dans l'accouchement naturel par le pelvis : le redressement des bras, avons-nous dit, et quelquefois même l'extension de la tête, sont les conséquences de ces tractions imprudentes, tandis que ces complications ne se présentent presque jamais quand on confie aux contractions utérines l'expulsion complète du fœtus. Il est assez facile, du reste, de comprendre ces différents résultats. Quand l'utérus est le seul agent de la sortie de l'enfant, celui-ci est fortement poussé par les contractions de la partie supérieure de l'organe, en même temps que pressé fortement sur ses côtés par le resserrement des parois latérales. Les membres supérieurs sont donc maintenus sur la partie latérale et antérieure de la poitrine, la tête reste fléchie sur le thorax, et toutes ces parties descendent en même temps; mais lorsqu'au contraire on exerce les tractions, celles-ci ne portent évidemment que sur le tronc, celui-ci descend seul; et les bras, arrêtés par les bords du canal utérin ou le pourtour des détroits, ne participent pas à ce mouvement de descente, et se trouvent, en définitive, placés sur les côtés de la tête. Le rôle de l'accoucheur consiste exclusivement à recevoir, à soutenir les parties inférieures du fœtus à mesure qu'elles se dégagent. Au moment où le siége a franchi la vulve, il doit s'assurer de l'état du cordon ombilical. Pour cela, il glisse l'index jusqu'à l'ombilic. S'il s'aperçoit que le cordon est tiraillé à son insertion ombilicale, il joint le pouce à l'index, afin d'exercer quelques tractions seulement sur l'extrémité placentaire du cordon, et de prévenir son tiraillement et peut-être sa déchirure. Le cordon est quelquefois placé entre les cuisses de l'enfant. Il faut alors, tiraillant son extrémité placentaire, agrandir l'anse qu'il forme, et, le dégageant du membre postérieur, la placer en contact avec le périnée, parties molles dont la compression sera moins forte et par conséquent moins nuisible à la circulation que celle qu'il subirait de la part de la symphyse des pubis. S'il était trop court pour être amené à l'extérieur, il faudrait le couper, appliquer une ligature sur son extrémité ombilicale, et terminer le plus promptement possible l'accouchement.

La lenteur avec laquelle les épaules et la tête sont quelquefois expulsées est bien souvent la cause de la mort de l'enfant; car c'est seulement pendant cette dernière partie du travail que le cordon est comprimé, ou que s'opère le décollement du placenta; or, si nous avons en général interdit toute traction, il n'en saurait être de même dans cette dernière circonstance. Mais comment juger du moment au delà duquel il serait imprudent d'attendre encore ? Dès que l'asphyxie commence, l'état de souffrance du fœtus peut être assez facilement constaté en

palpant la portion du cordon qui est à l'extérieur. Si les battements conservent leur intensité, leur fréquence et leur régularité habituelles, on peut sans danger abandonner le reste de l'expulsion à la nature ; mais si, au contraire, on les sent se ralentir, ou bien s'ils deviennent plus accélérés, mais en même temps plus faibles, filiformes, et surtout intermittents ou irréguliers, il faut s'empresser de soustraire le fœtus au danger qui le menace.

Les signes fournis par l'irrégularité des battements des artères ombilicales, et auxquels les auteurs accordent une grande importance, ne sont sensibles que lorsque déjà l'asphyxie est commencée depuis assez longtemps pour qu'il ne soit pas toujours possible d'y remédier : aussi attachons-nous beaucoup plus de valeur au fait que nous allons signaler.

Lorsque la tête est seule dans l'excavation pelvienne, il arrive assez souvent qu'on voit le fœtus dilater sa poitrine brusquement, et faire un violent effort d'inspiration : ce qu'on reconnaît à une contraction convulsive et brusque du diaphragme et des muscles abdominaux qui se répète à des intervalles irréguliers ; or de pareils efforts n'ont jamais lieu tant que la circulation fœto-placentaire est intacte, puisque la dilatation pulmonaire est inutile tant que s'opère la respiration placentaire. Ces efforts annoncent donc constamment un état de souffrance, d'asphyxie imminente, auquel il faut s'empresser de soustraire l'enfant.

Lorsque la tête reste seule dans l'excavation, l'accoucheur doit engager la femme à pousser fortement, afin de hâter la terminaison du travail, et éviter que le cordon ne soit longtemps comprimé. Il pourra, pour faciliter la flexion de la tête, relever légèrement le tronc du fœtus au devant de la symphyse. Si ce mouvement de flexion paraît difficile, il peut, glissant deux doigts sous la symphyse, appuyer sur l'occiput. Il suffit souvent d'une pression légère exercée sur cette partie postérieure de la tête, pour faire basculer le grand diamètre occipito-mentonnier, et terminer l'accouchement. Lorsque la tête résiste à ces moyens, d'autres manœuvres sont nécessaires ; mais elles rentrent dans l'accouchement manuel : nous en parlerons à l'article *Version*.

Enfin, si l'extraction immédiate de la tête était impossible, on pourrait chercher à introduire l'index et le médius dans la bouche de l'enfant, les écarter légèrement, et laisser entre eux un vide à l'aide duquel l'air extérieur arriverait à la bouche : à l'aide d'une sonde un peu grosse dirigée au fond de la bouche, on obtiendrait plus sûrement le même résultat.

CHAPITRE VIII

DES SOINS QUE L'ACCOUCHEUR DOIT DONNER A LA FEMME ET A L'ENFANT IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT

ARTICLE PREMIER

DES SOINS A DONNER A LA FEMME IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Aussitôt après l'expulsion de l'enfant, l'accoucheur doit porter la main sur le ventre de la mère pour rechercher s'il n'y a pas un second enfant. Dans tous les cas il doit s'assurer que l'utérus se rétrécit, revient sur lui-même, car son inertie devrait faire craindre une hémorrhagie ; il est même bon de vérifier directement qu'il ne s'écoule pas une trop grande quantité de sang par la vulve.

L'expulsion du placenta et de ses annexes, qu'elle soit spontanée ou aidée par l'accoucheur, s'opère en général peu de temps après la sortie du fœtus. (Voyez *Délivrance*.)

Après la délivrance, l'accoucheur doit s'assurer par le toucher extérieur et vaginal, si le placenta n'a pas entraîné ou renversé le fond de la matrice, afin d'y remédier sur-le-champ. Quand tout est dans l'ordre naturel, on fait quelques frictions avec la main sur la région hypogastrique : on les réitère de temps en temps pour exciter la contractilité du tissu de l'organe, pour favoriser son dégorgement et l'expulsion des caillots qu'il pourrait contenir. On laisse pendant quelques instants la femme sur le petit lit où elle est accouchée, afin qu'elle s'y repose un peu, et que l'utérus et le vagin aient le temps de se débarrasser du sang qui s'écoule dans les premiers instants avec abondance, et qui salirait les linges dont on va l'envelopper. Ces premiers instants sont d'ailleurs ordinairement consacrés à donner à l'enfant les soins que nous indiquerons plus bas. La femme doit rester couchée sur le petit lit un temps plus long encore, lorsque l'accouchement a été précédé ou suivi de syncope, d'hémorrhagie ou de tout autre accident, de même que lorsqu'on a lieu de craindre quelque chose de semblable ; mais il faut qu'elle y soit proprement, ce qu'on obtient en substituant des linges secs à ceux qui sont mouillés. Elle doit être couchée horizontalement, les cuisses allongées, peu couverte, et dans le silence et le repos le plus absolu du corps et de l'esprit.

Au bout d'une demi-heure à peu près, on s'occupe spécialement de l'accouchée. On lave d'abord avec précaution et douceur les parties génitales et la partie supérieure des cuisses avec de l'eau tiède, seule ou mêlée d'un peu de vin ; puis on essuie avec des linges bien secs et chauffés. On débarrasse la femme de tous les vêtements qu'elle portait pendant le travail, et qui sont salis par la sueur, les écoulements et les matières fécales, puis on les remplace par des vêtements bien secs, bien chauffés. Leur forme est peu importante ; il suffit qu'ils soient assez larges pour ne gêner en aucune façon la malade, et pour qu'elle puisse en