

**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.

*Favorisée*, quand, par l'expression ou les tractions, on aide la sortie des annexes.

*Artificielle*, quand, pour avoir les annexes, il est nécessaire d'introduire la main ou des instruments dans la cavité utérine.

#### A. — MÉCANISME

La délivrance se fait en trois temps :

1<sup>er</sup> temps. *Décollement des annexes*. — Le placenta, décollé par un mécanisme qui sera étudié tout à l'heure, tombe sur le cercle utérin qui à ce moment représente, comme on le sait, l'orifice interne de l'utérus.

2<sup>e</sup> temps. *Expulsion utérine*. — Le placenta passe de la cavité utérine dans la vaginale, en franchissant le manchon, qui s'étend du cercle utérin à l'orifice externe, sorte d'*engagement* du placenta.

3<sup>e</sup> temps. *Expulsion vaginale*. — Le placenta est chassé hors du vagin à travers l'orifice vulvaire, sorte de *dégagement* du placenta.

1<sup>er</sup> temps. DÉCOLLEMENT DES ANNEXES.

Deux théories ont été invoquées pour expliquer ce décollement.

a. *Théorie sanguine*. BAUDELLOCQUE. — Le sang, brisant les liens qui atta-

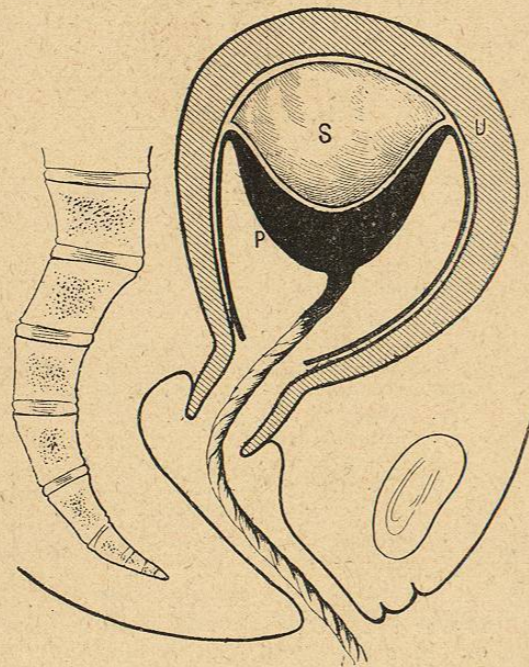


Fig. 278. — Délivrance. 1<sup>er</sup> temps. — Théorie de Baudelocque.  
S, sang. — U, utérus. — P, placenta.

chent le placenta à l'utérus, s'épanche entre les deux organes, et sa quantité augmentant progressivement, sépare mécaniquement le placenta puis les

membranes de l'utérus. — Le sang agit d'une façon analogue à la vapeur, qui, pénétrant dans l'intérieur du cylindre, chasse le piston qu'elle est destinée à mouvoir. Dans cette théorie le muscle utérin n'a qu'un rôle effacé, il est presque passif.

b. *Théorie musculaire*. MATTHEWS DUNCAN. — Contrairement à la théorie précédente, le tissu musculaire joue ici le rôle principal, c'est la rétraction et la contraction de l'organe qui, diminuant progressivement la cavité utérine, arrivent à chasser le placenta à l'extérieur. L'épanchement sanguin peut exister, mais il ne joue qu'un rôle secondaire : c'est le muscle utérin qui fait tout de lui-même, d'abord en amenant le décollement, puis en chassant les annexes dans le vagin.

Avec BAUDELLOCQUE, l'hémorragie est inévitable et indispensable ; avec DUNCAN, elle est accessoire et peut fort bien faire défaut.

*Appréciation*. — Si la théorie de BAUDELLOCQUE était exacte, elle devrait s'appliquer à tous les cas ; or elle est inacceptable avec un placenta prævia.

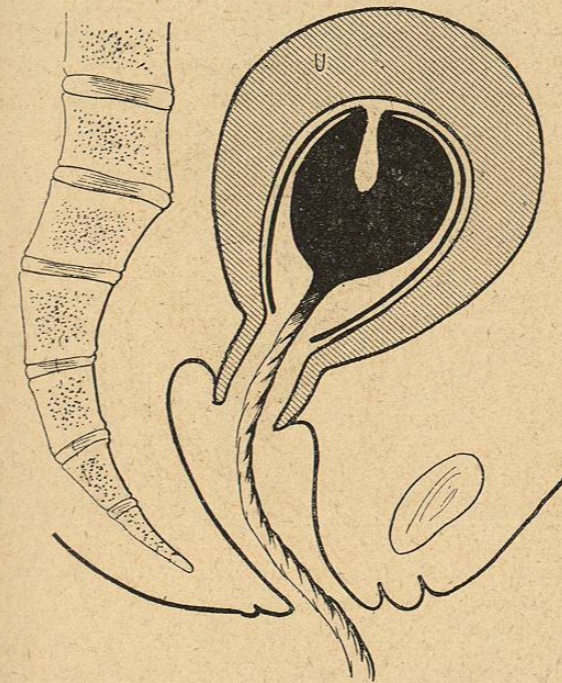


Fig. 279. — Délivrance. 1<sup>er</sup> temps. — Théorie de Matthews Duncan.  
U, utérus.

D'autre part l'hémorragie de la délivrance est parfois nulle ou tellement faible, qu'elle ne peut expliquer le décollement placentaire.

La théorie de DUNCAN au contraire ne souffre aucune exception et doit être considérée comme la mieux fondée<sup>1</sup>. C'est l'action du muscle utérin qui

<sup>1</sup> Voir pour la discussion de ces deux théories mes *Travaux d'obstétrique*, t. 1<sup>er</sup>, p. 413. BERRY HART (Edinburgh in journ., juillet 1887) a essayé de démontrer que ce n'est pas

amène le décollement du placenta et des membranes. Pour savoir quelle est la partie du placenta qui se décolle la première, AHLFELD a observé directement le décollement dans deux cas d'opération césarienne. Après l'extraction de l'enfant, le placenta étant inséré sur la paroi postérieure de l'utérus, on aperçut une voussure, une saillie convexe se former en son centre, le pourtour du gâteau restant adhérent. Il n'y avait pas trace de sang, et au toucher on avait sur la voussure centrale du placenta une consistance élastique. Alors l'opérateur décolla du bout du doigt un point du bord placentaire et aussitôt

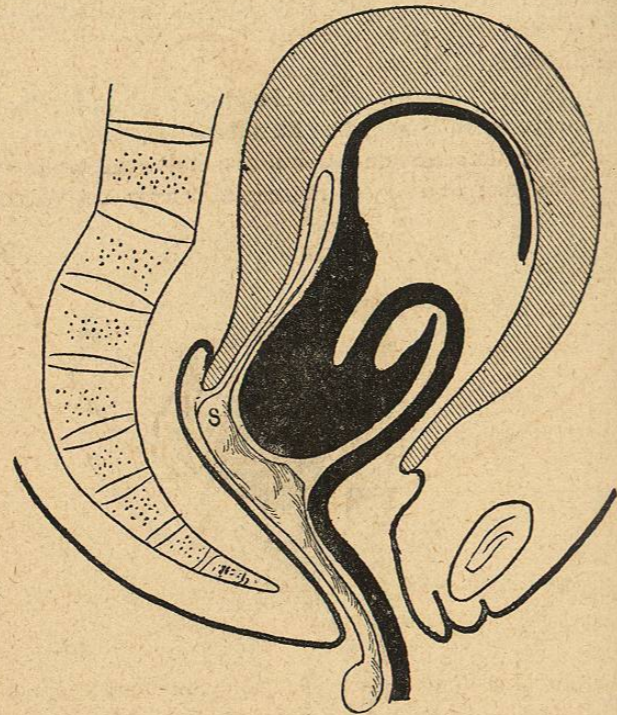


Fig. 280. — Délivrance. 2<sup>e</sup> temps. — Présentation de la face utérine

jaillit le sang de l'hématome rétro-placentaire ; le décollement, commençant par le centre, avait donc été pris sur le fait.

Le pourtour du placenta adhère généralement plus à l'utérus que le centre lui-même.

2<sup>e</sup> temps. EXPULSION UTÉRINE.

Le placenta décollé tombe sur le cercle utérin, où il peut se présenter de trois façons différentes :

la contraction elle-même de l'utérus qui produit le décollement, mais le relâchement consécutif. — F. BARBOUR, peu après, a au contraire insisté sur l'influence de la contraction, qui plus que la rétraction et le relâchement serait la cause du décollement. Ces intéressants travaux ont complété la théorie de DUNCAN, dont le principe reste toujours vrai : à savoir que le muscle utérin et non l'hémorragie est l'agent primordial du décollement.

Par sa face utérine, par son bord, par sa face fœtale.

*Présentation de la face utérine* (fig. 280). — 5 p. 100 des cas environ. Le placenta recouvre le cercle utérin, comme s'il avait été primitivement inséré sur le pourtour de cet orifice.

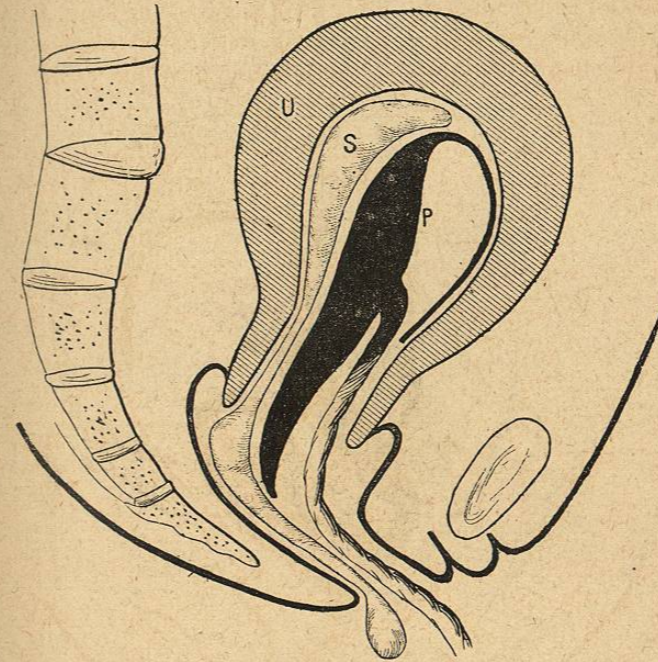


Fig. 281. — Délivrance. 2<sup>e</sup> temps. — Présentation marginale.  
U, utérus. — S, sang. — P, placenta.

Cette présentation est la plus rare et peut être considérée comme pathologique, elle est due le plus souvent à une insertion vicieuse du placenta ou à des adhérences partielles du placenta ou des membranes.

*Présentation marginale* (fig. 281). — 20 p. 100 des cas environ. C'est le bord même du placenta, qui s'engage à travers le cercle utérin, et qui arrive le premier dans le vagin.

Les causes sont analogues à celles de la présentation de la face utérine.

*Présentation de la face fœtale* (fig. 282). — 75 p. 100 des cas.

AHLFELD a repris récemment la question : sur cent vingt et un accouchements, il a vu que la surface fœtale se présentait à la vulve dans 71 p. 100 des cas ; le bord dans 16 p. 100 ; la face utérine dans 10,5 p. 100 des cas.

Cette présentation du placenta doit être considérée comme la règle, ou plutôt comme physiologique, les autres étant pathologiques ; elle est au placenta ce que la présentation du sommet est au fœtus.

La disposition générale du placenta est celle d'une coupe qui s'adapte à

l'utérus, au pourtour du cercle utérin, et qui se continue par l'intermédiaire du cordon à travers le vagin et la vulve jusqu'à l'extérieur.

Le placenta, poussé par la contraction et la rétraction utérines, franchit petit à petit le cercle utérin ainsi que le canal qui lui fait suite, entraînant les membranes qui se retournent au fur et à mesure de sa descente. Les

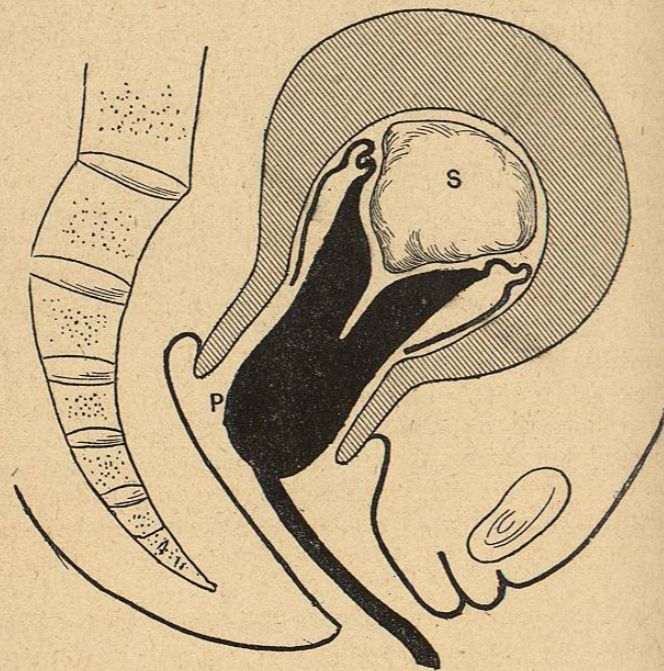


Fig. 282. — Délivrance. 2<sup>e</sup> temps. — Présentation de la face fœtale.  
S, sang. — P, placenta.

tractions exercées sur le cordon et l'expression complètent le décollement des membranes, commencé par l'action utérine.

M. DUNCAN admet que le canal utérin doit présenter un diamètre de 5 centimètres environ pour laisser passer le placenta.

### 3<sup>e</sup> temps. EXPULSION VAGINALE.

Quand le placenta est complètement tombé dans le vagin, la femme éprouve un vague besoin de pousser; sous l'influence de quelques efforts d'expulsion<sup>1</sup>, le placenta progresse vers l'orifice vulvaire, apparaît à cet orifice, et enfin le franchit, entraînant à sa suite les membranes.

Comme à l'orifice utérin le placenta peut se présenter à l'orifice vulvaire par sa face utérine, par son bord ou sa face fœtale. En général la présenta-

<sup>1</sup> Les contractions vaginales, dont l'existence est réelle, ne semblent prendre qu'une très faible part à cette expulsion.

tion est la même aux deux orifices, à moins qu'une intervention, par exemple, des tractions sur le cordon, n'ait modifié la situation des annexes.

Quand le placenta se présente à l'orifice vulvaire par sa face fœtale, les membranes sont retournées, et l'œuf offre une disposition inverse à celle qui existait dans la cavité utérine. Quand, au contraire, il y a présentation marginale ou de la face utérine, les membranes ne se retournent pas et conservent leur disposition primitive.

### B. — SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

Pour reconnaître les différents temps de la délivrance, on peut se servir soit du toucher, soit de la vue, permettent de suivre la descente du cordon sur lequel on a préalablement placé un index (ligature, pince)<sup>1</sup>.

*Toucher.* — Le toucher sera pratiqué en tendant le cordon d'une main, et en suivant avec l'index de l'autre main la tige funiculaire jusqu'à ce qu'on arrive sur la masse placentaire.

Trois circonstances peuvent se présenter :

1<sup>o</sup> Le doigt explorateur rencontre le placenta dans le vagin : le deuxième temps est terminé et le troisième en train de se faire ;

2<sup>o</sup> Le placenta est au niveau du cercle utérin, ou engagé dans le canal qui lui fait suite : le premier temps est achevé, on est en plein deuxième temps ;

3<sup>o</sup> Le doigt, quelque loin qu'il remonte le long du cordon, ne peut sentir la masse placentaire : le décollement n'a pas eu lieu ; le premier temps s'accomplit.

Le toucher donne donc des renseignements précis et faciles à interpréter, mais il présente un double inconvénient : — le premier, d'être, après l'accouchement, douloureux à cause des nombreux traumatismes produits par la sortie fœtale ; — le second, d'exposer à la septicémie, car même avec un doigt rigoureusement aseptique, on peut refouler de l'extérieur vers l'intérieur des organes génitaux très aptes à l'absorption, grâce aux plaies qui les sillonnent, des liquides ou des débris divers arrêtés à la vulve.

Aussi vaut-il mieux, à moins de nécessité, se contenter de l'examen du cordon.

*Examen du cordon.* — En même temps qu'on fait la ligature du cordon près de l'ombilic, on en place une seconde au niveau de la vulve, cet *index funiculaire* permet de suivre la descente du placenta. — Lorsque l'index est à sept travers de doigt au-dessous de la vulve, le placenta est en général arrivé au cercle utérin et même engagé dans cet orifice. Quand il est

<sup>1</sup> J'omet volontairement de parler d'un craquement spécial, qu'on aurait pu entendre au moment du décollement placentaire, ainsi que des modifications du souffle utérin. Ces signes ne peuvent servir en pratique. Le fond de l'utérus tombe au niveau de l'ombilic de suite après l'expulsion fœtale, remonte bientôt de quelques centimètres; cette ascension due sans doute, quand elle se produit, à l'accumulation du sang, offre des variations trop grandes, et sa pathogénie est trop obscure, pour en faire un signe auquel on puisse se fier.