

DEUXIÈME SECTION

ÉTUDE CLINIQUE GÉNÉRALE  
DE L'ACCOUCHEMENT

CHAPITRE PREMIER

SOINS PRÉLIMINAIRES

**L'accouchement va se faire. Quelle conduite tenir ?** — L'accouchement étant proche, il faut préparer le lieu et le lit où auront lieu l'accouchement, et ce qui peut être nécessaire à l'accoucheur, à l'accouchée et à l'enfant qui va naître.

**Chambre et lit de l'accouchement.** — La chambre doit être, le plus possible, vaste, aérée, parfaitement propre, et s'il est nécessaire, désinfectée. Elle sera, en hiver, maintenue à une bonne température. On la fera débarrasser de meubles inutiles, de rideaux et tentures nuisibles, et garnir de tables ou guéridons qu'on recouvrira d'un linge propre.

Le lit doit être spécialement préparé. Les lits de misère seront rejetés : ils sont trop bas, peu solides souvent, et dans quelques familles transmis de génération en génération et d'une propreté douteuse.

Le lit, quand on a le choix, doit être pas trop large, écarté du mur pour qu'on puisse circuler autour, dépourvu de rideaux, nids à poussière qui, de plus, gênent.

Le lit est forcément souillé pendant l'accouchement; aussi, pour éviter les transports et laisser la femme propre, on bâtit *deux lits*, un définitif en dessous, et un deuxième provisoire superficiel qu'on enlève l'accouchement terminé.

Sur le drap recouvrant le matelas, on pose une toile im-

perméable, formée soit d'une toile en caoutchouc soit d'une toile cirée; du papier goudronné ou des journaux imbriqués en une couche assez épaisse peuvent remplir ce but. Sur cette toile ou ces journaux on met un second drap et puis la couverture; mais cette couverture n'est pas bordée latéralement : on la déroule et on la place au pied du lit.

Sur ce lit définitif, on met le lit provisoire composé d'une toile imperméable, de papier goudronné ou de jour-

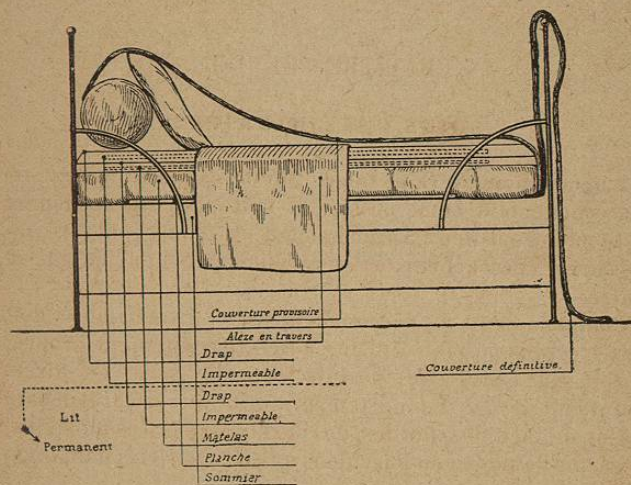


Fig. 56. — Lit préparé pour un accouchement.

naux recouverts d'un drap; sur ce drap, on place en travers, au niveau du siège, un autre drap plié en quatre; on recouvre le tout d'une couverture.

Il faut que le lit soit à bonne hauteur, hauteur qui dépend un peu de la taille de l'accoucheur. Il est nécessaire qu'il soit dur, ne s'enfonce pas, ne forme pas trop cuvette sous le siège; on peut pour ce faire, placer sous le matelas une rallonge de table, une planche à repasser.

Du linge, des serviettes en provision, des récipients nombreux, cuvettes, brocs, sont nécessaires, et si l'accouche-

ment paraît devoir se produire pendant la nuit, il faut demander et faire préparer plusieurs bougies et lampes ; au moment même rien ne serait prêt sans cette précaution.

L'appareil à irrigation avec des canules de rechange sera sous la main. Il faut se munir aussi d'un bassin spécial pour permettre à la femme de satisfaire ses besoins ; quand on ne peut s'en procurer, on verra d'avance par quoi on peut le remplacer.

On veillera à ce qu'il y ait un bassin pour les lavages et on fera préparer plusieurs litres d'eau bouillie, qu'on fera filtrer et garder dans des bouteilles bien bouchées avec des tampons de ouate hydrophile.

L'accoucheur doit recommander qu'il y ait toujours du feu et de l'eau très chaude. Puis il prescrit des solutions de sublimé, d'eau phéniquée, d'acide borique, de la vaseline phéniquée ou boriquée (30 grammes), de la gaze iodiformée et de la ouate hydrophile, ou à son défaut, des compresses antiseptiques préparées et conservées comme il a été dit.

Enfin, il fera souvent bien de faire acheter du savon et une brosse à ongle neuve pour l'entourage.

Pour l'enfant, il s'assurera que sa layette est prête, qu'il y a de quoi le baigner, le poudrer.

**Avis.** — *La sage-femme ou bien le médecin entreprenant un accouchement, quel qu'il soit, doit être prêt à toute éventualité. Ceci est particulièrement essentiel à se rappeler lorsqu'on est appelé d'urgence dans des conditions inconnues et surtout à la campagne. Il ne faut jamais se fier et se laisser influencer par les renseignements donnés : c'est quelquefois plus facile qu'on ne pensait, mais quelquefois aussi beaucoup plus compliqué qu'on ne s'y attendait. Or qui peut le plus, peut le moins.*

La sage-femme aura des ciseaux, des pinces à pressions, des serre-fines, une sonde intra-utérine et une sonde vésicale, une poche à injection, des canules, un insufflateur, des paquets de sublimé, du fil de soie en flacon pour la ligature du cordon, sa brosse et sa lime à ongles.

L'accoucheur, outre ces instruments, aura de quoi faire

une restauration du périnée, son forceps, un ballon de Champetiers, une ou deux seringues à injection hypodermique, un appareil à injection de sérum artificiel, du sérum artificiel (1), du chloroforme (dont il est sûr), de l'ergotine ; s'il est appelé au loin, qu'il se munisse de quoi faire au besoin une symphyséotomie ou même une mutilation, basiotribe, embryotome ou ciseaux de Dubois (2).

**Soins à donner à la femme.** — En premier lieu, il faut vider les réservoirs. On débarrasse le rectum par un lavement contenant deux cuillerées de glycérine ; les matières fécales, en s'accumulant dans le rectum, forment une tumeur qui gêne l'ampliation génitale et qui, durcie, a pu même être un véritable obstacle à l'accouchement ; de plus en vidant le rectum on épargne souvent à la femme l'issue involontaire de matières lorsque la tête force le défilé inférieur en laminant le rectum.

La vacuité vésicale doit être soigneusement surveillée pendant tout le temps de l'accouchement ; au besoin si la vessie est trop pleine, ce dont on s'aperçoit en palpant la région sus-pubienne où elle forme une tumeur globuleuse mate, on aura recours au cathétérisme. Si la tête aplatisant la vessie arrête la sonde on tenterait de soulever le sommet avec un doigt introduit dans le vagin, et de rendre perméable à la sonde le passage uréthro-vésical ; dans ces conditions, une sonde molle est préférable à la sonde rigide.

Au début du travail un grand bain est recommandable. Toutes les deux heures on donnera une injection antiseptique ; en outre chaque exploration par le toucher sera suivie d'un lavage vaginal. Si la femme n'a pas été préparée

(1) Voici la formule d'Hayem :

Chlorure de sodium . . . . .	5 grammes.
Sulfate de soude . . . . .	10 —
Eau distillée . . . . .	1000 —

(2) Ces précautions peuvent paraître luxueuses ; mais une hémorragie ne prévient pas, n'attend pas, et lorsqu'on est à quelques kilomètres de chez soi, l'occasion favorable pour une intervention utile peut être manquée — par impossibilité d'agir.

d'avance, on fera une première toilette très soignée : l'injection accompagnée du rinçage du vagin faite avec une solution forte, suivie d'un savonnage et d'un lavage avec cette même solution de la vulve et de la région péri-vulvaire, pénil et face interne des cuisses.

Comme régime on permettra au début du travail quelques aliments solides, et plus tard du bouillon du lait, du vin : ces aliments seront pris en petite quantité à la fois ; il est préférable de répéter leur ingestion, que de risquer de provoquer des vomissements par un repas trop copieux.

## CHAPITRE II

### ACCOUCHEMENT

#### I. — ACCOUCHEMENT DE L'ENFANT

**Conduite à tenir par l'accoucheur.** — Elle diffère suivant qu'on en est à la Période Préparatoire de l'accouchement (effacement et dilatation) ou à la Période d'Expulsion.

**Période préparatoire.** — Tout a été réglé à l'avance par l'accoucheur ; il a constaté l'état de vitalité du fœtus, sa situation, l'état du travail — doit-il rester là ou peut-il s'en aller ?

S'il s'agit d'une primipare on peut faire de courtes sorties, vaquer à ses affaires, sans s'écarter trop loin, en donnant à l'entourage l'indication précise des endroits où, suivant un horaire approximatif, l'on pense se trouver. S'il s'agit d'une multipare et si la dilatation s'avance, comme l'accouchement peut se terminer rapidement, il est prudent de rester. Dans les deux cas, du reste, il faut tenir compte de l'activité du travail.

Il vaut mieux, à moins de douleurs extrêmement rapprochées, ne pas demeurer tout le temps auprès de la femme, et se tenir dans le voisinage, dans une pièce à côté ; les femmes ont de fréquentes envies d'uriner, des besoins d'aller à la garde-robe ou tout au moins des épreintes et la présence de l'accoucheur les gêne ; on revient de temps en temps,

au moment d'une douleur plus forte, on engage la parturiente à pousser, à faire effort, on l'encourage, et l'on surveille les battements du cœur du fœtus ; **mais on ne doit toucher que rarement** et après s'être soigneusement antiseptisé.

Le toucher ne doit pas se pratiquer sans but ; l'accoucheur ne devra pas se contenter — comme cela arrive trop souvent — de notions vagues fournies par des sensations peu nettes dues à l'absence de recherches précises de sorte que l'on n'est guère plus renseigné après qu'avant l'introduction du doigt. Il ne suffit pas de savoir, il faut *se servir de ce qu'on sait*. Il est insuffisant de se borner comme on le fait ordinairement à noter la présentation, l'effacement et la dilatation du col, il faut établir le diagnostic de la position et suivre pas à pas l'évolution de la tête à travers la filière pelvienne ; la distance apparente séparant la partie fœtale de la vulve est parfois un trompe l'œil ; l'arrière-tête peut apparaître lorsqu'on entrebâille la vulve et le sommet être encore au détroit supérieur ; l'on peut sentir la tête tout près de l'orifice, si le bassin mou n'est pas creusé, si le périnée est épais l'accouchement n'est pas proche ; on recherchera donc soigneusement la sagittale et son éloignement du sous-pubis pour mesurer l'engagement, on notera la position respective des fontanelles pour juger de l'état de flexion ou de déflexion de la tête et pour suivre le mouvement de rotation interne.

Cette première période est celle qui angoisse le plus la femme ; n'ayant pas conscience du travail qui s'opère, ne sentant rien avancer, elle croit que ça n'ira pas. Elle craint et redoute les douleurs.

Parfois, au moment ou dans l'intervalle d'une douleur, la femme se sent mouillée et elle croit que ce sont les eaux qui se sont écoulées. On touche et on trouve la poche intacte ; cet écoulement brusque et qui ne se répète pas est dû au bouchon muqueux chassé du col qui s'efface et s'ouvre ; ces eaux, ce sont les *glaires* souvent assez abondantes.

Enfin, au moment d'une contraction, la femme sent un jet chaud, qui cesse lorsque la douleur atteint son maximum,

pour recommencer lorsque la contraction s'atténue; on touche et on ne sent plus la surface lisse, tendue, criant le satin sous l'ongle, mais la partie fœtale : c'est la *poche des eaux qui s'est rompue*. Lorsque la poche se rompt, l'eau s'écoule; mais la tête descend, s'applique sur les bords de l'orifice du col et fait office de bouchon; lorsque la contraction cesse, la tête remonte un peu et le liquide s'échappe à nouveau.

En général la dilatation est à ce moment complète; cependant quelquefois la rupture ne se fait même pas lorsque la dilatation est à son maximum. Le fœtus peut descendre enveloppé de ses membranes et la poche amniotique ne se rompre qu'au moment de l'expulsion vulvaire de la tête qui emporte du même coup, comme à l'emporte-pièce, un lambeau de membranes : l'enfant naît coiffé. Malgré le préjugé populaire qui s'attache à cette disposition il ne faut pas laisser la poche en arriver là : les membranes tirillées outre mesure peuvent amener des décollements placentaires dangereux. On ne doit pas attendre, et si, la dilatation étant complète, les membranes tardaient à se rompre, il faudrait les déchirer, pratiquer la **Rupture artificielle des membranes** (1).

On rompt les membranes avec l'ongle de l'index. Choisisant une portion des membranes qui repose sur la surface dure de la présentation, qu'on trouve à la périphérie de l'ouverture du col, on la gratte jusqu'à ce qu'on l'entame. L'ongle ne mord pas toujours facilement, il glisse sur la surface lubrifiée; on peut alors s'aider d'une allumette taillée en pointe avec laquelle on dilacère les membranes au moment d'une contraction.

Au lieu de se rompre tardivement, les membranes parfois se déchirent prématurément, avant que le col ne soit très dilaté; il peut arriver alors que la tête descende jusque sur le plancher pelvien, toujours contenue dans l'utérus, dont elle étire le segment inférieur, et, au toucher, on trouve le rebord de l'orifice utérin presque à la vulve :

(1) Voir, page 37, le diagnostic de la présence des membranes.

la tête ne franchit le col qu'au moment où elle sort du défilé inférieur.

Lorsque les membranes sont rompues, c'est le moment de confirmer le diagnostic qu'on avait déjà pu faire à travers les membranes, pendant une période de repos, car maintenant les points de repère fœtaux sont particulièrement nets.

Le travail continue à marcher régulièrement, les douleurs se répètent à intervalles de plus en plus rapprochés lorsque, au moment d'une dernière contraction, la femme pousse un cri aigu; c'est la douleur dite *de réveil*, ainsi nommée parce qu'elle fait lever et rappelle auprès de la parturiente l'accoucheur qui se repose. La tête fœtale vient de franchir le cercle utérin en le déchirant : la période d'expulsion commence : *l'accoucheur ne quittera plus le chevet de la malade*.

**Période d'expulsion.** — La femme doit être rigoureusement condamnée au décubitus horizontal. A ce moment il est bon de faire donner une injection; l'orifice utérin a une plaie, et il faut veiller à son asepsie.

Le périnée postérieur commence à bomber; les envies de pousser deviennent plus impérieuses; la femme fait des efforts avec une sorte de rage, elle se cramponne à tout ce qui est autour d'elle, serre les dents, et arc-boute ses pieds contre le matelas. C'est alors particulièrement qu'elle accuse des envies d'aller à la garde-robe, le plus souvent illusoires. Elle est parfois prise de crampes dans les jambes; on frictionne alors doucement, et on fait exécuter quelques légers mouvements d'extension aux membres inférieurs.

Le périnée postérieur bombe de plus en plus, la vulve s'entrebâille.

Enfin! — au moment d'une douleur, la tête apparaît à la vulve, l'anus s'entr'ouvre, laisse échapper des matières : « *cela va bien* », disait Madame Lachapelle, « *mais l'accouchement n'est pas proche* ». Le périnée antérieur commence à se distendre; il faut quelquefois une heure, une heure et demie pour arriver à sa distension complète, alors qu'on

semble tout près du but : c'est la vraie période de désespoir.

Le périnée distendu forme une grosse tumeur arrondie dont un segment antérieur béant est formé par la vulve; en arrière se trouve un anneau muqueux constitué par l'an us. Cet orifice très élargi, permet très facilement l'introduction du doigt.

A chaque contraction la tête progresse davantage, et à chaque repos elle disparaît; elle semble perdre chaque fois le terrain gagné; une nouvelle contraction survient, le périnée bombe comme s'il allait crever, la tête apparaît et s'avance souillée d'un peu de sang : « *L'accouchement est proche* », disait la même sage-femme. En effet, la contraction cesse, et cette fois la tête ne rentre pas : elle a franchi le défilé inférieur.

La tête encadrée dans l'anneau vulvaire le distend violemment, les douleurs sont suraiguës, et la tête, lentement, sort par un mouvement de renversement, l'occiput se relevant sur le mont de Vénus, tandis que le crâne, suivi du front et de la face, défile au ras de la fourchette et se dégage devant le périnée. Une nouvelle poussée intervient, et la face alors se tourne vers la partie postérieure de la cuisse droite, l'occiput vers la cuisse gauche (dans O. I. g. a.), l'épaule antérieure pointe, la postérieure dépasse la fourchette, le dégage ment du thorax se fait bientôt et tout le corps de l'enfant glisse au dehors comme exprimé du canal génital. Une certaine quantité de liquide s'écoule à sa suite.

**Conduite à tenir.** — Dès que la tête arrive sur le plancher pelvien, il faut soulever le siège avec des draps pliés en plusieurs doubles de façon à avoir le périnée bien relevé, tout entier sous la surveillance de l'œil et de la main. Les jambes de la malade seront fléchies légèrement sur les cuisses, et maintenues elles aussi par des draps roulés passés sous les jarrets. Puis on s'occupera de la **Protection du périnée.**

Le canal vagino-périnéal ne peut arriver à la distension extrême nécessaire au passage de la partie fœtale qu'en mettant en jeu toute l'élasticité des tissus qui le composent;

sans cela il se déchire. Or il importe qu'il cède et ne rompe pas ; pour arriver à ce but, la partie fœtale doit *lentement* et *progressivement*, par petits assauts successifs, laisser cette élasticité. Souvent elle tend à la violenter : c'est à régler ses efforts que doit veiller l'accoucheur. L'on peut, en outre, aider le périnée à soutenir le choc, l'étayer en le doublant de la main. Mais cette dernière manœuvre est d'une efficacité secondaire; le périnée aura beau être sou-

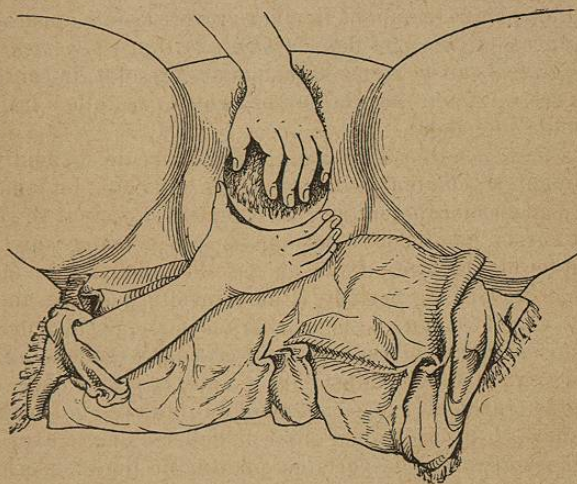


Fig. 57. — Protection du périnée.

tenu, si la partie fœtale force le défilé avant qu'il ne soit suffisamment distendu il se déchirera malgré la main qui l'étaie.

C'est pourquoi, à l'expression incomplète, soutenir le périnée, il faut substituer celle de *protéger le périnée.*

La protection du périnée comprend deux manœuvres :  
1° Modérer et régler l'expulsion de la partie fœtale (tête et épaules).

2° Soutenir le périnée.

Tandis que, dans la première période, on exhortait la

femme à pousser, maintenant il faut lui conseiller de ménager ses efforts.

En même temps, la main gauche placée au-dessus et au-devant de la vulve appuyée sur l'occiput, en retarde la sortie tout en favorisant la déflexion, tandis que la main droite, passée sous la cuisse droite de la femme, placée à plat sur le périnée recouvert d'une serviette, l'index tangeant à la fourchette et le pouce dans le pli inguino-vulvaire, double le périnée et soulève la partie fœtale qui le presse.

La modération de l'expulsion est le point important; mais pour qu'elle produise le bon effet qu'on en attend il faut y veiller avec *constance* et sans faiblir. C'est essentiel. Or l'on est tenté de céder, de laisser le travail s'achever rapidement, fatigué que l'on est par l'attente, par les cris de la femme, et par l'impatience de son entourage (1).

Il ne faut pas, la tête dehors, que l'accoucheur considère son rôle comme terminé: c'est au passage des *épaules* et du tronc que se font souvent les déchirures du périnée jusqu'alors intact.

Dès que la tête est dégagée on doit faire une double manœuvre simultanée; d'une part l'index et le médus de la main gauche, en fourche, appuyant sur les clavicules, arrêtent la progression, tandis que la main droite va constater que le menton n'est pas encore retenu par la commissure postérieure de la vulve, le libère au besoin en déprimant cette dernière, et s'assure que la bouche libre ne plonge pas dans les liquides qui pourraient être aspirés au moment de la première inspiration; puis, immédiatement après, cette main cherche si le cou n'est pas entouré de circulaires. Si l'on trouve alors une anse funiculaire enroulée

(1) *Incisions préventives de la vulve.* — Pour éviter les déchirures trop étendues de la vulve, on a proposé de débrider cet orifice. La direction de l'incision a été très vivement discutée: la meilleure est celle qui, partant de la fourchette, s'incline à droite ou à gauche du repli et qui mesure de 2 à 3 centimètres de long. Il est très rare qu'il soit absolument nécessaire d'y avoir recours, et, suivant l'expression des vieux accoucheurs, c'est une « opération de jeunes », d'impaticiens et d'inexpérimentés. C'est pour cette raison que nous ne l'avons courtement mentionnée qu'en *note*.

on la dégage doucement, et dans le cas où l'on n'y peut parvenir on applique sur le cordon deux pinces à forcipresse entre lesquelles on le sectionne.

Dès que la rotation externe est faite, la tête est saisie entre les deux mains et portée *en bas* jusqu'à ce que la partie postérieure du cou appuyée sur la fourchette où elle est alors maintenue par la main gauche, laissant libre la main droite; l'index de cette main droite, appliqué sur la face antérieure du bras antérieur, le repousse avec ménagements vers le dos du fœtus, et amène ainsi sur la ligne médiane, le coude qui se dégage alors sous la commissure antérieure de la vulve; en accentuant le mouvement on amène dehors l'avant-bras et la main. Reprenant maintenant la tête et la soulevant on tire doucement suivant l'axe de l'orifice vulvaire (1), en surveillant le périnée, s'arrêtant et *retenant* le fœtus s'il survient une contraction; l'épaule postérieure ayant fait saillie à la vulve on fait une reprise plus bas, mettant l'index de la main gauche dans l'aisselle postérieure et soutenant la tête de la main droite. On pratique ainsi l'extraction totale du fœtus (2).

L'extraction terminée, le fœtus est soulevé de côté, soutenu, et on attend pour couper le cordon qu'il ne présente plus de battement.

L'on donne immédiatement une injection à la femme, on nettoie le périnée et la vulve sur l'orifice de laquelle on place un tampon de ouate hydrophile ou une compresse antiseptique. Puis on examine la vessie; lorsqu'elle est sur-distendue elle s'oppose à la régression de l'utérus, paralyse ses efforts d'expulsion, expose à l'inertie utérine et aux hémorragies. On la vide au besoin.

Ceci fait, on enlève l'alèze ou le drap souillé, et on les remplace par un drap propre passé en travers sous le siège.

(1) Pajot a établi que le cou d'un fœtus à terme supporte pendant 30 minutes, sans se rompre, une traction de 60 kilogrammes.

(2) Couder. *Loc. cit.*

## II. — ACCOUCHEMENT DE L'ARRIÈRE-FAIX. — DÉLIVRANCE

L'accouchement du fœtus terminé, reste encore l'accouchement de l'arrière-faix.

**Conduite à tenir.** — L'accoucheur, à la droite de la femme, la main gauche placée sur le fond de l'utérus, dont elle apprécie ainsi la hauteur et l'état de dureté, excitera par des frictions légères, la contractilité utérine, tandis que, tenant le pouls de la main droite, il surveillera sa régularité, sa vigueur, ses défaillances; il devra enfin examiner le faciès de sa patiente, l'interroger sur son état général, épier tous les signes d'une hémorragie, et à la moindre alerte procéder à l'examen des voies génitales. Il ne faut pas oublier qu'il peut s'écouler un peu de sang, sans qu'il y ait là une perte nécessitant une intervention. L'aspect général et les sensations de la malade sont un précieux élément d'appréciation.

Placé ainsi en faction, si rien d'anormal ne survient, l'accoucheur attendra une demi-heure.

Au bout de ce temps, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques prescrites, il pratiquera le toucher prenant le cordon comme fil conducteur.

Deux cas peuvent se présenter :

On ne rencontre rien.

On rencontre le placenta.

**On ne rencontre rien.** — Dans ce cas, on retire le doigt en se gardant bien d'exercer aucune traction sur le cordon, et on donne une injection. Cette injection chaude (40°, 45°) devra être faite avec une canule en lance et avec un jet assez fort. Elle remplit ainsi un double but : elle nettoie le vagin et excite la contractilité utérine. Ceci fait, on remet un tampon et on prend patience ; mais, entre temps, on stimule plus fortement l'utérus en l'empoignant à pleine main et en le malaxant, par pressions lentes et douces sans brusquerie et sans violence ; il ne faut pas que cette manœuvre soit douloureuse.

Au bout d'un quart d'heure, nouvel examen. S'il n'y a encore rien on agira comme devant.

Si au bout d'une heure l'accouchement des annexes n'avancait pas — toute autre cause d'intervention écartée — il faudrait pratiquer la délivrance artificielle. *Jamais de tractions sur le cordon.*

**L'on rencontre le placenta.** — On peut le trouver à des hauteurs différentes.

a). *Il peut être très bas*, descendu dans le vagin et il suffit de le prendre et de l'amener au dehors.

b). *Il peut être très haut* au-dessus du col ; il est complètement détaché, mais il reste dans l'utérus. Il faut faire une injection chaude, malaxer l'utérus, exhorter la femme à pousser, à contracter sa paroi abdominale et attendre un quart d'heure ; s'il est nécessaire on renouvelle la manœuvre un quart d'heure après, et si elle reste inutile on va chercher les annexes avec la main. *Jamais de tractions sur le cordon.*

c). *Le placenta est dans le col*, mais il n'y est que partiellement, une portion n'est pas descendue. Même conduite que précédemment.

d). *Le placenta est tout entier tombé dans le col.* Alors on peut pratiquer la délivrance naturelle.

La main gauche coiffe à pleine main le fond de l'utérus, on enroule d'un ou deux tours le cordon autour de la main droite garnie d'un linge et l'on tend le cordon, d'une façon lente, continue, sans tirer ; la tension doit se faire en sens inverse de la direction du cordon, en arrière s'il est en avant, en avant s'il est en arrière, à droite s'il est à gauche, à gauche s'il est à droite : on dégage ainsi la portion du placenta la moins engagée. Quand on doit tendre en arrière on est gêné par le plan du lit ; on pare à cet inconvénient par l'artifice dit de la *poulie de réflexion* ; la main gauche abandonne le fond de l'utérus, et l'index et le médius de cette main, bien aseptisés au préalable, sont à l'entrée du vagin, placés de champ sur le cordon, qui est appliqué contre la fourchette. Placenta et membranes décollées sortent souvent sans efforts. Parfois il y a quelques difficultés ;

le placenta est presque à la vulve et cependant ne sort pas. Dans ce cas quelques lambeaux de membrane tiennent encore; il faut se garder de tirer, mais aller avec la main à leur recherche, et les ramener sans les déchirer. Dès que le délivre arrive près de la vulve on le prend à pleine main, on lui fait exécuter trois ou quatre tours de torsion sur lui-même et on l'emporte.

A la suite de l'arrière-faix sort le plus souvent une certaine quantité de sang, très variable comme abondance, et accompagné assez fréquemment de quelques caillots. Quelquefois cependant il y a des délivrances à peu près exsangues.

L'arrière-faix sorti, *il faut vérifier* si tout est sorti, membranes complètes et placenta dans son intégrité.

Cette inspection du délivre ne doit être omise en aucun cas.

Les membranes doivent former un sac, ouvert à une de ses extrémités; au fond du sac se trouve le placenta lobulé d'un rouge sombre; on retourne le sac et on examine la surface du placenta avec soin pour s'assurer que tous les cotylédons sont présents et intacts; si l'on voit sur sa surface une coloration différente de l'ensemble il faut se méfier; il y a eu probablement une déchirure et un lambeau du placenta est resté dans l'utérus.

S'il ne manque qu'une très petite partie de l'arrière-faix, petit lambeau de membrane ou de cotylédon, un lavage intra-utérin pourra en débarrasser l'utérus; s'il était plus considérable il faudrait aller à sa recherche et faire le ramonage de l'utérus avec la main.

Sitôt l'expulsion de l'arrière-faix terminée, on fait un lavage intra-utérin. Le lavage de l'utérus a l'avantage de nettoyer complètement la cavité, de la débarrasser de tout débris ou caillot. On évite ainsi aux femmes, à part d'autres inconvénients plus graves, les tranchées des suites de couches, déterminées dans l'immense majorité des cas par quelques concrétions sanguines; c'est enfin un moyen préventif des pertes de sang *post partum*: quand il ne reste rien dans l'utérus, il n'y a pas d'hémorragies.

Voici comment sera faite cette injection. On introduira

la sonde, en se rappelant les difficultés signalées plus haut (p. 92). Lorsqu'on sera bien sûr que la sonde est au fond de la cavité utérine, on fera: 1° une injection de deux litres d'eau bouillie; 2° une injection d'un demi-litre de solution de bichlorure à  $\frac{0^{\text{r}},25}{1000}$ . L'eau de l'injection sera à 45 de-

grés; le bock sera élevé assez haut; la canule sera portée en divers sens dans la cavité utérine.

La première injection est surtout détersive; elle permet, par la grande quantité de liquide qui passe, de chasser tous les corps étrangers adhérents aux parois sans qu'on ait à redouter les phénomènes d'intoxication et elle favorise enfin l'action antiseptique de la dernière injection, qui n'épuise pas son action sur des caillots tapissant la cavité de l'utérus.

L'utérus nettoyé, on lave le vagin, puis les parties génitales externes; enfin on met une compresse de gaze iodoformée et un petit matelas de ouate hydrophile au-devant de la vulve; on maintient le tout par des sous-cuisses fixés à un bandage de corps passé autour de l'abdomen.

#### Petites anomalies de la délivrance.

1° Le placenta, au lieu de se présenter par la face fœtale, se présente *par la face utérine*, et on trouve au toucher une surface molle tomenteuse. Il faut alors, même lorsque le placenta est tout entier dans le col, se bien garder de tirer ou de seulement tendre le cordon. On doit simplement favoriser les contractions utérines par la malaxation, l'injection chaude, et n'intervenir, le cas échéant, que par la délivrance artificielle.

2° Le placenta se présente *par le bord*. Il se fait alors généralement pendant l'expulsion une hémorragie de 3 à 400 grammes qui ne doit pas effrayer. On agira comme dans les cas les plus normaux.

Il peut arriver des complications plus graves; ce sont de véritables cas pathologiques. (Voir *Accidents de la délivrance*, p. 312.)

La méthode précédente est la *méthode de choix*: c'est



la méthode de délivrance par *tension*, qui mérite plutôt le nom de *Procédé de Douceur*.

Il est une autre méthode, délivrance par *expression* ou *procédé de violence* ou encore *Procédé de Crédé*.

A peine l'enfant est-il sorti et le cordon lié, qu'on empoigne l'utérus à pleine main et qu'on le malaxe vigoureusement jusqu'à expulsion du placenta. Ce procédé, plus rapide, est extrêmement douloureux.

Lorsqu'il y a urgence à terminer l'expulsion de l'arrière-faix, il est infiniment préférable d'aller le chercher avec la main et de pratiquer la *délivrance artificielle*.

#### LIGATURE DU CORDON

On peut être appelé à faire la ligature du cordon dans des conditions normales et anormales :

**Conditions normales : procédé de choix.**

1° A quel moment faut-il faire la section du cordon ;

2° Comment faut-il la pratiquer ?

**Moment de la ligature.** — L'expulsion terminée, on soulève l'enfant, on surveille les battements du cordon ; quand ils ont cessé de se faire sentir l'on peut pratiquer la section. Budin conseille même d'attendre deux ou trois minutes après la cessation des battements. En faisant la section hâtive, préconisée autrefois, on privait l'enfant de 80 ou 90 grammes de sang qui lui sont fournis ainsi par la mère.

Pour pratiquer la section, au lieu de placer comme on en a encore l'habitude deux ligatures provisoires, il est préférable de se servir de la forcipressure. Sauf le cas de grossesse gémellaire il est inutile de placer deux pinces entre lesquelles on opère la section ; une pince sur le bout fœtal est seule nécessaire ; le pincement du bout placentaire est inutile et même il y a avantage à laisser le placenta se vider par sa tige funiculaire et diminuer ainsi un peu de volume ; l'action de la rétraction utérine sur le bloc placentaire est alors plus efficace et la délivrance plus rapide.

**Procédé opératoire.** — Pour la ligature définitive on prend un gros fil de lin ou de chanvre écru, solide, qu'on a

laissé tremper dans une solution de sublimé, ou mieux un fil de soie antiseptique, et l'on place une ligature à 4 ou 5 centimètres (trois travers de doigt) de l'ombilic fœtal ; on serre lentement et vigoureusement, puis on assujettit par deux nœuds bien établis. L'on fait la section à 3 centimètres du lien fœtal (1).

La section faite, on vérifie si la ligature est bien étanche.

Lorsqu'il s'agit de cordons très gras, les vaisseaux plongés dans la gélatine de Warton sont mal étreints par le fil et lui échappent. On se servira alors du procédé de l'allumette de Tarnier. On prend deux allumettes dont on a coupé le bout phosphoré, on les applique en forme de petites attelles sur le cordon et par-dessus on pratique la ligature. On a aussi conseillé de se servir alors d'une ligature élastique.

**Conditions anormales : procédé de nécessité.** — Il peut être nécessaire de séparer rapidement le fœtus de la mère. Sans attendre on pince et on coupe le cordon. Le cordon se présente — mais on ne sait de quel côté est le bout fœtal ; dans ce cas, on applique deux pinces à forcipressure sur le cordon et on coupe entre les deux. (Voir *Grossesse gémellaire*, p. 270.)

### CHAPITRE III

#### DES SOINS A DONNER A LA FEMME APRÈS L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est terminé, la délivrance est achevée.

On a fait un dernier lavage vaginal, nettoyé soigneusement les parties génitales externes, surtout les poils, et oint le pourtour de la vulve de vaseline boriquée. S'il y a de simples éraillures, on les lave soigneusement ; dans le cas d'une petite déchirure, on applique une ou deux sutures, quoique très souvent les blessures de ce genre se

(1) Avant la ligature il est bon de s'assurer qu'une anse intestinale ne s'est pas insinuée entre les éléments du cordon, à sa base.

réparent aisément avec un pansement soigneux. Cela fait, on introduit dans le vagin deux tampons jumeaux, pas trop gros, de gaze iodoformée, bien enduits de vaseline.

La femme est *alors blanchie*, c'est-à-dire qu'on enlève le deuxième lit, — lit provisoire souillé, — et qu'on la vêtit de linge propre.

On prend ensuite les derniers soins. On entoure le ventre d'une serviette ou mieux d'une large bande de flanelle, munie de sous-cuisses qui l'empêcheront de remonter. Puis on place sur la vulve une compresse d'eau boriquée, recouverte d'un *très large* taffetas gommé, ou tout simplement un bon petit matelas de ouate hydrophile qu'on passe sous les sous-cuisses qui le maintiendront en place.

On regarde les seins ; on les soutiendra au besoin avec des tampons de ouate, maintenus par une large bande de flanelle ou un jersey lâche ; on lave l'aréole avec de l'eau boriquée tiède et on la recouvre d'un linge fin enduit de vaseline boriquée.

La femme, bien étendue dans son lit, sera en hiver entourée de boules d'eau chaude.

L'accoucheur prendra le pouls qui normalement après l'accouchement est rapide et plein, et il restera encore environ une demi-heure auprès de la femme, qui pourra reposer, contrairement au préjugé populaire. Seulement, l'on placera une garde qui surveillera le pouls, l'état de la physionomie, le pansement vulvaire, de crainte d'une hémorragie possible.

**Déclaration de naissance.** — Avant de partir, l'accoucheur doit rédiger le certificat de naissance qui devra être porté à la mairie dans les trois jours, non compté le jour de la naissance. L'accoucheur est responsable de cette déclaration en vertu des articles 55 et 56 du Code civil sanctionnés par le Code pénal. « Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code civil et dans les termes prescrits par l'article du même Code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de seize à trois cents francs. »

Ce certificat doit constater si l'enfant est à terme ou non, viable ou non. Il sera rédigé de façon à ce que le médecin ou la sage-femme ne compromette pas le secret professionnel ; il est bon de libeller tous ses certificats de la même façon, pour qu'une modification dans la rédaction n'éveille pas les soupçons et ne constitue pas une sorte de dénonciation indirecte.

Voici un modèle de déclaration :

Je soussigné (docteur en médecine ou sage-femme), déclare avoir, le (jour, mois, année, heure), assisté, au numéro \*\* de la rue \*\*\*, à (lieu de l'accouchement), à la naissance d'un enfant du sexe (masculin ou féminin) (1), né (à terme ou avant terme), et viable ou mort-né.  
(Date et signature.)

Il peut arriver que le secret de l'accouchement soit demandé au médecin. Dans ce cas il devra lui-même présenter l'enfant, faire la déclaration, mais sans mention du lieu de naissance, du domicile et du nom des parents.

C'est en général le père ou un proche parent qui, accompagné de deux témoins, apporte le certificat et fait les déclarations.

A Paris, les formalités s'accomplissent d'une façon un peu différente lorsque la naissance est légitime. On déclare la naissance à la mairie de son arrondissement qui envoie le médecin de l'état civil faire les constatations ; celles-ci faites, le père ou un proche parent accompagné de deux témoins patentés se rend à la mairie pour signer le certificat de naissance.

(1) La déclaration exacte du sexe est très importante, toute erreur donnant lieu à des révisions d'état civil extrêmement compliquées ; or, malgré la simplicité apparente de la chose, il y a eu par inadvertance des erreurs, même dans les cas normaux. Il est enfin des cas douteux où il faut être très circonspect et faire appel au besoin à l'expérience d'un confrère.