

ovoïde ou d'un coin dont la grosse extrémité est représentée par la face et le front, la petite par la bosse occipitale.

5° Dans les présentations du siège, quand la tête a le temps de se mouler, le vertex seul est libre et se renfle, d'où augmentation du diamètre vertical et arrondissement de la tête; c'est le type *brachycéphale*, c'est-à-dire de la tête ronde. Dans ces cas, le diamètre bipariétal est presque aussi long que l'occipito-frontal; c'est l'opposé de ce que nous avons vu pour les présentations de la face, où l'occipito-frontal l'emporte de beaucoup sur le bi-pariétal.

Toutes ces déformations disparaissent ordinairement après l'accouchement; deux ou trois jours plus tard, la tête a repris d'habitude sa forme normale.

Il ne faut jamais essayer de rendre à la tête sa forme ordinaire, en la pressant, en la malaxant en différents sens avec les doigts, ainsi que le demandent certaines mères et que prétendent le faire les matrones. Cette pratique est inutile et dangereuse. Les déformations de la tête se sont produites doucement, lentement, progressivement, pendant plusieurs heures; le cerveau a insensiblement modifié sa forme; si l'on voulait faire disparaître ces anomalies en quelques minutes, on ne réussirait qu'en employant des manœuvres énergiques qui pourraient amener des lésions de la boîte crânienne et de son contenu (fracture des os, décollement du cuir chevelu, compression du cerveau, convulsions, etc.)

#### Déformations des autres parties fœtales.

Le tronc du fœtus et les membres se tassent, sont comprimés pendant l'accouchement, mais ne présentent pas de modifications permanentes de forme; immédiatement après l'expulsion, elles reprennent leur aspect primitif.

Seulement après les présentations de la face, la tête conserve pendant plusieurs jours de la tendance à se renverser en arrière; après les présentations des fesses, les membres inférieurs tendent aussi à revenir dans la situation qu'ils occupaient pendant le travail. Les parties doivent être ramenées et maintenues dans une attitude correcte par l'emmaillotement.

Les déformations de la tête et autres dont nous venons de parler, peuvent se produire dans les bassins normaux et lorsque l'accouchement est absolument régulier. Dans les bassins rétrécis et les accouchements difficiles, artificiels, d'autres lésions plus sérieuses se présentent parfois, telles que dépressions du crâne, fêlures et fractures des os, contusions, déchirures de la peau, etc., etc. Nous y reviendrons plus tard.

#### PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT.

D'une manière générale, le pronostic est très favorable pour la

mère, puisque 5 sur 1000 seulement succombent; il l'est moins pour l'enfant, la mortalité étant pour celui-ci dix fois plus considérable, en moyenne 50 pour 1000 (5 %).

Mais de grandes différences doivent être établies selon les circonstances: accouchements naturels ou artificiels, présentations et positions, accouchements dans les maternités ou en ville, bassins normaux ou viciés, primipares ou multipares, femmes mariées ou filles mères, âge de la femme, état de santé antérieure, maladies diverses, etc., etc.

*Pour la mère.* — L'accouchement est plus dangereux chez les primipares, chez les femmes trop jeunes ou trop âgées, chez les filles mères, lorsqu'il y a un vice du canal pelvien ou une complication pendant la grossesse ou le travail; lorsque enfin, la femme se trouve dans de mauvaises conditions physiques ou morales.

Les agglomérations de femmes en couches créent un danger spécial; les maternités constituaient, naguère encore, des foyers d'infection, où les accouchées étaient décimées; l'emploi des méthodes aseptique et antiseptique est destiné à faire disparaître cette terrible complication de l'accouchement.

La cause la plus commune de maladie et de mort, c'est la septicémie puerpérale, maladie contagieuse très grave, véritable infection de l'organisme par des matières putrides. Nous consacrerons plus loin, à cet important sujet, un chapitre spécial.

*Pour l'enfant.* — Les statistiques ont démontré qu'en Belgique, pendant l'année 1861, il y a eu 154,218 naissances, qui ont donné les résultats centésimaux suivants: 1° il est né 106 garçons pour 100 filles; 2° la mortalité des nouveau-nés est de 4,5 pour 100; 3° elle est de 2,75 % avant l'accouchement; 4° elle est de 1,80 % par le fait de l'accouchement; 5° elle est proportionnellement plus forte dans les villes que dans les campagnes (125 : 100); 6° elle est proportionnellement plus forte pour les garçons que pour les filles (127 : 100); 7° dès avant l'accouchement, la mortalité des garçons est à celle des filles comme 123 est à 100; 8° par le fait de l'accouchement, elle est comme 132 : 100; 9° la procréation des garçons l'emporte sur celle des filles, mais leur mortalité est plus grande avant et surtout pendant l'accouchement.

L'influence des présentations et des positions est manifeste et mérite de nous arrêter longuement.

1° *Présentations du sommet.* — Ce sont les plus favorables pour la mère et l'enfant. Ce sont celles où les complications sont le moins fréquentes et le moins dangereuses, où le travail marche le plus rapidement, le plus normalement, surtout quand l'occiput est en avant.

Le sommet s'applique bien sur le segment inférieur de l'utérus, l'excitation du museau de tanche provoque des contractions réflexes

régulières, les procidences sont peu à craindre, la dilatation du col est facile; si même la poche se rompt prématurément, la partie foetale la remplace bientôt et joue un rôle à peu près identique; la rupture des membranes n'est pas suivie d'un grand écoulement de liquide, il en reste assez pour protéger le fœtus et empêcher la compression intra-utérine du cordon; le canal doit se dilater au maximum pour permettre la sortie de la tête, de sorte que le tronc ne rencontre plus de résistance et est expulsé presque immédiatement après. Cette dernière considération est très importante pour l'enfant; en effet, le plus grand danger qu'il court, c'est l'asphyxie résultant du décollement prématuré du placenta et de la compression du cordon; or, ces deux inconvénients ne peuvent guère se présenter, puisque la matrice conserve sensiblement le même volume jusqu'à l'expulsion de la tête suivie aussitôt de celle du tronc.

Dans les *occipito-postérieures*, la rotation est plus étendue, le travail est généralement un peu plus long; cependant, les conditions sont également favorables et le pronostic est peu modifié.

Lorsque l'occiput reste en arrière, cas heureusement rare puisqu'il ne se présente que 2 fois sur 100, le travail est plus difficile, l'intervention est plus souvent réclamée, le périnée est fort compromis, le pronostic est moins bon.

Dans les présentations du sommet, la mortalité des enfants atteint à peine 2 %.

*2° Présentations de la face.* — Jadis on les considérait comme fort dangereuses, on cherchait à intervenir par des manœuvres non exemptes de périls (forceps, version podalique ou céphalique). L'expérience a prouvé que ces craintes étaient peu fondées, attendu que dans la généralité des cas, les présentations de la face se terminent tout aussi heureusement que celles du sommet; nous avons vu, en effet, que les diamètres foetaux en rapport avec la filière pelvienne ne sont guère plus longs quand la tête est étendue que quand elle est fléchie, *mais à la condition expresse que le menton revienne en avant.* Voici cependant quelques circonstances plus défavorables :

A. — Le mento-sincipital est plus grand que l'occipito-frontal et l'extension forcée est plus nécessaire que la flexion complète.

B. — Après l'extension, ce n'est pas le grand axe de la tête qui est dans l'axe du détroit supérieur, mais bien l'occipito-frontal ou un qui s'en rapproche beaucoup. La tête doit donc traverser la filière pelvienne dans des conditions moins avantageuses. Pendant la descente, le sommet du crâne est comprimé, ainsi que le démontre la force spéciale que nous avons décrite, d'où danger pour l'enfant.

C. — La face est irrégulière, bouche mal le segment inférieur de l'utérus, le menton est pointu; de là, souvent, élévation de la partie

foetale, poche volumineuse, rupture prématurée des membranes, issue de la totalité du liquide amniotique, procidence du cordon ou des membres, dilatation lente du col, contractions espacées, travail long, inertie, souffrance prolongée du fœtus, affaiblissement de la mère, hémorragie *post partum*.

D. — Quand la tête a franchi le col, la partie antérieure du cou peut être comprimée par la lèvre antérieure de l'orifice; cette compression est inévitable pendant le 4<sup>e</sup> temps du travail, puisque la région prétrachélienne s'appuie derrière la symphyse des pubis et est centre du mouvement de flexion. Cette situation empêche le retour du sang veineux et favorise la congestion cérébrale. C'est pourquoi il faut soutenir le périnée avec précaution, de façon à ne pas refouler la tête en avant et à ne pas augmenter la compression du cou; c'est pourquoi aussi, il faut éviter que l'enfant reste longtemps au détroit inférieur et intervenir au moyen du forceps si le dégagement tarde trop.

En hâtant ainsi l'accouchement, ce qui est nécessaire pour l'enfant, on risque de déchirer le périnée ou l'on est forcé de débrider la vulve. On voit que toutes ces alternatives sont défavorables.

E. — Les mento-postérieures sont plus communes que les antérieures et le menton doit absolument revenir en avant; sans cela, l'accouchement est impossible, ainsi que nous l'avons démontré en décrivant les phénomènes mécaniques de l'accouchement par la face. Or, cette rotation manque parfois ou se fait attendre trop longtemps; si à certain moment des contractions énergiques se produisent, l'organe luttant avec force contre un obstacle invincible peut se déchirer. La compression prolongée des parties maternelles par le front et le menton peut être suivie d'inflammation et de gangrène.

F. — L'application du forceps est plus délicate sur la face que sur le sommet, parce que les cuillères peuvent contusionner, abîmer fortement les parties molles (le nez, les yeux, les joues, la bouche) exposées à la vue et dont les cicatrices défigurent considérablement. Le bec des cuillères peut aller sur le cou et produire des lésions mortelles. C'est pourquoi, si la face est au détroit supérieur, la plupart des praticiens, peu sûrs de placer les branches de l'instrument d'une façon bien régulière, préfèrent avoir recours à la version. Même si la face est dans l'excavation ou au détroit inférieur, l'application du forceps exige plus de soin, plus de prudence, plus d'habileté que quand il s'agit du sommet.

Il n'est pas toujours facile de faire revenir le menton en avant; si avec la mento-postérieure, il y a un léger rétrécissement du bassin, peut-être même procidence d'un membre, il pourra être nécessaire de réduire le volume du crâne, de sacrifier l'enfant s'il n'est pas déjà mort.

Il est à remarquer que de ces divers inconvénients, les plus sérieux, les seuls vraiment importants, ne se présentent que dans les mento-postérieures. On doit donc considérer celles-ci comme bien moins favorables que les mento-antérieures.

Dans les présentations de la face, selon P. Dubois, la mortalité des enfants atteint presque 10 %, c'est-à-dire qu'elle est cinq fois plus forte que dans les présentations du sommet. Pourtant, d'après Schröder, elle ne serait que 2 fois et demie plus grande dans les présentations de la face que dans celles du sommet.

Dans la variété frontale, le pronostic est beaucoup plus défavorable pour la mère ainsi que pour l'enfant. Le diamètre mento-sincipital tend à s'engager dans l'excavation et l'accouchement n'est possible que si la tête est petite ou le bassin très spacieux. Quand la réduction n'a pas lieu, on doit donc intervenir par le forceps ou la version; parfois l'embryotomie devient nécessaire.

En parlant des soins à donner à la femme pendant l'accouchement, nous indiquerons la ligne de conduite à tenir dans les présentations en question.

3° *Présentations de l'extrémité pelvienne.* — Elles sont moins favorables pour la mère et l'enfant que les présentations de la face et surtout que celles du sommet. Le danger est d'autant plus grand que la partie en rapport avec le détroit supérieur est plus petite; ainsi la présentation de l'extrémité pelvienne complète est meilleure que celle du siège; celle-ci est préférable à celle des genoux et des pieds.

A. — La partie fœtale n'a ni la régularité, ni la rondeur, ni le volume du sommet; elle est habituellement élevée, déviée; elle ne s'applique pas bien sur le segment inférieur de l'utérus, n'appuie pas sur le col, les contractions réflexes ne sont donc guère sollicitées; la dilatation est difficile; le travail est long, fatigue la mère et compromet la vie de l'enfant.

B. — La poche des eaux est volumineuse, souvent en boyau; la rupture prématurée des membranes est fréquente et alors les eaux s'écoulent plus ou moins complètement, entraînant parfois avec elles le cordon ombilical.

C. — La partie fœtale étant de petit volume, peut s'engager dans un canal incomplètement dilaté, résistant. Cet inconvénient est surtout marqué chez les primipares. Au fur et à mesure que descend le tronc, la matrice revient sur elle-même, perd, en se rétractant, une grande partie de sa puissance et se trouve dans de mauvaises conditions pour expulser la région la plus volumineuse et la plus dure, la tête; lorsque celle-ci devrait se dégager rapidement, elle n'est plus soumise à la force utérine, puisqu'elle a franchi le col et se trouve dans l'excavation; de plus, elle a encore des résistances

à vaincre, spécialement de la part de l'orifice vulvaire, chez les primipares; il n'est donc pas étonnant que le praticien soit presque toujours obligé d'intervenir par des tractions à ce moment et que le périnée se trouve sérieusement compromis.

D. — Dès que le ventre est engagé dans la filière pelvienne, le cordon ombilical commence à être comprimé, d'abord modérément entre le tronc du fœtus et les parties maternelles, ensuite fortement aussitôt que la tête est au détroit abdominal et pendant tout le temps qu'elle met pour arriver à l'extérieur. C'est pourquoi on a comparé, relativement au danger que court l'enfant, les présentations pelviennes à une présentation du sommet avec procidence du cordon.

E. — A cette première cause d'asphyxie fœtale, on doit ajouter deux autres qui peuvent résulter de la rétraction partielle de l'utérus avant la sortie complète du fœtus: ce sont le décollement prématuré du délivre et la gêne de la circulation utéro-placentaire par diminution de calibre des vaisseaux utérins.

F. — Le relèvement des bras n'est pas rare et si la manœuvre pour les dégager n'est pas généralement difficile, elle exige toujours quelques instants qui allongent les moments de souffrance du fœtus.

G. — Nous pouvons en dire autant pour la tête, quand elle est en occipito-antérieure.

Si elle est en occipito-postérieure et surtout défléchie, l'extraction peut être laborieuse et durer plusieurs minutes, ce qui compromet singulièrement la vie de l'enfant. Le cas est plus grave dans les rétrécissements du bassin, où des tractions énergiques et répétées deviennent souvent nécessaires. Un retard amène infailliblement ici la mort de l'enfant, puisque la circulation funiculaire est suspendue, tandis que dans les présentations de la tête, ce danger n'existe pas.

Dans les présentations de l'extrémité pelvienne, la mortalité des enfants est de 14 à 15 %, d'après M<sup>me</sup> Lachapelle; seulement de 10 %, d'après P. Dubois.

4° *Présentations transversales.* — Ce sont les plus dangereuses pour la mère et l'enfant; nous avons déjà dit que, abandonnées à elles-mêmes, elles entraînent presque fatalement la mort du fœtus et de la femme.

La version spontanée est sans doute possible dans les derniers temps de la grossesse; mais le praticien qui escompterait ce genre de terminaison pendant l'accouchement, serait bien osé et coupable d'une grande imprudence. Nous en dirons tout autant de l'évolution spontanée. L'intervention est donc de rigueur.

Les diverses complications résultant du petit volume de la partie fœtale, de son irrégularité, de sa mauvaise application sur le segment inférieur de l'utérus, sont plus communes encore dans les présentations transversales que dans celles de la face et de l'extrémité pelvienne.

Velpeau a trouvé que sur 137 enfants nés par l'évolution spontanée, 12 seulement sont venus vivants, mais ils étaient avant terme et l'on ne sait pas si quelques-uns ont survécu.

La mortalité des enfants extraits par la version podalique est plus élevée que celle des enfants qui se sont présentés d'emblée par l'extrémité pelvienne : elle atteint le chiffre énorme de 50 %, d'après la statistique de M<sup>me</sup> Lachapelle. Ce résultat s'explique par les mauvaises conditions dans lesquelles on se trouve; les eaux s'écoulent d'habitude prématurément, entraînant parfois le cordon; le col se dilate avec beaucoup de peine, souvent d'une manière incomplète; fréquemment l'accoucheur ne peut intervenir que quand le fœtus a déjà souffert depuis longtemps.

#### SOINS A DONNER PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Le praticien a pour devoir de surveiller les différents temps du travail, de constater si tout se trouve dans les conditions normales, de prévenir les accidents dans la mesure du possible, de les combattre s'ils se présentent. Il doit rassurer la femme, l'encourager, lui faire prendre patience, lui donner les indications de plusieurs phénomènes qui pourraient à tort l'inquiéter. Il doit prendre toutes les mesures exigées par les circonstances dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

L'accouchement est une fonction naturelle, physiologique, qui dans la grande majorité des cas s'exécute spontanément et ne réclame que des soins d'hygiène, de propreté, de sécurité. Le praticien doit éviter toute manœuvre intempestive, toute intervention inutile; il ne doit pas chercher à « faire quelque chose », dans le seul but de prouver qu'il a rendu de grands services et que sans lui tout aurait été de travers. En voulant agir à tout prix, l'on commet des bévues; on s'imagine aller plus vite, on croit hâter l'accouchement, on prétend soulager la patiente, la délivrer rapidement, et l'on n'aboutit qu'à troubler la marche régulière du travail, à irriter les parties, à amener des complications plus ou moins sérieuses.

Savoir attendre, savoir ne rien faire d'important, est toujours une grande qualité dans l'accouchement naturel. Il ne faut pas se hâter d'en finir, de débarrasser la femme, de s'en aller au plus tôt. A ce point de vue, nous pouvons dire que bien des femmes s'en seraient tirées avec bien plus d'avantage, si elles avaient accouché seules, qu'avec l'aide de praticiens trop pressés de les soulager ou de courir ailleurs.

Voilà donc un premier point très important : bien connaître la marche physiologique, ordinaire du travail et ne la contrarier d'aucune manière; n'intervenir d'une façon plus ou moins active, qu'en présence d'indications formelles et bien déterminées.

Le second point, encore plus important peut-être, consiste à éloigner toutes les causes de septicémie et particulièrement celles

qui se rapportent à l'accoucheur. Nous avons déjà traité ce sujet dans le chapitre : « Propreté, asepsie et antiseptie dans la pratique des accouchements », (page 303).

Le grand principe médical, *primo non nocere* (d'abord ne pas nuire), doit aussi être inscrit au frontispice de tous les traités d'accouchement; il doit être le guide du praticien; il doit toujours être présent à l'esprit de ceux qui approchent les femmes en couches.

#### Préparatifs pour l'accouchement.

OBJETS DONT L'ACCOUCHEUR DOIT SE MUNIR. — Le praticien, appelé près d'une femme en travail, doit être muni de différents objets, dont on se sert fréquemment dans les accouchements et qu'on ne trouve pas d'habitude chez les clients.

La sage-femme doit prendre avec elle : de bons ciseaux mousses, une sonde en caoutchouc avec mandrin, une sonde de femme, un thermomètre, des ligatures pour le cordon, un injecteur à réservoir (voir page 309), une poire à lavements, les médicaments usuels, c'est-à-dire des désinfectants (acide phénique ou sublimé, iodoforme en poudre fine), du seigle ergoté et du laudanum.

L'accoucheur prend son forceps et a toujours dans sa trousse de poche : une seringue de Pravaz, des aiguilles et du fil pour sutures, des ciseaux assez longs, un bistouri boutonné.

Il est évident que la sage-femme et l'accoucheur devront emporter avec eux tout objet qu'ils croiront utile ou nécessaire, soit par le fait de leurs opinions personnelles, soit pour parer aux éventualités d'un cas spécial. Ainsi certains praticiens préfèrent ausculter avec le stéthoscope, font la respiration artificielle à l'aide du tube laryngien; ils ne doivent pas oublier alors de prendre ces instruments. Il est spécialement recommandé d'avoir toujours avec soi les objets nécessaires pour tamponner : spéculum, gaze iodoformée ou ouate hydrophyle, 1 ou 2 pinces utérines.

Si l'éclampsie est à craindre, on doit préparer du chloroforme, du chloral, ou tout autre médicament que l'on a choisi. Les partisans de l'anesthésie doivent avoir de l'éther ou du chloroforme, ou du chloral. Les solutions de morphine et d'ergotine remplacent avantageusement le laudanum et le seigle ergoté. Quand on a affaire à un bassin fort rétréci, on doit se munir des instruments qui servent à diminuer le volume du fœtus. Et ainsi de suite.

Le praticien retenu pour donner ses soins à une femme pendant son accouchement, donne ses indications, afin que, au moment voulu, il trouve au domicile de sa cliente tout ce dont il pourrait avoir besoin : désinfectants, seigle ergoté, éther, eau de Cologne, injecteur, ouate hydrophile, gaze iodoformée, vaseline antiseptique. Il va inspecter la chambre où aura lieu l'accouchement et donne