

Si tous ces moyens sont inefficaces, il ne nous restera d'autres ressources que la mutilation de l'enfant par l'embryotomie ou la décollation, les plus difficiles et les plus dangereuses de toutes les opérations obstétricales.

Présentations complexes.

On appelle *présentations complexes* celles dans lesquelles plusieurs parties fœtales s'engagent ensemble. Ainsi, on peut voir une main ou un pied se présenter avec la tête, ou encore un pied et une main descendre simultanément. Le premier cas ne donne lieu à aucune difficulté sérieuse, car il existe en gé-

Un pied ou une main avec la tête.

néral assez de place pour que la tête passe. En effet, on ne peut supposer que la main ou le pied s'engage avec la tête au détroit supérieur, à moins que la tête ne soit anormalement petite, ou le bassin plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement. Quant au traitement, il est bon de faire un essai pour replacer la main ou le pied, en le repoussant doucement au-dessus de la tête pendant l'intervalle des douleurs, et en le maintenant dans cette position jusqu'à ce que la tête soit engagée dans l'excavation pelvienne d'une façon définitive. On peut hâter l'engagement de la tête par la pression abdominale, qui a une grande valeur. Si l'on ne réussit pas par ce procédé, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de placer le membre qui fait prolapsus dans la partie du bassin où il gênera le moins le travail et où il sera le mieux garanti de toute compression, en général vers la tempe de l'enfant. Si ce petit membre s'oppose à l'expulsion de l'enfant, l'application du forceps pourra être nécessaire.

Les pieds et les mains ensemble.

Lorsque les pieds et les mains se présentent simultanément, non seulement toutes ces parties enchevêtrées rendent la présentation très confuse, mais on peut craindre que les mains ne descendent et ne convertissent la présentation en une du bras. Il est du devoir de l'accoucheur de prévenir ce fait en facilitant la descente des pieds par une traction, soit avec les doigts, soit avec un laç, jusqu'à ce qu'ils soient complètement engagés et que les mains aient repris leur position normale.

Déplacement dorsal du bras.

Je mentionnerai ici le déplacement dorsal du bras, phénomène curieux, décrit pour la première fois par sir James Simp-

son¹, et dans lequel l'avant-bras de l'enfant est placé en arrière de la nuque. Il en résulte un obstacle qui empêche la descente de la tête dans l'excavation, car le bras vient s'accrocher contre le détroit supérieur (fig. 115). La difficulté du diagnostic est très grande, la complication siégeant trop haut pour être reconnue. Mais si l'on rencontre une femme dont le bassin soit spacieux et les douleurs fortes, et que la tête ne descende pas après un temps raisonnable, il est indispensable de prati-

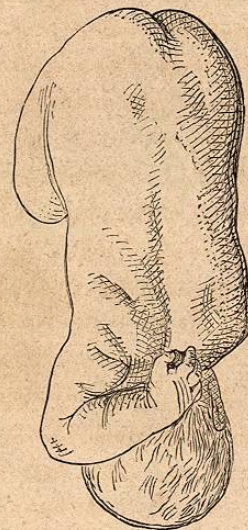


Fig. 115. — Déplacement dorsal du bras.

quer un examen tout à fait complet. On peut dans ce cas administrer le chloroforme, puis porter la main suffisamment haut, et il est facile de trouver le bras dans sa position anormale. Ce phénomène s'était produit chez une dame à laquelle je donnais des soins ; j'échouai en voulant saisir la tête avec le forceps au détroit supérieur, et je fis l'accouchement par la version. Le même procédé fut adopté par mon ami le D^r Jardine Murray dans une occasion semblable². Simpson est d'avis

1. *Med. Times and Gaz.*, 1861.

2. *Selected obst. Works*, vol. I.

que le bras doit être amené en bas de façon à convertir les choses en une présentation ordinaire du sommet avec proci-
dence de la main. Si le bras est au-dessus du détroit supérieur,
cette manœuvre est toujours difficile, et, lorsqu'on diagnostique
cette cause rare de dystocie, je crois que le procédé le plus
simple et le plus sûr est de pratiquer la version podalique. Un
déplacement semblable peut causer quelques difficultés dans

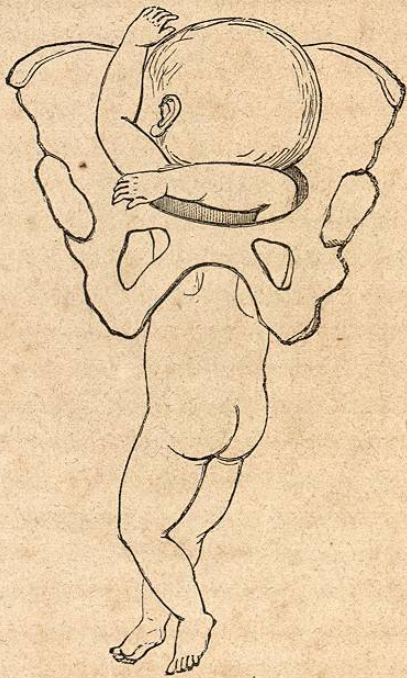


Fig. 116. — Déplacement dorsal des bras dans la présentation du siège (d'après Barnes).

les présentations du siège, lorsqu'on a fait la version (fig. 116).
Dans ce cas, l'obstacle est plus facile à reconnaître, parce
qu'on peut examiner attentivement quelle en est la nature. En
tirant le corps de l'enfant assez bas pour permettre au doigt
de passer derrière la symphyse pubienne et par-dessus l'épaule,
il sera généralement facile de dégager le bras.

Prolapsus du cordon
ombilical.

Il arrive parfois que le cordon ombilical descend le long de
la partie qui se présente (fig. 117) et se trouve comprimé

entre elle et les parois du bassin. La conséquence de cet acci-
dent est l'interruption de la circulation fœtale, et la mort fré-
quente de l'enfant par asphyxie. On peut déduire de là que
le prolapsus du cordon est une complication très sérieuse du
travail en ce qui concerne l'enfant.

Heureusement, il est assez rare. Churchill calcule que sur
105,000 accouchements il s'est présenté 240 fois, et Scanzoni
une fois sur 254. Sa fréquence varie beaucoup selon diverses

Fréquence.



Fig. 117. — Prolapsus du cordon ombilical.

circonstances et dans les différents pays. Il ressort des statis-
tiques de Churchill une différence remarquable dans la propor-
tion de cet accident, en France, en Angleterre et en Allemagne,
où il a été observé respectivement une fois sur 446 1/2, une
fois sur 207 1/2, et une fois sur 156. Quelque considérable que
soit le chiffre attribué à l'Allemagne par ces calculs, on l'a
trouvé encore plus élevé dans certains districts. Ainsi, Engel-
man dit que l'accident s'observe une fois sur 94 accouchements
à la Maternité de Berlin, et Michaelis une fois sur 90 à celle de
Kiel. Ces différences remarquables ne sont pas faciles à expli-
quer à première vue. Le Dr Simpson suppose, non sans de

Accident grave pour
l'enfant.

fortes chances de probabilité, que la disproportion dans la fréquence de cet accident en Angleterre, en France et en Allemagne, peut dépendre des positions différentes dans lesquelles les femmes en couche sont placées dans chacun de ces pays.

Explication de sa fréquence relative dans certains pays.

En France, où la femme, tout en étant couchée sur le dos, a le bassin maintenu élevé, la complication est moins fréquente; en Angleterre, où la femme accouche sur le côté, elle se produit un peu plus souvent; et en Allemagne, où la femme est placée sur le dos, les épaules élevées, la complication est encore plus commune. Engelman¹ suppose que la fréquence spéciale du prolapsus du cordon dans certains districts, comme à Kiel par exemple, dépend de l'influence du rachitisme, et conséquemment des vices de conformation du bassin; nous verrons bientôt en effet que c'est là une des causes les plus fréquentes et les plus importantes de l'accident.

Pronostic.

On peut dire que le prolapsus du cordon ne fait courir à la mère aucun danger; mais tous les accoucheurs savent par expérience que l'enfant est exposé à des risques très sérieux. Scanzoni a calculé que l'on sauve seulement 45 enfants sur 100. Churchill estime qu'on en sauve 47. Ainsi, dans les circonstances les plus favorables, cette complication cause la mort de plus de la moitié des enfants². Engelman a trouvé que, sur 202 présentations du vertex, 36 enfants seulement sur 100 survécurent.

Mortalité relative dans les différentes présentations.

La mortalité n'a pas été aussi grande dans d'autres présentations, car 68 pour 100 des enfants qui se présentèrent par les pieds furent sauvés, et 50 pour 100 dans les présentations de l'épaule. Cette différence est sans doute attribuable à ce que, dans les présentations du vertex, la tête, remplissant l'excavation beaucoup plus complètement, soumet le cordon à une compression bien plus forte; dans les autres présentations, au contraire, l'excavation est un peu plus libre, et l'arrêt de la circulation dans le cordon n'est pas aussi complet. En outre, dans

1. *Amer. Journ. of obst.*, vol. VI.

2. A la clinique de la Faculté de Paris, sur un relevé de 143 prociences, 96 enfants sont nés morts. (*Cliniques du professeur Depaul*, p. 601.)

le dernier cas, la complication est reconnue de bonne heure et le traitement appliqué plus tôt.

La mortalité fœtale est bien plus grande chez les primipares, fait dû probablement à la plus grande résistance des parties molles et à la prolongation du travail qui en résulte.

La mortalité des enfants est plus grande dans les premiers accouchements.

Le prolapsus du cordon peut se produire toutes les fois qu'une circonstance quelconque empêche la partie qui se présente de s'adapter exactement au détroit supérieur. Ainsi, il est beaucoup plus fréquent dans les présentations du siège ou de l'épaule que dans celles du vertex, et il est relativement plus commun dans celles des pieds et de l'épaule que dans toute autre. Parmi les causes prédisposantes accidentelles, je mentionnerai la rupture prématurée des membranes, surtout si la quantité du liquide amniotique est excessive, l'écoulement soudain du liquide pouvant entraîner le cordon avec lui; ou encore une longueur exagérée du cordon, ou une insertion anormalement basse du placenta. Engelman attache une grande importance au rétrécissement léger du bassin, et dit qu'à la Maternité de Berlin chaque fois qu'on mesura exactement le bassin dans un cas de prolapsus, on le trouva vicié. Ce fait est facile à expliquer, parce qu'un des premiers résultats du rétrécissement du bassin est d'empêcher l'engagement exact de la partie qui se présente au détroit supérieur.

Causes.

Circonstances qui empêchent l'adaptation de la partie qui se présente à la circonférence du bassin.

Viciation du bassin.

Le diagnostic du prolapsus du cordon est généralement facile; mais, si les membranes sont encore intactes, il n'est pas toujours très commode de déterminer la nature précise de ces parties molles, parce qu'elles fuient sous le doigt qui touche. Si les pulsations peuvent être perçues à travers les membranes, toute difficulté disparaît. Après leur rupture, on ne risque plus de se tromper.

Diagnostic.

Le point capital, c'est de chercher à reconnaître dans ce cas si le cordon a des pulsations ou s'il n'en a pas; en effet, si elles ont cessé, l'enfant est mort, et on peut se dispenser d'intervenir. Mais il est important d'être très circonspect, car, si l'examen est pratiqué pendant une douleur, la circulation

Il faut chercher si le cordon bat.

peut n'être que temporairement interrompue. L'examen sera donc fait pendant l'intervalle des douleurs, et, s'il le faut, on amènera une anse du cordon dans le vagin pour se renseigner exactement.

Le prolapsus est plus ou moins marqué.

Le prolapsus est plus ou moins marqué; quelquefois, il n'existe entre le bassin et la partie qui se présente qu'une petite anse de cordon, assez courte pour échapper à l'observation. Dans ces circonstances, l'enfant peut être sacrifié sans qu'on soupçonne le danger. Le plus souvent, la quantité du cordon qui fait prolapsus est assez considérable pour qu'il y ait dans le vagin une anse d'une certaine longueur, qui peut même quelquefois faire saillie au delà de la vulve.

Traitement.

La première indication du traitement consiste à obvier à la compression, et tous nos efforts doivent tendre à obtenir ce résultat. Si on découvre l'accident avant la dilatation complète du col, et les membranes encore intactes, on peut essayer d'écarter le cordon du passage; on conservera soigneusement l'intégrité des membranes aussi longtemps que possible, parce que le cordon est suffisamment protégé tant qu'il baigne dans le liquide amniotique, puis on assurera la dilatation complète de l'orifice de façon que la partie qui se présente puisse s'engager rapidement et complètement.

Traitement par la position.

La position donnée à la femme est très importante, et elle constitue un excellent traitement; nous devons cette méthode au Dr Gaillard Thomas, de New-York, dont les écrits l'ont popularisée, bien qu'elle soit à peu près semblable à un procédé adopté quelquefois auparavant. La méthode du Dr Thomas est basée sur le principe qui consiste à provoquer la rentrée du cordon dans la cavité utérine, en le laissant glisser sous l'influence de son propre poids. Dans ce but, la femme est placée sur les mains et sur les genoux, les hanches élevées et les épaules basses (fig. 418). Le col n'est plus alors la partie la plus déclive de l'utérus, et la paroi utérine antérieure forme un plan, incliné en bas, sur lequel glisse le cordon. On obtient quelquefois un bon résultat de cette manœuvre, mais il n'en n'est pas tou-

jours ainsi. Elle a naturellement plus de chance de réussir lorsque les membranes sont intactes. Lorsqu'on a réussi à faire rentrer ainsi le cordon dans l'utérus, et que l'orifice est suffisamment dilaté, on peut rompre les membranes et provoquer l'engagement de la tête par une compression utérine convenablement dirigée. Mais, parfois, cette position est si incommode qu'il est difficile d'y avoir recours, et il vaut mieux en adopter une autre, qui consiste à placer la femme sur le côté opposé à celui du prolapsus, de façon à diminuer autant que possible la compression, et en même temps à élever les hanches par un



Fig. 418. — Traitement du prolapsus du cordon par la position.

coussin; le cordon pourra glisser en arrière. Le traitement par la position, quelle qu'elle soit, peut réussir, même après la rupture des membranes, et, comme il est simple et inoffensif, rien n'empêche d'en faire l'essai.

Si le traitement par la position échoue, il est tout à fait légitime de tenter par d'autres procédés de mettre le cordon à l'abri d'une compression dangereuse. Malheureusement, la rétropulsion est trop souvent trompeuse, difficile à appliquer, et suivie parfois d'une nouvelle descente du cordon, même après une opération en apparence pleine de succès. Si l'orifice est complètement dilaté et que le sommet soit engagé dans l'excavation (avec toute autre présentation, la rétropulsion est presque impossible), le meilleur procédé est probablement de re-

Rétropulsion artificielle.

fouler le cordon avec la main seule. La méthode la plus simple et la plus efficace est celle que Mc Clintock et Hardy ont recommandée; ils conseillent de placer la femme sur le côté opposé à celui du prolapsus et d'amener le cordon vers le pubis, partie la moins profonde du bassin. On essaye alors de le repousser par-dessus la tête aussi haut que possible avec deux ou trois doigts, qu'on laisse dans le bassin jusqu'à ce qu'une douleur survienne, puis qu'on retire doucement dans l'espoir que le cordon restera derrière. Pendant la contraction, on peut parfaitement appliquer la compression externe pour faciliter la descente de la tête. Cette manœuvre sera répétée pendant plusieurs douleurs successives, et elle a été quelquefois suivie de succès. On a essayé aussi d'accrocher le cordon par-dessus les membres du fœtus, ou de le placer dans le sillon du cou, sur les conseils de quelques auteurs; mais ce procédé exige une introduction si profonde de la main qu'il est à peu près inapplicable.

Rétropulsion
avec les instruments.

On a inventé divers instruments compliqués pour faciliter la rétropulsion du cordon (fig. 119); mais, lors même qu'on les posséderait, on ne les aurait probablement pas sous la main au moment de l'accident. Il est facile d'improviser un instrument assez simple avec une sonde d'homme en gomme ordinaire, en y passant les deux extrémités d'un lacet, de façon à laisser une anse émerger de l'œil du cathéter. On passe ce lien autour de l'anse du cordon et on en ramène l'extrémité dans l'œil du cathéter où on la fixe au moyen d'un stylet. Le cordon est alors repoussé dans la cavité utérine avec le cathéter, et lorsqu'on dégage le stylet il se trouve libre. On peut confectionner encore un instrument commode en perçant un trou dans une tige de baleine. Un morceau de ruban est passé au-

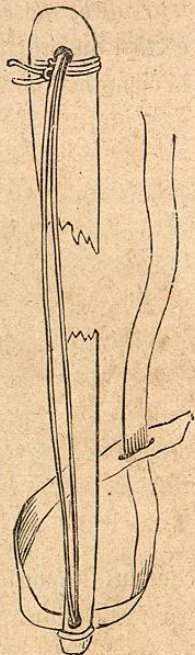


Fig. 119. — Instrument
de Braun pour la ré-
tropulsion du cordon.

tour de l'anse du cordon, et les extrémités enfilées dans l'œil de la tige. En tendant le ruban, la baleine est mise en contact avec le cordon, et le tout est introduit aussi haut que possible dans la cavité utérine. Il est facile de dégager le ruban en lâchant une de ses extrémités. Si on le préfère, on peut laisser le cordon attaché à la tige, qui reste dans l'utérus jusqu'à ce que l'enfant soit expulsé. Il est inutile de parler de toutes les autres méthodes conseillées pour remonter le cordon, par exemple l'introduction de morceaux d'éponge, ou la protection du cordon par une sorte de gaine de cuir souple, ces procédés étant généralement considérés comme tout à fait inutiles.

Toutes ces tentatives échouent trop souvent. On doit alors agir selon les circonstances. Si le bassin est vaste et les douleurs énergiques, surtout chez les multipares, il est probable qu'il vaut mieux s'en rapporter à la nature seule, dans l'espoir que la tête pourra se dégager avant que la compression du cordon n'ait eu le temps de devenir mortelle pour l'enfant. On pressera la femme de pousser, et la descente de la tête sera facilitée par la compression utérine, pour terminer le second stade aussitôt que possible. Si l'on atteint la tête facilement, l'application du forceps est tout à fait justifiée, parce que tout retard peut amener inévitablement la mort de l'enfant. En attendant, on placera le cordon du côté de l'une ou l'autre des symphyses sacro-iliaques, selon la position de la tête, vers la partie du bassin où il y a plus d'espace et où la compression est par conséquent le moins préjudiciable. Si nous avons affaire à un cas dans lequel la tête ne soit pas descendue dans l'excavation, que le traitement par la position et la rétropulsion a été essayé sans succès, si l'orifice est complètement dilaté, et les autres circonstances favorables, la version nous offrira sans aucun doute les meilleures chances pour l'enfant. Cette indication est préconisée par Engelman, qui a trouvé que 70 fois sur 100 les enfants extraits de cette façon naquirent vivants. On ne peut mettre en doute que ce soit de beaucoup le meilleur procédé au point de vue des intérêts de l'enfant lorsque les

Conduite à tenir
lorsque la rétropulsion
échoue.

circonstances le permettent. Mais la version n'est pas toujours exempte de dangers pour la mère, et c'est au praticien seul d'en décider l'opportunité dans chaque cas spécial. Elle sera surtout applicable lorsque l'orifice est complètement dilaté et les membranes intactes, de façon à ce qu'elle puisse être faite par la méthode combinée, sans introduction de la main dans l'utérus. Si l'on ne juge pas à propos d'y avoir recours, il ne reste qu'à essayer de mettre le cordon à l'abri de la compression, autant que faire se peut, à l'aide d'une des méthodes déjà mentionnées.

CHAPITRE IX

DU TRAVAIL PROLONGÉ ET DU TRAVAIL PRÉCIPITÉ

Parmi les difficultés de la parturition, il n'y en a pas de plus fréquentes, il n'y en a pas qui exigent une connaissance plus approfondie de la physiologie et de la pathologie du travail, que celles qui naissent de l'absence des douleurs expulsives ou de l'irrégularité de leur action. L'importance de cette classe de dystocie ressort de l'étude des causes nombreuses et diverses qui la produisent.

Dystocie par défaut ou irrégularité des contractions.

C'est un axiome de jour en jour plus vrai dans la pratique des accouchements, que la prolongation du travail est par elle-même un accident sérieux, et dont l'évidence est démontrée par les statistiques faites dans ces dernières années au Rotunda Lying-in Hospital, et comparées à celles qui ont été publiées il y a vingt ou trente ans. On peut être certain que la pratique des médecins distingués de cette école bien connue représente l'opinion scientifique la plus avancée de nos jours. Il y a moins de trente ans, le forceps n'était pas employé plus d'une fois sur 340 accouchements, tandis que, selon le rapport de 1873, le dernier Master de la Rotunda l'appliqua une fois sur huit; il s'est donc produit de grands changements.

Effets fâcheux du travail prolongé.

Le travail peut être prolongé sous l'influence d'un grand nombre de causes, dont les principales exigent une étude distincte. Quelques-unes dépendent seulement de l'absence ou de

Causes du travail prolongé.