

### Soins spéciaux aux présentations du sommet.

1. Quelques auteurs ont recommandé de favoriser la flexion, lorsque l'on croit pouvoir attribuer au défaut de ce mouvement le retard dans la descente de la tête. Pour cela, disent-ils, on accroche avec le doigt la fontanelle postérieure pour la retenir en bas pendant et après la contraction. Cette manœuvre nous paraît dangereuse et impossible, attendu que la fontanelle n'offre aucune saillie qu'on puisse accrocher. On a conseillé aussi de refouler le front en haut dans l'intervalle des douleurs; nous préférons choisir le moment des contractions; mais dans l'excavation, si les résistances sont suffisantes, la flexion se fera spontanément et n'aura nullement besoin d'être aidée. Il n'en est pas de même au détroit supérieur; alors il faudra agir dans l'intervalle des contractions, introduire toute la main, saisir largement la tête et l'attirer en bas en la fléchissant. Cette manœuvre exige une dilatation complète du col et n'est indiquée qu'en cas de variété bregmatique, lorsque la nature ne suffit pas pour rectifier la présentation.

M. Fournel a recommandé d'introduire entre la face et l'utérus un fort ballon de caoutchouc (de 10 à 15 centimètres de diamètre) replié, puis gonflé, afin de retenir le front et l'empêcher d'avancer pendant que l'occiput descend: la flexion serait ainsi produite.

Ordinairement toutes ces tentatives sont inutiles ou échouent et l'on doit avoir recours au forceps ou au levier.

2. La rotation se fait facilement dans les occipito-antérieures, mais manque parfois dans les occipito-postérieures. On doit toujours désirer qu'elle se produise, d'abord parce que la descente est plus facile et ensuite parce que le périnée est moins compromis.

Velpeau conseillait d'intervenir immédiatement après l'écoulement des eaux, dans l'intervalle des contractions, au moyen de deux doigts appliqués sur l'occiput ou sur le front, pour refouler l'occiput en avant ou le front en arrière. Mais ces parties sont arrondies, glissantes et ne présentent guère de point d'appui. Mattei agissait à la fois par l'abdomen et le vagin. Par des manœuvres externes, il cherchait à ramener le tronc du fœtus en avant, pendant que deux doigts placés sur la fontanelle postérieure ou sur l'occiput attireraient ces parties vers le pubis.

La manœuvre de M. Tarnier nous paraît plus sérieuse; elle consiste à prendre un point d'appui sur l'oreille, qui présente une saillie assez résistante. La dilatation doit être complète ou à peu près; l'indicateur gauche, pour la postérieure droite, est introduit profondément et glissé derrière le rebord postérieur de l'oreille gauche, *sur toute sa hauteur*. Pendant une contraction, on appuie fortement sur la tête de façon à produire la rotation en avant; le doigt fait donc un quart de cercle de droite à gauche, passe derrière la symphyse pubienne

et va jusqu'au côté gauche du bassin; si le résultat n'est pas complet pendant une contraction, le doigt est laissé en place et achève à la contraction suivante.

L'observation démontre que toutes ces manœuvres sont inutiles; en effet, dans la grande majorité des cas, la rotation s'exécute d'elle-même, et dans les cas exceptionnels où elle n'a pas lieu, les manœuvres sont presque toujours impuissantes, le dégagement se fait en occipito-sacrée, à moins que le forceps intervienne.

3. Dans les occipito-antérieures, il faut soutenir le plancher périnéal pendant le mouvement d'extension et jusqu'à ce qu'il soit complètement achevé.

Lorsque l'occiput se dégage en arrière, c'est pendant la flexion forcée qu'on doit soutenir le périnée; celui-ci est très compromis; chez les primipares, les incisions sont fréquemment nécessaires. Quand l'occiput a franchi la commissure antérieure du périnée, on n'a plus besoin de soutenir.

4. Lorsque l'extension tarde, on a préconisé divers moyens pour la faciliter. Tous doivent être employés pendant l'intervalle des douleurs, de même que le procédé habituel que nous avons décrit précédemment.

A. — Sous le nom de *expression de la tête*, Ritgen conseille le procédé suivant: Deux ou trois doigts de la main gauche sont placés sur l'occiput, retiennent la tête et ne la quittent qu'après sa sortie; quatre doigts de l'autre main sont appliqués, par l'extrémité seulement, derrière l'anus, vers la pointe du coccyx et un peu sur le côté du raphé. Entre deux contractions, on exerce en dedans et en avant une pression, qui tombe sur le menton de l'enfant et le fait avancer. On produit ainsi l'extension, mouvement que les doigts de la main gauche suivent soigneusement pour retenir la tête pendant la douleur.

Ritgen exécute la pression *latéralement au raphé*, afin de faire avancer une bosse pariétale avant l'autre; l'idée est bonne et peut être appliquée au procédé ordinaire. Selon l'auteur, la manœuvre met le périnée à l'abri des déchirures.

B. — La méthode de Mattei diffère peu de la précédente; mais cet accoucheur conseille de plus une espèce d'énucléation, consistant à écarter successivement, avec la pulpe de l'indicateur, les bords de la vulve sur les points où elle paraît poussée en avant, sans se dilater. Cette partie de la manœuvre se fait au commencement de la contraction et est surtout utile pour faire chevaucher sur l'occiput l'angle supérieur de la vulve, lorsqu'il a de la tendance à coiffer la tête pour se porter avec elle en avant au lieu de se dilater.

On peut aussi, selon le même auteur, saisir la tête par les parties latérales avec les doigts, la tirer en haut et en faciliter ainsi le dégagement en faisant avancer l'occiput.

Mattei a prétendu que ces différentes manœuvres avaient pour résultat d'épargner le périnée, ce dont nous doutons beaucoup.

C. — On peut favoriser la sortie de la tête par une énucléation véritable ; pour cela, l'indicateur s'insinue entre la tête et les lèvres de l'orifice vulvaire et fait un mouvement circulaire, en écartant les bords tout autour et en les refoulant au-dessus du sommet.

D. — En introduisant un ou deux doigts dans l'anus, ce qui est à peine senti par la femme, on tombe sur les saillies de la face et l'on arrive habituellement à la bouche et au menton. On a donc là des points d'appui nombreux, qui permettent d'exercer un effort important en bas et en avant, de façon à produire l'extension. Dans ces conditions, on est absolument maître du mouvement, on fait avancer la tête autant et aussi vite que l'on veut.

Cette *manœuvre anale* est la plus puissante et la plus certaine pour amener l'extension ; elle ne peut jamais échouer. Mais elle est extrêmement dangereuse au point de vue de l'intégrité du périnée, parce qu'elle permet d'agir avec trop de force et trop de rapidité. Il faut donc en user avec la plus grande circonspection et dans des cas absolument exceptionnels, en prenant toutes les précautions pour éviter la déchirure du plancher pelvien.

5. Dès que la tête est sortie, il faut voir si le cordon n'est pas enroulé autour du cou. S'il y a une ou plusieurs circulaires, on les agrandit, on les relâche et on les fait passer par dessus le sommet d'avant en arrière ; on les met ainsi en rapport avec la concavité sacrée et les parties molles, l'on évite le tiraillement et la compression. Si l'anse funiculaire était trop serrée, il faudrait bien la couper entre deux ligatures, ou entre deux pinces hémostatiques, ou entre les doigts d'un aide, pour fermer les deux bouts et empêcher l'hémorragie. La circulation étant dès lors interrompue, il faut extraire l'enfant sans tarder.

L'omphalotome de M. Keiffer, composé de 2 pinces hémostatiques maintenues entre elles par un système de couteau mobile, pourrait dans ce cas rendre la manœuvre plus facile et plus rapide.

6. La tête étant libre a besoin d'être soutenue et l'on doit veiller à ce que les liquides vaginaux ne puissent s'écouler dans la bouche et le nez de l'enfant.

7. Si les douleurs cessent et que les épaules tardent à sortir, il faut solliciter les contractions par des frictions sur le globe utérin et engager la femme à pousser. L'expression de Kristeller peut à ce moment rendre de grands services.

Lorsque la face se colore et que l'on craint l'asphyxie, on introduit l'indicateur dans le creux axillaire postérieur et l'on tire doucement, selon les axes. Si l'on ne peut atteindre l'aisselle, on saisit la tête par les côtés et l'on exerce de légères tractions, jusqu'à ce que le

doigt puisse arriver au creux axillaire. On ne doit jamais tirer trop fortement ni trop longtemps sur la tête, de peur de léser la colonne cervicale. Si des efforts énergiques étaient nécessaires, l'enfant étant vivant, mieux vaudrait introduire plusieurs doigts et placer un crochet mousse sur l'aisselle postérieure ; on pourrait ainsi faire descendre rapidement l'épaule.

8. Les épaules étant sorties, l'accoucheur soutient la tête et le haut du tronc pendant que le reste du corps se dégage. Il est rarement nécessaire de tirer légèrement sur les aisselles pour hâter ce dégageement qui, comme toujours, doit se faire selon les axes.

#### Soins spéciaux aux présentations de la face.

On a conseillé de transformer la face en sommet par des manœuvres externes, à la fin de la grossesse, ou par des manœuvres internes, au moment du travail, lorsque le col est dilaté.

M. Tarnier conseille les manœuvres externes à la fin de la grossesse ou au début du travail, mais dans les mento-postérieures seulement. « Il y a, dit-il, trois mouvements à exécuter : dans le 1<sup>er</sup>, on soulève les épaules et la partie supérieure de la poitrine du fœtus, afin de rendre à la tête la liberté nécessaire pour qu'elle puisse se fléchir ; le 2<sup>me</sup> favorise encore la flexion et est exécuté par un aide, qui pousse la tête vers le plan antérieur du fœtus ; enfin dans le 3<sup>me</sup>, qui ne peut être exécuté que par un aide, le siège du fœtus est poussé en bas et du même côté que la tête, c'est-à-dire vers le plan antérieur du fœtus, de manière à faire engager le sommet. » L'auteur n'a jamais exécuté sa manœuvre que sur le mannequin, et nous doutons qu'il réussisse sur une femme vivante.

M. Pinard a recommandé de soulever le front à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin et appliqués sur la fontanelle antérieure, pendant que l'autre main presse sur l'occiput de haut en bas à travers la paroi abdominale. Cette manœuvre ne paraît ni facile ni anodine.

Lorsque le col est dilaté, on a conseillé d'aller chercher les pieds pour faire la version podalique ; ou bien d'introduire toute la main, de saisir la tête largement, de la fléchir et d'attirer l'occiput en bas. Nous avons essayé cette dernière manœuvre une fois, non sur le mannequin, mais sur une femme vivante, et nous avons réussi sans trop de peine. Cependant, nous ne la conseillons pas, parce que généralement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les présentations de la face se terminent naturellement comme celles du sommet. Nous ne recommandons que les soins spéciaux suivants :

1<sup>o</sup> Examiner le moins possible et avec les plus grandes précautions, afin de ne pas rompre les membranes et, après leur rupture, de ne pas endommager la face.

2° S'abstenir de toute intervention, à moins d'indications bien formelles, absolument comme dans les présentations du sommet. Seulement, dans les mento-postérieures, lorsque la face est dans l'excavation, si le menton ne revient pas en avant, on doit chercher à l'y amener au moyen d'un ou deux doigts appliqués sur la joue, dans la bouche ou sur le menton lui-même. En cas de non réussite, le forceps est employé pour produire la rotation nécessaire. Si l'on n'obtient pas encore le résultat désiré, c'est que la partie est trop volumineuse, et la craniotomie est indiquée.

3° Ne pas laisser longtemps le cou appuyé contre la symphyse pubienne, de peur que le fœtus succombe; si les contractions font défaut à ce moment, les stimuler par des frictions et recourir bientôt au forceps.

4° Ne pas presser trop fort en soutenant le périnée, car on augmenterait la compression du cou dont nous venons de parler.

5° Après le dégagement de la tête, se hâter d'extraire le tronc, en accrochant l'aisselle postérieure. En effet, le fœtus a déjà souffert pendant la flexion de la tête et il doit sortir sans retard.

6° Ne pas montrer tout de suite l'enfant à la mère, à cause de l'aspect désagréable de la face et de la tendance de la tête à se renverser en arrière. Prévenir que tout cela sera bientôt dissipé.

#### Soins spéciaux aux présentations pelviennes.

A la fin de la grossesse et au début du travail, on peut faire la version céphalique par manœuvres externes. Nous reviendrons sur ce point plus tard.

Dans toutes les présentations de l'extrémité pelvienne, l'accouchement doit être le plus possible abandonné à la nature; on doit s'abstenir d'exercer des tractions, même quand on y paraît convié par la présence des pieds à la vulve. Cependant, l'intervention peut devenir nécessaire d'un moment à l'autre et elle est souvent, habituellement même, indispensable à la fin de l'expulsion, lorsque l'enfant souffre par la compression du cordon et que la tête tarde un peu à sortir. C'est pourquoi il est de règle de placer la femme, pendant l'expulsion, dans la position obstétricale, c'est-à-dire en travers du lit, et convenablement soutenue, afin que la manœuvre puisse se faire dans les meilleures conditions.

Les tractions sont dangereuses au début: 1° parce qu'on pourrait décompléter la présentation du siège qui est plus favorable que celle des pieds, ainsi que nous l'avons indiqué précédemment; 2° parce qu'on peut entraîner le fœtus à travers des parties non suffisamment dilatées; 3° parce qu'il y a un danger réel à relever les bras et plus encore à défléchir la tête; 4° parce qu'il ne faut

En estas condiciones el parto es preter natural  
Dreglas non debeu qnair: 1° que sea lenta la delatacion 2° que  
la expulsion sea rapida

pas vider trop rapidement la matrice, de peur de l'inertie et de l'hémorragie *post partum*.

1. Quand le siège est à la vulve, on soutient le périnée et on s'oppose à un dégagement rapide, comme pour le sommet.

2. Parfois le cordon passe dans le sillon interfessier; on doit alors tirer doucement sur le bout placentaire, puis faire passer l'anse au-dessus de la fesse postérieure, pour la porter en arrière vers la concavité sacrée et les parties molles, où les chances de compression sont moindres.

3. Dans tous les cas, dès que les hanches sont dégagées, on s'assure que le cordon n'est pas tendu, ce qui pourrait amener sa rupture ou un décollement du placenta, ou même le renversement de l'utérus. Si le cordon n'est pas bien relâché, on le saisit doucement entre deux doigts et on tire une anse du côté placentaire. Lorsque cette manœuvre est impossible, par suite de la brièveté du cordon ou pour toute autre cause, on est bien forcé de le couper entre deux pinces ou entre les doigts d'un aide; on se hâte alors de terminer, puisque le fœtus est en état d'asphyxie certaine.

4. Lorsque dans une présentation des pieds le cordon se trouve ainsi placé entre les cuisses, il faut encore le reporter en arrière; mais auparavant, on a soin de fléchir le membre postérieur, la jambe sur la cuisse et celle-ci sur le bassin, de façon à n'avoir besoin que de la plus petite anse possible.

5. Dès que le cordon est comprimé, le fœtus souffre et le dégagement doit être rapide; on peut le faciliter par des frictions sur le globe utérin ou par l'expression utérine.

6. Lorsque le bas de la poitrine est arrivé à la vulve, l'expulsion est habituellement ralentie, parce que la matrice ne contient plus qu'une faible portion du fœtus et ainsi n'a plus sur lui qu'une influence minime. Cependant on peut encore s'abstenir, pourvu que les pulsations du cordon conservent leur énergie dans l'intervalle des douleurs.

Il est à remarquer, pourtant, qu'à ce moment il n'y a plus aucun inconvénient à intervenir, puisqu'on n'a plus à craindre le relèvement des bras ni l'extension de la tête. Aussi la règle est-elle d'aider au dégagement de ces parties.

Si l'on croit pouvoir les laisser sortir seules, on se borne à soutenir le périnée avec la main droite, pendant que l'autre main maintient le tronc et le relève en avant pour faciliter le dégagement de la tête.

Mais ordinairement on procède à l'extraction des épaules et de la tête. Si les bras sont relevés, on les abaisse avec trois doigts, en commençant par le bras postérieur; puis on introduit deux doigts dans la bouche pour faire sortir la tête. Cette manœuvre sera décrite en détail en parlant de l'extraction.

Lorsque le bas du thorax est à la vulve, on constate que le fœtus

souffre et doit être extrait rapidement, non seulement par l'état des pulsations funiculaires, la coloration cyanosée de la peau et l'immobilité des parties, mais encore par la respiration prématurée; on voit, en effet, la poitrine se dilater brusquement, le fœtus fait un effort violent d'inspiration et ce signe seul indique qu'il y a menace d'asphyxie, qu'il faut se hâter de terminer.

**Soins spéciaux aux présentations transversales.**

1. Il faut faire la version céphalique externe à la fin de la grossesse. Si l'on n'a pas réussi ou si l'on n'est consulté qu'au moment de l'accouchement, on doit encore l'essayer au début du travail, *avant la rupture des membranes.*

2. Après la rupture des membranes, on ne peut plus penser qu'à la version podalique, qu'on exécute aussitôt que le col le permet.

3. Si la version podalique est impossible, on fait la décollation ou l'éviscération, selon que le cou est ou non accessible. Quand les conditions sont favorables (fœtus avant terme, peu développé, bassin large), on cherche à simuler l'évolution spontanée.

**PARTICULARITÉS RELATIVES AUX ACCOUCHEMENTS GÉMELLAIRES.**

Très souvent la présence du second enfant n'est reconnue qu'après l'expulsion du premier. On constate que la matrice est encore très volumineuse et l'on trouve de nouvelles parties fœtales; en touchant, on vérifie le diagnostic.

Les accouchements gémellaires se terminent habituellement avant terme, entre 8 et 8 1/2 mois; quelquefois plus tôt, à 6 1/2 et 7 mois; quelquefois à terme.

Le travail est plus long, parce que les modifications physiologiques de la grossesse ne sont pas complètes, puisqu'on n'est pas encore à 9 mois; ensuite parce que l'utérus, trop distendu, a moins d'énergie et dissémine ses efforts sur une trop large surface; en troisième lieu, une partie des contractions est perdue sur celui des jumeaux qui n'est pas en rapport avec le détroit supérieur.

Les statistiques de Depaul et de Tarnier donnent, sur 316 accouchements gémellaires :

Deux sommets . . . . .	131 fois	Sommet et face . . . . .	4 fois
Sommet et siège . . . . .	81 »	Face et sommet . . . . .	2 »
Siège et sommet . . . . .	47 »	Siège et face . . . . .	1 »
Deux sièges . . . . .	29 »	Epaule et sommet . . . . .	1 »
Sommet et épaule . . . . .	14 »	Epaule et siège . . . . .	1 »
Siège et épaule . . . . .	4 »	Deux épaules . . . . .	4 »

« Ce qui ressort de ce tableau, ainsi que le fait remarquer M. Tarnier, c'est la grande fréquence de la présentation du sommet pour les deux fœtus (131 fois sur 316 accouchements). La présentation la plus commune après celle-là est le sommet pour le premier enfant, et le siège pour le second (81 fois). La combinaison inverse,

c'est-à-dire la présentation du siège pour le premier et celle du sommet pour le second, vient ensuite par ordre de fréquence (47 fois). On a noté une double présentation du siège 29 fois, et 22 fois la présentation de l'épaule, dont 19 fois pour le second enfant. » Ainsi donc, les présentations vicieuses sont très fréquentes pour le second fœtus, puisqu'on les a notées 1 fois sur 17. La déviation de la partie fœtale pour le second enfant, se comprend aisément par la situation latérale qu'il occupait et par la déformation inévitable de la matrice.

Il en résulte qu'aussitôt après la sortie du premier enfant, on doit examiner avec attention, et si l'on reconnaît une présentation vicieuse ou défectueuse, il faut agir en conséquence, c'est-à-dire ramener, par des manœuvres externes, la tête au détroit supérieur; cette version céphalique est généralement facile, attendu que les parois utérines qui ont été très distendues sont flasques, et se reposent avant d'entreprendre de nouvelles contractions; le fœtus est donc fort mobile. Si l'on ne réussit pas, ou si la terminaison rapide est indiquée, on va chercher les pieds.

La lenteur du travail et la distension considérable des fibres utérines expliquent la fréquence de l'inertie et de l'hémorragie dans les accouchements gémellaires.

Après la sortie du premier enfant, il y a un intervalle de quelques minutes, puis les contractions reprennent et le second enfant est bientôt expulsé, puisque la voie est largement ouverte par le passage du premier. Il y a généralement peu de temps entre l'expulsion des deux fœtus, 10 à 30 minutes en moyenne, d'après le tableau dressé par Tarnier; parfois, il y a plusieurs heures (10 et 12 heures); quelquefois même plusieurs jours et plusieurs semaines. Ce dernier cas se présente quand on est très éloigné du terme.

*Soins spéciaux.* — 1. S'il y a deux poches, il faut se garder de les déchirer l'une et l'autre, afin d'éviter que des parties du 2<sup>d</sup> fœtus ne descendent et compliquent la présentation du premier.

2. Après l'expulsion du 1<sup>er</sup> enfant, avoir toujours soin de placer une ligature sur le bout placentaire du cordon, car il pourrait se faire par là une hémorragie fœtale si les deux placentas avaient des connexions vasculaires.

3. Annoncer le 2<sup>d</sup> enfant à la mère avec précaution, de peur de l'effrayer.

4. S'assurer que le 2<sup>d</sup> fœtus se présente bien; si sa présentation est vicieuse ou défectueuse, la modifier comme il convient.

5. Ne pas rompre immédiatement les membranes du 2<sup>d</sup> fœtus, laisser à la matrice le repos dont elle a besoin et appliquer un bandage de corps.

6. Si l'on est à terme ou près du terme et que les contractions tardent à revenir, les stimuler par les frictions du fond, les injections

chaudes ; quand la matrice se durcit, rompre les membranes. On peut en moyenne attendre une heure, ainsi que le conseillait P. Dubois.

7. Si l'on est à une époque éloignée du terme et que la matrice semble rester absolument tranquille après la sortie du 1<sup>er</sup> enfant, on doit respecter ce repos, attendu que le 2<sup>d</sup> enfant peut encore être toléré plus ou moins longtemps et être expulsé quand il sera plus développé, donc avec plus de chance de vivre.

Dans ce cas, le placenta du 1<sup>er</sup> enfant ne tarde pas à sortir et le col se referme. Il est plus rare que le placenta reste ; alors il faut lier et couper le cordon aussi haut que possible ; mais la chance de voir continuer la grossesse un certain temps est très faible.

8. Si le 2<sup>d</sup> enfant n'était pas vivant, s'il y avait du côté de la mère quelque accident ou une indication quelconque de terminer, on devrait évidemment procéder sans retard à l'extraction du second jumeau.

#### SUPPRESSION DE LA DOULEUR PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

On a essayé de supprimer ou d'atténuer les douleurs de l'enfantement, sans nuire à la marche régulière du travail, sans danger pour la mère ni pour l'enfant.

On a employé dans ce but les narcotiques, les anesthésiques, spécialement le chloroforme.

On se sert du chloroforme de deux façons, selon que l'on veut obtenir une insensibilité complète semblable à l'anesthésie chirurgicale, ou que l'on désire seulement assoupir un peu la patiente, lui procurer un léger repos dans l'intervalle des contractions ; c'est la méthode de Campbell, ou *le chloroforme à la reine*, comme a dit Pajot.

On n'administre le chloroforme à dose chirurgicale que pour des accouchements très douloureux, très laborieux, lorsqu'une opération difficile doit être pratiquée. On procède alors comme en chirurgie : on fait ou non précéder les inhalations d'une injection de morphine, on a recours à la compresse, ou au cornet, ou au masque. Il y a les dangers ordinaires de l'anesthésie complète et l'on doit prendre toutes les précautions indiquées par l'expérience des chirurgiens. Lorsque l'anesthésie est poussée jusqu'à ses dernières limites, toute sensibilité disparaît, tous les muscles sont dans le relâchement et l'on ne peut plus compter sur la contraction des muscles abdominaux ; la matrice elle-même participe à la torpeur générale et c'est pourquoi on essaye ce moyen lorsqu'il y a un spasme de l'organe rendant la version impossible.

Il est rare que l'on veuille arriver à ce degré avancé d'anesthésie ; pour les opérations ordinaires, on se contente d'endormir la femme plus ou moins complètement, on cherche à émousser la sensibilité, de façon que les manœuvres soient faciles et pas trop douloureuses.

A cette dernière dose, le chloroforme n'a pas en général d'influence mauvaise sur l'utérus, les contractions conservent leur régularité et la presse abdominale continue à faire sentir son action. Il n'exerce non plus aucune influence fâcheuse sur le fœtus ni sur les suites de couche. Cependant, il y a des exceptions, parfois le chloroforme affaiblit les contractions de l'utérus et des parois abdominales et le fœtus en est incommodé. On ne doit donc pas y avoir recours d'une manière banale, dans le simple but d'être agréable à la femme et il faut s'en abstenir autant que possible en cas d'inertie utérine.

« Le chloroforme à la reine » consiste à verser quelques gouttes de ce liquide sur un mouchoir, que l'on approche du nez pendant les douleurs. On ne produit pas le sommeil, ni l'anesthésie ; on diminue seulement un peu la sensibilité, on calme la patiente, on l'assoupit légèrement. Cette méthode, préconisée par quelques auteurs, ne paraît pas avoir d'inconvénients. Elle est spécialement employée dans les accouchements naturels. Elle peut être utile pour calmer la femme, pour lui donner de la patience ; c'est un moyen de lui rendre du courage, en ayant l'air de faire quelque chose.

Cette manière de procéder ressemble à celle de certains accoucheurs, qui prescrivent des potions insignifiantes, légèrement antispasmodiques, dans le seul but de contenter la femme et l'entourage. Nous avons vu aussi parfois des sages-femmes vivement sollicitées pour donner des « poudres qui font accoucher vite », administrer une substance inerte quelconque, de la farine par exemple, afin de se soustraire aux réclamations et aux plaintes dont on les poursuivait. On ne peut pas blâmer cette conduite ; certaines personnes sont tellement insupportables, qu'il faut bien employer un moyen pour qu'elles vous laissent tranquille ; pourvu que le moyen soit inoffensif, il n'y a rien à dire.

On a aussi employé, pour obtenir l'anesthésie, les inhalations d'éther, de protoxyde d'azote, de bromure d'éthyle. Le chloral par la bouche ou en lavement peut souvent rendre des services.

On a enfin cherché à enlever les douleurs en agissant uniquement sur les parties génitales, au moyen d'injections vaginales belladonnées ou d'infusions de ciguë, de coca, de stramoine ; au moyen d'injections sous-cutanées de morphine ; à l'aide de pulvérisations d'éther, de badigeonnages à la cocaïne, etc.

Les injections vaginales narcotiques ne diminuent guère la sensibilité et n'agissent qu'en ramollissant les parties. Les injections sous-cutanées de morphine ne doivent être faites que dans des cas spéciaux, ainsi contre les fausses douleurs, contre le spasme du col.

Les pulvérisations d'éther, de chlorure d'éthyle, de kéléne ou d'autres mélanges réfrigérants sur le périnée pendant la période d'expulsion, font disparaître en grande partie la douleur, mais