porter sur les côtés de la vulve, pendant que les épaules, le dos et les fesses se dégagent.

Cette expulsion s'opère quelquefois si promptement, qu'il est difficile de la suivre; mais, pour peu qu'elle tarde, l'art doit se hâter d'intervenir; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, la compression que les circulaires exercent sur le col peut assez promptement tuer le fœtus.

3° Dans la présentation des fesses, si le travail est abandonné à lui-même, l'accouchement se termine de la manière suivante : les fesses, poussées à la vulve par des contractions utérines, se relèvent du côté où le cordon est situé, puis le tronc descend en s'infléchisant sur lui-même, de façon que, au moment où la tête arrive dans l'excavation, le corps du fœtus forme une courbe dont la concavité répond à peu près à la symphyse des pubis.

Indépendamment du retard qu'elle peut causer dans la marche du travail, et des chances fâcheuses qu'elle fait courir au fœtus, la brièveté du cordon peut encore produire d'autres accidents très-fâcheux pour la mère. C'est à elle surtout qu'il faut attribuer, dans la plupart des cas, la rupture du cordon, le décollement prématuré du placenta, sur lesquels nous reviendrons en faisant l'histoire de l'hémorrhagie utérine. La gravité de ces accidents varie beaucoup, suivant l'époque à laquelle ils surviennent. Au début du travail, l'hémorrhagie qu'ils occasionnent peut compromettre sérieusement la vie de la mère et de l'enfant, si l'art n'intervient promptement. Mais si la rupture du cordon ou le décollement du placenta n'ont lieu qu'au moment où la tête est près de franchir l'orifice vulvaire, ils peuvent être considérés comme une circonstance favorable, car c'est, ainsi que nous venons de le voir, une des ressources que la nature emploie pour terminer l'accouchement.

Enfin, on conçoit que, si le cordon et les adhérences du placenta résistent, le renversement, ou du moins la dépression de l'utérus peut être la conséquence immédiate de l'expulsion du fœtus. C'est vers la fin du travail que ce renversement a lieu; alors, en effet, la femme, sollicitée, par l'état de distension des parties, à faire valoir les douleurs, pousse encore violemment après la cessation de toute contraction utérine, et la matrice relâchée cède d'autant plus facilement à l'action des muscles abdominaux qui tendent à déprimer son fond, que le cordon ombilical, trop court, entraîne dans le même sens la région utérine où le placenta est fixé.

Traitement. — Les conséquences fâcheuses de la brièveté du cordon présentent des indications différentes, suivant l'époque du travail à laquelle on s'aperçoit de son existence. 1° Lorsque les membranes ne sont pas encore rompues, si le col est largement dilaté, les contractions énergiques, et qu'on soupçonne, aux signes que nous avons indiqués, que le tiraillement du cordon est la cause de la lenteur du travail, il faut rompre les membranes; après l'écoulement des eaux, l'utérus reviendra sur lui-même, son fond se rapprochera de son col, et le cordon n'étant plus tiraillé, permettra à la tête de descendre dans l'excavation. 2° Si la tête est au détroit inférieur, au moment où les mouvements alternatifs d'élévation et de progression commencent à être perçus pendant et après la con-

traction il faut appliquer le forceps. 3° Si la tête n'a plus à vaincre que la résistance des parties molles, il faut se contenter de s'opposer, autant que possible, à ce qu'elle puisse remonter après chaque douleur, et, pour cela, appliquer fortement la main sur les parties extérieures du périnée, et tout en soutenant celui-ci, favoriser l'issue de la tête en la repoussant en haut, comme pour aider à son mouvement d'extension ou de dégagement. Il est bon en même temps qu'un aide comprime le bas-ventre, pour empêcher l'utérus de remonter pendant l'intervalle des douleurs. 4° Enfin, après la sortie de la tête, il faut se hâter de relâcher les circulaires que le cordon forme autour du cou, et de les faire passer par-dessus la tête; si ces circulaires trop serrés résistent aux tractions, il faut les couper mais ne pas trop se presser de faire la ligature de l'extrémité ombilicale du cordon. Dans la plupart des cas, en effet, il est nécessaire, après la naissance, de laisser saigner un peu le cordon pour remédier à l'état apoplectique du fœtus; en pratiquant immédiatement la ligature on se priverait de cette ressource. Si, d'un autre côté, l'expulsion est trop lente à se terminer, on serre légèrement entre deux doigts le bout fœtal du cordon que l'on reconnaît aux jets saccadés de sang qu'il fournit.

Dans l'accouchement naturel par le siége, ou après la version pelvienne, le tiraillement du cordon entortillé autour du tronc ou des membres est chose assez fréquente. Il faut y remédier en pratiquant quelques tractions sur son extrémité placentaire, et, si elles ne suffisent pas, couper le cordon, et terminer le plus promptement possible.

Lorsque la brièveté du cordon est naturelle, les mêmes préceptes sont applicables, et si l'on est obligé de porter la main dans l'utérus pour constater la nature de l'obstacle, il faut en profiter pour faire la version pelvienne. On tire sur l'enfant jusqu'à ce que la base de la poitrine paraisse à la vulve: puis on coupe le cordon, on le lie et on le comprime avec les doigts et l'on termine sur-le-champ l'extraction du fœtus.

Après la délivrance, il importe d'introduire la main dans l'utérus, pour s'assurer que le fond de l'organe n'est ni déprimé ni renversé.

CHAPITRE XV

DES OBSTACLES DUS AU FOETUS

Pour que l'accouchement s'opère spontanément et sans danger, il n'est pas nécessaire seulement que la mère soit bien conformée et que le travail ne se complique d'aucun des accidents que nous avons déjà étudiés, il faut encore que le volume du fœtus et la conformation de ses différentes parties ne détruisent pas les justes rapports qui doivent exister entre lui et le canal qu'il doit franchir; il faut enfin qu'il se présente par une des extrémités de son grand axe, qu'il soit régulièrement placé par rapport au bassin. Malheureusement ces conditions favora-

BIBLIOTECA DE NUEVO LEON

bles ne se rencontrent pas toujours. Au moment de la naissance, le fœtus peut aussi être affecté de maladies, offrir des vices de conformation qui augmentent sensiblement ses dimensions. Nous devons donc nous occuper dans ce chapitre des indications que présentent son volume exagéré, ses présentations et ses positions vicieuses, ses maladies, ses monstruosités.

ARTICLE PREMIER

EXCÈS DE VOLUME

Que le bassin soit rétréci, ou que le volume du fœtus soit augmenté, les proportions relativement nécessaires à une expulsion facile cessent d'exister, et l'accouchement devient laborieux.

Il est rare que les dimensions du fœtus dépassent une certaine limite et rendent l'accouchement impossible. Dugès consacre cependant le premier chapitre de son mémoire à des faits de ce genre ; mais il n'a pu en trouver qu'un très-petit nombre dans sa pratique. Nous en avons cité un autre exemple dans ce livre (p. 196).

Nul doute qu'un volume trop considérable ne puisse rendre le travail plus long et plus douloureux ; mais si toutes les autres conditions sont favorables, l'accouchement se terminera vraisemblablement par la seule force de la nature. « C'est » donc principalement lorsqu'on se voit forcé de pratiquer la version sur un en- » fant de grand volume, qu'on peut éprouver les difficultés les plus grandes, et » c'est alors qu'il faut redoubler de soin, pour éviter la décussation des bras sur » la nuque, pour tourner la face d'abord vers un des côtés du bassin, puis vers le » sacrum, et pour abaisser le menton de manière à rendre les diamètres sous- » occipito-bregmatique et bipariétal parallèles à ceux du détroit pelvien et des » organes génitaux externes. » (Dugès.)

L'excès de volume au lieu d'être général, peut porter particulièrement sur l'une des parties fœtales. Pour compléter ce qui précède, nous dirons donc quelques mots de l'excès de volume de la tête et des épaules.

Excès de volume de la tête. — Notre collègue le docteur Joulin, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a consacré un long chapitre de sa thèse de concours à cette cause de dystocie.

D'après cet auteur, les Allemands admettent que l'obstacle peut résider dans le volume seul de la tête, et ils signalent, outre l'excès de grosseur, un phénomène d'ossification peu étudié en France, et qui complique encore la situation : c'est le développement d'os wormiens qui ossifient les fontanelles.

La conduite à tenir dans ces cas de dystocie est fort embarrassante ; le volume du fœtus ne peut guère être apprécié lorsqu'il est encore dans la cavité utérine, et le praticien qui constate l'arrêt du travail dans un bassin paraissant bien conformé, se décidera probablement à agir activement avant que la véritable cause de dystocie lui soit connue ; il interviendra au moyen du forceps ou du céphalotribe, selon les difficultés que le volume du crâne présentera à l'extraction. (Joulin.)

Excès de volume des épaules. — L'accouchement peut être rendu difficile par la dimension trop considérable du diamètre bi-acromial. Cette cause de dystocie entrevue depuis longtemps, a été, de la part de Levret, sous le nom d'enclavement des épaules, l'objet de recherches remarquables qui auraient dû le garantir de l'oubli. De notre temps, elle a été de nouveau affirmée et mise hors de doute par M. Jacquemier, qui lui a consacré un excellent mémoire. Il est à peine besoin de dire qu'il s'agit moins du volume propre des épaules que de celui de la poi-

trine elle-même ; néanmoins, par leur situation et leur saillie, les épaules concourent à former l'obstacle et en font partie. Les épaules et la partie supérieure de la poitrine, dit M. Jacquemier, retenues à l'entrée du bassin, après s'être opposées à la sortie de la tête hors des parties génitales, s'opposent encore à la sortie du tronc, après avoir été entraînées dans le fond de l'excavation pelvienne. Mais il peut arriver aussi que l'obstacle à la sortie de la tête formé par la présence des épaules à l'entrée du bassin une fois surmonté, le reste du corps sorte sans peine. Le contraire peut également se présenter, et l'obstacle formé par les épaules ne se fera sentir qu'après l'expulsion de la tête.

Aux exemples cités par M. Jacquemier, je pourrai en ajouter trois autres observés par moi-même. Dans ces trois derniers cas, je fus appelé pour terminer l'accouchement dans les conditions suivantes : la tête du fœtus étant dégagée et des tractions ayant été faites sur elle, il fut impossible d'extraire le tronc. Je fus plus heureux, mais je déclare que je dus déployer d'assez grands efforts.

Il importe de connaître cette cause de dystocie et d'y obvier rapidement, parce qu'elle entraîne promptement la mort des enfants. Lorsque les épaules, dit encore M. Jacquemier, arrêtées au détroit supérieur, retiennent la tête au fond de l'excavation, ou sont plus ou moins engagées dans le détroit inférieur, l'obstacle résidant dans le volume de la poitrine plutôt que dans la position des épaules, il n'y a pas indication de chercher à déplacer celles-ci ; on devra avoir recours au forceps. Si cet instrument est insuffisant, qu'y a-t-il à faire ? Dès que le fœtus aura cessé de vivre, ou dès que sa vie sera gravement compromise, il ne faut pas compromettre l'existence de la mère par une expectation trop prolongée. On devra donc se décider à faire la crâniotomie, puis la céphalotripsie, diminuer en un mot assez le volume de la tête pour que la main de l'accoucheur puisse pénétrer profondément dans les parties, saisir les bras du fœtus et les abaisser ; des tractions exercées sur eux suffisent ensuite pour amener le tronc au dehors.

Quand le volume exagéré des épaules n'arrête l'accouchement qu'après le dégagement de la tête, quelle conduite faut-il tenir ? Tout d'abord il paraît rationnel de tenter quelques tractions sur la tête ; cette manœuvre suffira dans les cas simples, mais elle sera inutile pour peu que les difficultés soient considérables. Elle expose d'ailleurs à l'arrachement de la tête, qui a été souvent observé ; mieux vaut alors engager deux doigts sous les aisselles, les recourber en crochet, et abaisser ainsi les épaules ; au besoin il ne faut pas hésiter à aller saisir la racine du bras à pleine main, car c'est alors seulement que la main jouit de toute sa puissance.

Les tractions sur les aisselles sont un acheminement au procédé qui consiste à dégager successivement les deux bras, puis à tirer sur eux, pour extraire le tronc au dehors. C'est à ce dernier moyen que M. Jacquemier accorde la préférence ; celui qu'il regarde comme le plus efficace, parce qu'il a pour effet, non seulement de donner un point d'appui solide, mais encore de faire disparaître de la poitrine l'épaisseur des bras et les saillies abruptes que forment les moignons des épaules. (Jacquemier.)

ARTICLE II

PRÉSENTATIONS ET POSITIONS IRRÉGULIÈRES OU COMPLIQUÉES ; ANOMALIES DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

Les anciens donnaient le nom de *présentations vicieuses* à toutes celles dans lesquelles le sommet de la tête ne correspondait pas au col de l'utérus. Mais, comme nous l'avons démontré, l'accouchement, quoique un peu plus difficile,