

PROCIDENCE DU CORDON

La *procidence du cordon* est caractérisée par la descente d'une anse du cordon en avant ou sur les côtés de la partie fœtale qui se présente : on donne encore à cet accident les noms de *prolapsus* ou de *chute* du cordon. Dans les cas où le cordon est senti à travers les membranes intactes, certains auteurs ont dit qu'il y avait *présentation du cordon*. Nous rejetons cette expression.

Nous n'admettons pas davantage la division en *procidence incomplète* ou *complète*, suivant que le cordon reste dans le vagin ou qu'il fait issue au dehors.

Fréquence. — Les statistiques présentent des différences de chiffres assez notables au point de vue de la fréquence de cet accident. Sans parler de Manzoni, qui aurait eu la malchance d'observer la procidence du cordon 1 fois sur 22 accouchements, la fréquence de la procidence paraît même exagérée dans les chiffres indiqués par Stoltz (1 sur 55), par Hubert (de Louvain) (1 sur 69), par Tarnier (1 sur 86) : ces chiffres sont majorés parce qu'ils ont été pris dans les Maternités, où les cas de dystocie sont plus fréquents qu'ailleurs. Cependant Mme Lachapelle, qui observait dans les mêmes conditions, n'indique que 1 fois la procidence sur 592 accouchements.

Les statistiques de Schuré et de Churchill, qui portent sur un chiffre assez considérable d'accouchements, donnent comme proportion de fréquence 1/265 et 1/221. Nous admettrons comme chiffre approximatif 1/250. D'ailleurs la procidence du cordon est un accident qui doit diminuer de fréquence à mesure que se perfectionne l'art obstétrical : parmi les causes qui en favorisent la production, il en est quelques-unes, telles que les présentations vicieuses, que l'accoucheur peut faire disparaître dans une certaine mesure.

Causes. — Avant d'étudier les causes de la procidence du cordon, on peut se demander pourquoi le cordon, libre et flottant dans la cavité amniotique, n'est pas plus souvent entraîné vers la partie déclive. C'est que le cordon occupe généralement le creux formé sur le plan antérieur du fœtus par son pelotonnement et qu'il ne peut descendre facilement parce que le segment inférieur de l'utérus s'applique exactement sur la partie fœtale qui se présente, surtout si c'est le sommet (Michaëlis).

Lorsque les différents facteurs qui concourent à l'accommodation utérine et pelvienne du fœtus sont normaux, la procidence du cordon est exceptionnelle : on l'observe au contraire souvent lorsqu'il y a une anomalie du côté de l'utérus, du bassin ou de l'œuf.

Lorsque l'utérus manque de tonicité, lorsque le segment inférieur ne coiffe pas d'une manière parfaite la partie fœtale, la procidence du cordon est possible ; c'est dire qu'on l'observe plus souvent chez les grandes multipares que chez les primipares, d'autant mieux que, chez les multipares, la tête reste élevée jusque dans les derniers temps de la grossesse et que l'engagement peut même ne se faire qu'au moment du travail.

Les *déviation de l'utérus*, antérieures ou latérales, agissent en facilitant les présentations vicieuses. Il en est de même des *viciations pelviennes* qui retardent ou empêchent l'engagement de la partie fœtale et laissent, en outre, au niveau de certains diamètres, un vide tout préparé pour la procidence.

L'*hydropisie de l'amnios* favorise doublement la procidence du cordon : d'une part, l'excès de liquide empêche le fœtus de s'accommoder ; d'autre part, au moment où les membranes se rompent, même lorsqu'il y a présentation du sommet, le cordon est facilement entraîné par le flot de liquide qui s'écoule avec rapidité. Aussi faut-il surveiller avec soin la rupture des membranes et examiner la femme aussitôt après ; lorsque l'accoucheur rompt les membranes, il doit modérer l'écoulement du liquide en laissant pendant quelques instants la main appliquée à plat sur les parties génitales et en s'assurant que la partie fœtale s'engage sans s'accompagner d'une anse de cordon (Tarnier).

Lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur, il gêne l'accommodation du fœtus et rapproche pour ainsi dire le cordon de l'orifice utérin, aussi cette situation du placenta favorise-t-elle singulièrement la procidence.

La *longueur exagérée du cordon*, son *excès de volume*, et, d'autre part, sa *gracilité*, favorisent la procidence pour des raisons qui se devinent facilement ; on a signalé aussi la procidence du cordon lorsque les eaux s'écoulent en abondance, la femme étant debout. Ces différentes causes n'agissent guère qu'autant qu'il y a défaut d'accommodation pelvienne.

Lorsque le fœtus est de *petit volume*, il distend incomplètement le segment inférieur de l'utérus et laisse un peu de place pour le cordon : la grossesse gémellaire est à signaler à ce point de vue, puisque les jumeaux sont généralement de volume inférieur à la moyenne et qu'ils ne s'accommodent pas toujours parfaitement. Le volume exagéré du fœtus peut faciliter la procidence par suite du défaut d'engagement de la partie fœtale.

Les *présentations vicieuses* s'accompagnent plus souvent que la présentation du sommet de procidence du cordon : ainsi la face et le siège, en raison de leur conformation irrégulière, non sphérique, ne s'appliquent pas d'une façon hermétique sur le segment inférieur. La présentation du tronc s'accompagne fréquemment de procidence du cordon, parce que la partie fœtale ne s'accommodé guère aux diamètres du détroit supérieur, et parce que l'ombilic du fœtus est, en outre, plus voisin de l'orifice utérin.

Parfois, c'est l'accoucheur qui produit pour ainsi dire la procidence du cordon, soit en faisant des tentatives maladroites de version (Depaul), soit en provoquant l'accouchement.

Signes et diagnostic. — La procidence du cordon peut se produire à tout moment du travail, que les membranes soient intactes ou rompues.

A. Dans le premier cas (*procubitus* du cordon), le doigt sent, surtout dans l'intervalle des contractions, à travers les membranes, un petit corps arrondi peu volumineux, nettement distinct de la partie fœtale et animé de pulsations fréquentes, analogues comme rythme aux battements du cœur

fœtal. On ne peut guère affirmer l'existence d'une procidence du cordon que lorsqu'on a constaté ces battements : c'est dire que, lorsque le fœtus est mort, le diagnostic de la procidence n'est pas toujours facile à faire. Il est vrai qu'il ne présente aucune importance.

Il est certaines causes d'erreur qu'il suffit de se rappeler pour les éviter : il ne faut pas prendre pour des battements de la tige funiculaire les pulsations utérines et vaginales (pouls vaginal d'Osiander); parfois le doigt appliqué sur les membranes a pu confondre le cordon avec des ramifications artérielles du cordon qui viennent s'y ramifier (placenta de Lobstein); le petit volume et l'immobilité des vaisseaux logés dans l'épaisseur des membranes éclairent le diagnostic. Il est généralement facile de distinguer le cordon d'un petit membre procident ou des irrégularités qu'on rencontre parfois à la surface des membranes épaissies.

B. Quand les membranes sont rompues (*prolapsus* du cordon), il n'y a plus guère d'erreur possible; si le cordon est dans le vagin, il est généralement facile de le prendre entre les doigts, d'en reconnaître les caractères principaux et d'en sentir les battements; lorsque le cordon a dépassé la vulve et fait saillie au dehors, la vue permet de le reconnaître facilement.

Dans certains cas de *procidence incomplète* du cordon (à laquelle Pinard réserve le nom de *procubitus*), cette complication peut passer inaperçue; lorsque la partie fœtale est encore élevée, le doigt ou les deux doigts peuvent avoir de la difficulté, surtout chez les primipares, à atteindre une anse de cordon procidente; il faut savoir que le cordon, qui peut faire procidence au niveau des différents points du pourtour du bassin, glisse plus volontiers au-devant de l'une des symphyses sacro-iliaques ou derrière l'éminence iliopectinée. C'est en ces points qu'il faut d'abord le rechercher lorsqu'on soupçonne une procidence, par suite de l'état de souffrance du fœtus (ralentissement des bruits du cœur, liquide amniotique verdâtre teinté par le méconium).

Un point de diagnostic important, c'est de savoir si le fœtus est mort ou vivant; dans certains cas, l'état du cordon permet de trancher la question. S'il fait procidence hors la vulve, s'il est rougeâtre, mou, et même verdâtre, flétri, refroidi; si l'on constate pendant un certain temps l'absence de pulsations, on peut presque à coup sûr affirmer l'arrêt de la circulation inter-utéro-placentaire et la mort du fœtus. La disparition des pulsations funiculaires n'a d'importance que lorsqu'elle est constatée dans l'intervalle des contractions utérines.

D'autre part, il ne faut pas confondre avec de véritables pulsations l'ondée sanguine très manifeste qui gonfle parfois les vaisseaux ombilicaux au début d'une contraction, et qui est due au reflux du sang chassé du placenta. On pourrait croire à tort à la vie du fœtus, alors qu'il est mort depuis quelque temps.

Pour affirmer l'état de vie ou de mort du fœtus, il faut tenir compte, sans aucun doute, de l'état du cordon, mais c'est surtout l'auscultation des bruits du cœur du fœtus qui permet de trancher la question.

Pronostic. — La procidence du cordon n'est pas une complication

sérieuse pour la mère. Le seul fait qui puisse, dans la procidence du cordon, augmenter la morbidité maternelle, c'est que l'accoucheur est souvent obligé d'intervenir, manuellement ou à l'aide d'instruments : si mains et instruments sont propres, la procidence n'assombrit en rien le pronostic pour la mère.

La vie du fœtus, au contraire, est directement menacée par cette complication, ainsi que le prouvent les statistiques : Stoltz a vu 52 enfants mourir sur 56 dont le cordon faisait procidence; Depaul donne une proportion de 67 pour 100 de mortalité : Tarnier a observé 10 enfants morts sur 29 cas de procidence.

Le pronostic varie d'ailleurs beaucoup, suivant les conditions dans lesquelles se fait la procidence. La partie du bassin par laquelle glisse le cordon peut être plus ou moins propice à la compression du cordon. Si la procidence se fait dans la partie postérieure du bassin, au voisinage des articulations sacro-iliaques, le cordon a moins de chances d'être comprimé que s'il est en rapport avec la moitié antérieure du bassin. De même, par rapport au fœtus, lorsque le cordon descend sur l'une des tempes, il est moins exposé à la compression que lorsqu'il répond au front ou à l'occiput (Tarnier).

C'est surtout dans la présentation du sommet que la procidence du cordon est grave : elle est heureusement rare dans ces conditions. Le cordon court moins de risques de compression lorsque le fœtus se présente par le siège ou par l'épaule que lorsqu'il se présente par la face et surtout par le sommet.

Le pronostic varie suivant l'époque du travail où se fait la procidence, suivant que les membranes sont intactes ou suivant qu'elles sont rompues : dans le premier cas, la compression est toujours amortie, atténuée par la présence du liquide amniotique : lorsque les membranes sont rompues, la contraction utérine agit d'une manière plus directe sur le cordon, toutefois le danger est d'autant moindre que le travail est plus avancé et qu'on peut intervenir plus facilement.

D'une manière générale, toutes les conditions qui facilitent l'accouchement rapide (multiparité, contractions utérines régulières, bassin large, bassin mou non résistant, etc.) atténuent la gravité du pronostic. En revanche, il faut redouter particulièrement la procidence du cordon dans les cas d'inertie utérine, de travail lent, de bassin étroit, de parties molles résistantes, etc. Enfin le pronostic varie suivant la rapidité et l'habileté avec lesquelles intervient l'accoucheur.

Comment la procidence du cordon fait-elle périr le fœtus? Les anciens accoucheurs, tels que Smellie, Osiander, Guillemot et même Velpeau, incriminaient l'influence du froid sur le cordon procident hors la vulve; le sang se coagulait dans les vaisseaux, d'où arrêt de la circulation. Mauriceau, Deventer, Røderer, Baudelocque, Siebold, etc., sans nier l'influence du refroidissement comme cause adjuvante, admettent comme cause réelle la *compression* du cordon. — Cette dernière cause est seule admise aujourd'hui : mort du fœtus par asphyxie due à la compression des vaisseaux du cordon et à l'interruption de la circulation fœto-placentaire.

Nombre d'auteurs ont discuté pour savoir si la compression portait sur la veine seule, ou sur les deux artères, ou sur les deux ordres de vaisseaux : la disposition anatomique de ces vaisseaux qui s'enroulent en spirale ne permet guère une compression partielle (ainsi que l'ont démontré les expériences de Tarnier et Fontaine). Lorsque la compression n'est qu'intermittente, le fœtus souffre pendant quelques instants seulement : il ne succombe que lorsque la compression est forte et prolongée.

Traitement. — Lorsque le cordon procident appartient à un *fœtus mort* avant ou pendant le travail, cette complication n'a aucune importance : on peut agir comme s'il n'y avait pas de procidence. Dans certains cas où l'anse du cordon prolabé est assez longue, et où l'on craint que pendant l'extraction du fœtus le cordon ainsi diminué de longueur ne tire sur le placenta et n'amène son décollement ou une inversion utérine, il suffit de sectionner le cordon.

La conduite à tenir est plus délicate lorsque le *fœtus est vivant*, ou lorsqu'on n'a pas la certitude de la mort de l'enfant. Ici il faut intervenir d'une manière différente suivant la période du travail à laquelle se trouve la femme ; mais il faut intervenir et souvent l'accoucheur aura la satisfaction de sauver la vie de l'enfant. C'est à tort que de la Motte, Smellie, Levret, Baudelocque, etc., se laissaient aller au découragement et considéraient comme inutiles les tentatives de réduction ; car des opérateurs habiles en même temps qu'heureux ont pu avoir 27 succès sur 29 tentatives de réduction.

La conduite diffère suivant que la dilatation de l'orifice utérin n'est pas suffisante pour qu'on puisse terminer l'accouchement rapidement, ou suivant que l'orifice utérin est suffisamment dilaté ou dilatable pour qu'on puisse extraire le fœtus par le forceps ou la version.

A. *La dilatation de l'orifice utérin est incomplète.* — Deux cas peuvent ici se présenter : les membranes sont intactes ou elles sont rompues.

1° *Les membranes sont intactes.* — Il faut d'abord s'assurer que la présentation est longitudinale ; si le fœtus se présente par l'épaule, la version par manœuvres externes ou par manœuvres mixtes permet habituellement de corriger la présentation vicieuse, et parfois en même temps la procidence. Si la version par manœuvres externes est impossible, il vaut mieux attendre que la dilatation soit complète pour faire la version par manœuvres internes.

Il n'en est pas de même lorsqu'on a affaire à une présentation longitudinale. Cependant nombre d'accoucheurs, estimant que la compression du cordon est rare tant que la poche des eaux est intacte, espérant que la procidence pourra se réduire spontanément, essayent de retarder le plus possible la rupture des membranes ; ils s'abstiennent, dans ce but, de toute tentative de réduction et pratiquent le moins possible le toucher : la femme reste couchée, le siège relevé.

Quelques-uns font prendre à la femme une *attitude* dans laquelle la partie fœtale tend à s'éloigner du détroit supérieur, de manière qu'elle ne

viennent pas appuyer à ce niveau sur le cordon. C'est ainsi qu'Hubert (de Louvain), Ritgen, Thomas (de New-York) font mettre la femme sur le dos ou sur le côté, en lui faisant soulever le siège de telle sorte que le fond de l'utérus soit le point déclive. Théobald, convaincu des succès qu'on peut obtenir, en cas de procidence du cordon, par l'attitude donnée à la femme, pense que l'idéal serait de faire tenir la parturiente la tête en bas ; mais, se rendant compte des difficultés pratiques de ce traitement, il se contente de conseiller la situation accroupie sur les coudes et les genoux (position gèneu-pectorale). — Quelques accoucheurs, confiants dans le rôle protecteur de la poche des eaux, essayent de la soutenir à l'aide d'un ballon distendu dans le vagin, par exemple le colpeurynter de Braun. Cette méthode présente entre autres inconvénients celui de ne pas empêcher la compression du cordon au niveau du détroit supérieur. Le ballon Champetier de Ribes est employé dans le même but avec d'autant plus d'avantages qu'il permet d'obtenir rapidement une dilatation complète et par suite de terminer l'accouchement.

Certains accoucheurs (Osiander, Michaëlis, Hüter) ont tenté avec succès de repousser le cordon à travers les membranes ; Tarnier conseille également d'agir dans l'intervalle des contractions et de repousser le cordon avec deux doigts ou avec la main entière, si la dilatation est suffisante : on agit avec précaution pour ne pas déchirer les membranes, quitte à recourir à la réduction ordinaire si la poche vient à se rompre.

Varnier a insisté récemment sur les avantages de la réduction avant la rupture des membranes : « La réduction est plus facile parce que, dans la poche intacte, le cordon se déplace et remonte sous la moindre pression, parce que l'anse prolabée est en général peu considérable, parce que la région fœtale est mobile, non fixée, parce que les contractions sont moins fréquentes et moins intenses que quand, après la rupture, la région fœtale vient appuyer sur les bords de l'orifice utérin. »

Pinard insiste pour qu'on réduise manuellement le cordon sans rompre les membranes ; il ne conseille la rupture des membranes, après la réduction, que lorsque le fœtus, étant très mobile par suite de l'excès du liquide amniotique, il y a intérêt à fixer d'une manière définitive la présentation et à éviter ainsi que la procidence ne se reproduise.

Après avoir repoussé le cordon, on pratique fréquemment le toucher et l'auscultation pour s'assurer que la procidence ne se reproduit pas. Lorsqu'il y a une quantité exagérée de liquide, cause à la fois de la procidence et du non-engagement de la partie fœtale, on pourrait, après avoir obtenu par la position gèneu-pectorale la réduction du cordon, rompre les membranes avec précaution ; puis la femme reste dans la même attitude, pour permettre à la partie fœtale qui se présente de s'engager (sommet, face ou siège).

2° *Les membranes sont rompues.* — Il faut agir le plus rapidement possible, et, pour éviter la compression du cordon, tenter de le réduire. Les accoucheurs se sont ingénies à inventer des instruments destinés à réduire le cordon prolabé ; ces instruments ont presque tous le même objectif, porter le cordon le plus haut possible dans l'utérus et l'y abandonner en retirant l'instrument réducteur. Le nombre de ces instruments témoigne de

leur imperfection : nous ne signalerons que les deux plus simples, celui de Dunan et celui de Schœller modifié par Tarnier.

La méthode de Dunan consiste à saisir le cordon dans une anse de ruban dont on noue les deux bouts. Une partie de cette anse est engagée dans l'œil d'un cathéter élastique muni d'un mandrin qui maintient le ruban. Lorsque le cordon est ainsi fixé au cathéter, on le porte dans la cavité utérine; on retire d'abord le mandrin, puis la sonde, et l'on abandonne le cordon ombilical. Cet appareil a l'avantage de pouvoir être improvisé par tous les praticiens.



Fig. 443. — Appareil de Schœller.

L'instrument de Schœller (fig. 445) se compose d'une tige de baleine courbée en demi-anneau à son extrémité; parallèlement à cette tige s'en trouve une autre qu'on fait glisser contre elle. Quand cette tige glisse de bas en haut, l'anneau se trouve peu à peu fermé; il est ouvert quand la tige est abaissée de haut en bas. On place le cordon dans le demi-anneau qu'on ferme, on porte l'instrument au fond de l'utérus; on ouvre l'anneau et le cordon se dégage. Pour faciliter ce dégageage et pour empêcher le cordon d'être entraîné par l'instrument lorsqu'on le retire, Tarnier a ajouté au demi-anneau une petite ficelle qu'il suffit de tendre pour que le cordon soit sûrement repoussé. Cet instrument est bon, mais il n'est guère employé que dans les Maternités, où l'on a un arsenal complet.

Il faut préférer, pour la réduction du cordon, la méthode manuelle à la méthode instrumentale; Mme Lachapelle a fort bien fait ressortir les avantages de la première méthode : « On a proposé, dit-elle, plusieurs instruments fort ingénieux pour reporter plus aisément le cordon dans l'utérus : tantôt une simple baleine échancrée ou garnie d'une éponge perforée, d'un cordon, etc.; tantôt une gaine ouverte ou bien une sonde creuse munie d'un anneau articulé et susceptible d'être ouvert et fermé au moyen d'un fil, etc., ont été successivement proposées dans cette vue. La main et les doigts sont des instruments bien plus simples et bien plus utiles... Une main, un pied, une anse de cordon ombilical, ne seront jamais plus sûrement ni plus aisément repoussés qu'à l'aide des doigts rapprochés en faisceau, s'il est possible, ou appliqués du moins latéralement les uns contre les autres. Ce n'est qu'avec la main qu'on peut former un peloton de l'anse de cordon sortie, la pousser dans le lieu le plus convenable et par les passages les plus libres; c'est avec elle qu'on peut pousser partie par partie une portion considérable, comme on opère le taxis dans la réduction des hernies; enfin elle seule donne la certitude d'une réduction complète.

« Il ne suffit pas d'avoir repoussé le cordon dans l'utérus, il faut l'avoir repoussé au-dessus de la tête et du détroit supérieur; alors, pour l'ordinaire, il restera à l'abri de toute compression et ne retombera plus, sans qu'il faille le maintenir avec une éponge ou avec une compresse destinée à « étouper

« l'endroit » (Mauriceau), et sans qu'il devienne nécessaire de l'accrocher à une jambe, comme l'a conseillé Croft, accoucheur anglais. C'est toujours en arrière et sur les côtés, vis-à-vis des symphyses sacro-iliaques et par les échancrures de ce nom, qu'on opérera la réduction avec plus de facilité; c'est toujours là, au moins d'un côté, le lieu le plus libre du bassin, à tel point même que si le cordon est descendu par cet endroit et qu'il ne soit point coulé trop bas, il peut, au témoignage de Boer, de Baudelocque et de Capuron, y séjourner sans danger pour l'enfant. Cependant je préfère toujours en tenter la réduction, sauf les cas où le travail marche avec une extrême rapidité. Par l'emploi de ce procédé opératoire, j'ai presque toujours obtenu des enfants vivants, tandis que presque tous périraient si l'on abandonnait la nature à ses propres efforts. »

Pour bien pratiquer la réduction du cordon, il faut introduire toute la main dans le vagin et y pénétrer assez profondément; l'anesthésie chloroformique facilite singulièrement cette intervention. Lorsque la réduction est faite, il faut surveiller la femme attentivement et pratiquer l'auscultation et même le toucher assez fréquemment.

Si l'on n'arrive pas à répropulser le cordon ou à le maintenir réduit, on peut encore essayer de le protéger contre la compression à l'aide de la main introduite dans les organes génitaux. La version bipolaire rend aussi des services lorsqu'on peut transformer une présentation du sommet en présentation du siège : le danger de la compression est ainsi diminué.

Dès que la dilatation est complète ou l'orifice suffisamment dilatable, il faut terminer le plus rapidement possible l'accouchement par le forceps dans le cas de présentation du sommet, par la version dans les cas de présentations du tronc et dans les présentations de la face non engagée dans l'excavation. Lorsqu'on a recours au forceps, il importe plus que jamais de se conformer aux règles formulées par Pinard : pénétrer profondément avec la main jusqu'à l'oreille, repousser suffisamment le cordon et n'appliquer la cuiller du forceps que sur une portion de la sphère céphalique explorée par la main de l'opérateur. C'est la seule manière d'éviter le pincement du cordon entre la tête et la cuiller.

PROCIDENCE DES MEMBRES

La *procidence d'un membre* existe lorsqu'un membre qui n'appartient pas à la région fœtale qui se présente la *précède* ou l'*accompagne*.

Ainsi, lorsque, dans la présentation de l'épaule, la main est à la vulve, il n'y a pas *procidence du bras*; si, au contraire, c'est le sommet qui se présente et qu'en pratiquant le toucher on arrive sur la main, il y a *procidence de la main*.

Il va de soi que la procidence n'est réelle qu'autant qu'elle s'est produite spontanément; on ne peut guère ranger sous cette rubrique les faits dans lesquels un opérateur maladroit, voulant faire une version podalique, amène successivement une ou deux mains dans le vagin.

Très nombreuses sont les variétés de procidence, quant au degré d'engagement de la partie fœtale procidente et de la situation qu'elle occupe dans l'excavation par rapport à la présentation.

La plupart des statistiques indiquant le degré de fréquence des procidences donnent une proportion trop faible, parce qu'elles ne comprennent que les cas dans lesquels la procidence était très accusée et qu'elles ne tiennent pas compte des cas dans lesquels la main, par exemple, accompagne la tête fœtale sans la dépasser, mais gêne les différents temps de l'accouchement : ce sont ces faits que Pinard désigne sous le nom de *procubitus*.

Les causes de la procidence des membres sont multiples : ce sont toutes celles qui gênent l'accommodation utérine et pelvienne du fœtus : viciations

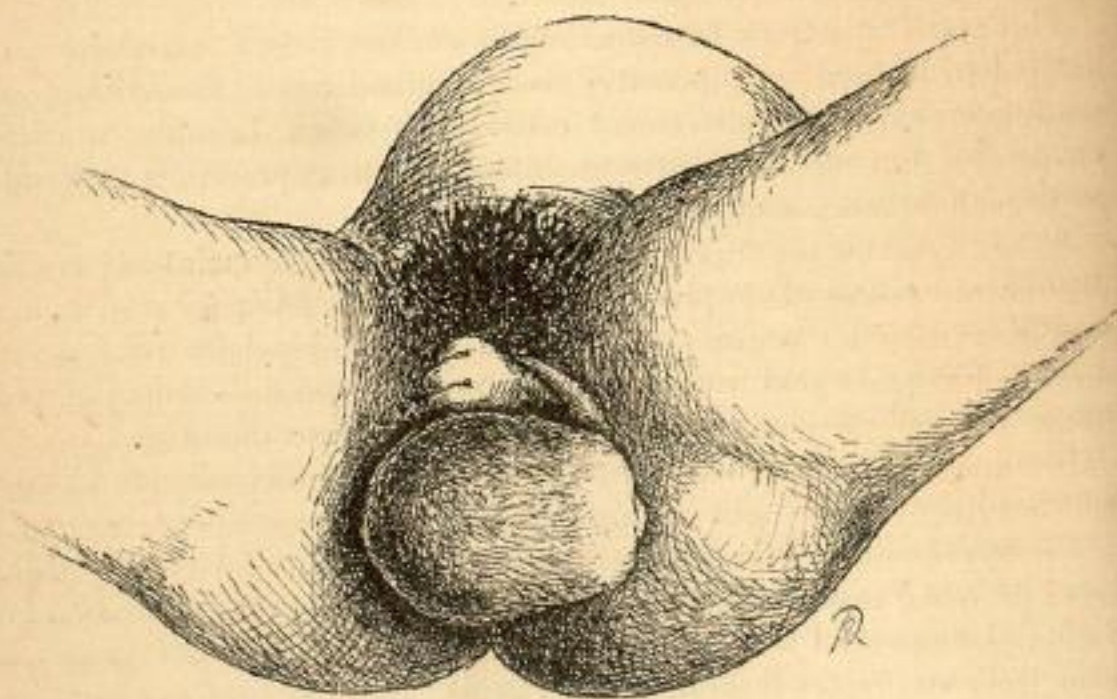


Fig. 446. — Présentation du sommet avec procidence de la main qui apparaît à la commissure vulvaire antérieure en même temps que la tête se dégage.

pelviennes, fœtus trop petits ou trop gros, grossesses multiples, hydramnios, insertion du placenta sur le segment inférieur, etc.

Étudions séparément les procidences dans chaque présentation :

1° *Procidence dans la présentation du sommet.* — Il est exceptionnel que le pied vienne faire procidence à côté de la tête : il faut pour cela qu'il y ait eu tentative maladroite de version.

Beaucoup plus fréquente est la procidence du membre supérieur : dans certains cas rares, ce n'est pas seulement la main, mais tout l'avant-bras qui descend au-devant de la tête fœtale. — Ce qu'il est commun d'observer, c'est la présence de la main au voisinage de la tête : la procidence peut n'être que temporaire au détroit supérieur et gêner l'engagement du sommet ; lorsque la tête descend, la main peut rester stationnaire ou même remonter dans l'utérus : la procidence s'est réduite spontanément ; ou bien la main est entraînée par la tête dans l'excavation.

Si la tête fœtale est peu volumineuse, l'expulsion peut se faire rapide-

ment : la tête fœtale sort accompagnée de la main. — Lorsque le volume de la tête est normal, la présence de la main gêne plus ou moins la rotation et le dégagement de la tête, et produit des anomalies de ces différents temps. Il arrive souvent qu'on ne se rend compte de la véritable cause qui a retardé l'accouchement qu'au moment où, la tête étant dégagée, la main apparaît sur les parties latérales de la tête, soit en avant (fig. 446), soit en arrière. — La présence de la main en arrière n'est pas sans quelque danger, non seulement pour le périnée, qui est souvent intéressé en pareil cas, mais même pour la cloison recto-vaginale, qui a pu être perforée par la pression irrégulière exercée sur elle.

Signalons les cas exceptionnels dans lesquels il y avait à la fois procidence du pied et de la main en avant de la tête (Nægele, Monroe, Hartmann).

2° *Procidence dans la présentation de la face.* — Elles sont proportionnellement plus fréquentes que dans la présentation du sommet, en raison même de la configuration irrégulière de la face qui remplit incomplètement l'aire du détroit supérieur et permet le glissement de la main sur les parties latérales.

Sur 400 présentations de la face, Winckel aurait noté 25 procidences des membres, soit 6,2 pour 100.

3° *Procidence dans la présentation du siège.* — La présence d'une main abaissée à hauteur du siège n'a guère d'importance ; si l'avant-bras est un peu abaissé, il peut gêner mécaniquement l'engagement du siège.

Il est important toutefois de reconnaître cette procidence et de ne pas confondre cette main avec un pied.

Pronostic. — Le pronostic de la procidence des membres n'est généralement pas grave par lui-même ; dans les cas où la procidence crée une certaine difficulté, il suffit habituellement de recourir au forceps ou à la version pour terminer l'accouchement.

La coexistence fréquente de la procidence du cordon assombrit le pronostic, et cependant, si le cordon a glissé à côté d'une main, il court moins risque d'être comprimé, car la main soulève un peu la tête. Seul procident, il serait plus exposé.

Traitement. — Il importe de savoir reconnaître la procidence d'un membre : il est pour cela parfois nécessaire de pratiquer le toucher manuel.

Lorsque la partie fœtale, la tête, est encore élevée, dès que la dilatation permet le passage de la main, il faut essayer de rétropulser le membre procident : on y parvient le plus souvent. On a même pu réussir, dans des cas où une partie de l'avant-bras était engagée dans le vagin au-dessous de la tête.

Lorsque la tête est dans l'excavation, si l'expulsion tarde à se faire, il faut recourir assez rapidement au forceps et avoir bien soin de ne pas prendre le membre procident entre la tête fœtale et la cuiller de l'instrument.