2° ***Siège, mode des fesses.*** — Après rupture des membranes et dilatation complète, remonter avec le bras homonyme le long de la *cuisse antérieure*, jusqu'au creux poplité, la porter fortement en abduction (Pinard), la jambe se fléchit et le pied tombe dans la main (fig. 298); l'attirer au dehors; attirer de même le membre postérieur opposé; laisser l'accouchement continuer spontanément: s'il se fait lentement exercer des tractions sur les membres ainsi abaissés.

On peut encore favoriser la descente par des tractions inguinales pratiquées avec l'index, jamais avec un instrument métallique (fig. 299).

Fig. 298.

Fig. 299. — Tractions inguinales.

Fig. 298. — Abaissement prophylactique du pied antérieur dans le siège décomplété, mode des fesses.

III. ÉPAULE

Pendant la grossesse. — Tenter la *version céphalique* par manœuvres externes: chloroforme, le plus souvent; saisir le fœtus et le mobiliser, le faire évoluer; l'immobiliser, lorsqu'il est en bonne position, par une ceinture ou par la perforation des membranes, après dilatation du col avec le ballon de Champetier de Ribes.

Pendant le travail. — Laisser se faire la dilatation ou l'aider, percer les membranes et faire la *version podalique*.

DÉLIVRANCE

I. DÉLIVRANCE NATURELLE

On aura rarement à attendre que l'expulsion des membranes se fasse spontanément.

Quelques moments, 5 à 15 minutes après l'accouchement,

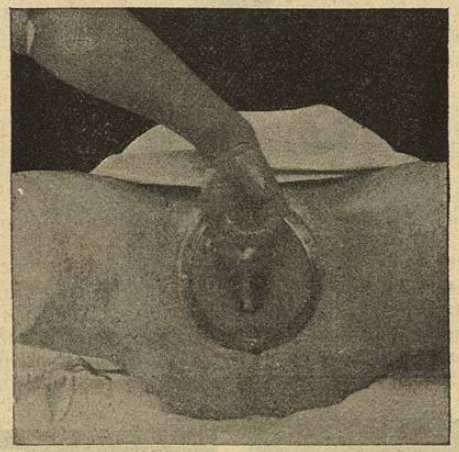

Fig. 300. — Délivrance par tractions sur le cordon.

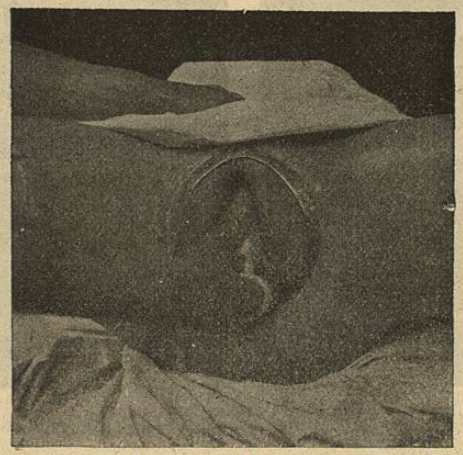

Fig. 301. — Traction et expression combinées.

exercer sur le muscle utérin quelques frictions légères, puis une véritable expression, qui excite la contractilité du muscle

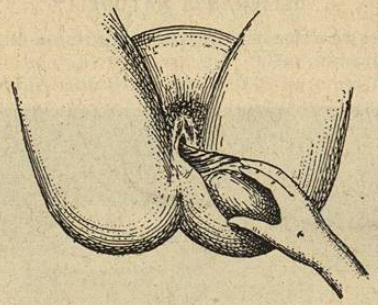

Fig. 302. — Torsion des membranes, encore adhérentes, après expulsion du placenta.

et par suite le décollement du placenta et des membranes, suivi de leur rejet ; dans un second temps, combiner des tractions légères sur le cordon à l'expression de l'utérus (fig. 300 et 301) ; les tractions doivent être faites d'abord obliquement en bas, puis horizontalement, puis obliquement en haut, à mesure que

Fig. 303 et 304. — Examen du placenta et des membranes.

le placenta cède ; le placenta se présente à la vulve, empêcher

son issue trop rapide, le soutenir doucement et enrouler les membranes, qui viennent dernières, en les attirant lentement (fig. 302). Regarder de suite si *les membranes et le placenta sont expulsés en entier.*

Exprimer une dernière fois l'utérus que l'on sent durci (*globe de sûreté de Pinard*) et, avant de quitter la malade, donner à l'utérus une dernière *poignée de main* (Pinard), pour s'assurer que sa contractilité persiste (fig. 301).

Examiner le placenta et les membranes (fig. 303, 304).

ACCIDENTS DE LA DÉLIVRANCE

I. **Rétention des membranes.** — Elle est *totale* : placenta et membranes, — ou *partielle*, partie du placenta, toutes les membranes seules, une partie des membranes.

On reconnaît par l'examen de l'arrière-faix qu'il manque une partie des membranes, un cotylédon accessoire, une partie du placenta.

La rétention est due à l'inertie utérine ; à un spasme utérin au niveau d'un orifice normal ou d'un orifice néoformé dans la cavité utérine ; à une tumeur utérine, vaginale ou vulvaire ; à l'excès de volume du placenta ; à l'adhérence exagérée du placenta à l'utérus ; à l'encapuchonnement d'un caillot par les membranes ; à la rupture du cordon, laquelle résulte de tractions intempestives, d'un accouchement debout, de la brièveté naturelle, de la gracilité naturelle ou de l'insertion vicieuse du cordon.

La rétention s'accompagne d'hémorragies, de tranchées utérines ; elle expose, pendant les jours suivants, à la *septicémie* et cette considération doit porter à intervenir sans retard.

Traitement. — 1° **Rétention totale.** — Si le placenta est à l'orifice interne, attendre quelques heures son expulsion spontanée ; si le placenta est inaccessible, attendre encore tant que l'orifice interne reste souple ; s'il se ferme, pratiquer la délivrance artificielle.

Délivrance artificielle. — *Antisepsie rigoureuse de l'opérateur*, mains, avant-bras et bras.

Savonnage de la vulve et du vagin, irrigation vaginale antiseptique ; anesthésie générale, sauf contre-indications.

Mettre la femme en position obstétricale.

La main est introduite, les doigts réunis en cône, à travers l'orifice utérin qu'il faut dilater lentement, progressivement et dépasser. Les doigts cherchent le placenta, vont à un de ses bords, le décollent et s'insinuant entre le placenta et l'utérus, décollent le premier lentement et tout entier ; procéder avec douceur, pour éviter les déchirures de l'utérus. La main ramène le placenta détaché. L'examiner attentivement.

S'il manque un cotylédon, réintroduire la main dans l'utérus pour l'aller chercher.

Si une portion du placenta est trop adhérente, renoncer à l'enlever pour éviter la déchirure utérine.

Lorsque la contracture des orifices utérins ne peut être forcée par la main, les dilater à l'aide du ballon de Champetier.

2° **Rétention partielle** — *a*). Du placenta. — Faire la délivrance artificielle ou le curettage avec une curette large et mousse promenée dans l'utérus avec douceur.

b) Des membranes. — Faire le curettage ou bien attendre l'expulsion spontanée, sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse obtenue par des lavages vaginaux soignés.

II. **Hémorragies de la délivrance.** — ***Symptômes.*** — Ecoulement de sang parfois énorme (hémorragie externe) ; l'écoulement au dehors peut ne pas se faire, l'utérus est distendu par le sang (hémorragie interne) ; généralement les deux coïncident (hémorragie mixte).

Si l'hémorragie est due à l'*inertie utérine*, l'utérus est inerte, mou, remonte plus ou moins haut dans le ventre ; on ne sent pas le globe de sûreté. L'hémorragie est très abondante et la femme présente tous les signes des grandes hémorragies.

L'écoulement de sang peut être dû à la *rupture du col ou du corps de l'utérus*, à l'*inversion utérine*, à une *déchirure de la vulve ou du vagin*, à la *rétention des annexes*.

Traitement. — 1° **Hémorragie par rétention.** — *Vider l'utérus d'abord*, comme il a été dit.

Ce moyen suffit en général. Injection intra-utérine d'eau bouillie à 48°. Injection sous-cutanée d'un à deux grammes d'ergotine. *L'ergotine ne doit être injectée qu'après évacuation complète de la cavité utérine.*

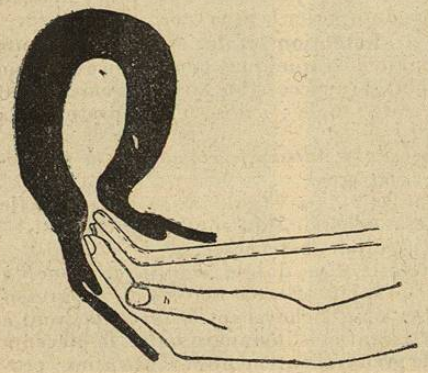

Fig. 305. — Injection intra-utérine. Sonde guidée par la main.

Relever ensuite l'état général par les injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum; maintenir la femme dans le décubitus dorsal, tête basse, immobile ; combattre les tendances syncopales par les injections d'éther, l'alcool, les enveloppements chauds.

2° **Hémorragie par inertie utérine.** — Introduire une main dans l'utérus, s'assurer qu'il n'y a pas de membranes ni de cotylédon placentaire ; exciter l'utérus par des frictions faites avec les deux mains, une dans l'utérus, l'autre sur la paroi abdominale.

Injections intra-utérines (fig. 305) d'eau stérilisée très chaude ; injections sous-cutanées d'ergotine, *lorsqu'il n'existe aucun doute sur la vacuité de l'utérus.*

En cas d'insuccès, tamponnement intra-utérin et vaginal avec des compresses ou des tampons aseptiques.

III. **Inversion de l'utérus.** — ***Symptômes.*** — Hémorragie abondante ; le toucher permet de reconnaître le fond utérin renversé dans la cavité utérine ou faisant saillie par le col.

Traitement. — 1° **Préventif.** — S'abstenir de tractions sur le cordon ;

2° **Curatif.** — Détacher le placenta, lorsqu'il adhère au fond de l'utérus retourné ; réduire l'inversion par des pressions exercées avec la main, qui lentement réduit le volume de l'inversion, chasse le sang et remet le fond à sa place.

Si le col se rétracte, le dilater avec les doigts.

Conduite à tenir après la délivrance normale. — Nettoyer les organes génitaux externes de la femme ; les garnir d'ouate aseptique ; rouler et enlever le drap souillé et mettre la mère sur un drap propre. La laisser immobile et tranquille.

Surveiller pendant une heure l'état du pouls et du globe utérin, l'écoulement de sang.

Il est inutile de pratiquer une injection intra-utérine, lorsque tout a bien marché.

Au contraire, on la pratiquera toujours (sublimé à 1 p. 1000), lorsque la main aura été introduite dans l'utérus, lorsque l'accouchement aura été si rapide qu'aucune injection vaginale n'aura pu être faite.

SOINS PENDANT LES SUITES DE COUCHES

La chambre de l'accouchée sera maintenue dans un état de propreté minutieuse. On n'y laissera jamais séjourner les linges salis par la couche.

On changera fréquemment les serviettes garnissant la vulve, qui sera lavée quatre fois par jour.

S'abstenir d'injections vaginales pendant 8 à 10 jours, à moins que les lochies ne sentent mauvais, s'abstenir aussi d'injections intra-utérines. Couvrir la vulve d'ouate aseptique.

A sa première visite, le médecin examinera la fréquence du pouls, la sensibilité du ventre, l'état de rétraction de l'utérus ; il s'informera surtout si la femme a uriné. Si la vessie est paralysée, on la videra au moyen du cathétérisme.

Provoquer la première selle, 48 heures après l'accouchement.

La femme doit être dans le calme physique et moral le plus complet. On interdira les visites pendant les premiers

jours et on lui cachera avec soin toute nouvelle de nature à lui causer de l'émotion.

La malade conservera pendant les premiers jours le décubitus dorsal, soit pour prendre ses repas, soit pour les excrétions, qui seront reçues dans un vase plat, légèrement chauffé.

La durée du séjour au lit sera de neuf jours au moins, et de deux semaines si cela est possible.

Le premier lever sera limité à une heure, puis, peu à peu, dans les jours suivants l'exercice sera progressif. Le moment de la première sortie ne peut être fixé d'avance, il dépendra de l'état de la femme, de la saison, du temps ; en général, on peut lui permettre une promenade du vingt-cinquième au vingt-sixième jour.

Pendant les suites de couches, on couvrira la femme assez pour qu'elle ne prenne pas froid ; mais il faut éviter de provoquer des sueurs.

On combat la constipation avec un quart de lavement contenant 30 ou 40 grammes de sel de cuisine.

L'appétit est en général assez nul pour qu'on laisse la femme libre de son régime ; des bouillons et des potages lui suffisent dans les premiers jours. La boisson ordinaire est une infusion de feuilles d'oranger et de tilleul. (Joulin).

SOINS A L'ENFANT NOUVEAU-NÉ

LIGATURE ET SECTION DU CORDON

Il y a avantage pour l'enfant à ne pas pratiquer la ligature trop tôt. Attendre 10 à 15 minutes que le pouls de l'artère ombilicale ait cessé de battre, ce qui fait gagner à l'enfant environ 90 grammes de sang.

La ligature se fait avec un fil de soie plate conservé dans un liquide antiseptique avec les ciseaux qui serviront à le couper. On le place à 3 centimètres de l'insertion abdominale du cordon, en veillant à ce qu'il n'y ait pas de hernie ombilicale, auquel cas on le placerait encore plus loin, pour éviter le pincement de l'intestin. Le fil est passé deux fois autour du cordon, serré fortement et progressivement, de manière à écraser la couche muqueuse et à arriver directement sur la paroi des vaisseaux qu'il étreint. On coupe le cordon à un centimètre au-delà.

Il n'est indiqué de lier le bout maternel du cordon que dans le cas de grossesse gémellaire.

Dans les autres cas, le sang placentaire s'écoule et la délivrance se trouve facilitée.

Sur le moignon du cordon, on applique une compresse aseptique, maintenue par un petit bandage de corps en flanelle.

On veillera les heures suivantes sur les hémorragies possibles du cordon.

MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ

Symptômes. — La souffrance du fœtus se traduit pendant le travail par deux signes :

1° l'expulsion de méconium ;

2° la modification des bruits du cœur, accélération jusqu'à 170 et 180, ralentissement au-dessous de 100, 80.

Traitement. — Enlever les mucosités de l'arrière-bouche à l'aide du doigt entouré d'un linge fin.

Pour désobstruer les voies respiratoires et si l'on manque de tout instrument, pratiquer l'aspiration bouche à bouche, en couvrant la bouche de l'enfant d'un linge fin et en bouchant ses narines.

Si l'on a introduit le tube de Chaussier ou le tube de Ribemont-Dessaignes, on évacue les voies respiratoires, soit en aspirant sur le tube (fig. 306), soit en faisant l'aspiration avec la poire.

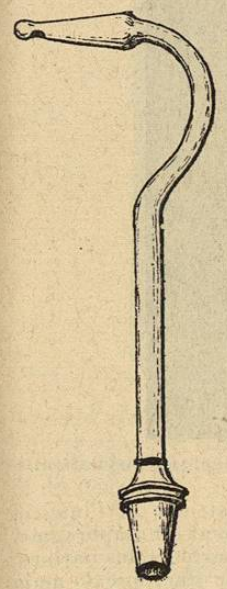

Fig. 306. — Insufflateur Ribemont-Dessaignes.

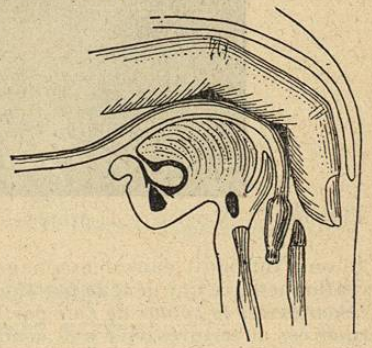

Fig. 307. — Introduction du tube pour l'insufflation.

Si l'asphyxie est peu prononcée, plonger alors l'enfant dans un bain chaud à 45° ou dans un bain tiède, additionné de farine de moutarde. Après deux ou trois minutes, le frictionner avec un linge très chaud.

Si ces excitations périphériques restent sans effet, il faut pratiquer l'*insufflation*. Introduire l'index gauche pour chercher les cartilages aryténoïdes ; à l'aide de ce repaire, introduire le tube de Ribemont, tenu de la main droite dans le larynx (fig. 307). Enlever d'abord les mucosités, comme

il a été dit. Puis faire l'insufflation soit avec la bouche, soit avec la poire en caoutchouc.

Les insufflations doivent être faites lentement toutes les 8 ou 10 secondes.

Observer si le thorax se dilate pendant l'insufflation, ce qui prouve que le tube est bien en place.

Fig. 308. — Manœuvre de Schultze, 1er temps : inspiration.

Si on l'introduit dans l'œsophage, l'estomac et l'intestin se ballonnent, ce qui gêne le fonctionnement du diaphragme.

Pour éviter le retour de l'air par la bouche et les narines, fermer ces ouvertures avec une compresse fine, que la main applique hermétiquement. Tenir chaudement l'enfant.

Pendant l'insufflation, un aide peut utilement relever les bras pour agrandir la cage thoracique et dessiner un mouvement d'inspiration ; de même des pressions méthodiques sur la poitrine rendent l'expiration plus profonde.

Continuer les insufflations, jusqu'à ce qu'il se produise huit à dix inspirations spontanées par minute et que l'enfant crie. Il faut quelquefois s'obstiner pendant plus d'une heure. Il est rare cependant, s'il faut prolonger plus longtemps l'insufflation, qu'on obtienne un résultat.

On peut également pratiquer la manœuvre de Schultze (fig. 308 et 309).

Lorsque les battements du cœur ont complètement cessé, il n'y a plus d'espoir ; tant qu'ils persistent il faut continuer.

Fig. 309. — Manœuvre de Schultze, 2e temps : expiration

Quand l'enfant commence à respirer, le plonger dans un bain très chaud ou sinapisé, frictions chaudes et alcooliques, pratiquées énergiquement sur le thorax, flagellation, titillation du pharynx.

ALLAITEMENT

ALLAITEMENT MATERNEL

Toute femme saine doit allaiter son enfant (Pinard).

L'allaitement s'impose, lorsque la mère est syphilitique depuis longtemps ou que le père a présenté des accidents peu avant la conception ; l'enfant pourrait infecter sa nourrice.

L'allaitement est contre-indiqué, quand la mère présente une affection organique du cœur, des poumons (tuberculose surtout), du cerveau. L'albuminurie gravidique n'est pas une contre-indication (Pinard), lorsqu'elle est transitoire ; mais elle en est une, lorsqu'elle est permanente.

La première tétée aura lieu six à dix heures après l'accouchement.