

plète de l'orifice utérin est avantageuse, et lorsqu'elles ne se rompent qu'à cette époque, l'accouchement est ordinairement facile.

8° C'est ordinairement vers la fin de la période de dilatation qu'on fait coucher définitivement la femme. Pendant les douleurs, un aide doit soutenir les membres inférieurs légèrement fléchis et écartés.

9° Lorsque la poche des eaux est assez développée pour qu'on puisse s'attendre à sa rupture prochaine, il est bon d'en prévenir la femme, surtout si elle est primipare, afin qu'elle ne soit pas effrayée. Pour empêcher les linges placés sous elle de se mouiller, il est convenable, dès que la poche des eaux fait une saillie prononcée, de placer au-devant des parties génitales une éponge préalablement trempée dans de l'eau tiède et bien exprimée, pour recevoir le liquide qui va s'écouler : à défaut d'éponges, on peut se servir de serviettes chaudes ; il ne peut guère être reçu commodément dans un vase que lorsqu'on perce artificiellement la poche des eaux. On doit avoir le soin d'examiner si le liquide qui s'écoule offre ses qualités ordinaires, s'il contient du méconium, s'il a son odeur accoutumée.

10° On doit généralement attendre que la rupture de la poche des eaux se fasse spontanément par la seule influence des efforts de l'utérus afin de se conformer à la marche régulière de la nature. Lorsque la présentation est naturelle, la division prématurée de l'œuf est loin d'avoir tous les inconvénients qui lui sont attribués ; cependant elle paraît quelquefois troubler et ralentir le travail, souvent elle l'accélère, mais il devient plus douloureux. Si elle ne devient pas plus fréquemment un danger pour le fœtus, c'est que la partie qui se présente ferme assez souvent hermétiquement l'orifice de la matrice pour qu'il reste une notable quantité d'eau dans l'utérus jusqu'à la fin du travail. On ne peut donc pas dire, avec quelques auteurs, que la perforation artificielle de la poche des eaux est toujours nuisible ; car, outre les cas déterminés où elle est indiquée pour remédier à une hémorrhagie, à une inertie persistante de l'utérus, à une grande mobilité du fœtus, qui l'expose à se présenter d'une manière moins avantageuse, etc., il en est d'autres où, sans avoir les mêmes avantages, elle est permise et même utile. Mais dans beaucoup de cas, où l'on croit la dilatation complète, si la poche rompt d'elle-même, ou si l'on vient à la rompre, on s'aperçoit que le col forme encore un rebord saillant et épais qui retient pendant quelque temps la partie qui se présente, et que l'intégrité de l'œuf n'était pas l'obstacle qui s'opposait à sa descente. Les accoucheurs qui rompent souvent les membranes lorsqu'ils supposent le col complètement dilaté,

cèdent presque toujours à un mouvement d'impatience, qui a l'inconvénient de faire opérer les derniers degrés de la dilatation du col par une partie plus dure, moins régulière, et déterminant plus de douleurs. Si on attend, la partie qui se présente s'abaissant de plus en plus, retient au-dessus d'elle une plus grande quantité de liquide amniotique, ce qui est un avantage très réel dans les cas où la période d'expulsion doit se prolonger. Mais il est aussi des cas où la rupture de la poche des eaux n'a lieu qu'assez longtemps après que la dilatation est complète, et il en résulte un retard réel pour l'expulsion du fœtus ; ordinairement alors la tête coiffée par l'œuf, dont elle n'est séparée que par une très petite quantité de liquide amniotique, est descendue profondément, ou la poche des eaux assez volumineuse s'approche beaucoup de la vulve ; dans ces cas, la rupture spontanée ou artificielle est promptement suivie de l'expulsion du fœtus : ainsi une densité plus grande des membranes ou un ralentissement de l'action de l'utérus à la fin de la période de dilatation conduit quelquefois à diviser l'œuf. Mais hors ces cas, qui sont beaucoup moins communs qu'on ne le suppose généralement, la rupture artificielle de la poche des eaux, au moment où l'on suppose gratuitement que la nature devrait l'opérer, sans être pernicieuse, n'est pas avantageuse, et a même quelquefois des inconvénients. Lorsqu'on juge à propos d'y avoir recours, l'extrémité du doigt par une pression brusque lorsque la poche est très tendue, l'ongle, une plume taillée, un cure-dent, un stylet mousse lorsqu'elle est flasque, suffisent ordinairement pour l'opérer.

2. *Période d'expulsion.*—1° Immédiatement après l'écoulement des eaux, on doit s'assurer qu'on ne s'est pas trompé sur la présentation, que c'est bien réellement le crâne, ou la face, ou l'extrémité pelvienne, et que le cordon ou une main ne tend pas à descendre en même temps. Si l'on n'a pas pu, avant l'écoulement du liquide amniotique, soit à cause de l'élévation du fœtus, soit à cause de la tension de la poche des eaux, s'assurer de la position exacte de l'extrémité fœtale qui se présente, et de ses rapports précis avec le bassin, il faut procéder à cette recherche dès que la poche est ouverte ; elle est souvent plus facile dans ce moment que lorsque la partie est plus basse, mais tuméfiée, et plus ou moins déformée. La connaissance de la position devient importante, parce qu'il peut arriver, pour des causes diverses, qu'on soit dans la nécessité de terminer artificiellement l'accouchement ; et pour la sûreté et le succès de l'opération, il importe beaucoup de connaître la position.

2° Dans le cours de cette période, on doit borner son atten-



tion à la descente de la partie et éviter tout examen inutile. Beaucoup de femmes sont disposées à seconder leurs douleurs par des efforts d'expulsion volontaires; on doit les engager à rester tranquilles tant que ces efforts ne sont pas sollicités par la pression exercée sur le fond du bassin, et en quelque sorte involontaires. Ces efforts peuvent accélérer un peu la marche du travail; mais ils fatiguent la femme, qui peut manquer de force au dernier moment, lorsque leur emploi est le plus nécessaire. On ne doit pas la laisser se tourner d'un côté et de l'autre, soulever le bassin, renverser la tête en arrière; il faut l'engager à modérer ses cris s'ils sont excessifs. En général, les femmes souffrent avec beaucoup de patience et de courage les douleurs de cette période, parce qu'elles ont la conscience des progrès du travail et de sa fin prochaine. Le devant de la vulve doit toujours être garni de linges chauds, afin de recevoir le liquide, les mucosités qui s'en échappent. On doit soutenir les membres inférieurs alors même que les pieds ont un point d'appui pour reposer. Il faut prévenir la femme que les besoins pressants qu'elle éprouve d'uriner, d'aller à la garde-robe, sont de fausses sensations, et qu'elle ne doit pas s'en tourmenter ni se fatiguer à les réprimer. Mais comme à cette époque les matières fécales passent souvent involontairement; on étendra sous le périnée un linge fin, pour être retiré s'il est sali. On doit s'abstenir d'enduire le vagin, l'intérieur de la vulve, d'huile, de graisse, etc.: ces pratiques sont d'une utilité plus que douteuse; mais il faut surtout s'abstenir de dilater la vulve et le vagin avec la main, de déprimer la commissure postérieure et le périnée avec le doigt: ces manœuvres, connues sous le nom de *petit travail*, qui étaient autrefois habituelles, et qui sont encore mises en usage par quelques sages-femmes et quelques médecins, peuvent devenir très nuisibles et troubler d'une manière dangereuse la marche du travail.

3° Lorsque la partie qui se présente s'approche de l'extérieur et commence à réagir contre les parties molles, il faut donner à la femme une position convenable pour qu'on puisse soutenir commodément le périnée; si jusqu'à ce moment elle a été couchée le dos élevé, on doit retirer les coussins, afin qu'elle se trouve dans une position horizontale, s'assurer si le bassin est suffisamment relevé et soutenu. L'accoucheur ne doit plus quitter le côté droit du lit où il est assis; il surveille avec attention les progrès du travail, afin de pouvoir soutenir le périnée dès qu'il en sera temps, et ne pas se laisser surprendre par la sortie de la tête, qui a quelquefois lieu brusquement.

4° *Prévenir la rupture du périnée.* Lorsqu'on voit pour la pre-

mière fois la distension du périnée au moment où les parties les plus volumineuses du fœtus sont sur le point de franchir la vulve, on ne peut se défendre de la crainte de voir la cloison ano-vulvaire se déchirer dans une grande étendue; de là sans doute l'idée de soutenir de la main le périnée, au moment où la tête, le siège, lorsqu'il se présente le premier, les épaules, traversent la vulve. Cette manière de faire, universellement adoptée, est sans doute utile; mais il est cependant difficile de se faire une idée exacte de son degré d'utilité, et de dire dans quelle proportion elle prévient ou borne à une très petite étendue la déchirure de la commissure postérieure de la vulve. En effet, si on porte son attention sur les femmes qui accouchent sans être assistées, soit parce que le travail a marché trop rapidement, soit par toute autre circonstance, on verra que les parties génitales externes ont ordinairement conservé leur intégrité. Plusieurs praticiens qui ont douté de l'utilité de soutenir le périnée s'en sont abstenus chez un assez grand nombre de femmes; et si leurs expériences n'ont pas suffisamment justifié leur manière de voir, elles prouvent au moins que, dans la très grande majorité des cas, le fœtus à terme peut traverser les parties génitales externes sans les léser. D'un autre côté, tout le monde sait que, malgré l'attention de soutenir le périnée, il n'est pas rare de voir la commissure postérieure de la vulve légèrement déchirée, et quelquefois dans une étendue considérable. Il est vrai que dans beaucoup de cas on peut se demander si le périnée a été soutenu avec une attention suffisante et de la manière la plus convenable et la plus efficace. Pour montrer dans quelles proportions on peut craindre de voir se manifester la déchirure de la commissure postérieure de la vulve en soutenant bien le périnée, je vais citer les résultats publiés par M. le docteur de Hoefft à Saint-Petersbourg: ces résultats et la manière judicieuse dont l'auteur a exposé les soins à donner à la femme pendant le temps de l'accouchement, sont une garantie qu'ils ont été bien administrés. Sur 505 accouchées observées en 1839, il y a eu 277 primipares, parmi lesquelles, en ne comptant que celles dont l'accouchement avait été naturel, 25 ont eu des déchirures du périnée: 2 seulement étaient d'une certaine importance; les autres n'intéressaient que la peau. En 1840, sur 700 accouchements, il n'y eu a que 33 déchirures du périnée, dont 44 étaient d'une certaine importance, c'est-à-dire intéressaient plus que la peau du bord périnéal. Précédemment, quoiqu'on eût l'habitude de soutenir le périnée jusqu'après le passage des épaules, il survenait plus de déchirures en un mois qu'il n'en survient maintenant en une année. Ainsi, quoique le travail de



l'enfantement, dans des conditions normales de part et d'autre, soit une fonction naturelle qui n'est généralement défectueuse dans aucune de ses périodes et qui peut se passer de l'intervention de l'art, sans qu'il en résulte, dans la grande majorité des cas, de lésions de quelque importance, il n'en est pas moins certain, malgré ces présomptions, pour ce qui concerne le périnée et l'orifice de la vulve, qu'ils sont quelquefois profondément déchirés (voyez *Rupture centrale du périnée. Ruptures vulvo-anales*), et assez souvent superficiellement. Et comme l'action de soutenir le périnée est un moyen préventif, sans doute souvent inutile, mais sans inconvénient, laissant à l'accouchement tous ses caractères de fonction naturelle, mais pouvant prévenir souvent aussi des ruptures graves, ou au moins étendues, qui peuvent avoir des suites fâcheuses, il ne faut jamais négliger d'y avoir recours; et l'on doit apporter à ce soin une attention toute particulière.

Nous venons de voir que le périnée peut être profondément ou légèrement déchiré pendant le passage du fœtus; voyons maintenant quelles sont les parties qui produisent ordinairement ces lésions, et qui doivent être l'objet d'une plus grande surveillance au moment où il veut franchir la vulve. Il faut placer en première ligne la tête. Mais on a aussi supposé que la commissure postérieure de la vulve, épargnée par la tête, peut être déchirée par les épaules, et que la même chose peut arriver au moment du passage des hanches, etc., dans la présentation de l'extrémité pelvienne.

Il est incontestable que c'est la tête se présentant la première, qui est la cause de la presque totalité des déchirures du périnée, et si on en attribue un certain nombre au passage des épaules, c'est que s'opérant souvent au moment même où la tête s'échappe de la vulve, elles peuvent quelquefois passer d'abord inaperçues et être attribuées à la distension opérée par les épaules. M. de Hœfft, pour rechercher quelle pouvait être leur part dans cet accident, les a mesurées sur 433 nouveaux-nés, sans serrer ni comprimer la partie supérieure du tronc. Sur 78, la circonférence des épaules a été d'une ligne plus petite que celle de la tête; sur 21, les deux circonférences ont été parfaitement égales, et sur 34, la circonférence des épaules l'emportait d'une ligne et un peu plus. Sur 372, il mesura en comprimant modérément les épaules, et il constata qu'il était rare de voir leur circonférence égale à celle de la tête, que la première était toujours plus petite d'une ligne et plus. Les résultats avantageux que nous avons fait connaître plus haut ont été obtenus en

ne soutenant le périnée que pendant le passage de la tête. M. de Hœfft conclut de ses observations et de sa pratique que l'action de soutenir le périnée pendant la sortie de la tête demande beaucoup de soin; que cette action prolongée jusqu'à la sortie des épaules est inutile, quelquefois nuisible, et ne trouve son application que dans les cas où l'enfant est très gros.

L'extrémité pelvienne, lorsque les divers segments qui la composent sont réunis, alors même qu'ils sont fortement serrés, offre un volume généralement supérieur à celui de la tête; cependant son passage à travers la vulve est rarement suivi de la déchirure de la commissure postérieure, ce qu'il faut moins attribuer à la mollesse des parties qu'à la manière lente avec laquelle elle s'avance à l'extérieur. La sortie du siège n'est presque jamais brusquée par les efforts de la mère, tandis que celle de la tête l'est assez souvent, et c'est dans ce cas que les déchirures surviennent; néanmoins on ne doit pas négliger de soutenir le périnée dans la présentation de l'extrémité pelvienne au moment où les hanches vont franchir la vulve.

C'est moins le volume de la partie qui se présente qui est la cause de la déchirure du périnée que la distension rapide des parties externes de la génération. Dans la présentation de la tête, il n'est nullement rare de voir des déchirures étendues produites par des fœtus d'un petit volume et même nés avant terme. Aussi, si les épaules produisent rarement des déchirures, elles le doivent moins à leur volume, inférieur à celui de la tête, qu'à la dilatation antérieure de la vulve et à son refoulement en arrière; et c'est pour cela que, dans la présentation de l'extrémité pelvienne, le passage des épaules, puis de la tête, dans l'expulsion naturelle, est presque toujours exempt de déchirures. Il faut conclure de ce qui précède qu'on doit, dans la présentation de l'extrémité céphalique, toujours soutenir avec beaucoup de soin le périnée pendant le passage de la tête, et que le danger de la rupture est plus grand lorsque la face se dégage en avant; qu'on peut s'en dispenser pour le passage des épaules, à moins de circonstances particulières, telles qu'un commencement de déchirure, un volume considérable du fœtus; que dans la présentation de l'extrémité pelvienne il faut également, sans y ajouter autant d'importance, soutenir le périnée pendant le passage des hanches, des épaules, de la tête.

Prévenir la rupture du périnée ne repose pas uniquement sur l'action de le soutenir, il faut souvent y ajouter deux autres actes: 1° obtenir que la femme modère des efforts d'expulsion trop violents; 2° si cela ne suffit pas, s'opposer avec la main conve-



nablement placée à la sortie de la tête, jusqu'à ce que les parties soient suffisamment relâchées. Il faut que, comme dans les cas où la nature se suffit seule sans produire la moindre lésion, la distension des parties, si elles ne sont pas considérablement relâchées, soit lente et graduelle jusqu'au moment où elles ont une largeur suffisante; on comprend facilement que plus la tête distend avec lenteur le périnée, moins il est exposé. En se conformant judicieusement à ces règles, on prévient toujours les déchirures de quelque importance. Une déchirure un peu étendue, lorsque les parties ne sont pas dans un état anormal ou pathologique, accuse presque toujours un défaut d'attention, ou une connaissance inexacte des soins à donner à la femme pendant ce temps de l'accouchement.

On obtient que la femme modère des efforts d'expulsion trop violents en insistant pour qu'elle reste tranquille, qu'elle ne cherche pas à favoriser l'expulsion en se livrant à des efforts volontaires. Lorsqu'elle se montre peudocile, ces observations doivent être faites avec un ton d'autorité et de sévérité qui puisse lui imposer; il arrive même quelquefois qu'elles produisent une espèce d'intimidation qui ralentit l'action de l'utérus; si elle continue, comme précédemment, à se cramponner avec violence pendant les douleurs, il faut lui retirer ses points d'appui, lui enlever les objets sur lesquels les pieds arc-boutent. Le changement de position qui en résulte diminue souvent d'une manière très sensible l'intensité des forces expultrices.

On s'oppose mécaniquement à la sortie brusque de la tête en embrassant avec la main qui soutient le périnée la tumeur qu'elle forme, et en lui opposant une résistance suffisante; mais il faut avoir bien soin que la cloison périnéale, dans toute son étendue, soit soutenue en même temps que la partie saillante du crâne; car si la main s'opposait seulement à la progression de la tête en avant sans soutenir d'une manière ferme le périnée dans toute son étendue, on dirigerait l'effort d'expulsion du côté de l'anus, et l'on s'exposerait à déterminer la rupture centrale du périnée. On peut encore s'opposer à la sortie trop brusque de la tête en soutenant le périnée d'une main, et en pressant, avec l'extrémité des doigts de l'autre, sur la partie du sommet engagée dans la vulve.

Ainsi, en soutenant le périnée, on doit se proposer encore, toutes les fois que cela paraît nécessaire, de remplir les indications dont je viens de poser les règles.

Le moment opportun pour soutenir le périnée est celui où l'extrémité de l'ovoïde fatal qui se présente commence à écarter les

lèvres de la vulve, et l'a déjà distendu et aminci: le soutenir avant est inutile, et pourrait empêcher sa dilatation préalable et nécessaire. On y procède de la manière suivante. La femme ayant une position convenable, les cuisses fléchies, et le bassin suffisamment relevé par un coussin lorsqu'elle est couchée sur le dos, suivant l'usage adopté parmi nous, l'accoucheur, placé au côté droit de la femme, passe le bras droit sous la cuisse et applique sur le périnée sa main, recouverte d'un linge fin et souple, de façon que le pouce se trouve près de la grande lèvre droite et les autres doigts près de la grande lèvre gauche sur la cuisse, et que l'espace qui sépare le pouce du doigt indicateur soit parallèle au bord de la commissure postérieure de la vulve. Lorsque la tête arrive au passage, on exerce sur elle une pression modérée d'arrière en avant; et à mesure qu'elle descend, on la laisse glisser sur le plat de la main en la soutenant. On modère ainsi la pression de la tête sur le périnée, et on la dispose à remonter plus facilement vers le haut de l'arcade des pubis, en ajoutant à la gouttière périnéale un plan solide qui continue jusqu'à un certain point la colonne sacro-coccygienne et les ligaments sacro-sciatiques.

Quelques accoucheurs ont donné le conseil de soutenir le périnée avec la main appliquée longitudinalement à plat, de manière que les extrémités des doigts soient tournées vers le sacrum, et la paume vers la commissure postérieure de la vulve. Cette manière de faire n'est pas précisément défectueuse; mais il n'en est pas de même de celle qui consiste à saisir des deux mains la peau des fesses et de la partie postérieure du bassin pour la ramener sur le périnée; ce moyen est d'une application presque impossible et n'atteindrait nullement le but qu'on se propose.

*Présentation du crâne.* — Ce que nous venons de dire des moyens de prévenir la rupture du périnée, quoique s'appliquant plus particulièrement à la présentation de l'extrémité céphalique, comme étant la plus applicable, et celle qui expose le plus aux dangers de déchirures que court le périnée dans cette présentation, est également applicable à la présentation de l'extrémité pelvienne; mais les indications et les soins ultérieurs dont le plus grand nombre se rapportent à l'enfant, sont trop différents dans chaque présentation pour qu'ils puissent être exposés en commun.

4° Lorsque la tête est sortie, la main qui soutenait le périnée, repoussée en arrière avec cette cloison, se trouve toute placée pour continuer à le soutenir encore, si on juge à propos de le faire pendant la sortie des épaules, et pour empêcher la face de l'enfant de rester appliqué contre les linges salis ou de plonger dans les liquides



qui se sont échappés de la vulve; il faut aussi examiner si des portions de membranes ne recouvrent pas sa bouche.

2° Dès que la tête est sortie, on doit rechercher si le cordon entoure le cou; lorsque cela a lieu, on cherche à le relâcher, afin de faire glisser l'anse sur les épaules ou sur la tête. Mais comme une portion étendue du cordon peut être encore libre, il ne résulte souvent aucun inconvénient de ce que les circulaires restent jusqu'à la fin; mais dans le cas où on le trouverait assez tendu pour éprouver un tiraillement dangereux ou opposer un obstacle à l'expulsion du tronc, on se conduirait comme il est dit à l'article *Brièveté accidentelle du cordon*.

3° Quelquefois l'expulsion du tronc suit immédiatement celle de la tête ou n'en est séparée que par l'intervalle de quelques secondes; ce qui doit faire prendre garde que l'enfant, expulsé trop brusquement, ne nous échappe des mains. Mais ordinairement les douleurs cessent pendant un instant, qui peut durer une ou deux minutes, et même quelquefois davantage; pendant ce temps, l'enfant commence déjà à respirer et souvent à crier avant la sortie de la poitrine. Dans ce cas, il faut attendre, en se bornant à soutenir la tête et à veiller à ce que la bouche et le nez soient libres, le retour des douleurs qui survient ordinairement assez tôt. En tirant précipitamment l'enfant au-dehors, l'utérus étant souvent dans un état de repos complet à cause de sa déplétion partielle assez considérable, on s'expose à déterminer son renversement, une hémorrhagie grave. Mais, si ce temps d'arrêt se prolongeait d'une manière insolite, et surtout, si la face de l'enfant était bleuâtre et tuméfiée, tandis que la main droite est appliquée sur le périnée, il faudrait faire avec l'autre des frictions circulaires sur la région du fond de l'utérus, et si elles réveillaient des douleurs, engager la femme à les seconder par ses propres efforts.

4° Si ces moyens restaient sans résultat, il faudrait, avec les doigts recourbés en crochet, aller chercher l'aisselle qui est en arrière ou sur le côté, et l'amener au-dehors en cherchant à lui faire exécuter son mouvement de rotation, si la position plus ou moins transversale des épaules semblait concourir au retard de leur expulsion.

La plupart des accoucheurs ont fait un précepte, dans les cas où il convient de hâter la sortie des épaules, de ne jamais exercer des tractions sur la tête. Quelques accoucheurs éclairés et circonspects ne s'astreignent pas rigoureusement à cette règle, et tirent modérément sur la tête embrassée en arrière et sur les côtés avec les deux mains, en l'élevant ou en l'abaissant, suivant qu'ils veulent faire avancer l'une ou l'autre épaule. Mais comme

cette traction ne peut être portée très loin, non qu'on doive craindre, comme on l'a dit, la luxation de l'atlas sur l'axis, qui paraît excessivement rare et difficile à produire même chez le fœtus; mais les ligaments cervicaux étant encore peu serrés et assez extensibles, il peut arriver que la moelle éprouve une distension dangereuse; il vaut donc mieux, puisqu'un danger grave peut se trouver si près de ce moyen, innocent s'il est employé avec ménagement et circonspection, s'en abstenir et se conformer au précepte commun. Du reste, la nécessité d'intervenir pour la sortie des épaules est beaucoup moins commune que ne le pensent la plupart des accoucheurs, qui semblent croire que le fœtus ne peut être arrêté un seul instant au passage par les épaules, sans être dans un danger imminent, tant ils se hâtent d'intervenir.

5° Dès que l'enfant est sorti, on le place en travers de manière que la face regarde en haut, et soit éloignée des parties génitales de la femme, et que le ventre en soit rapproché, afin que le cordon n'éprouve aucun tiraillement; on l'enveloppe d'un linge sec et chaud qui laisse la face à découvert; si la respiration paraissait gênée par des mucosités amassées dans la bouche, on les enlèverait avec l'extrémité du petit doigt ou les barbes d'une plume.

6° Dès que l'enfant est sorti, on porte la main sur l'abdomen de la mère, pour s'assurer si l'utérus se rétracte et forme un globe régulier et dur dans la région hypogastrique. Cette exploration, qui doit être répétée plusieurs fois à des distances très rapprochées, nous avertirait s'il y avait un second enfant.

7° Après avoir attendu, ou sans attendre que les battements aient cessé dans le cordon, on sépare le fœtus de ses annexes. Pour prévenir une hémorrhagie par les vaisseaux du fœtus, on porte une ligature sur le cordon à trois travers de doigt environ de l'abdomen. Avant de le diviser, il est bon de placer une seconde ligature à quelque distance en dehors de la première; en empêchant le dégorgement du placenta, on diminue la quantité du sang qui salit le lit, et dans le cas de grossesse double, on prévient une hémorrhagie possible. L'enfant, si son état ne réclame aucun secours immédiat, est enveloppé de linge chaud, confié à un aide. (*Voyez Délivrance. Soins à donner au nouveau-né.*)

*Présentation de la face.* — 1° L'accouchement par la face étant, comme l'accouchement par le crâne, ordinairement spontané et heureux pour la mère et pour l'enfant, toutefois dans une proportion sensiblement moindre, on doit se conduire en général d'après les règles établies pour la présentation du crâne, c'est-à-dire qu'on doit d'abord attendre dans toutes les positions l'expulsion sponta-



née, alors même que la présentation ne serait pas exactement franche ou régulière; ce qui ne veut pas dire, moins encore dans l'accouchement par la face que dans celui par le vertex, qu'on ne soit pas quelquefois dans la nécessité d'intervenir d'une manière plus ou moins active et directe, par le fait seul de la présentation et de la position. On observe quelquefois pour la face comme pour le vertex, dans les présentations régulières et dans les positions les plus avantageuses où la tête n'a à exécuter qu'un mouvement de rotation peu étendu pour arriver à l'extérieur, que l'expulsion est lente, pénible, sans qu'il y ait dérangement évident dans l'ordre du travail, trouble dans l'action de l'utérus, défaut de rapports entre la tête et le bassin, résistance insolite des parties molles à dilater, etc. Je ne veux pas dire que la difficulté de l'expulsion ne tiende pas à quelques unes de ces particularités isolées ou réunies; mais il est souvent impossible, avec la plus grande attention, d'en reconnaître la véritable cause et de s'adresser à elle; dans ces cas, l'expulsion n'est pas absolument impossible; elle doit au contraire presque inévitablement avoir lieu après un temps plus ou moins long. Il ne faut cependant pas placer une confiance absolue dans les forces de la nature; on peut accorder un délai plus considérable que dans les cas d'obstacles mécaniques; mais il ne faut pas supposer que chaque fois que l'enfant peut naître sans aucune aide, il n'y ait aucun danger à courir en attendant. L'expulsion spontanée arrive en effet, mais l'enfant est souvent privé de la vie, ou si on le ranime momentanément, il finit par succomber quelques jours après; la mère est souvent longtemps à se remettre, et est très exposée aux accidents, suites de couches. Ce qui arrive quelquefois dans les présentations régulières et dans les positions les plus favorables n'est pas très rare dans les présentations irrégulières, et dans les positions où la tête a un long mouvement de rotation à décrire. Dans ce dernier cas, si la partie qui doit se dégager en avant reste en arrière, il y a, dans la présentation du crâne, des chances assez nombreuses pour qu'elle puisse se dégager ainsi (p. 568), sans que le travail se prolonge de manière à compromettre la vie du fœtus ou à devenir dangereux pour la mère; et si, dans l'intérêt de l'un ou de l'autre, ou des deux, on doit intervenir, les difficultés de l'intervention ne seront pas très grandes: car sans imprimer à la tête son mouvement de rotation, on pourra, sans trop de danger, entraîner dans cette position. (Voyez *Application du forceps dans la présentation du crâne.*) Mais, dans la présentation de la face, si le menton reste dirigé en arrière, la tête est presque dans l'impossibilité matérielle de s'avancer au-dehors (p. 591),

et l'on peut rarement lui imprimer un mouvement de rotation qui soit suivi par le tronc; les difficultés de l'extraction deviennent excessives, le fœtus succombe presque inévitablement, et la mère court de grands dangers. (Voyez *Application du forceps dans la présentation de la face.*) Mais le mouvement de rotation qui ramène le menton en avant dans la présentation de la face est si rarement en défaut, et l'action d'abaisser le vertex pour lui faire prendre la place de la face est une manœuvre d'une exécution si incertaine et qui offre tant de difficultés, même au moment le plus favorable, qu'on a dû avec raison faire un précepte d'abandonner les positions mento-postérieures aux chances peu incertaines d'un accouchement spontané, plutôt que de recourir d'emblée à la version.

Lorsque dans la présentation, soit du crâne (p. 544), soit de la face (p. 589), la tête n'est pas dans l'attitude qu'elle présente ordinairement, et qu'elle s'en éloigne plus ou moins soit dans un sens, soit dans l'autre, elle y est ordinairement ramenée sans peine par l'action de l'utérus, pendant qu'elle descend dans l'excavation; c'est un mouvement de plus que dans les présentations franches, qui se combine avec le mouvement de descente. Ces déviations deviennent dans quelques cas un obstacle réel; mais comme l'observation a appris qu'elles se corrigent ordinairement, qu'on rencontre à le faire artificiellement des difficultés que leur peu de distance d'une présentation franche ne permettrait pas de supposer *a priori*, et que plusieurs ne s'opposent pas à la sortie de la tête, on doit, plutôt que d'intervenir d'abord d'une manière active, abandonner l'accouchement à la nature, ou se borner à soutenir la partie opposée à celle qui doit s'avancer la première. Parmi ces déviations, il en est une assez commune qui mérite une attention plus particulière: c'est la variété *frontale*. Si elle ne se convertit pas en une présentation franche du vertex ou de la face, l'expulsion spontanée n'est pas absolument impossible, mais elle offre de si grandes difficultés qu'on peut à peine y compter; l'extraction avec le forceps est elle-même entourée de grands dangers et de grandes difficultés. Ainsi, en faisant rentrer toutes les positions de la face comme toutes les positions du vertex, alors même que la présentation n'est pas franche, dans les conditions de l'accouchement naturel et spontané, on ne doit pas perdre de vue que certaines positions, que certaines déviations peuvent devenir une cause de travail plus long, plus pénible et plus dangereux pour la mère et pour l'enfant, et même, dans quelques cas, un obstacle insurmontable aux seules forces de la nature. J'en parle ici, non pour poser en



détail les indications qu'elles réclament dans les cas exceptionnels des présentations du crâne, de la face, auxquels je fais allusion, ces indications devant trouver leur place dans l'un des articles consacrés à la *dystocie*.

Je me suis borné, dans la présente section, à poser les indications, à tracer les règles de la conduite qu'on doit suivre dans les différents accouchements qu'on doit abandonner aux seules forces de la nature, et qui ne réclament que de simples secours, pour mieux garantir la mère et l'enfant contre des dangers réels ou éventuels. Mais je devais faire pressentir, avant d'aller plus loin, que, dans les conditions mêmes de l'accouchement le plus naturel et en l'absence de complication, la nature a quelquefois besoin, pour accomplir son œuvre heureusement pour la mère et pour l'enfant, de l'intervention active de l'art, et qu'à plus forte raison il n'est pas très rare que cette intervention soit nécessaire, lorsque les conditions de l'accouchement naturel et heureux pour la mère et l'enfant existent toujours, mais à un degré moindre, et donnent plus souvent lieu à des exceptions. En assistant une femme en couches dans les cas où tout fait espérer dès le principe que la terminaison de l'accouchement devra être abandonnée aux seuls efforts de la nature, on a assez souvent à résoudre le problème suivant, qui exige tant de connaissances, d'attention et un jugement si sûr, et qui consiste à discerner parmi les accouchements qui peuvent encore être spontanés, mais dangereux à divers degrés, ceux qui dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant ou des deux exigent les secours de l'art, de ceux qui, tout en étant longs et pénibles, peuvent être commis aux seuls efforts de la nature; car, s'il convient, en étudiant l'accouchement naturel, de se prémunir l'esprit contre une précipitation dangereuse et intempestive, en se rappelant les ressources de la nature dévoilées par le mécanisme de l'expulsion dans les différentes présentations et positions de la tête, il importe aussi de savoir que la temporisation trop prolongée peut aussi être dangereuse, afin de ne pas exiger de la femme, surexcitée par la pensée de devenir mère, un courage et une patience capables de compromettre l'existence de son enfant et la sienne propre.

2<sup>o</sup> Pour en revenir exclusivement à la présentation de la face et aux indications qu'il convient de poser d'une manière spéciale ici, je dirai que le moment où l'enfant est le plus exposé à souffrir et à courir des dangers, est celui où la partie supérieure du cou vient appuyer contre l'arcade des pubis. S'il restait dans cette situation aussi longtemps qu'il peut rester sans danger au détroit inférieur dans la présentation du crâne, il perdrait presque iné-

vitablement la vie : ainsi, après une expectation d'une durée peu prolongée, si l'expulsion de la tête semblait devoir se faire attendre encore quelque temps, il ne faudrait pas hésiter à exciter l'action de l'utérus ou à appliquer le forceps.

3<sup>o</sup> Pendant qu'on soutient le périnée, il faut apporter un soin tout particulier à ne pas faire presser trop fortement la partie antérieure du cou contre les pubis; on ne doit point avoir la crainte, toutes choses égales d'ailleurs, de voir le périnée se déchirer plus facilement; cette crainte supposée n'est pas justifiée par l'observation.

4<sup>o</sup> En général, si, après la sortie de la tête, il y a un temps d'arrêt, on doit mettre plus d'empressement que dans la présentation du crâne à provoquer les contractions de l'utérus et la sortie des épaules.

5<sup>o</sup> Comme la face est tuméfiée, bleuâtre, et qu'elle est quelquefois d'un aspect assez repoussant, il ne faut pas montrer brusquement l'enfant à sa mère, mais seulement après l'avoir préparée à le voir ainsi sans en être effrayée. Du reste, cet état disparaît en peu de temps spontanément.

*Présentation de l'extrémité pelvienne.*—1<sup>o</sup> Lorsque le bassin est bien conformé et que nulle autre circonstance ne requiert une prompte délivrance, c'est-à-dire en faisant, comme dans les présentations précédentes, abstraction des circonstances qui rendent la parturition vicieuse, l'accouchement par l'extrémité pelvienne, que les membres inférieurs soient déployés ou non sous le bassin, doit être abandonné aux forces de la nature, et n'exige ordinairement que l'application judicieuse des soins simples et ordinaires que réclame l'accouchement naturel en général, sous le double point de vue de l'intérêt de la mère et de l'enfant. Mais ce genre d'accouchement, par les raisons qui ressortent de son mécanisme (p. 599), et de la gravité de son pronostic relativement à l'enfant (p. 611), donne à ces soins quelque chose de spécial et de la plus grande importance. En ne le considérant que sous le rapport de l'expulsion du fœtus, et des douleurs qu'a à supporter la mère, on peut dire que l'accouchement par l'extrémité pelvienne ne le cède nullement à l'accouchement par l'extrémité céphalique. Mais si l'expérience de tous les jours démontre qu'il se fait très bien par les seuls efforts de la nature, elle démontre également que, dans le cas même où la période d'expulsion peut être considérée comme facile, de moyenne durée, la vie du fœtus court incomparablement plus de dangers que lorsque le crâne s'avance le premier; et ces dangers augmentent beaucoup dans les cas où il y a un arrêt passager du tronc dans le canal pelvien, dû, soit au vo-



lume du fœtus, soit à un premier degré d'étroitesse du bassin, à une certaine lenteur dans l'action de l'utérus, etc., circonstances qui ne portent le plus souvent aucun préjudice à l'enfant dans la présentation ordinaire de la tête, et qui ne s'opposent pas à l'expulsion spontanée et même facile du fœtus par l'extrémité pelvienne. En présence de ces faits, il semble tout naturel de venir dans l'intérêt de l'enfant au secours de la nature, afin d'accélérer la sortie du tronc, en tirant sur les membres inférieurs, les hanches aussitôt qu'on le peut. Cette pratique a longtemps prévalu et est encore suivie par les médecins qui n'ont prêté aucune attention à la réforme qui s'est opérée sur ce point depuis une vingtaine d'années. Aujourd'hui la plupart des accoucheurs n'interviennent que le moins possible, et ces deux conduites différentes peuvent être jugées par les faits : la première paraît donner près d'un tiers plus d'enfants morts que la seconde. On conçoit, du reste, qu'en faisant avancer le fœtus, soit en tirant sur les pieds, soit en les abaissant lorsqu'ils sont au-devant du bassin, pour agir de la même manière, on entraîne le tronc dans des parties peu dilatées, qui gênent et interceptent plus ou moins complètement la circulation à mesure qu'on fait descendre le fœtus. En outre, il est rare que ces tractions ne dérangent pas les rapports des membres supérieurs et de la tête avec le tronc. De là des difficultés et des lenteurs dans un moment où tout retard peut être funeste. Lorsqu'on laisse au contraire agir la nature, le col de la matrice, les parties molles du périnée sont dilatées et assouplies avant que le tronc s'y engage : elles sont très largement dilatées lorsque l'extrémité pelvienne se présente rassemblée, et le reste du fœtus médiocrement comprimé peut s'avancer facilement et assez vite ; de là, l'avantage pour le fœtus de la présentation des fesses sur celle des pieds et des genoux : le cône qu'il forme allant en grossissant, et le devant de l'abdomen n'étant pas protégé par la présence des membres, le cordon est plus facilement et plus fortement comprimé. Si au contraire on a laissé le bassin du fœtus s'engager lentement et s'avancer seul à l'extérieur, les passages sont aussi bien disposés que possible pour leur dilatation ultérieure, et pour laisser la circulation fœto-placentaire jusqu'à un certain point libre pendant l'intervalle des contractions. Je l'ai déjà dit, l'accouchement par l'extrémité pelvienne est un accouchement qui peut être considéré comme compliqué de la procidence du cordon, dès que la partie inférieure du tronc est profondément engagée dans le canal pelvien, et comme tel, il a toujours de la gravité pour le fœtus.

Les considérations qui précèdent et l'étude approfondie de l'ac-

couchement par l'extrémité pelvienne, d'où est tiré le précepte posé en commençant, conduisent encore à d'autres conséquences qui le spécifient et qui en restreignent le sens dans des conditions déterminées.

2° Le précepte de s'abstenir de tirer sur les pieds, toujours en faisant abstraction des difficultés et des complications qui rentrent dans la *dystocie*, est absolu tant que la partie sus-ombilicale du tronc n'est pas au-dehors.

3° Jusqu'au moment où la partie inférieure du tronc se présente à la vulve, on ne doit rien faire pour hâter le travail, surtout si les pieds paraissent devoir s'avancer les premiers ; il faut, jusqu'au dernier moment, faire tout ce qui est possible pour ménager la poche des eaux, et s'abstenir de la rompre alors même que sa rupture spontanée paraîtrait tardive ; on doit éviter d'exciter la contractilité de l'utérus, empêcher la femme de se livrer à des efforts d'expulsion volontaires, qui auraient le désavantage de la fatiguer, d'affaiblir l'énergie de l'utérus dans un moment où le fœtus ne court encore aucun danger ; il faut réserver ces forces pour le moment où le retard commence à devenir dangereux, afin que le travail puisse suivre une marche progressivement croissante.

4° Si le siège se présente, on ne cherchera pas à dégager les pieds ; on devrait plutôt, s'ils avaient de la tendance à descendre et que les membres inférieurs fussent encore fléchis, les retenir avec l'extrémité de quelques doigts appliqués sur la face postérieure des cuisses ; le siège en s'avancant pourrait encore les fixer : par la même raison, si un seul pied se présente, il ne faut pas aller à la recherche de l'autre ; lorsqu'ils se présentent tous les deux, il ne faut ni tirer dessus, ni chercher à leur donner une autre direction pour faire prendre une meilleure position au fœtus, lorsqu'ils font supposer que le plan antérieur est dirigé en avant.

5° Lorsque les hanches se présentent à la vulve, on soutient le périnée d'une main et de l'autre le corps de l'enfant à mesure qu'il sort. Si le cordon se trouve placé entre les cuisses, on attire avec ménagement la portion qui correspond au dos, autant qu'il est nécessaire pour le dégager sous l'un des membres fléchis. La main occupée à soutenir le périnée, qu'on laisse en place jusqu'à la sortie de la tête, doit appuyer très modérément afin qu'elle n'apporte aucune gêne à l'expulsion du fœtus.

6° Lorsque les hanches ont franchi la vulve, on engage la femme à faire des efforts d'expulsion pour seconder les contractions utérines. Si celles-ci se succèdent trop lentement, ou si elles ne sont pas suffisamment énergiques, on peut faire avantageuse-



ment des frictions avec la paume de la main sur l'abdomen, ou exciter l'action de l'utérus par des moyens plus efficaces.

7° Lorsque le corps est sorti jusqu'à la base de la poitrine, on ne doit plus s'interdire d'une manière aussi absolue de tirer sur l'extrémité pelvienne; l'expulsion se ralentit souvent, et un temps d'arrêt un peu prolongé dans cette situation peut devenir promptement funeste à l'enfant. Tant que, dans l'intervalle des douleurs, on sent les pulsations du cordon avec la même énergie, on peut encore patienter; mais si elles s'affaiblissent, si elles deviennent obscures, on compromettrait les avantages qu'on a retirés jusqu'à présent, en s'interdisant de tirer sur le pelvis; il faut s'empresse de saisir le moment des douleurs pour exercer des tractions modérées qui, faites ainsi, ont rarement l'inconvénient de déplacer les bras et la tête, et celle-ci sort aussi rapidement que si les épaules avaient franchi le détroit inférieur sous la seule influence des contractions de l'utérus et des efforts de la mère.

8° Qu'on soit entièrement resté passif ou qu'on ait fait de légères tractions pendant les douleurs dans le cas où la poitrine et les épaules s'avancent très lentement ou s'arrêtent trop longtemps au passage, la tête sort ordinairement sans difficulté et rapidement, et le plus souvent on n'a d'autre soin à prendre (p. 602) que de relever vers l'abdomen le tronc du fœtus avec la main qui le soutient.

9° Si la tête s'arrêtait momentanément, et qu'elle ne fût pas chassée à la première douleur ou après quelques efforts d'expulsion volontaires, la vie du fœtus serait bientôt en danger, non seulement parce que le cordon est comprimé, mais aussi parce que l'utérus étant vide presque en totalité, le placenta commence souvent à se détacher avant que la tête soit chassée au dehors. Il faudrait de suite, avec la main qui est libre ou qui soutient le périnée, aider à l'expulsion de la tête, qui dans les circonstances que nous supposons est généralement facile et n'entraîne pas de retard. (*Voy. Extraction artificielle.*)

10° Dans les cas où le plan antérieur du fœtus, primitivement dirigé en avant, persiste à rester dans cette situation jusqu'à la fin, alors même qu'on a tenté pendant le passage de la poitrine et des épaules quelques efforts de rotation dans le sens où ce mouvement doit s'exécuter naturellement, il peut encore arriver que la tête en parcourant le bassin l'exécute. Si la face reste en avant, il ne faudrait pas désespérer de voir l'expulsion spontanée de la tête avant la mort du fœtus; la main qui soutient le tronc lui donnerait une situation en rapport avec ce mode de dégagement (p. 607); et s'il fallait intervenir, la tête aurait déjà souvent pris, sous

l'influence des efforts de la nature, une situation qui rendrait facile et prompt son extraction.

*De la conduite à tenir dans l'accouchement naturel de jumeaux.*

— Outre les règles générales et celles qui sont relatives à chaque présentation, l'accouchement, dans le cas de jumeaux (p. 540) ou de trijumeaux, réclame quelques soins particuliers.

1° Lorsqu'après la sortie d'un premier enfant on s'est assuré qu'il en existe un second, on place une ligature sur l'extrémité placentaire du cordon, afin de prévenir une hémorrhagie possible.

2° On ne devra prévenir la mère de cette circonstance qu'avec beaucoup de ménagement, et en cherchant à raffermir son moral: toutes les femmes sont désolées d'avoir plusieurs enfants à la fois, et presque toutes s'exagèrent les douleurs qu'elles ont encore à souffrir et les dangers qu'elles courent.

3° On retirera les linges sales pendant l'expulsion du premier enfant; on les remplacera par d'autres secs et chauds; on fera garder à la femme une position convenable, et on attendra avec patience le renouvellement des douleurs. Si le second enfant se présentait par le tronc, on essaierait quelques manœuvres extérieures propres à ramener la tête à l'entrée du bassin, dans l'espoir de prévenir la version. Dès que les douleurs se manifestent il faut de nouveau s'assurer de la présentation et de la position.

4° Lorsque les douleurs ne reparaissent pas de suite, la conduite à tenir n'est pas toujours la même: s'il n'y a aucune complication, que la mère se trouve bien, il faudra attendre avec patience les douleurs, en se bornant à faire quelques frictions sur la région de l'abdomen occupée par l'utérus; comme la matrice a été très développée, une prompte délivrance, avant qu'elle soit sollicitée par de nouvelles douleurs, serait plus dangereuse que dans un accouchement simple, et exposerait davantage aux pertes graves, au renversement de l'utérus. Il arrive quelquefois que les douleurs, tout en se renouvelant, sont longtemps faibles, peu efficaces; et quoique la résistance de l'œuf soit peu considérable, le travail se prolonge assez longtemps avant que la nouvelle poche soit rompue: dans ces cas, on évite des souffrances et on abrège avantageusement le travail qui peut avoir déjà duré très longtemps, en provoquant artificiellement la rupture de la poche des eaux. On se conduirait de même si le décollement d'une portion du placenta du premier enfant entretenait un écoulement sanguin un peu prononcé; et si, en excitant l'utérus, en rompant les membranes, l'écoulement persistait, il faudrait aider encore d'une manière plus efficace aux forces de la nature.