

3° *Toujours ou presque toujours intervenir pour la sortie de l'ovoïde céphalique.*

1° *Placer la femme dans la position obstétricale, c'est-à-dire en travers du lit, les jambes soutenues par des aides, ou les pieds appuyés sur des chaises un peu élevées. Cette position sera donnée au début de la période d'expulsion; mais quand le siège arrive à la vulve, elle est nécessaire pour permettre l'intervention pendant la sortie de l'ovoïde céphalique, et au besoin de l'ovoïde cormique. La négliger, c'est exposer l'enfant à la mort, par la lenteur déployée à le secourir.*

2° *Ne jamais intervenir, A MOINS DE COMPLICATIONS, pour la sortie de l'ovoïde cormique. Tirer sur un petit membre est chose si facile et si tentante en pareil cas, que beaucoup de médecins ne savent résister au désir d'aider la patiente, aide déplorable, funeste, car en tirant on s'expose au relèvement des bras et à la déflexion de l'ovoïde céphalique; de plus, on ne laisse pas à l'orifice utérin le temps de se dilater au maximum, et à l'arrivée de la tête il sera moins apte à la laisser passer.*

Loin de tirer sur le fœtus pendant l'expulsion du tronc, il faut plutôt modérer sa sortie, la ralentir, ou, si on l'aide, que ce soit uniquement par des pressions abdominales.

Il suffit, pendant la sortie du tronc, de soutenir le fœtus; de faire à la sortie de l'ombilic une anse au cordon, de manière à éviter les tiraillements que cette tige pourrait exercer à ses insertions fœtale et placentaire, et de surveiller la direction du dos, la colonne vertébrale devant se trouver en rapport avec le milieu environ de la branche ischio-pubienne droite ou gauche; cette direction latéro-antérieure du dos est indispensable afin d'éviter l'arrivée du menton en avant, qui rend l'extraction de la tête très pénible.

*En cas de complications, dont la principale est le relèvement des bras, il faut intervenir ainsi qu'il sera dit en étudiant l'extraction (consulter le chapitre où cette opération est décrite).*

3° *Toujours ou presque toujours intervenir pour la sortie de l'ovoïde céphalique.* — Alors que le tronc est sorti et la tête encore dans les organes génitaux, la circulation funiculaire est interrompue, à cause de la compression du cordon entre la paroi maternelle et la paroi fœtale. Si cette situation dure quelques instants, le fœtus succombe. Aussi est-il de la plus haute importance d'extraire promptement la tête; on le fera à l'aide de la manœuvre de MAURICEAU : *deux doigts dans la bouche, l'autre main à cheval sur le cou du fœtus, le menton est ramené en arrière et on simule avec les mains le mouvement de charnière que nous avons vu au mécanisme normal de l'accouchement par le siège.* Je ne fais qu'indiquer cette manœuvre, sur laquelle je reviendrai en détail à propos de l'extraction manuelle. Dans quelques cas, le forceps sera nécessaire.

L'embryotomie ne deviendra utile que dans le cas de disproportion entre le fœtus et la filière génitale.

## 2° SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ MODE DES FESSES

Ce qui vient d'être dit s'applique également au siège décomplété mode des fesses; seulement ici surgissent quelques considérations nouvelles au sujet de l'extraction du tronc.

Dans les trois variétés de présentation précédemment étudiées, l'extraction du tronc est toujours facile; il suffit de saisir un ou deux pieds, et de tirer par leur intermédiaire sur l'ovoïde cormique, mais quand les membres inférieurs sont relevés comme dans le cas actuel, cette saisie devient difficile, alors que le siège est engagé dans la filière génitale, et l'accoucheur se trouve très gêné quand il doit procéder à l'extraction, n'ayant aucune prise sur le fœtus.

Pour éviter cette situation critique, on a proposé, dans le cas de siège mode des fesses, de procéder, préventivement avant l'engagement de la partie fœtale, ou curativement, alors qu'engagée elle est encore soulevable, l'abaissement d'un ou des deux membres pelviens à l'aide de la main introduite dans l'utérus. Pour pratiquer cet *abaissement prophylactique d'un membre*, on introduit la main droite ou gauche dans l'utérus, choisissant celle qui, d'après la situation du fœtus, s'applique plus facilement par la face palmaire sur la cuisse relevée; les doigts, introduits jusqu'au niveau de la cuisse la plus facilement accessible, la repoussent dans la direction du tronc de manière à provoquer la flexion; ce mouvement a pour but de favoriser l'abaissement de la jambe et du pied. On va ensuite à la recherche du pied qu'on saisit, et qui est amené par des tractions appropriées dans la cavité vaginale. C'est là une bonne opération, et qui devra être tentée, préventivement quand la poche des eaux est rompue, et curativement quand l'extraction devient nécessaire. Quand elle est impossible, ce qui est assez rare, même avec un siège engagé, trois moyens d'extraction restent à la disposition de l'accoucheur : *Crochets. — Lacs. — Forceps.*

**Crochets.** — L'index introduit dans le pli de l'aine et recourbé en crochet peut servir à l'extraction du siège. C'est même parmi les différents crochets le meilleur et le moins dangereux pour le fœtus. On peut s'aider d'un index ou des deux index, chacun appliqué sur un des plis de l'aine et agissant conjointement.

Les nombreux crochets instrumentaux préconisés pour remplacer les doigts sont mauvais, car ils produisent des lésions plus ou moins graves sur les tissus mous du fœtus. On ne les emploiera sans crainte que sur un enfant mort.



Fig. 277. — Crochet porte-lacs de M. OLIVIER.

**Lacs.** — Passer un lien autour des cuisses du fœtus, de manière à pouvoir de la sorte exercer des tractions, tel est le but poursuivi par quelques accoucheurs. Ce lacs sera un cordon de tablier, un ruban de laine, une ficelle entourée d'un tube de caoutchouc (OLIVIER), une mèche à briquet (TARNIER), un lien en un mot aussi doux et inoffensif que possible. Il sera passé à l'aide des doigts, ce qui est difficile, ou mieux d'un crochet inventé à cet effet (par exemple le crochet de M. OLIVIER ou de M. RÉMY, dont le principe est analogue à celui de la sonde Belloc, fig. 277). — Ou encore celui que j'ai récemment inventé, et dont on trouvera la description à l'*Embryotomie*.

**Forceps.** — Le forceps peut s'adapter au siège, bien qu'il soit surtout destiné à saisir la tête. Il sera appliqué les cuillères sur les trochanters, de manière à saisir le bitrochantérien aussi solidement que possible.

*Crochets* (doigts), *lacs*, *forceps*, tels sont les trois moyens auxquels on pourra recourir, alors que l'abaissement d'un membre pelvien est impossible. Chacun a son utilité suivant les cas, et ils constituent trois ressources thérapeutiques importantes, dont aucune n'est à dédaigner. On préfère en général le lacs dans la position du siège décompleté, mode des fesses, avec arrêt de l'accouchement, et le forceps dans la position postérieure. On peut encore combiner l'emploi simultané des lacs et des forceps ; les lacs tirant toujours du côté du bassin fœtal et non du côté du fémur, pour en éviter la fracture, et le forceps corrigeant la direction vicieuse des tractions exercées par le lacs. Toutefois l'abaissement d'un membre et l'emploi d'un lacs doivent être considérés comme les procédés de choix : il ne faudra recourir aux crochets, aux lacs et au forceps que comme pis-aller<sup>1</sup>.

#### E. — PRÉSENTATION DU THORAX

**Grossesse.** — Version céphalique par manœuvres externes, quinze jours avant terme chez les multigestes, et un mois chez les primigestes. Bandage ou ceinture appropriée, pour maintenir la présentation du sommet.

**Travail.** — a. PÉRIODE D'OUVERTURE DU COL.

*Poche des eaux intacte.* — Essayer la version céphalique par manœuvres externes.

*Poche des eaux rompue.* — Recourir à la version céphalique ou pelvienne par manœuvres mixtes, suivant la facilité qu'on éprouvera à faire l'une ou l'autre. Donner cependant la préférence à la version céphalique.

<sup>1</sup> Il existe encore d'autres manœuvres d'importance secondaire pour aider au dégagement du tronc en pareil cas, telle l'introduction du doigt dans l'anus du fœtus, combiné avec l'introduction d'un autre doigt dans l'anus maternel (méthode birectale de Bitot) ; je ne puis ici en aborder le détail peu important en pratique. Consulter à cet égard Olivier, *De la conduite à suivre dans la présentation de l'extrémité pelvienne mode des fesses*. Thèse de Paris, 1883.

b. PÉRIODE D'EXPULSION. — Aussitôt la dilatation complète, si la présentation du thorax existe toujours, recourir à la version podalique par manœuvres internes ; ne pas compter sur l'évolution spontanée à moins d'avortement.

Dans le cas où cette intervention est rendue impossible par une des contre-indications, que nous étudierons avec cette opération, faire l'embryotomie, qui consistera dans la section du cou, ou, si l'engagement est très prononcé, dans l'éviscération.

#### F. — PRÉSENTATION DE L'ABDOMEN

Même conduite que dans la présentation du thorax, avec cette différence que si l'embryotomie devient nécessaire, ce n'est plus la section du cou qu'il faudra pratiquer, mais l'éviscération.

## X

### ACCOUCHEMENT ANNEXIEL

#### DÉLIVRANCE

##### TROISIÈME STADE DE L'ACCOUCHEMENT<sup>1</sup>

##### SOMMAIRE

##### Définition.

##### A. Mécanisme.

- 1<sup>er</sup> temps, Décollement des annexes.
- 2<sup>e</sup> — Expulsion utérine.
- 3<sup>e</sup> — Expulsion vaginale.

##### B. Symptômes et diagnostic.

##### C. Conduite à tenir.

1. Méthode d'expectation.
2. — de traction.
3. — d'expression.
4. — mixte.

La délivrance est :

Tantôt *normale* ou *physiologique* ;

Tantôt *anormale* ou *pathologique*.

Ces termes se définissent d'eux-mêmes. Je n'étudierai ici que la délivrance physiologique, la pathologique sera vue ultérieurement.

*Spontanée* ou *naturelle*, quand elle est abandonnée aux seules forces de la nature.

<sup>1</sup> Les deux premiers stades sont constitués par l'ouverture du col, et l'expulsion du fœtus.