

sortie facile de la tête. A mesure que la tête descend, elle éprouve un mouvement de rotation, l'occiput tourne en avant et à droite, derrière l'arcade des pubis, la face regarde en arrière dans la concavité du sacrum. Le corps de l'enfant suit ce mouvement, de telle sorte que son dos est dirigé vers l'abdomen de la mère, sa face antérieure vers le périnée. La nuque est alors solidement fixée sous l'arcade des pubis, les contractions portent principalement sur la portion antérieure de la tête, et la font glisser sur le périnée, le menton se dégage le premier, puis la bouche, le front, et enfin l'occiput.

Positions sacro-postérieures.

Il n'est pas nécessaire de décrire les différences entre le mécanisme des positions SIGA et SIDA, on les saisira parfaitement si on a bien retenu les diverses positions du vertex; mais je dirai quelques mots des positions sacro-postérieures, choisissant dans ce but la SIDP, qui est la plus commune des deux. Le mécanisme est exactement l'inverse de celui de la première position. Le sacrum de l'enfant regarde la symphyse sacro-iliaque droite, son abdomen regarde en avant et du côté gauche de la mère. Le diamètre transversal des hanches de l'enfant se trouve dans le diamètre oblique droit, la hanche droite en avant. Le dégagement du corps se fait en général exactement selon le mode que j'ai déjà décrit, la hanche droite fixée derrière le pubis.

Mécanisme de la position SIDP.

Rotation de l'occiput en avant.

A mesure que la tête descend dans le bassin, l'occiput tourne le plus habituellement sur son côté droit — la rotation ayant été déjà partiellement effectuée lorsque celle des hanches s'est faite — jusqu'à ce qu'il vienne se fixer derrière le pubis, et la face glisse en arrière, le long du côté gauche du bassin, dans la concavité du sacrum. Ce mouvement correspond exactement à la rotation antérieure de l'occiput dans les positions occipito-postérieures, et c'est la terminaison naturelle et favorable.

Parfois cette rotation ne se fait pas.

Quelquefois cependant, la rotation ne se fait pas, et l'occiput reste en arrière dans la concavité du sacrum. Dans ce cas, les contractions, sous l'influence de la cause indiquée plus haut, abaissent le menton et amènent une forte flexion de la face sur

le sternum, l'occiput étant fixé à la commissure antérieure du périnée. Puis comme elles agissent toujours sur la partie antérieure de la tête, la face sort la première derrière le pubis, et l'occiput glisse seulement sur le périnée après que le front a été dégagé. La plupart des ouvrages indiquent un second mode de terminaison de ces positions, fondé sur un ou deux exemples; mais bien qu'il soit mécaniquement possible, il est certainement d'une extrême rareté. Le menton, au lieu d'être fléchi sur le sternum, est en extension complète; et la face de l'enfant regarde en haut vers le détroit supérieur du bassin. Il se fixe alors sur le bord supérieur du pubis et y reste, tandis que les contractions utérines agissent sur la partie postérieure de la tête, qui descend à travers le bassin, distend le périnée, et sort la première, la face se dégageant ensuite.

Mécanisme quand l'occiput reste en arrière.

Le mécanisme du dégagement du tronc et de la tête, dans les cas où les pieds se présentent les premiers, ne diffère pas sensiblement de celui qui vient d'être indiqué, et n'exige aucune description particulière.

Mécanisme dans la présentation des pieds.

De la description du mécanisme naturel de l'accouchement dans les présentations du siège, il ressort que l'une des causes qui amènent le plus de difficultés et de complications, est l'intervention intempestive de l'accoucheur. Il est sans doute tentant de pratiquer une traction sur le tronc, en partie sorti, dans l'espoir de hâter l'accouchement; mais, si on se rappelle que cette traction produit presque toujours le relèvement des bras sur la tête, puis l'extension de l'occiput sur l'épine dorsale, qui toutes les deux augmentent sérieusement les difficultés de l'accouchement, on doit en conclure qu'il faut laisser autant que possible la nature agir seule.

Conduite à tenir.

Dès qu'on a diagnostiqué une présentation de l'extrémité pelvienne, on ne fera rien jusqu'à ce que la sortie du siège soit effectuée. On prendra même plus de soin d'empêcher la rupture prématurée des membranes que dans les présentations du vertex, parce qu'elles servent à dilater le canal génital mieux que la partie qui se présente. On tâchera de les con-

Pas d'intervention.

server intactes, jusqu'à ce qu'elles aient atteint le plancher du bassin, au lieu de les ponctionner aussitôt que l'orifice est complètement dilaté. Le siège, une fois dégagé, sera reçu et supporté par la paume de la main.

Le danger pour l'enfant commence aussitôt son expulsion jusqu'à l'ombilic.

Lorsque le corps est expulsé jusqu'à l'ombilic, les dangers commencent pour l'enfant; c'est alors que le cordon peut être comprimé entre le corps de l'enfant et les parois du bassin. Pour obvier à ce risque, on fera une anse au cordon et on la portera dans la partie du bassin la plus spacieuse, généralement au niveau de l'une ou de l'autre symphyse sacro-iliaque. Tant que les vaisseaux du cordon battent librement, la vie de l'enfant n'est pas gravement menacée, bien que tout retard amène du danger, et j'en ai déjà indiqué les causes. Dans la plupart des cas, les bras se dégagent, mais il peut arriver, sans même que l'accoucheur ait commis aucune faute, qu'ils restent étendus sur la tête, et il est de la plus grande importance que nous connaissions les meilleurs moyens de les dégager de cette position anormale.

Les bras sont étendus sur la tête.

Ils ne doivent jamais être tirés directement en bas, car le résultat presque certain de cette traction serait une fracture des os fragiles. Nous devons essayer de faire glisser le bras sur la face et la poitrine de l'enfant, dans le même sens que celui des mouvements naturels de ses articulations. Si les épaules sont facilement accessibles, le doigt de l'accoucheur sera glissé sur celle qui est en arrière — parce qu'il y a toujours plus d'espace pour cette manœuvre vers le sacrum — et conduit doucement en bas vers le coude qu'il ramènera sur la face, et de là en avant, de façon à dégager l'avant-bras. La même manœuvre sera alors appliquée au bras de l'autre côté. Il peut arriver qu'on n'atteigne pas facilement les épaules; on les abaissera en changeant la position du corps de l'enfant, l'épaule postérieure en portant le corps en haut vers l'abdomen de la mère, et l'épaule antérieure par une manœuvre opposée, c'est-à-dire en le portant en arrière sur le périnée. Mais il est tout à fait exceptionnel qu'on soit obligé d'avoir recours à ces expédients.

Les bras étant sortis, il est souvent nécessaire de recourir pour l'extraction de la tête à des moyens artificiels. Si l'accouchement se prolonge, l'enfant meurt presque certainement. On a essayé, dans les cas où le dégagement de la tête ne pouvait se faire facilement, d'établir la respiration pulmonaire en passant un ou deux doigts dans le vagin, de façon à le comprimer en arrière, et permettre l'accès de l'air à la bouche de l'enfant, ou bien en lui introduisant une sonde ou un tube dans la bouche. On ne peut compter sur aucun de ces expédients, et il vaut mieux aider la nature à compléter l'expulsion de la tête aussi rapidement que possible. La première chose à faire, en supposant la face dans la concavité du sacrum, est de porter le corps de l'enfant en haut vers le pubis et l'abdomen de la mère, sans pratiquer aucune traction, dans la crainte d'entraver la flexion si importante du menton sur le sternum. La femme poussant alors énergiquement, les forces naturelles peuvent suffire pour achever l'accouchement. S'il ne se fait pas assez vite, on peut avoir recours à la traction, mais il faut la pratiquer sans que la flexion soit compromise. Dans ce but, tandis que le corps de l'enfant est saisi de la main gauche, et ramené en haut vers l'abdomen de la mère, l'index et le doigt médian de la main droite sont placés derrière le cou, de façon à ce que leurs extrémités pressent sur chaque côté de la base de l'occiput, et maintiennent la tête en état de flexion. Dans la plupart des ouvrages on conseille de passer l'index et le doigt médian de la main gauche en même temps sur la face de l'enfant, pour abaisser le maxillaire supérieur. Le D^r Barnes considère cette manœuvre comme tout à fait inutile, et croit que l'extraction par pression sur l'occiput est suffisante. Si elle ne l'était pas, la flexion du menton pourrait être facilitée par l'introduction de deux doigts de la main gauche dans le rectum pour abaisser le front.

Dégagement de la tête.

Importance de la flexion.

L'adjuvant le plus puissant pour hâter la sortie de la tête, quand elle tarde à se faire, est la compression à travers l'abdomen. Il est étrange que tous ceux qui ont étudié ce sujet,

Valeur de la compression abdominale.

l'aient presque complètement omise. Elle a été très-recommandée par le professeur Penrose, et son utilité ne peut pas être mise en question. L'utérus, se contractant fortement autour de la tête, l'expression utérine peut être appliquée presque directement sur la tête elle-même, et sans craindre de modifier ses rapports avec le canal maternel. Il est très-rare qu'une traction judicieuse de la part de l'accoucheur, combinée avec une forte pression à travers l'abdomen faite par un assistant, n'opère pas le dégagement de la tête avant tout retard préjudiciable à l'enfant.

Application
du forceps.

Bien des accoucheurs — parmi lesquels Meig et Rigby — préconisent l'application du forceps lorsqu'il y a du retard dans la sortie de la tête. Si ce retard est dû à un manque de forces expulsives dans un bassin de dimension normale, l'extraction manuelle, ainsi qu'elle a déjà été décrite, sera suffisante dans presque tous les cas, et préférable comme plus rapide, plus facile à exécuter, et moins dangereuse pour l'enfant. Le forceps peut être essayé quand les autres moyens ont échoué; surtout s'il y a quelque disproportion entre le volume de la tête et la capacité du bassin.

Traitement des positions sacro-postérieures.

Les positions sacro-postérieures peuvent aussi donner lieu à des difficultés. Jusqu'au moment de la sortie de la tête, le travail marche ordinairement aussi bien que dans les positions sacro-antérieures. Si la rotation des hanches en avant ne se fait pas, on peut éviter des complications en la favorisant légèrement par une traction appliquée sur le siège pendant les douleurs, le doigt introduit dans le pli de l'aîne.

Quelques auteurs conseillent d'opérer la rotation du tronc.

C'est après la sortie des épaules que l'absence de rotation peut surtout devenir inquiétante. Quelques auteurs ont recommandé de saisir le corps dans l'intervalle des douleurs, et de le faire tourner de façon à amener l'occiput en avant. Mais il n'est pas sûr que la tête suivra le mouvement communiqué au corps, et il est à craindre que cette manœuvre n'imprime au cou une torsion dangereuse. Le meilleur procédé est d'essayer d'amener la face en arrière, dans la concavité du sacrum, par

une pression sur la tempe antérieure pendant une contraction. La rotation s'effectuera ainsi en général assez facilement, et l'accouchement se terminera d'une façon naturelle.

Si la rotation de l'occiput en avant ne se produit pas, le praticien se rappellera le mécanisme naturel de l'accouchement en pareil cas. La meilleure méthode est de favoriser la flexion du menton par une pression en haut sur l'occiput, et d'exercer une traction directement en arrière, en fixant la nuque contre la commissure antérieure du périnée. Si l'on oubliait ce mécanisme, et si on opérât une traction dans l'axe du détroit inférieur du bassin, l'accouchement de la tête pourrait être sérieusement entravé. Dans les cas rares où la tête est en extension, et où le menton s'accroche au bord supérieur du pubis, on peut être obligé de faire une traction directement en avant et en haut, pour dégager la tête; mais, avant d'y avoir recours, on prendra soin de s'assurer que l'extension de la tête en arrière s'est réellement produite.

Cas dans lesquels la rotation en avant ne se fait pas.

Il nous reste à étudier les mesures qui peuvent être adoptées dans les cas très-désagréables où le siège refuse de descendre et est immobilisé dans la cavité pelvienne, soit par inertie utérine, soit par une disproportion entre son volume et la capacité du bassin. Ici, malheureusement, la forme particulière de la partie qui se présente, n'est pas favorable à une application de forceps, et rend cet accident très-difficile à traiter.

Enlèvement du siège.

Deux procédés ont surtout été employés : 1° la traction sur un des pieds ou sur les deux, de façon à modifier la partie qui se présente et avoir une présentation des pieds; 2° la traction sur le siège, soit avec les doigts, soit avec un crochet mousse ou un lacs passé dans le pli de l'aîne.

Barnes insiste sur la supériorité de la première méthode, et il ne saurait y avoir de doute que, s'il peut amener un pied en bas, l'accoucheur a un bon moyen d'accélérer la marche du travail, et que ce moyen est le meilleur. Si le siège est arrêté au détroit supérieur ou près du détroit, ce sera généralement facile. On donnera le chloroforme jusqu'à l'anesthésie com-

Traction sur le pied.

plète, et on introduira la main du côté de l'abdomen de l'enfant de la même manière, et avec les mêmes précautions, que dans la version podalique, jusqu'à ce qu'on ait atteint un pied, on le saisit et on l'amène en bas. Si les pieds sont placés naturellement, c'est-à-dire appliqués sur les fesses, il est facile de réussir. Mais, si les jambes sont étendues sur l'abdomen, on sera obligé d'introduire la main et le bras très-profondément, jusqu'au fond même de l'utérus, procédé qui est toujours difficile et qui peut être très-hasardeux. Et je ne pense pas que cette tentative d'extraction des pieds soit sans danger lorsque le siège est bas et fixé dans la cavité pelvienne. On peut bien repousser le siège dans une certaine mesure, mais il est évident qu'on n'y arrive pas impunément lorsqu'il est tout à fait engagé dans l'excavation.

Traction sur l'aine.

Dans ces circonstances, la traction est notre seule ressource, quoiqu'elle soit toujours difficile, souvent même impuissante. On a inventé une foule d'instruments dans ce but, mais aucun n'est meilleur que la main de l'accoucheur. Le doigt indicateur peut généralement être glissé dans le pli de l'aine sans difficulté et exercer une traction pendant les douleurs. Si l'on ne réussit pas ainsi, ou si le doigt est insuffisant, on essayera de passer un lacs dans le pli de l'aine. Il vaudrait mieux se servir d'un foulard de soie ou d'un écheveau de laine, mais il est plus difficile de les appliquer. Le moyen le plus simple, celui que je préfère à tous les instruments coûteux, consiste à se servir d'un bon morceau de fil de cuivre recourbé en forme de crochet. On en guide l'extrémité au-dessus des hanches, et on attache le lacs au crochet, puis l'instrument retiré ramène le ruban dans le pli de l'aine. Cet appareil me paraît très-simple et très-utile; on peut le fabriquer en quelques instants, et il permet d'employer un ruban d'une force considérable. L'usage d'un lacs souple est, de toutes façons, préférable à celui du crochet mousse qui est contenu dans la plupart des troussees obstétricales. Un instrument aussi dur est très-difficile à appliquer, et toute traction un peu forte exercée avec lui est presque fata-

lement grave pour les tissus délicats du fœtus sur lesquels il est placé. On n'oubliera pas, comme auxiliaire, l'emploi de l'expression utérine; elle peut être utile lorsque la difficulté tient seulement à l'inertie de l'utérus.

Si tous ces procédés ne réussissent pas à terminer l'accouchement, il ne nous reste comme dernière ressource qu'à sectionner avec des ciseaux, ou un instrument à craniotomie, la partie qui se présente; mais heureusement il est rare d'être obligé de recourir à une mesure aussi extrême.

Embryotomie.