

des fesses. — L'abaissement prophylactique est destiné à prévenir les difficultés que l'on rencontre parfois pour extraire le siège, mode des fesses, qui fournit une prise défectueuse au forceps, fragile aux lacs, et si souvent inaccessible aux doigts pour les tractions inguinales. Grâce à la déflexion d'un membre inférieur, on pourra tirer avec force et sans danger, si l'indication s'en présente.

« En ayant recours au manuel opératoire préconisé par le professeur Pinard, on peut abaisser un pied, quel que soit le degré d'engagement du siège. L'opération est plus difficile à exécuter quand le siège est très engagé; néanmoins elle peut être menée à bien même quand les fesses appuient déjà sur le périnée.

« Jamais on n'interviendra pendant la période de dilatation; le temps d'élection est le moment qui suit la rupture des membranes à la dilatation complète. — On abaissera de préférence le pied antérieur, et on facilitera, au besoin, l'abaissement de ce pied à l'aide de manœuvres externes.

« Si la déflexion d'un membre inférieur a été pratiquée dans un but prophylactique, on abandonnera l'accouchement à lui-même à moins d'indication contraire. »

## CHAPITRE VI

### PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

Nous avons vu (p. 311) que le fœtus peut se présenter par le plan latéral, non seulement pendant la grossesse, mais pendant le travail, et qu'on donne à cette attitude du fœtus le nom de *présentation de l'épaule*.

Rappelons qu'il y a deux présentations de l'épaule, celle de l'épaule *droite* et celle de l'épaule *gauche*, et que chaque épaule peut se présenter en position *droite* ou *gauche*, la variété de position étant toujours *transversale*.

**Fréquence.** — Les présentations de l'épaule sont rares : si l'on prend un chiffre brut, on trouve qu'il y a une présentation de l'épaule sur 125 accouchements (Pinard), mais si l'on ne prend dans cette statistique que les cas dans lesquels le fœtus était à terme, on trouve une proportion beaucoup moins élevée (1 sur 200 environ).

Cette proportion est tout à fait minime chez les primipares, chez lesquelles la présentation de l'épaule est six fois moins fréquente que chez les multipares. Elle est surtout très faible, aussi bien chez les primipares que chez les multipares, lorsque les femmes sont surveillées dans les derniers temps de leur grossesse.

**Causes.** — Chez les *primipares*, la seule cause vraiment efficace de présentation de l'épaule pendant la grossesse est une *malformation de*

*l'utérus* qui a son grand axe dirigé transversalement. Chez les femmes présentant cette malformation ou chez lesquelles il existe une cloison divisant en deux la cavité utérine, on voit se reproduire presque fatalement à chaque grossesse une présentation de l'épaule.

Chez les *multipares*, toute cause de non-accommodation du fœtus peut produire une présentation de l'épaule; ainsi : rétrécissement du bassin, placenta inséré sur le segment inférieur, hydramnios, fœtus petit, grossesse gémellaire, obliquité utérine sont autant de causes pouvant produire une présentation de l'épaule.

En outre, chez les multipares le relâchement des muscles de la paroi abdominale et le défaut de tonicité du muscle utérin surmené par les grossesses antérieures, peuvent causer la présentation de l'épaule : le fœtus, n'étant point soutenu, maintenu par l'utérus et la paroi abdominale, n'a pas de tendance à s'accommoder. — Assez souvent plusieurs de ces causes se trouvent réunies chez la même femme et concourent à déterminer une présentation de l'épaule.

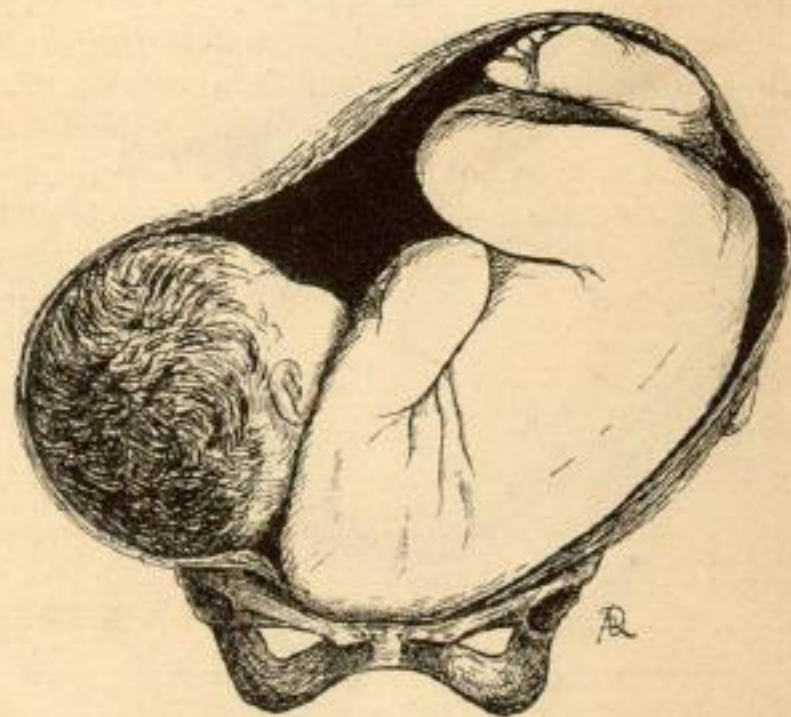


Fig. 292. — Présentation de l'épaule gauche en position droite.

**Signes et diagnostic.** — Les signes de la présentation de l'épaule diffèrent quelque peu pendant la grossesse et pendant le travail.

*a. Pendant la grossesse.* — En découvrant l'abdomen d'une femme chez laquelle le fœtus non accommodé se présente par le plan latéral, on est, dans certains cas, frappé de la configuration de l'utérus dont le grand diamètre, au lieu d'être vertical, se trouve horizontal; parfois, si le fœtus est accommodé aux diamètres du grand bassin, on trouve que la partie inférieure est très élargie.

Le *palper* méthodique fait reconnaître que l'excavation est vide, qu'il n'y a pas de partie fœtale engagée; la main portée vers l'une des fosses iliaques y constate, plus ou moins éloignée du bord de l'excavation, une tumeur dure, arrondie, mobile, et donnant d'une manière plus ou moins nette la sensation du ballotement céphalique : c'est la tête.

La main est portée du côté opposé de l'utérus : elle y trouve une tumeur plus volumineuse, irrégulière, accompagnée de petites parties fœtales : c'est le *siège*. — Tantôt le fœtus présente cette attitude, le siège étant plus élevé

que la tête; dans d'autres cas la tête est au contraire dans la partie haute de l'utérus, le siège reposant sur l'une des fosses iliaques.

Continuant l'exploration, la main reconnaît qu'une surface large, régulière, réunit les deux extrémités fœtales : c'est le dos du fœtus qui se trouve en avant.

Il est exceptionnel de trouver, pendant la grossesse, le dos en arrière : la main ne sent plus ce plan résistant qui réunissait les deux pôles; tout au plus arrive-t-elle sur le plan latéral. Ce qu'elle perçoit, ce sont de multiples parties fœtales, baignant dans le liquide amniotique.

L'auscultation ne peut suffire à elle seule à établir le diagnostic de pré-

sentation de l'épaule : sans doute, comme l'a fait remarquer Depaul, le foyer d'auscultation est situé bas, au-dessous de l'ombilic, mais les bruits du cœur ne se transmettent généralement pas suivant une ligne horizontale, mais bien suivant une ligne oblique qui répond à l'incurvation du tronc du fœtus.

Le toucher ne donne que des renseignements négatifs en faisant constater que l'excavation

est vide, qu'il n'y a pas de partie fœtale engagée.

C'est donc seulement à l'aide du palper qu'on établit le diagnostic : on se place par la pensée dans la même attitude que le fœtus et on arrive à reconnaître quelle est l'épaule qui se présente. — Ainsi le dos est-il en avant, la tête dans la fosse iliaque droite, le siège dans la partie gauche de l'utérus : il s'agit d'une présentation de l'épaule gauche en position droite (fig. 292). Le foyer d'auscultation est près de la ligne médiane, et assez bas : les bruits du cœur y sont assez forts et retentissants.

S'agit-il d'une position gauche de l'épaule droite (fig. 293), la tête est dans la fosse iliaque gauche, le siège plus ou moins relevé vers l'hypochondre droit; le dos est en avant. Les bruits du cœur s'entendent par le plan latéral gauche qui est supérieur : le foyer d'auscultation est donc au-dessous de l'ombilic, les bruits du cœur sont très fortement entendus.

Si par exception le fœtus se présente le dos en arrière, on peut observer deux attitudes différentes :

1° Présentation de l'épaule droite en position droite; la tête est à droite,

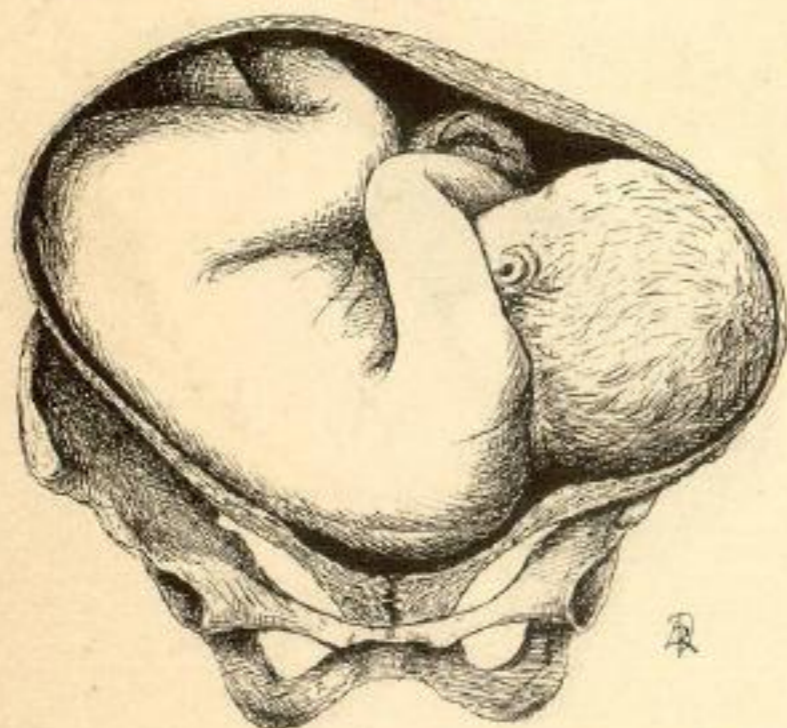


Fig. 293. — Présentation de l'épaule droite en position gauche.

le siège est à gauche (fig. 294). Foyer d'auscultation situé sur la ligne médiane, près de l'ombilic; bruits du cœur très intenses, puisqu'on ausculte presque directement la région précordiale; 2° présentation de l'épaule gauche en position gauche : la tête est à gauche, le siège est à droite. Le foyer d'auscultation est situé sur la ligne médiane, très bas, mais avec des bruits du cœur très accentués.

b. Pendant le travail. — Au début du travail et tant que les membranes ne sont pas rompues, c'est par le

palper qu'on arrive le mieux à reconnaître que le fœtus se présente transversalement; le diagnostic est seulement un peu plus difficile que pendant la grossesse, en raison des contractions utérines qui gênent l'exploration.

Une poche des eaux volumineuse doit appeler l'attention sur la possibilité d'une présentation de l'épaule; lorsqu'on trouve dans cette poche des eaux une petite partie fœtale, on peut songer à une présentation de l'épaule, mais il ne faut pas oublier qu'avec une

présentation du sommet une main procidente peut précéder la partie fœtale; de plus, il n'est point facile à travers la poche des eaux de distinguer une main d'un pied; par une exploration trop prolongée on risque de rompre cette poche. Aussi est-ce surtout sur le palper qu'il faut compter comme pendant la grossesse pour établir le diagnostic.

Lorsqu'au contraire les membranes sont rompues, le diagnostic par le palper devient très difficile, sinon impossible, lorsque l'examen est pratiqué longtemps après la rupture de la poche des eaux. L'utérus est alors directement appliqué sur le fœtus; il est d'autant plus difficile de bien reconnaître l'attitude de ce dernier que, sous l'influence des contractions, l'ovoïde fœtal se redresse de telle manière que ses deux extrémités se trouvent rapprochées l'une de l'autre (fig. 295). L'auscultation indique seulement que le foyer



Fig. 294. — Présentation de l'épaule droite en position droite (variété brachiale). (Femme en travail.)

maximum siège bas, ce qui ne suffit pas à éclairer le diagnostic.

Le *toucher* acquiert ici toute son importance, surtout le *toucher manuel* : en introduisant la main dans le vagin, on arrive en haut sur une surface allongée, présentant alternativement des saillies osseuses et des dépressions peu marquées. Les saillies sont constituées par les côtes, les dépressions par les espaces intercostaux : d'où le nom de *gril costal* qui sert à caractériser, en les résumant, ces diverses sensations. Lorsqu'on est ainsi arrivé sur le *gril costal*, on peut affirmer que le fœtus se présente par le plan latéral.

Reste à déterminer quel est ce plan, quelle est l'épaule qui cherche à plonger dans le bassin. Le diagnostic est plus ou moins facile suivant que le *membre supérieur correspondant à l'épaule qui se présente est abaissé au-devant du fœtus* ou suivant que ce membre reste accolé au tronc.

A. Le *membre supérieur est descendu en partie ou en totalité au-dessous du tronc*. Dans certains cas la main et une partie de l'avant-bras sont hors de la vulve, ce qui permet d'affirmer qu'il y a présentation de l'épaule (la procidence d'une main avec une présentation du sommet n'est jamais aussi complète) et d'indiquer quelle est l'épaule qui

se présente. Si la main est seulement dans le vagin, on l'amène au dehors et l'on cherche quelle est cette main, si c'est la droite ou la gauche : il est bien évident qu'elle sera de même nom que l'épaule qui se présente.

Pour reconnaître quelle est la main qui se trouve hors des organes génitaux, on la dispose de telle manière que sa face palmaire regarde en haut et en avant : la main (et par conséquent l'épaule) est de même nom que la cuisse de la femme vers laquelle est dirigé le pouce.

Une *autre manière d'établir ce diagnostic* est de superposer, par la pensée ou en réalité, la main de l'observateur sur celle du fœtus : il est ainsi facile de voir quelle est la main — l'épaule — qui se présente.

Reste à déterminer *quelle position* occupe cette épaule : pour cela on suit l'avant-bras, le bras jusqu'à l'aisselle et l'on se rappelle que le fond de l'ai-



Fig. 295. — Présentation de l'épaule droite (variété brachiale) en position droite.

Les membranes sont rompues. L'utérus est rétracté sur le fœtus, dont les extrémités pelvienne et céphalique sont rapprochées l'une de l'autre.

selle répond à l'acromion, tandis que l'ouverture, la base de l'aisselle, est dirigée du côté du siège du fœtus. A-t-on diagnostiqué, par exemple, une présentation de l'épaule droite, le doigt, pénétrant dans l'aisselle, se dirige vers la gauche, indiquant la région qu'occupe l'acromion et par suite la tête : il ne peut s'agir que d'une *position gauche de l'épaule droite*, c'est-à-dire que le dos du fœtus est en avant (fig. 297). Pour se rendre compte de cette orientation du fœtus, il suffit de se mettre par la pensée à sa place.

Quelquefois il est très difficile d'atteindre avec le doigt le creux de l'aisselle et de reconnaître

quelle est son orientation. On cherche alors avec la main si le dos du fœtus se trouve en avant ou en arrière : rien de plus facile que d'en conclure la position de l'épaule. Ainsi est-ce l'épaule *gauche* qui se présente, *dos en arrière* : le fœtus ne peut être dans cette attitude que dans la *présentation de l'épaule gauche, position gauche* (fig. 296).

La présence de la main du fœtus dans le vagin ou hors des organes génitaux faci-

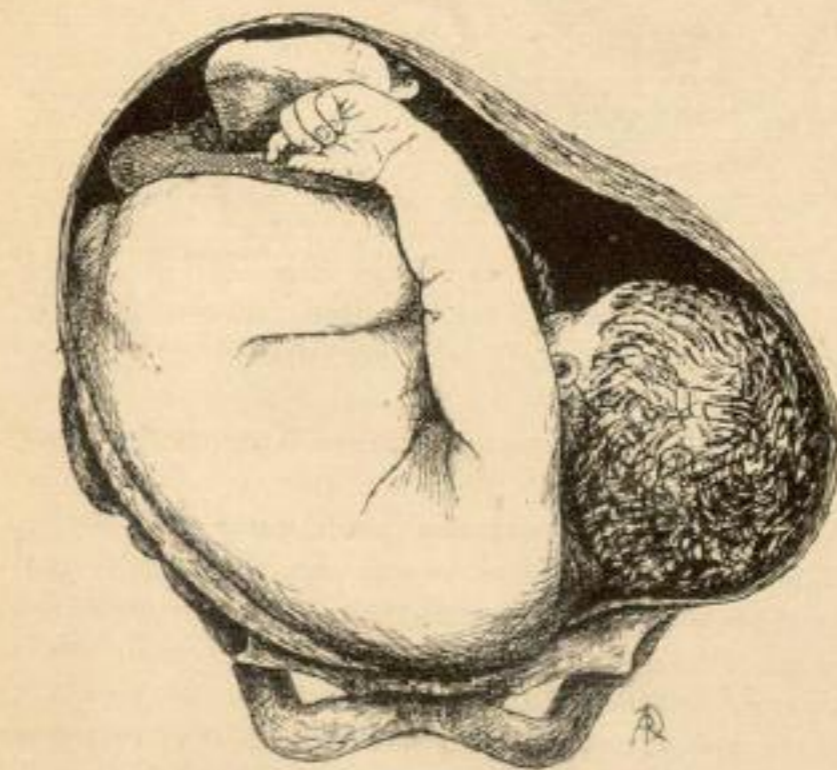


Fig. 297. — Présentation de l'épaule droite en position gauche (variété acromiale).

lilite donc le diagnostic de la présentation de l'épaule : nous verrons, à

propos de la conduite à tenir, qu'elle rend plus facile un des actes de la version.

*B. Le membre supérieur est accolé au tronc.* — Lorsque le bras reste accolé au tronc, le diagnostic présente un peu plus de difficultés. Quelquefois on peut défléchir ce bras, amener la main dans le vagin ou au dehors : le diagnostic se fait alors comme dans le cas précédent.

Comment arrive-t-on au diagnostic lorsque le bras est difficile à abaisser ou lorsqu'on ne se soucie pas de pratiquer cette manœuvre? On touche profondément avec la main; on contourne le petit cylindre (humérus) accolé au gros cylindre (tronc) et on arrive sur la colonne vertébrale qui indique si le dos est en avant ou en arrière; on cherche ensuite à reconnaître l'orientation de l'épaule.

Pour cela, après avoir eu la sensation du gril costal, on remonte avec



Fig. 298. — Présentation de l'épaule droite en position gauche. (D'après Farabeuf et Varnier.)

le doigt [transversalement jusqu'à ce qu'on arrive au niveau du creux de l'aisselle : si le fond de l'aisselle est situé vers la gauche, il s'agit d'une position gauche (fig. 298). Le diagnostic est fait; car on sait qu'il s'agit d'une position gauche et l'on sait déjà où est le dos. S'il est en avant, le fœtus se présente forcément par l'épaule droite; si le dos est en arrière, le fœtus se présente par l'épaule gauche.

Inversement si, le dos étant en avant, on trouve que le fond de l'aisselle est situé vers la droite, il s'agit d'une position droite (fig. 299). Le fœtus ne peut avoir cette attitude que dans la présentation de l'épaule gauche en position droite.

Citerons-nous les cas tout à fait exceptionnels où le diagnostic doit être fait sur un fœtus dont un bras a été au préalable arraché ou sectionné par un opérateur maladroit? C'est en cherchant à reconnaître la présence de la *clavicule*, la situation de la *colonne vertébrale*, qu'on établit le diagnostic.

**TERMINAISONS.** — Lorsque le fœtus se présente par l'épaule chez une

femme en travail, il peut arriver *exceptionnellement* que cette mauvaise présentation se transforme en une meilleure (*version spontanée*) ou que le fœtus, petit ou macéré, soit expulsé par un mécanisme (*évolution spontanée*) analogue à celui que nous avons étudié à propos des autres présentations.

*A. Version spontanée.* — La version spontanée a été bien observée, dès 1772, par A. Denman (de Londres), qui vit que la présentation de l'épaule pouvait se transformer spontanément en présentation du siège (Version pelvienne) ou du sommet (Version céphalique) par suite du glissement du fœtus au niveau de l'aire du détroit supérieur : dans le premier cas, ce glissement fait successivement occuper par le flanc, puis par le siège du fœtus, la situation précédemment occupée par l'épaule; dans le second, il fait remonter l'épaule du côté où se trouve le siège et ramène la tête en bas.

*B. Évolution spontanée. Mécanisme de l'accouchement.* — L'évolution



Fig. 299. — Présentation de l'épaule gauche en position droite. (D'après Farabeuf et Varnier.)

spontanée est plus rare encore que la version spontanée. Signalée par Douglas, elle fut admise par différents auteurs et en particulier par P. Dubois, qui la décrit ainsi : « Après la rupture des membranes, le premier effet des contractions utérines, c'est le pelotonnement du fœtus; celui-ci se moule dans la cavité contractile dans laquelle il est contenu. Puis les contractions continuant avec énergie, l'épaule s'engage dans la filière du bassin; alors le pelotonnement du fœtus est plus considérable; l'épaule arrive au détroit inférieur sur le plancher du bassin. Là le fœtus subit un mouvement de rotation qui place l'épaule sous le pubis; alors le bras se dégage hors de la vulve. Dans le mouvement de rotation, la tête s'est trouvée portée au-dessus du pubis. Si l'on suppose maintenant des contractions énergiques, celles-ci engagent le fœtus dans l'excavation du bassin... On verra donc se dégager le côté de la poitrine, le côté proprement dit, les hanches, puis les fesses. »

On retrouve ainsi, dans ce dégagement du fœtus par *évolution spontanée*, les temps similaires du mécanisme normal de l'accouchement en présentation du sommet.

**1<sup>er</sup> Temps** d'amointrissement par *pelotonnement*. — Le fœtus se tasse sur lui-même sous l'influence des contractions utérines répétées.

La figure 500, qui représente un fœtus de 2480 grammes ayant subi l'évolution spontanée (la photographie a été faite par Ribemont-Dessaignes peu de temps après l'expulsion) montre bien quelle attitude le fœtus est obligé de prendre pour pouvoir ainsi traverser la filière pelvienne.

Il est facile de comprendre, en voyant la figure 501, qui représente une coupe du même fœtus dans cette attitude, que le fœtus doit presque fatalement succomber : les principaux organes abdominaux sont fortement comprimés par la tête fœtale.

**2<sup>e</sup> Temps.** *Descente ou engagement.* — Sous l'influence des contractions répétées de l'utérus et du tassement que subit le fœtus, l'épaule pénètre de plus en plus dans l'excavation; elle s'abaisse de telle sorte qu'à un moment donné le membre supérieur homonyme est complètement hors de la vulve. Pendant ce mouvement de descente, la tête fœtale reste élevée au-dessus du détroit supérieur.

**3<sup>e</sup> Temps.** *Rotation extra-pelvienne du tronc.* — Pour que l'épaule puisse s'abaisser complètement, il faut que le fœtus exécute un mouvement de rotation tel que la partie dorsale et supérieure du tronc vienne se mettre



Fig. 500. — Fœtus s'étant présenté par l'épaule et dessiné (d'après une photographie) dans l'attitude qu'il occupait pendant l'évolution spontanée. (Ribemont-Dessaignes.)

en rapport avec la symphyse pubienne. C'est à partir de ce moment que l'utérus, agissant surtout sur le siège du fœtus, va le pousser de telle sorte que le tronc s'engage de plus en plus.

**4<sup>e</sup> Temps.** *Dégagement du tronc.* — Lorsque ce mouvement de rotation est ainsi accompli, le tronc du fœtus s'engage de plus en plus, dilate le bassin mou et vient se dérouler pour ainsi dire au-dessous de la symphyse du pubis.

Sur la figure 502, on voit comment le dégagement du fœtus commence. L'épaule droite est retenue sous la symphyse; la région dorsale du fœtus se dégage suivant une direction oblique d'arrière en avant et de gauche à droite; l'épaule gauche est en rapport avec la commissure postérieure de la vulve.

C'est grâce à ce mouvement de progression que peu à peu (fig. 505) les deux épaules sont hors de la vulve, ainsi que la plus grande partie du thorax : la vulve est alors extrêmement dilatée.

Lorsque le tronc est en partie dégagé, il subit un mouvement de rotation qui ramène le dos en avant; les épaules se redressent, et le siège se dégage sans grande

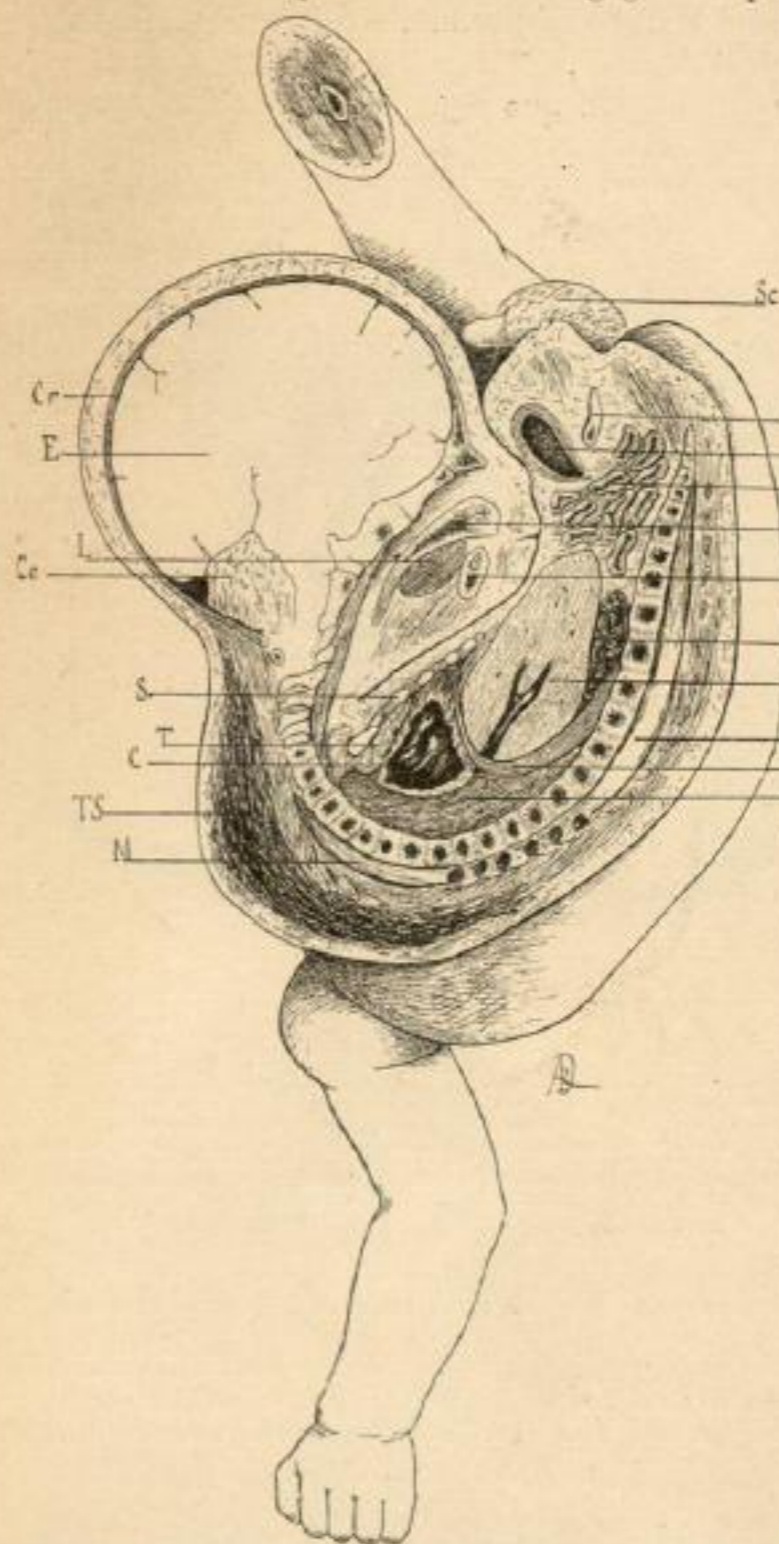


Fig. 501. — Coupe après congélation du fœtus représenté sur la fig. 500. Cr, Voûte crânienne. E, Encéphale. L, Langue. Ce, Cervelet. C, Cœur. TS, Tumeur séro-sanguine. M, Moelle. Po, Poumon. D, Diaphragme. F, Foie. Pa, Pancréas. M, Maxillaire inférieur. Vp, Voûte palatine. Ve, Vessie. Sp, Symphyse pubienne. Sc, Scrotum.

difficulté au voisinage de la commissure postérieure (fig. 504).

**5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> Temps.** — Lorsque le tronc et les épaules sont dégagés, la tête descend dans l'excavation et ne tarde pas à se dégager (fig. 505), suivant

le même mécanisme que la tête dernière dans la présentation du siège. Le plus habituellement, en raison de son petit volume, de son peu de consistance, la tête fœtale est rapidement expulsée sans qu'il soit besoin d'intervenir; si cependant elle est retenue dans la filière pelvienne, il suffit de pratiquer la manœuvre de Mauriceau pour la dégager.

Ce n'est pas sans quelque hésitation que nous avons décrit l'évolution spontanée et surtout reproduit les figures qui donnent la reproduction d'après nature de ce mécanisme *si rare* de l'accouchement; c'est, en effet, une terminaison de la présentation de l'épaule qu'il vaudrait peut-être mieux ignorer. La considérer comme une terminaison favorable et assez fréquente de la présentation de l'épaule *serait une erreur dangereuse*.

Pour que cette évolution spontanée puisse en effet s'accomplir, il faut la réunion de plusieurs conditions favorables: bassin large, enfant petit ou macéré, contractions utérines énergiques et rapprochées. La mort de l'enfant est la conséquence presque forcée de cette terminaison de la présentation de l'épaule; elle n'est pas possible avec un fœtus à terme, normalement développé.

Aussi ne faut-il jamais compter, dans la pratique, ni sur la version spontanée ni sur l'évolution spontanée, qui sont des faits exceptionnels; il faut au contraire se rappeler que si l'on abandonne à elle-même une femme chez laquelle le fœtus se présente par l'épaule, elle est vouée, ainsi que lui, à une mort presque certaine.

**Pronostic.** — La présentation de l'épaule ne comporte un pronostic sérieux pour le fœtus et pour la mère qu'autant qu'elle n'est point diagnostiquée de bonne heure et traitée en conséquence: si on la reconnaît en effet assez tôt pour pouvoir pratiquer la *version par manœuvres externes*, la présentation vicieuse a disparu sans avoir aucunement nui ni à la mère ni à l'enfant.

Si la femme arrive à la fin du travail sans que les membranes soient

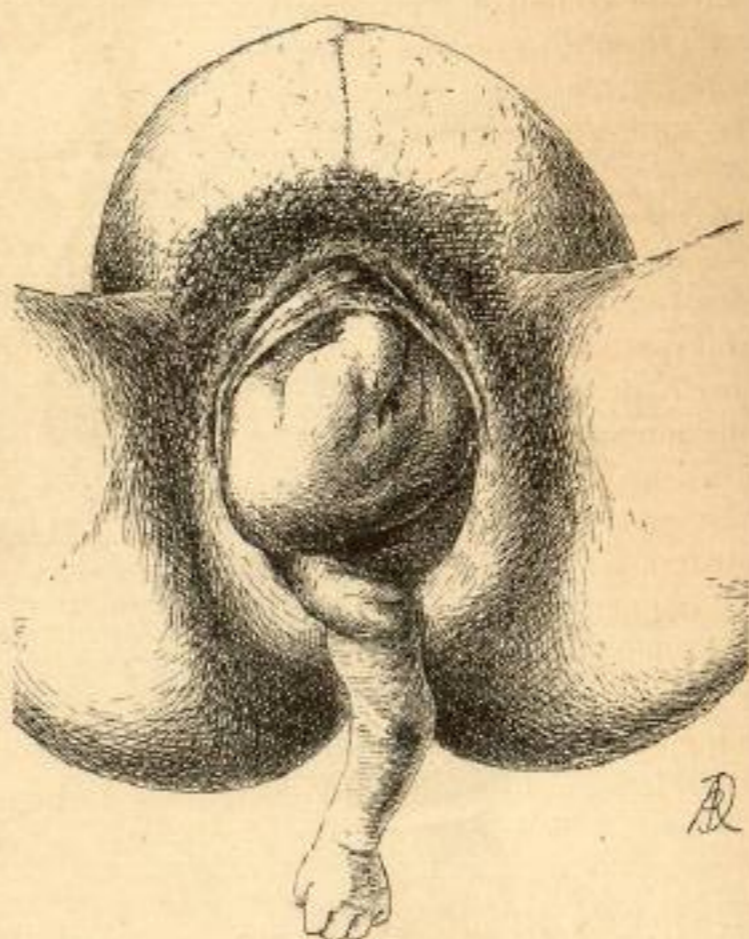


Fig. 502. — Présentation de l'épaule gauche en position droite. Evolution spontanée.

Le tronc est en train de se dégager. Le cou et le moignon de l'épaule droite sont en contact avec la face postérieure de la symphyse. (D'après nature.)

rompues, et si l'on intervient à ce moment, le pronostic est celui de la version par manœuvres internes.

Il devient plus sérieux lorsqu'on laisse passer ce moment d'élection, lorsque la présentation vicieuse est méconnue, *négligée*: le fœtus succombe par suite des troubles persistants de la circulation fœto-placentaire, ou de la compression du cordon; la femme s'épuise en efforts inutiles, elle est exposée à la rupture du muscle utérin, qui se contracte constamment et qui s'amincit au niveau du segment inférieur.

Le pronostic était surtout grave autrefois, à l'époque où l'on donnait du seigle ergoté pour relever l'énergie du muscle utérin: au lieu de se rendre compte de l'obstacle et de chercher à le faire disparaître, on essayait ainsi d'augmenter la force qui luttait

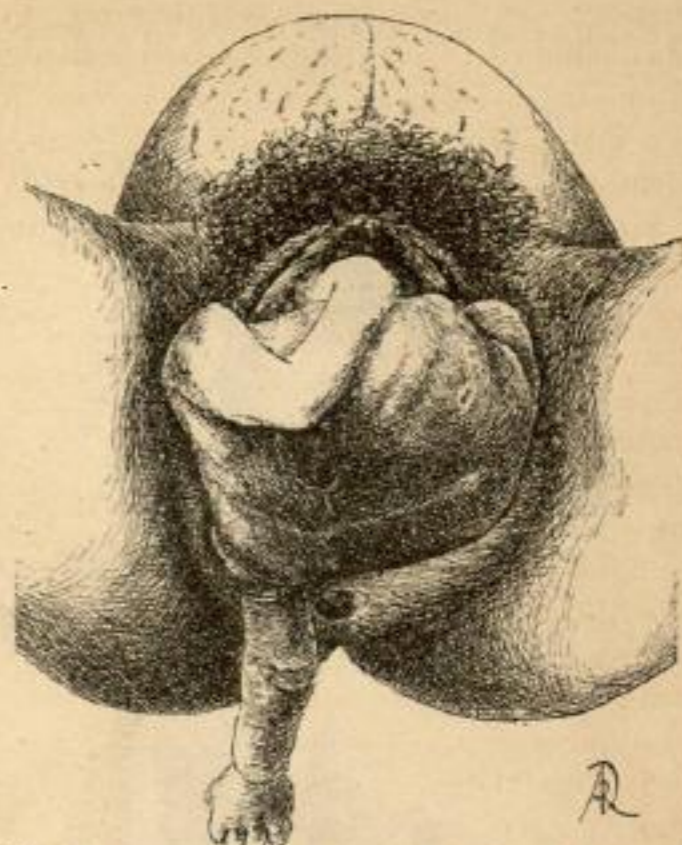


Fig. 505. — Présentation de l'épaule gauche en position droite. Evolution spontanée.

Le dégagement s'accuse de plus en plus: l'épaule droite est complètement sortie ainsi que la plus grande partie du tronc. (D'après nature.)



Fig. 504. — Présentation de l'épaule. Evolution spontanée. Le tronc est complètement sorti des organes génitaux: le siège est également dégagé et les membres inférieurs tout bientôt sortir complètement. (D'après nature.)

en vain contre l'obstacle.

Aussi peut-on affirmer que lorsqu'il y a présentation de l'épaule, le pronostic est de gravité variable suivant le moment auquel est fait le diagnostic et suivant la conduite qui est tenue.

**Conduite à tenir dans les présentations de l'épaule.** — Pendant la grossesse. Toute présentation transversale doit être transformée en présentation longitudinale pendant les derniers temps de la grossesse; nombre d'accoucheurs préfèrent ramener l'extrémité céphalique en bas, pratiquer la version *céphalique* par manœuvres externes; quelques-uns préconisent la

version *pelvienne* dans les cas de fibromes du segment inférieur, de placenta inséré sur cette région.

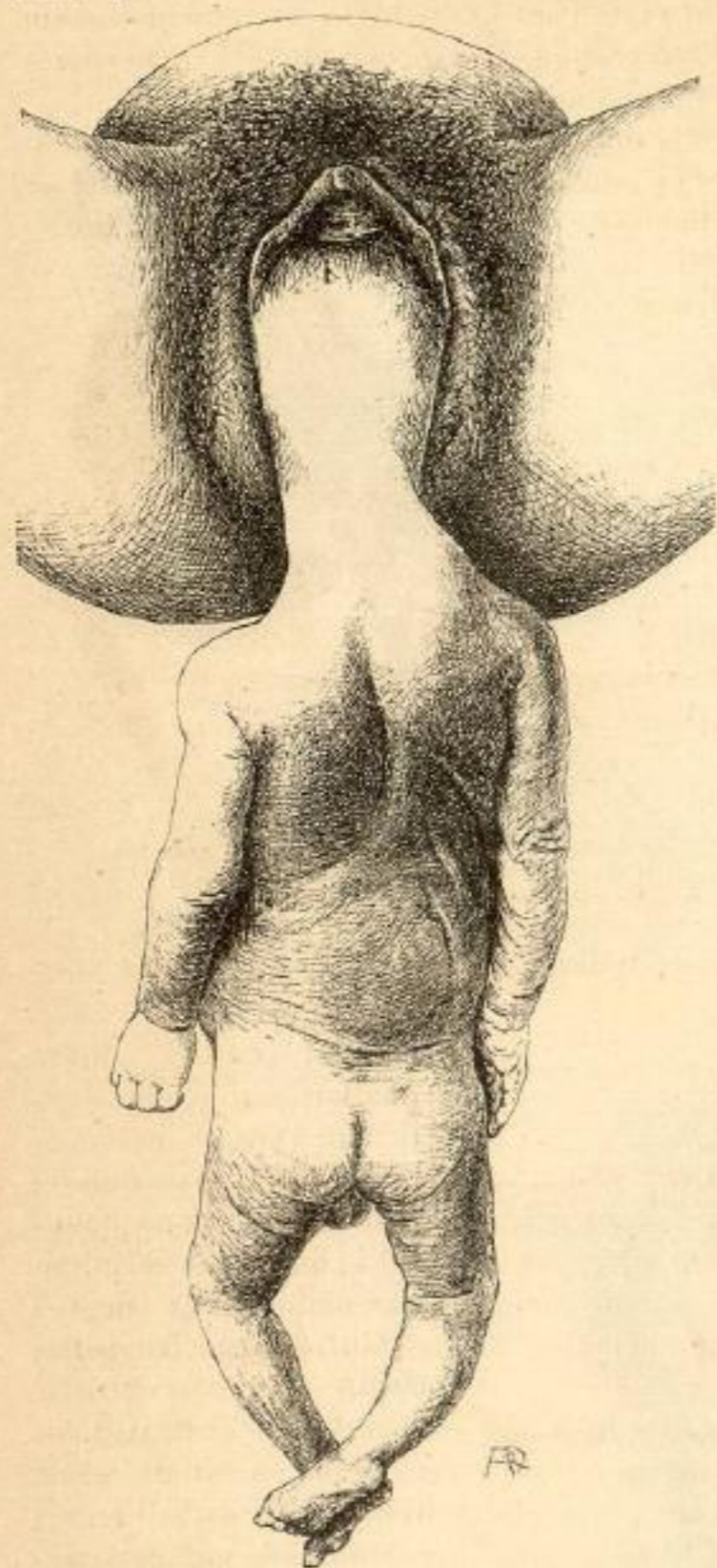


Fig. 505. — Fœtus mort s'étant présenté par l'épaule et ayant subi l'évolution spontanée.

Le tronc est complètement hors de la vulve; le cou est allongé, la tête seule est retenue dans le bassin mou, la rotation étant faite. (D'après nature.)

bon de la maintenir à l'aide d'une ceinture ou, mieux encore, de rompre les membranes, de manière que la tête s'amorce définitivement

inséré sur cette région.

Il nous semble préférable de toujours tenter la version *céphalique*; puis, lorsque la tête est ainsi ramenée au niveau de l'aire du détroit supérieur, de l'y maintenir à l'aide d'une ceinture appropriée. Dans les cas où il est impossible de ramener la tête en bas, mieux vaut essayer la version *pelvienne* par manœuvres externes que de laisser une présentation *transversale*.

Dans quelques cas (en particulier chez les primipares ayant une malformation utérine), la version par manœuvres externes peut être impossible, même sous le chloroforme; il faut alors surveiller avec grand soin le travail et intervenir dès qu'il sera possible, à l'aide de la version *podalique* par manœuvres internes.

*Pendant le travail.* — Lorsqu'on est appelé au début du travail pour une femme chez laquelle le fœtus se présente par l'épaule, si les membranes sont intactes, il faut tenter la version par manœuvres externes et pour cela recourir au besoin au chloroforme; une fois la tête ramenée au niveau du détroit supérieur, il est

Les membranes étant rompues, si la dilatation se fait trop lentement, on doit, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, la hâter en introduisant un ballon de Champetier de Ribes; on pratique ensuite la version par manœuvres internes lorsque la dilatation est complète.

Lorsqu'on ne peut parvenir à pratiquer la version par manœuvres externes, il faut se garder de rompre les membranes, qu'il est précieux de conserver intactes jusqu'à la dilatation complète. Pour cela on maintient la femme au lit, on lui recommande de ne pas faire d'efforts et on s'abstient de pratiquer le toucher pendant la contraction utérine. — Quelquefois la dilatation est insuffisante pour permettre l'extraction du fœtus, mais la main peut sans difficulté pénétrer dans l'utérus et saisir un pied; on aide au besoin cette évolution du fœtus par des manœuvres externes, et, lorsque le siège est ainsi ramené, on laisse la dilatation s'achever et l'accouchement se terminer spontanément.



Fig. 506. — Bosse séro-sanguine observée sur un fœtus s'étant présenté par le dos.

Lorsque le fœtus est mort et macéré, si les membranes sont intactes, on peut tenter la version par manœuvres externes: on échouera souvent en raison des sensations peu nettes que donne le fœtus en pareille circonstance. Il faut éviter avec soin de rompre les membranes avant que la dilatation ne soit complète; si cet incident vient à se produire, on accélère cette dilatation à l'aide du ballon Champetier de Ribes.

Sitôt que l'orifice est dilaté ou dilatable, ce n'est point à la version, mais à l'embryotomie cervicale qu'il faut recourir; il en est de même lorsque le fœtus succombe au cours du travail ou lorsque l'utérus est trop fortement rétracté sur le fœtus pour que l'évolution soit possible.

*Des déformations plastiques observées sur les fœtus qui se présentent par l'épaule.* — Lorsque le fœtus se présente par l'épaule, tant que les membranes ne sont pas rompues, il ne se produit pas de déformation particulière; mais sous l'influence du travail, si la présentation de l'épaule n'est pas corrigée à temps, les phénomènes de stase sanguine qui constituent la bosse séro-sanguine dans la présentation du sommet se manifestent sur la partie du tronc située en bas. Si le bras est dans le vagin et surtout

s'il est hors des organes génitaux, il se tuméfie, devient violacé et reste gros pendant les quelques jours qui suivent la naissance.

La figure 506 reproduit une bosse séro-sanguine observée à Lariboisière, dans le service de Pinard, sur un fœtus qui se présentait dans une attitude particulière : au lieu de répondre franchement au détroit supérieur par son plan latéral gauche, le fœtus était orienté de telle sorte que le dos était en réalité accessible.

#### MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT EN GÉNÉRAL

Après avoir étudié les différentes présentations du fœtus dans la cavité utérine et la manière dont il est expulsé pour chacune d'elles pendant l'accouchement, nous pouvons faire la synthèse du mécanisme de cet acte physiologique.

Quelle que soit l'attitude du fœtus, l'accouchement consiste à résoudre le problème de mécanisme suivant :

*Faire passer à travers un canal courbe à calibre variable, inextensible en partie, et en partie modifiable, un corps composé de deux segments dont l'un, plus volumineux, moins réductible (extrémité céphalique), est relié à l'autre (tronc) par une tige flexible, mais courte : le cou.*

La souplesse de la colonne vertébrale permet à chacun des segments fœtaux d'exécuter des mouvements de flexion, d'extension ou d'inclinaison latérale et de subir un mouvement de torsion qui peut être porté à 180 degrés sans inconvénient pour la vie du fœtus.

Nous ne reviendrons pas sur l'étude des forces maternelles (*contractions utérines, efforts volontaires, etc.*), ordinairement nécessaires et suffisantes pour atteindre le but.

Nous voulons simplement faire ressortir la parfaite analogie des mouvements exécutés par le fœtus dans le canal pelvi-génital pendant l'acte de l'accouchement, quelle que soit la présentation.

Avec un peu de réflexion, on s'aperçoit que les trois actes fondamentaux de tout accouchement sont l'*engagement*, la *rotation intra-pelvienne*, le *dégagement*. Ces trois actes se répètent dans le même ordre, successivement pour l'un et l'autre segment fœtal.

L'engagement nécessite, à vrai dire, que la partie fœtale qui se présente se fasse aussi petite que possible, d'où le *temps d'amoindrissement* qui précède et accompagne le temps d'engagement. Rappelons que c'est Tarnier qui, avec raison, a décrit six temps dans le mécanisme de l'accouchement.

Suivant le mode de présentation, chaque temps de l'accouchement est obtenu par des artifices divers.

**1<sup>er</sup> Temps Amoindrissement.** — Dans la *présentation de l'extrémité céphalique*, l'amoindrissement est obtenu surtout par l'exagération de l'attitude de la tête, qui détermine la présentation. La tête, déjà *fléchie* dans la présentation du **sommet** à la fin de la grossesse, se fléchit davantage : *défléchie* dans la présentation de la **face**, elle se défléchit au maximum.

Il résulte de ces changements d'attitude la substitution d'une circonférence plus petite à celle qui répondait tout d'abord à l'aire du bassin : circonférence SOBr au lieu de OF pour le sommet, circonférence SMFr au lieu de MBr pour la face. Se présentant ainsi par une faible surface, la tête peut s'engager.

Quant au **siège** et à l'**épaule**, ils éprouvent surtout un phénomène de *tassement*. Mais celui-ci ne va pas, au moins pour l'épaule, sans une certaine inflexion latérale de la même colonne vertébrale.

**2<sup>e</sup> Temps. Engagement.** — L'*engagement*, c'est-à-dire la *descente de la présentation dans le bassin*, se fait plus ou moins profondément selon l'attitude du fœtus.

Toutes les fois que la colonne vertébrale possède sa courbure normale (**sommet, siège**), ce qui permet à la tête d'arriver au détroit inférieur osseux au moment où les épaules cherchent à pénétrer à leur tour dans le bassin, ou au siège de descendre au même niveau, bien avant que la tête n'arrive au détroit supérieur, le 2<sup>e</sup> temps de l'accouchement s'effectue complètement avant que ne s'esquisse le 3<sup>e</sup> temps.

Il n'en va pas de même lorsque l'exécution du 1<sup>er</sup> temps a déterminé au niveau de la région supérieure de la colonne vertébrale une courbure anormale, soit dans le sens antéro-postérieur (**face**), soit latéralement (**épaule**).

Cette courbure anormale, jointe à la brièveté du cou, oblige la tête et les épaules rapprochées dans la présentation de la **face** — l'épaule qui se présente et la tête, rapprochées dans la présentation du **plan latéral**, — à se présenter ensemble, à la fois, au détroit supérieur bien avant que l'engagement ne soit complet.

La longueur du cou limite donc l'engagement.

L'accouchement ne devient possible que si la rotation (5<sup>e</sup> temps), en s'effectuant, permet au cou de se placer derrière la symphyse pubienne dont il égale la hauteur.

Dès lors la **face** peut pénétrer, sans les épaules, plus avant dans le bassin, et compléter son engagement ; dès lors l'**épaule** et le tronc peuvent parcourir le bassin alors que la tête est rejetée en avant au-dessus du détroit supérieur.

**3<sup>e</sup> Temps. Rotation intra-pelvienne.** — Ce mouvement, exécuté par la partie fœtale plus ou moins engagée dans l'excavation, s'accomplit pour la présentation du **sommet** et celle du **siège**, lorsque ces parties sont descendues jusqu'au détroit inférieur. Il se fait plus tôt, pour la présentation de la **face** et de l'**épaule**, quand l'évolution spontanée, cette rareté, s'accomplit.

Ce mouvement de rotation a pour but et pour effet d'orienter, dans les présentations du **sommet** et du **siège**, l'ovoïde formé par la région fœtale, de telle façon que son grand axe, qui jusqu'alors avait coïncidé avec toute la série homonyme des diamètres obliques, coïncide maintenant avec le grand axe de la fente pubo-coccygienne qui est antéro-postérieur.

L'accommodation de l'ovoïde fœtale à la forme de la fente pubo-coccy-



gienne est donc le but et le résultat unique et précieux du mouvement de rotation quand il s'agit d'un **sommet** ou d'un **siège**.

Ce mouvement de rotation, plus hâtif pour la **face** et pour l'**épaule**, s'accomplit lorsque, par suite de l'attitude spéciale du fœtus, les deux segments qui le composent arrivent à se présenter simultanément au détroit supérieur après un engagement de la présentation qui est partiel et limité par la brièveté du cou du fœtus.

Il faut que, par un artifice, le second segment du fœtus s'efface devant le premier et le laisse libre de s'engager seul jusqu'au fond de l'excavation.

C'est le mouvement de rotation intra-pelvienne qui réalise cet artifice.

Grâce à lui le menton qui, dans la présentation de la **face**, s'était engagé, autant que le lui permettait la longueur du cou, se trouve ramené sous le ligament sous-pubien, et, par suite, se trouve dégagé, puisqu'il n'est plus contenu dans l'enceinte du bassin.

La tige occipito-mentonnière est diminuée, en fait, de toute la portion du maxillaire inférieur qui est au dehors, et la tête ainsi amoindrie va s'engager à fond en se fléchissant.

Le mouvement de rotation n'est pas moins indispensable à l'accomplissement de l'évolution spontanée. Grâce à lui la tête est ramenée au-dessus et en avant du pubis. L'aire du bassin est occupée par l'épaule seule. Le cou, appliqué derrière la symphyse, et aussi long qu'elle est haute, permet à la tête de demeurer au-dessus du pubis tandis que la région acromiale vient se loger sous le ligament triangulaire.

Le tronc, plié en deux latéralement, achève de s'engager dans le bassin.

**4<sup>e</sup> Temps. Dégagement.** — Le temps de dégagement se fait pour le **sommet** par un mouvement de déflexion ou d'extension de l'extrémité céphalique dont le sous-occiput pivote autour de la région sous-symphysienne, tandis que le front et la face balaisent le périnée. La tête se dégage par ses circonférences, qui apparaissent dans l'ordre suivant : circonférences sous-occipitale, sous-occipito-frontale, sous-occipito-bregmatique, sous-occipito-nasale, sous-occipito-mentonnière.

Lorsqu'une anomalie dans le temps de rotation a ramené l'occiput en arrière, le dégagement se fait par l'apparition successive et dans le même ordre des circonférences sus-indiquées; mais le sous-occiput pivote autour de la fourchette, le front et la face rasent la face postérieure de la symphyse avant d'apparaître au dehors.

Dans la **face**, le dégagement s'opère par la continuation du mouvement de flexion qui a permis à la tête de s'engager à fond, après la rotation effectuée. Le sous-menton joue le rôle que joue le sous-occiput dans la présentation du **sommet**. Il s'immobilise et pivote autour de la région sous-symphysienne. Les circonférences sous-mento-frontale, sous-mento-bregmatique, sous-mento-occipitale apparaissent successivement à la vulve.

A quelques rares exceptions près qui exigent des conditions spéciales d'amplitude du bassin, de petitesse du fœtus, d'énergie de la part des contractions utérines, la rotation du menton en avant est indispensable pour le dégagement de la face.

Dans la présentation du **siège**, le tronc se dégage par un mouvement d'inflexion latérale combiné à un mouvement spiroïde qui a toujours comme pivot la région fœtale en rapport avec la région sous-symphysienne.

Quant au **tronc**, il se déroule à la vulve grâce à l'inflexion de plus en plus exagérée de la colonne vertébrale dont l'extrémité supérieure est immobilisée par la tête. Tandis que le moignon de l'épaule dégagée se fixe sous la symphyse, les différentes régions du plan latéral se dégagent dans l'ordre suivant : thorax, flanc, hanches et membres inférieurs.

L'épaule postérieure, en apparaissant au dehors, termine le dégagement du tronc.

L'accouchement du premier segment fœtal est effectué.

**5<sup>e</sup> Temps. Rotation externe du premier segment fœtal.** — Ce temps n'est que la traduction visible à l'extérieur du **5<sup>e</sup> temps ou temps de rotation intra-pelvienne du deuxième segment fœtal** que la brièveté du cou a forcé de suivre le premier et qui, pour ce faire, a dû : 1<sup>o</sup> s'amoindrir ; 2<sup>o</sup> s'engager.

Pour le **sommet** et pour la **face**, ce temps est absolument semblable. Il est dû à la rotation des épaules qui, à leur tour, s'accommodent à la forme de la fente pubo-coccygienne et d'obliques qu'elles étaient deviennent antéro-postérieures.

Pour le **siège** et l'**épaule**, ce temps est analogue et également dû à la rotation intra-pelvienne de l'extrémité céphalique.

Mais la rotation peut ramener l'occiput en avant, ce qui est toujours désirable, ou le conduire en arrière; dans ce dernier cas la tête peut être fléchie, c'est-à-dire avoir son extrémité mentonnière engagée la première, ou défléchie, et alors le menton est accroché au-dessus du pubis, tandis que l'extrémité occipitale est descendue dans le bassin. Le sixième temps présentera des différences dans l'un et l'autre cas.

**6<sup>e</sup> Temps. Dégagement.** — Qu'il s'agisse d'une présentation du **sommet** ou d'une présentation de la **face**, le dégagement du tronc s'opère suivant le même mécanisme. L'épaule antérieure vient se loger et s'immobiliser sous la symphyse pubienne, jouant le rôle rempli précédemment par le sous-occiput ou le sous-menton. L'épaule postérieure balais à son tour le périnée, et comme ce qui reste du tronc du fœtus dans les organes génitaux présente des diamètres inférieurs à ceux des parties dont la femme est déjà accouchée (tête, épaules), sa sortie se fait sans difficultés, souvent par un mouvement de spirale allongée.

Quand la tête restée dernière, alors que le tronc entier du fœtus a été expulsé, a exécuté sa rotation intra-pelvienne, elle se dégage par un mécanisme déjà connu, mais qui varie avec le sens de sa rotation et son état de flexion ou de déflexion.

Si la rotation a ramené l'occiput en avant, la tête fléchie se dégage en se fléchissant davantage et les circonférences céphaliques apparaissent à la vulve dans l'ordre suivant : sous-occipito-mentonnière, sous-occipito-nasale, sous-occipito-frontale, sous-occipito-bregmatique, sous-occipito-occipitale. Le sous-occiput est encore le pivot du mouvement de conversion exécuté par la face

et le front qui suivent, mais en ordre inverse, le même chemin que dans l'état précédent.

Quand l'occiput a tourné en arrière, la tête, avons-nous dit, peut être fléchie ou défléchie. Fléchie, elle se dégage comme précédemment, mais le sous-occiput répond au périnée. Le dégagement est analogue à celui de la tête première dans les occipito-sacrées, avec cette seule différence que les circonférences sous-occipitales, au lieu de se dégager dans l'ordre suivant : sous-occipito-bregmatique, sous-occipito-frontale, sous-occipito-nasale, sous-occipito-mentonnière se dégagent en ordre inverse : sous-occipito-mentonnière, sous-occipito-nasale, sous-occipito-frontale, et sous-occipito-bregmatique.

Défléchie, le menton étant accroché au-dessus du pubis ou derrière lui, la tête se dégage par un mécanisme qui rappelle celui du dégagement de la tête dans la présentation de la face. Ce sont les circonférences sous-mentales qui se succèdent à la vulve et dans un ordre inverse de celui observé dans la présentation de l'extrémité céphalique défléchie. C'est une face, mais une face à l'envers en quelque sorte. Aussi voit-on, pendant que le sous-menton embrasse la sous-symphyse, apparaître les circonférences sous-mento-occipitale, sous-mento-bregmatique, sous-mento-frontale, sous-mento-nasale.

#### DE L'EMPLOI DES ANESTHÉSQUES EN OBSTÉTRIQUE

Une question de pratique assez importante, et diversement résolue par les auteurs, se pose ici : lorsque, au cours du travail, une femme souffre beaucoup, pousse des cris déchirants, supplie l'accoucheur de calmer à tout prix ses souffrances à l'aide du chloroforme, est-on autorisé à lui en donner ou à la soulager par d'autres moyens ?

C'est à une date relativement récente (19 janvier 1847) que Simpson (d'Édimbourg) eut recours à l'anesthésie par l'éther pour une femme chez laquelle il voulait pratiquer une version ; il se servit quelques mois plus tard (20 novembre 1847) du chloroforme. Nombre d'accoucheurs, en invoquant des raisons diverses, s'élevèrent contre l'anesthésie employée en obstétrique.

On s'aperçut bientôt que le chloroforme pouvait être employé chez les parturientes de deux manières différentes : 1° ou bien à doses chirurgicales, c'est-à-dire de manière à obtenir une anesthésie totale, une résolution musculaire complète qui permet de faire plus facilement les opérations ; 2° ou bien à doses moins fortes, espacées, qui produisent chez la femme en travail une insensibilité presque complète à la douleur sans perte absolue de connaissance.

Ces faits furent vus successivement par Simpson, Murphy, Rigby, et cette dualité d'action du chloroforme suivant le mode d'administration ne tarda pas à rallier les adversaires de la première heure ; bientôt<sup>1</sup>, lors de deux accouchements (en 1855 et 1857), la reine Victoria eut recours avec avan-

<sup>1</sup> C'est le 7 avril 1855 que James Clark, médecin de la reine, lui administra du chloroforme pour son huitième accouchement.

tage, à deux reprises, à l'anesthésie obstétricale : la cause du chloroforme à la reine était définitivement gagnée en Angleterre.

Elle rallia peu à peu d'assez nombreux partisans en Amérique et en Europe. Il n'en fut pas de même en France. P. Dubois le premier, en 1847, expérimenta l'éther dans les accouchements normaux : chez une femme, l'excitation produite par l'éther obligea d'en suspendre l'emploi ; deux autres femmes qu'il soumit à cette anesthésie succombèrent à la fièvre puerpérale, qui était alors fréquente dans les Maternités. Ces faits ralentirent les progrès de l'anesthésie obstétricale en France. « Bien que Dubois, dit Campbell, fût convaincu... qu'il ne s'agissait que d'une coïncidence et d'un malheur commun à d'autres femmes qui avaient succombé à la même époque et à la même influence épidémique sans avoir été éthérisées, le professeur, par un excès de prudence dont il tenait sans doute à donner un exemple à ses élèves et qui, d'ailleurs, était bien dans sa nature, ne put pas et ne voulut pas se soustraire à cette impression peu encourageante. »

Cependant Stoltz, Gazeaux, Delmas, Chailly, etc., emploient le chloroforme avec succès ; en 1854, Houzelot (de Meaux) publie sur le chloroforme dans les accouchements naturels un mémoire dans lequel il montre la possibilité de supprimer la douleur de la parturition sans amener l'abolition de l'intelligence. — Blot, dans sa thèse d'agrégation (1857), tout en constatant que le chloroforme administré à certaines doses empêche les contractions utérines d'être douloureusement perçues sans que la connaissance soit complètement abolie, rejette l'emploi du chloroforme dans les accouchements simples.

Malgré différents travaux favorables à l'usage du chloroforme, il semblait devoir être abandonné en France, mais Oliffe, Campbell, l'employaient dans leur clientèle ; Campbell publia deux mémoires importants, en 1874 et 1877, où il exposa les résultats obtenus avec le chloroforme dans les accouchements normaux ; ces travaux furent attaqués par Pajot, qui entama à ce sujet une polémique assez vive avec Bailly. Pajot niait l'analgésie obstétricale : « Ou bien, disait-il, l'anesthésie est réelle et vous l'obtenez sans aides et sans les précautions impérieusement commandées par l'expérience, vous êtes des imprudents et des coupables ; ou bien, avec votre prétendue demi ou plutôt pseudo-anesthésie, les femmes voient, entendent, raisonnent, se plaignent, crient, poussent quand on les sollicite, et alors vous pouvez vous passer d'aides, vous n'êtes pas dangereux ; mais ce n'est plus de l'anesthésie, c'est de l'homœopathie ; vous n'êtes pas sérieux. »

Fochier (de Lyon), tout en trouvant le travail de Pajot « étincelant de verve et de bon sens », se rallie à la demi-anesthésie et déclare que « la demi-anesthésie de M. Campbell sera souvent un allègement bien plus réel que ne veut le croire M. Pajot ». En 1878, Courty (de Montpellier) conseille le chloroforme quand les douleurs sont trop fortes ou quand les malades en réclament l'emploi.

J.-L. Championnière, après avoir expérimenté le chloroforme à la Maternité de Cochin, conclut hautement en faveur de son usage ; par contre, Pinard, dans sa thèse d'agrégation sur l'action comparée du chloroforme,

du chloral, de l'opium et de la morphine chez la femme en travail, « admet que dans les cas de douleurs violentes dues à la contraction utérine énergique, il faut, pour produire l'anesthésie, employer les inhalations constantes et à doses massives et qu'en outre le chloroforme atteint d'une façon plus active et plus durable la rétractilité utérine que la contractilité ». Quant à l'analgésie complète avec conservation de l'intelligence et de la sensibilité cutanée, Pinard la considère comme exceptionnelle et ne l'a observée qu'une fois sur 25.

J.-L. Championnière continue, dans différents travaux faits par lui ou par ses élèves, à défendre la cause du chloroforme; en 1882, paraît ainsi la thèse de Dutertre, très complète, sur l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels.

Plus récemment (1887), H. Drouet, interne à la Maternité de Beaujon, reprend la question dans sa thèse sur l'analgésie chloroformique dans les accouchements naturels; il montre que les douleurs de la période de dilatation qui ont leur siège dans l'utérus sont plus facilement atténuées que celles de la période d'expulsion qui siègent dans les organes normalement plus sensibles que l'utérus. D'après lui, l'analgésie obstétricale existe réellement. Les douleurs irradiées disparaissent les premières; celles de la période de dilatation sont supprimées ou du moins beaucoup diminuées; les douleurs de la période d'expulsion sont plus difficilement atténuées; les autres sensibilités persistent; l'intelligence reste presque intacte. Ces particularités tiennent à l'intermittence des inhalations et à ce que l'effort revient à intervalles réguliers. L'analgésie obstétricale ralentit d'abord les contractions utérines, puis bientôt les régularise de telle sorte que la durée du travail n'en est pas allongée dans la pluralité des cas.

Le chloroforme n'est pas seul employé pour l'analgésie obstétricale: dans un travail d'ensemble sur l'anesthésie obstétricale<sup>1</sup>, B. Bellamy Gardner passe en revue les différentes substances employées pour diminuer les douleurs des femmes en travail, le mélange d'oxygène et d'acide nitreux, l'éther, le bichlorure de méthylène, le mélange d'A. C. E. (alcool 1 partie, chloroforme 2 parties, éther 5 parties), l'amylène, et donne la préférence au chloroforme dont il étudie les indications et le mode d'administration dans la période de dilatation et la période d'expulsion.

F. V. Boukoiemsky (de Saint-Petersbourg) a étudié l'action des inhalations d'éther dans 45 accouchements normaux et en a observé de bons effets. Ces inhalations n'influent en rien le pouls, la température et la respiration de la patiente; elles ne prolongent nullement et même elles abrègent plutôt la durée de l'accouchement, surtout chez les primipares. Dans la grande majorité des cas, l'éther n'a pas produit de phénomène d'excitation; chez cinq parturientes on a noté une excitation modérée et chez une seule seulement les phénomènes d'excitation ont été intenses. Suivant l'époque du travail à laquelle on a commencé l'anesthésie, la quantité d'éther employé dans chaque

<sup>1</sup> On the use of Anesthesia in obstetric practice, (The British Gynecological Journal, mai, août, novembre, 1896).

cas a varié de 24 à 400 c.c. Le moment le plus opportun pour commencer l'administration de l'éther est, d'après Boukoiemsky, celui où l'orifice utérin est assez dilaté pour permettre l'introduction de trois doigts; la disparition complète des douleurs propres à la période d'expulsion n'est en effet obtenue que si la femme est déjà depuis un certain temps sous l'influence de l'éther.

En présence de ces avantages, quelles sont les objections faites par les détracteurs du chloroforme? Nous ne reviendrons pas sur la critique faite par Pajot de l'inefficacité du chloroforme ainsi administré à petites doses; il est prouvé que chez nombre de femmes l'analgésie obstétricale peut être obtenue. — On reproche au chloroforme :

1° De créer un danger de mort pour une fonction physiologique; or il semble démontré que la femme en travail supporte fort bien le chloroforme;

2° D'augmenter la durée du travail en ralentissant les contractions utérines et en diminuant leur intensité;

3° De favoriser les hémorragies en affaiblissant la contractilité et surtout la rétractilité utérines.

Ces reproches ne sont pas sans quelque fondement; et cependant est-il possible, à l'heure actuelle, de refuser systématiquement du chloroforme à une femme en travail qui, souffrant beaucoup, demande à être soulagée? Nous ne le pensons pas: si le chloroforme a quelques inconvénients, si dans certains cas il ralentit les douleurs, dans d'autres il les régularise et semble accélérer le travail. Il n'est guère d'accoucheur ayant administré du chloroforme pendant la période de dilatation, qui n'ait observé des femmes ayant des douleurs subintrantes, exprimant les plus vives souffrances sans que la dilatation fasse de sensibles progrès, se calmer peu à peu et entrer rapidement en période d'expulsion après l'emploi du chloroforme à la reine.

Il nous semble que si le chloroforme est utile chez quelques femmes à la fin de la période de dilatation, il vaut mieux s'en abstenir pendant l'expulsion: bien que très vives, les douleurs sont alors mieux supportées; la femme sent qu'elles ont leur efficacité. Cependant chez quelques femmes dont le système nerveux est surexcité par les douleurs de l'enfantement et qui sont indociles et difficiles à maintenir, le chloroforme est utile jusqu'à la fin de l'accouchement. Certaines femmes ne poussent même avec énergie que lorsque l'analgésie chloroformique est suffisante pour qu'elles ne souffrent presque pas à ce moment.

Il est bien difficile d'indiquer d'une manière précise les cas dans lesquels le chloroforme peut être employé avec avantage; c'est affaire au clinicien de discerner si telle femme éprouve des douleurs dépassant de beaucoup la moyenne et si l'analgésie présente chez elle plus d'avantages que d'inconvénients.

Dans nombre de cas, la conduite de l'accoucheur est simple: si, connaissant les inconvénients du chloroforme, la femme le réclame avec énergie, l'accoucheur n'a guère le droit moral de le lui refuser. Il devra d'autant moins hésiter à employer le chloroforme que le travail est suffisamment

avancé pour que le chloroforme n'entrave point le mécanisme de l'accouchement et que les douleurs ressenties par la femme dépassent de beaucoup la moyenne physiologique.

Il faut dire que, dans l'immense majorité des cas, les femmes doivent accoucher sans chloroforme ; mais que chez quelques-unes dont le système nerveux est par trop excitable, ou dont le muscle utérin se contracte avec trop de violence, on peut recourir à l'analgésie chloroformique, surtout si la femme le réclame avec insistance.

Quant à la chloroformisation complète pour opération obstétricale, tous les accoucheurs y ont recours lorsqu'ils jugent que l'état de résolution musculaire peut faciliter leur intervention.

Poitou-Duplessis<sup>1</sup> a conseillé d'avoir recours comme pour les opérations chirurgicales, à un procédé d'anesthésie mixte qui consiste à donner du bromure d'éthyle avant le chloroforme pour faciliter la tolérance du chloroforme par les premières voies respiratoires et réduire au minimum la période d'excitation.

Quelques accoucheurs, Ribemont-Dessaignes en particulier, tendent à suivre l'exemple des chirurgiens et en particulier des chirurgiens lyonnais, qui préfèrent l'éther au chloroforme pour l'anesthésie préalable à une opération d'une certaine durée. Cette préférence est basée sur les dangers moindres de l'éther, sur la facilité plus grande avec laquelle les malades se réveillent. Il y a lieu de se demander si l'éther ne va pas être à nouveau employé pour l'analgésie obstétricale.

Le chloral administré en lavements calme les douleurs, mais son absorption est lente ; les injections de morphine agissent d'une manière plus rapide. D'après Pinard, « sous l'influence de la morphine la contraction utérine se ralentit, devient plus courte et enfin se suspend complètement. Elle possède donc une action paralysante sur la fibre musculaire de l'utérus gravis, contrairement à celle du chloroforme, se fait sentir primitivement ; la rétractilité est moins atteinte, ainsi que la contractilité des muscles abdominaux. »

La cocaïne n'est guère efficace au cours de la période de dilatation ; employée pendant la période d'expulsion pour analgésier localement la muqueuse vaginale, elle peut être une cause d'intoxication.

Nous ne citons que pour mémoire l'action de l'hypnotisme pendant le travail de l'accouchement : les observations jusqu'ici publiées de femmes n'ayant pas éprouvé de douleurs pendant l'accouchement parce qu'elles étaient soumises au sommeil hypnotique ne sont ni très nombreuses ni très concluantes. Ce n'est évidemment que chez des femmes entraînées aux pratiques de l'hypnotisme que l'on peut espérer obtenir quelques résultats de cette méthode.

<sup>1</sup> Soc. obst. et gyn. de Paris, 14 avril 1892

## CHAPITRE VII

### DE LA DÉLIVRANCE

#### GÉNÉRALITÉS

Lorsque le fœtus est expulsé des organes génitaux, le premier temps de l'accouchement est terminé, il reste à accomplir le *second temps*, celui de la *délivrance*.

Si, pour la femme et pour l'entourage, les premiers cris de l'enfant mettent fin à l'inquiétude qui se montrait sur tous les visages à la fin de la période d'expulsion, il n'en est pas de même pour l'accoucheur. Nombre de cliniciens considèrent en effet que l'accouchement, à moins de circonstances exceptionnelles, ne présente guère en lui-même de complications graves pour la mère ; si l'enfant souffre, si le travail traîne trop en longueur, une application de forceps suffit à terminer l'accouchement.

Lorsque la femme a été bien surveillée pendant sa grossesse, lorsque l'examen du bassin a montré qu'il n'est pas rétréci, lorsque l'analyse répétée des urines a fait constater l'absence d'albumine, le médecin est à peu près certain que l'accouchement se terminera sans grande difficulté.

Il n'en est pas toujours de même pour la délivrance : c'est quelquefois une période fertile en incidents, en accidents qui demandent de la part de l'accoucheur du sang-froid et une connaissance approfondie des phénomènes physiologiques qui se succèdent et des complications qui peuvent survenir.

En ces dernières années des notions plus précises ont été données sur la physiologie de la période de délivrance : de ces notions ont découlé des préceptes meilleurs sur la conduite à tenir.

Si les précautions antiseptiques prises pendant l'accouchement proprement dit sont importantes, celles auxquelles on a recours pendant la délivrance ont encore une influence plus considérable sur la physionomie des suites de couches ; une délivrance bien faite, bien dirigée, donne à l'accouchée presque toutes les chances possibles de ne pas avoir de fièvre pendant les jours qui suivent l'accouchement.

DÉFINITION. — On donne le nom de **délivrance** à l'expulsion naturelle ou à l'extraction artificielle des annexes du fœtus : placenta, membranes, cordon.

L'ensemble de ces annexes constitue le **délivre** ou **arrière-faix**.

Leur expulsion, lorsqu'elle se fait spontanément, sans aucune interven-