

quoï si la flexion se fait trop tôt, le mouvement de charnière a lieu, ainsi que l'indiquent les figures 273-276, autour d'un point siégeant sur l'occiput, et impose une plus grande distension à l'orifice vulvaire, les diamètres sous-occipitaux étant plus courts que les occipitaux. — Avoir soin de repousser

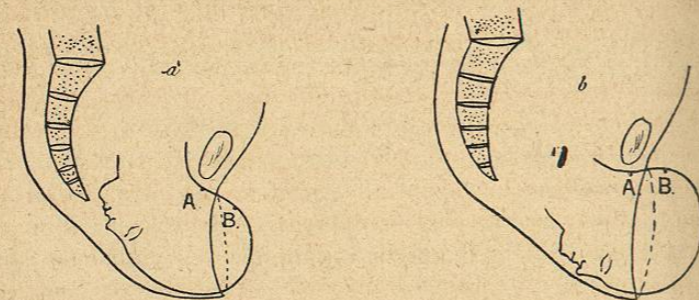


Fig. 273, 274. — Dégagements des diamètres sous-occipitaux (favorable).

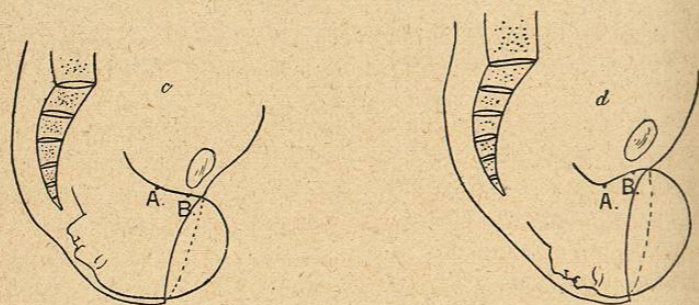


Fig. 275, 276. — Dégagement des diamètres occipitaux (défavorable).

supérieurement les tissus mous vulvaires jusqu'au contact du pubis, pour que la vulve profite également des faibles dimensions des diamètres sous-occipitaux.

Dans le cas d'inertie ou de paresse utérine, le dégagement de la tête tardant à se faire, on sera appelé à l'aider avec les doigts ou le forceps.

**Doigts.** — Quand la tête est assez avancée dans l'orifice vulvaire, on pourra, comme l'a indiqué RITGEN, glisser un ou deux doigts dans le rectum, aller accrocher le menton et favoriser par ce moyen la déflexion céphalique.

**Forceps.** — L'emploi du forceps sera justifié et indiqué dans les trois conditions suivantes :

1° **Danger maternel.** — Syncope. Accès d'éclampsie. Hémorragie. Fatigue excessive. Élévation de la température à 39-40°.

2° **Danger fœtal.** — Accélération ou ralentissement notable des bruits du cœur ;

3° **Arrêt de l'accouchement.** — Causé soit par l'inertie de l'utérus, soit par la résistance excessive du périnée. L'indication est alors donnée par l'arrêt dans la progression fœtale. — On est autorisé à appliquer le forceps, quand pendant la période d'expulsion la tête est restée deux heures au même

point de la filière génitale (principe bien différent de celui qui indique d'avoir recours à l'application du forceps, quand l'expulsion n'est pas terminée deux heures après la dilatation complète). — Lorsqu'en effet la tête fœtale comprime pendant plus de deux heures les mêmes points des tissus maternels, elle expose à la gangrène consécutive et aux fistules (surtout fistules vésico ou uréthro-vaginales), qui peuvent en résulter.

*Aussitôt la tête sortie, avoir soin de nettoyer la bouche de l'enfant avec le doigt recouvert d'un linge, afin d'enlever les mucosités qui pourraient pénétrer dans les voies respiratoires à la première inspiration.*

S'assurer ensuite avec le doigt qu'il n'existe pas de circulaire autour du cou, auquel cas on dégagerait le cordon : 1° en le faisant passer par-dessus la tête ; 2° ou en le faisant glisser sur les épaules ; 3° ou enfin, s'il est trop serré, en pratiquant la section, soit entre deux ligatures, soit entre deux pinces à forcipressure ; soit, si le temps presse, sans aucune précaution hémostatique ; on termine ensuite l'extraction avec promptitude.

**Dégagement du tronc.** — Soutenir la tête aussitôt sa sortie des organes génitaux ; sinon, abandonnée à l'action de la pesanteur, elle entraîne l'épaule antérieure dont elle amène le dégagement avant la postérieure, contrairement à ce qui doit normalement exister (p. 251). On voit bientôt la rotation externe se faire, l'épaule postérieure se dégager, puis l'antérieure. Durant cette sortie des épaules soutenir le périnée comme pendant le dégagement de la tête, car souvent les déchirures ont lieu à ce moment.

Si ce dégagement tarde à s'opérer, on priera la femme de faire des efforts pour l'aider, et on soulèvera la tête en l'attirant en haut, de manière à favoriser le dégagement normal. S'il ne pouvait avoir lieu de la sorte (périnée trop résistant, action abdominale insuffisante), on abaisserait, au contraire, la tête pour dégager d'abord l'épaule antérieure, puis la postérieure en relevant le fœtus.

On voit qu'il faut tenter le dégagement primitif de l'épaule postérieure le premier, et n'avoir recours au dégagement primitif de l'antérieure que comme pis-aller.

Le grand avantage, que présente le dégagement primitif de l'épaule postérieure, est de permettre la sortie successive des deux épaules, l'antérieure étant retenue et accrochée derrière le pubis. Quand, au contraire, l'épaule antérieure se dégage la première, la postérieure, mal maintenue par le périnée, franchit l'orifice vulvaire presque en même temps, impose, par conséquent, une plus grande distension aux parties maternelles et expose aux déchirures.

Le reste du tronc se dégage sans difficultés, en tirant légèrement sur les parties sorties du corps ; durant tout ce dégagement une main doit rester appliquée sur le périnée, pour le doubler et l'aider à réagir contre la distension imposée par le fœtus.

## B. — PRÉSENTATION DE LA FACE

**Grossesse.** — Présentation de la face exceptionnelle. Simple expectation, ou tenter la manœuvre qui sera indiquée pour le front.

**Travail.** — *a.* PÉRIODE D'OUVERTURE DU COL. — On a proposé différents moyens pour convertir la face en sommet, moyens que nous verrons dans un instant en étudiant la présentation du front. D'une façon générale je les crois peu indiqués dans les cas où la présentation de la face est franchement constituée, et où la tête est complètement défléchie. Quand on essaie en pareil cas la transformation en sommet, souvent on n'obtient qu'une présentation du front, plus défavorable que celle qui existait primitivement.

Mieux vaut donc ne rien faire pendant la période de dilatation.

*b.* PÉRIODE D'EXPULSION. — Si à la dilatation complète la tête reste mobile au détroit supérieur, sans tendance à l'engagement ; si la poche des eaux est encore intacte ou peu de liquide écoulé, la version podalique par manœuvres internes pourra être tentée avec avantage ; elle est préférable aux tentatives de conversion en sommet. — Mais si la tête est fixée ou engagée, il faudra se contenter de suivre une conduite analogue à celle indiquée pour la présentation du sommet.

**Rotation interne.** — La rotation de l'occiput en avant était *facultative* dans les occipito-postérieures, tandis que celle du menton en avant est *obligatoire* dans les mento-postérieures. (Voir p. 258.)

Il faut donc à tout prix ramener le menton en avant, sans quoi l'accouchement sera impossible ou ne pourra être terminé que par l'embryotomie ou peut-être par la symphyséotomie.

La rotation se fera soit spontanément, soit artificiellement avec l'aide d'un *doigt* introduit dans la bouche, du *levier* appliqué en arrière du menton, ou du *forceps*. Ces trois procédés sont analogues à ceux décrits pour le sommet.

**Dégagement de la tête.** — Quand le sillon mento-cervical est sous la symphyse pubienne, favoriser le mouvement de la flexion de la tête. Les autres indications sont les mêmes que pour le sommet.

**Dégagement du tronc.** — De même que pour le sommet.

## C. — PRÉSENTATION DU FRONT

La conduite à tenir doit être examinée :

- 1° Pendant la grossesse ;
- 2° Pendant le travail ;
  - a.* La tête étant au détroit supérieur ;
  - b.* La tête étant dans l'excavation ou au détroit moyen ;
  - c.* La tête étant dans le bassin musculaire.

Voyons ces différents cas.

**Pendant la grossesse.** — Si dans la dernière quinzaine le non-engagement de la tête fait supposer une présentation du front, que le palper et parfois le toucher permettront de vérifier, il faudra essayer de favoriser l'engagement. On pourra dans ce but appliquer un bandage de corps, avec tampon de ouate exerçant une compression au niveau de l'occiput. Par le même moyen, et après manœuvre préalable, on repoussera le siège dans la corne de l'utérus correspondant au côté de la face ; enfin, par le décubitus de la femme vers le côté où se trouve le dos de l'enfant, on favorisera le contact de la région dorsale de l'enfant et de l'utérus.

**Pendant le travail** l'indication varie suivant la situation de la tête.

## A. — LA TÊTE EST AU DÉTROIT SUPÉRIEUR

Les accoucheurs se divisent en trois camps :

- 1° Les partisans de l'intervention hâtive, avant la dilatation complète ;
- 2° Les partisans de l'intervention à la dilatation complète ;
- 3° Les partisans de l'intervention tardive, alors que la dilatation est déjà complète depuis un temps assez long.

**Avant la dilatation complète** on a essayé de transformer le front en sommet ou face, à l'aide de manœuvres externes, internes, combinées, ou avec le secours d'un instrument, le levier.

Avant d'aborder ces divers procédés, une première question se pose, celle de savoir s'il vaut mieux tenter la *transformation en face ou en sommet*.

Le sommet étant la plus eutocique des présentations, sa supériorité sur la face ne peut faire aucun doute. Mais l'obtenir ne sera pas toujours chose facile, de telle sorte qu'il faudra accepter la transformation en face comme pis-aller.

Autrement dit, à facilité égale, on préférera la conversion en sommet, mais on transformera en face, si l'opération est plus aisée à pratiquer.

On agit tantôt intérieurement, tantôt extérieurement, tantôt par manœuvres combinées.

**Intérieurement.** — BAUDELLOCQUE, le premier, a conseillé, dans le cas de manque de flexion céphalique, d'entourer l'occiput avec un ou plusieurs doigts et de favoriser ainsi son abaissement. M<sup>me</sup> LACHAPELLE avait recours à la même manœuvre ; mais quand elle échouait à abaisser l'occiput, elle tentait le contraire ; en allant accrocher le menton, elle défléchissait la tête.

Ces deux procédés de BAUDELLOCQUE (flexion) et de M<sup>me</sup> LACHAPELLE (déflexion) résument la plupart des moyens qu'on a employés depuis.

Au lieu d'attirer l'occiput et le menton, on a tenté de repousser ces mêmes régions de la tête, le résultat a été identique quoique inverse.

Il n'est pas nécessaire que les membranes soient rompues pour exécuter ces divers procédés ; cependant il faut savoir qu'ils compromettent grandement l'intégrité de l'œuf.

**Extérieurement.** — SCHATZ en 1873, après une étude approfondie de l'action que l'accoucheur peut exercer sur le fœtus, à travers les parois abdominales,

préconisa un nouveau procédé de transformation des présentations de la face en sommet.

La même manœuvre est applicable au front.

Elle consiste à soulever le fœtus, en le saisissant à travers l'abdomen et l'utérus, au niveau présumé des épaules, et à faire exécuter par un aide, durant ce temps, une vigoureuse pression dans la direction de l'occiput pour fléchir la tête.

Le procédé est ingénieux, mais demande une grande habileté; aussi est-il peu employé.

*Manœuvres combinées.* — Une main, placée dans l'intérieur des organes génitaux, repousse le menton ou l'occiput, suivant le but qu'on veut obtenir, pendant que l'autre, appliquée immédiatement à l'intérieur sur la tête fœtale, appuie sur la région qu'on essaie d'abaisser.

Au lieu d'être manuelle, la réduction peut être *instrumentale*; on se sert à cet effet du levier.

La cuillère de cet instrument est glissée sur l'occiput du fœtus (quelquefois dans un autre but sur les parties latérales de la tête), et à l'aide de tractions, combinées avec un mouvement de bascule, on abaisse l'occiput et on fléchit la tête.

Le levier agit en somme comme les doigts dans le procédé de BAUDELOQUE, mais avec cette supériorité, qu'il nécessite une place bien moindre, et qu'il peut pénétrer avec un faible degré de dilatation.

A la dilatation complète, les moyens qui précèdent peuvent également être employés, mais il en surgit trois nouveaux :

- La version;
- Le forceps;
- L'embryotomie.

La *version*, préconisée autrefois par M<sup>me</sup> LACHAPELLE, et reprise depuis par différents auteurs, parmi lesquels je citerai surtout SCHROEDER, SPIEGELBERG, SCANZONI, PLAYFAIR, amène, comme les précédents moyens, une transformation de présentation; le front est changé en siège.

On éloigne l'ovoïde céphalique, pour amener l'ovoïde cormique.

La version podalique par manœuvres internes peut être suivie de l'extraction, ainsi qu'on la pratique généralement en France, ou, au contraire, non complétée par cette extraction; on abandonne alors à la nature l'expulsion du fœtus en présentation du siège, comme le préconisent quelques auteurs allemands.

Le *forceps* appliqué au détroit supérieur, sur une présentation du front, peut saisir la tête avec ou sans réduction préalable.

La réduction préalable consiste à amener par un des moyens précédemment indiqués une présentation du sommet ou de la face, et à introduire ensuite l'instrument d'après les préceptes classiques.

Quand on saisit la tête en présentation du front, la cuillère sera tantôt appliquée d'une bosse pariétale à l'autre, tantôt du menton à l'occiput,

tantôt obliquement d'une bosse pariétale d'un côté à la tubérosité malaire du côté opposé. (Voir le chapitre *Forceps*.)

Dans les cas où aucun des moyens précédents n'a réussi, on est obligé d'avoir recours à l'*embryotomie céphalique* ou à la *symphyséotomie* (Vallois).

**Quand la dilatation est complète depuis un certain temps** (la tête étant toujours au détroit supérieur), on peut employer les mêmes procédés que précédemment; mais plus le travail avance, et plus la version devient difficile, ainsi que la transformation en face ou en sommet.

#### B. — LA TÊTE EST DANS L'EXCAVATION OU AU DÉTROIT MOYEN

Lorsque la tête fœtale a pénétré dans l'excavation, et s'est plus ou moins avancée au voisinage du détroit moyen, un nouvel élément ne tarde pas à survenir, qui joue ici un rôle très important: c'est la déformation de l'ovoïde céphalique.

Avec ce changement de forme, la transformation en face ou en sommet devient fort difficile, et pourrait-on l'obtenir, qu'on n'en retirerait pas grand avantage.

C'est cette déformation, plus que les dimensions de la tige occipito-mentonnaire, qui met obstacle à la bascule de la tête et au mouvement de flexion-extension.

Avec la tête descendue dans l'excavation, il ne peut plus être question de version; la tenter serait inutile et dangereux, on s'exposerait à une rupture utérine.

Il ne reste donc que le *forceps*, et, dans le cas où cet instrument est insuffisant, l'*embryotomie* ou la *symphyséotomie* qui puissent aider à la terminaison de l'accouchement.

#### C. — LA TÊTE EST DANS LE BASSIN MUSCULAIRE

Le détroit moyen est franchi, la tête déprime le périnée et se fraye, petit à petit, un chemin dans la direction de la vulve. De même que tout à l'heure, la transformation en sommet ou en face est inutile; on ne peut plus faire la version; d'ailleurs les parties molles n'opposent qu'une résistance relativement faible, dont une application de *forceps* viendra toujours à bout, avec ou sans intégrité du périnée.

Le *forceps* sera appliqué comme dans la présentation du sommet d'une oreille à l'autre.

Arrivés aux termes de cette énumération des différents procédés thérapeutiques, opposables à la présentation du front, il importe de tracer un choix. Deux questions se posent ici :

- Quand faut-il intervenir?
- Comment faut-il intervenir?

*Quand intervenir?*

La facilité même de l'intervention joue un rôle important dans l'époque à choisir. Si une réduction manuelle est aisée au début du travail; si la femme par la minceur de sa paroi abdominale et la complaisance de son utérus, permet aisément la manœuvre de SCHATZ ou des manœuvres mixtes, l'accoucheur serait répréhensible de ne pas agir le plus promptement possible, pour transformer la dystocie en eulocie.

Dans le cas, au contraire, où la réduction est difficile, il convient d'attendre la dilatation complète. Mais différer plus longtemps, dans l'espoir que la nature pourra corriger la mauvaise présentation, me semble imprudent et contraire aux intérêts de la parturiente aussi bien qu'à ceux de son enfant.

On s'expose, en effet, à voir la tête descendre dans l'excavation en présentation du front, et, à partir de ce moment, la transformation devient difficile, sinon impossible.

En attendant, on a laissé passer un temps précieux, et on se trouve ensuite dans des conditions bien moins favorables à l'intervention.

Conclusion : intervenir de bonne heure quand la chose est facile, sinon attendre la dilatation complète, mais un plus long retard ne peut être que préjudiciable.

*Comment intervenir?*

Quand la tête est dans le *bassin musculaire*, si la nature ne peut terminer l'accouchement, une application de forceps en viendra à bout.

Si la tête est dans l'*excavation ou au détroit moyen*, c'est encore au forceps qu'il faudra avoir recours avec la symphyséotomie ou l'embryotomie comme ressource extrême. Tenter, à cette période de l'accouchement, la transformation en sommet ou en face est à peu près inutile, à moins que la tête ne soit petite ou récemment descendue du détroit supérieur, n'ayant pas encore eu le temps de se déformer. Quand la tête est saisie avec le forceps, on l'attire en plaçant ses grands diamètres dans les grands diamètres de la filière génitale.

Lorsque la tête est au *détroit supérieur avant la dilatation complète*, si la poche d'eau est encore intacte, essayer par la manœuvre de SCHATZ ou par des manœuvres combinées douces la transformation en sommet.

Si la poche des eaux est rompue, tenter, suivant la plus grande facilité d'exécution, la transformation, soit en sommet, soit en face, par des manœuvres combinées ou internes, en usant au besoin du levier.

La position de la femme aura également une grande importance. Il faut placer la patiente de telle sorte que la pesanteur entraîne le dos fœtal vers la paroi utérine, tandis qu'à l'aide d'un bandage et de tampons de ouate, ou d'une ceinture appropriée, on repousse l'occiput et le siège en sens contraire.

Quand on a échoué dans ces diverses tentatives ou si on a été appelé trop tard, il faut intervenir à la *dilatation complète*, soit, dans le second cas, en employant un des moyens précédents, soit en ayant recours à la version ou au forceps.

Il est difficile de se prononcer catégoriquement entre la version et le

forceps. Le parallèle, établi entre ces deux opérations depuis bientôt un siècle, est loin de toucher à une solution, et il serait téméraire de vouloir l'indiquer ici.

Il semble, cependant, qu'avec un œuf intact, un utérus souple, une tête encore mobile, un bassin normal ou peu rétréci, la version soit préférable, et le forceps dans le cas contraire; la tête sera saisie avec ou sans réduction préalable, d'après les principes habituels de l'application au détroit supérieur. On tend à préconiser, aujourd'hui, la symphyséotomie pour les cas de ce genre, mais l'expérience clinique n'est pas encore faite sur ce point.

L'embryotomie reste enfin comme dernière ressource; en cas de mort du fœtus, il faut promptement y recourir, afin de ne pas compromettre inutilement le rétablissement de la mère.

## D. — PRÉSENTATION DU SIÈGE

**Grossesse.** — Faire la version céphalique par manœuvres externes toutes les fois qu'elle est possible, et maintenir la nouvelle présentation à l'aide d'un bandage de corps ou d'une ceinture appropriée. (Voir *Version par manœuvres externes.*)

Le meilleur moment pour cette intervention est *quinze jours avant terme chez les multigestes et un mois chez les primigestes*. Agir plus tôt, c'est ne pas laisser à la nature le temps d'opérer une correction dont elle se charge souvent; plus tard, c'est s'exposer à être surpris par l'accouchement avec la présentation vicieuse.

**Travail.** — La conduite à tenir varie suivant que le siège est décompleté, mode des fesses, ou présente une des trois autres variétés.

## 1° SIÈGE COMPLET ET DÉCOMPLÉTÉ : MODE DES GENOUX ET DES PIEDS

La ligne de conduite est la même dans les trois cas.

a. PÉRIODE D'OUVERTURE DU COL. — Dans quelques cas, on pourra tenter avant la rupture de la poche des eaux la version céphalique par manœuvres externes, et, après sa rupture, la même version par manœuvres mixtes. Mais ces tentatives ne doivent être osées que par des mains très exercées, et dans des cas relativement rares, car on s'expose à créer une présentation du thorax, ou à provoquer certains accidents, tels que la procidence du cordon.

Il sera bon, pendant la période d'ouverture du col, que la femme reste étendue, afin de retarder, autant que possible, la rupture des membranes et la brusque issue du liquide en cas de rupture.

b. PÉRIODE D'EXPULSION. — Trois points dominant et résumant la conduite du médecin pendant cette période :

1° Placer la femme dans la position obstétricale;

2° Ne jamais intervenir A MOINS DE COMPLICATIONS, pour la sortie de l'ovoïde cormique;