

s'agit surtout d'une M. p. il faut, lorsqu'il est encore temps, pratiquer la version, car, dans ces cas, le travail est prolongé outre mesure et périlleux pour la mère et l'enfant.

On doit veiller particulièrement aux irrégularités des temps du travail.

**Premier temps.** — L'extension est *incomplète* et on a une présentation frontale, qui peut se corriger ou persister : on en a fait une variété frontale que nous étudierons plus loin. L'extension est *exagérée*, c'est le menton, *variété mentale*, qui se présente au centre de l'excavation. Le pronostic s'aggrave parce que l'accouchement est prolongé, mais il n'est aucune intervention spéciale à faire.

**Deuxième temps.** — Il y a engagement exagéré d'une joue, tandis que l'autre est remontée.

Il n'y a qu'à attendre : rien de particulier à tenter.

**Troisième temps.** — C'est le temps dangereux : c'est la mauvaise exécution de la rotation qui est à craindre, d'où le pronostic grave des positions postérieures.

1<sup>er</sup> cas. — *La rotation se fait* mais *incomplètement* et le menton reste en position transversale.

Le bassin étant large et le fœtus petit, l'accouchement peut se faire spontanément.

Il ne faut pas compter sur cette terminaison, et la sage-femme doit immédiatement prévenir un médecin.

Le médecin consulte l'état du cœur du fœtus : si les battements sont vigoureux et si d'autre part les contractions utérines sont énergiques on tente la rotation artificielle : l'index et le médius, ou l'index seul, sont introduits en arrière du menton et quand survient une contraction on essaie, en appuyant d'arrière en avant, de faire avancer la tête.

Il faut essayer deux ou trois fois, ne pas s'attarder, et appliquer le forceps pour achever la rotation et terminer l'accouchement.

*La rotation ne se fait pas*, ou se fait *en arrière*. Dans ces conditions, l'accouchement spontané d'un fœtus vivant à terme ou près du terme est impossible.

On est réduit alors à avoir recours au forceps d'un manière particulièrement délicat.

Enfin lorsque la tête est très grosse, le bassin vicié, quand il existe une procidence, la conduite à tenir est d'une *délibération* très épineuse et importante.

Dans ces conditions l'enfant est ou mort ou vivant.

**Mort.** — Il n'y a pas d'hésitation ; on a recours aux instruments réducteurs (voir Basiotripsie).

**Vivant.** — Il faut se garder d'appliquer d'emblée le forceps.

Deux cas se présentent : 1<sup>o</sup> la partie fœtale est très engagée, étroitement enclavée, ou bien 2<sup>o</sup> elle est moyennement engagée et susceptible d'être déplacée.

Dans le premier cas, on aura recours au forceps. Si son application est impossible ou inefficace l'agrandissement momentané du bassin semble indiqué. Dans le second cas, *a*) la disproportion est petite : il faut prudemment essayer l'extraction au forceps, et savoir y renoncer pour pratiquer l'extraction par la voie abdominale ; *b*) la disproportion entre le contenant et le contenu est très grande (très petit bassin et tête ordinaire ou peu grosse — bassin normal ou peu déformé et très grosse tête), et, d'autre part la vitalité du fœtus s'accuse nettement : il faut bien se garder d'appliquer le forceps, et de risquer d'amener un enclavement irréductible. Dans ces conditions, il est indiqué d'extraire l'enfant par la voie abdominale soit par la simple section utérine, opération césarienne, soit par l'amputation de l'utérus, opération de Porro.

III. — PRÉSENTATION DÉFLÉCHIE (MODE FRONTAL). — Voir DYSTOCIE, p. 263.

## CHAPITRE II

### PRÉSENTATION DU SIÈGE

La présentation du siège vient par ordre de fréquence après la présentation du sommet.

Sur des femmes à terme on l'observe, d'après Pinard, environ 1 fois sur 60 accouchements. En comptant ensemble les accouchements à terme et avant terme elle



est beaucoup plus fréquente, environ 1 pour 25, d'après Madame Lachapelle.

On la rencontre plus souvent chez les multipares que chez les primipares.

**Causes.** — On l'observe lorsque le fœtus est petit, mort ou macéré; lorsqu'il est atteint d'hydrocéphalie ou de tumeur coccygienne; lorsqu'il y a un vice d'accommodation tenant au bassin (rétrécissement), ou aux éléments actifs

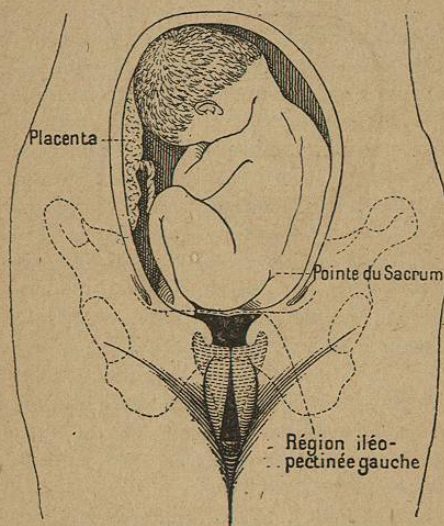


Fig. 59. — Présentation du siège complet.

de l'orientation fœtale (utérus faible, parois abdominales distendues et sans réaction musculaire, etc.). Le siège se voit dans l'accouchement *avant terme* lorsque l'accommodation n'est pas faite.

**Variétés.** — La présentation du siège est dite *complète* lorsque le fœtus se présente par le siège, les cuisses fléchies sur le tronc et les jambes fléchies sur les cuisses.

Elle est dite *décomplétée* lorsque le fœtus n'est pas aussi complètement replié sur lui-même.

Elle peut être décomplétée de différentes façons.

1° La présentation est décomplétée *mode des fesses* quand les jambes sont relevées toutes droites au devant du ventre.

2° La présentation est décomplétée *mode des genoux* lorsque les cuisses sont étendues et les jambes repliées en arrière sur les cuisses de sorte que les genoux occupent l'aire du détroit supérieur.

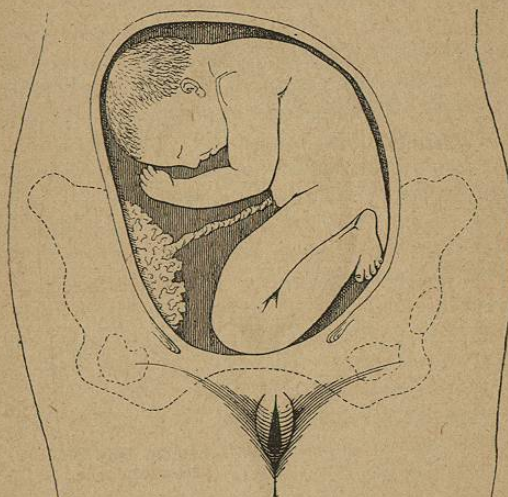


Fig. 60. — Présentation du siège.  
Mode des genoux.

3° Elle est décomplétée *mode des pieds*, lorsque le fœtus est tout droit, les pieds occupant les premiers l'aire du détroit supérieur.

La présentation complète du siège est la plus fréquente, puis viennent les modes divers suivant l'ordre énuméré.

**Diagnostic.** — On peut le faire pendant *la grossesse*, pendant *le travail*.

**Pendant la grossesse.** — Au *palper*, dans les six derniers mois chez la primipare, dans les quinze derniers jours



chez la multipare, il n'y a pas de partie fœtale engagée.

Lorsque au sixième mois on porte la main sur le fond de l'utérus, on provoque fréquemment une sensation douloureuse très vive; cette douleur, due à l'inégale distension du segment supérieur par le sommet est spéciale à la présentation du siège (Pinard). A la fin de la grossesse au contraire la femme accuse assez souvent dans la fosse iliaque, une douleur aiguë due à la compression ovarique

Au *dessus* du détroit supérieur, on trouve une partie fœtale volumineuse, irrégulière, qui se continue directement avec le dos et qui ne ballotte pas.

Au pôle opposé on reconnaît la tête à sa forme dure, lisse, régulière, donnant le ballottement simple ou double.

Le ballottement peut, lorsqu'il y a hydramnios induire en erreur: en effet, dans ce cas, le siège peut ballotter.

Un signe caractéristique de la présence de l'extrémité céphalique c'est la *dépression cervicale* dans laquelle tombent les doigts qui palpent profondément et de bas en haut le plan dorsal du fœtus.

Le diagnostic de la *variété* antérieure ou postérieure se fait d'après la disposition du plan résistant qui unit les deux extrémités, large, étalé dans les positions antérieures, étroit dans les postérieures.

On peut de même distinguer le mode *complet* du mode *décompleté*; dans ce dernier cas le siège est moins gros, et l'on peut sentir près de la tête la *saillie des talons*.

A l'*auscultation* dans les présentations du siège, pendant la grossesse, le maximum des battements cardiaques est plus haut que dans les présentations du sommet, plus rapproché de l'ombilic.

Dans les *positions gauches*, les battements du cœur s'entendent très bien, le fœtus offrant à la paroi abdominale le plan latéral gauche. Mais dans les *positions droites*, dans les postérieures surtout, l'*auscultation* du cœur fœtal est très difficile.

Les lignes d'*auscultation* sont les mêmes que pour le sommet, mais les foyers maxima sont situés à un niveau plus élevé.

Le *toucher* donne peu de renseignements: il indique seulement le non-engagement de la partie fœtale.

**Pendant le travail.** — Pendant le travail, le *toucher* est par excellence le moyen de diagnostic.

Au *début* du travail, on trouve une poche des eaux très volumineuse, non remplie.

Enfin la partie se présente.

Le doigt introduit dans le vagin rencontre une grosse partie fœtale qu'il explore en allant d'avant en arrière, c'est-à-dire du pubis vers le sacrum.

Il reconnaît ainsi successivement une grosseur molle facilement explorable, d'où il tombe dans un sillon limité en arrière et en haut par une autre grosseur molle qu'on atteint et explore avec peine. Ces deux grosseurs constituées par les fesses peuvent être confondues avec les joues. C'est au niveau du sillon qu'on trouve les points de repère les plus importants.

En parcourant ce sillon, le doigt tombe dans une dépression au fond de laquelle, en la déprimant, il sent le pourtour d'un orifice qui ne cède pas sous la pression du doigt lorsque l'enfant est vivant et dans lequel on pénètre quand il est mort: c'est l'anus.

Poursuivez l'exploration; à l'une des extrémités du sillon sont les organes génitaux, particulièrement reconnaissables chez le fœtus mâle: cependant chez ce dernier ils peuvent se relever sur le ventre et échapper au doigt.

A l'autre extrémité du sillon on trouve une saillie dure unique, sans orifice, qui représente la pointe du coccyx; ce point de repère empêche de confondre l'orifice anal avec l'orifice buccal et de prendre une présentation du siège pour une présentation de la face.

On peut être aidé dans le diagnostic de la présentation par la rencontre d'un pied reconnaissable à ses doigts courts sans pouce écartable, présentant les saillies dures du calcaneum et des malléoles et formant un angle droit avec la jambe.

Le *diagnostic des positions* se fait d'après la situation du repère coccygien. Est-il à gauche? on a une position gau-



che — et *vice versa*. Est-il en avant ou en arrière, on a une variété antérieure ou postérieure.

Ces signes de diagnostic se retrouvent dans toutes les variétés de présentations du siège.

Reste le diagnostic entre les différents modes.

Dans la présentation du *siège complet*, on sent accolée aux fesses la saillie dure des talons.

Dans la présentation *décomplétée mode des fesses*, les talons ne sont pas accolés aux fesses; dans le *mode des genoux*, ou le *mode des pieds*, les genoux ou les pieds sont déjà accessibles alors que le siège plus élevé est d'une exploration difficile.

**Pronostic.** — Il est moins favorable que dans les présentations du sommet.

Pour *la mère*. — L'accouchement est plus long, surtout dans le siège décomplété.

Pour *l'enfant*. — D'après le professeur Pinard, la mortalité fœtale dans les présentations du siège est d'environ 11 p. 100 chez les primipares, et de près de 16 p. 100 chez les multipares.

Cela tient à la lenteur du travail, aux procidences du cordon fréquentes dans ces présentations, aux décollements placentaires.

**Conduite à tenir.** — 1° *Avant le travail*; 2° *pendant le travail* :

1° *Avant le travail.* — Étant donnée la gravité du pronostic pour l'enfant, comme on ne peut compter sur les mutations spontanées (1), il faut, dès le huitième mois de la grossesse transformer la présentation du siège en une présentation du sommet : c'est là la grande indication des présentations du siège reconnues pendant la grossesse. Si l'on trouvera toujours des présentations de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse, les accouchements par le siège doivent devenir rares, par suite d'une opportune intervention.

2° *Pendant le travail.* — Tout au début on peut, mais

(1) Voir Anatomie obstétricale.

sans grandes chances de succès, essayer la version par manœuvres externes ou la version mixte de Braxton-Hicks.

Si l'on échoue on attend la dilatation, la rupture spontanée de la poche des eaux, et on trouve alors une présentation du siège soit : A. *Complète*; B. *Décomplétée*; C. *Compliquée*.

A. Le siège est *complet*. — De deux choses l'une, le travail est long mais marche régulièrement — ou bien il avance peu.

*Accouchement à marche régulière.* — Dans ce cas, on doit, tout en surveillant fréquemment l'état de vitalité du fœtus, suivre, sans intervenir, l'accouchement — jusqu'au moment où l'on en arrive à l'expulsion de la tête.

Dans l'accouchement par le siège **il ne faut jamais laisser l'expulsion de la tête aux seules forces de la nature.**

Donc on surveille la femme, l'enfant, le cordon, tout marche bien..., le siège apparaît à la vulve.

Jusqu'à ce moment la femme était restée étendue dans le lit, dans le décubitus dorsal : maintenant on la met en travers du lit dans la **position obstétricale** : l'accoucheur a un rôle actif.

Dès que le siège sort, l'accoucheur, de la main gauche, le soutient, lui forme une sorte de plancher, mais sans jamais tirer. De la main droite il va à la recherche du cordon, *le dégager*, explore ses battements : le tronc, puis le thorax sont dehors... le fœtus ne tient plus que par la tête accrochée derrière le pubis.

Il faut la dégager par la **Manœuvre de Mauriceau**. On met le fœtus à cheval sur l'avant bras droit tandis que l'index et le médus de la main de même nom (c'est-à-dire la droite) pénétrant dans le vagin comme pour se diriger vers l'intérieur du bassin, cherchent le menton, s'introduisent dans la bouche et accrochent fermement le maxillaire inférieur. Cette première manœuvre exécutée, l'index et le médus de la main gauche, écartés en four-



che, embrassent la nuque en appuyant sur les clavicules.

Ceci fait, on tire 1° *directement en bas* de façon à engager la région sous-occipitale (nuque) sous l'arcade pubienne — où elle reste. (C'est ce temps que représente la figure 62.)

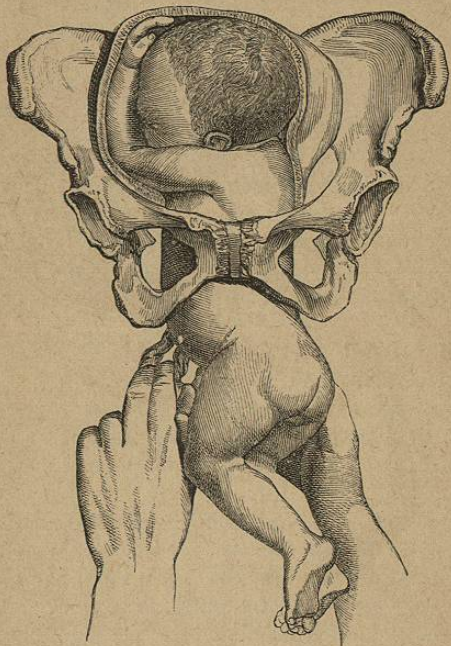


Fig. 61. — Présentation du siège.

Tandis qu'une main soutient l'enfant l'autre va dégager le cordon.

2° Tandis que la fourche maintient la nuque fortement abaissée, la main droite tire, sans à-coup, mais *vigoureusement* sur le maxillaire en **relevant** progressivement le corps du fœtus.

Le front force d'abord le coccyx, puis aborde la vulve; on tire en relevant et en se rapprochant de plus en plus de la

verticale et lorsque le front franchit enfin ce dernier défilé, le corps du fœtus a fait une *cabriole* presque complète.

Quant le front est à la vulve, il faut prêter une attention toute particulière au périnée et ralentir au besoin l'extraction à moins d'indication urgente.



Fig. 62. — Manœuvre de Mauriceau.

Le fœtus est à cheval sur l'avant-bras droit, et l'index et le médius de la main droite accrochent le maxillaire inférieur; l'index et le médius gauche, en fourche, appuient sur les épaules.

Le fœtus étant extrait complètement, on nettoiera la femme, on séparera l'enfant de la mère et on remettra celle-ci au chaud sous ses couvertures.

*Accouchement à marche irrégulière.* — L'accouchement par le siège se compose, en réalité, de trois accouchements



successifs et de parties de plus en plus volumineuses : *siège épaules, tête*, et lorsqu'arrive cette dernière, l'utérus n'a plus d'action sur elle : il se contracte à vide.

L'accouchement par l'extrémité pelvienne peut être interrompu dès le premier accouchement (*siège*, ou au moment du second (*épaules*), enfin au moment du troisième (*tête*).

Dans chacun de ces cas, l'accoucheur doit intervenir ; le premier comportant les deux autres, indiquer la conduite à tenir dans celui-là, c'est indiquer l'intervention dans les deux suivants.

La manœuvre à employer mérite le nom de **Grande extraction** (Farabeuf-Varnier).

La femme est mise dans la position obstétricale et les voies génitales sont antiseptisées.

Le siège ne vient pas : pour le faire descendre on recherche des organes de préhension et de traction : ce sont les pieds.

Voici comment on procède :

Pour manœuvrer, on choisit la main homonyme de la position : main gauche pour les positions gauches, main droite pour les positions droites. Cette main, enduite de vaseline boriquée sur sa face dorsale, ses doigts étant réunis par leurs pointes, en cône, est introduite doucement dans le vagin et poussée en rasant la face ventrale du fœtus.....; elle arrive enfin jusqu'aux pieds. On insinue alors l'index entre les deux jambes au-dessus des malléoles, puis, écartant le pouce et le médus, on embrasse l'une des jambes entre l'index et le pouce, et l'autre entre l'index et le médus. L'on a ainsi une excellente prise.

Quelquefois l'on ne peut atteindre et saisir d'emblée qu'un seul pied, ou si on les atteint tous les deux, on ne peut abaisser que l'un des deux. Il importe de bien distinguer alors le pied antérieur (pied du membre inférieur au voisinage du pubis) du pied postérieur.

Si l'on a fait un diagnostic précis de la position, on sera aidé dans la figuration mentale de la situation du pied par les renseignements fournis par le toucher, en se rappelant que le pied antérieur est en avant et à gauche

dans les positions gauches, en avant et à droite dans les positions droites.

*Le ou les pieds sont attirés à la vulve.*

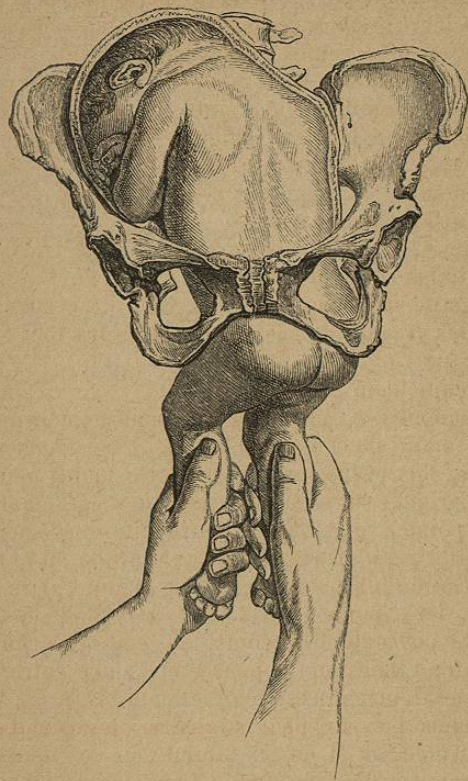


Fig. 63.

Manière de saisir les deux jambes pour l'extraction.

Si on a le pied antérieur, on agira comme si l'on avait les deux pieds.

Si l'on a le pied postérieur, il faudra exécuter une manœuvre complémentaire.



1° **On a les deux pieds ou le pied antérieur.** — On entoure les pieds chacun d'un linge, on saisit le postérieur dans la main gauche, l'antérieur dans la main droite.

On tire alors, en bas et un peu en arrière, *en insistant surtout sur le pied antérieur*; l'on sent que petit à petit le fœtus descend; la jambe tout entière, la cuisse apparaissent, l'ouverture vulvaire se distend, et à un moment donné, le trochanter antérieur arrive sous la commissure antérieure de la vulve: on maintient là, fixe, le membre antérieur, l'immobilisant jusqu'à nouvel ordre, et on agit sur le pied postérieur, tirant d'abord presque horizontalement, puis un peu en haut, accusant le mouvement d'élévation lorsque la saillie coccygienne aura été dépassée.

A ce moment, mais alors seulement, on tire sur les deux pieds dans la même direction les élevant presque verticalement en l'air jusqu'à ce que le trochanter postérieur ait dépassé la fourchette.

On cesse alors toute traction et on laisse retomber les membres inférieurs (1).

Si on n'a que le pied antérieur, on tire simplement en arrière et en bas.

2° **On a le pied postérieur.** — On ne peut en rester là.

En effet, lorsque le membre postérieur est étendu et l'antérieur relevé, il en résulte un épaulement, un cran qui bute contre l'arcade pubienne (2).

On doit donc alors essayer encore de saisir et d'amener à la vulve le pied manquant — pied antérieur.

Si on échoue, il faut, en s'aidant des contractions utérines lorsqu'elles existent vigoureuses, ou en agissant par la seule puissance manuelle, lorsqu'elles sont insuffisantes ou qu'une indication urgente, fœtale ou maternelle, force à terminer rapidement les choses, transformer le pied anté-

(1) Nous ne saurions trop recommander de lire l'admirable chapitre de Farabeuf et Varnier sur l'*Accouchement du siège*, loc. cit.

(2) On se représentera facilement cette disposition en maintenant fléchi, à l'aide du pouce, l'index dans la paume de la main et en étendant le médus.

rieur en pied postérieur par un véritable retournement — champ sur champ — du fœtus.

Dans ce retournement, on suivra la *direction* naturelle de la rotation normale. Il importe donc au plus haut point avant d'agir de se rappeler ce qu'elle est.

Dans les positions *gauche*, elle se fait de *gauche* à droite: c'est dans ce sens qu'il faut faire le retournement.

Dans les positions *droite*, elle se fait de *droite* à gauche: c'est de droite à gauche qu'il faudra opérer le retournement. Pour ce faire, le pied, entouré d'un linge sec, est saisi à pleine main, près de la vulve, et au moment de chaque contraction, ou bien d'une façon lente mais continue, on le tord — de gauche à droite, si c'est une *S. I. g.* — de droite, à gauche si c'est une *S. I. d.*, *en dedans*, vers le plan du lit pour remonter ensuite vers le pubis.

Quand le membre qu'on tient est arrivé sous la commissure antérieure de la vulve, la manœuvre est terminée.

Alors, prenant le pied comme une poignée de béquille, (la plante dans la paume de la main, l'index arrêté sur la saillie du talon et les trois autres doigts embrassant la face dorsale du pied), on tirera en bas et en arrière jusqu'à ce que l'*épaulement* ait franchi le coccyx; à ce moment, on relève la traction comme il a été indiqué précédemment.

Le membre postérieur se dégage, et on saisit les deux membres avec lesquels on tire.

Si la fesse étant sortie, le pied postérieur ne venait pas, en accrochant le pli de l'aîne avec l'index de la main libre, et en tirant dessus, on finirait par dégager ce membre postérieur.

Pendant ces manœuvres **veiller** au cordon.

**Deuxième accouchement.** — L'accouchement du siège fait, les épaules ne viennent pas toujours toutes seules. Saisissant les deux pieds du fœtus, on tire en bas et en arrière jusqu'à ce que l'épaule antérieure apparaisse et soit fixée sous l'arcade pubienne. A ce moment, on change la direction de la traction: on tire horizontalement d'abord, puis de plus en plus obliquement en



haut jusqu'à ce que l'épaule postérieure ait franchi le coccyx.

On recommence à tirer en bas.

Il arrive dans cette manœuvre que les bras se relèvent ;

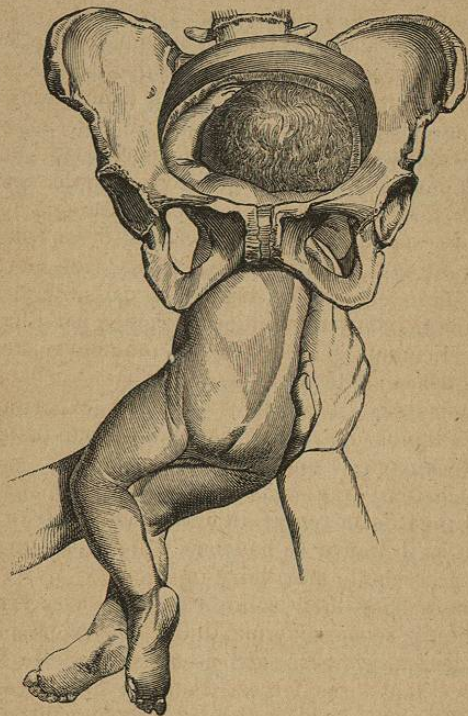


Fig. 64. — Relèvement des bras.

Tandis qu'une main soutient le tronc, l'autre va chercher un bras pour l'abaisser. On commence par le bras postérieur.

on doit donc, lorsque l'on éprouve quelque difficulté, toucher pour constater leur position. Si cet accident survenait, il faudrait aller les chercher, les amener à la vulve, en commençant toujours par le postérieur.

On procède ainsi. Tandis qu'une des mains soutient le tronc, l'autre, celle qui dans l'attitude naturelle présente sa paume en haut, va à la recherche de l'épaule postérieure ; elle glisse, repleyée en gouttière, dans le vagin, prend le bras dans sa concavité et l'embrasse en lui faisant attelle, tandis que le bout des doigts attire l'avant-bras.

La manœuvre analogue se répète pour le membre antérieur : mais la position respective des mains change.

Il ne reste plus, l'accouchement du tronc étant achevé, qu'à terminer par la manœuvre de Mauriceau et à faire l'accouchement de la tête. Ordinairement, elle descend à la suite et peut être extraite par cette simple manœuvre. Mais parfois, dans certains cas de rétrécissement du bassin, le sommet reste en arrière, accroché au-dessus du détroit supérieur, et on a beau tirer sur le fœtus, rien ne vient.

Il faut alors essayer de dégager, si possible, la tête, à l'aide d'une manœuvre indiquée et réglée par Champetier de Ribes et connue sous le nom de manœuvre de Champetier de Ribes ou de la tête dernière.

Deux aides sont nécessaires, dont un expérimenté. Il est bon, à moins d'être par trop pressé par les circonstances, d'endormir la malade.

L'accoucheur, l'avant-bras nu, introduit la main dont la concavité regarde le ventre du fœtus, haut — très haut — jusqu'à ce qu'il trouve la bouche du fœtus, et, avec deux doigts, il accroche le maxillaire inférieur.

Ayant une prise bien solide, agissant avec vigueur et sans crainte, il repousse le maxillaire en arrière puis cela fait, tire dessus, *en bas*, sans à-coups, mais de tout son poids et de toutes ses forces. Pendant que l'accoucheur attire ainsi la tête, l'aide principal, empoignant, à travers la paroi abdominale, le front de ses deux mains, repousse et tâche de fléchir la tête.

Quand on suppose la tête en bonne posture d'engagement, l'autre aide va saisir dans chacune de ses mains une des jambes du fœtus, tandis que l'accoucheur place sa main libre en fourche sur les épaules de l'enfant, et alors, tous les deux attirent en bas le fœtus ; on tire tout d'abord en



haut, puis, quand on n'avance plus ainsi, on tire au contraire le plus en arrière possible.

Lorsque la tête se désenclave, on ressent un ressaut net qui indique le succès.

Si on ne peut arriver à un résultat, on est obligé de recourir au broiement.

**B. Siège décompleté, mode des fesses.** — Le siège décompleté, mode des fesses, est une présentation grave. En effet, les deux membres relevés font attelle au tronc et empêchent son inflexion, nécessaire au dégagement.

Deux cas peuvent se présenter :

A. Le siège n'est pas engagé ; B. Le siège est engagé.

A. *Si le siège n'est pas engagé*, on devra chercher à **abaisser** au moins un des membres inférieurs.

Pour ce faire, le professeur Pinard a proposé une manœuvre des plus ingénieuses. La *manœuvre de Pinard* se compose de deux temps.

**Premier temps.** — On introduit dans l'utérus la main qui, en situation naturelle, présente sa paume à la face ventrale du fœtus et on va à la recherche de la cuisse antérieure. Dès qu'on l'a rencontrée, la main glisse le long de sa face postérieure en la repoussant et en la fléchissant sur l'abdomen du fœtus jusqu'à ce que les doigts atteignent le creux poplité ; on dispose alors du bout du levier fémoral et on obtient une flexion forcée de cette cuisse sur le bassin.

**Deuxième temps.** — Voici le fait curieux. A la suite de cette flexion forcée de la cuisse, la jambe du fœtus se fléchit spontanément et le pied tombe sur la main de l'accoucheur ; retirant alors doucement la main, on la glisse le long de la jambe, puis on arrive sur le pied qu'on saisit et qu'on amène ensuite à la vulve.

Cette manœuvre a d'autant plus de chances de réussite qu'elle est faite plus prématurément, c'est-à-dire au plus tôt après la dilatation complète et la rupture de la poche des eaux.

C'est le procédé de choix.

Voici les procédés de nécessité d'un emploi rare.

1° *L'application d'un lacs.* — On choisit un lacs solide, un cordon large de tablier, un ruban de laine tricoté, la mèche à briquet dont se servent les fumeurs (Tarnier) ; on le plie en double, de façon à avoir une anse à une extrémité, et on tâche de faire passer cette anse autour du pied ; ceci fait, on introduit les chefs libres dans l'anse, et on a ainsi un nœud coulant qu'on serre autour du membre appréhendé ; on peut, en exerçant des tractions, abaisser le membre inférieur.

Il n'est pas facile de faire passer ce lacs avec les doigts ; aussi, a-t-on inventé des instruments spéciaux ; porte-lacs de Ribemont, d'Ollivier, construit sur le principe de la sonde de Belloc.

2° *Crochet.* — On a conseillé d'accrocher la cuisse avec le crochet du forceps de Levret ; l'on risque fort de fracturer le membre.

2° *Forceps.* — En dernier lieu et exceptionnellement on pourrait tenter une application de forceps. Cette intervention est surtout indiquée lorsqu'on a affaire à une sacrée postérieure. Dans ce cas, c'est sur le bassin qu'il faut faire l'application. (Ollivier.)

**Intervention très exceptionnelle.** — On peut, lorsque le fœtus est mort, employer les instruments broyeurs.

B. Quand le siège a, malgré sa disposition défectueuse, réussi à s'engager, l'accouchement peut se terminer spontanément, mais s'il traîne en longueur, il faut aider la descente.

Deux cas se présentent : a) **Le siège est encore élevé** : le siège est arrivé au moment de son inflexion latérale, et sa hanche antérieure est au niveau de la symphyse.

Lorsque le siège est encore élevé, on essaye d'abord le passage d'un lacs. Ne pas s'attarder à cette manœuvre difficile et faire une application de forceps.

b) **Le siège est descendu** : la hanche est arrêtée sous la symphyse.

On se sert alors pour amener le siège, des doigts appliqués en crochet au niveau du pli inguinal.

On commence par la hanche antérieure. Choisisant la



main dont la paume regarde naturellement le *dos* du fœtus (remarquez bien que ce n'est pas la surface ventrale comme tout à l'heure), on la pousse le long de la fesse jusqu'à ce que le bout de l'index agrippe le pli inguinal; il s'y hisse petit à petit, s'y installe profondément, et tire jusqu'à ce qu'il ne puisse plus faire descendre la partie fœ-

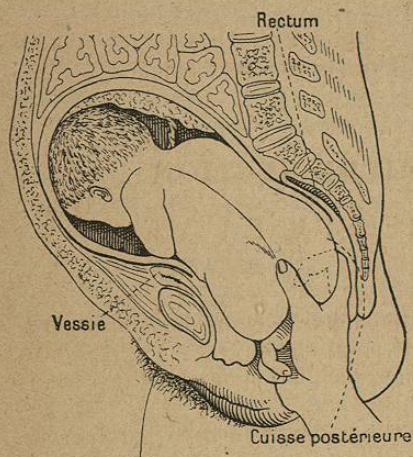


Fig. 65. — Abaissement du siège.  
L'index en forme de crochet agrippe le pli inguinal pour attirer le siège en bas.

que les genoux apparaissent et que les membres inférieurs puissent être dégagés comme il a été dit plus haut.

**Mode des genoux. Mode des pieds.** — On agira comme il a été indiqué pour le deuxième accouchement dans la manœuvre de la *grande extraction*.

**C. Accouchement compliqué.** — L'accouchement peut à un quelconque des moments de son évolution être compliqué d'un accident grave pour la mère ou l'enfant. On aura recours à l'extraction artificielle suivant la technique indiquée plus haut.

tale; mettant alors à sa place l'index de l'autre main qui va simplement garder la position conquise, l'index qui a le premier opéré va de même accrocher le pli inguinal postérieur, et comme il a un peu plus de place, il s'adjoint le médius.

Alors le siège étant cramponné des deux côtés on tire d'abord directement, horizontalement, puis en relevant, de façon à favoriser l'inflexion autour de l'arcade pubienne, jusqu'à ce

## LIVRE IV

### PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Dans ce livre, nous étudierons, en premier lieu, les MALADIES DE LA MÈRE, puis les MALADIES DE L'ŒUF.

#### PREMIÈRE SECTION

### MALADIES DE LA MÈRE

Les maladies qui atteignent la femme enceinte sont intéressantes à un double point de vue :

- 1° L'état de gestation modifie la marche de certaines affections.
- 2° La gestation est elle-même influencée par leur présence.

#### CHAPITRE PREMIER

#### DES AFFECTIONS CHIRURGICALES

**Opérations.** — Peut-on opérer une femme enceinte. Pour les anciens auteurs, l'état de grossesse était un cas absolu de *noli me tangere*, c'était un état éminemment favorable à provoquer l'apparition de phénomènes infectieux. Actuellement on est moins rigoureux et l'on sait que les plaies guérissent fort bien pendant la grossesse; peut-être pourtant dans les plaies osseuses le cal se forme-t-il un peu plus lentement.

C'est cependant, à moins d'urgence naturellement, une indication de *retard* de l'intervention, surtout pendant les