

est la compression du cordon entre la tête et la paroi génitale maternelle. En effet, dans une présentation de la tête le second ovoïde ou cormique peut sans inconvénient sortir lentement, car la circulation funiculaire continue pendant ce temps ; mais dans une présentation où la tête s'échappe dernière, il n'en est pas de même ; la raison en est que le cordon étant inséré sur le premier ovoïde, aussitôt sa sortie sa respiration est interrompue, et si l'expulsion tarde à se faire, le fœtus succombe asphyxié. — Enfin, autre cause se rattachant à la précédente : la dystocie pour la sortie de l'ovoïde céphalique est bien plus fréquente que pour l'ovoïde cormique.

Le danger de la présentation du front résulte des difficultés dans le mécanisme de l'accouchement.

Quant au thorax et à l'abdomen, sauf quelques exceptions pour le thorax, l'accouchement est impossible, et le pronostic dépend surtout de l'intervention.

Pronostic suivant la variété de présentation et de position :

Sommet. — Les occipito-postérieures sont plus graves que les antérieures.

Face. Front. — Les mento-postérieures sont également plus graves que les antérieures.

Siège. — Le siège décomplété mode des fesses est d'un plus mauvais pronostic que les autres variétés de présentation, à cause de la difficulté du dégagement et de l'intervention, quand elle est nécessaire. La position n'a qu'une faible importance.

Thorax. Abdomen. — Les dorso-antérieures sont plus favorables, quand il faut pratiquer le version, et les postérieures, au contraire, quand il s'agit de l'embryotomie.

2° *Du volume et du nombre des enfants.*

Plus l'enfant est volumineux, plus les chances de dystocie grandissent.

Plus il y a d'enfants dans la cavité utérine, plus défavorable devient le pronostic pour chacun d'eux.

3° *De la conformation de la femme.*

4° *Des complications de la grossesse et de l'accouchement.*

5° *De la personne qui prête son assistance, comme pour la mère.*

IX. — CONDUITE A TENIR PENDANT L'ACCOUCHEMENT

SOMMAIRE

- 1° Conduite à tenir pendant l'accouchement en général.
 - A. Préparatifs.
 - B. Conduite à tenir pendant l'accouchement.
- 2° Conduite à tenir dans chaque présentation en particulier.
 - A. Sommet.
 - B. Face.
 - C. Front.
 - D. Siège.
 - E. Thorax.
 - F. Abdomen.

1° CONDUITE A TENIR PENDANT L'ACCOUCHEMENT EN GÉNÉRAL

A. — PRÉPARATIFS

1. *Chambre.* — 2. *Lit.* — 3. *Objets de toilette.* — 4. *Médicaments.* — 5. *Préparatifs pour l'enfant.* — 6. *Trousse de l'accoucheur.* — 7. *Garde.*

1. **Chambre.** — Il faudra éviter l'encombrement dans la chambre de la parturiente. Faire enlever les tentures inutiles, les vieux tapis qui constituent autant de réceptacles à microbes. — Cette chambre devra pouvoir être chauffée pendant l'accouchement et maintenue à la température de 18°, afin d'éviter les refroidissements auxquels est exposée la femme découverte.

2. **Lit.** — Autrefois on se servait, pour l'accouchement, d'un lit spécial (*lit de misère, de travail*), qui d'habitude n'était autre chose qu'un lit de sangle. Ce lit spécial est en général abandonné, à cause de l'exiguïté des appartements à la ville, puis pour éviter de transporter la femme délivrée, ce qui

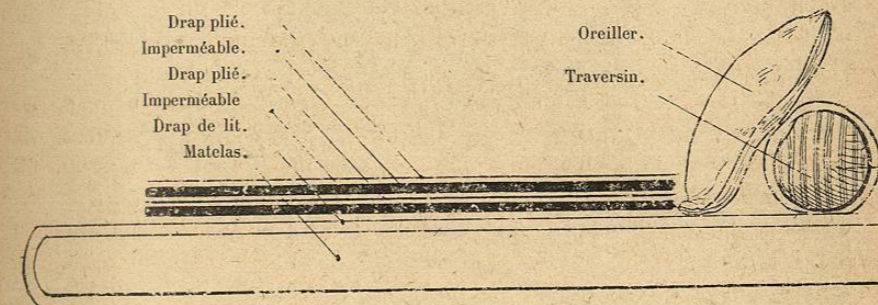


Fig. 263. — Lit préparé pour l'accouchement.

l'expose aux hémorragies et syncopes. D'autre part le lit ordinaire est bien plus spacieux et commode pour l'accouchement, et avec la *garniture*, qui va être indiquée, ne risque en aucune façon d'être détérioré.

On place (fig. 263) sur le drap recouvrant le matelas un imperméable (toile cirée ou caoutchouc) ayant la largeur transversale du lit, et longue de 1^m,50 environ ; au-dessus un drap plié en deux ou en quatre. Puis un nouvel imperméable, soit toile analogue à la première, soit 2 ou 3 doubles de papier d'emballage (papier goudronné), ou simplement des journaux en assez grand nombre ; enfin un drap plié en deux ou en quatre comme le précédent. Ces draps seront fixés au matelas à l'aide d'épingles de nourrice.

La première garniture sera enlevée après la délivrance, et la seconde laissée pendant le postpartum. On se contente de changer le drap qui recouvre la toile cirée, quand il est souillé.

3. **Objets de toilette** (à prescrire 2 mois avant le terme). — 1° Un *injecteur vaginal* est indispensable. Le plus simple est le meilleur ; tous les appareils à pompe et à soupape sont mauvais, à cause de la faible sécurité qu'ils offrent au point de vue antiseptique.

Je me sers le plus volontiers de l'injecteur sphérique en métal émaillé représenté par la figure 266; l'émail le rend inaltérable au contact du sublimé. Au tuyau de caoutchouc est adaptée une canule métallique à extrémité grillagée.

2° Un bassin rond en faïence, dit *bassin de malade*, est également indispensable pour glisser sous le siège de la patiente, afin de recueillir les liquides des lavages

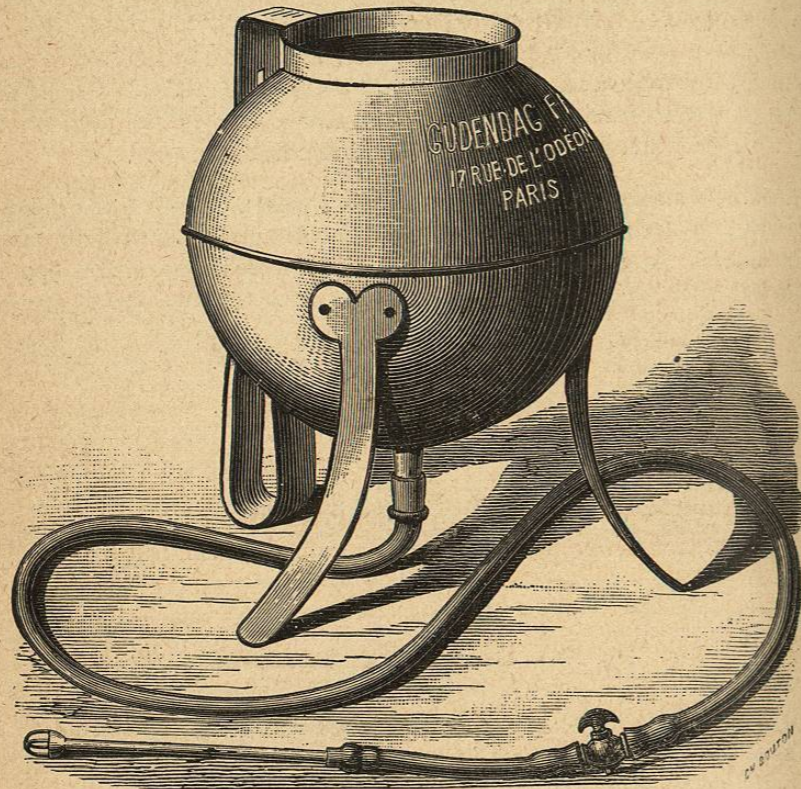


Fig. 266. — Injecteur vaginal sphérique, avec canule métallique.

vulvo-vaginaux, et aussi pour la miction et la défécation pendant les suites de couches.

3° Un bassin ovale en métal émaillé (pour permettre la toilette au lit).

4° Un imperméable (caoutchouc ou toile cirée) pour garnir le lit (donner les dimensions du lit).

5° Une ceinture pour suites de couches (cette ceinture peut être remplacée par un simple bandage de corps).

6° Une baignoire pour l'enfant.

7° Une balance pour peser l'enfant.

8° Berceau, moïse et layette (le moïse est facultatif).

9° Une table ou panier toilette pour l'enfant (facultatif).

4° **Médicaments.** — Deux mois environ avant l'accouchement il faudra prescrire les médicaments suivants :

1° Paquets :

Bichlorure de mercure 0 gr. 25
Acide tartrique 1 —
Solution de carmin d'indigo à 5 p. 100. II gouttes.

Un paquet pour 1 litre. — Faire 10 paquets semblables.

2° Solution :

Acide phénique 240 gr.
Alcool ou glycérine 240 —
Essence de thym. 5 —

Une cuillère à soupe par litre d'eau donne une solution phéniquée à $\frac{1}{100}$; deux cuillères donnent une solution à $\frac{1}{50}$.

Avant l'accouchement faire les toilettes vagino-vulvaires avec le bichlorure de mercure à $\frac{1}{4000}$; après l'accouchement avec l'acide phénique à $\frac{1}{100}$.

Faire préparer toutes les solutions avec de l'eau filtrée ou bouillie.

3° Vaseline boriquée à 4 p. 100 : 50 grammes.

4° Seigle ergoté, soit en poudre, soit en solution d'ergotine (Yvon) ou d'ergotinine (Tanret) : une dizaine de grammes.

5° Chloroforme : 50 grammes Au cas où la malade devra être anesthésiée, ou si on craint quelque complication.

6° Ether sulfurique : 30 grammes (pour injection sous-cutanée en cas de syncope et d'hémorragie abondante).

7° Solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20, 40 grammes (pour appliquer sur la vulve pendant l'expulsion, ou mieux après l'accouchement pour calmer les douleurs vives causées par la distension vulvaire et les nombreux traumatismes existant à ce niveau.

5° **Préparatifs pour l'enfant.** — Layette, contenant tous les vêtements nécessaires au nouveau-né et à laquelle devront être jointes deux bandes, l'une de toile, l'autre de flanelle, ainsi qu'une petite pièce de vieille toile destinée au pansement du cordon. — Deux fils solides, ou deux petites ficelles pour la ligature du cordon. — Un tube laryngien pour la respiration artificielle en cas de mort apparente (ce tube doit faire partie de la trousse de l'accoucheur). — Une grande cuvette, bain de pieds, ou petite baignoire, pour laver l'enfant après la naissance.

6° **Trousse de l'accoucheur.** — Une trousse obstétricale doit se composer : d'un forceps ; — d'une sonde utérine ; — d'une sonde vésicale en métal ou en caoutchouc ; — d'un tube laryngien pour l'insufflation ; — d'aiguilles et fils pour suturer au besoin le périnée ; — de ciseaux ordinaires ; — de deux bistouris, l'un pointu, l'autre boutonné ; — de six pinces hémostatiques ; — d'un stéthoscope obstétrical ; — d'un spéculum (utilité contestable) ; — d'une seringue de Pravaz.

Il sera bon d'y ajouter deux flacons : l'un de chloroforme, l'autre de solution d'ergotine pour le cas d'urgence.

En vue d'une hémorragie grave, je conseille également d'y joindre deux rouleaux de gaze iodoformée ou simple, deux pinces à griffe, une pince à pansement pour le tamponnement intra-utérin.

Enfin, pour les cas d'embryotomie, il sera nécessaire d'avoir des ciseaux de Dubois, et un embryotome céphalique. (Voir à cet égard le chapitre *Embryotomie*.)

Tous ces instruments seront, ainsi que l'indique la figure 267, enveloppés dans un linge doublé lui-même d'une enveloppe de cuir qui permet de fermer la trousse, ainsi que le montre la figure 268 et de la rendre ainsi portable.

7° Garde. — Il est bon et prudent qu'une garde, ou mieux une sage-femme, soit placée auprès de la malade dès le début de l'accouchement, et l'assiste pendant le postpartum, pour seconder le médecin et procéder régulièrement aux toilettes génitales.

B. — CONDUITE A TENIR PENDANT L'ACCOUCHEMENT

1. Période d'ouverture du col. — 2. Période d'expulsion. — 3. Ligature du cordon et délivrance.

1° PÉRIODE D'OUVERTURE DU COL. — Au début du travail, faire administrer un lavement simple ou glycérimé, afin que le rectum soit libre pendant la période d'expulsion.

Toutes les trois ou quatre heures pratiquer un savonnage de la vulve, suivi

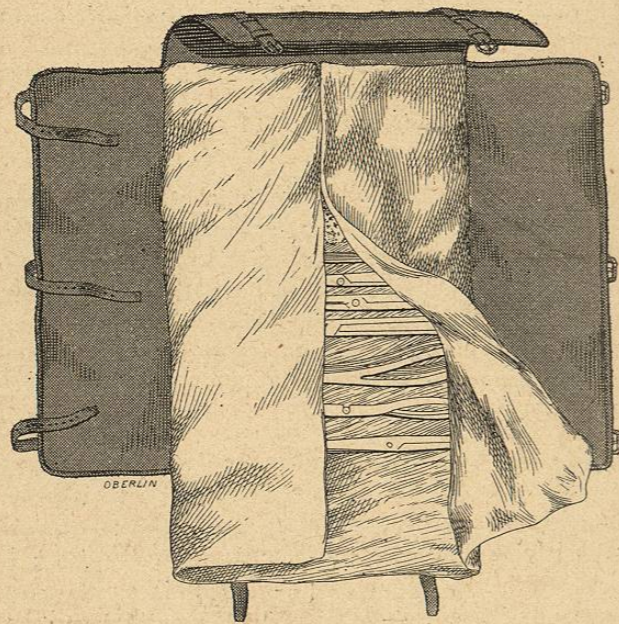


Fig. 267. — Instruments dans la trousse à demi ouverte.

d'une injection vaginale avec la liqueur de Van Swieten au quart (bichlorure de mercure à 1/4000⁴) tiède, à la dose d'un litre, et avoir soin, surtout pour la

⁴ La liqueur de Van Swieten ne doit jamais être employée quand il y a albuminurie, et doit être alors remplacée par l'acide phénique ou un autre antiseptique.

première injection, de faire ce lavage aussi complet que possible, en frottant les parois vaginales et cervicales avec le doigt ou l'extrémité de la canule, à la condition que cette dernière soit en métal (fig. 266), ce qui est préférable à tous égards.

Cette toilette génitale doit être faite par l'accoucheur lui-même, car de l'asepsie des organes génitaux dépend la marche normale du postpartum.

Ces lavages précédant l'accouchement sont bien plus importants que ceux pratiqués après, alors que toute la filière génitale est couverte de traumas et que l'absorption des éléments infectieux a déjà pu se faire.

On surveillera la réplétion vésicale, et au cas où la miction serait impossible spontanément, on pratiquerait le cathétérisme, car exceptionnellement on a pu voir les ruptures de la vessie par surdistension (RAMSBOTHAM, deux cas).

Se garder de toute manœuvre ayant pour but de hâter la dilatation, manœuvres fort en honneur autrefois sous le nom de *petit travail*, et dont l'effet ne peut être que pernicieux, en irritant les parties génitales maternelles.

Pendant la période d'ouverture du col, la parturiente, à moins de conditions spéciales qui nécessitent le décubitus, horizontal (présentation dystocique, hémorragie, rupture prématurée de la poche des eaux, etc.), peut à volonté rester étendue, assise ou se promener.

2° PÉRIODE D'EXPULSION. — Pendant la fin de la période de dilatation, mais surtout pendant la période d'expulsion, il importe d'ausculter tous les quarts d'heure les bruits du cœur fœtal, de manière à intervenir si leur fréquence exagérée ou leur ralentissement (en dehors des contractions utérines) faisaient craindre pour la vie de l'enfant. L'auscultation sera même plus fréquente, si on a quelque sujet d'inquiétude.

La parturiente, à partir de la dilatation complète, devra rester étendue sur son lit, dans la position qui lui agréera le mieux.

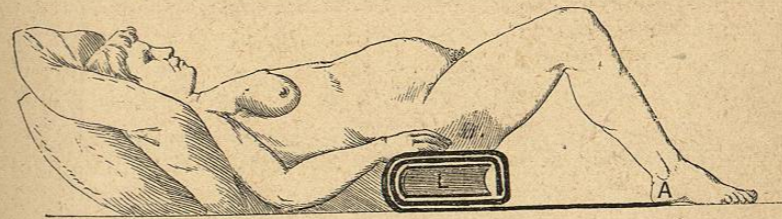


Fig. 269. — Siège soulevé pour faciliter l'expulsion.

L, livre. — A, drap entourant le livre et correspondant par son extrémité libre aux talons de la femme.

Aussitôt que la tête apparaît à la vulve (primipares) ou est à son voisinage (multipares), on fera placer la femme, soit dans la *position latérale* (voir p. 176), ainsi qu'on le pratique dans la plupart des pays, surtout en Angleterre

et en quelques régions des États-Unis : soit plutôt dans la *position dorsale*, le siège est élevé à l'aide d'un coussin¹ (fig. 269), les jambes fléchies et écartées. Deux personnes donnent la main à la parturiente pour lui fournir un point d'appui dans ses efforts ; l'accoucheur soutient le périnée et surveille la sortie de l'enfant, qui doit être aussi lente que possible. La *lenteur du dégagement est la clef de l'intégrité maternelle*. La tête ou d'une façon générale la partie fœtale doit, autant que possible, être amenée au travers de l'orifice vulvaire dans l'intervalle de deux contractions ; il faut à ce moment engager vivement la femme à ne plus pousser malgré le besoin impérieux qu'elle éprouve à le faire, ou à ne pousser que dans l'intervalle des contractions utérines.

Pour éviter à la parturiente toute cause de refroidissement, couvrir la partie supérieure du corps, envelopper également les membres inférieurs avec des serviettes (serviettes éponges) fixées à l'aide d'épingles de nourrice ou de larges cordons.

Généralement, au moment où l'anus se dilate, la femme éprouve le besoin d'aller à la garde-robe, et demande parfois à se lever pour le satisfaire. Le médecin doit refuser cette permission, et expliquer, pour tranquilliser la parturiente, que c'est un faux besoin, dont le résultat sera nul (souvent néanmoins le rectum se vide à ce moment des matières contenues, alors surtout qu'il n'y a pas eu de lavement préalable).

3^e LIGATURE DU CORDON ET DÉLIVRANCE. — Après la naissance de l'enfant, il faut lier et sectionner le cordon, qui le relie encore à la mère, et procéder ensuite à la délivrance. La conduite à tenir pendant la délivrance sera exposée avec l'étude de ce dernier temps de l'accouchement ; nous verrons simplement ici a), la *ligature du cordon* et b), les *soins consécutifs à la délivrance*.

a). **Ligature du cordon.**

Faut-il lier le cordon ?

Comment faut-il le lier ?

Où faut-il le lier ?

A quel moment faut-il le lier ?

Faut-il lier le cordon ? — Les animaux, les chats par exemple, mâchent le cordon de leurs petits. Dans l'espèce humaine plusieurs accoucheurs ont essayé la section simple du cordon sans ligature et n'ont observé aucune hémorragie du bout fœtal à la suite. Il semblerait donc au premier abord que la ligature soit inutile. Mais s'il n'y a pas d'accidents dans la majorité des cas, il en est quelques-uns, en particulier quand la respiration s'effectue mal, où on voit survenir des hémorragies sérieuses, parfois mortelles. Ces hémorragies se produisent même avec la ligature, témoin le fait où P. DUBOIS,

¹ Le meilleur et le plus simple procédé pour tenir le siège élevé consiste à prendre un livre in-quarto comme on en rencontre dans la plupart des familles de la ville, ou sinon une planche de même dimension, qu'on entoure avec un drap, après l'avoir préalablement enveloppé de papier d'emballage si c'est un livre. Reproduire la disposition représentée par le schéma 269, en laissant dépasser le drap dans une certaine étendue, de manière à ce que cette partie libre reçoive les principales souillures de l'accouchement, et de la délivrance.

trois heures après l'accouchement, constata, chez une de ses clientes, la mort d'un enfant né bien vivant ; un vaste caillot dont l'origine était au cordon couvrait tout l'abdomen. — Pour éviter ces accidents, il est donc bon de toujours pratiquer avec soin la ligature du cordon, malgré son inutilité dans le plus grand nombre des cas, ou placer une pince languette qu'on laissera en place vingt-quatre heures.

Il n'a été question jusqu'ici que de la ligature du bout fœtal ; quant à celle du bout maternel, elle n'est nécessaire que dans les cas de gémellité, car avec une grossesse simple la circulation fœtale ne communiquant pas directement avec la maternelle, la béance des vaisseaux funiculaires n'a aucune conséquence sérieuse. — J'ai cependant l'habitude de lier le bout maternel, non pour l'hémostase, mais pour avoir dans la ligature, *faite au niveau de la vulve*, un indice du décollement et de la descente des annexes. (Voir à cet égard la *Délivrance*.)

Comment faut-il lier le cordon ? — Avec du gros fil ordinaire, enroulé autour du cordon ; avec du cordonnet, et de la ficelle mince. Dans le cas de cordon gras, on a conseillé d'employer un fil élastique, qu'on enroule sur le cordon à l'aide d'une allumette, placée en attelle, et cassée ensuite par le milieu pour pouvoir retirer les deux bouts séparément.

Au lieu de cette ligature qui nécessite un fil élastique qu'on aura rarement à sa disposition, je préfère lier le cordon en deux en traversant le cordon

Fig. 270.
Ligature simple.

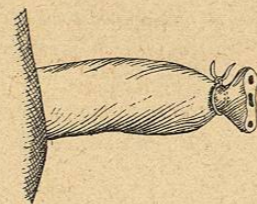


Fig. 271.
Ligature en deux.

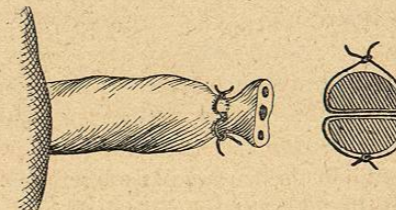
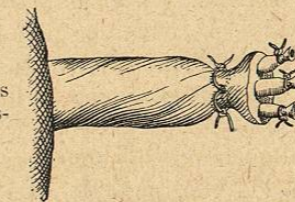


Fig. 272.
Ligature en deux, plus
ligature de chaque vaisseau
séparément.



avec une grosse aiguille chargée de fil à ligature. Si avec ce procédé l'hémorragie continue, on dénudera l'extrémité de chacun des vaisseaux du cordon qu'on liera séparément, ainsi que l'indique la figure 272.

Où faut-il lier le cordon? — Faire une ligature à 4 centimètres de l'ombilic (ligature du bout fœtal, et une seconde ligature au niveau de la vulve (ligature du bout maternel).

Sectionner le cordon à 1 centimètre de la ligature fœtale, par conséquent à 5 centimètres environ de l'ombilic.

On recommande de ne pas lier plus près de l'ombilic à cause des hernies intestinales possibles à ce niveau, et aussi pour avoir la place nécessaire à une nouvelle ligature en cas de besoin.

A quel moment faut-il lier le cordon? — La ligature du cordon peut être: *Immédiate*, c'est-à-dire pratiquée de suite après la naissance;

Tardive, ou faite quelques minutes après l'expulsion, alors que les battements artériels de la tige funiculaire, dont l'abaissement est graduel, ont complètement cessé (5 à 10 minutes après l'accouchement);

Retardée, ou pratiquée après la délivrance, méthode exclusivement employée dans les familles royales où les ambassadeurs assistaient primitivement à la ligature immédiate, pour constater l'identité de l'enfant. — Cette formalité a été remplacée par la ligature retardée, accomplie en leur présence et loin de la mère.

Il est démontré qu'avec la ligature tardive, l'augmentation initiale du poids de l'enfant est plus rapide,

C'est donc après la cessation complète des battements vasculaires de la tige funiculaire qu'on fera la ligature et la section du cordon (5 ou 10 minutes après l'accouchement).

L'enfant est ensuite confié aux soins de la garde, qui le nettoie et l'habilite. La conduite à tenir pendant la délivrance sera étudiée un peu plus loin. (Voir p. 319.)

b). Soins consécutifs à la délivrance. — Procéder à la toilette de la femme avec une solution phéniquée à 1/50. Un simple lavage vulvaire suffit dans les cas normaux, et quand on a pris pendant l'accouchement les soins précédemment indiqués; sinon on fera une injection vaginale et au besoin une injection intra-utérine.

On pratiquera, s'il y a lieu, la périnéorrhaphie.

A ce moment il faut avec soin de surveiller l'utérus par la palpation, à cause de la fréquence de l'hémorragie. (Voir à ce sujet les *Complications de la délivrance*.)

A moins de laisser une personne de confiance (sage-femme, médecin), l'accoucheur ne quittera sa cliente qu'une heure au plus tôt après la délivrance, et au moment du départ il ne doit pas oublier deux points:

1° En faisant ses adieux à la femme, donner à travers la paroi abdominale une poignée de main à l'utérus, pour voir s'il est bien rétracté et si, par conséquent, il n'y a pas d'hémorragie imminente;

¹ Pour le pansement du cordon, voir le chapitre *Antisepsie*.

2° En quittant le mari, lui fournir les renseignements relatifs à la déclaration de l'enfant, qui doit être faite dans les limites voulues, sous peine d'amende pour la famille ou le médecin. (Voir à cet égard l'*Appendice médico-légal*, qui termine ce volume.)

2° CONDUITE A TENIR DANS CHAQUE PRÉSENTATION EN PARTICULIER

A. — PRÉSENTATION DU SOMMET

Grossesse. — Quand le sommet est mobile au détroit supérieur (rétrécissement du bassin — hydramnios — multiparité), il sera prudent de le maintenir pendant les derniers temps de la grossesse avec un bandage de corps, muni de deux tampons d'ouate latéraux, ou avec une ceinture eutocique.

Travail. — PÉRIODE D'OUVERTURE DU COL. — Dans le cas de tête mobile au détroit supérieur, même surveillance et mêmes précautions que pendant la grossesse.

PÉRIODE D'EXPULSION.

Rotation interne. — Dans les cas de position postérieure OIGP, OIDP, la rotation de l'occiput en avant peut tarder à se faire et entraver la marche du travail. Il faudra l'aider, quand les trois conditions suivantes existeront:

Dilatation complète;

Flexion prononcée de l'ovoïde céphalique;

Sommet de la tête appuyant sur le périnée.

Si une de ces conditions n'existe pas, il sera bon d'attendre, ou on s'exposera à un échec.

La rotation interne pourra être aidée avec les doigts, le levier ou le forceps:

Doigts. — Glisser, comme l'a indiqué VELPEAU, deux doigts en avant du sacrum pour repousser la bosse pariétale postérieure en avant; ou deux doigts derrière le pubis pour chasser le front postérieurement. Ce moyen est de beaucoup préférable à l'accrochement de l'oreille avec le doigt.

Levier. — Le levier, sorte de tige analogue à la branche d'un forceps, et dont on verra la description plus loin, est délaissé à l'époque actuelle. C'est à tort; car dans certains cas, notamment dans celui qui nous occupe actuellement, il peut rendre de réels services. Glissé en arrière à l'union de l'occiput et du pariétal postérieur, il est susceptible d'accentuer la flexion et d'amener la rotation, grâce à la pression qu'il permet d'exercer d'arrière en avant.

Forceps. — Le forceps ne devra être employé que lorsque les précédents moyens ont échoué, et qu'on a perdu l'espoir de voir l'accouchement se terminer spontanément. A l'étude de cet instrument nous verrons comment il doit être manié dans le cas actuel.

Dégagement de la tête. — Il faut avoir soin, en aidant à la déflexion de la tête pendant sa sortie à travers la vulve, que le sillon occipito-cervical se trouve bien au contact de la partie inférieure du pubis (fig. 273-276); sans