

cette façon, non-seulement nous ne pouvons pas empêcher, mais nous favorisons la déchirure, parce que notre compression augmente l'énergie de l'action utérine, juste au moment où la distension excessive du périnée est vraisemblablement le plus à craindre. Aussi quelques auteurs disent que le périnée doit être laissé absolument seul, et que la tête doit le distendre graduellement, sans aucune assistance de la part du médecin.

On s'est beaucoup mépris sur le but à atteindre. L'expression « soutenir le périnée » fait naître une idée incontestablement fautive, et il est certain que personne ne peut empêcher une déchirure par un support mécanique. Si l'on employait le terme « relâchement du périnée », nous aurions une idée beaucoup plus exacte de ce que l'on veut dire, et, cette idée une fois née dans l'esprit, je crois qu'il ne pourrait être mis en doute qu'il soit facile d'assister la nature pendant ce stade.

Le but est de relâcher le périnée.

Méthode de Goodell.

Le Dr Goodell, de Philadelphie, a spécialement étudié ce sujet, et il a recommandé une méthode dont l'objet est de relâcher le périnée. Selon lui, un ou deux doigts de la main gauche doivent être introduits dans le rectum, afin de remonter le périnée et de le tirer en avant, au-dessus de la tête, vers le pubis, le pouce de la même main appliqué sur la tête qui s'avance, de façon à en restreindre les progrès, si c'est nécessaire. J'ai suivi cette méthode fréquemment, et je crois qu'elle répond admirablement au but, surtout lorsque le périnée est très-distendu et la déchirure menaçante. Mais l'introduction des doigts dans l'anus, ainsi qu'il le recommande, est répugnante à la fois pour le médecin et pour la femme, et on peut obtenir le même résultat d'une manière moins désagréable. Je mentionne cette méthode pour montrer ce que le praticien doit chercher. Si, lorsque la tête distend énormément le périnée, le pouce et l'index de la main droite sont allongés sur ses bords, on peut le repousser doucement en avant par-dessus la tête pendant l'acmé de la douleur, tandis que les extrémités des doigts s'appuieront en même temps sur le vertex qui s'avance, et en retarderont la marche, au besoin (fig. 101). Par ce pro-

Méthode recommandée par Playfair.

cédé, la distension subite et forcée des tissus périnéaux est évitée, et les risques de déchirure réduits au minimum, tandis que le mode naturel de relâchement, par la dilatation de l'orifice anale, est favorisé. Ceci est très-différent du support mécanique qui est habituellement recommandé, et moins la pression appliquée directement sur le périnée est forte, mieux cela vaut. Il n'est pas non plus nécessaire ni utile de s'asseoir auprès de la femme, la main appliquée sur son périnée pendant



Fig. 101. — Manière d'opérer le relâchement du périnée.

des heures, comme cela est si souvent pratiqué. Il faut laisser la distension graduelle des tissus se produire par l'avance et le retrait alternatifs de la tête, et nous n'avons besoin d'intervenir pour faciliter le relâchement que lorsque la distension est à son maximum, et la tête sur le point d'être expulsée. Une serviette peut être interposée entre la main et la peau : c'est plus propre. Si le périnée est excessivement dur et résistant, on aura recours à des fomentations assidues avec une éponge chaude, et elles seront utiles pour en favoriser le relâchement.

Lorsque la tension est si grande que la déchirure paraît inévitable, on recommande généralement de pratiquer une petite incision de chaque côté du raphé médian, pour prévenir une déchirure spontanée. C'est là un moyen certainement inoffensif;

Incision du périnée.

mais je me demande s'il est de quelque utilité. On suppose qu'une plaie par incision est préférable à une plaie par déchirure. Mais, lorsqu'un périnée distendu se rompt, ses tissus sont si amincis que la déchirure est presque linéaire, et, comme preuve du fait, les bords en sont toujours aussi nets et aussi parfaitement juxtaposés que si la section eût été faite avec un bistouri. En outre, la déchirure guérit invariablement, si l'on a soin de mettre ses bords en contact avec un ou deux points de suture métallique. Je crois donc que Goodell est dans le vrai lorsqu'il dit que l'incision du périnée est rarement, sinon jamais, nécessaire, à moins qu'il ne tienne sa rigidité d'une cicatrice antérieure. Dans presque tous les premiers accouchements, la fourchette est déchirée, mais il n'y a rien à faire. Dans quelques cas, quoi que nous fassions, il se produit une déchirure plus ou moins étendue; le périnée sera donc toujours examiné après l'expulsion de l'enfant, pour voir s'il est lésé.

Traitement
des déchirures.

Si la déchirure a quelque étendue, je crois qu'il est d'une bonne pratique d'appliquer aussitôt une ou deux sutures avec des fils d'argent ou de catgut phéniqué. Immédiatement après l'accouchement, la sensibilité des tissus est amoindrie par la distension à laquelle ils ont été soumis, et les sutures peuvent être faites presque sans douleur. Il est certain que les déchirures d'environ 2 centimètres guérissent en général parfaitement bien d'elles-mêmes; mais ce n'est pas toujours le cas, tandis que la guérison s'opère à peu près sûrement si les bords sont mis en contact. Dans les formes plus graves de déchirures, lorsqu'elles s'étendent jusqu'en arrière, ou même à travers le sphincter, la précaution est absolument indispensable, et on peut éviter de cette façon une opération ultérieure grave. Les sutures seront enlevées sans difficulté au bout d'une semaine environ; l'adhérence est alors complète¹.

1. Pour la conduite tenue en France dans ces cas, voyez un chapitre de la thèse d'agrégation du D^r P. Budin, *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements*, p. 20 et suiv. Paris, 1878.

La tête, dès son expulsion, sera reçue dans la paume de la main droite, la main gauche étant placée sur l'abdomen pour accompagner l'utérus à mesure qu'il se contracte et expulse le tronc. Il y a généralement un léger temps d'arrêt après la sortie de la tête; il faut en profiter pour voir si le cordon est enroulé autour du cou, et, dans ce cas, le dégager aussitôt. L'expulsion du tronc sera abandonnée aux contractions utérines seules. Si elle se prolonge, nous pouvons essayer d'exciter l'action de l'utérus par des frictions sur le fond, et il est rare qu'elles ne suffisent pas à amener des contractions. Si nous nous pressons trop d'extraire le tronc, nous courons le risque de vider l'utérus quand il est encore dans le relâchement et de favoriser ainsi une hémorrhagie. Si, cependant, il paraît y avoir un sérieux danger d'asphyxie pour l'enfant, son expulsion peut être favorisée en passant doucement l'index de chaque main dans les aisselles, et pratiquant une traction; mais il est tout à fait exceptionnel qu'une semblable intervention soit nécessaire.

A mesure que l'utérus se contracte, il doit être suivi soigneusement à travers les parois abdominales par la main gauche, qui reste appliquée sur lui pendant l'expulsion du tronc, afin de s'assurer qu'il est efficacement contracté. C'est un point d'une importance capitale pour prévenir les hémorrhagies, et dont nous aurons à nous occuper plus spécialement.

Aussitôt que l'enfant crie, nous pouvons procéder à la ligature et à la section du cordon. La garde est ordinairement pourvue de liens composés de quelques brins de fil de toile gris; mais on peut employer du fil de coton ou de n'importe quelle autre substance analogue. Il est important, surtout si le cordon est très-gros et gélatineux, de s'assurer qu'il est parfaitement comprimé, et que les vaisseaux sont oblitérés, dans la crainte d'une hémorrhagie secondaire. Le cordon est lié à 4 centimètres environ de l'enfant, et on a l'habitude, quoique ce ne soit pas essentiel, de placer une seconde ligature à cinq centimètres de la première, du côté de l'extrémité pla-

Provocation de la
contraction utérine
après la naissance
de l'enfant.

Ligature du cordon.

centaire du cordon. Elle peut avoir son utilité en retenant le sang dans le placenta et augmentant le volume de l'organe, ce qui en rend l'expulsion plus facile par la contraction utérine. Le cordon est alors coupé avec des ciseaux entre les deux ligatures, l'enfant enveloppé dans une flanelle et donné à la garde ou à une aide pour le tenir, tandis que l'attention du praticien est concentrée sur la mère, afin de lui donner les soins convenables pendant le troisième stade du travail ¹.

Importance du
troisième stade.

Il n'y a incontestablement aucune période du travail où une assistance intelligente soit plus nécessaire, aucune où les méprises soient plus fréquentes. Avec des soins convenables, le risque d'hémorrhagie post-puerpérale est réduit au minimum, la contraction efficace de l'utérus assurée, la fréquence et la force des douleurs consécutives amoindries, la sécurité et le bien-être de la femme augmentés. Mais la pratique générale pendant ce stade est contraire au mécanisme naturel de l'expulsion du placenta, et elle est loin d'offrir toutes les garanties que nous devons rechercher. Voyons quelle est la méthode habituellement recommandée et suivie, et nous comprendrons qu'elle est erronée. Je ne saurais mieux faire que de copier les indications contenues dans un de nos ouvrages d'obstétrique les plus justement populaires, où se trouvent indiqués les préceptes classiques de la délivrance : « Lorsque le bandage est appliqué, on peut laisser la femme se reposer un moment, s'il n'y a pas d'hémorrhagie ; puis, lorsque l'utérus se contracte,

1. Dans ces dernières années, la question de la ligature du cordon a été très-discutée en France et à l'étranger, après l'apparition d'un mémoire du D^r Budin (*A quel moment doit-on pratiquer la ligature du cordon?* in *Le Progrès médical*, 1875). Le D^r Budin, à la suite d'un très-grand nombre d'observations cliniques et expérimentales, nous paraît avoir démontré qu'il y a avantage à ne pratiquer la ligature que lorsque les battements du cordon ont cessé. La ligature immédiate prive l'enfant de 92 grammes de sang environ. On trouvera une discussion des conclusions de Budin dans un mémoire du D^r Porak, intitulé *Considérations sur l'ictère des nouveau-nés* (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*, mai, juin 1878), et, dans la réponse adressée à Porak par le D^r Ribemont (*Annales de gynécologie*, février 1876), un bon résumé des travaux publiés sur ce sujet, par Kohly, Schücking, Hélot, Zweifel, Hofmeier, Léopold Meyer, etc. Budin a également étudié l'influence favorable que la ligature avait sur la délivrance. (*Trad.*)

une traction modérée doit être faite sur le cordon, pour s'assurer si le placenta est détaché. S'il l'est, et surtout s'il se trouve dans le vagin, on l'extrait en continuant la traction avec régularité, dans l'axe du détroit supérieur d'abord, et en même temps en faisant la compression sur l'utérus ¹. »

Telle est la description à peu près exacte de la pratique journalièrement employée ². Les objections que j'ai à y faire sont que : 1^o elle entretient l'erreur commune, qui consiste à considérer le bandage comme un moyen de provoquer la contraction utérine, en conseillant son application avant l'expulsion du placenta ; je soutiens au contraire que le bandage ne doit jamais être appliqué que lorsque le placenta est expulsé, et jamais

1. *Churchill's Theory and Practice of midwifery*, p. 162.

2. Cette pratique est rendue plus claire par le diagramme suivant, contenu dans la plupart des ouvrages d'obstétrique ; il représente l'accoucheur enlevant le placenta par traction, et je le reproduis comme un moyen dont on ne doit pas se servir (fig. 102).

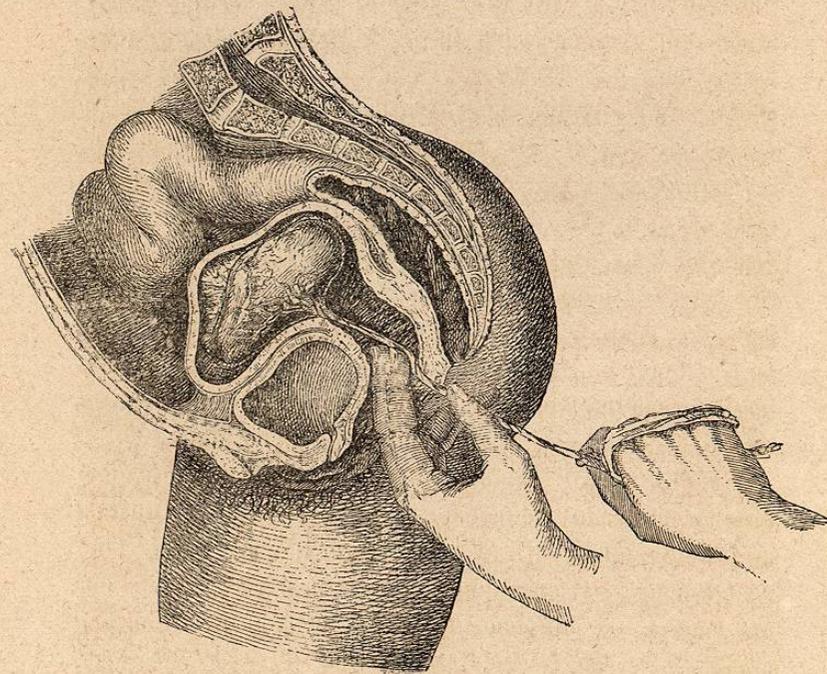


Fig. 102. — Méthode usuelle d'extraction du placenta par traction sur le cordon.

avant d'avoir la certitude que l'utérus est contracté régulièrement et d'une façon permanente; 2° elle enseigne que la traction sur le cordon doit être employée comme un moyen d'extraire le placenta, tandis que c'est l'utérus lui-même qui doit expulser l'arrière-faix, et, dix-neuf fois sur vingt, le doigt n'a pas besoin d'être introduit dans le vagin après la naissance de l'enfant; on ne doit même pas toucher au cordon. Cette assertion peut paraître exagérée à ceux qui sont habitués à la méthode ordinaire de la délivrance, mais je suis convaincu que tous les médecins qui ont appris à la faire par l'expression utérine témoigneront en ma faveur.

Délivrance
par expression.

Le point capital à retenir, c'est que le placenta doit être expulsé de l'utérus par la *vis à tergo*, et non extrait par la *vis à fronte*. Que l'expression utérine après la naissance de l'enfant ait été recommandée par bien des auteurs anglais, cela est certain; et l'école de Dublin surtout y a attaché une grande importance au point de vue de l'hémorragie post-puerpérale; mais nous devons à Credé et à d'autres écrivains allemands l'énoncé distinct de la doctrine que le placenta doit être poussé hors de l'utérus et non pas tiré; et c'est seulement dans ces derniers temps que cette pratique est devenue commune. Ceux qui n'ont pas vu pratiquer l'expression placentaire trouvent difficile à comprendre que, dans la grande majorité des cas, l'utérus expulse de lui-même le placenta hors du vagin; mais c'est pourtant un fait incontestable. Il faut, sans doute, un peu de pratique pour être capable de l'effectuer d'une manière satisfaisante; mais, lorsqu'une fois on s'est familiarisé avec le procédé, il devient certainement d'une application facile.

Il est important de
ne pas extraire le
placenta trop tôt.

Avant de décrire la méthode de l'expression utérine, je dirai un mot contre cette hâte intempestive dans l'extraction du placenta, erreur si souvent commise, et qui, je crois, tend à augmenter les risques d'hémorragie post-puerpérale. Pour que l'utérus soit suffisamment rétracté, et qu'il n'y ait aucune crainte de le voir distendu par le sang, il est nécessaire de laisser écouler un certain laps de temps après la naissance de

l'enfant, afin que les caillots puissent se former dans les sinus utérins, dont ils ferment les bouches béantes. L'importance de ce point a été spécialement signalée par Mc Clintock; selon lui, il est indispensable de laisser écouler 15 ou 20 minutes après la naissance de l'enfant, avant de faire aucun essai pour l'extraction de l'arrière-faix. C'est là, je crois, une règle pratique bonne et sûre, parce qu'elle permet au placenta de se détacher complètement et au sang de se coaguler dans les sinus utérins. Durant cet intervalle, le praticien ou la garde se placera près du lit, la main sur l'utérus, pour en assurer la rétraction

Manière de prati-
quer l'expression pla-
centaire.

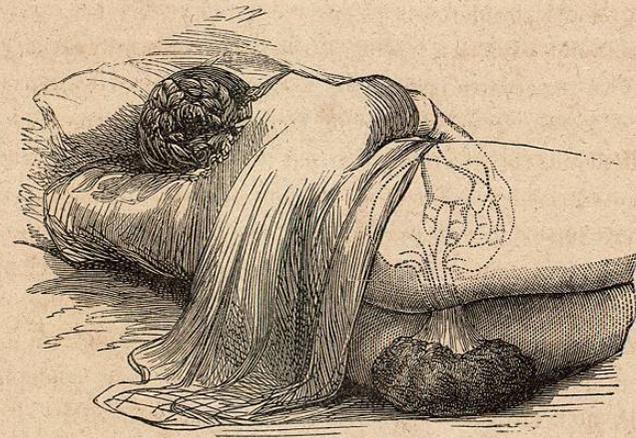


Fig. — 403. — Expression utérine.

et en prévenir la distension, mais sans le pétrir ni le comprimer avec force. Lorsqu'il s'est écoulé un temps suffisant, on peut procéder à l'expulsion. Le fond est alors saisi dans la paume de la main gauche, le bord cubital de la main bien appliqué derrière lui, et, lorsqu'on sent l'utérus durcir, une pression ferme et continue est exercée en bas et en arrière dans l'axe du détroit supérieur du bassin. Si cette manœuvre est convenablement opérée, et si l'on fait une compression suffisamment forte, dans presque tous les cas, l'utérus expulsera le placenta dans le lit avec les caillots que contient sa cavité (fig. 403). La face utérine du placenta est généralement expulsée la première, comme le représente le diagramme; le cordon reste dans les

membranes; c'est la face fœtale au contraire et la racine du cordon qui apparaissent les premières lorsque le placenta est extrait par traction (fig. 102). Si nous ne réussissons pas au premier effort, ce qui arrive rarement lorsque l'extraction n'est pas essayée trop tôt après la naissance de l'enfant, nous pouvons attendre qu'il se produise une autre contraction et alors recommencer la compression. Je répète que, avec un peu de pratique, le placenta peut être complètement expulsé de cette façon 19 fois sur 20, sans même toucher au cordon; et la crainte imaginaire de voir le placenta retenu dans l'utérus cessera d'être une source de terreur.

Attention à apporter
aux membranes.

Si nous échouons en provoquant l'utérus à expulser le placenta, nous ferons un examen vaginal, et, si le placenta est entièrement dans le vagin, il en sera retiré avec précaution; mais si le cordon, suivi à travers l'orifice, démontre que le placenta est encore dans la cavité utérine, nous devons de nouveau avoir recours à la compression pour l'expulser, et ne pas essayer de l'extraire par traction. Ces cas peuvent parfaitement être rangés parmi les cas de placentas adhérents; mais ils sont rares, et ils seront discutés ailleurs. Lorsqu'ils s'observent souvent entre les mains du même accoucheur, on peut parfaitement en conclure que ce confrère n'est pas assez familier avec l'art de traiter ce stade du travail. Généralement, le placenta doit être expulsé 20 minutes après la naissance de l'enfant; mais sans doute, dans la grande majorité des cas, l'expulsion serait effectuée plus tôt si l'on jugeait à propos de l'essayer.

Lorsque la masse du placenta est expulsée, les membranes restent encore dans le vagin; elles doivent être tordues en corde et extraites doucement, de façon à n'en laisser derrière aucune portion. On diminue les risques de cet accident, en recevant le placenta dans la paume de la main, et en évitant tout tiraillement des membranes. Les devoirs du médecin ne sont pas alors complètement terminés. Pendant dix minutes au moins après l'expulsion du placenta, il placera sa main sur l'utérus fermement rétracté, le pressant doucement, sans au-

cune force, pour provoquer une rétraction énergique et régulière qui le débarrasse de tous les caillots qui ont pu se former dans son intérieur.

Le bien-être consécutif et la sécurité de la femme peuvent être obtenus en administrant, à ce moment, une bonne dose d'ergot de seigle, 1 gr. 50 ou davantage, d'extrait liquide. La propriété que possède cet agent de produire une contraction tonique et persistante des fibres de l'utérus le rend d'une utilité incontestable comme ocytocique pendant le travail, et il a une valeur spéciale après la délivrance, lorsqu'une semblable contraction est précisément ce que nous désirons obtenir. J'ai, depuis longtemps, l'habitude d'administrer ce médicament à cette période, et je crois qu'il a une grande valeur non-seulement comme prophylactique de l'hémorrhagie, mais comme moyen de diminuer les douleurs qui suivent l'accouchement.

Administration
du seigle ergoté.

Après nous être assuré que l'utérus est rétracté d'une façon permanente, nous pouvons appliquer le bandage, mais jamais moins d'une demi-heure après la naissance de l'enfant. Les vêtements souillés sont retirés doucement du lit de la femme en la remuant le moins possible, et on glisse en même temps le bandage sous elle en prenant soin qu'il soit bien passé sous les hanches, et qu'il offre au corps un appui solide. Il n'y a pas de meilleur bandage qu'une pièce de toile résistante et de largeur suffisante pour s'étendre des trochanters au cartilage ensiforme; une serviette ou un essuie-main répond très-bien au but. Tout cela est préférable, au moins au début, à ces bandages fabriqués dont on se sert souvent. Une ou deux serviettes pliées sont généralement appliquées sur l'utérus, et constituent un coussin qui fait la compression utérine. Une fois en place, le bandage est serré et attaché avec des épingles. L'utilité d'un bandage bien appliqué après l'accouchement n'est pas contestable, bien que depuis quelques années il soit de mode de s'en passer. Il offre un véritable soutien aux parois abdominales relâchées, effectue une certaine compression sur l'utérus et tend à reformer la taille de la femme. Le bandage appliqué, une

Application
du bandage.

serviette chaude est placée sur la vulve, pour estimer l'importance de l'écoulement, et on peut laisser la femme se reposer.

Traitement
consécutif.

A moins que le travail n'ait été très-long et très-fatigant, il est tout à fait inutile de donner de l'opium, comme le veut souvent la routine; cependant il peut être bon d'en laisser à la garde, pour le donner à la femme, si elle ne peut pas dormir, ou si les douleurs consécutives à l'accouchement sont très-pénibles. Le praticien peut alors quitter la chambre, mais non la maison, et il ne doit partir définitivement qu'une heure au moins après l'accouchement. Avant de s'éloigner, il fera une nouvelle visite à l'accouchée, examinera la serviette pour voir si l'écoulement n'est pas trop considérable, et s'assurera par lui-même que l'utérus est rétracté et non distendu par des caillots. Il comptera aussi le pouls, qui doit avoir sa rapidité normale si la femme est dans un état satisfaisant. S'il y a plus de 100 pulsations par minute, le médecin ne devra sous aucun prétexte laisser la femme, car une telle exagération rend extrêmement probable l'imminence d'une hémorrhagie. C'est là une bonne règle pratique, posée par Mc Clintock dans son excellent traité *On the Pulse in Child bed*, et dont l'observation a sauvé fréquemment la femme de conséquences désastreuses.

Avant de partir, le médecin exigera que la chambre soit obscure et interdiera toute visite, la femme devant être laissée aussi tranquille que possible, pour se remettre de la secousse de l'accouchement.

CHAPITRE IV

ANESTHÉSIE PENDANT LE TRAVAIL

Je dirai peu de chose de l'emploi des anesthésiques pendant l'accouchement, pratique devenue si universelle que point n'est besoin d'aucun argument pour en établir la parfaite légitimité comme moyen d'adoucir les souffrances de l'enfantement. Cependant, à l'époque actuelle, on a une tendance à ne pas les employer, et une erreur commune est de croire que l'administration du chloroforme entrave matériellement l'énergie des contractions utérines et prédispose, ce qui est fort douteux, à l'hémorrhagie post-puerpérale.

Anesthésie pendant
le travail.

Pratiquement, le seul agent employé en Angleterre est le chloroforme, bien que le bichlorure de méthylène ait été parfois essayé, ainsi que d'autres substances. Dans ces dernières années, le chloral a été largement employé par quelques médecins; je crois que c'est un agent de la plus grande valeur, et j'indiquerai d'abord les cas dans lesquels il peut être donné.

Chloroforme
et chloral.

La valeur particulière du chloral dans le travail, c'est de pouvoir être administré en toute sûreté à un moment où le chloroforme ne peut généralement pas être employé. Ce dernier, tout en annulant la souffrance, a une grande tendance à diminuer l'action utérine. Tous ceux qui l'ont beaucoup donné pendant le travail ont observé que la force et l'intensité des douleurs sont amoindries, à ce point que le retard subi par

Le chloral peut être
donné à une période
où le chloroforme ne
réussit pas.