

pendant toute la période de dilatation, du moins chez les primipares et chaque fois qu'on prévoit un travail devant encore durer plusieurs heures ; il est préférable que l'accoucheur s'absente ou du moins quitte la chambre, selon les cas. La femme est ainsi moins gênée, ne tracasse pas le praticien, ne l'engage pas à tenter des manœuvres intempestives, à faire des examens trop fréquents et plus préjudiciables qu'utiles.

L'accoucheur doit répéter trop souvent les mêmes phrases, il s'use en quelque sorte et perd de son prestige et de son autorité. Mieux vaut donner ses ordres, ses indications et revenir une heure ou deux plus tard constater les progrès du travail.

Certaines femmes difficiles, impérieuses, craintives, désirent que l'accoucheur ne les quitte pas d'un instant, voudraient qu'on les examine constamment, réclament une intervention à tout prix. On doit savoir ne pas céder à ces exigences et échapper à cette espèce de tyrannie, avec adresse, persuasion ou autorité, selon les circonstances.

Le toucher exige des précautions antiseptiques minutieuses dont nous avons indiqué tous les détails précédemment (page 305).

Rappelons la nécessité de deux bassins ; le 1^{er} sert au lavage ordinaire, l'eau doit en être renouvelée à chaque toucher ; le 2^d contenant la solution de sublimé à 1/2 pour 1000 est pour le rinçage et peut servir un grand nombre de fois. Il en est de même du vase contenant de l'alcool, si l'on a recours à cet excellent procédé (voir page 306). Il faut du reste TOUCHER LE MOINS POSSIBLE et toujours dans l'intervalle des contractions, de peur de déchirer les membranes.

Les bains de siège sont utiles dans la plupart des cas, pendant la période de dilatation ; ils doivent être tièdes, à 33 degrés centigrades et peuvent durer chacun une heure et même davantage. On place au fond de la baignoire un sac de son, sur lequel la femme s'assied. Ils favorisent l'assouplissement des organes, accélèrent la dilatation, calment le système nerveux et ont le grand avantage de faire prendre patience à la femme et de permettre à l'accoucheur de se retirer un certain temps.

Dans les cas de fausses douleurs et surtout de douleurs de reins, les bains de siège sont souvent efficaces. Les autres moyens à employer dans ces conditions ont déjà été indiqués (page 327).

Lorsque la dilatation traîne en longueur, on peut donner une série de bains semblables en 24 heures ; nous avons vu des femmes les réclamer avec instance et y rester une bonne partie de la journée. L'écoulement prématuré des eaux, loin d'être une contre-indication, est, selon nous, un motif d'insister sur les bains de siège. Ils présentent le plus d'utilité chez les primipares et en général quand les parties sont fermes, résistantes, peu dilatables. Les injections

tièdes, émollientes, sont des adjuvants utiles. Il n'y a pas de raison pour les employer lorsque la dilatation marche lestement. On doit s'en abstenir quand les femmes en ont une trop grande répugnance, chez les personnes faibles, épuisées, sujettes aux syncopes, aux hémorragies, dans les cas de procidence, lorsqu'enfin on est forcé de laisser la femme dans un décubitus spécial.

Si on le juge nécessaire, on peut provoquer des contractions et accélérer la dilatation du col, en excitant l'utérus par l'abdomen ou le vagin. On fait de temps en temps des frictions *douces* avec la main entière appliquée sur le fond de l'utérus (en ayant soin de redresser l'organe s'il était en obliquité antérieure ou latérale). Les irrigations vaginales sont également efficaces ; elles se font avec 1 1/2 à 2 litres d'eau chaude à 45°, toutes les demi-heures.

On a conseillé, dans le même but, différents moyens et médicaments ocytociques dont nous parlerons à l'occasion de l'inertie pendant le travail. Disons immédiatement qu'on doit s'abstenir de ces derniers *d'une manière absolue* avant la dilatation complète : jamais le seigle ergoté ne pourra être administré ; c'est une des plus grandes fautes que le praticien puisse commettre ; il peut amener les plus graves accidents du côté de la mère et entraîne presque infailliblement la mort du fœtus. Les contractions ininterrompues qui en sont la suite expliquent suffisamment son action néfaste.

Certaines matrones cherchent à montrer leurs capacités, à prouver leur habileté, à se faire valoir, en se livrant à certaines manœuvres aussi dangereuses qu'intempestives ; elles laissent presque constamment un ou deux doigts dans le vagin, dépriment le périnée, tiraillent les lèvres du col, les écartent l'une de l'autre, tâchent de les refouler au-dessus de la partie fœtale ; c'est ce qu'on appelle *le petit travail*, espèce de dilatation artificielle du col qui n'est nullement commandée par les circonstances. Ces manœuvres sont douloureuses, agacent le col, l'irritent, l'enflamment, amènent souvent la rupture des membranes, un spasme de l'orifice, des déchirures plus ou moins étendues, de la sécheresse des organes, des inflammations consécutives.

Il est seulement permis, lorsque la dilatation est presque complète, que la lèvre antérieure seule est encore accessible, de la refouler doucement au-dessus de la tête pendant les contractions.

Soins à donner pendant l'expulsion.

Immédiatement après la rupture des membranes, il est utile de toucher, afin de constater s'il n'y a pas procidence du cordon ou des membres et afin de vérifier la présentation et la position.

A partir de ce moment, il est prudent de faire garder à la patiente le décubitus dorsal, car la sortie de l'enfant peut avoir lieu rapidement et si elle se faisait dans la position debout, différents accidents

seraient à redouter : chute de l'enfant sur le sol, déchirure du cordon, arrachement du placenta, inversion de la matrice.

Cependant, si la partie fœtale était encore élevée et les douleurs peu fréquentes, s'il n'y avait pas de crainte de voir les eaux s'écouler en trop grande abondance, la tête bouchant bien le canal, il y aurait avantage à faire encore marcher un peu la femme, pour augmenter les contractions.

Pendant l'expulsion, la femme est sur le lit de travail, couchée sur le dos, la tête appuyée sur un coussin, le siège soulevé par un sac de son, le coccyx portant à faux, de façon à pouvoir être refoulé en arrière au moment où la tête traverse le détroit inférieur ; en dehors des contractions, les jambes peuvent être étendues. Pendant les douleurs, les mains empoignent le matelas ou les serviettes attachées au lit, ou encore les épaules du mari ou d'un aide complaisant ; les cuisses sont *légèrement* écartées et modérément fléchies sur le bassin ; les jambes sont aussi semi-fléchies et les pieds prennent un point d'appui sur la paillasse ; l'accoucheur soutient avec ses mains les genoux de la femme et veille à ce qu'ils ne soient pas trop écartés l'un de l'autre ; la patiente peut ainsi pousser énergiquement « *comme si elle allait à la selle* ».

Pour se mettre au lit, la femme a ôté le peignoir qu'elle avait pendant la dilatation ; elle garde son bonnet, son foulard de cou, sa chemise et sa jaquette ; quelques-unes tiennent à conserver aussi un petit jupon et des bas ; si l'on craint les refroidissements, on peut entourer les membres inférieurs de morceaux de flanelle ou les passer dans deux fourreaux de même étoffe, confectionnés préalablement dans ce but (deux espèces de jambes de caleçon). Pour éviter de souiller la chemise, on doit la relever sous le sacrum ; mais cette précaution n'empêche pas toujours qu'elle soit trempée de sang et de mucosités ; il faut alors changer de linge après l'accouchement, ce qui expose aux refroidissements et à des mouvements fatigants. C'est pourquoi beaucoup d'accoucheurs recommandent de mettre deux chemises ; l'une supérieure et l'autre inférieure ; les bras sont passés dans les manches de la première, dont les pans sont fortement relevés autour de la taille ; la seconde n'arrive qu'à ce niveau et descend plus ou moins bas ; celle-ci seule peut être atteinte par les liquides et est facilement retirée après l'accouchement ; l'autre alors, toujours bien propre, est descendue complètement.

La femme reste modérément couverte : un drap de lit et une couverture suffisent ; il ne faut pas les relever trop fortement et sans motif ; il faut ménager la pudeur de la patiente dans la mesure du possible ; dans les derniers instants, lorsqu'il s'agit de garantir l'intégrité du périnée, on doit cependant se donner toutes les aises pour bien observer. Mais ces moments sont courts et échappent

facilement à la femme, dont les douleurs sont arrivées au paroxysme.

Lorsque l'expulsion se termine dans le délai ordinaire, c'est-à-dire en une demi-heure chez les multipares, en une ou deux heures chez les primipares, le rôle de l'accoucheur se borne à encourager la patiente, à l'engager à pousser pendant les contractions, à bien veiller au périnée pendant le dégagement.

Mais si l'expulsion se prolonge, la surveillance doit être plus active. Les injections antiseptiques devront être faites toutes les deux heures environ et une compresse de gaze antiseptique ou de linge imbibé de la solution de sublimé sera appliquée sur la vulve.

L'enfant souffre, il faut donc ausculter bien plus fréquemment que pendant la dilatation ; si l'on constate que le fœtus est en danger, on doit intervenir. Ce danger est indiqué par l'écoulement du méconium (excepté dans les présentations du siège), par la bosse séro-sanguine et par l'état des battements cardiaques qui, après s'être accélérés, deviennent plus lents, plus faibles, parfois irréguliers.

On doit bien toucher, de temps en temps, pour se rendre compte de la descente de la partie fœtale et des mouvements qu'elle effectue.

La femme poussant énergiquement est altérée et a besoin d'une gorgée d'eau plus ou moins souvent.

La partie fœtale en descendant dans l'excavation presse le rectum et la vessie ; de là des envies illusoires d'uriner et d'aller à la selle ; certaines femmes veulent à tout prix se lever pour se mettre sur le vase de nuit. On doit les en empêcher, puisque la tête peut sortir d'un moment à l'autre ; on se contente de passer sous le siège un bassin plat, ou si la tête est déjà sur le périnée, on met simplement une alèze pliée en double pour recevoir les matières fécales qui peuvent être poussées dehors à ce moment, quand le rectum n'a pas été vidé complètement au début du travail.

D'habitude, après l'écoulement des eaux, la matrice se repose pendant quelques instants, puis les contractions reprennent énergiquement et continuent régulièrement jusqu'à l'expulsion complète. Mais il arrive que, par fatigue de l'organe ou toute autre cause, les douleurs se ralentissent et diminuent d'intensité. On cherche alors à accélérer la terminaison par différents moyens, que nous allons indiquer ; s'ils ne réussissent pas et que l'état de la mère ou de l'enfant réclame une prompt intervention, on procède sans retard à l'extraction instrumentale ou manuelle, selon les cas.

Les causes qui peuvent s'opposer au mouvement de descente sont nombreuses et seront examinées ultérieurement (voir *Dystocie*).

Lorsqu'il y a seulement paresse de l'utérus, on peut stimuler l'organe par des frictions à travers les parois abdominales, ou en déprimant le périnée avec un ou deux doigts, ou encore à l'aide de certains médicaments ocytociques, tels que le seigle ergoté.

Il est d'observation commune, que la partie fœtale appuyant sur le plancher périnéal excite des contractions réflexes de la matrice et de la presse abdominale. L'accoucheur peut imiter cette action, en introduisant deux doigts dans le vagin et en pressant sur le périnée de dedans en dehors. Il ne faut pas abuser de cette manœuvre, de peur d'irriter, de contusionner les parties.

Nous parlerons plus tard du seigle ergoté et préciserons dans quelles conditions il est permis de l'employer. Nous pouvons déjà dire *qu'on ne doit jamais le prescrire chez les primipares*, parce que les contractions énergiques qu'il provoque amèneraient une sortie trop rapide de l'enfant et, par suite, une déchirure certaine du périnée. *Chez les multipares*, lorsque tout est absolument normal du côté du canal à parcourir et du mobile qui doit le traverser, lorsque le col est complètement dilaté, toutes les parties ramollies, lubrifiées, la présentation régulière, en un mot, lorsque quelques contractions seulement manquent pour expulser le produit, il n'y aurait peut-être pas d'inconvénient à faire prendre une dose ou deux de seigle ergoté. Mais on a tellement abusé de ce médicament en le donnant à tort et à travers, on a ainsi occasionné des accidents si nombreux et si graves, qu'aujourd'hui la plupart des accoucheurs préfèrent le proscrire d'une manière complète avant la sortie du fœtus et du placenta. Nous croyons avec eux, que pendant la période d'expulsion, le forceps peut toujours remplacer le seigle ergoté et est moins dangereux que lui.

On peut aussi, dans certains cas, employer *l'expression utérine de Kristeller*, telle que nous allons la décrire.

Pendant le travail, il est d'observation vulgaire que les frictions manuelles sur le ventre et même le simple palper provoquent des contractions. M. Kristeller, en 1867, conseilla d'aller plus loin et d'appliquer l'expression utérine à l'expulsion du fœtus, dans les cas d'inertie et de travail languissant. On ne doit pas l'employer avant que le col soit dilaté, ni dans les rétrécissements du bassin, ni dans les cas urgents.

La manœuvre est la même que celle recommandée par Créde pour l'expulsion du placenta. On embrasse le fond de la matrice avec une ou deux mains, les doigts placés en arrière et les pouces en avant ; on fait d'abord une friction légère, on augmente progressivement, puis on diminue à la fin, de façon que chaque pression ressemble à la contraction utérine ; la pression dure quelques secondes et est séparée de la suivante par un repos de 2 à 3 minutes. On la renouvelle 10, 20, 40 fois, selon le besoin. On imite donc la nature et chaque compression pousse l'enfant vers le bas, comme les contractions utérines et les muscles abdominaux.

L'expression utérine est déjà difficilement acceptée pendant la

délivrance ; si on doit la répéter un grand nombre de fois, pendant le travail, elle devient vite insupportable. Inutile de dire qu'on ne peut y penser, quand la parturiente est nerveuse, difficile, sensible, agacée, comme c'est l'ordinaire dans les accouchements qui traînent en longueur. Nous n'avons pas encore trouvé de femme assez docile pour s'y soumettre d'une façon un peu continue : après deux ou trois essais, nous étions forcé de suspendre la manœuvre.

En revanche, nous recommandons la compression quand, la tête étant sortie, les épaules résistent ; et aussi, pour hâter l'expulsion de la tête dernière ; dans ces deux cas, il suffit d'une ou de deux pressions, bien dirigées selon les axes, pour obtenir le résultat désiré.

MANŒUVRES POUR EMPÊCHER LA DÉCHIRURE DU PÉRINÉE. — Tous les soins de l'accoucheur doivent se porter en vue de sauvegarder l'intégrité du périnée. Les précautions sont principalement nécessaires chez les primipares. Il ne faut pas oublier que dans la grande majorité des accouchements, le praticien n'a rien d'autre important à faire ; si une déchirure se produit, il a manqué son but et les intéressés pourront lui en vouloir ; à tort ou à raison, il sera accusé de maladresse. L'accident n'étant pas mortel, mais entraînant une série d'inconvénients plus ou moins graves pendant la vie, il en résulte qu'une femme atteinte de déchirure du périnée peut devenir un ennemi de longue durée. Avis aux jeunes médecins et accoucheuses ; qu'ils se tiennent pour prévenus.

Beaucoup de méthodes ont été recommandées, ce qui prouve qu'aucune n'est infaillible. Il y a, en effet, à ce point de vue, trois espèces de périnée : 1^o ceux qui ne se déchirent pas, quelle que soit la méthode et même sans aucune précaution ; 2^o ceux qui se déchirent, quoiqu'on fasse ; 3^o ceux qui peuvent être épargnés par des précautions convenables.

Pour éviter les déchirures, il faut : 1^o Assouplir la vulve déjà pendant la grossesse et pendant toute la durée du travail, par des bains et des injections ; nous accordons à ces soins préliminaires une grande valeur ;

2^o Agir de même pendant l'expulsion, au moyen d'embrocations huileuses fréquemment répétées ; pour cela, on se sert de vaseline sublimée ou d'huile phéniquée, que l'on verse au moyen d'une petite cuiller à l'entrée du vagin ; avec le doigt, on la répartit sur tout le pourtour des parties et aussi profondément que possible ;

3^o Faire en sorte que la tête se dégage bien dans l'axe de l'ouverture vulvaire, l'occiput se trouvant complètement placé dans l'arcade pubienne, avant que l'extension se produise. De cette façon, ce sont les diamètres sous-occipitaux qui passent ; dans le cas contraire, ce seraient les occipitaux qui sont plus longs et par conséquent plus dangereux ;

4° Donner à la vulve le temps de se dilater. Ceci est essentiel ; on ne peut espérer qu'une pareille ouverture laisse passer la tête fœtale rapidement sans qu'une lésion se produise. C'est pourquoi tous les moyens destinés à accélérer la sortie de la tête sont dangereux ; telles sont certaines pressions, certaines manœuvres d'énucléation ; tel est le seigle ergoté ; tel est surtout le forceps qui occasionne si fréquemment des déchirures chez les primipares ; on est pressé d'en finir et, armé de cet instrument, on peut aller beaucoup trop vite ; dans le but d'éviter cet accident, nous conseillons de toujours enlever les branches quand la tête est au *couronnement inférieur*, c'est-à-dire engagée dans l'orifice vulvaire.

Ces quatre principes doivent être appliqués, quelle que soit la méthode suivie ultérieurement. Nous allons maintenant décrire celle que nous conseillons. Elle consiste à soutenir à la fois la tête et le périnée ; la main gauche soutient la tête pour l'empêcher de sortir trop vite et diriger son mouvement d'ascension vers le mont de Vénus ; la main droite soutient le périnée pour lui donner plus de résistance, le doubler en quelque sorte, pour continuer ainsi la surface ferme constituée par le sacrum et le coccyx ; cette main attire en même temps les tissus en avant comme pour allonger le périnée et fournir de l'étoffe pour l'ampliation de la vulve.

Lorsque le sommet est à la vulve, la femme doit se trouver dans le décubitus dorsal, la tête presque au niveau du tronc ; on enlève un coussin si c'est nécessaire, le siège doit au contraire être bien relevé au moyen d'un sac de son ou de deux draps de lit non dépliés ; le périnée doit être bien visible et le coccyx se trouver à faux. Les membres inférieurs sont fléchis légèrement et les genoux *modérément écartés*. Souvent les femmes ont de la tendance à éloigner fortement les jambes l'une de l'autre, ce qui a pour résultat de tendre les tissus vulvaires, qui doivent être relâchés ; c'est pourquoi il est prudent de faire maintenir par un aide les genoux à une distance convenable.

L'accoucheur se tient du côté droit du lit, sa main gauche est passée au-dessus de la cuisse droite de la patiente et va s'appliquer sur la partie visible du sommet, de manière à la recouvrir complètement ; l'extrémité des doigts est près de la fourchette, la paume de la main est sur le sinciput. La main droite de l'accoucheur est passée sous la cuisse droite de la femme et s'applique sur le périnée ; il est bon d'interposer une fine compresse pour empêcher le glissement et la souillure par les matières fécales ; cette main est légèrement excavée pour s'accommoder à la convexité périnéale ; les doigts sont dirigés vers la cuisse gauche, le pouce est étendu dans le pli génito-crural droit ; le bord radial est en avant et laisse visible un liseré d'un centimètre environ de la

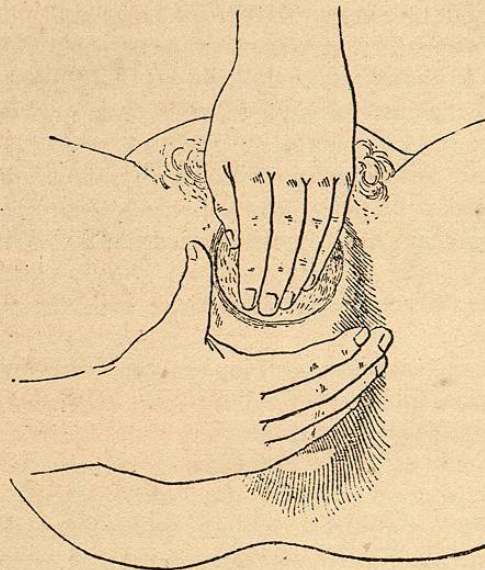


Fig. 123. — Position des deux mains au moment où l'extension va se produire.

la main droite presse sur le périnée surtout par son bord cubital et d'arrière en avant.

Au dernier moment, on conseille à la patiente de ne plus pousser ; parfois on est obligé d'employer toutes ses forces pour lutter contre les efforts d'expulsion, qui projetteraient violemment la tête à l'extérieur au grand dommage du périnée.

Lorsque l'on voit à l'extérieur l'occiput, le sinciput et le haut du front, c'est le moment où l'extension va se produire et il faut l'exécuter en dehors de toute contraction. Pour cela, il suffit d'attirer un peu le front en haut avec les doigts de la main gauche, tandis que la main droite aide au même mouvement en pressant d'arrière en avant. Ainsi l'occiput remonte vers le pénil et la face se dégage.

Toute cette manœuvre exige *la plus grande lenteur* ; il ne faut jamais se presser, il faut régler la progression de la tête, en rester toujours maître, ne pas se laisser émouvoir par les cris et les supplications de la femme, qui prie en grâce de la délivrer coûte que coûte. Un instant d'inattention peut tout perdre, une douleur survient à l'improviste et pousse la tête en déchirant les parties. Le praticien doit être sourd, ne pas entendre les plaintes, être calme au milieu des gémissements de tous, avoir son attention entière concentrée sur le périnée et le surveiller en artiste. Bouchez-vous les oreilles, dirons-nous aux jeunes qui ont l'âme trop sensible ou ne sont pas encore suffisamment aguerris ; c'est à ce seul prix que vous n'aurez pas de mécomptes,

commisure antérieure du périnée, que l'accoucheur doit constamment surveiller ; le bord cubital est appuyé sur la pointe du coccyx.

L'accoucheur agit seulement pendant les contractions et engage la femme à ne faire d'effort que pendant la douleur.

La main gauche appuie alors et parfois très énergiquement, afin d'empêcher la tête de sortir ; *car le dégagement ne doit jamais se faire que dans l'intervalle des contractions ;*

Après la sortie de la tête, il faut encore veiller pour le passage des épaules : celles-ci peuvent également déchirer le périnée ou augmenter une éraillure faite au passage de la tête. Il faut avoir soin : 1° de placer les épaules d'avant en arrière, de façon que le diamètre bis-acromial soit dans le coccy-pubien; 2° de ne pas aller trop vite et d'attendre que l'épaule antérieure soit sous les pubis avant que la postérieure soit dégagée par un petit mouvement d'élévation; 3° de soutenir le périnée avec la main droite comme ci-dessus.

Les bras sortent en même temps que la poitrine et pas n'est besoin, dans les cas habituels, d'aller les chercher et de les faire sortir avant celle-ci, comme on l'a conseillé.

(P) *Débridement de la vulve ou épisiotomie.* — Nous avons dit que l'accoucheur doit avoir constamment les yeux fixés sur le liseré, laissé visible par la main à la commissure antérieure du périnée. Lorsque le périnée est fort distendu et sur le point de se rompre, on constate que ce liseré s'amincit de plus en plus, devient blanchâtre, commence à s'érailler. Dans ces conditions, même en redoublant de lenteur et de prudence, une déchirure est certaine et l'on ne sait jusqu'où elle s'étendra, si l'an us même ne sera pas atteint. Il faut alors débrider la vulve, en pratiquant une ou deux incisions obliques, en bas et en arrière, vers le quart inférieur de l'orifice. On se sert pour cela d'un bistouri boutonné ou de ciseaux mousses, dont une des branches est glissée à plat, guidée par un doigt, entre le sommet et la grande lèvre; on redresse ensuite l'instrument, puis d'un seul coup on fend la partie dans l'étendue de 1 à 2 centimètres et plus, si on le juge nécessaire.

M. Tournay a conseillé d'avoir recours au bistouri spécial dont la figure est ci-contre et qui peut faciliter le débridement de l'orifice vaginal.

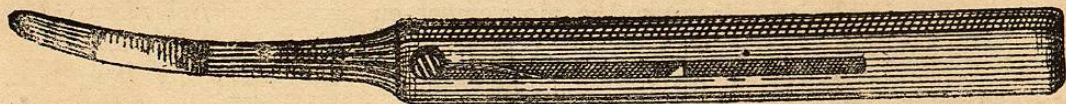


Fig. 124. — Bistouri de M. Tournay pour le débridement de l'orifice vaginal.

Les avantages des incisions sont multiples : 1° les déchirures sont irrégulières, déchiquetées; les lèvres sont contuses, disposées à la gangrène, ne se réunissent pas toujours avec des points de suture. Les incisions sont des plaies nettes, qui se réunissent facilement avec 1 ou 2 points de suture; ceux-ci ne sont même pas toujours indispensables, parce que les incisions qui paraissent assez grandes au moment de l'accouchement, se réduisent beaucoup après par suite de la rétraction des parties et de la disparition du gonflement; 2° les déchirures se font sur la ligne médiane; si elles vont un peu

Es preferible debridar hacia arriba donde se evita caugar los labios y por consiguiente la infección

loin, elles intéressent le sphincter anal et compromettent les fonctions de cet utile constricteur. Les incisions sont latérales, obliques, et si elles se prolongent en arrière, elles contournent l'an us et laissent le sphincter intact.

Le débridement est surtout indiqué lorsque la partie fœtale est très volumineuse, dans les occipito-postérieures non réduites, chez les primipares, quand la vulve est étroite, rigide, œdématisée, lorsqu'on est forcé de terminer rapidement dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant.

Il ne faut certes pas abuser des incisions, mais il ne faut pas non plus hésiter à les pratiquer quand une déchirure paraît inévitable. C'est une affaire de bon sens et d'expérience.

Ces incisions doivent être faites assez bas, afin d'éviter la section des conduits excréteurs des glandes de Bartholin, vers le quart inférieur de la vulve, avons-nous dit. Quelques-uns les font partir de la fourchette, de sorte qu'elles affectent la forme d'un V renversé; d'autres font une petite incision médiane du périnée, puis deux autres divergentes, ce qui donne à la solution de continuité la forme d'un Y renversé. On a conseillé aussi la simple incision médiane ou encore une série de petites incisions sur le pourtour de l'ouverture (débridement multiple de Ritgen); l'incision médiane est mauvaise, parce qu'elle peut s'étendre à l'an us; les incisions multiples sont douloureuses dans les suites de couches et laissent en se cicatrisant un anneau dur, difficile à se dilater lors de l'accouchement suivant.

Lorsqu'une déchirure commence à se produire, il faut immédiatement arrêter la tête, la refouler même un peu (enlever le forceps, s'il est appliqué); puis on pratique une ou deux bonnes incisions commençant à la limite postérieure de la déchirure et se dirigeant en bas et en arrière. L'intégrité du sphincter anal est ainsi sûrement conservée, et c'est le point important.

Nous croyons que dans tous les cas il vaut beaucoup mieux faire une seule incision, même un peu longue, que deux petites qui donnent une partie flottante difficile à réunir. Nous conseillons aussi de rapprocher les lèvres de la plaie à l'aide d'un ou plusieurs points de suture, sinon elles restent souvent écartées, douloureuses, se cicatrisent lentement et isolément, ce qui laisse une déformation de la vulve.

Autres méthodes qui ont été recommandées pour éviter la lésion du périnée. — Nous avons conseillé de soutenir à la fois le périnée et la tête. Certains accoucheurs soutiennent l'un ou l'autre.

1° La méthode consistant à ne soutenir que le périnée est mauvaise et condamnée par la plupart des accoucheurs, parce qu'elle n'empêche pas la tête de sortir brusquement et de déchirer les parties.

Pour agir plus énergiquement, sans doute, certains accoucheurs allemands pressent sur le périnée à l'aide de la partie supérieure de la

paume de la main droite, les doigts étant dirigés en arrière vers le coccyx. Ce procédé ne vaut guère mieux que le soutien ordinaire simple du périnée.

2° Le professeur Depaul n'agissait que sur la tête et enseignait que le soutien du périnée est inutile et dangereux : inutile, parce que le plancher se déchire parfaitement sous la main ; dangereux, parce que la main cache le périnée, glisse en avant et masque la commissure antérieure, de sorte que le praticien ne voit plus rien, ne constate pas la tension des tissus, ne s'aperçoit pas des éraillures et ne peut pas juger si le débridement est nécessaire. Ces reproches sont fondés lorsqu'on ne suit pas les règles que nous avons tracées et mieux vaut ne pas soutenir du tout le périnée que de le soutenir mal.

Nous croyons, avec Depaul, que l'action exercée sur la tête est la plus importante et pourrait souvent suffire. Mais le soutien du périnée, lorsqu'il est bien conduit, est un adjuvant utile.

Depaul appliquait deux doigts de chaque main sur le sommet, deux en avant vers le pubis, deux en arrière près de la fourchette ; il s'opposait ainsi à la sortie trop rapide de la tête et dirigeait le mouvement selon l'axe de la vulve.

3° Beaucoup d'accoucheurs, surtout en Allemagne et en Angleterre,

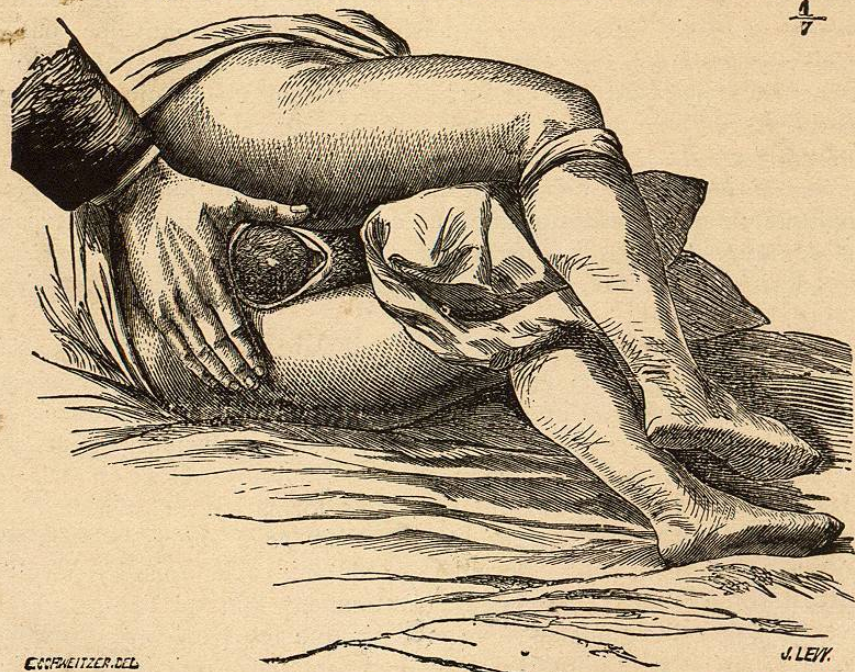


Fig. 125. — Manière de soutenir le périnée dans le décubitus latéral. Il faut y ajouter la main gauche, appliquée sur le sommet, comme dans la fig. 123.

recommandent de placer la femme dans le *décubitus latéral gauche*,

puis de soutenir la tête et le périnée comme nous l'avons indiqué.

On a soin d'élever le bassin au moyen d'un coussin ; la patiente est sur son côté gauche, le siège au bord du lit, les cuisses modérément fléchies, les genoux écartés par un oreiller.

Cette attitude a deux avantages sérieux : le 1^{er} est de rendre le périnée très visible, par conséquent de permettre une surveillance plus efficace ; le 2^d est d'empêcher un écartement trop considérable des membres inférieurs et par suite la tension des parties génitales. Mais en prenant les précautions que nous avons indiquées, on peut obtenir les mêmes résultats dans le décubitus dorsal.

En Angleterre, le décubitus latéral est de règle chez les multipares aussi bien que chez les primipares. En Allemagne, le décubitus latéral est réservé aux primipares, tandis que les multipares sont laissées dans le décubitus dorsal.

Une statistique de Schröder indique que chez les primipares, sur 100 accouchements dans le décubitus dorsal, il y a 25 déchirures du périnée, alors qu'il y en a moins de 4 dans le décubitus latéral.

Nous avons employé maintes fois le décubitus latéral chez des primipares et nous avons constaté les avantages qu'il présente. Nous le recommandons spécialement lorsque le lit est trop bas, trop mou, le siège peu élevé, lorsque la femme est indocile, se déjette constamment, écarte les jambes outre mesure et lutte contre les aides chargés de les maintenir. Dans ces conditions, on obtient difficilement de bons résultats dans le décubitus dorsal ; il vaut mieux faire coucher la patiente sur le côté gauche pendant la période d'expulsion.

4° Certains auteurs n'agissent guère que sur le périnée, non pour le soutenir, mais pour le *relâcher*. Ils placent les doigts à droite et à gauche et attirent les téguments vers l'orifice vulvaire, dans le but de lui fournir plus d'étoffe pour sa dilatation. Cette idée, bonne en principe, peut être réalisée de différentes façons ; nous croyons qu'on doit s'en inspirer, en suivant la méthode que nous avons décrite : il suffit, en soutenant le périnée, de ramener les tissus d'arrière en avant et latéralement vers le sommet comme pour l'en coiffer.

5° A l'exemple du Dr Duke, accoucheur de Stevens hôpital, à Dublin, on peut avec avantage, quand la vulve est étroite et rigide, en préparer la dilatation pendant la période expulsive à l'aide de deux doigts introduits dans le canal et profitant de chaque douleur pour attirer doucement, mais avec certaine force, le périnée en arrière vers le coccyx ; on arrive ainsi après quelque temps à vaincre la tonicité du plancher pelvien et à produire un relâchement suffisant pour le passage de la tête.

On use largement d'huile ou mieux de vaseline et, au besoin, on se sert des doigts des deux mains,