L'Obstétrique des Gardes-Malades

PAR

E.-A. RENÉ DE COTRET

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine et membre du Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal; ancien accoucheur en chef de la Maternité (Hôpital de la Miséricorde); accoucheur en chef de l'Hôpital Notre-Dame et chef du dispensaire d'obstétrique de l'Hôpital Notre-Dame; membre correspondant de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.

2ième ÉDITION

MONTRÉAL

1924

Tous droits réservés.

LIBRAIRIE C. DEOM MONTREAL

L'Obstétrique des Gardes-Malades

PAR

E.-A. RENÉ DE COTRET

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine et membre du Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal; ancien accoucheur en chef de la Maternité (Hôpital de la Miséricorde); accoucheur en chef de l'Hôpital Notre-Dame et chef du dispensaire d'obstétrique de l'Hôpital Notre-Dame; membre correspondant de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.

2ième ÉDITION

MONTRÉAL

1924

Tous droits réservés.

PREFACE

Le petit livre "L'Obstétrique des gardes-malades", *comme son nom l'indique, est surtout destiné aux gardes-malades, cependant les étudiants en médecine en tireront peut-être quelques avantages, surtout à la veille des examens. Pour les étudiants, il peut paraître incomplet parce que certains chapîtres ne font qu'effleurer le sujet; c'est une petite lacune que nos étudiants peuvent combler assez facilement avec leurs notes et leurs souvenirs des cours et des cliniques. Pour les gardes-malades, les moins avancées dans leurs études certains chapitres paraîtront trop détaillés; c'est un petit défaut que les gardes-malades plus anxieuses de s'instruire aimeront presque à l'égal d'une qualité. Ce petit livre, tel qu'il est fait, permettra aux différents professeurs de doser pour ainsi dire les leçons suivant les aptitudes des élèves, ou suivant les années d'étude.*

Le niveau des études des gardes-malades s'élève continuellement dans toutes les spécialités, il ne fallait donc pas faire moins en obstétrique que dans les autres matières enseignées. Présenter aux gardes-malades un livre plus considérable c'était complètement inutile, puisqu'il existe déjà un grand nombre de manuels ou traités d'accouchement qui ont tous l'inconvénient d'être trop longs pour elles; elles n'y trouvent pas facilement ce qui les intéresse particulièrement. Les manuels et les traités sont faits pour les étudiants et les médecins. Mettre entre les mains des gardes-malades un livre plus abrégé, c'était les priver du plaisir de l'étude, de la satisfaction d'une instruction plus avancée, de l'avantage de pouvoir comprendre facilement les cliniques dans les hôpitaux ou la lecture des revues médicales qu'elles devraient s'appliquer à faire plus souvent; c'était priver les médecins et surtout nos bonnes mères qui accouchent des services précieux que tous nous attendons des gardes-malades modernes.

Dans ce livre, il y a des choses que les gardes-malades doivent apprendre et connaître parfaitement; c'est de la pratique courante et journalière; il y en a d'autres qu'elles ne doivent pas ignorer; c'est de la théorie qu'elles peuvent être appelées à mettre en pratique dans des cas fortuits pour sauver la vie des malades en l'absence du médecin; enfin, il y a des choses purement théoriques dont la connaissance leur permettra de suivre avec intérêt les actes ou la manière d'agir du médecin ou l'effet des traitements.

En donnant à ce petit livre la forme qu'il présente, j'ai cru le rendre intéressant et plus utile Il me semble que cette forme de questions et réponses prépare mieux les élèves, les familiarise de bonne heure à l'interrogatoire qu'elles craignent tant au moment de l'examen et leur enlève cette timidité dont elles ne sont pas toujours maîtresses.

E.-A.-René DE COTRET.

(9 avril 1924).

DEUXIEME ÉDITION. — *J'avais grandement raison de croire que le petit livre* "L'Obstétrique des gardes-malades" *trouverait facilement sa place dans la bibliothèque de la garde-malade et de l'étudiant en médecine, puisque la première édition est déjà épuisée. Il me faut, à la demande générale, en publier immédiatement une deuxième édition. Je suis heureux d'avoir fait, si petite soit-elle, une œuvre utile non seulement à mes propres élèves, étudiants et gardes-malades, mais à la profession médicale en général. Ce livre a pénétré et s'est répandu avec une rapidité surprenante dans tous les hôpitaux du Canada dans lesquels les leçons aux gardes-malades se donnent en français.*

E.-A.-René DE COTRET.

(19 octobre, 1924.)

L'Obstétrique des gardes-malades

ANATOMIE

Nommez les différents organes génitaux externes et internes de la femme?

Ce sont: 1° Les organes génitaux externes: le Mont de Vénus, les grandes lèvres, les petites lèvres ou nymphes, le clitoris, le vestibule, le méat urinaire, (les glandes de la vulve ou glandes de Bartholin), l'entrée du vagin, la fosse naviculaire, (le tissu érectile de la vulve), l'hymen, la fourchette et en outre les seins. (Fig 1, page 7). 2° Les organes génitaux internes sont: le vagin, l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires. (Fig. 2, page 13).

Qu'est-ce que le bassin?

Le bassin, qui représente la filière que doit parcourir le fœtus pour sortir de l'abdomen et être expulsé au-dehors au moment de l'accouchement, est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs.

De combien d'os est formé le bassin obstétrical?

Il est formé par les deux os iliaques, le sacrum, le coccyx et la cinquième vertèbre lombaire.

Quelle est la forme de la filière pelvienne?

La filière pelvienne a la forme d'un entonnoir courbe à large ouverture tournée en haut et en avant, tandis que la petite regarde presque directement en bas.

En combien de parties se divise le bassin?

En deux parties: le grand bassin ou partie supérieure et le petit bassin ou excavation qui est la partie inférieure et la seule intéressante pour l'accoucheur. (Fig. 3, p. 19). L'orifice supérieur du petit bassin forme le détroit supérieur; l'orifice inférieur se nomme détroit inférieur. Au point de vue obstétrical, il y a un troisième détroit qui est le détroit moyen.

Quelles sont les limites du détroit supérieur?

La partie supérieure de la symphyse pubienne, la branche horizontale du pubis, l'éminence ilio-pectinée, la ligne innominée, la symphyse sacro-iliaque, l'aileron du sacrum et l'angle sacro-vertébral.

Quelles sont les limites du détroit moyen?

L'articulation de la 4ème et de la 5ème vertèbre sacrée, le quatrième tubercule sacré, pour certains auteurs la symphyse sacro-coccygienne, le bord supérieur du petit ligament sacro-sciatique, l'épine sciatique et la ligne qui joint cette épine sciatique au tiers inférieur de la symphyse pubienne.

Quelles sont les limites du détroit inférieur ?

La pointe du coccyx, les tubérosités ischiatiques et le sous-pubis.

Au point de vue obstétrical, qu'a-t-on à étudier à chaque détroit ?

Les diamètres, les plans et les axes.

Quels sont les diamètres du détroit supérieur et leurs dimensions ?

1° Deux diamètres antéro-postérieurs: l'un, qui est le promonto-sus-pubien ou conjugué anatomique, non utilisable, a 11 centim.; l'autre, qui est le promonto-pubien minimum, conjugué obstétrical, utilisable, mesure 10.5 cm.

2° Deux diamètres transverses: un maximum, situé dans la partie la plus large du détroit supérieur, 13.5 cm. non utilisable; l'autre, qui est le transverse médian ou diamètre utile, a 12.8 cm.

3° Deux diamètres obliques allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé: 12 cm. à 13 cm. (Fig. 3, page 19).

Il y a encore un diamètre antéro-postérieur très important qui appartient en même temps à l'excavation et au détroit supérieur: le sacro-sous pubien 12 cent.

Quels sont les diamètres du détroit inférieur et leurs dimensions ?

1° Le diamètre antério-postérieur allant de la pointe du coccyx au bord inférieur de la symphyse pubienne 8½ à 9 cm. Par la rétropulsion du coccyx pendant l'accouchement, il peut atteindre 11 à 12 cm.

2° Le transverse ou bis-ischiatique, allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre, 11 cent.

3° Les diamètres obliques, allant du milieu d'un ligament sacro-sciatique d'un côté au milieu de la branche ischio-pubienne de l'autre côté, 11 cent.

Quels sont les diamètres du détroit moyen ?

1° L'antéro-postérieur, de l'articulation de la 4e et de la 5e vertèbre sacrée à la face postérieure et inférieure du pubis, 11.8 cent.

2° Le transverse ou bi-sciatique, 10.8 cent.

3° Les obliques, du centre du trou obturateur au bord inférieur du petit ligament sacro-sciatique, 11 à 11.5 cent.

Les diamètres de l'excavation ont tous 12 cent.

Quels sont les diamètres externes du bassin ?

1° L'antéro-postérieur ou diamètre de Baudelocque dit conjugué externe, allant du bord supérieur de la symphyse pubienne à l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire, 20 cent.

2° Le diamètre bis-épineux antérieur qui unit les deux épines iliaques antérieures et supérieures, 24 cent. (Fig. 3, p. 19).

3° Les diamètres bis-iliaques médians ou bi-crêtes qui unissent les points les plus saillants des crêtes iliaques, 28 centimètres. (Fig. 3, page 19).

4° Les diamètres bi-trochantériens unissant la face externe des deux trochanters.

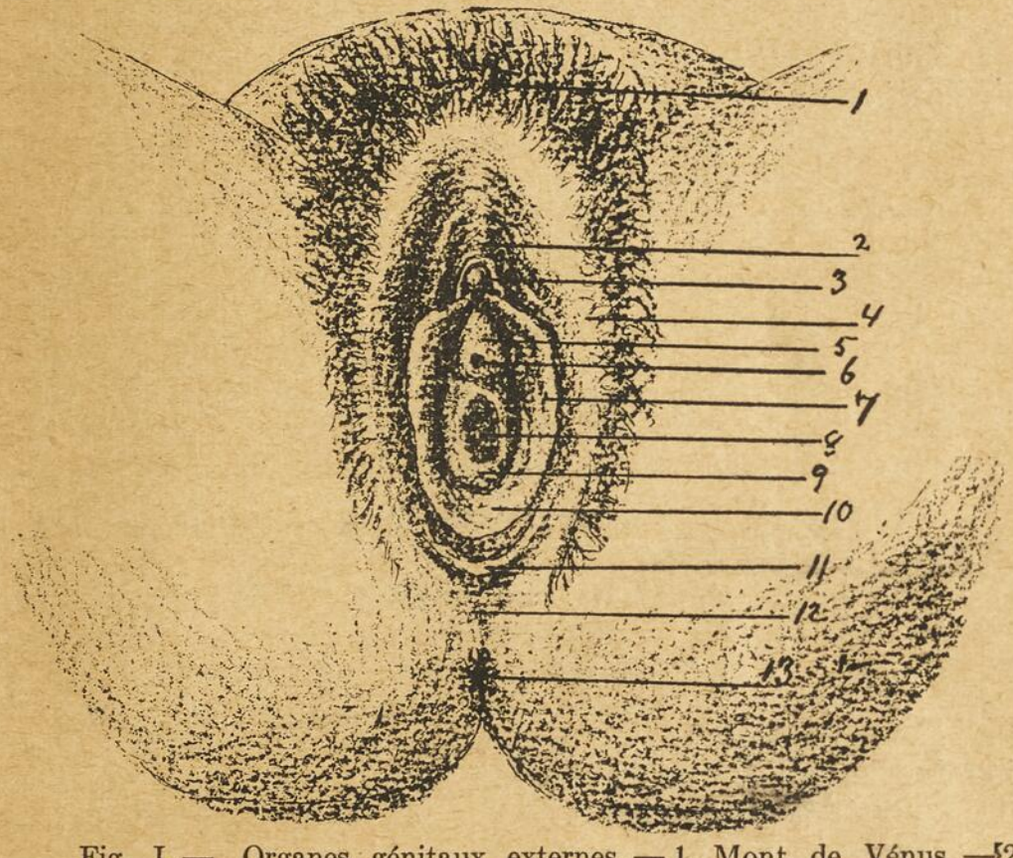


Fig. I. — Organes génitaux externes. — 1. Mont de Vénus. — 2. Capuchon du clitoris. — 3. Clitoris. — 4. Grandes lèvres. — 5. Vestibule. — 6. Méat urinaire. — 7. Petites lèvres ou nymphes. — 8. Orifice du Vagin. 9. Hymen. — 10. Fosse naviculaire. — 11. Fourchette ou commissure postérieure. — 12. Périnée. — 13. Anus.

Qu'appelle-t-on plan?

On désigne sous ce nom des plans fictifs qui, passant par le diamètre antéro-postérieur des détroits ou de l'excavation, toucheraient des points similaires de chaque côté.

Qu'appelle-t-on axes du bassin?

On appelle axes du bassin des perpendiculaires tombant sur le centre des plans des différents détroits.

Quelles sont les articulations intrinsèques du bassin?

Ce sont les symphyses sacro-iliaques droite et gauche, la symphyse sacro-coccygienne, la symphyse pubienne.

Que se passe-t-il du côté des symphyses pendant la grossesse?

Elles se ramollissent et se relâchent plus ou moins par suite de l'infiltration, ce qui permet un certain jeu dans les articula-

tions pulviennes, quelquefois assez considérable pour agrandir les diamètres des différents détroits pendant l'accouchement.

Bassin revêtu de ses parties molles

Le squelette ostéo-ligamenteux du pelvis est recouvert intérieurement et extérieurement par des parties molles.

Quelles sont les parties molles qui recouvrent la surface interne du bassin?

Le détroit supérieur est tapissé latéralement par le muscle psoas et par les vaisseaux iliaques externes.

La surface interne de l'excavation est tapissée en arrière par les deux muscles pyramidaux; latéralement par chacun des muscles obturateurs internes. On trouve dans l'excavation le rectum, la paroi postérieure de la vessie, le vagin et l'utérus. (Fig. 4, p. 25). Le changement, apporté par les parties molles au détroit inférieur, est sa suppression apparente due au plancher du bassin, lui-même fermé de couches de tissus superposés que traversent trois ouvertures très inégales: le méat urinaire, le vagin et l'anus.

Quelles sont les différentes couches de tissus qui forment le plancher périnéal?

Ces couches sont de dehors en dedans: 1° la peau; 2° l'aponévrose superficielle; 3° un groupe de muscles, constituant l'étage inférieur: les deux transverses du périnée, le constricteur du vagin, le sphincter externe de l'anus, l'ischio-caverneux; 4° l'aponévrose moyenne; 5° le releveur de l'anus auquel il faut joindre l'ischio-coccygien formant à eux deux l'étage supérieur; 6° l'aponévrose supérieure.

Quelle est l'étendue du plancher périnéal?

A l'état de repos l'étendue du plancher périnéal est d'environ 7 cent., dont 3 à 4 pour le périnée postérieur c'est-à-dire du coccyx à l'anus et 3 à 3½ pour le périnée antérieur ou périnée proprement dit, c'est-à-dire de l'anus à la commissure postérieure de la vulve. Quand il est distendu au moment de l'accouchement, c'est-à-dire au moment où la tête franchit la vulve, le périnée acquiert 12 à 15 cent. de longueur.

Qu'est-ce que le vagin?

Le vagin, situé dans l'excavation suivant l'axe de la filière génitale, est un canal musculo-membraneux allant de la vulve à l'utérus. La paroi antérieure est plus courte que la postérieure: la première étant de 7 centimètres tandis que l'autre est de 9 cent.; la largeur est de 3 à 4 cm. dans le sens transversal.

Qu'est-ce que l'utérus?

L'utérus est un muscle creux, impair et médian relié au vagin, destiné à la gestation et à l'expulsion du fœtus.

Quelle est sa situation?

Il est situé dans le petit bassin suivant l'axe du détroit supérieur entre la vessie et le rectum et fixé dans cette position par de nombreux ligaments. (Fig. 4, page 25).

Quelle est sa forme?

Il a la forme d'une poire ou d'une gourde, aplatie d'avant en arrière. Il forme deux renflements (corps et col) réunis par un léger étranglement (isthme). Il pèse de 32 à 42 grammes.

Quelle est la dimension de l'utérus chez la nullipare?

Hauteur 63 mm. en moyenne (corps 30, col 33);

Largeur maxima du fond (44 à 46 mm);

Épaisseur antéro-postérieure maxima 17 à 20 mm. La moyenne respective est de 6-4-2.

Quelle est la structure de l'utérus?

L'utérus est constitué par une couche séreuse péritonéale, une couche musculaire à fibres lisses, une tunique muqueuse, un système artériel, veineux et lymphatique.

Quelle est la forme du col utérin?

Le col a la forme d'un cylindre très légèrement aplati d'avant en arrière et un peu plus renflé à sa partie moyenne qu'à ses deux extrémités.

MENSTRUATION, OVULATION

Qu'est-ce que la menstruation?

La menstruation est l'écoulement sanguin, d'origine utérine (trompes?), qui se fait tous les mois au niveau des organes génitaux de la femme bien portante, tant qu'elle est apte à procréer. La durée de l'écoulement mensuel est de 3 à 8 jours, et la quantité de sang expulsé de 200 à 250 grammes.

Qu'est-ce que l'ovulation?

La chute périodique d'un ovule arrivé à maturité en dehors de la vésicule de de Graaf est appelée ovulation. La menstruation et l'ovulation ne sont pas nécessairement des phénomènes coïncidents, mais il est probable que les causes qui agissent sur l'une peuvent avoir un effet sur l'autre, et que, règle générale, les deux phénomènes arrivent simultanément.

Qu'est-ce que la vésicule de de Graaf?

La vésicule de de Graaf ou ovisac est une petite vésicule sphérique située dans le stroma de l'ovaire et contenant l'ovule.

Qu'appelle-t-on corps jaune?

La vésicule de de Graaf vidée et restée dans l'ovaire se remplit d'une sécrétion plastique, parfois sanguinolente, sur laquelle s'applique l'enveloppe plissée par rétraction, formant ainsi un noyau coloré par un pigment jaune spécial, appelé corps

jaune, qui se réduit progressivement (deux mois, corps jaune de menstruation; 6 à 9 mois, corps jaune de grossesse).

Qu'est-ce que l'ovule?

L'ovule, qui est une cellule, est l'élément femelle produit par l'ovaire et duquel dérive l'embryon après la fécondation.

Qu'est-ce que le spermatozoïde?

Ce sont des filaments animés de mouvements propres. Ils constituent essentiellement la partie fécondante du sperme provenant des organes génitaux de l'homme. Ils ont la forme des têtards de la grenouille.

Qu'est-ce que la fécondation?

C'est la pénétration d'un spermatozoïde dans l'ovule. Les spermatozoïdes introduits dans les organes génitaux de la femme montent dans l'utérus, pénètrent dans une des trompes et vont jusqu'à l'ovaire. Il est généralement admis aujourd'hui que le contact du spermatozoïde et de l'ovule se fait le plus souvent sur l'ovaire ou dans le tiers externe de la trompe. L'ovule fécondé chemine alors par la trompe jusque dans la cavité utérine pour s'y développer.

GROSSESSE

Qu'est-ce que la grossesse?

C'est l'état de la femme depuis le moment de la fécondation de l'ovule jusqu'à celui où le fœtus, ayant atteint le terme de la vie intra-utérine, est expulsé pour vivre de la vie extérieure.

Quelle est la classification des grossesses?

1° La grossesse utérine ou topique est normale ou physiologique, simple ou multiple, anormale ou pathologique par maladie de l'œuf, par état pathologique général ou local de la mère.

2° La grossesse extra-utérine ou ectopique est ovarique, tubaire ou abdominale.

Dites, sans entrer dans les détails d'embryologie, comment va se développer l'œuf une fois dans la cavité utérine?

L'œuf s'enfonce dans la muqueuse utérine qui se referme et se cicatrise. Puis l'œuf, en se développant, repousse d'un côté la muqueuse utérine qui formera la caduque réfléchie. La caduque utérine, où s'implante l'œuf, s'appelle caduque sérotine ou basale. Partout ailleurs la muqueuse utérine forme la caduque vraie ou pariétale. Le placenta se forme dans le courant du troisième mois. A la fin du quatrième mois les deux caduques (pariétale et réfléchie) se soudent entre elles.

Quelle est la constitution de l'œuf à terme?

L'œuf est constitué par des membranes et un contenu.

Les membranes sont au nombre de trois. Chacune forme

un sac complet, mais les trois sont placées l'une dans l'autre et adhèrent ensemble de façon à ne constituer qu'une seule poche. Ces membranes sont de l'extérieur à l'intérieur: la caduque qui est d'origine maternelle; le chorion et l'amnios qui sont d'origine fœtale.

Le contenu est le cordon ombilical, le placenta et l'enfant entouré de toutes parts par le liquide amniotique.

Qu'est-ce que le placenta?

Le placenta, aussi appelé arrière-faix, délivre, gâteau placentaire, est un corps mou, spongieux, rougeâtre, vasculaire, ayant la forme d'un gâteau.

Il présente deux faces et une circonférence. La face externe ou utérine, face maternelle, est d'aspect vernissé mat et de coloration rougeâtre plus ou moins foncée; des sillons profonds la divise en 15 à 20 espaces formant ainsi les cotylédons. La face interne ou fœtale est concave, lisse, bleuâtre, recouverte par le chorion et l'amnios. On y voit l'insertion du cordon. Entre la face maternelle et la face fœtale sont situés les lacs sanguins dans lesquels baignent les villosités choriales. Il n'y a que le sang maternel qui circule dans les lacs sanguins. Il n'y a pas de continuité de vaisseaux entre le système maternel et le système fœtal; le sang de la mère ne passe pas dans la circulation du fœtus, mais les villosités baignent dans les lacs sanguins de sorte que les échanges peuvent s'effectuer entre le sang de la mère et celui du fœtus. La respiration et la nutrition de celui-ci s'accomplissent par endosmose et exosmose à travers les parois villeuses.

LE FOETUS À TERME

Qu'est-ce que le fœtus à terme?

C'est le fœtus complètement développé et parfaitement capable de vivre en-dehors de la mère. Son poids moyen varie entre 3.000 à 3.500 grammes (6½ à 7 livres); sa longueur varie entre 50 à 56 centimètres. Le fœtus à terme présente une peau rosée, recouverte d'un enduit sébacé plus ou moins abondant, et d'un duvet qui, très développé chez les enfants faibles et chétifs, l'est beaucoup moins chez les enfants forts et vigoureux. Les ongles dépassent l'extrémité des doigts. Les testicules sont dans le scrotum.

Qu'entend-on par fœtus viable?

La viabilité légale est fixée à six mois révolus. Cependant la viabilité du fœtus est déterminée bien plus par sa maturité, son organisation, son développement que par son âge: c'est ainsi qu'un fœtus de 9 mois peut être moins viable qu'un fœtus de huit.

En dehors du poids et de la longueur du fœtus qu'a-t-on à étudier?

Il faut en étudier, en détail, les parties principales volumineuses qui traversent la filière pelvienne. En effet, il faut bien connaître les dimensions de l'enfant pour comprendre les difficultés qu'il éprouve dans son trajet à travers la filière pelvienne.

Quelles sont ces parties volumineuses?

Elles sont au nombre de trois: la tête, le siège et le thorax.

Décrivez la tête du fœtus?

L'extrémité céphalique est la partie la plus volumineuse, la plus résistante, la moins compressible. A moins d'anomalie fœtale extraordinaire, où la tête a passé, tout passe facilement. Elle ouvre la voie, détruit la résistance, élargit le canal qu'elle parcourt.

Quelle est la forme de la tête?

La tête a la forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité se trouve en arrière et en haut au niveau des bosses pariétales.

De combien de parties se compose la tête fœtale?

De deux parties: le crâne et la face.

Quels sont les os du crâne?

Le frontal, divisé en deux parties à sa portion supérieure, les pariétaux, les deux temporaux, le sphénoïde, l'ethmoïde et l'occipital.

Quels sont les os de la face?

La face est constituée par 14 os: les maxillaires supérieurs, les deux os palatins, le vomer, les deux os propres du nez, les deux os mallaires, les deux os unguis, les cornets inférieurs et le maxillaire inférieur.

Quelle différence y a-t-il entre la boîte crânienne de l'adulte et celle du fœtus?

Les os du crâne, chez l'adulte, s'engrènant les uns dans les autres, ne sont pas susceptibles d'aucun mouvement, la boîte est absolument incompressible. Chez l'enfant, les os de la voûte crânienne sont séparés les uns des autres et sont réunis seulement par des lames membraneuses qui ne s'ossifient que beaucoup plus tard. De là une mobilité des os les uns sur les autres qui leur permet un chevauchement notable d'où résulte une réduction plus ou moins considérable dans les dimensions du crâne.

Comment appelle-t-on les espaces membraneux qui séparent les os du crâne?

Les dépressions linéaires, membraneuses, qui se trouvent entre les parties osseuses du crâne sont appelées *sutures*; le lieu où deux sutures se rencontrent s'appelle *fontanelle*.

Est-il important de bien connaître les sutures et les fontanelles de la voûte crânienne?

Il est excessivement important de les bien connaître, car elles servent à faire le diagnostic des présentations et des positions de l'extrémité céphalique.

Nommez les sutures? (*Fig. 5 et 6, pages 31-39*).

1° *La suture sagittale,* appelée encore *grande suture* ou *suture antéro-postérieure.* Elle part de la racine du nez et aboutit à l'angle supérieur de l'occipital. Elle est formée de deux parties distinctes qui sont d'avant en arrière: la *suture frontale* ou médio-frontale, comprise entre le bord interne des deux frontaux, et la *suture interpariétale* qui sépare les deux pariétaux.

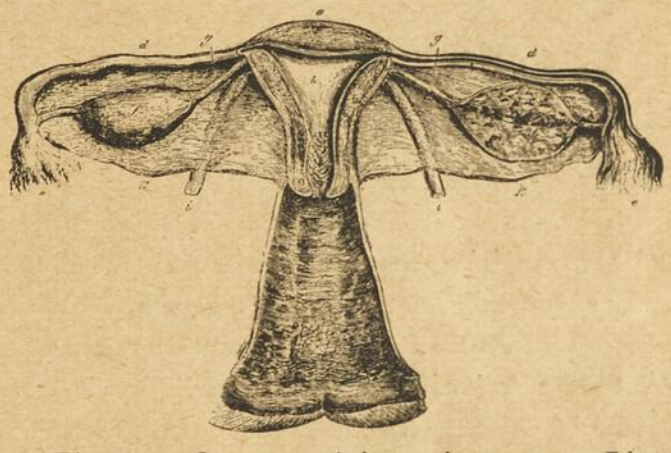


Fig. 2. — Organes génitaux internes. — L'utérus et le vagin sont ouverts; l'ovaire est fendu du côté gauche ainsi que la trompe. — a) Fond de l'utérus. — b) Cavité de l'utérus. — c) Cavité du col. — d) Trompe utérine.—e) Pavillon de la trompe — f.f') Ovaire. — g) Ligament de l'ovaire. — h) ligament de la trompe. — i) Ligament rond. — k) Ligaments larges. — l) Vagin.

2° Latéralement: la suture *fronto-pariétale* ou *coronale* ou transversale antérieure, entre le bord postéro-supérieur des deux frontaux et le bord antérieur des pariétaux.

3° La suture *lambdoïde, occipito-pariétale* est formée par l'union du bord postérieur des pariétaux avec l'écaille de l'occipital.

4° La suture *temporale, temporo-pariétale* ou *écailleuse* formée par l'union de la portion écailleuse du temporal avec le pariétal, l'occipital et l'os sphénoïde.

Comment sont constituées les fontanelles?

Les fontanelles sont les espaces membraneux qui résultent de la rencontre des sutures entre elles, à leur point d'entre-croisement.

Quelles sont les principales fontanelles? (*Fig. 5 et 6*).

1° La fontanelle *antérieure ou bregmatique ou grande fontanelle.* Elle siège à la rencontre de la suture sagittale et de la suture fronto-pariétale. Elle est de forme lozangique. Quatre sutures aboutissent à la fontanelle antérieure.

2° La *fontanelle postérieure, petite fontanelle ou fontanelle occipitale.* Elle est située à l'union des sutures lambdoïde et sagittale. Cette fontanelle est triangulaire et trois satures y aboutissent.

Outre ces fontanelles principales existe-t-il d'autres fontanelles ?

Oui, des fontanelles accessoires qui ne présentent qu'un intérêt secondaire. Ces fontanelles portent le nom de *mastoïdienne, latérale* ou de *Gasser*, et de *fontanelle temporale*. Il y a encore parfois des fontanelles anormales qui dépendent d'un défaut d'ossification.

Quels sont les diamètres de la tête dont la connaissance est indispensable en obstétrique ?

1° Le diamètre occipito-frontal, qui mesure 12 cms, (fig. 6, p. 39); 2° Le sous-occopito-frontal qui mesure 11 cms.;
3° Le sous-occipito-bregmatique, 9½ cms.;
4° L'occipito-mentonnier, 13 cms.;
5° Le sus-occipito-mentonnier, diamètre maximum (BUDIN) 13½ cms.;
6° Le bi-pariétal, 9½ cms.;
7° Le fronto-mentonnier, 8 cms.;
8° Le sous-mento-bregmatique, 9½ cms.;
9° Le bi-temporal, 8 cms.

Qu'appelle-t-on circonférence de la tête ?

On appelle ainsi les lignes fictives plus ou moins circulaires, ovales ou elliptiques, entourant la tête et passant par les extrémités des diamètres.

Quelles sont les principales circonférences de la tête ?

1° La grande circonférence qui passe par les extrémités du diamètre maximum ou sus-occipito-mentonnier; elle mesure 37 à 38 cms.

2° La petite circonférence qui passe par les extrémités du diamètre occipito-bregmatique; elle mesure 32 à 33 cms.

Quels sont les diamètres de la poitrine ?

Les seuls utiles à connaître sont:
1° Le diamètre transverse ou bi-acromial 12 cms.
2° L'antéro-postérieur ou sterno-dorsal 9½ cms.

Quels sont les diamètres du siège ?

1° Le diamètre bi-trochantérien, 9 cms.
2° Le bi-illiaque 8 cms.
3° Le sacro-pubien, 5½ cms.

ATTITUDE DU FOETUS DANS LA CAVITE UTERINE

Qu'appelle-t-on attitude du fœtus ?

Sous le nom d'*attitude* du *fœtus*, on entend les rapports des différentes parties du fœtus entre elles et l'utérus.

Quelle est l'attitude du fœtus ?

Dès les premiers moments de la grossesse, l'embryon tend à se courber sur lui-même, à s'infléchir, de façon à rapprocher

ses deux extrémités, et à prendre la forme d'une nacelle. La concavité formée par cette courbure est tournée du côté du thorax et de l'abdomen. Cette incurvation primordiale de l'embryon se continue jusqu'à la fin de la grossesse. Enfermé dans une cavité dont l'extensibilité est limitée, le fœtus s'y pelotonne de façon à y occuper le moins de place possible.

Qu'est-ce qu'une présentation?

La présentation est la région du fœtus qui s'offre la première au détroit supérieur; mais la partie fœtale ne constitue une présentation qu'autant qu'elle est assez volumineuse pour remplir toute l'aire du détroit supérieur.

Comment le fœtus se présente-t-il au détroit supérieur?

Le fœtus peut se présenter de trois manières:

1° Soit par l'extrémité céphalique; (fig. 13 et 14, p. 79-85);

2° Soit par son extrémité pelvienne; (fig. 15, page 91);

3° Soit par le tronc; (fig. 16, page 97);

De combien de manières peut se présenter l'extrémité céphalique?

De trois façons:

1° la tête peut être *fléchie*, c'est la présentation du sommet (fig 13, page 79)

2° la tête peut être *défléchie*, c'est la présentation de la face (fig. 14, page 85)

3° la tête peut être dans une position intermédiaire entre la flexion et la déflexion, c'est la présentation du front.

De combien de façons l'extrémité pelvienne peut-elle se présenter?

L'extrémité pelvienne peut se présenter complète ou décomplétée, suivant que les membres restent fléchis ou suivant qu'ils se défléchissent. Dans le premier cas c'est le siège complet dans le second c'est le siège décomplété.

Combien y a-t-il de modes dans le siège décomplété?

Trois modes:

1° mode des fesses, lorsque les membres inférieurs sont complètement relevés et appliqués sur le plan antérieur du fœtus;

2° mode des pieds, lorsque les membres inférieurs sont étendus et que les pieds descendent les premiers;

3° mode des genoux, lorsque les cuisses sont allongées au-dessous du bassin et les jambes fléchies sur les cuisses.

Dans la présentation du tronc, comment le fœtus se présente-t-il?

Par l'un des plans latéraux *droit* ou *gauche*.

Qu'est-ce qu'une position?

On appelle position le rapport qui existe entre une portion limitée de la présentation prise comme point de repère et la moitié gauche ou droite du bassin.

Quels sont les points de repère fœtaux?

La fontanelle postérieure ou la pointe de l'occipital pour la présentation du sommet;

Le menton pour celle de la face;

Le front pour celle du front;

La crête sacrée pour le siège;

L'acromion pour l'épaule.

Combien y a-t-il de positions?

Comme le point de repère fœtal est nécessairement situé dans la moitié droite ou gauche du bassin, il n'existe que deux positions fondamentales pour chaque présentation: la position droite et la position gauche.

Combien y a-t-il de variétés de positions pour chaque position fondamentale?

Il y a trois variétés de position qui correspondent à trois points de repères pris sur chaque moitié du détroit supérieur: un en avant, l'éminence ilio-pectinée ou extrémité antérieure du diamètre oblique; latéralement, le milieu de la ligne innominée ou l'extrémité du diamètre transverse; en arrière, la symphyse sacro-iliaque ou l'extrémité postérieure du diamètre oblique.

A la fin du travail existe-t-il d'autres positions?

Oui, il existe *deux positions directes*, suivant que le point de repère fœtal se place en avant ou en arrière, sous la symphyse pubienne ou vers le sacrum. Dans le premier cas la position est directe, variée antérieure ou pubienne; dans le second cas, elle est dite directe, variété postérieure ou variété sacrée.

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

Comment divise-t-on les signes de la grossesse?

Ils se divisent comme suit:

1° En signes rationels ou signes de probabilité, de présomption ou signes subjectifs ou signes maternels;

2° En signes sensibles ou signes de certitude, ou signes fœtaux.

Quels sont les procédés d'exploration à l'aide desquels on recherche les signes de la grossesse?

Les procédés, au nombre de six, sont:

1° L'interrogatoire;

2° L'inspection;

3° Le palper;

4° L'auscultation;

5° Le toucher;

6° La radiographie.

Que peut-on obtenir par l'interrogatoire?

L'interrogatoire de la femme fait connaître l'existence ou l'absence d'un certain nombre de troubles: arrêt de la menstruation, troubles digestifs, ptyalisme, nausées et vomissements, constipation, goûts bizarres et répugnances inexpliquées, changement de caractère, désirs impulsifs, lassitude, envies de dormir ou, au contraire, insomnies, sensation de tension ou picotements dans les seins, augmentation du volume du ventre, œdême, varices, mouvements fœtaux.

Quels sont les signes fournis par l'inspection?

Par l'inspection on peut constater l'augmentation du volume des seins et du ventre; la pigmentation de la peau au niveau de l'aréole, de la paroi abdominale (ligne brune), du périnée et parfois de la face (masque de la grossesse); la coloration violacée du vagin; le boursoufflement de l'aréole, l'existence de l'aréole mouchetée; l'apparition des tubercules de Montgomery; la possibilité de faire soudre quelques gouttes de liquide lactescent au niveau du mamelon par l'expression des seins; les vergetures, la congestion de la vulve; les varices des membres inférieurs.

Quels sont les signes fournis par le palper abdominal?

Par le palper abdominal, on peut percevoir, à partir du quatrième mois, le ballottement abdominal ou les mouvements passifs du fœtus, et à partir du cinquième ou du sixième mois, les mouvements actifs du fœtus.

Quelle est la manière de pratiquer le palper?

La femme doit avoir vidé sa vessie et son rectum. Elle se déshabille de façon que la paroi abdominale soit complètement et largement découverte. Elle s'étend horizontalement sur le dos, les membres inférieurs en extension ou en flexion. L'accoucheur (ou la garde-malade) applique ses deux mains à plat sur la paroi du ventre parallèlement à la ligne brune. Il commence par délimiter le bord supérieur du pubis. Puis il remonte plus ou moins ses mains. Enfin il déprime la paroi abdominale d'abord superficiellement, puis profondément pour faire l'exploration du contenu de l'abdomen ou de l'utérus.

Que peut-on constater par le toucher vaginal?

Par le toucher, on recherche l'état des culs-de-sacs; la consistance du segment inférieur de l'utérus; l'état du col, sa situation, sa forme, sa longueur, sa consistance, son effacement, sa dilatation; le ballottement vaginal, le pouls vaginal; la présentation du fœtus.

Qu'appelle-t-on exploration combinée ou examen bi-manuel?

L'exploration combinée consiste dans l'association du palper et du toucher.

Quels avantages offre l'exploration combinée?

L'exploration combinée permet de circonscrire l'utérus en-

tre les deux mains. On a ainsi la sensation très précise, très nette, très exacte du développement de l'utérus, de sa mobilité, souvent des parties du fœtus qu'il contient. Le toucher et le palper combinés nous permettent de faire de bonne heure un diagnostic probable de grossesse par la constatation du signe d'Hégar.

A quoi sert l'auscultation obstétricale?

A nous faire constater des bruits maternels et des bruits fœtaux.

Quels sont les bruits maternels?

Parmi les bruits maternels, les uns sont absolument indépendants de la grossesse; ce sont: le bruit de gargouillement intestinal ou les borborygmes intestinaux, le bruit musculaire, les simples pulsations des gros vaissaux du bassin, et même les bruits du cœur de la mère qui peuvent être transmis jusqu'à la région hypogastrique. L'autre bruit peut se rapporter à la grossesse, c'est le bruit de *souffle* utérin. Ce *souffle* est *isochrone avec le pouls maternel.*

Quels sont les bruits fœtaux?

Les bruits provenant du fœtus, signes certains de grossesse sont:

1° Le bruit de choc fœtal, produit par le heurt d'une partie du fœtus contre la paroi utérine;

2° Les bruits du cœur fœtal;

3° Les bruits de souffle fœtal.

A quoi sont dus les bruits de souffle fœtal?

Il y a deux espèces de bruits de souffle fœtal:

1° Le souffle cardiaque dû à une disposition spéciale du trou de Bothal, à l'endocardite fœtale;

2° Le souffle funiculaire ou ombilical dû à la compression du cordon ou à une diminution du calibre des vaiseaux ombilicaux produite par quelques replis semi-lunaires ou diaphragmatiques à l'intérieur des vaisseaux.

Quelle est la valeur diagnostique de la radiographie en obstétrique?

Avec une bonne installation radiographique on peut obtenir, dans l'immense majorité des cas, des ombres très nettes de la tête, des petits membres, du rachis du fœtus, au 7ème, 6ème (et même au 5ème mois de la grossesse?)

Quelle est la valeur séméiologique des signes de la grossesse?

Les signes de probabilité (fournis par l'organisme maternel) n'ont aucune valeur réelle ou absolue pour permettre d'affirmer d'une manière certaine l'existence d'une grossesse. Les quatre seuls signes de certitude (fournis par l'organisme fœtal) consistent dans la perception par l'accoucheur:

1° Des mouvements passifs;
2° Des mouvements actifs;
3° Des battements du cœur fœtal;
4° Dans la perception directe de l'œuf.

Comment reconnaître l'âge de la grossesse?

Il n'est pas possible de déterminer l'âge exact de la grossesse, parce que le point initial de la grossesse manque le plus souvent. Entre la dernière époque des règles qui a paru, et la première qui a manqué, il y a un écart de trois grandes semaines, pendant lesquelles la femme a pu devenir enceinte et qui expose ainsi à des erreurs. Cependant certains procédés de mesuration donnent des chiffres approximatifs. Ainsi on peut prendre le pubis comme point de repère et mesurer la hauteur du fond de l'utérus avec un ruban métrique. A trois mois on trouverait le fond de l'utérus à 8 centimètres au-dessus du pubis. Tous les mois le fond de l'utérus s'élèverait de 4 centimètres.

Quelle est la durée moyenne de la grossesse?

De 270 à 280 jours.

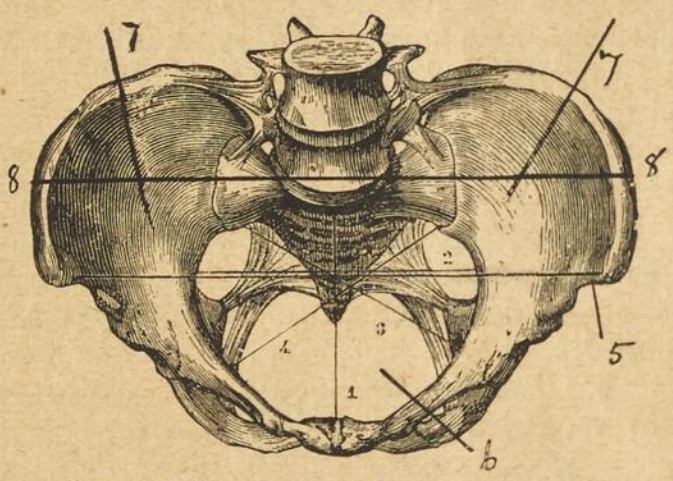


Fig. 3. Bassins, grand et petit. — Détroit supérieur du bassin. — 1. Diamètre antéro-postérieur. — 2. Diamètre transverse. — 3. Diamètre oblique gauche. — 4. Diamètre oblique droit. — 5. diamètre bis-épineux. — 6. Excavation ou petit bassin. — 7. Grand bassin. — 8. Diamètre bi-crête.

HYGIÈNE DE LA GROSSESSE

Quelles sont les règles de l'hygiène de la grossesse?

Les règles générales de l'hygiène sont les mêmes pendant la grossesse qu'à l'état de vacuité. Seulement les principes doivent être rigoureusement appliqués, et il y a de plus quelques précautions particulières à suivre. L'hygiène doit avoir pour double but: 1° de mettre la femme dans les meilleures conditions pour qu'elle soit à l'abri de certaines complications (albuminurie, éclampsie etc.), et pour qu'elle se trouve en bon état de santé au moment de l'accouchement; 2° de favoriser le développement physiologique du fœtus et d'éviter son expulsion prématurée.

Sur quoi doit porter l'attention du médecin pendant la grossesse?

Sur les dents, la bouche, l'estomac, l'intestin, la peau, les reins, le régime alimentaire, les boissons, le vêtement, le repos, les

exercices, les voyages, l'état mental, la profession, les rapports sexuels, les toilettes vulvaires, les seins, la pression artérielle, la conformation du bassin, la recherche des symptômes de l'intoxication, la connaissance de la présentation du fœtus.

Quels sont les soins à prendre pour les dents et la bouche?

La bouche et les dents exigent des soins plus minutieux pendant la grossesse. La carie dentaire est très fréquente pendant la grossesse. La carie dentaire est souvent la cause des troubles de l'estomac et, par là même, elle a un effet indirect sur la santé du fœtus. Par conséquent la femme enceinte devra surveiller ses dents. Au besoin elle verra un dentiste. Elle doit matin et soir, et, au besoin, après chaque repas, se brosser les dents et se rincer la bouche avec un antiseptique approprié.

En outre pour prévenir la déphosphatisation, la décalcification, elle doit prendre beaucoup de phosphate de chaux.

Qu'est-ce qu'il y a à dire à propos des troubles de l'estomac?

Il faut surveiller le bon fonctionnement de l'estomac. S'il y a des vomissements, il vaut mieux consulter un médecin, car il ne faut pas oublier que les vomissements de la grossesse peuvent être sous la dépendance du système nerveux ou de l'appareil génital.

Si l'intestin fonctionne mal que doit-on prescrire?

Il peut y avoir constipation (le plus généralement), ou diarrhée. La constipation conduit facilement à l'auto-intoxication, et elle peut déterminer des congestions pelviennes, l'apparition des hémorroïdes, des menaces d'avortement. La femme enceinte doit avoir une selle par jour. Elle ne doit faire aucun effort quand elle va à la garde-robe... Prendre un verre d'eau au lever et au coucher, manger un fruit et ajouter des légumes aux repas suffisent souvent pour régulariser les intestins. Au besoin la femme aura recours aux suppositoires, aux lavements, aux laxatifs doux: magnésie, rhubarbe, cascara sagrada, sulfate de soude ou de magnésie. Elle évitera les purgatifs drastiques.

Contre la diarrhée fréquente ou habituelle, on prescrira un régime approprié et les antiseptiques de l'intestin.

Quel régime alimentaire doit-on conseiller à la femme enceinte?

L'alimentation reste, d'une manière générale, la même qu'avant la grossesse. Elle doit être substantielle sans être trop abondante. La femme doit manger ce qui lui plait; le *quod sapit nutrit* est surtout applicable pendant la gestation. La femme enceinte évitera avec soin l'usage des viandes conservées et les aliments faisandés ou trop épicés. L'usage du sel doit être très modéré dans certaines circonstances (œdême).

Il va sans dire que parfois la femme doit être soumise à une diète spéciale (albuminurie, vomissement, auto-intoxication, pression artérielle élevée, etc.).

Quelles boissons peut-on permettre à la femme enceinte?

L'alcool, sous toutes ses formes, doit être absolument interdit, parce que l'habitude peut être rapidement contractée; en plus, il a des effets pernicieux sur le fœtus. La femme boira de l'eau en grande quantité. Le lait est non seulement une boisson, mais un aliment précieux pendant la grossesse; cependant il ne faut pas en faire un abus. Le thé et le café seront pris en quantité modérée, mais l'infusion devra toujours être très faible.

Quels soins faut-il donner à la peau?

Pendant la grossesse, surtout à la fin, la peau doit faire sa part de travail comme organe éliminateur, afin de soulager le rein et lui éviter un surcroît de travail. La femme devra donc prendre des bains généraux, pour entretenir la propreté du corps et favoriser le bon fonctionnement de la peau. La température du bain ne doit pas dépasser 35 à 36 degrés centigrades. La durée du bain sera de 10 à 15 minutes. Toutes les parties du corps seront savonnées avec soin, surtout les aisselles, les aines, le sillon interfessier, la vulve et le pourtour de l'anus.

Les femmes qui ont l'habitude des ablutions froides pourront les continuer. Les bains de mer, pris avec précaution, pendant une mer calme, seront permis. La natation est aussi permise à la femme qui en a l'habitude.

Qu'avez-vous à dire à propos des urines d'une femme enceinte?

L'examen des urines doit être pratiqué systématiquement chez toutes les femmes enceintes, qu'elles soient ou paraissent bien portantes ou non, qu'elles soient primipares ou multipares. Cet examen doit être fait même dès les premiers mois de la grossesse. A partir, au moins, du troisième mois jusqu'au septième mois, il faut examiner les urines régulièrement tous les quinze jours; du septième mois au terme de la grossesse, toutes les semaines, et quelquefois plus souvent. L'examen des urines doit porter principalement sur la présence de l'albumine et accessoirement sur celle du sucre. Parfois il faut faire une analyse complète des urines au point de vue chimique et microscopique, et noter la quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures.

Comment doit se vêtir la femme enceinte?

Elle doit se vêtir suffisamment pour ne pas être exposée à des refroidissements (bronchite, néphrite). Ses vêtements seront amples, de manière à ne pas gêner le développement de l'utérus dans la cavité abdominale et à ne pas comprimer la poitrine. Les vêtements supportés par les épaules sont préférables aux jupes pesantes qui s'attachent à la ceinture et pèsent sur le ventre. Le caleçon léger, chaud et fermé, convient très bien, surtout dans les derniers mois, alors que le développement du ventre soulève et éloigne la jupe des membres inférieurs.

Le corset ordinaire sera remplacé avec avantage par le

corset dit de *grossesse ou de maternité*, qui n'a pas de busc rigide, et est muni d'entre-deux en tissu élastique. Certaines femmes, à paroi abdominale relâchée, doivent porter une ceinture abdominale soutenue à l'aide de bretelles passant sur les épaules. Les jarretières seront remplacées par des jarretelles. La chaussure sera suffisamment large, à talon bas.

La femme enceinte doit-elle prendre beaucoup de repos ou beaucoup d'exercice?

L'exercice est aussi nécessaire à la femme enceinte que le repos; mais il ne faut pas oublier qu'il y a des degrés dans l'exercice comme dans le repos. A la femme du peuple, qui peine dix-sept ou dix-huit heures par jour, on ordonnera le repos. A la femme des classes élevées qui ne travaille pas, on prescrira surtout l'exercice modéré au grand air, mais jamais jusqu'à la fatigue. On interdira la course, le tennis, la danse, la natation, l'automobile (machine infernale surtout au début de la grossesse). On conseillera la marche à pied.

Les voyages sont-ils permis à la femme enceinte?

On interdira autant que possible les voyages en chemin de fer (cause fréquente d'avortement ou d'insertion vicieuse du placenta), les promenades en voiture mal suspendue sur des rues mal pavées, ou des routes mauvaises. Si la femme est obligée de faire un trajet long et fatigant en voiture ou en chemin de fer, on lui conseillera de choisir une période correspondant à l'intermenstruation habituelle. On lui fera prendre, une heure ou deux avant le départ et immédiatement après l'arrivée, un lavement contenant vingt-cinq gouttes de laudanum...

Y a-t-il quelques conseils à donner à la femme enceinte quant à son état mental?

La femme doit éviter non-seulement la fatigue et le surmenage physique, mais elle doit aussi éviter autant les émotions. Les émotions trop vives, l'effort mental ou intellectuel peuvent entraîner des conséquences désastreuses (avortement ou accouchement prématuré).

Y a-t-il des professions dangereuses pour la femme enceinte?

Certaines professions exposent les femmes à l'avortement, à l'accouchement prématuré ou à la procréation d'enfants débiles. Les femmes enceintes ne doivent pas séjourner dans une atmosphère viciée par l'acide carbonique ou l'oxyde de carbone (cuisinières, repasseuses). L'intoxication saturnine amène les mêmes complications que celles citées plus haut. Les occupations qui obligent la femme à se tenir debout tout le jour sont funestes à la grossesse.

Les rapports sexuels devront-ils être interdits pendant la grossesse?

Dans les cas d'utérus irritable, et chez la femme prédisposée

aux avortements, les rapports sexuels doivent être interdits, tout au moins aux moments correspondant à la menstruation; même, dans certains cas, il vaut mieux les interdire absolument, surtout dans les premiers mois de la grossesse.

Les toilettes vulvaires et les injections vaginales sont-elles utiles pendant la grossesse?

La femme enceinte doit avoir un soin particulier de ses organes génitaux externes. Elle en fera la toilette matin et soir avec de l'eau savonneuse.

La femme habituée à se donner des injections vaginales peut les continuer sans inconvénient pendant la grossesse. Les injections bien faites n'offrent aucun danger au point de vue avortement et infection. Non seulement, les injections vaginales sont utiles mais elles sont nécessaires quand la femme souffre de vaginite, de leucorrhée plus ou moins abondante et irritante pour les organes génitaux externes. Dans la vaginite granuleuse, d'origine gonococcique ou non, les injections ne sont pas suffisantes; il faut avoir recours, en plus, très souvent, aux pansements vaginaux pour éviter l'ophtalmie purulente chez l'enfant et l'infection puerpérale chez la mère.

Quels sont les soins à donner aux seins?

Les mamelles doivent être l'objet de soins spéciaux surtout dans les deux derniers mois de la grossesse. Les femmes qui ont des seins volumineux, pesants, pendants, devront porter une brassière pour les soutenir tout en prenant garde de ne pas exercer de compression nuisible à leur développement. La femme fera la toilette des seins régulièrement matin et soir, avec du savon et de l'eau tiède. Les mamelons, principalement, seront scrupuleusement nettoyés avec un tampon de coton hydrophile trempé dans de l'eau savonneuse; puis on en fera une dernière toilette avec de l'eau alcoolisée au tiers ou au quart.

On peut ajouter quelques grains de tanin à la solution. Après avoir essuyé le mamelon, on peut l'enduire de glycérine ou y appliquer une couche de beurre de cacao.

Quelles précautions particulières les femmes blondes doivent prendre?

Aux femmes blondes, à cheveux roux, et à celles qui ont les mamelons sensibles, on conseille d'employer la préparation faiblement astringente suivante:

Glycérolé de tanin 15 p.
Teinture de lavande comp. 30 p.
Eau distillée 80p.

On laisse sécher sur le mamelon, puis on enduit le mamelon d'un onguent doux.

Que devons-nous faire quand les mamelons sont plats, peu saillants, rétractés ou ombiliqués?

On peut essayer, de différentes manières, de corriger ces vices de conformation de la nature. Durant les derniers quinze jours de la grossesse, on peut essayer de former le mamelon avec une téterelle bi-aspiratrice, de la manière suivante: le tube inférieur (destiné à l'enfant) est débarrassé de la tétine et plongé dans de l'alcool. La femme applique la capsule de verre sur son sein et elle fait des aspirations par le tube supérieur. Cette opération remplit un double but: elle étire et développe le mamelon par la succion et elle le fortifie par le bain d'alcool.

La cupule de verre du bout de sein de Bailly, appliquée presqu'en permanence, forme assez bien le mamelon. Une pipe bien propre et stérilisée peut remplacer la téterelle ou le bout de sein.

Qu'aves-vous à dire de la pression artérielle pendant la grossesse?

L'augmentation de la pression artérielle au cours de la grossesse peut être le premier symptôme d'une éclampsie plus ou moins proche. Aussi, pour éviter l'accident le plus redoutable de la grossesse, il faut prendre la pression de temps à autre. Une pression artérielle qui s'élève à 140 ou 150 demande une surveillance attentive de la malade, et parfois un régime approprié et un traitement spécial.

Qu'importe la conformation du bassin chez la femme enceinte?

Afin d'éviter les dangers de l'accouchement par suite de vices de conformation du bassin, il faut se renseigner de bonne heure sur l'état des parties osseuses ou molles qui constituent la filière génitale que doit traverser le fœtus au moment de l'accouchement. Il faut faire la mensuration ou pelvimétrie externe et interne du bassin au début de la grossesse ou au plus tard au 5e ou au 6e mois, afin de savoir s'il faut accoucher la femme prématurément ou lui faire courir les risques d'une opération césarienne. L'examen interne des parties génitales permettra de constater s'il existe des obstacles à la sortie du fœtus autres que les rétrécissements du bassin osseux.

A quoi sert la recherche de la présentation du fœtus avant le terme de la grossesse?

La recherche de la présentation nous permet d'opérer, au besoin, la transformation d'une mauvaise présentation en une bonne, afin d'avoir un accouchement eutocique.

Qu'est-ce que l'on entend par la recherche des symptômes de l'intoxication?

Il faut rechercher, pendant la grossesse et surtout pendant les derniers mois, tous les symptômes qui sont les avant-coureurs ou la manifestation d'une intoxication pouvant conduire à l'éclampsie. Ces symptômes sont: l'œdème des membres inférieurs, le boursoufflement de la face, la céphalalgie, les troubles

de la vue et de l'ouïe, les douleurs épigastriques, les vomissements, l'inquiétude, l'agitation, l'insomnie, la somnolence, l'hébétude, l'apathie, l'irritabilté marquée, l'embarras de la parole, la dyspnée, les névralgies diverses, le masque ou chloasma, l'ictère, la présence de l'albumine, l'augmentation de la pression artérielle, les manifestations cutanées: prurit localisé ou généralisé, les éruptions polymorphes, etc.

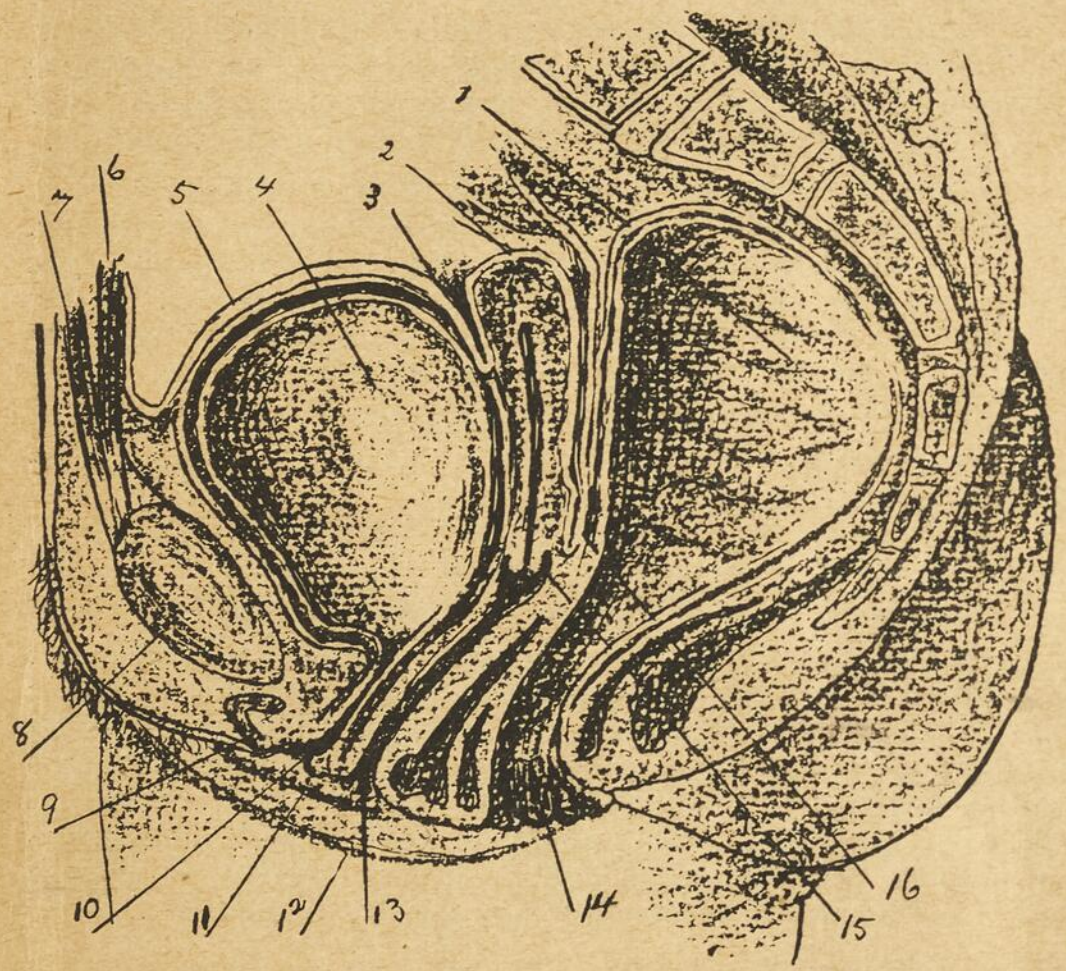


Fig. 4. Coupe antéro-postérieure du bassin, montrant les rapports des organes génitaux. — 1. Rectum distendu. — 2. Utérus. — 3. Cul-de-sac vésico-utérin. — 4. Vessie. — 5. Péritoine. — 6. Grand droit de l'abdomen. — 7. Muscle pyramidal. — 8. Symphyse pubienne. — 9. Clitoris. — 10. Méat de l'urèthre. — 11. Petite lèvre. — 12. Grande lèvre. — 13. Ouverture du vagin. — 14. Anus. — 15. Lèvre postérieure du col. — 16. Cul-de-sac recto-utérin.

DE L'ACCOUCHEMENT

Qu'est-ce que l'accouchement?

l'Accouchement est l'expulsion ou l'extraction, par les organes génitaux, du produit de la conception, arrivé à l'époque de la viabilité, c'est-à-dire après 6 mois révolus.

Quel terme employez-vous pour désigner l'expulsion de l'œuf suivant l'époque de la grossesse où elle se produit?

On dira *fausse couche* ou *avortement*, si l'expulsion a lieu dans les six premiers mois de la grossesse; *accouchement prématuré*, si l'accouchement se fait dans les trois derniers mois, et *accouchement à terme*, s'il se fait à la fin du neuvième mois ou au commencement du dixième mois.

Comment divisez-vous l'accouchement suivant le mode de production?

En *spontané* et en *provoqué; spontané* quand il a lieu sous l'influence des causes naturelles qui déterminent l'accouchement; *provoqué*, quand il est le résultat de manœuvres pratiquées pour interrompre le cours de la grossesse dans un but thérapeutique.

Comment le divisez-vous suivant le mode de terminaison?

En *naturel* et en *artificiel*. L'accouchement est *naturel, normal, physiologique* ou *eutocique*, lorsqu'il s'accomplit sous l'influence des seules forces de l'organisme maternel. Il est *artificiel, anormal, dystocique*, lorsque l'accoucheur intervient pendant le travail par une opération (forceps, version, etc).

Combien de temps comprend l'accouchement?

Deux temps: 1° L'expulsion du fœtus ou accouchement proprement dit;

2° L'expulsion des annexes fœtales (placenta et membranes) qu'on désigne sous le nom de délivrance.

Comment divise-t-on les causes de l'accouchement?

On les divise en causes déterminantes et en causes efficientes. Les causes déterminantes sont celles qui provoquent les causes efficientes, les mettent en jeu, les font agir. Malgré toutes les théories qu'on a émises à ce sujet, les véritables causes déterminantes nous échappent complètement. Les causes efficientes sont celles qui expulsent l'enfant hors de l'utérus et le poussent à l'extérieur. Ces causes efficientes sont la contraction utérine aidée à la fin par la contraction des muscles abdominaux.

Phénomènes du travail ou accouchement proprement dit

Qu'est-ce que le travail?

C'est l'ensemble des phénomènes que l'on observe du côté de la mère, du côté du fœtus et de ses annexes, et qui aboutissent à l'expulsion du fœtus.

Comment divise-t-on les phénomènes du travail?

1° *En phénomènes physiologiques* qui comprennent toutes les modifications qui se passent chez la femme pendant le travail;

2° *En phénomènes mécaniques* qui se rapportent au fœtus; ce sont les différents mouvements que les parties fœtales doivent exécuter pour arriver à l'extérieur;

3° *En phénomènes plastiques* ou *statiques* qui désignent les déformations que subit le fœtus au cours de l'accouchement.

Il est plus logique de diviser les phénomènes du travail: 1° En phénomènes actifs et 2° en phénomènes passifs.

Quels sont les phénomènes actifs?

Les phénomènes actifs sont représentés, avant tout, par la contraction utérine, cause essentielle de l'accouchement; par les contractions des muscles abdominaux, force adjuvante puissante, mais non indispensable, et enfin par les contractions vaginales qui sont si faibles qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

Quels sont les phénomènes passifs?

Les phénomènes passifs sont: l'effacement et la dilatation du col, l'écoulement des glaires; la formation de la poche des eaux et sa rupture; l'ampliation du vagin, de la vulve et du périnée, les mouvements exécutés par le fœtus pendant la traversée du canal pelvi-génital; les modifications plastiques subies par le fœtus au cours de sa progression.

Phénomènes actifs: Contractions

Quels sont les caractères des contractions utérines pendant le travail?

Les contractions utérines sont: *Douloureuses, involontaires, intermittentes.*

Quel rapport y a-t-il entre la contraction et la douleur?

La constance de la douleur est telle qu'on désigne communément les contractions sous le nom de *douleurs*, c'est-à-dire que le mot *douleur* devient synonyme de contraction. Cependant la contraction commence un peu avant la douleur et finit après elle. L'intensité de la douleur est proportionnelle d'habitude à l'intensité de la contraction; mais il y a de nombreuses exceptions d'une femme à une autre. On voit quelquefois des femmes accoucher sans proférer une plainte, sans pousser un cri.

Quelle est la cause des douleurs?

On l'a attribuée à la pression de la paroi utérine contre la colonne vertébrale; à la distension des bords de l'orifice utérin; à la compression des nerfs situés dans la paroi utérine; à de la névralgie lombo-abdominale; à la surdistension du vagin, du périnée, de la vulve, de l'anus; à la compression des nerfs pelviens et des organes contenus dans le bassin.

Quelle est l'intensité des douleurs?

Les douleurs vont en augmentant du commencement du travail à la fin. Au début, elles sont faibles, ressemblant à des coliques ou aux petites douleurs qui accompagnent les menstruations. On les désigne sous le nom de *douleurs mouches*. Bientôt elles deviennent plus pénibles et énervantes. Comme elles correspondent à la période de dilatation du col, on leur donne le nom de *douleurs préparantes*. Lorsque la dilatation est complè-

te, les douleurs plus intenses et accompagnées d'efforts deviennent *expultrices*, et se traduisent par des cris gutturaux, interrompus au moment de l'effort. Enfin, lorsque la tête franchit l'orifice vulvaire surdistendu, les douleurs presque continues deviennent extrêmement violentes; aussi portent-elles le nom de *douleurs concassantes.*

Quel est le siège des douleurs?

Au début du travail, les douleurs occupent souvent les régions latérales de l'utérus, plus tard elles s'irradient en ceinture vers la région pelvienne et le segment inférieur de l'utérus. Assez souvent elles occupent la région lombaire ou sacrée et sont alors particulièrement pénibles: *la femme accouche par les reins.* Ces douleurs s'observent surtout dans les variétés postérieures de la face ou du sommet, la tête fœtale appuyant mal sur le segment inférieur et sur le col.

La contraction utérine est-elle sous la dépendance de la volonté de la patiente?

Les contractions utérines sont indépendantes de la volonté de la parturiente, qui ne peut ni les faire naître ni les suspendre, pas plus qu'elle ne peut les ralentir ou les accélérer. Les *émotions morales* peuvent cependant les influencer soit en les suspendant temporairement (arrivée de l'accoucheur), soit en les réveillant (vue d'un forceps).

La contraction utérine est-elle continue?

Non, elle est intermittente, c'est-à-dire qu'entre deux contractions, il existe un intervalle de repos très net. Les intervalles ou pauses sont d'habitude longues (vingt à quinze minutes) au début du travail.

Ces contractions se rapprochent, à mesure que le travail progresse, de sorte que les intervalles qui les séparent vont toujours en diminuant et ne sont plus à la fin du travail que de cinq minutes, trois minutes et même moins. Parfois les contractions deviennent subintrantes.

Quelle est l'influence des contractions utérines sur les circulations fœtale et maternelle?

Pendant la contraction utérine, les battements du cœur fœtal deviennent plus faibles et plus lents. Ce ralentissement physiologique est dû aux troubles de la circulation utéro-placentaire pendant la contraction. Le pouls maternel, au contraire, s'accélère pendant la contraction.

Quand la contraction des muscles abdominaux entre-t-elle en jeu?

La contraction des muscles abdominaux n'entre en jeu, pour aider le muscle utérin , qu'à une période déjà avancée du travail, alors que la présentation a franchi le col complètement dilaté. Cette contraction, déterminée d'abord par l'action ré-

flexe, est en grande partie soumise à la volonté de la femme, qui peut aider ainsi puissamment à l'expulsion du fœtus; mais cette contraction n'est pas indispensable pour la terminaison de l'accouchement.

Phénomènes passifs

Qu'est-ce que l'effacement du col?

C'est le phénomène par lequel la cavité cervicale est englobée dans la cavité utérine.

Comment se produit l'effacement du col?

Le corps utérin en se resserrant (contraction) pousse l'œuf en bas vers le segment inférieur et l'orifice du col. En même temps, les parois du segment inférieur sont attirés de bas en haut.

Sous l'influence de ces deux actions qui se combinent, l'orifice interne s'ouvre et la portion supérieure du col s'efface. Petit à petit, toute la longueur du col s'évasant ainsi en entonnoir, il se réduira à son orifice externe qui prendra le nom d'*orifice utérin* quand l'effacement sera complet. (Fig. 7 et 8, p. 43-49).

Qu'est-ce que la dilatation du col?

C'est l'agrandissement progressif et lent de l'orifice utérin. (Fig. 9, page 55).

Comment s'opère la dilatation de l'orifice utérin?

La contraction de l'utérus et la pression, exercée sur les bords de l'orifice par la poche des eaux et la partie fœtale qui se présente, sont les principales causes de cette dilatation.

Comment évalue-t-on les dimensions successives dans l'ouverture du col?

Soit en centimètres, soit en les comparant à des pièces de monnaie.

Quel est le phénomène glandulaire qui accompagne l'effacement et la dilatation du col?

C'est une hypersécrétion de mucosités, dites *glaires*.

Quelle est l'apparence des glaires?

Les glaires sont des mucosités filantes, épaisses, jaûnâtres, plus ou moins teintées par du sang, brunâtres alors, ou striées de sang rouge (glaires sanguinolentes).

Quelle est l'utilité des glaires?

Elles lubrifient les voies génitales, et facilitent ainsi le glissement du fœtus.

Qu'est-ce que la poche des eaux?

C'est la partie des membranes mise à nu par la dilatation du col. (Fig. 9, page 55).

Quel est le mode de production de la poche des eaux?

Sous l'influence des contractions utérines, le liquide amnio-

Gynécologie

tique est chassé vers les parties déclives et refoule les membranes vers l'endroit où la résistance est la moins forte c'est-à-dire dans le col.

Comment est constituée la poche des eaux?

1° Par une quantité variable de liquide amniotique; 2° par l'amnios, le chorion et quelques vestiges de caduque.

De quoi dépendent le volume et la forme de la poche des eaux?

La forme et le volume de la poche des eaux dépendent de la forme de l'orifice utérin, de l'élasticité des membranes, de la quantité du liquide amniotique qui y est accumulée, de la présentation et de la position de la partie fœtale, de la conformation du bassin.

Quelle est la forme de la poche des eaux?

La poche des eaux est *plate ou saillante.* La poche des eaux plate est d'un pronostic favorable.

Combien y a-t-il de variétés de poche des eaux saillante?

1° Hémisphérique, 2° cylindrique; 3° en boudin; 4° piriforme, en bissac; 5° en trisac. Les variétés de poche saillante se rencontrent dans les présentations de la face, du siège, du tronc et lorsque le sommet est resté élevé ou dévié.

A quel signe reconnaît-on la poche des eaux?

A la présence, dans le vide du col, d'une surface membraneuse lisse, qui se tend et se soulève pendant la contraction, puis devient flasque et molle aussitôt après. Parfois, lorsqu'il y a excès de liquide amniotique, ou que l'utérus reste en contraction permanente, les membranes demeurent constamment tendues. Parfois aussi les membranes sont épaisses et rugueuses au toucher quand le bord placentaire est près du col. Les membranes peuvent aussi être sillonnées de vaisseaux quand il y a insertion vélamenteuse du cordon.

Quel rôle joue la poche des eaux?

1° Elle aide puissamment à la dilatation de l'orifice utérin;

2° En appuyant sur l'orifice utérin, elle provoque des contractions utérines réflexes;

3° En maintenant le liquide amniotique dans la cavité utérine, elle amortit les contractions qui pourraient gêner la circulation fœtale;

4° Elle empêche l'infection de l'œuf par les microbes venant du vagin et de l'extérieur.

5° Elle laisse filtrer le liquide qui lubrifie le vagin.

Qu'appelle-t-on poche amnio-choriale?

Le liquide amniotique filtrant à travers l'amnios, plus perméable que le chorion doublé de la caduque, se collecte en quantité plus ou moins grande entre l'amnios et le chorion, et forme ce que l'on appelle la poche amnio-choriale.

Quand se fait la rupture de la poche des eaux?

Habituellement quand la dilatation est complète ou à peu près, parce que la pression intra-ovulaire, portée à son maximum, fait éclater les membranes qui ne sont plus soutenues par en bas.

Combien y a-t-il d'espèces de rupture de la poche des eaux?

Deux espèces: 1° la rupture spontanée, quand la résistance est vaincue par la pression intra-amniotique; 2° la rupture artificielle quand elle est produite par le médecin.

La rupture spontanée se produit-elle seulement quand le col est à peu près dilaté?

Non, la rupture peut être: *Prématurée*, quand elle survient quelques heures ou même quelques jours avant tout début de travail; *Précoce*, quand elle a lieu au cours du travail avant la dilatation complète; *Tempestive*, quand elle se fait à la dilatation complète; *Retardée* ou *tardive*, quand elle se produit pendant l'expulsion. Dans quelques cas la poche des eaux ne se rompt pas même tardivement, et le fœtus est expulsé dans ses membranes.

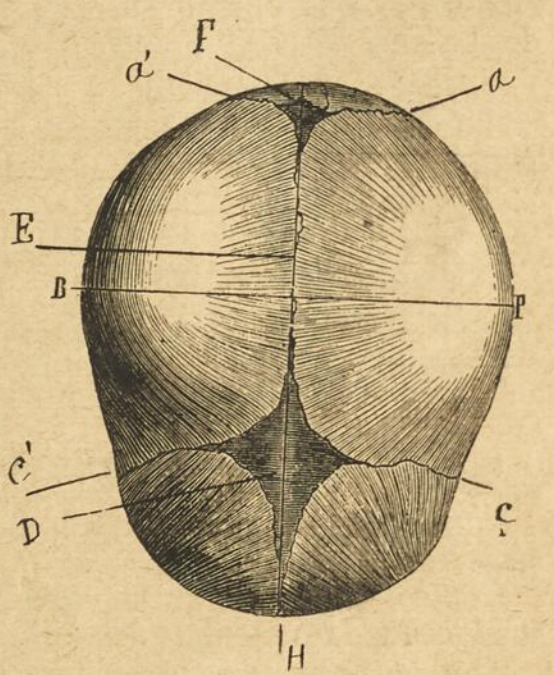


Fig. 5. Tête fœtale vue par en haut. — a,a' suture lambdoïde. — B.P. diamètre bi-pariétal. — c,c' suture fronto-pariétale. — D. Fontanelle antérieure. — E. Suture sagittale. — H. Suture frontale. — F. Fontanelle postérieure.

Où se fait la rupture?

Le plus habituellement au niveau de l'orifice utérin; mais elle s'effectue aussi parfois au-dessus de cet orifice. Dans ce dernier cas, il se forme une nouvelle poche des eaux qui reste flasque pendant la contraction.

Quel danger y a-t-il quand une poche des eaux volumineuse se rompt brusquement?

On doit redouter une procidence du cordon.

Quand le col est complètement dilaté que va-t-il se passer?

L'effet des contractions utéro-abdominales va se faire sentir sur la progression du fœtus qui s'engage, descend et amplifie le vagin et la vulve pour arriver au dehors. Au fur et à mesure qu'elle descend, la partie fœtale s'adapte aux diamètres des parties qu'elle traverse, c'est ce qui constitue le mécanisme de l'accouchement ou les phénomènes mécaniques.

Combien y a-t-il de temps dans le mécanisme de l'accouchement?

Tous les accoucheurs divisent le fœtus en deux segments: la tête et le tronc. Chaque segment exécutera, pour franchir la filière pelvi-génitale, suivant les auteurs, soit trois temps, soit quatre temps dont un ou deux associés. Les temps principaux seraient l'engagement, la descente et le dégagement. Pour mettre plus d'uniformité dans la description du mécanisme, la plupart des auteurs français ont adopté la division en six temps qui sont:

1° L'amoindrissement;
2° L'engagement ou descente;
3° La rotation interne ou intra-pelvienne;
4° Le dégagement;
5° La rotation externe du segment dégagé qui n'est qu'une conséquence de la rotation interne du second segment de l'enfant encore dans le bassin;
6° Le dégagement du second segment.

Qu'appelle-t-on phénomènes plastiques de l'accouchement?

Sous ce nom, on décrit les déformations subies par le fœtus dans son passage à travers la filière pelvi-génitale (déformations intrinsèques et bosse séro-sanguine).

Marche du travail

Combien de périodes comprend le travail de l'accouchement proprement dit?

Deux périodes: 1° La période d'effacement et de dilatation du col; 2° La période d'expulsion.

Quels sont les caractères spéciaux de la première période?

Sous l'influence des contractions utérines, le col s'efface et se dilate. Au début, pendant l'effacement du col, les contractions sont espacées, plus ou moins douloureuses. Des glaires apparaissent à la vulve. Pendant la dilatation du col les douleurs deviennent de plus en plus vives, énergiques et rapprochées. Elles sont énervantes, écœurantes, insupportables, arrachant des cris aigus à la parturiente.

Quels sont les caractères spéciaux de la seconde période ou expulsion?

Assez souvent après la rupture de la poche des eaux, on observe une certaine accalmie. Puis les douleurs reviennent fortes, régulières, accompagnées d'un besoin de pousser. La femme est plus calme quoique souffrant davantage; elle a conscience que le travail avance et qu'elle fait des efforts utiles.

Quelle est la durée du travail?

La durée du travail varie beaucoup. Certaines femmes

accouchent en moins d'une heure; d'autres restent en douleur pendant plusieurs jours. Chez la primipare, la durée moyenne du travail est de douze à quinze heures. La période de dilatation comprend les trois quarts de la durée totale de l'accouchement. Chez la multipare, le travail dure de six à huit heures. La période d'expulsion dure de quinze à trente minutes. Quelquefois cette période se fait en quelques contractions.

Quelles sont les causes qui font varier la durée du travail?

La durée du travail dépend de la parité, de l'énergie et de la régularité des contractions, de la résistance opposée par les voies génitales, de l'âge de la patiente, de l'hérédité, des positions postérieures du sommet, des présentations autres que celles du sommet, de l'excès de volume et de la dureté de la tête fœtale, etc. Les femmes ayant des troubles menstruels seraient exposées à une durée plus longue du travail.

Comment reconnaît-on qu'une femme est en travail?

Deux signes permettent d'affirmer qu'une femme est réellement en travail: il faut et il suffit qu'existent: 1° des contractions utérines douloureuses, persistantes et progressivement croissantes; 2° des modifications du col caractérisées par son raccourcissement ou mieux par sa dilatation progressive.

Quel est le pronostic de l'accouchement?

Le pronostic de l'accouchement dépend de l'état de santé antérieur de la femme; de la rupture précoce ou non des membranes; du milieu dans lequel accouche la parturiente; du mode d'assistance; de la durée du travail; de la parité; de la présentation et de la position du fœtus.

Asepsie et Antisepsie en Obstétrique

L'asepsie et l'antisepsie sont-elles nécessaires en obstétrique?

Oui, l'asepsie et l'antisepsie sont simultanément indispensables dans la pratique obstétricale: autant sinon plus qu'en chirurgie. L'accouchement constituant pour la femme un véritable traumatisme, et les portes d'entrée de l'infection chez l'accouchée étant multiples, il faut traiter la femme comme une blessée et éviter chez elle l'entrée des germes pathogènes dans les organes génitaux. En d'autres termes, il faut faire au cours du travail la prophylaxie des infections puerpérales.

Quelle différence y a-t-il entre l'asepsie et l'antisepsie?

L'asepsie détruit les germes au moyen d'agents physiques et particulièrement de la chaleur; l'antisepsie les tue par action chimique, caustique ou toxique.

L'antisepsie est-elle suffisante?

Non, car les substances antiseptiques, au degré de concentration où il faut les employer pour tuer les microbes, sont caustiques

ques et irritantes pour les tissus; elles sont souvent toxiques pour l'organisme. Employées à une concentration moins forte, compatible avec l'intégrité des tissus et ne présentant pas de danger d'empoisonnement, elles ne remplissent plus qu'imparfaitement leur rôle. De là il faut conclure qu'avant de recourir aux agents chimiques, il faut observer les règles de la propreté absolue.

L'asepsie seule est-elle suffisante?

Tarnier a formulé son avis en écrivant: "La propreté est bonne à coup sûr, excellente même; elle est la condition *sine qua non* de toute antisepsie; mais à elle seule elle est insuffisante."

Qu'y a-t-il à faire avant d'imprégner les liquides ou les matériaux de pansements d'un antiseptique?

Il faut les stériliser par la chaleur.

Quand il s'agit de nettoyer, stériliser les tissus vivants, mains de l'accoucheur et de ses aides, régions ano-vulvaire, abdominale, vaginale de la parturiente peut-on avoir recours à la chaleur ou aux antiseptiques assez puissants pour tuer les microbes?

Non, force est bien de mitiger les procédés de stérilisation; on combine alors, en les affaiblissant pour les rendre inoffensifs, les moyens physiques et chimiques: c'est le lavage à l'eau chaude, le brossage, le savonnage, le dégraissage à l'éther, à l'alcool, la désinfection avec des solutions chimiques de sublimé, de biiodure de mercure, de permanganate de potasse, d'eau oxygénée, etc.

Quelles précautions doit prendre la personne préposée à un accouchement ou qui soigne une accouchée?

Elle doit prendre des précautions minutieuses; éviter de soigner, en même temps qu'une femme en couches, une femme atteinte d'une affection contagieuse (infection puerpérale, érysipèle, scarlatine, angine, suppurations diverses, etc.); s'abstenir de pratiquer une autopsie, la dissection; renoncer à soigner une accouchée, si l'on est porteur soi-même d'une cause d'infection: panaris, phlegmon, furoncle, etc.

Qu'avez-vous à dire quant aux vêtements du médecin ou de garde-malade?

Leurs vêtements doivent être toujours rigoureusement propres. Dans les services d'accouchements, toute personne qui donne des soins aux accouchées doit quitter ses vêtements de ville pour endosser une blouse de toile. Cette précaution devrait être prise même dans la clientèle de la ville. Lorsqu'on a soigné une personne atteinte d'une affection contagieuse, il est indispensable de changer de linge et de vêtements, après avoir pris un bain.

Quelle est la précaution capitale en obstétrique aussi bien qu'en chirurgie?

C'est la désinfection rigoureuse et aussi parfaite que possible des mains et surtout des doigts et des ongles, principaux agents de contamination de la femme en travail ou en couches.

La stérilisation absolue, idéale des mains est-elle possible?

Le médecin et la garde-malade doivent se convaincre que la désinfection complète des mains est vraiment difficile sinon impossible. Mais en pratique, si les mains ne sont pas infectées au préalable, on obtient une désinfection très suffisante en procédant d'une certaine façon.

Comment doit-on procéder à la désinfection des mains?

Il importe d'établir avant tout que l'immersion des mains dans les liquides antiseptiques ne saurait donner qu'une garantie, tout à fait illusoire; une véritable désinfection ne s'obtient que par le nettoyage mécanique, car les liquides ne mouillent pas la peau si celle-ci n'est pas dégraissée. Voici la manière de désinfecter les mains:

Tout d'abord il faut enlever les bagues qui empêchent le nettoyage rigoureux. Les ongles doivent être coupés ras. Les sillons sous-unguéaux sont minutieusement nettoyés au cure-ongles ou avec l'extrémité d'une lime. Puis on fait un véritable nettoyage mécanique des mains par un lavage prolongé (au moins de dix minutes) avec de l'eau stérilisée ou bouillie, chaude de préférence, avec du savon et une brosse bouillie ou stérilisée à l'autoclave. Après le rinçage des mains, on peut les passer à l'alcool, puis dans une solution de sublimé ou de liqueur de Labarraque, ou bien passer les mains dans l'alcool, puis tremper les doigts dans la teinture d'iode dont on enlève l'excès en retrempant les doigts dans l'alcool. Quand on veut obtenir une désinfection encore plus sûre, on peut avant l'immersion dans le sublimé, passer ses mains dans une solution de permanganate de potasse (1 pour 100) puis dans une solution de bi-sulfite (20 pour 100). Les mains désinfectées ne doivent pas être essuyées. La désinfection des mains doit toujours être accompagnée de la désinfection des avant-bras. Un procédé plus rapide de désinfection des mains et des avant-bras, et qui peut être employé en particulier en cas d'urgence (délivrance artificielle) c'est le badigeonnage à sec avec de la teinture d'iode.

Au cours de l'accouchement, il faut toujours avoir, à portée de ses mains, une cuvette remplie d'une solution antiseptique pour y tremper les mains de temps en temps.

Beaucoup d'accoucheurs pratiquent l'accouchement les mains recouvertes de gants stériles. *L'emploi des gants ne dispense en aucun cas de la désinfection des mains.*

Quelles précautions doit-on prendre pour pratiquer le toucher pendant l'accouchement?

Après avoir fait un nettoyage soigneux de la région ano-vul-

vaire, on écarte largement les petites lèvres avec le pouce et l'index d'une main, puis on introduit, dans les organes génitaux, un ou deux doigts de l'autre main enduits de vaseline stérilisée ou de savon liquide stérilisé.

Comment la garde-malade doit-elle préparer les pièces à pansements vulvaires?

On peut avoir à la pharmacie des serviettes hygiéniques déjà stérilisées mais le prix de revient n'est pas à la portée de toutes les bourses. On peut préparer à la maison, à meilleur marché, ces pièces à pansements. On achète quelques verges de gaze stérilisée en boîte scellée, et un ou deux paquets de coton hydrophile ou d'étoupe, tous deux stérilisés. La garde stérilise une grande serviette qu'elle étend sur la table; elle désinfecte également une paire de ciseaux. Après s'être bien stérilisé les mains, la garde coupe la gaze en longueur de dix-huit pouces avec laquelle elle enveloppe le coton hydrophile ou l'étoupe. Elle prépare ainsi, sur la serviette, une douzaine ou deux de paquets qui serviront à couvrir la vulve. Ces paquets seront conservés dans des enveloppes stérilisées. On peut encore acheter quelques verges de gaze (coton à fromage) qu'on trempe dans une solution antiseptique (bichlorure de mercure) et qu'on fait ensuite bouillir. On fait sécher, puis on coupe en longueur voulue. On enveloppe, avec ces morceaux de gaze, des petits paquets de coton hydrophile ou de ouate à bas prix. Chaque paquet est mis ensuite séparément dans un gros papier qu'on attache avec des épingles. On prépare ainsi deux ou trois douzaines de paquets; et comme dernière opération, on enveloppe tous ces petits paquets dans un bon papier. Enfin ce gros paquet est mis au four (fourneau du poêle de cuisine) jusqu'à ce que l'enveloppe extérieure soit roussie ou même carbonisée. On peut encore stériliser ces pièces à pansements, en les mettant dans des boîtes en fer-blanc qu'on chauffe au four. Des vieux linges en toile, ou en coton pourront remplacer la gaze ou le coton hydrophile dans les familles pauvres. On fait bouillir ces vieux chiffons et on les fait stéririliser de la manière plus haut décrite.

Comment stérilise-t-on les instruments?

On peut stériliser les instruments soit dans l'étuve sèche à 160°, soit en les portant à l'ébullition (30 à 40 minutes) dans l'eau additionnée de bicarbonate de soude, soit en les flambant à l'alcool. Les canules vaginales, les sondes utérines, les injecteurs seront bouillis. Les récipients: cuvettes, bassins, etc., seront parfaitement nettoyés au savon, puis flambés à l'alcool.

Quelles doivent être les qualités d'un bon antiseptique obstétrical?

Un bon antiseptique doit répondre aux conditions suivantes: *être actif*, être aussi *peu toxique* que possible, être *peu irritant* pour les tissus, être *peu coûteux* et *sans odeur désagréable.*

Quelles sont les substances antiseptiques employées en obstétrique?

Le nombre des substances antiseptiques employées en obstétrique est considérable et il s'accroît de plus en plus inutilement! Les antiseptiques les plus usités sont: le bichlorure de mercure (1 pour 4000), le bi-iodure de mercure (1 pour 4000), le permanganate de potasse (1 pour 2000), la liqueur de Labarraque (30 grammes par litre), l'iode (3 pour 1000 ou pour 2000), le lysol (2 pour 100), le lusoforme (1 pour 100), l'eau oxygénée, l'essence de térébenthine (5 ou 10 pour 1000).

Y a-t-il des contre-indications à l'emploi du sublimé?

Le sublimé étant toxique, il faut le proscrire chez les femmes sensibles à cette substance; de même chez les femmes albuminuriques et chez celles qui ont eu de fortes hémorragies, ou qui présentent de larges plaies vagino-périnéales. En injection intra-utérine le sublimé est dangereux.

Anesthésie et Analgésie en Obstétrique

Quels sont les agents anesthésiques et analgésiques qui sont employés en obstétrique?

Le chloroforme, l'éther, le bromure et le chlorure d'éthyle, l'opium, le chloral, l'antipyrine, la cocaïne, la scopolamine-morphine, etc.

Comment administre-t-on le chloroforme pendant le travail?

Le chloroforme s'administre de deux façons différentes: à doses chirurgicales ou à doses obstétricales. On emploie le premier procédé pour obtenir l'anesthésie complète, avec abolition de la sensibilité et de l'intelligence et résolution musculaire totale. Ce procédé est réservé aux opérations obstétricales. Avec le second procédé, dit des doses obstétricales faibles, ou chloroforme à la reine ou chloroforne analgésique, on obtient une atténuation marquée ou la disparition des douleurs, sans perte de connaissance. Le chloroforme à la reine peut être employé chez toute femme souffrant beaucoup et supportant mal les douleurs.

Quelles sont les indications du chloroforme comme analgésique (à la reine)?

Le chloroforme à la reine est indiqué: à la fin de la période de dilatation ou pendant l'expulsion, quand les douleurs sont très fortes et que la femme demande à être soulagée; au cours de la dilatation, quand le travail se prolonge, quand les contractions sont subintrantes ou irrégulières et inefficaces; chez les femmes nerveuses, très agitées et indociles; il est encore indiqué dans le tétanisme utérin, le vaginisme, la rigidité du col, etc.

Quelles sont les contre-indications du chloroforme?

Le chloroforme est à redouter chez les femmes anémiées par

des hémorragies graves; chez les cardiaques, lorsque le myocarde est dégénéré. On peut le donner au contraire à celles dont les lésions valvulaires sont bien compensées.

Quand peut-on employer l'éther ?

A doses chirurgicales, l'éther peut être employé dans les cas où le chloroforme est contre-indiqué: chez les femmes profondément anémiées; chez les cardiaques à tendances syncopales. Pour un grand nombre d'accoucheurs, l'éther remplacerait avantageusement le chloroforme dans toutes les circonstances.

Quand emploie-t-on le bromure d'éthyle et le chlorure d'éthyle pur ?

Encore peu employés, ils sont cependant recommandés comme anesthésiques complets en obstétrique, pour les interventions de courte durée (version, délivrance artificielle, suture du périnée).

Quels sont les effets de la morphine sur l'utérus pendant le travail ?

La morphine, employée seule en injections sous-cutanées, calme les douleurs utérines, mais diminue en même temps l'intensité des contractions, et peut suspendre le travail pendant un temps plus ou moins long. Dans les cas cependant où le travail se prolonge, où les contractions sont irrégulières, pénibles et peu efficaces (avec ou non rigidité du col), la morphine régularise souvent et fait progresser le travail. L'action de la morphine serait fâcheuse à la fin de la période de dilatation ou au début de la période d'expulsion.

Quels sont les effets du chloral ?

Le chloral calme les douleurs, mais son action est lente et irrégulière. Il faut employer des doses assez fortes (deux grammes).

Peut-on employer l'antipyrine pendant le travail ?

Oui, pendant la période de dilatation. L'antipyrine calme les douleurs sans arrêter les contractions utérines.

La cocaïne, la stovaïne, la novocaïne peuvent-elles être employées pendant le travail ?

Ces médicaments peuvent être employés pendant le travail en injection intra-rachidienne ou épidurale, mais ils ne rendent pas de services supérieurs à ceux des anesthésiques usuels. Ils sont peu ou rarement employés à causes des difficultés de leur administration et des accidents qu'ils peuvent provoquer.

L'analgésie par la scopolamine-morphine offre-t-elle des avantages ?

Cette médication soulage parfois la parturiente, mais elle n'est pas exempte de dangers, ni pour la mère, ni surtout pour le fœtus.

La garde-malade peut-elle employer à volonté l'une quelconque de ces méthodes d'anesthésie ou d'analgésie?

Non, elle ne peut administrer les anesthésiques généraux que sur l'ordre et en présence du médecin qui porte toute la responsabilité de son action.

Elle ne peut donner les analgésiques (opium, morphine, chloral, antipyrine) que sur une ordonnance du médecin. La rachicocaïnisation ne doit être pratiquée que par un médecin habile.

DE LA CONDUITE À TENIR PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Quelles sont les deux grandes qualités que doivent posséder l'accoucheur et la garde-malade?

La propreté et la patience.

Quel est le rôle de l'accoucheur et de la garde-malade auprès d'une parturiente?

Leur rôle consiste: à surveiller attentivement le travail afin de reconnaître et d'éloigner tout ce qui pourrait troubler le cours normal du travail; à se tenir prêt à combattre les complications qui pourraient brusquement surgir; à mettre tout en œuvre pour assurer des suites de couches aseptiques.

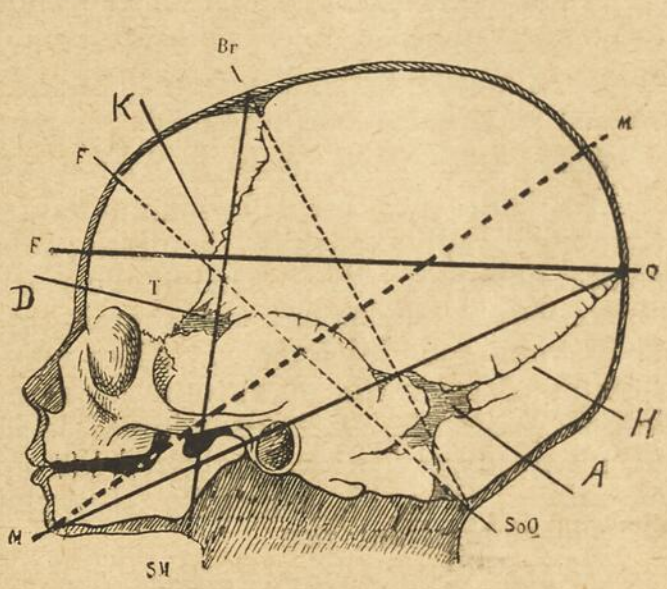


Fig. 6. — Coupe antéro-postérieure de la tête fœtale.

O.F. diamètre occipito-frontal. — M.M. diamètre maximum ou sus-occipito-mentonnier. — O.M. diamètre occipito-mentonnier. — SoO, F. diamètre sous-occipito-frontal. — SoO,Br. diamètre sous-occipito-bregmatique. S.M.Br. diamètre sousmento-bregmatique. — D. Fontanelle temporale. — A. Fontanelle de Gasser. — H. Suture Lambdoïde. — K. Suture fronto-pariétale.

Quelles précautions devons-nous prendre pour la chambre de la parturiente?

La chambre de la parturiente sera vaste, propre, bien aérée, éloignée du bruit de la rue, peu encombrée de meubles, de tapis et de tentures. On y maintiendra une température de 18 à 20 degrés centigrades. (65° à 68° Fare).

On évitera de soulever les poussières par le balayage. La chambre ne devra pas avoir été habitée par un malade atteint d'une affection contagieuse.

Comment préparer le lit de la parturiente?

Disons tout d'abord que le lit doit être *assez élevé* (niveau de la hanche de l'accoucheur autant que possible), *assez résistant* pour que le siège de la patiente ne s'y enfonce pas (ce qui empêcherait de surveiller le périnée) et *bien garanti* contre les souillures, si on ne veut pas mécontenter les clients. (page 61)

Voici comment on dispose le lit: (fig. 10) sur le drap qui recouvre le matelas on met une grande toile imperméable, toile cirée ou toile caoutchoutée que l'on attache par des épingles de sûreté. Au niveau du siège de la femme, on place un second drap, plié en alèze. Par-dessus cette première garniture, on place une seconde toile caoutchoutée assez grande pour couvrir une bonne partie du lit; enfin, sur cette seconde toile, on place un autre drap plié en alèze. Le tout est fixé avec des épingles de sûreté. L'accouchement terminé, on retire la garniture provisoire ou supérieure, et l'accouchée repose ainsi sur un lit propre.

Comment doit être vêtue la femme pendant l'accouchement?

Au début du travail, la femme devra porter des vêtements propres et amples (chemise, camisole, robe de chambre) pour ne pas occasionner de gêne. Quand elle se couchera définitivement, elle conservera seulement une chemise et une camisole relevées par derrière sous les lombes. Alors qu'on est obligé de laisser la femme découverte, on entoure les membres inférieurs de serviettes maintenues avec des épingles de sûreté, ou on revêt chaque membre pelvien de jambières remontant jusqu'à la racine des cuisses, (Fig. 11, page 67). Les cheveux sont nattés afin ne qu'ils s'emmêlent pas.

Quel doit être le régime alimentaire de la femme en travail?

La femme en travail éprouve rarement le désir de manger. L'inappétence pour les aliments solides est plutôt prononcée; en plus, ces aliments fatiguent l'estomac, sont mal tolérés et ils produisent souvent des nausées et des vomissements. En général la soif est vive au moment du travail; on l'étanchera avec de l'eau fraîche ou sucrée, glacée même, des limonades, du thé, du café, du grog à l'eau de vie. On peut donner du bouillon, du jus de viande. Il faut éviter le lait.

La femme en travail peut-elle prendre un grand bain?

Chez la primipare il n'y a aucun inconvénient à prescrire un grand bain. Il peut y avoir des inconvénients et même des dangers à faire asseoir ou coucher, dans une baignoire, une multipare à vulve largement ouverte par des déchirures antérieures.

Dans ce dernier cas, le bain général sera remplacé par un bain d'éponge. Le corps de la femme qui accouche doit être très propre. Les organes génitaux externes doivent être parfaitement lavés à l'eau chaude et au savon, après avoir été ébarbés aux ciseaux ou rasés. Puis on les rince avec une solution anti-

septique. Suivant certaines nécessités, on donne des injections vaginales antiseptiques.

Qu'y a-t-il à faire du côté de l'intestin et de la vessie ?

Il faut voir à ce que la vessie se vide, car la réplétion de la vessie peut gêner la descente de la présentation ou être la cause de contractions irrégulières. Dès le début de l'accouchement il faut administrer un lavement afin que, à la période d'expulsion, les matières fécales ne viennent pas souiller la parturiente ou l'accoucheur. Cependant il faudra bien se garder de donner un lavement chez la multipare quand le col est à peu près dilaté parce que le lavement ne fera son effet que pendant l'expulsion.

Quels sont les objets que la garde-malade doit préparer ?

1° La garde-malade doit remplir deux grandes bouilloires d'eau qu'elle fait bouillir pendant quarante minutes; le couvercle doit rester en place. L'une des bouilloires est mise à refroidir; car il est bon d'avoir toujours de l'eau bouillie refroidie d'avance.

2° Deux cuvettes en tôle émaillée seront flambées; l'une servira pour le lavage des mains, et l'autre pour la solution antiseptique.

3° Une ou deux brosses de chiendent seront bouillies pendant vingt minutes; elles serviront aux médecins et à la garde-malade

4° Deux canules vaginales en verre seront bouillies, puis déposées dans un flacon aseptique rempli d'une solution antiseptique. On fermera bien la flacon pour que les poussières n'y pénètrent pas.

5° Deux pinces hémostatiques, une paire de ciseaux, et du fil fort pour la ligature du cordon seront bouillis.

6° On stérilisera le bidet métallique qui sert à recevoir le liquide des injections. Après usage, ce bidet devra être bien nettoyé et mis dans un sac propre pour être déposé dans un tiroir.

7° On aura un bassin pour les garde-robes. Ce bassin devra toujours être désinfecté.

8° Le bock à injection en tôle émaillé et son tube en caoutchouc seront toujours tenus aseptiquement dans des serviettes ou dans un sac.

9° On aura du linge propre en quantité suffisante (draps, serviettes, etc.).

10° Du coton hydrophile aseptique ou antiseptique.

11° Un tube de vaseline antiseptique pour le toucher.

12° Des tablettes ou des liquides antiseptiques.

13° Un cathétère en verre et un autre en métal, tous deux stérélisés.

14° Une solution de nitrate d'argent à 1 pour 100, ou une solution d'argyrol à 10 ou 20 pour cent pour les yeux de l'enfant.

Quel est le rôle de la garde-malade vis-à-vis de la parturiente?

La garde-malade, comme le médecin, doit surveiller les diverses phases de l'accouchement, rassurer et encourager la parturiente, lui assurer sa tranquillité, soutenir ses forces par l'alimentation, ménager ses forces pendant la période de dilatation, bien guider les forces pendant la période d'expulsion.

La garde-malade peut-elle s'absenter ou laisser la malade seule pendant l'accouchement?

Non, car elle ne pourrait pas surveiller les différentes phases de l'accouchement.

Comment la garde-malade peut-elle rassurer et encourager la parturiente?

La garde fera comprendre à la parturiente, avec des paroles d'encouragement, que chaque douleur a son efficacité, que le travail avance. Elle cachera scrupuleusement à la parturiente toutes les complications qui peuvent survenir pendant le travail ou tout au moins lui en atténuera la gravité. Elle l'encouragera de toutes les manières possibles. Elle calmera ses craintes.

Comment la garde va-t-elle assurer la tranquillité de la femme en travail?

Pendant le travail, la femme doit être parfaitement à l'aise, n'éprouver aucune contrainte morale, ni physique. On ne gardera auprès de la parturiente que les personnes indispensables; on enverra les autres. Surtout il faut écarter soigneusement toutes celles qui pourraient être importunes ou antipathiques; la garde, le mari et la mère de la patiente suffisent dans la majorité des cas. Parfois la présence du mari ou de la mère n'est pas désirée. La garde-malade, comme le praticien, doit deviner les désirs de la parturiente et chercher à les satisfaire. La garde doit être discrète dans sa tenue et son langage: elle ne doit jamais raconter les accouchements ou opérations difficiles. Elle doit être douce et patiente. Elle doit supporter les brusqueries de la patiente qui reconnaîtra la première ses torts après l'accouchement.

Comment ménage-t-on les forces de la femme pendant la période de dilatation?

1° En empêchant la femme de pousser avant que la dilatation ne soit complète, c'est-à-dire pendant toute la période de dilatation.

2° En lui évitant les promenades fatigantes qu'on a trop souvent l'habitude de lui imposer sous le prétexte de hâter l'accouchement.

Quelle doit être la position de la femme pendant l'accouchement à la période de dilatation?

Pendant la période de dilatation, en l'absence de tout état anormal, la patiente peut rester debout, s'asseoir, marcher, se

promener, se coucher de temps en temps. Elle change elle-même au gré de ses désirs. Les mouvements paraissent d'habitude rendre les douleurs plus régulières, plus fréquentes. Ce n'est pas cependant un motif pour fatiguer la femme outre mesure. Quelquefois le contraire a lieu, les contractions sont plus énergiques lorsque la femme est dans le décubitus dorsal; on doit tenir compte de cette observation.

Quand le séjour au lit est-il de rigueur même pendant la période de dilatation?

Le séjour au lit est de rigueur quand la partie fœtale est mal engagée, quand l'œuf est ouvert, quand la poche des eaux saillante fait craindre une rupture prématurée, quand il y a hémorragie ou procidence du cordon.

Quelle doit être la position de la femme pendant l'expulsion?

A ce moment, la femme, qui ne doit pas quitter le lit, est couchée sur le dos, la tête appuyée sur un coussin, les cuisses à demi-fléchies et légèrement écartées, les pieds prenant un point d'appui sur le lit. (Fig. 11, p.67). En dehors des contractions, les jambes peuvent être étendues. Pendant les douleurs, les mains empoignent le matelas ou le drap attaché au lit, ou encore les épaules du mari ou d'un aide complaisant. Pendant la contraction on engage la femme à fermer la bouche et à pousser par en bas (comme pour aller à la garde-robe).



Fig. 7. Col (non effacé) au début du travail. — 1. Anneau de Bandl. — 2. Orifice interne du col. — 3. Orifice externe du col.

Doit-on faire pousser la malade à chaque contraction pendant la période d'expulsion?

Non. On engage la femme à pousser pendant la contraction jusqu'au moment où l'on sent le bregma effleurer et dépasser la fourchette. Alors au moment d'une contraction, l'accoucheur ou la garde arrête d'une main la progression de la tête, en même temps qu'on recommande à la femme de ne plus pousser, d'ouvrir la bouche et de respirer largement. La contraction passée, on l'engage de nouveau à pousser.

Quelles précautions y a-t-il à prendre contre certaines envies d'uriner et d'aller à la selle que la femme éprouve au moment de l'expulsion?

La partie fœtale en descendant dans l'excavation presse le rectum et la vessie; de là des envies illusoires d'uriner et d'aller à la selle; certaines femmes veulent à tout prix se lever pour se mettre sur le vase de nuit. On doit les en empêcher, puisque la tête peut sortir d'un moment à l'autre. On se contente de passer sous le siège un bassin plat, une alèze pliée en double, ou encore des paquets de coton hydrophile pour recevoir les matières fécales.

Sur quoi doit porter l'attention du médecin ou de la garde-malade (en l'absence du médecin) au cours de la période d'expulsion?

1° On doit maintenir l'asepsie des organes génitaux et éviter la souillure de la vulve par les matières fécales;

2° On doit modérer la trop grande brusquerie de l'expulsion spontanée et diriger le passage des divers segments fœtaux à travers l'anneau vulvaire, de manière à réduire au minimum la distension des tissus maternels et à prévenir les effractions de la vulve et du périnée.

Peut-on toujours éviter les déchirures du périnée?

Non; car il y a au point de vue déchirure, trois espèces de périnées:

1° ceux qui ne se déchirent pas, même sans aucune précaution ou protection;

2° ceux qui déchirent quoi qu'on fasse;

3° ceux qui peuvent être épargnés par des précautions convenables.

Quelle est la conduite à tenir pour modérer les déchirures du périnée?

Pour prévenir les déchirures du périnée ou au moins les atténuer, il faut bien se mettre dans la tête qu'il n'est pas suffisant de le soutenir, c'est-à-dire de mettre une main en travers du périnée ou appuyer dessus avec les doigts pour en empêcher la distension. Ce moyen est illusoire. Pour protéger le périnée, ce n'est pas lui qu'il faut soutenir, c'est la tête fœtale qu'il faut retenir et diriger au moment de la sortie. (page 73)

Quelle est la manœuvre à pratiquer pour protéger le périnée?

Si l'accoucheur se tient du côté droit du lit, (fig. 12) il applique sa main gauche sur la partie visible du sommet, de manière à la recouvrir complètement; l'extrémité des doigts, rapprochés et à demi fléchis, est près de la fourchette, la paume de la main est sur le sinciput, ou le talon de la main sur la région pubienne. La main droite de l'accoucheur est passée sous la cuisse droite de la femme et s'applique sur le périnée; il est bon d'interposer une compresse pour empêcher le glissement et la souillure par les matières fécales; le pouce vient s'appliquer sur le sillon génito-crural droit, tandis que les extrémités des quatre autres doigts

réunis se portent dans le sillon homologue. Lorsque surviennent les dernières contractions qui aboutissent à l'expulsion, l'accoucheur détermine sur la tête une pression qui doit être suffisante, non pour la refouler à l'intérieur des voies génitales mais pour l'empêcher de sortir brusquement. Lorsque les bosses pariétales s'engagent au couronnement, il devra immobiliser la tête, inviter la femme à respirer largement, et dès que la contraction sera achevée, il lui conseillera de pousser modérément. Il répétera cette manœuvre jusqu'à ce que les bosses frontales aient franchi l'orifice vulvaire. Quand la circonférence sous-occipito-frontale a franchi la vulve, il ramènera avec la main droite le périnée en arrière en lui faisant balayer la face du fœtus jusqu'au menton, qu'un coup d'index libèrera, s'il demeure accroché à la fourchette vulvaire.

Après la sortie de la tête le danger de déchirure du périnée est-il passé?

Non, après la sortie de la tête, il faut encore veiller pour le passage des épaules: celles-ci peuvent également déchirer le périnée ou augmenter une éraillure faite au passage de la tête. Il faut avoir soin:

1° de placer les épaules d'avant en arrière;

2° de ne pas aller trop vite et attendre que l'épaule antérieure soit sous le pubis avant que la postérieure soit dégagée;

3° de soutenir le périnée avec la main droite.

Comment faut-il procéder pour dégager les épaules?

Quand la rotation externe de la tête est accomplie et par là même la rotation interne des épaules, on procède avec méthode, et sans précipitation au dégagement des épaules. On saisit la tête fœtale entre les deux mains de telle sorte que la paume d'une main recouvre l'occiput et que la paume de l'autre main s'applique sur la face. On tire lentement sur la tête en bas et en arrière, de manière à engager fortement l'épaule antérieure qui finit par se dégager sous l'arcade pubienne; puis on relève la tête plus doucement encore de façon à appuyer l'épaule antérieure sur le bord inférieur de la symphyse sans la faire progresser: l'épaule postérieure distend ainsi le périnée et se dégage. Quand il s'agit de dégager l'épaule postérieure, il vaut mieux saisir la tête d'une seule main pour surveiller de l'autre main le périnée, afin de ne pas agrandir les déchirures qui ont pu s'amorcer.

Qu'y a-t-il à faire quand les épaules sont dégagées?

Après la sortie des épaules, le reste du tronc et le siège se dégagent sans difficultés; il suffit généralement de soutenir le fœtus pendant ce dégagement; parfois il faut continuer à tirer sur la tête du fœtus ou faire des tractions en mettant les index dans les aisselles.

Quelle précaution y a-t-il à prendre quand la tête est dégagée?

Dès que la tête est dégagée, l'index explore le cou du fœtus

et s'assure que le cordon ne forme pas de circulaire à ce niveau. S'il existe un circulaire peu serré, on attire le cordon de façon à faire passer le circulaire au-dessus de la tête ou, quand on ne peut y parvenir, à le faire glisser au-dessus des épaules. Si le circulaire est serré ou s'il existe plusieurs circulaires, on étreint le cordon entre deux pinces à forcipressure et on sectionne entre celles-ci en glissant les ciseaux sur le doigt préalablement insinué sous lui; puis on procède rapidement à l'extraction du fœtus.

Est-on autorisé à rompre les membranes au cours de la période de dilatation?

Seulement dans deux circonstances: 1° Lorsque, malgré des contractions utérines fortes et répétées, la dilatation progresse peu et que la poche des eaux est constamment tendue même dans l'intervalle des contractions: il existe presque toujours, dans ces conditions, un excès de tension du liquide amniotique; 2° Lorsque la femme perd du sang en certaine quantité et qu'il y a lieu d'attribuer cette hémorragie à une insertion vicieuse du placenta.

Doit-on conserver intacte la poche des eaux pendant toute la péiode d'expulsion?

Non; lorsque la dilatation est complète, c'est-à-dire au début de la période d'expulsion, il faut rompre artificiellement les membranes.

Comment procéder pour rompre les membranes?

Pour rompre les membranes, on se sert d'une longue tige de métal arrondie, d'un perce-membranes, d'une pince hémostatique, ou d'une paire de ciseaux tenus fermés. L'index et le médius étant introduits dans le vagin et maintenus au contact des membranes, on saisit l'instrument perce-membranes, et on le conduit parallèlement à l'axe des deux doigts qui protègent les tissus maternels. Une légère pression, exercée sur l'instrument au moment où la poche des eaux se tend, y produit une brèche qui est ensuite agrandie à l'aide du doigt.

Comment rompre la poche des eaux lorsqu'elle est plate, c'est-à-dire lorsque les membranes sont appliquées presque exactement sur le cuir chevelu?

Si la poche des eaux est plate, il faut agir avec prudence pour éviter de blesser le cuir chevelu du fœtus. On saisit les membranes, au moment où elles se tendent sous l'influence de la contraction utérine, à l'aide d'une longue pince à dents de souris, puis on tord celle-ci.

Quand la poche des eaux est volumineuse quel danger y a-t-il à craindre en la rompant?

Si la poche des eaux est volumineuse, il faut craindre la procidence du cordon ombilical, celui-ci pouvant être entraîné par le liquide qui s'écoule avec force, au moment de la rupture des membranes. Pour ralentir cet écoulement on doit, après

avoir rompu les membranes, ne pas retirer aussitôt le doigt du vagin, afin de permettre aux eaux de s'écouler lentement.

PRÉSENTATION DU SOMMET

Qu'est-ce que la présentatièn du sommet?

La présentation du sommet est celle dans laquelle le fœtus se présente par l'extrémité céphalique fléchie. (Fig. 13, page 79.)

La présentation du sommet est-elle fréquente?

C'est la plus fréquente. Elle est d'autant plus fréquente que la grossesse est plus près du terme (96 à 97 pour cent des cas).

Comment peut-on faire le diagnostic de la présentation du sommet?

L'interrogatoire et l'inspection nous donnent très peu de renseignements. Le *palper* est la méthode par excellence du diagnostic différentiel des présentations, chez une femme à terme ou près du terme. Par le palper on trouve dans l'excavation ou au-dessus du détroit supérieur une tumeur volumineuse, dure, régulière et arrondie. Quand le sommet est engagé ou que la tête non engagée est fléchie, la tumeur céphalique est plus accessible, plus saillante d'un côté que de l'autre. Cette portion de la sphère céphalique plus accessible, plus saillante, plus élevée est constituée par la région frontale. L'exploration des parties latérales de l'utérus nous fera percevoir, d'un côté, une surface plus résistante, convexe, qui est le dos du fœtus, et, de l'autre côté, des petites parties fœtales qui flottent dans le liquide. C'est ainsi qu'on peut faire le diagnostic de la présentation du sommet et de sa position gauche ou droite. L'auscultation ne permet nullement à elle seule de faire le diagnostic de présentation du sommet.

Pendant la grossesse le *toucher vaginal* nous permet assez souvent de constater à travers le segment inférieur une tumeur régulièrement arrondie, volumineuse, résistante. Mais, c'est surtout pendant le travail, que le toucher devient le procédé de choix pour le diagnostic de la présentation du sommet.

Comment se fait le diagnostic de la position et de la variété de position d'une présentation du sommet?

Par le palper et l'auscultation pendant la grossesse et en plus par le toucher pendant le travail.

EXEMPLE. Dans une présentation du sommet en position gauche, variété transversale, comment va-t-on en établir le diagnostic par le toucher?

Le doigt perçoit tout d'abord les caractères du sommet, soit à travers les membranes, soit directement à nu: une tumeur osseuse, volumineuse, arrondie, dure, parcourue par une grande suture, sur le trajet de laquelle se trouvent deux fontanelles. La petite

fontanelle ou triangulaire est à gauche; la suture sagittale est parallèle au diamètre transverse et la grande fontanelle ou lozangique est à droite.

Pendant le travail, le diagnostic de la présentation du sommet et de ses positions est-il toujours facile à établir par le toucher?

Non, parce que différentes circonstances exposent à des erreurs de diagnostic. Quand la présentation du sommet est peu ou pas engagée, on peut la confondre avec toutes les autres présentations. Lorsque le travail se prolonge après la rupture des membranes, une bosse séro-sanguine plus ou moins volumineuse peut non seulement masquer les sutures et les fontanelles, mais elle peut encore nous faire croire, par sa consistance à une présentation du siège ou de la face. Le chevauchement des os du crâne peut faire varier considérablement la grandeur des fontanelles. Les fausses fontanelles ou les fontanelles de Gerdy peuvent aussi nous tromper, nous faire errer dans le diagnostic des positions. L'ossification incomplète des os du crâne peut nous tromper facilement dans le diagnostic des fontanelles. La procidence d'un membre peut faire penser facilement à une autre présentation.

Quels sont les différents temps dans le mécanisme de l'accouchement dans les présentations du sommet? (page 79)

Voici les six temps dans la présentation du sommet, (fig. 13):

1er temps: *L'amoindrissement par flexion* qui substitue au diamètre occipito-frontal (12 cm.) ou au sus-occipito-frontal (11 cm.), le diamètre sous-occipito-bregmatique, plus petit (S-O-B 9 cent. 5).

2ème temps: *Engagement et descente.* — Après s'être fléchie, la tête se place dans le diamètre oblique (gauche le plus souvent), s'engage et exécute sa descente jusque sur le plancher pelvi-périnéal.

3ème temps: *Rotation interne de la tête.* — La tête exécute un mouvement de rotation intra-pelvienne plus ou moins étendu qui ramène l'occiput en avant, sous la symphyse pubienne, et place la suture sagittale dans le diamètre coccy-sous-pubien. Le mouvement de rotation a lieu en vertu du principe de l'accommodation: la tête doit adapter ses grands diamètres aux grands diamètres du détroit inférieur qui sont antéro-postérieurs.

4ème temps: *Dégagement de la tête.* — La tête avance lentement, fait bomber le périnée pendant la contraction. Elle reste toujours fléchie et même augmente sa flexion jusqu'à ce que le sous-occiput se place sous le pubis. Alors l'on voit successivement se dégager les diamètres sous-occipito-bregmatique, sous-occipito-frontal, sous-occipito-mentonnier.

5ème temps: *Rotation interne des épaules* et rotation externe de la tête. — Dans ce mouvement les épaules, après avoir abordé la partie supérieure du bassin, accommodent leur grand diamètre (bis-acromial) dans le sens antéro-postérieur, pendant

que la tête exécute un mouvement de rotation qui porte l'occiput d'un côté ou de l'autre suivant la position (mouvement de restitution ou de détortion).

6ème temps: *Dégagement du tronc.* — Lorsque les épaules sont bien orientées dans les organes génitaux, elles traversent assez rapidement le bassin. Le moignon de l'épaule antérieure apparaît d'abord sous le pubis, tandis que l'épaule postérieure suit toute la longueur du bassin mou. Bientôt l'épaule postérieure apparaît à la vulve et se dégage; puis l'épaule antérieure sort à son tour. Le dégagement des épaules opéré, le tronc est expulsé rapidement.

Y a-t-il des anomalies dans le mécanisme de l'accouchement dans les présentations du sommet?

Oui, dans le premier temps, la flexion peut être insuffisante ou exagérée. Les anomalies de l'engagement et de la descente sont rares dans les bassins normaux, quand la tête est normale. La rotation interne de la tête (3ème temps) peut être viciée par défaut, par exagération ou perversion. C'est surtout dans les positions postérieures que les anomalies se présentent (l'occiput tourne en arrière). Les anomalies du quatrième temps sont la conséquence des anomalies de la rotation. Dans le cinquième et le sixième temps les épaules (diamètre bis-acromial) au lieu de se placer dans le diamètre antéro-postérieur se dégagent suivant le diamètre transverse ou oblique de la vulve.



Fig. 8. Col effacé. — 1. Orifice interne. — 2. Orifice externe. — 3. Liquide amniotique.

Quelle différence y a-t-il dans la marche du travail entre les variétés antérieures ou postérieures du sommet?

Dans les variétés antérieures, les différents phénomènes physiologiques de l'accouchement évoluent d'habitude normalement.

Dans les variétés postérieures, le travail, tout au moins chez les primipares, est plus long, plus pénible. Dans ces dernières variétés, les contractions utérines sont fréquemment irrégulières et parfois très douloureuses; les douleurs siègent dans la région lombo-sacrée (la femme accouche par les reins).

Quel est le pronostic de la présentation du sommet?

Le pronostic de l'accouchement par le sommet est généralement favorable pour la mère et pour l'enfant, lorsque le bassin est régulièrement conformé, que le fœtus est de volume normal

et qu'il existe une position antérieure. La mortalité maternelle est nulle. La morbidité dépend du milieu dans lequel la femme accouche, de la durée du travail, du moment de la rupture des membranes, et surtout des précautions antiseptiques prises avant et pendant le travail. Dans les variétés postérieures, le pronostic est moins simple: les interventions manuelles ou instrumentales sont plus fréquentes, et les parties molles maternelles plus menacées. Pendant l'expulsion dans les variétés postérieures le fœtus peut souffrir et succomber.

Quelles sont les déformations de la tête et quels sont les phénomènes plastiques qu'on peut observer dans les présentations du sommet?

A la naissance, la tête de l'enfant se trouve plus ou moins déformée:

1° Par la présence de la bosse-séro-sanguine;

2° Par les modifications des diamètres de la tête qui résultent du chevauchement des os du crâne.

Au bout de quarante-huit ou soixante et douze heures toutes ces déformations ont généralement disparu sans aucun traitement. Le médecin doit tout simplement rassurer l'entourage qui parfois s'inquiète à tort.

La bosse séro-sanguine peut être confondue avec le céphalématome qui est une tumeur constituée par un épanchement sanguin qui se fait entre le périoste et la surface externe d'un os du crâne. Le céphalématome peut être unique ou double; il ne déborde jamais les sutures. Le céphalématome se manifeste d'habitude deux ou trois jours après la naissance.

Quelle est la conduite à tenir dans la présentation du sommet?

La présentation du sommet étant la plus favorable de toutes, c'est elle qui réclame le moins de soins spéciaux. Le rôle de l'accoucheur est le plus souvent passif. On se borne à encourager la malade, à lui conseiller la résignation et la patience, et à lui faire comprendre que non seulement on ne peut, mais on ne doit rien faire, que la nature seule doit faire son œuvre et que l'intervention lui serait plus nuisible qu'utile. Il faut suivre le progrès du travail et surveiller l'état du fœtus.

PRÉSENTATION DE LA FACE

Qu'est-ce que la présentation de la face?

La présentation de la face est celle dans laquelle le fœtus se présente par l'extrémité céphalique défléchie, (fig. 14, page 85).

Quelle est la fréquence de la présentation de la face?

Elle s'observe, en moyenne, une fois sur 250 accouchements.

Quelle est la fréquence des positions?

On observe par ordre de fréquence: 1° la mento-illiaque

droite postérieure; 2° la mento-illiaque gauche antérieure.

Quelles sont les causes de la présentation de la face?

Toutes les causes qui entravent l'accommodation céphalique favorisent la présentation de la face. Ces causes sont: la multiparité, les rétrécissements du bassin, l'obliquité utérine, les malformations utérines, l'hydramnios, la grossesse gémellaire, l'insertion basse du placenta, la brièveté du cordon, la dolichocéphalie, certaines tumeurs du cou du fœtus.

Comment se fait le diagnostic de la présentation de la face?

Par le palper et le toucher.

Comment reconnaît-on la présentation de la face par le palper?

On trouve une grosse tumeur au-dessus, au niveau du détroit supérieur. La tumeur que l'on sent paraît très arrondie, très volumineuse et semble n'occuper qu'un côté du bassin. Au-dessus de la région occipitale, la main qui palpe tombe dans une dépression considérable, en coup de hache. Du côté opposé à la tumeur accessible, on peut sentir une saillie en forme de fer à cheval nettement caractérisée et constituée par le maxillaire inférieur et le menton.

Comment reconnaît-on la présentation de la face par le toucher?

Pendant la grossesse, le toucher donne rarement des renseignements. Au début du travail, avant la rupture de la poche des eaux qui est presque toujours volumineuse, la partie fœtale est élevée. Quand le travail est un peu plus avancé, le doigt peut arriver sur une saillie convexe (front), sur la suture coronale et même sur la fontanelle antérieure et à l'apposé sur la racine du nez.

Après la rupture des membranes, quand le travail est plus avancé, le doigt sent la fontanelle antérieure, la suture coronale, les arcades sourcillières, les globes oculaires, la saillie pyramidale formée par le nez dont une face est percée de deux orifices séparés par une cloison, l'ouverture buccale, les deux rebords saillants des maxillaires inférieur et supérieur. Le doigt introduit dans la bouche sent parfois distinctement les mouvements de succion exécutés par l'enfant.

Comment se fait le diagnostic des positions et des variétés de position de la présentation de la face?

Par la recherche du nez et l'orientation de l'ouverture des narines.

Avec quelles autres présentations peut-on confondre la présentation de la face?

Avec les présentations du sommet et du siège. Le diagnostic différentiel entre les présentations du sommet et de la face se fait de la manière suivante: le doigt suit la suture qu'il rencontre, et dans le premier cas (sommet) il atteint la fontanelle

postérieure à l'opposé du bregma; dans le second cas (face) il touche d'un côté la fontanelle antérieure et de l'autre côté, les arcades orbitaires, le nez, etc.

Lorsque les membranes sont rompues et que la face est tuméfiée, les joues donnent la sensation des fesses; le sillon interjugal ressemble au sillon interfessier, et la bouche à l'anus. C'est en explorant le fond du sillon qu'on évite l'erreur de diagnostic; on y trouve la saillie pyramidale (nez) percée sur une de ses faces de deux trous. Le nez est la seule partie de la face qui ne se laisse pas envahir par l'infiltration œdémateuse.

Quels sont les différents temps dans le mécanisme de l'accouchement dans la présentation de la face?

Comme dans la présentation du sommet, il y a six temps; les voici, (fig. 14, page 85):

1er temps: *Amoindrissement par déflexion* ou extension de la tête: le menton s'abaisse, l'occiput se relève et s'applique fortement contre le dos du fœtus, de telle sorte que les diamètres de la face, qui viennent successivement se mettre en rapport avec le détroit supérieur, sont de plus en plus petits. Le diamètre sous-mento-bregmatique (9½ centim.), ou même le sous-mento-frontal se substitue au mento-retro-bregmatique.

2ème temps: *Descente ou engagement.* — La descente est lente et difficile. Le menton ne peut progresser, s'abaisser qu'autant que le lui permet l'allongement maximum de la partie antérieure du cou, c'est-à-dire que la descente est limitée par la longueur du cou. L'engagement de la face ne peut se compléter qu'après l'exécution du troisième temps (rotation). Il faut donc que le menton tourne en avant vers la symphyse pubienne pour que la descente s'exécute.

3ème temps: *Rotation interne.* — Pendant que se fait la descente, la face tourne en avant de sorte que le menton arrive sous la symphyse pubienne. Après, la tête fœtale bascule dans l'excavation pelvienne, en se fléchissant.

4ème temps: *Dégagement par flexion.* — La face. située dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur progresse sous l'effort des contractions utéro-abdominales, et l'on voit apparaître successivement à la vulve, le menton, la bouche, le nez, le front, le bregma, et l'occiput.

5ème temps: *Rotation interne des épaules* et le 6ème temps, *dégagement* des épaules et du tronc, s'accomplissent de la même manière que dans la présentation du sommet.

Quelles sont les anomalies du mécanisme de l'accouchement dans la présentation de la face?

C'est dans le troisième temps que se présentent les anomalies les plus fréquentes et les plus graves. La rotation interne étant indispensable pour que la descente et le dégagement puissent avoir lieu, l'accouchement est rendu impossible quand la rota-

tion interne est incomplète, qu'elle fait défaut ou qu'elle se fait en arrière.

Quel est le pronostic de la présentation de la face?

Les contractions utérines sont souvent irrégulières, très douloureuses, peu efficaces. Le col se dilate lentement. Le travail est, en général, plus long et les interventions plus fréquentes que dans la présentation du sommet. Les dangers d'infection sont aussi plus grands. Les lésions des parties maternelles sont plus considérables et plus fréquentes. Le pronostic est encore moins favorable pour le fœtus. La mort peut être due: à la compression du cordon; à la compression des vaisseaux du cou; à une intervention intempestive et mal conduite; à la compression de la tête.

Quelles sont les déformations plastiques de la tête dues à la présentation de la face?

Lorsque le fœtus nait vivant, sa face présente un aspect hideux, repoussant; la face est gonflée, violacée; la peau est recouverte par places de phlyctènes, les paupières sont boursouffl ées; les lèvres sont tuméfiées. La langue elle-même peut être tuméfiée. Il faut bien se garder de montrer l'enfant à sa mère que quelques heures après la naissance. La tête conserve parfois, pendant deux ou trois jours son attitude vicieuse. Les déformarions subies par la tête fœtale sont caractéristiques. La tête a une forme dolichocéphale: il y a un aplatissement de la voûte du crâne. Toutes ces déformations disparaissent au bout de quelques jours.

Quelle est la conduite à tenir dans la présentation de la face?

L'accouchement se terminant, en général, spontanément dans les présentations de la face, le médecin devra se contenter de surveiller sans intervenir. Il importe de ne pas pratiquer le toucher trop souvent, pour éviter les excoriations de la peau. Il faut prévenir la famille que l'enfant naîtra défiguré, la face bouffie, violacée; qu'il présentera même quelques phlyctènes au niveau des paupières et des joues. Il faut éviter de rompre les membranes. Parfois le médecin doit intervenir pour essayer de transformer la présentation de la face en une autre présentation ou terminer l'accouchement par une application de forceps.

PRÉSENTATION DU FRONT

Qu'avez-vous à dire sur la présentation du front?

La présentation du front, qu'on ne rencontre heureusement qu'une fois sur 2,500 à 5,000 accouchements, n'est pour beaucoup d'accoucheurs que la variété frontale de la présentation de la face. Le mécanisme de l'accouchement varie quelque peu. Le travail est beaucoup plus lent, plus difficile et plus dystocique. Le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant. La morta-

lité maternelle s'élève à 16 pour 100 et la mortalité fœtale à 36 pour 100.

PRÉSENTATION DU SIÈGE

Qu'est-ce que la présentation du siège?

Il y a présentation du siège quand l'extrémité pelvienne du fœtus vient se mettre en rapport avec l'ouverture du détroit supérieur. (Fig. 15, page 91).

Combien y a-t-il de variétés de présentation du siège?

Deux variétés. L'extrémité pelvienne peut être complète ou décomplétée.

Elle est complète, quand les cuisses sont fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses et croisées.

Elle est décomplétée quand cette flexion totale n'existe pas. Cette dernière variété peut présenter trois modes: 1° le mode des fesses, les membres inférieurs sont en totalité relevés sur le plan antérieur du fœtus, de telle sorte que les pieds se trouvent à la hauteur du cou;

2° le mode des pieds, les membres inférieurs sont totalement étendus, les pieds descendent les premiers;

3° le mode des genoux; les cuisses sont dans l'extension, mais les jambes sont restées fléchies et les genoux descendent les premiers.

Quelle est la fréquence des présentations du siège?

La présentation du siège est d'autant plus fréquente qu'on s'éloigne davantage du terme de la grossesse. On la rencontre 1 fois sur 30 si l'on considère en bloc tous les accouchements avant terme et à terme. A terme, on ne trouve plus qu'un siège sur soixante accouchements environ.

Quelles sont les causes de la présentation du siège?

Elles sont à peu près les mêmes que celles de la présentation de la face. Ce sont toutes les causes qui empêchent ou ne sollicitent pas l'accommodation céphalique normale à la fin de la grossesse.

Comment se fait le diagnostic de la présentation du siège?

Par le palper et le toucher.

Que trouve-t-on au palper?

Au palper on trouve le plus souvent l'excavation vide. Au niveau ou plutôt un peu au-dessus de l'aire du détroit supérieur, les mains rencontrent une partie fœtale, assez volumineuse, irrégulière, ayant une résistance moins grande que la tête fœtale, et accompagnée souvent de petites parties fœtales. Au fond de l'utérus on constate une autre masse plus régulièrement arrondie, plus résistante, d'une dureté osseuse, c'est la tête, que souvent on fait ballotter. En suivant la tête, avant d'arriver

au plan résistant (dos), les doigts sentent une dépression très accusée qui est le *sillon du cou.*

Que trouve-t-on au toucher?

Pendant la grossesse, le toucher ne donne d'habitude aucun renseignement. Parfois on sent à bout de doigt des petites parties irrégulières. Au début du travail, la présentation reste plus souvent élevée, peu accessible. La poche des eaux est volumineuse. Quand le siège est descendu dans l'excavation, on en perçoit les caractères à travers les membranes prudemment déprimées. Après la rupture des membranes, le diagnostic devient plus facile, si le col a atteint une certaine dilatation.

Si le *siège est complet*, le doigt arrive sur une partie plus ou moins étendue qui présente une consistance mollasse, pâteuse et dépressible. En la contournant, on sent le sillon interfessier, l'anus, la pointe du coccyx et la crête sacrée; dans la partie opposée on arrive sur un pied.

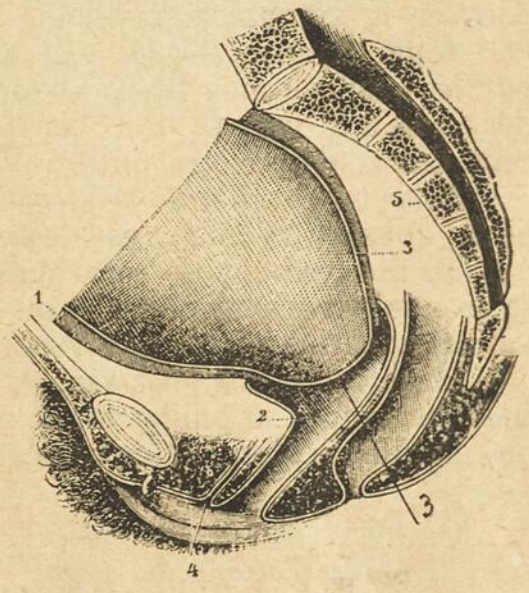


Fig. 9. Col dilaté et poche des eaux. — 1. Utérus. — 2. Vagin. — 3. Membranes et poche des eaux. — 4. Urèthre. — 5. Sacrum.

Dans le *siège décomplété*, mode des fesses, le doigt arrive presque directement, derrière la symphyse pubienne, sur une surface régulière, arrondie, dure, qui ressemble beaucoup à la tête: c'est la région trochantérienne. Si l'on pousse l'examen plus loin, on reconnaîtra les autres signes du siège. Dans le mode des pieds et des genoux on reconnaît facilement les pieds et les genoux. La position et la variété de position de la présentation du siège se reconnaissent par la crête sacrée et le sillon interfessier.

Avec quelles présentations peut-on confondre la présentation du siège?

La présentation du siège, mode des fesses, peut être prise facilement pour une présentation du sommet. C'est pourquoi il faut toujours faire un examen très attentif. C'est surtout quand il existe une bosse séro-sanguine sur la tête que l'erreur peut être commise facilement: il faut chercher l'oreille. C'est la présentation de la face qui est le plus souvent confondue avec la présentation du siège. Le diagnostic différentiel se fait par la recherche de la saillie pyramidale du nez.

Une présentation du sommet compliquée de procidence d'un pied peut faire penser à un siège.

Quel est le mécanisme de l'accouchement dans la présentation du siège?

1er temps: *Amoindrissement* par pelotonnement. — Sous l'influence des contractions utérines, le tronc et les membres pelviens se rassemblent, se tassent de façon à diminuer de volume autant que possible.

Le diamètre bitrochantérien se met en rapport avec le diamètre oblique. (Fig. 15, page 91).

2ème temps: *Descente.* — Le siège tassé, descend lentement dans l'excavation.

3ème temps: *Rotation interne.* — La fesse la plus rapprochée de la symphyse pubienne exécute un mouvement qui la ramène derrière la symphyse pubienne.

4ème temps: *Dégagement du siège et du tronc.* — Poussés par les contractions utéro-abdominales, le siège et le tronc se dégagent à la vulve. Pour sortir de la vulve, les épaules se placent dans le diamètre antéro-postérieur.

5ème temps: *Rotation interne de la tête.* — L'extrémité céphalique, qui s'est fléchie et est descendue dans l'excavation, accomplit un mouvement de rotation de telle sorte que l'occiput qui se trouvait transversalement ou obliquement dirigé dans l'excavation, vient se placer en avant derrière la symphyse pubienne.

6ème temps: *Dégagement de la tête.* — L'occiput se cale derrière la symphyse pubienne, et sous l'influence des contractions utéro-abdominales, la tête se dégage par ses diamètres sous-occipitaux.

Quelles sont les anomalies du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du siège?

L'engagement ou le dégagement peuvent faire défaut, c'est alors qu'il faut intervenir. L'irrégularité la plus fréquente consiste dans le relèvement des bras, surtout quand on tire sur l'enfant. La rotation interne de la tête peut manquer ou se faire en arrière.

Quelle est la marche du travail dans les présentations du siège?

Elle est en général plus lente, plus irrégulière que dans la présentation du sommet.

Quel est le pronostic?

Il est sérieux pour la mère et surtout grave pour l'enfant.

Les lésions de la vulve, du vagin et du périnée sont plus fréquentes, la dilatation de ces parties se faisant trop brusquement. Les interventions fréquentes exposent à l'infection. Les interventions prématurées produisent souvent des déchirures du col pouvant s'étendre au segment ingérieur.

La mortalité infantile est considérable (8 à 10 pour 100). La mort du fœtus est due à l'asphyxie: par compression du cordon ombilical; par décollement du placenta. La mort peut être

due aussi: aux mouvements respiratoires prématurés exécutés par le fœtus partiellement dégagé, et à l'asphyxie produite par l'aspiration dans la trachée des liquides vaginaux; à une syncope réflexe, résultant de la compression de l'abdomen et du thorax au cours des manœuvres d'extraction.

Outre les dangers de mort, le fœtus est exposé au cours des manœuvres nécessitées par son extraction, à des lésions traumatiques d'ordre et de gravité variables: fractures des membres ou paralysies diverses, hémorragies intra-crâniennes.

Quels sont les phénomènes plastiques dans l'accouchement par le siège?

La bosse séro-sanguine étendue, siège d'habitude sur la fesse antérieure, le talon ou la plante des pieds. Les organes génitaux peuvent être tuméfiés et ecchymotiqués. Les déformations de la tête venant derrière sont peu marquées

Quelle est la conduite à tenir dans les présentations du siège?

Pendant la grossesse, il faut tenter la version par manœuvres externes. Au début du travail, quand les membranes ne sont pas rompues, on peut encore tenter la version. Quand le travail est trop avancé ou que les membranes sont rompues, il ne reste plus qu'à surveiller et à guider l'accouchement. Si tout marche régulièrement, le médecin doit surtout se garder d'intervenir; il ne doit pas oublier que la lenteur du travail est favorable à l'issue de l'accouchement. Il faut ménager les forces de la malade, lui conseiller la position horizontale. Il faut faire une antisepsie rigoureuse à cause de la longue durée du travail. On doit préparer à l'avance tout ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant. Les forceps seront stérilisés en cas de besoin. Quand il y a lieu d'intervenir, c'est affaire du médecin seul.

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE

Qu'est-ce que la présentation de l'épaule?

La présentation de l'épaule ou plutôt du tronc est celle dans laquelle le fœtus se présente par l'un de ses plans latéraux, droit ou gauche, (fig. 16, page 97).

Combien y a-t-il de présentations du tronc?

Deux: celle de l'épaule droite et celle de l'épaule gauche. Le point de repère est l'acromion.

Quelle est la fréquence des présentations de l'épaule?

1 fois sur 125 accouchements.

Combien y a-t-il de variétés de présentation de l'épaule pendant le travail?

Trois variétés: 1° *Acromiale,* lorsque l'acromion se trouve au centre du bassin; 2° *Cubitale,* quand le coude occupe le milieu

du détroit supérieur; 3° *Brachiale,* lorsque l'avant-bras défléchi est descendu dans le vagin.

Combien y a-t-il de positions dans la présentation du tronc?

Deux positions, sans variété de position: la gauche et la droite. Il existe par conséquent: 1° La présentation de l'épaule droite, en position acromio-iliaque gauche; 2° la présentation de l'épaule droite en position acromio-iliaque droite. On rencontre les mêmes positions pour la présentation de l'épaule gauche.

Quelles sont les causes de la présentation du tronc?

Ce sont, comme pour les présentations de la face et du siège, toutes les conditions qui gênent ou ne sollicitent pas l'accommodation céphalique normale: multiparité, malformations de l'utétus, rétrécissement du bassin, la petitesse ou la mort du fœtus et sa macération, la grossesse gémellaire, l'hydramnios etc.

Comment reconnaît-on une présentation de l'épaule, pendant la grossesse?

A l'inspection, on constate que le grand diamètre de l'utérus au lieu d'être vertical, se trouve presque horizontal, et que la partie inférieure de l'utérus est très élargie.

Le palper fait reconnaître que l'excavation est vide. La main, portée vers l'une des fosses iliaques ou dans le flanc, y constate une tumeur volumineure, dure, arrondie, mobile et qui ballotte sous une pression un peu brusque de l'extrémité des doigts: c'est la tête. L'autre main, portée du côté opposé de l'utérus, y trouve, non pas dans l'autre fosse illiaque, mais au-dessus, une tumeur plus volumineuse, irrégulière, moins résistante, accompagnée de petites parties fœtales: c'est le siège. Parfois la tête est, au contraire, dans la partie haute de l'utérus, le siège reposant sur l'une des fosses iliaques. Le toucher ne donne que des renseignements négatifs. On constate seulement que l'excavation est vide.

Comment fait-on le diagnostic d'une présentation de l'épaule pendant le travail?

Le diagnostic par l'inspection est plus difficile parce que le grand axe de l'utérus se rapproche de la verticale. Le palper est relativement facile et utile quand les membranes ne sont pas rompues. Il devient difficile, sinon impossible quand les membranes sont rompues.

Le toucher, au début du travail, renseigne peu ou pas. La partie fœtale est très élevée, quelquefois inaccessible au doigt; la poche des eaux est très volumineuse. Parfois, on peut sentir flotter dans cette poche un petit membre (bras ou main). Quand le travail est plus avancé et que les membranes sont rompues, le diagnostic par le toucher devient facile. Si le toucher digital

ne nous renseigne pas suffisamment, on a recours au toucher manuel. On trouve le gril costal.

Dans la variété brachiale, le diagnostic est facile à établir puisque la main est à la vulve ou dans le vagin.

Comment établir le diagnostic de l'épaule qui se présente?

Par le toucher, dans la variété acromiale de l'épaule, on s'enquiert de la direction du creux de l'aisselle: l'acromion se trouve du même côté que le fond de ce creux. On détermine la situation du dos en recherchant la colonne vertébrale ou l'omoplate. On connaît deux facteurs, le troisième se trouve aisément.

Pout faciliter le diagnostic, on n'a qu'à abaisser le bras, s'il n'est pas déjà dans le vagin et à attirer la main au dehors. L'épaule qui se présente est homonyme à la main qui est sortie. Pour connaître cette main, il est trois moyens: 1° superposer une de ses propres mains à la main du fœtus, en plaçant la face palmaire sur la face dorsale de la main fœtale, pouce sur pouce, petit doigt sur petit doigt; les mains homonymes se recouvrent; 2° chercher à donner une poignée de main régulière au fœtus; les mains qui s'emboîtent bien sont de même nom; 3° chercher la main du fœtus, la tourner la face palmaire en haut; le pouce regarde la cuisse homonyme à la main, c'est-à-dire à l'épaule qui se prèsente.

Quel est le mode de terminaison de l'accouchement dans une présentation de l'épaule abandonnée à elle-même?

L'accouchement spontané d'un enfant à terme, de volume normal et vivant, est impossible dans la présentation de l'épaule. Dans quelques cas exceptionnels cependant, on observe l'expulsion du fœtus, soit par *version spontanée*, soit par *évolution spontanée*. Dans le premier cas, on voit, sous l'influence des contractions, la présentation de l'épaule se transformer en une autre présentation. L'épaule se déplace peu à peu, remonte et est facilement remplacée au détroit supérieur soit par le siège, soit par la tête. Dans l'évolution spontanée, le fœtus petit, ou mort et macéré, peut s'engager dans le bassin, et se dégager suivant un mécanisme spécial qui comporte six temps:

1er temps: *Pelotonnement.* — Le tronc se tasse et se pelotonne; la tête s'applique sur la fosse iliaque; l'épaule tend à s'engager.

2ème temps: *Descente.* — L'épaule et la partie voisine du tronc descendent un peu dans l'excavation; le cou s'allonge considérablement. Mais la descente de l'épaule est limitée par la longueur du cou.

3ème temps: *Rotation interne du tronc.* — L'épaule et l'acromion tournent en avant et viennent se mettre derrière la symphyse pubienne. La tête se place au-dessus de la symphyse.

4ème temps: *Dégagement du tronc.* — Le tronc se plie en deux

et se déroule péniblement dans l'excavation. On voit apparaître successivement à la vulve; le côté de la poitrine, l'abdomen et les fesses;

5ème et 6ème temps: Ces deux temps sont identiques aux mêmes temps de la présentation du siège.

Quelle est la marche du travail dans la présentation de l'épaule?

Le travail a une marche lente, irrégulière. Le travail est dystocique.

Quel est le pronostic?

La présentation de l'épaule, abondonnée à elle-même, négligée ou méconnue, est fatalement mortelle pour la femme qui meurt par épuisement et surmenage, ou par rupture utérine. L'enfant succombe toujours par asphyxie.

Quelle est la conduite à tenir dans la présentation de l'épaule?

Pendant la grossesse, il faut toujours pratiquer la version par manœuvres externes. Pendant le travail, le médecin a le choix, suivant les circonstances entre la version externe, la version interne, et l'embryotomie.

SOINS À DONNER À L'ENFANT

Quelle position doit-on donner à l'enfant aussitôt son expulsion?

On place l'enfant, étendu sur le dos, la face dirigée en haut, sur un linge sec, propre et chaud entre les cuisses de la mère, à une certaine distance des organes génitaux. On veille à ce que le cordon ne soit ni comprimé pour ne pas arrêter la circulation, ni tiraillé pour ne pas décoller le placenta. Si la femme accouche sur le bord du lit en position obstétricale, on place l'enfant sur le ventre de la mère avec les mêmes précautions.

Quel est l'état de l'enfant à sa naissance?

L'enfant peut naître bien portant; il crie, il respire, il agite ses membres. Si l'enfant a souffert, au cours du travail sous l'influence de diverses causes, il peut présenter deux états différents à sa naissance: 1° ou bien les phénomènes de la vie extra-utérine tardent à se montrer: l'enfant naît étonné; 2° ou bien l'enfant semble privé de la vie à en juger par son aspect extérieur: il est en état de *mort apparente.*

Quelle est l'apparence de l'enfant qui naît étonné?

Au lieu de crier, l'enfant reste inerte sur le lit, les téguments sont plus ou moins décolorés, les battements du cœur sont visibles et assez réguliers.

Quelles sont les causes de cet état?

Cet état est dû à la gêne de la respiration fœto-placentaire occasionnée par la compression fœtale, à la fin de la période

d'expulsion, ou par la présence de circulaires autour du cou qui produisent une brièveté accidentelle du cordon.

Comment se caractérise l'état de mort apparente?

Cet état se caractérise par l'absence de cris, le non établissement de la respiration pulmonaire. Le fœtus est complètement inerte. Les membres sont allongés sur le lit, la tête est mobile en tous sens: la résolution musculaire est complète. Ce qui distingue habituellement cet état de la mort réelle, c'est qu'il existe encore des battements du cœur très faibles, très espacés, irréguliers, souvent même à peine perceptibles.

Combien y a-t-il de formes de mort apparente?

Il y a deux formes de mort apparente, ou mieux l'enfant qui naît en état de mort apparente peut présenter deux aspects différents suivant la coloration de ses téguments: 1° la forme bleue ou asphyxie: 2° la forme blanche ou syncopale. Dans la forme bleue (asphyxie), l'enfant naît cyanosé; la teinte violacée prédomine à la face et aux extrémités. Dans la forme blanche (état syncopal), l'enfant est d'une pâleur cireuse. Le pronostic est bénin dans les formes bleues; il est grave dans les formes blanches.



Fig. 10. Lit préparé pour l'accouchement
E. — Matelas. — O. Drap. — D. Imperméable. — C. Drap plié. — B. Imperméable. — A. Drap plié. — F. Oreiller.

Quelle est la cause de la mort apparente du fœtus?

Dans la forme bleue, la grande cause est l'asphyxie par défaut d'apport d'oxygène. La forme blanche s'explique par les lésions des centres nerveux ou l'hémorragie par rupture du cordon, ou déchirure du placenta.

Quelles précautions devons-nous prendre après la naissance d'un enfant bien portant?

Après avoir enlevé, au besoin, les mucosités qui peuvent obstruer l'arrière-gorge, il faut procéder immédiatement à la prophylaxie de l'ophtalmie, c'est-à-dire procéder tout de suite au nettoyage et à la désinfection des yeux: on essuie tout d'abord soigneusement toute la surface des paupières avec un coton stérilisé, imbibé d'une solution antiseptique faible (acide borique, sublimé à 1 pour 4000), ou avec un coton sec stérilisé; puis on instille entre les paupières deux gouttes soit de nitrate d'argent à 1 pour 150, soit d'argyrol à 20 pour 100, ou, faute de ces médicaments du jus de citron.

Quand doit-on faire la ligature du cordon ombilical?

On ne doit jamais procéder à la ligature et à la section du cordon avant qu'il n'ait cessé de battre, excepté toutefois le cas où l'enfant est en danger de mort imminente (asphyxie blanche).

Quels sont les avantages de la ligature tardive du cordon?

Cette ligature tardive fait bénéficier l'enfant d'une quantité de sang évaluée en moyenne à 90 grammes, et elle le met dans des conditions plus favorables à son développement. En effet, on a constaté qu'en opérant ainsi , l'enfant diminue moins de poids dans les premiers jours, que toutes ses fonctions s'établissent mieux et que la chute du cordon se fait plus tôt.

Comment doit-on lier le cordon?

La ligature du cordon doit être faite aseptiquement avec un fil stérilisé ou bouilli, un peu gros pour ne pas couper le cordon, solide pour ne pas casser. Le fil sera posé à 3 ou 4 centimètres de l'ombilic, dans la crainte que le cordon ne soit coupé en serrant trop la ligature ou qu'il s'infecte avant ou pendant la toilette de l'enfant. On s'assurera au préalable qu'il n'existe pas de pointe de hernie congénitale. Dans ce cas on reportera plus loin le lien de la ligature. On liera de nouveau le cordon aussi près possible de l'ombilic, après la toilette de l'enfant, car plus le moyon funiculaire est court, plus vite il se dessèche et tombe.

Quels sont les procédés de ligature à employer quand le cordon est gras?

Dans les cas de cordon volumineux on peut employer:

1° *Le procédé de l'allumette.* — On place une allumette stérilisée parallèlement au cordon; on lie, avec un fil élastique, l'allumette et le cordon, puis on brise l'allumette en deux bouts qu'on retire doucement.

2° *Le procédé de la ligature en bouchon de champagne.* — (BUDIN). Cette ligature consiste en une double ligature circulaire, à laquelle on ajoute une ou deux anses passant sur la section du cordon et isolant les vaisseaux.

3° On peut faire, avant de placer la ligature, des mouchetures sur le cordon, et exprimer par pression une certaine quantité de gélatine de Wharton.

4° On peut transfixer le cordon avec une aiguille et passer un double fil, dont chacun liera une moitié du cordon.

5° On peut remplacer la ligature par une pince à forcipressure, ou une pince omphalotribe.

6° On peut faire la ligature isolée des vaisseaux.

Avant de sectionner le cordon quelle précaution devons-nous prendre?

On doit faire une seconde ligature à quelques centimètres de la première au cas où il y aurait un second fœtus.

Y a-t-il des symptômes qui révèlent l'état de souffrance du fœtus pendant la période d'expulsion?

Oui: 1° l'écoulement du méconium (excepté dans la présentation du siège); 2° les modifications des bruits du cœur du fœtus; les battements du cœur deviennent irréguliers, tantôt extrêmement fréquents, tantôt ils se ralentissent (100 ou 80).

Qu'y a-t-il à faire quand l'enfant naît étonné ou en état de mort apparente?

Il faut procéder rapidement à la prophylaxie de l'ophtalmie et chercher à ranimer l'enfant le plus tôt possible, c'est-à-dire faire naître les mouvements respiratoires, stimuler la circulation, relever l'état général.

Quelle est la première manœuvre à pratiquer avant d'exciter la respiration?

Que l'on soit en présence d'une apnée, d'une asphyxie bleue ou blanche, il faut toujours commencer par désobstruer les voies aériennes avant d'exciter la respiration. On saisit l'enfant par les pieds et on le tient la tête en bas; puis on enlève avec le doigt, entouré d'un linge fin, les mucosités qui encombrent souvent la bouche et le pharynx. Si cette manœuvre ne réussit pas dans l'apnée, on frictionne légèrement le dos de l'enfant ou on secoue celui-ci. On ne coupe pas le cordon si des battements y persistent.

Ce traitement n'étant pas suffisant dans l'asphyxie bleue ou blanche, que doit-on faire de plus?

Dans l'asphyxie bleue, on ne doit pas se hâter de couper le cordon s'il bat encore. Dans l'asphysie blanche, il faut lier immédiatement le cordon, le couper et emporter l'enfant dans une pièce voisine, afin de lui donner les soins nécessaires. Dans les deux cas, asphyxie bleue ou asphyxie blanche, il faut d'abord désobstruer les voies aériennes des mucosités, puis chercher à provoquer la respiration par les moyens réflexes suivants:

1° Faire pénétrer les barbes d'une plume dans les fosses nasales pour provoquer l'éternuement, ou titiller l'isthme du gosier en y introduisant le doigt.

2° Faire des frictions sur le corps de l'enfant avec de l'alcool, du vin aromatique, ou du vinaigre;

3° Soulever l'enfant par les pieds pour le flageller sur le siège;

4° Faire couler un mince filet d'alcool ou d'eau froide au niveau de la poitrine du nouveau-né;

5° Plonger l'enfant dans un bain chaud qu'on peut même sinapiser;

6° Plonger alternativement l'enfant dans l'eau chaude et dans l'eau froide (en dernier lieu dans l'eau chaude).

7° Pratiquer des tractions rythmées de la langue (procédé de Laborde).

C'est une méthode qui expose à des lésions de la langue.

Si ces petits moyens ne réussissent pas, à quoi faut-il avoir recours pour ranimer l'enfant?

Il ne faut pas perdre de temps si l'enfant ne revient pas rapidement à la vie; on doit pratiquer sans tarder la respiration artificielle.

Quelles sont les différentes méthodes de respiration artificielle?

1° *Procédé de Sylvester.* — L'enfant est couché sur le dos, la tête un peu élevée. On lui saisit les bras qu'on élève aussi haut que possible sur les côtés de la tête, puis on les abaisse le long du corps en comprimant en même temps le thorax.

2° *Procédé de Marshall-Hall.* — L'enfant est couché alternativement sur le ventre pour provoquer l'expiration et sur le côté pour l'inspiration.

3° *Procédé de Schultze.* — L'accoucheur, debout, prend l'enfant par les aisselles et le tient suspendu verticalement, la face dirigée en avant. Il lance ensuite l'enfant en avant et en haut, dans la direction de son épaule, obligeant ainsi l'extrémité inférieure du corps de l'enfant à culbuter sur son thorax. Puis l'accoucheur rejette de nouveau l'enfant dans sa première position. Ce double mouvement devra être exécuté 10 à 15 fois par minute.

4° *Procédé de Dew.* — L'accoucheur saisit l'enfant d'une main par le cou, de l'autre par les jambes, le dos regardant le parquet; puis il exécute des mouvements d'extention du thorax (inspiration) en repliant légèrement le corps en arrière, et des mouvements de compression du thorax (expiration) en fléchissant le corps en avant.

5° *Procédé de Schœfer.* — C'est un excellent procédé qui consiste à pratiquer de la compression et du relâchement de la cage thoracique, même quand l'enfant est dans un bain chaud.

6° *Procédé de l'insufflation directe de l'air* dans les voies respiratoires. L'insufflation se pratique des différentes manières suivantes: de bouche à bouche, avec un stéthoscope, ou mieux avec l'insufflateur de Ribemont-Dessaignes.

Pendant l'exécution de ces différentes manœuvres, il faut toujours tenir l'enfant dans des linges chauds, afin de lui éviter tout refroidissement. Pendant les deux ou trois jours qui vont suivre. il faut surveiller très attentivement l'enfant qui peut mourir d'asphyxie ou de cyanose.

SOIN À DONNER AU NOUVEAU-NÉ

Comment fait-on le nettoyage du nouveau-né?

Pour débarrasser l'enfant de l'enduit sébacé qui le recouvre, on frotte toutes les régions du corps, surtout au niveau des plis de flexion, avec de la vaseline, de l'huile ou un jaune d'œuf délayé dans l'huile; on enlève ainsi, en essuyant la peau avec de l'ouate

ou avec un linge sec et chaud, l'enduit sébacé rendu de la sorte moins adhérent. Puis on savonne modérément et on frotte l'enfant avec du coton hydrophile, en commençant par la face, la tête, et en terminant par le corps et les membres. Il faut veiller avec soin à ce que les yeux de l'enfant nettoyés ne soient pas en contact avec de l'eau qui a touché toute autre partie.

Lorsque tout le corps a été bien asséché, on le saupoudre d'amidon, de talc ou de lycopode, notamment au niveau des aisselles, des plis de l'aine, de la région interfessière. La toilette terminée, on instille de nouveau entre les paupières de l'enfant quelques gouttes d'argyrol à 20%

Quelle espèce d'examen fait-on subir à l'enfant?

Il faut inspecter toutes les régions du corps pour voir s'il n'y a pas de vices de conformation tels que: malformation des pieds ou des mains, bec de lièvre, imperforation de l'anus et du rectum ou de l'urèthre, spina bifida, hernie ombilicale, etc. On pèse ensuite l'enfant.

Quels sont les soins à donner au cordon?

La toilette et l'inspection de l'enfant terminées, on attache de nouveau le cordon aussi près que possible de l'ombilic; on le coupe en dehors de la ligature et l'on touche le bout du moignon, qui ne doit pas suinter, avec de la teinture d'iode ou de l'alcool; puis on enveloppe le cordon dans un peu d'ouate stérilisée et sèche. On ne doit mettre aucune poudre ou corps gras sur le cordon. On maintient le pansement au moyen d'une bande non serrée. Le pansement du cordon sera renouvelé matin et soir. Dès que le cordon est séparé de l'ombilic, on touche très légèrement à la teinture d'iode ou à l'eau oxygénée, la petite plaie qui en résulte et on y applique à nouveau un peu d'ouate hydrophile ou de gaze stérilisée. On ne doit pas baigner l'enfant tant que le cordon n'est pas tombé; la dessication est ainsi plus rapide et les risques d'infection moindres.

Quand s'opère la chute du cordon?

Le cordon se flétrit, se dessèche, puis se momifie. Il se détache, habituellement, du sixième au dixième jour. La cicatrisation complète de la plaie ombilicale n'est effectuée qu'au bout de quinze jours, et parfois davantage.

Quelle est la composition de l'habillement de l'enfant?

L'habillement de l'enfant se compose ordinairement des pièces suivantes: Une bande pour le pansement du cordon, une chemisette, une brassière de flanelle et une en piqué ou en tricot, une couche, un imperméable en toile caoutchoutée, un ou deux langes, des bas et des chaussons, une longue robe en flanelle ou en toile, un petit fichu.

Quelles précautions doit-on prendre quand on habille l'enfant?

Le vêtement de l'enfant doit être simplifié le plus possible;

il doit être disposé de manière à laisser à l'enfant la plus grande libert des mouvements. Il ne faut jamais se servir d'épingles ordinaires pour fixer les diverses pièces de l'habillement. Les épingles de sûreté seront employées pour les pièces les plus extérieures. Les pièces, qui sont en contact direct avec la peau, doivent être maintenues avec des cordons ou des boutons. On doit emmaillotter l'enfant très soigneusement en ayant la précaution de ne pas faire de plis. Le maillot ou les langes pliés doivent être assez longs pour que les pieds n'en touchent pas le fond. Il ne faut pas trop serrer le maillot ou le lange à la base du thorax pour ne pas gêner les mouvements respiratoires. Il ne faut pas chercher à étendre les jambes et à les lier sous prétexte de les rendre droites.

L'enfant devra être habillé auprès d'un bon feu; les pieds du nouveau-né devront être tournés vers le foyer. L'enfant une fois vêtu sera couché sur le côté dans un berceau, avec une ou deux boules d'eau chaude.

DE LA DÉLIVRANCE

Qu'est-ce que la délivrance?

La délivrance est l'expulsion naturelle ou l'extraction artificielle du délivre ou arrière-faix c'est-à-dire des annexes du fœtus: cordon, placenta, membranes.

La délivrance, troisième période de l'accouchement, est-elle sans danger?

La délivrance peut être la période la plus dangereuse de l'accouchement. C'est souvent une période fertile en incidents et même en accidents qui demandent de la part de l'accoucheur, du sang-froid et une connaissance approfondie des phénomènes physiologiques. La délivrance bien dirigée, bien faite, donne à l'accouchée presque toutes les chances possibles d'avoir des suites de couches heureuses.

Combien de temps comprend le mécanisme de la délivrance?

La délivrance se produit en trois temps:

1er temps: le décollement du placenta et des membranes;

2ème temps: leur passage de l'utérus dans le vagin;

3ème temps: l'expulsion de l'arrière-faix hors des organes génitaux externes.

Combien y a-t-il de variétés de délivrance?

Il y a trois variétés de délivrance:

1° La délivrance est *spontanée* quand les trois temps s'accomplissent seuls, sans aucune intervention du médecin;

2° La délivrance est *naturelle ou mieux aidée* quand on n'intervient qu'à la fin du second temps et pour le troisième;

3° La délivrance est *artificielle* quand il faut introduire la

main dans l'utérus pour déterminer ou compléter le décollement du placenta et des membranes et en faire l'extraction.

Quels sont les phénomènes cliniques de la délivrance?

Trois signes cliniques principaux dominent la phase de délivrance:

1° L'apparition des arrières-douleurs ou tranchées post-partum;

2° Les changements de situation, de forme, de volume, de consistance du corps utérin;

3° L'écoulement sanguin externe.

Ces signes sont subjectifs ou objectifs.

Quels sont les signes subjectifs?

Aussitôt après l'expulsion du fœtus, la femme éprouve un immense soulagement, un état de bien-être profond. Les douleurs ont disparu; l'*utérus* ne se *contracte plus*, mais il se *rétracte;* c'est le moment du *repos physiologique*. Au bout d'un temps variable, l'accouchée est tirée de cet état par des contractions utérines douloureuses qui se succèdent à trois ou cinq minutes d'intervalle. La femme demande si elle ne va pas accoucher de nouveau. Les contractions s'accompagnent parfois d'un léger suintement sanguin par la vulve.



Fig. 11. — Manière de vêtir la femme et position à lui donner au moment de l'expulsion.

Quels sont les signes objectifs?

Les signes objectifs sont fournis surtout par le palper et accessoirement par le toucher.

Le palper de l'utérus permet de se rendre compte de l'état de rétraction (*globe de sûreté*), de l'existence et de l'énergie de sa contraction (*durcissement*), de la migration du placenta dans le segment inférieur (ascension du fond de l'utérus), de sa descente dans la portion inférieure du vagin (descente du fond après ascension).

Immédiatement après l'expulsion du fœtus, le fond de l'utérus se trouve à peu près à la hauteur de l'ombilic. L'utérus forme une masse dure plus ou moins arrondie, régulière, à fond légèrement convexe; parfois la forme est presque triangulaire. Au fur et à mesure que le placenta se décolle et descend, le fond de l'uté-

rus remonte de quelques centimètres (5 à 6). Quand le placenta est complètement descendu dans le vagin, l'utérus beaucoup plus petit et dur s'abaisse de nouveau.

Le toucher, qui doit être fait aseptiquement, permet de constater, pendant le premier temps de la délivrance, que le vagin est vide. Pendant le second temps, le placenta décollé et engagé devient accessible au doigt explorateur.

L'examen du cordon qui sort par la vulve peut donner quelques renseignements utiles. Sa descente indique en même temps la descente du placenta.

Quelle conduite devons-nous tenir pendant la délivrance?

L'accoucheur doit bien se garder de toute manœuvre intempestive avant le détachement du placenta et des membranes. Après l'expulsion du fœtus il faut surveiller attentivement la patiente, surtout dans la crainte de l'hémorragie. A cet effet, on prendra les précautions suivantes: on surveillera de temps à autre l'état du pouls; on examinera attentivement le facies de la patiente; on s'*assurera* que le *globe utérin reste dur* et qu'il n'*augmente pas de volume*, et on s'assurera également que l'écoulement sanguin n'est pas trop fort.

Dans quelles circonstances le fond de l'utérus ne s'abaisse-t-il pas à l'ombilic après l'expulsion du fœtus?

La vessie remplie empêche l'utérus de s'abaisser comme il le devrait. Un second fœtus dans la cavité utérine donne à l'utérus un volume considérable. Une tumeur de l'utérus (fibrome) ou des annexes ne permet pas au fond de l'utérus un abaissement aussi considérable. Dans la grande multiparité, l'utérus conserve toujours un volume plus grand. L'hémorragie interne est le plus souvent la cause de l'augmentation de volume.

Comment faire le diagnostic différentiel de ces causes variées qui retiennent le fond de l'utérus au-dessus de l'ombilic?

Quand la vessie est remplie, on palpe ou même l'on voit deux tumeurs bien distinctes, l'une formée par la vessie et l'autre par l'utérus avec son globe de sûreté. Le diagnostic de la présence d'un second fœtus se fait par le palper et le toucher. Les tumeurs de l'utérus se reconnaissent par l'absence des symptômes de l'hémorragie. L'hemorragie interne se dévoile par des symptômes locaux et généraux: pâleur de la face, lividité des lèvres, rapidité et petitesse du pouls, augmentation constante du volume de l'utérus qui devient mollasse.

Dans la délivrance spontanée qu'avons-nous à faire?

La délivrance spontanée est ou très lente ou très rapide. Quelquefois elle est si lente que les femmes s'inquiètent, se fatiguent et sont exposées à une hémorragie. Il ne faut pas attendre indéfiniment (30 à 60 minutes au plus). Si la délivrance est trop rapide, la mère est exposée à la rétention des membranes

par suite de la sortie trop brusque du placenta. Dans la délivrance trop rapide, il faut placer la main devant la vulve pour recevoir le placenta et empêcher son issue brusque.

Quand doit-on intervenir dans la délivrance naturelle ou mieux aidée?

Seulement après le second temps, c'est-à-dire quand le placenta est descendu dans le vagin.

Comment intervient-on?

On peut intervenir de trois manières:

1° Par traction sur le cordon;

2° Par expression ou plutôt par pression sur l'utérus redressé; c'est la meilleure méthode.

3° Par traction et expression combinées.

Quand le placenta est sorti de la vulve et que les membranes restent en partie adhérentes dans la cavité utérine, que doit-on faire?

On soutient la masse placentaire au niveau de la vulve, et on exerce des tractions douces sur les membranes, soit avec les doigts, soit avec des pinces. Si les membranes sont trop adhérentes et ne se décollent pas après une attente modérée, on abaisse l'utérus jusqu'à ce que le col soit en partie hors de la vulve et on déchire les membranes, soit avec les doigts soit avec des pinces aussi haut que possible dans l'utérus.

Est-il nécessaire de faire l'examen de l'arrière-faix?

Cet examen ne doit jamais être négligé; c'est une précaution capitale pour éviter l'infection ou l'hémorragie. On examine tout d'abord la face maternelle du placenta pour s'assurer qu'elle est bien régulière, sans perte de substances. Puis on tourne le placenta, et on tend avec la main, les doigts écartés, la poche ovulaire, pour s'assurer que les trois membranes sont complètes. Enfin, point important, il faut s'assurer s'il n'y a pas à la périphérie du placenta des vaisseaux déchirés qui se rendaient à quelque cotylédon accessoire resté dans l'utérus.

Qu'appelle-t-on placenta découronné?

Quand le placenta a été seul expulsé et que les membranes sont retenues en totalité dans l'utérus, on dit que le placenta est découronné.

Pourquoi les membranes restent-elles en partie ou en totalité dans l'utérus?

Parce qu'il existe une endométrite, que de fausses manœuvres ont été faites, ou que la descente et la sortie du placenta ont été trop brusques.

Qu'y a-t-il à faire dans la rétention de cotyledons?

Il faut aller chercher ces cotylédons.

Qu'y a-t-il à faire dans la rétention des membranes?

En général, l'expectation est préférable, à la condition d'in-

tervenir à la première alerte (hémorragie ou signes d'infection).

A quelle hauteur se trouve le fond de l'utérus après la délivrance?

Après la délivrance, l'utérus doit être très dur, petit, et son fond doit être à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic.

Dans quelles circonstances le fond de l'utérus sera-t-il plus haut?

Quand la vessie est remplie, quand la femme est grande multipare, quand il y a un second enfant, quand il y a une tumeur ou une hémorragie. Le diagnostic différentiel se fait comme il a déjà été indiqué. (Voir page 68).

Quelle est la cause du frisson que beaucoup de femmes éprouvent après l'expulsion du fœtus ou après la délivrance?

Ce frisson peut être physiologique ou pathologique. Le frisson physiologique est un phénomène de réaction nerveuse sans importance clinique. On l'observe plus fréquemment après un travail rapide. Ce frisson coïncide souvent avec un resserrement considérable de l'utérus. Ce frisson ne s'accompagne ni d'élévation de température, ni d'accélération du pouls.

D'un autre côté le frisson peut être pathologique et on peut l'attribuer à l'absorption de toxines par le canal parturient quand la poche des eaux s'est rompue prématurément ou que l'accouchement a été long et laborieux.

Quels sont les soins à donner à la femme immédiatement après la délivrance?

Il faut prendre beaucoup de précautions pour faire la toilette de la femme après la délivrance. On enlève d'abord les linges souillés qui se trouvent sous le siège de la patiente; on les remplace par d'autres très propres. On glisse sous le siège un bassin plat. On rase ou au moins on coupe avec des ciseaux les poils des organes génitaux, si cette petite opération nécessaire n'a pas déjà été faite dès le début de l'accouchement; puis on pratique un savonnage étendu qu'on fait suivre d'un lavage avec une solution antiseptique. Dans une cuvette très propre et flambée, on prépare une solution antiseptique savonneuse; on y jette quelques tampons d'ouate stérilisée avec lesquels on fera la toilette. On ne doit jamais se servir d'éponges, ou d'une seule serviette qu'on trempe et retrempe dans la solution savonneuse ou antiseptique. Dans quelques circonstances, on doit faire une injection vaginale ou même intra-utérine. Il faut toujours dans ces cas le faire avec la plus grande prudence et les soins les plus minutieux.

Après la toilette des organes génitaux, on examine le périnée et le vagin pour y chercher même les moindres déchirures qui devront être réparées immédiatement. Pendant la toilette, la garde-malade doit palper souvent l'utérus pour prévenir l'hémorragie. Au besoin, elle exerce une pression pour chasser tout caillot qui a pu se former dans l'utérus. La toilette termi-

née et le périnée réparé si nécessaire, on applique sur la vulve un pansement fait d'une compresse de gaze stérilisée et d'ouate hydrophile ou simplement d'ouate. On peut fixer le tout par un bandage de corps sur lequel on place une serviette en T. Les draps de lit doivent être changés au besoin. On placera des boules d'eau chaude si nécessaire dans le lit. Il est nécessaire de rester auprès de l'accouchée pendant une heure ou deux au moins, en surveillant le pouls, la consistance de l'utérus et la perte sanguine. La surveillance devra être prolongée si l'utérus se rétracte mal ou tend à se ramollir. Après l'accouchement, on recommande le repos absolu, le calme complet. La femme pourra prendre un grog léger, une infusion aromatique chaude, ou un peu de lait, puis elle cherchera à dormir.

GROSSESSE GÉMELLAIRE

Quel est le mécanisme de la grossesse gémellaire?

La grossesse gémellaire résulte de la fécondation de deux ovules venant du même ovaire ou des deux ovaires, ou d'un ovule à deux germes. La pénétration de plusieurs spermatozoïdes dans un ovule est l'origine de monstruosités doubles.

Comment fait-on le diagnostic de la grossesse gémellaire?

Par le palper et l'auscultation.

La grossesse gémellaire se rend-elle toujours à terme?

Rarement, à cause de la surdistension de l'utérus.

Comment se fait l'accouchement dans les grossesses gémellaires?

L'accouchement peut être entocique. Entre l'expulsion des deux fœtus il peut y avoir un intervalle de 10 minutes ou plus.

Quelquefois l'accouchement est dystocique par suite d'inertie utérine, de rigidité du col, de rétraction de l'anneau de Bandl, de présentation vicieuse du deuxième enfant, d'engagement simultané des deux fœtus, d'adhérence des jumeaux.

Quelle conduite doit-on tenir dans la grossesse gémellaire?

Il n'y a rien de particulier à faire avant la sortie du premier enfant. Après la sortie du premier enfant, il faut placer deux ligatures sur le cordon ombilical: puis s'assurer que la présentation du second fœtus est bonne. Pendant la délivrance, il faut surveiller de près la rétraction de l'utérus, afin d'éviter les hémorragies.

SUITES DE COUCHES PHYSIOLOGIQUES

Qu'appelle-t-on suites de couches?

On désigne sous le nom de suite de couches, d'état puerpéral,

de puerpéralité, de puerpérium, de post-partum, la période qui s'étend de la fin de la délivrance jusqu'au retour des organes génitaux et de tout l'organisme à leur état normal.

Quels sont les phénomènes caractéristiques du post-partum?

Cette période est caractérisée:

1° Par un travail réparateur destiné à guérir la plaie placentaire et les déchirures des organes maternels.

2° Par un travail régressif concomitant qui fait disparaître presque complètement les modifications subies pendant la grossesse par l'organisme maternel et en particulier par l'appareil génital.

3° Par l'établissement d'une nouvelle fonction qui n'est autre que la lactation ou sécrétion lactée.

Quelle est la durée de cette période?

Elle est variable suivant que la femme allaite ou n'allaite pas. Chez la femme qui allaite, elle serait de cinq à six semaines; chez celle qui n'allaite pas, elle serait de deux mois, et prendrait fin par la réapparition de la menstruation.

En combien de classes se divisent les phénomènes des suites de couches?

1° En phénomènes anatomiques qui comprennent toutes les modifications organiques qui s'opèrent dans l'utérus et ses annexes;

2° En phénomènes physiologiques qui comprennent toutes les modifications fonctionnelles observées dans le puerperium. Ce sont des phénomènes cliniques avec des symptômes locaux, des symptômes généraux et des modifications des divers appareils de tout l'organisme.

Que se passe-t-il, après l'accouchement, du côté de l'utérus?

Les organes maternels subissent une évolution en sens inverse de celle qu'ils ont accomplie pendant la grossesse, et qui doit les ramener à leur état normal. Le travail de retour progressif de l'utérus à son état normal constitue l'*involution ou la régression utérine.* Il porte sur les divers éléments de cet organe. Le muscle utérin, qui s'était considérablement hypertrophié et hyperplasié pendant la grossesse diminue progressivement d'épaisseur et de poids. Le travail de régression du muscle utérin est dû, en partie, à la diminution de volume, c'est-à-dire à l'atrophie de certaines fibres musculaires, et en partie à la dégénérescence graisseuse d'autres fibres musculaires qui disparaissent. La muqueuse utérine va passer par deux stades: un de régression et délimination et un autre de réfection. Le col va se reformer peu à peu, se resserrer, et se fermer. L'orifice interne n'est plus perméable qu'à un doigt au bout de quatre jours. L'orifice externe reste perméable à l'extrémité du doigt jusque vers le douzième jour.

Que se passe-t-il du côté du vagin et de la vulve?

Le vagin, fortement distendu au moment du passage du fœtus, revient rapidement sur lui-même grâce à son élasticité. L'orifice vulvo-vaginal se referme. Les petites plaies et les déchirures vulvo-vaginales se cicatrisent rapidement quand elles ne s'infectent pas.

Comment peut-on suivre la marche de l'involution utérine?

Le palper abdominal permet de suivre la descente progressive du fond de l'utérus; mais ne donne à ce sujet que des renseignements approximatifs. Il faut tenir compte de la réplétion de la vessie ou du rectum et du degré plus ou moins considérable de flexion de l'utérus.

Aussitôt après la délivrance, la partie supérieure de l'utérus est à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Dans les douze premières heures qui suivent l'accouchement, l'utérus augmente de volume et sa consistance diminue un peu; son fond atteint alors l'ombilic. Si rien ne vient entraver son involution, l'utérus diminue régulièrement chaque jour; son fond s'abaisse d'à peu près un travers de doigt par 24 heures. Il ne déborde plus le pubis vers le dixième ou le douzième jour; l'utérus est devenu organe pelvien. Parfois dès les premiers jours des suites de couches, l'utérus déborde à peine ou même pas de tout le pubis; il n'est pas encore organe pelvien, mais il a volé la place d'un organe pelvien; il est en flexion exagérée.

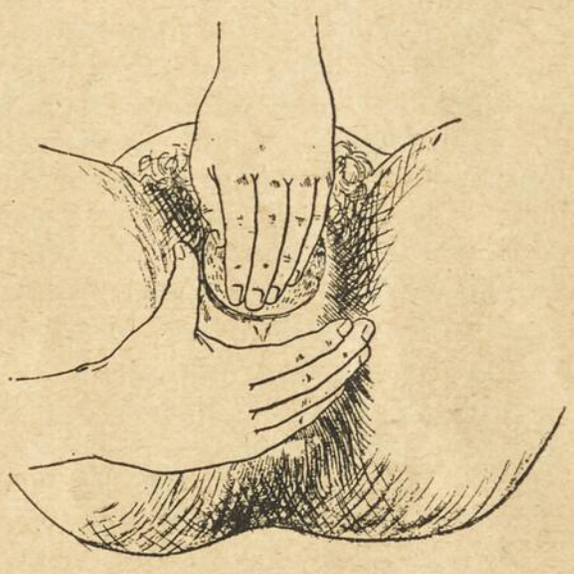


Fig. 12. Position des deux mains au moment où l'extention va se produire.

Quelles sont les manifestations cliniques qui accompagnent le travail d'involution des suites de couches?

Ces manifestations symptômatiques sont: les lochies, les tranchées utérines la montée laiteuse.

Lochies. — *Qu'appelle-t-on lochies?*

On désigne sous le nom de lochies l'écoulement qui se fait par la vulve pendant les suites de couches.

Quelle est la composition des lochies?

Les lochies sont constituées par les éléments du sang qui est pur au début, par les débris de caduque contenus dans l'utérus par des liquides plus ou moins épais provenant de la fonte de

certains éléments de l'utérus et par la desquamation du vagin.

Quelle est l'apparence des lochies?

Suivant la prédominance des hématies et des leucocytes, l'écoulement porte le nom de lochies *sanglantes, sanguinolentes, séro-sanguinolentes, séreuses.* Ces différents qualificatifs indiquent la couleur des lochies qui du rouge vif passent successivement au rouge clair, au rose et au blanc.

Quelle est la durée des lochies?

Les lochies sanglantes ne durent d'ordinaire qu'un jour ou deux et coulent d'une manière constante ou intermittente, entremêlées parfois de petits caillots, ce qui n'a aucune importance; il n'en serait plus de même si les caillots étaient plus volumineux et plus nombreux. Les lochies restent sanglantes ou le redeviennent par intermittence chez les femmes qui se fatiguent prématurément, ou dans les cas de constipation ou de rétention de cotylédons placentaires.

Le troisième ou le quatrième jour, les lochies sont sanguinolentes. Puis elles deviennent séro-sanguinolentes. Entre le neuvième et le dixième jour elles sont séreuses. Il n'est pas rare de voir augmenter ou réapparaître l'écoulement sanguin le septième ou le huitième, le quinzième et même le vingt et unième jour. Ces deux dernières dates constituent ce qu'on appelle le petit retour de couches. Le véritable retour des couches se produit environ six semaines après l'accouchement.

Quelle est l'odeur des lochies?

Les lochies ont une odeur fade spéciale, *sui généris.* Chez certaines femmes, les lochies ont une odeur particulière, comme celle de leurs menstrues par suite de l'excrétion d'acide gras volatile. La présence dans les lochies de différentes variétés de microbes fait varier leur odeur.

Quelle est la réaction et la quantité des lochies?

La réaction est alcaline pendant les premiers jours; elle devient acide ou neutre à partir du septième ou huitième jour. La quantité des lochies varie suivant les femmes. La quantité moyenne est d'environ 1.400 grammes. Exceptionnellement l'écoulement lochial est presque nul, sans qu'il n'y ait de complications.

Quelle est la bactériologie des lochies?

On trouve toujours des micro-organismes dans les lochies qui s'écoulent de la vulve. Par contre celles qu'on recueille directement dans l'utérus sont stériles dans la majorité des cas, au moins dans les premiers jours des suites de couches.

Tranchées utérines. — *Qu'appelle-t-on tranchées utérines et quels sont leurs caractères?*

Les tranchées utérines, qu'on appelle aussi coliques utérines,

arrière-douleurs, contractions utérines post-partum, sont des contractions utérines qui se manifestent pendant les premiers jours des suites de couches. Elles sont généralement indolores chez la primipare et plus ou moins douloureuses chez la multipare. Chez ces dernières elles provoquent quelquefois des douleurs extrêmement violentes. Elles sont d'autant plus fortes que la parité est plus grande. Dans quelques cas, chez les femmes nerveuses, elles peuvent provoquer des malaises aboutissant à la syncope. Dans d'autres circonstances les tranchées, douloureuses ou non, s'accompagnent de vomissements tenaces, opiniâtres. Les tranchées sont exagérées par la présence d'un corps étranger dans l'utérus (caillots, débris placentaire, membranes); par la distension de la vessie ou du rectum; par la succion du mamelon.

Montée laiteuse. — *Qu'appelle-t-on montée laiteuse?*

On appelle montée laiteuse l'ensemble des phénomènes fluxionnaires apparaissant au niveau des glandes mammaires, généralement vers le troisième jour des suites de couches. La montée laiteuse peut paraître quelquefois plus tôt, mais aussi d'autres fois plus tard. Elle peut se manifester avec une intensité variable qui n'est pas toujours en rapport avec la valeur future de la nourrice.

Quels sont les phénomènes locaux de la montée laiteuse?

Les seins augmentent de volume, deviennent turgescents, tendus, fermes, parfois très durs. Le gonflement des seins et des tissus voisins est parfois si considérable, et les mamelles sont si douloureuses que la femme est obligée de se tenir les bras écartés du tronc. Sous la peau tendue et lisse, on voit, chez certaines femmes, les veines sous-cutanées se dessiner sous forme d'un lacis très accentué. La peau prend quelquefois une teinte rouge et bleuâtre. Par la palpitation, on sent les lobules glandulaires qui se prolongent dans toutes les directions et même jusque dans la région axillaire.

Quels sont les phénomènes généraux de la montée laiteuse?

La montée laiteuse peut s'accompagner de quelques symptômes généraux: céphalée, bouffées de chaleur. soif vive, légère accélération du pouls. Ces symptômes généraux, de même que l'existence des symptômes locaux très marqués n'indiquent pas qu'il existe de la fièvre de lait. Toute élévation de température même pendant la montée laiteuse est la traduction d'un état infectieux, soit du côté de l'utérus, ou du vagin, soit du côté d'un autre organe.

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX DES SUITES DE COUCHES

Température. — *Quelle doit être la température pendant les suites de couches?*

La température pendant la puerpéralité ne doit pas être plus élevée qu'à l'ordinaire. Cependant à la suite d'un travail long et laborieux et surtout dystocique, la température peut s'élever jusqu'à 100°F pour retomber, s'il n'y a pas d'infection, à la normale après les douze ou dix-huit premières heures. D'après l'expérience d'un grand nombre d'accoucheurs la température doit se maintenir quelque peu au-dessous de la normale.

Pouls. — *Comment est le pouls?*

Le pouls est parfois fréquent aussitôt après l'accouchement; pendant la période de délivrance, il se ralentit, se calme et devient normal à moins qu'il n'y ait une hémorragie grave, auquel cas il devient rapide et petit. Cinq ou six heures après l'accouchement, le pouls se ralentit d'autant plus que l'état de santé est plus parfait. Le pouls oscille entre 60 et 70 pulsations par minute. Il tombe même fréquemment plus bas, entre 50 et 60. Le ralentissement du pouls est plus marqué chez les multipares. Le ralentissement du pouls est un signe pronostique très favorable. D'un autre côté, un pouls accéléré, en l'absence de fièvre, fait penser à l'hémorragie, à une lésion cardiaque, à une affection du rein, même à une infection.

Appareil urinaire. — *Qu'observe-t-on du côté de l'appareil urinaire?*

La sécrétion urinaire est augmentée surtout pendant les premières vingt-quatre heures. Cependant beaucoup de femmes souffrent de rétention urinaire pendant les douze à vingt-quatre premières heures. Cette rétention tient à une sorte d'insensibilité de la vessie qui se laisse distendre; à une inertie ou simple paresse de la vessie; à une contraction spasmodique du col vésical, meurtri par le passage du fœtus; au relâchement des parois abdominales qui ont perdu leur action sur la vessie; au décubitus horizontal de la patiente. Dans certains cas, quoique la femme affirme avoir uriné souvent et même beaucoup, il existe de la rétention; il y a miction par regorgement: c'est le vase qui déborde. Quelquefois, rarement cependant, il y a de l'incontinence d'urine après l'accouchement. Cette incontinence reconnaît comme cause une fistule vésico-vaginale, à la suite soit d'une déchirure de la vessie ou de l'urèthre pendant une opération obstétricale, soit d'une escarre vésico-vaginale qui tombe quelquefois après l'accouchement.

Comment reconnaît-on la rétention d'urine?

On peut questionner la malade si l'on veut, mais il faut surtout constater, du doigt et de l'œil si réellement la vessie se vide ou non. Quand la vessie est surdistendue par l'urine, l'on sent

et l'on voit même, dans la région hypogastrique, deux saillies sous forme de deux tumeurs, toutes deux mates, mais n'ayant pas la même consistance. La vessie donne la sensation d'une balle de caoutchouc remplie de liquide; l'utérus offre la résistance d'une balle toute de caoutchouc à demi-durci.

Que trouve-t-on dans l'urine des nouvelles accouchées?

L'albumine apparaît passagèrement chez au moins 40 pour 100 des accouchées. Le sucre (lactose) se montre chez 80 pour 100.

Appareil digestif. — *Qu'observe-t-on du côté de l'appareil digestif pendant les suites de couches?*

Généralement les fonctions digestives s'exécutent mal pendant les premiers jours des suites de couches. L'appétit est diminué; les femmes ont peu de goût surtout pour les aliments solides. Après la montée du lait, l'appétit renaît assez fréquemment pour diminuer de nouveau, si la femme prolonge son séjour au lit au delà d'une dizaine de jours. La soif est notablement augmentée surtout pendant les premiers jours. La constipation est presque de règle pendant les suites de couches. On observe fréquemment des hémorroïdes.

Peau. — *Qu'observe-t-on du côté du système cutané?*

Toutes les fonctions de la peau sont plus actives, en particulier celles des glandes sudoripares. Les transpirations sont plus profuses le soir ou pendant le sommeil; souvent les malades se réveillent complètement trempées. La surface du corps est froide et moite. Une peau sèche est de mauvais augure; c'est un symptôme de fièvre ou de toxémie.

Des soins à donner à la femme pendant les suites de couches

En quoi consiste la conduite des suites de couches?

La codnuite des suites de couches consiste essentiellement dans la propreté, le repos et la tranquillité pour l'accouchée, la surveillance pour le médecin et la garde-malade. L'accouchée n'est pas une malade; c'est une femme dans un état physiologique spécial; elle est en état d'*imminence morbide*, c'est-à-dire dans une disposition organique telle qu'une maladie est à craindre et peut éclater facilement d'un moment à l'autre: de là la nécessité de soins spéciaux. Aussi faut-il entourer la nouvelle accouchée de soins méticuleux, exagérés, de précautions infinies, car sa santé et sa vie en dépendent.

Le médecin doit-il voir sa malade souvent pendant les suites de couches?

Autant que possible, le médecin doit revoir sa malade douze heures après l'accouchement; puis il lui fera une visite tous les

jours pendant la première semaine et tous les deux jours pendant la seconde.

La garde-malade peut-elle, à la rigueur, éviter un certain nombre de visites au médecin?

Si la patiente a une garde-malade *experte en obstétrique* et en qui le médecin peut avoir confiance, il n'est pas absolument nécessaire que l'accoucheur fasse une visite tous les jours; la garde-malade habile, prudente et consciencieuse l'avertira au besoin et à temps de tous les incidents et accidents possibles.

Quel est le devoir de la garde-malade à chaque visite du médecin?

La garde-malade doit être en état de pouvoir répondre à toutes les questions que lui posera le médecin touchant la malade et son enfant, c'est-à-dire qu'elle doit connaître la marche des suites de couches et la conduite à tenir pendant cette période. En effet, comment pourra-t-elle répondre intelligemment et utilement si elle n'est pas parfaitement au courant des phénomènes anatomiques et cliniques du post-partum. La garde doit présenter au médecin la carte d'observation où absolument tout est enrégistré véridiquement et avec clarté, sans omission, sans ambiguité aucune.

Quel est le devoir du médecin à chaque visite?

A chaque visite, le médecin s'enquerra de la température, du pouls, de la respiration, de la hauteur et du volume de l'utérus, des tranchées, de la qualité et de la quantité des lochies, de la condition des organes génitaux externes, de la vessie, de la diète, de l'état général de l'accouchée. Quant à l'enfant, l'accoucheur s'informera du pouls, de la température, de la respiration, du nombre et de la couleur des selles, de l'urine, du moignon ombilical, de la condition des yeux, de l'état de l'estomac, du boire, du sommeil, du poids.

Température. — *Quand la garde doit-elle pendre la température de l'accouchée?*

Régulièrement au moins deux fois par jour, matin et soir Il est préférable de la prendre toutes les quatre heures. En effet, une température, prise matin et soir, ne dit pas toujours toute la vérité. Dans les familles à type nerveux, il est bon que la garde-malade ait la précaution d'enrégistrer la température sur deux feuilles. L'une de ces feuilles qui ne dit pas toujours la vérité, reste à la vue ou à la portée de la famille, du mari ou de la malade. La température, inscrite sur cette carte, ne doit jamais dépasser la normale,parce que souvent la patiente et l'entourage s'effraient facilement et sans raison d'une élévation passagère d'un ou deux degrés, quand cependant il n'y a aucun danger; on s'alarme, on se lamente, on se décourage. La carte d'observation de la famille doit laisser tout le monde dans la tranquillité et le repos. L'autre carte de température, la vraie, celle

du médecin et de la garde, est tenue à l'abri des regards des indiscrets. La garde-malade ira la montrer au médecin à l'arrivée ou à son départ.

Il ne faut pas se contenter de toucher la peau de la malade pour connaître sa température.

Pouls. — *Quand faut-il prendre le pouls et en compter les pulsations?*

La garde le prend en même temps que la température. Elle doit éviter de le prendre après une fatigue ou une émotion quelconque de la patiente, car il peut être passagèrement plus rapide. Avec une température normale, si le pouls est à 90, on doit soupçonner quelque chose d'anormal. Les variations du pouls



Fig. 13. Présentation du sommet O.I.G.A. — Mécanisme de l'accouchement: flexion de la tête, engagement, descente rotation interne, et dégagement en occipito-pubienne.

sont plus précoces, plus graves et plus significatives que celles de la température. Le pouls nous avertit très souvent plus vite que la température de l'apparition prochaine de l'infection ou d'une complication quelconque. La garde doit inscrire fidèlement le nombre de pulsations sur sa carte d'observation et en avertir le médecin, au besoin, quand celui-ci n'a pas remarqué, faute d'attention, le chiffre élevé.

Examen. — *Qu'est-ce que la garde et le médecin recherchent à l'examen de l'abdomen?*

L'exploration méthodique de l'abdomen doit être faite tous les jours. Le médecin et la garde suivent par le palper les progrès de l'involution utérine. Ils constatent la hauteur de l'utérus, sa largeur, son volume. La hauteur seule du fond de l'utérus n'indique pas son degré d'involution, c'est surtout son volume qu'il

faut considérer pour obtenir cette indication; en effet, l'utérus, en bonne voie d'involution peut être situé très haut; la vessie et le rectum remplis peuvent le repousser au-dessus de l'ombilic temporairement.

Tous les jours il faut faire un examen des organes génitaux externes.

Que doit-on rechercher dans l'examen des lochies?

Il faut rechercher la couleur, l'odeur, la quantité, l'augmentation, la diminution ou la suppression, la consistance. L'accoucheur ou la garde habiles peuvent dépister par l'odorat ou la vue l'apparition et la variété d'une infection.

Appareil urinaire. — *Qu'y a-t-il à faire dans la rétention d'urine?*

Il ne faut pas trop se hâter après l'accouchement de vider la vessie avec le cathéter. En général, on peut attendre douze ou quinze heures pour évacuer la vessie, à moins que sa réplétion n'occasionne des douleurs ou n'expose l'utérus refoulé et inerte à faire de l'hémorragie. La vessie doit se vider complètement au moins deux fois par vingt-quatre heures, sinon la femme est exposée à faire de l'intoxication et de l'infection par lochiométrie par suite du refoulement de l'utérus vers le haut.

Il faut éviter autant que possible l'usage du cathéter qui expose aux infections des voies urinaires. On essaiera, par tous les moyens possibles, d'agir sur la vessie directement ou par action réflexe avant de passer le cathéter. Ces moyens sont nombreux et réussissent très souvent; en voici quelques-uns: (*a*) appliquer des compresses ou des linges chauds stérilisés sur le bas-ventre et la vulve;)*b*) laisser couler un léger filet d'eau chaude stérilisée sur les compresses appliquées sur la vulve; (*c*) laisser la patiente seule, après lui avoir glissé, sous le siège, un bassin à demi-rempli d'eau chaude; ouvrir un robinet et laisser couler l'eau dans le lavabo; (*d*) donner un lavement; il a souvent pour effet de faire uriner;(*e*) exercer une pression légère sur la vessie; (*f*) imiter avec la bouche certain bruit; (*g*) mettre la patiente dans une position demi-assise quand il n'y a pas de contre-indication du côté du cœur, du périnée à cause des déchirures et des points de sutures, ou de l'utérus à cause des hémorragies; (*h*) donner des petites doses d'ergot, de la strychnine, de la pituitrine. On ne doit jamais administrer de diurétiques, à moins que les reins ne fonctionnent pas.

Quand on est obligé d'avoir recours au cathéter, il faut s'en servir avec les plus grandes précautions d'antisepsie et d'asepsie. Le cathéter (en verre) sera stérilisé; la toilette des organes génitaux externes sera parfaite.

Intestins. — *Qu-y a-t-il à faire contre la constipation des nouvelles accouchées?*

Comme la constipation prolongée peut amener des éléva-

tions de température, avec langue saburrale, céphalalgie et tympanisme, exposer aux douleurs abdominales et aux hémorragies, on prêtera une attention toute particulière, même dès le premier jour des couches, au bon fonctionnement de l'intestin.

Si la femme allaite son bébé, on lui prescrit des lavements, plutôt des laxatifs doux, à dose suffisante pour produire une selle par jour: huile de ricin, cascara sagrada, cascarine, poudre de rhubarbe composée, etc. Si la femme n'allaite pas, on lui donne des purgatifs salins à assez fortes doses pour produire des selles aqueuses abondantes.

Contre le ballonnement excessif du ventre qui se montre quelquefois le lendemain de l'accouchement, on ajoute un antiseptique intestinal au laxatif; on peut, en plus, donner de la strychnine et appliquer des sacs de glace sur l'abdomen.

La garde doit faire une toilette soignée des organes génitaux après chaque évacuation alvine.

Dans les cas spéciaux de déchirure complète du périnée, la garde-malade demandera au médecin des ordres formels quant à ce qui regarde la diète et les fonctions intestinales. Elle ne donnera ni purgatifs, ni lavements sans l'ordonnance du médecin. Elle ne mettra pas de tube dans le rectum et ne prendra pas la température rectale; elle ne touchera pas aux fils de la suture.

On administre l'opium pour obtenir la constipation. Quant à la nourriture, il faut donner des aliments qui laissent peu de résidu afin de ne pas encombrer le rectum et obliger la femme à faire des efforts pour aller à la selle. Vers le huitième ou le neuvième jour, si la plaie est guérie, on peut donner de l'huile de ricin par la bouche et un lavement d'huile d'olive.... Il faudra prendre beaucoup de précautions pour introduire le tube rectal en le dirigeant franchement en arrière pour éviter la suture antérieure.

Tranchées utérines. — *Quel est le traitement des tranchées utérines douloureuses?*

Le principal traitement est prophylactique: pratiquer le massage ou plutôt l'expression utérine immédiatement après la délivrance et pendant la première heure qui suit, dans le but de vider l'utérus des caillots qui peuvent s'y accumuler; administrer en même temps de l'ergot chez les multipares. Le traitement symptômatique consiste à calmer la douleur par les médicaments suivants: laudanum en injection rectale; morphine en injection hypodermique, chloral, viburnum prunifolium, antipyrine, pyramidon, aspirine. Les applications locales chaudes, mais surtout les sacs de glace sur l'abdomen calment rapidement les douleurs utérines. Il faut éviter la rétention d'urine et la constipation qui exagèrent les tranchées.

Seins. — *Quels sont les soins à donner aux seins pendant les suites de couches?*

Après l'accouchement, la femme doit redoubler d'attention pour ses seins. S'il n'a pas été fait de prophylaxie des maladies du sein avant l'accouchement, aussitôt que celui-ci est terminé on devra faire la toilette des seins. On savonne doucement les mamelles pour en enlever les poussières et les matières grasses, puis on fait une friction du mamelon avec de l'alcool et on y applique une compresse imbibée d'une solution antiseptique.

Il faut par la suite veiller à la propreté minutieuse de tout ce qui vient en contact avec le mamelon: ledoigt de la mère, de la garde, pièces de pansements, linges de corps, doigts de l'enfant, etc. Avant de se servir des bouts de sein et des téterelles, il faudra les désinfecter. Chaque fois que l'enfant sera mis au sein, le mamelon sera nettoyé avec un tampon de coton hydrophile trempé dans une solution saturée d'acide borique. La même opération devra être exécutée après la tétée de l'enfant. La bouche de l'enfant sera également bien nettoyée avant et après les tétées, avec une solution saturée d'acide borique. Dans l'intervalle des tétées, on applique sur le bout des seins des compresses stérilisées sèches. Les deux seins doivent être recouverts avec des linges bien propres qu'on change au moins deux fois par jour. Si les mamelons sont sensibles et ont tendance à s'excorier, à se fissurer, on les touche avec de la teinture de benzoin composée et on y applique des petites compresses sur lesquelles on aura déposé de la vaseline boriquée.

Quel sera le traitement d'une congestion exagérée et douloureuse des seins..

Le traitement consiste à faire un massage doux et méthodique du sein, pour en enlever une certaine quantité de lait. Si l'on se sert du tire-lait, il faut le faire avec prudence. Les compresses humides chaudes donnent de meilleurs résultats que le massage ou le tire-lait. On empêchera la patiente de prendre beaucoup de liquides. On lui fera même prendre un léger laxatif salin.

Qu'y a-t-il à faire quand la femme cesse d'allaiter son enfant?

On lui administre des purgatifs salins. On applique sur les seins d'épaisses compresses humides chaudes qu'on renouvelle toutes les deux ou trois heures. On peut enduire le sein avec une solution d'atropine dans de la glycérine (un grain de sulfate d'atropine pour une once de glycérine), et l'on pratique ensuite une compression uniforme des seins. On peut aussi appliquer avec avantage des compresses d'huile camphrée chaude.

Que faut-il faire dans les cas de sensibilité exagérée du mamelon pendant la tétée?

On peut appliquer sur le mamelon, une dizaine de minutes avant la tétée, une petite compresse imbibée d'une solution de cocaïne à 10 p. 100. Il faut bien laver le mamelon après avoir enlevé la compresse avant de mettre l'enfant au sein.

Asepsie et Antisepsie. — *L'asepsie et l'antisepsie sont-elles absolument nécessaires après l'accouchement?*

Les règles de l'asepsie et de l'antisepsie doivent être appliquées aussi rigoureusement après qu'avant l'accouchement. Les personnes qui soignent directement l'accouchée ne pourront jamais prendre trop de précautions: pour elles-mêmes, propreté des vêtements, désinfection soigneuse des mains; pour la patiente, propreté du corps, propreté, asepsie et antisepsie de tous les objets qui viennent en contact avec elle.

Le lit de la malade sera maintenu dans une propreté absolue; les draps en seront remplacés souvent. Le linge de corps sera changé tous les jours autant que possible.

La toilette des organes génitaux externes sera pratiquée aussi souvent que nécessaire, mais jamais moins que trois ou quatre fois par jour, et chaque fois que la malade urine ou a une évacuation alvine.

Comment fait-on la toilette des organes génitaux externes?

On prend deux bassins stérilisés, dont l'un contient de l'eau stérilisée savonneuse, et l'autre une solution antiseptique; on y jette une dizaine de tampons de coton hydrophile. Après avoir glissé un bassin plat sous le siège de la malade, l'on procède à la toilette des organes génitaux externes avec des tampons baignant dans l'eau savonneuse. Le lavage commence par le Mont de Vénus, s'étend aux côtés de la vulve, au sillon interfessier et à l'anus, et se termine par les grandes et les petites lèvres. Il ne faut pas oublier d'écarter les grandes et les petites lèvres pour bien nettoyer le sillon entre les lèvres. Un point important, qu'il ne faut pas oublier, sous peine d'exposer la patiente à l'infection, c'est que, une fois qu'on a pris un tampon de l'eau des bassins, on ne doit jamais le retremper dans l'eau de ce bassin; il faut le mettre de côté. On termine cette toilette en irriguant les organes avec le reste de l'eau savonneuse; puis on procède à une seconde toilette, faite de la même manière que la première avec les tampons baignant dans l'eau antiseptique. On assèche bien les parties.

Se contenter d'irriguer les organes génitaux, comme beaucoup le font, ce n'est pas suffisant.

Dans l'intervalle des toilettes, on appliquera sur la vulve des tampons épais stérilisés faits d'une matière absorbante pour que les lochies ne se répandent pas au-delà.

Les plaies vulvo-vaginales seront surveillées, attouchées à la teinture d'iode, mais surtout traitées à l'eau oxygénée.

Injections vaginales. — *L'injection vaginale est-elle nécessaire pendant les suites de couches?*

L'injection vaginale n'est pas absolument nécessaire dans toutes les suites de couches. L'injection bien faite n'a jamais fait de mal. Elle nettoie le vagin, le débarrasse des caillots, des

débris, des liquides qui sont rarement exempts de microbes. En plus, elle est agréable à la femme qui s'en trouve mieux et plus à l'aise. La femme en éprouve un bien-être vraiment sensible.

L'injection vaginale est indispensable dans les cas d'accouchement long, laborieux, terminé artificiellement; dans les cas de rupture prématurée des membranes, de rétention de débris ovulaires, de lochies odorantes, d'élévation de température.

De quelles solutions se sert-on pour l'injection vaginale?

Les injections vaginales peuvent être données avec la solution d'un sel de mercure (1 p. 4000); une solution de permanganatre de potasse (1 p. 2000 ou 1500); la liqueur de Labarraque (une cuillérée à table par litre); l'eau oxygénée pure; la solution physiologique, etc.

Quel est le procédé opératoire de l'injection vaginale?

La garde-malade aura la précaution, avant la première injection, de faire bouillir le bock, le tube et la canule. Après l'injection, le bock sera enveloppé d'un linge propre et placé dans un tiroir, à l'abri des poussières. Quand on s'en servira de nouveau, on y fera passer de l'eau bouillante avant d'y mettre la solution antiseptique. La canule sera bouillie après chaque injection et placée dans un flacon rempli d'une solution antiseptique très forte (Bichlorure de mercure à 1 p. 500). On enlèvera la canule du flacon, avec des mains aseptiques ou une pince, au moment de s'en servir, alors qu'on l'adapte au tube du bock dans lequel on peut la laisser tremper. Après l'injection, on ne remet jamais la canule dans le bock; on l'enlève de suite du tube et on la place de côté pour la faire bouillir. L'eau qui va servir à l'injection doit bouillir une demi-heure.

Avant de donner l'injection, on fait une toilette minutieuse des organes génitaux externes; puis on écarte largement les grandes et les petites lèvres pour introduire délicatement et directement la canule dans le vagin sans toucher les parties externes. Le bock ne sera pas trop élevé. Après l'injection, les organes génitaux externes, les fesses, le sillon interfessier et la partie inférieure du dos sont essuyés à sec.

Repos. — *Comment comprend-on le repos des accouchées?*

La toilette terminée après la délivrance, on place l'accouchée dans une chambre aussi vaste que possible, bien aérée, éloignée de tout bruit et modérément chauffée. On la laissera dormir aussi longtemps que possible, car il n'y a rien de bienfaisant pour l'accouchée comme ce sommeil réparateur, qu'il faut respecter tout en surveillant le pouls et le globe de sûreté.

Contre l'insomnie, on peut essayer les bains d'éponge chauds à l'alcool.

Comme médicament, on peut donner le bromure de sodium ou de potassium, le chloral, le véronal, la morphine, etc.

Quelle position la femme doit-elle garder dans son lit?

Si la femme n'a pas eu d'hémorragie pendant son accouchement, si elle n'est pas exposée à l'hémorragie secondaire et si elle n'a pas eu de déchirure qui nécessite une immobilité complète, il est inutile qu'elle conserve toujours la même position. Pendant dix ou douze heures, elle gardera le décubitus dorsal, puis elle se retournera de côté et d'autre. Elle fera bien attention de ne pas se coucher uniquement sur le même côté. Petit à petit, la malade prendra une position plus inclinée. Après le septième jour, si tout va bien, elle peut s'asseoir dans son lit juste le temps de prendre ses repas ou de faire boire son bébé.

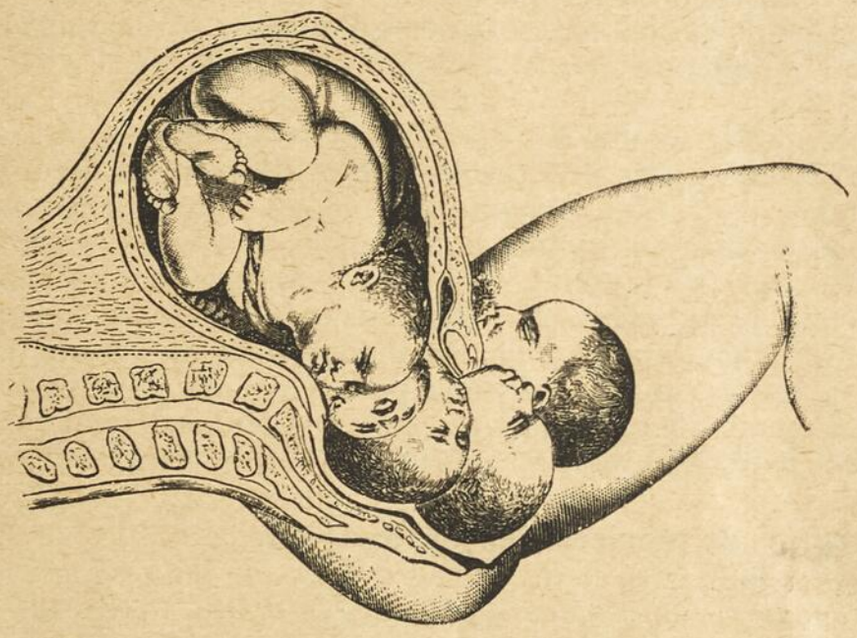


Fig. 14. Présentation de la face (M.I.D.P.) Mécanisme de l'accouchement: déflexion de la tête, engagement, rotation et dégagement en mento-pubienne.

La femme devra éviter tous les mouvements brusques; ils exposent aux hémorragies et aux embolies.

Visites. — *Les visites à l'accouchée sont-elles permises?*

Pendant les premiers jours, on doit interdire toutes les visites. Plus tard, les visites seront courtes et ne seront jamais permises pendant les heures de repos ou de traitement. Il faut éloigner de la malade tout ce qui peut la fatiguer, l'ennuyer, lui causer des émotions morales vives. Il faut à l'accouchée du repos, du calme, de la tranquillité. Il est très avantageux pour elle que son enfant repose dans une autre chambre et ne lui soit apporté qu'au moment des tétées.

Diète. — *Quelle doit être la diète de l'accouchée?*

Il n'y a pas de diète spéciale pour l'accouchée normale. Il n'y a aucune raison d'affaiblir la patiente qui, après tout, n'est

pas une malade. On doit plutôt la mettre de suite à une alimentation saine et nourrissante qui ménagera ses forces et l'empêchera de perdre du poids. On doit la placer dans de bonnes conditions pour mieux nourrir son bébé et résister mieux aux dangers de l'infection.

Quelques heures après l'accouchement, on donnera à l'accouchée du lait, du thé ou du café; puis on se fiera à la digestibilité de la patiente pour son alimentation. Pendant la montée du lait, la nourriture sera un peu moins abondante.

Lever des accouchées.—*Quand doit-on permettre à l'accouchée de se lever?*

La plupart des accoucheurs ont pour principe de permettre le lever lorsque la femme ne perd plus de sang et que l'utérus est redevenu organe pelvien, c'est-à-dire du quinzième au vingtième jour.

Lorsque la femme se lève pour la première fois, il lui faut prendre beaucoup de précautions. Elle s'asseoit au bord du lit, les jambes pendantes. Quand elle ne sent plus d'engourdissement, ni de picotement aux jambes, elle peut sortir du lit pour se mettre dans un fauteuil, placé tout à côté, pendant à peu près une demi-heure; l'après-midi elle peut en faire autant. Le lever sera ensuite continué et prolongé chaque jour davantage. Après trois ou quatre jours, la femme peut faire des mouvements et marcher, mais elle ne restera pas trop longtemps debout et devra à plusieurs reprises, dans la journée, garder la situation horizontale.

Sorties et reprises des occupations. — *Quand la femme commencera-t-elle ses sorties et reprendra-t-elle ses occupations?*

Pendant la quatrième semaine, c'est-à-dire huit à dix jours après son premier lever, si tout va bien, la femme peut commencer ses sorties qui doivent être courtes, faites à pied. La voiture doit lui être interdite pendant un certain temps encore, surtout à la campagne. La femme ne doit pas faire de l'automobilisme avant l'involution complète de l'utérus, c'est-à-dire pas avant au moins soixante jours. Les voyages en automobile arrêtent l'involution utérine, produisent des métrites, des déplacements utérins, et ils sont très souvent la cause d'hémorragies parfois graves.

Plus la femme retarde le moment de reprendre ses occupations ou sa vie habituelle, plus l'involution se fait régulièrement et complètement, et plus la femme a de chance de voir sa santé se rétablir parfaitement.

Retour de couches. — *Qu'appelle-t-on petit retour de couches?*

C'est un écoulement sanguin qui se produit du quinzième au vingtième ou vingt et unième jour, soit au moment où la femme commence à se lever, soit alors même qu'elle tient encore le lit. Cet écoulement dure un jour ou deux. Quelquefois ces hémorra-

gies, assez abondantes, sont l'indice d'une infection de l'endomètre, latente ou débutante.

Qu'appelle-t-on retour de couches?

Le véritable retour de couches c'est le rétablissement de la menstruation qui se produit du quarante-cinquième au cinquante-cinquième jour après l'accouchement. Il est en rapport avec la reprise de la fonction ovarienne. En général, les femmes qui n'allaitent pas revoient leurs menstruations entre la sixième et la huitième semaine après l'accouchement. D'un autre côté, on croit que d'ordinaire les femmes qui nourrissent ne voient pas revenir leurs règles pendant tout le temps de la lactation. C'est une erreur. Chez les nourrices, le retour de couches apparaît au temps habituel, mais les menstruations sont suspendues, surtout chez les multipares. Cependant au moins 30 p. 100 des nourrices voient leurs menstruations revenir régulièrement. Pendant le petit retour et le véritable retour de couches, la femme évitera les fatigues; elle reprendra le lit, si l'écoulement sanguin est très abondant.

Relations conjugales. — *Quand les rapprochements sexuels peuvent-ils être repris?*

Seulement après le retour de couches, c'est-à-dire après la première époque menstruelle.

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES. INFECTION.

Qu'est-ce que l'infection puerpérale?

On entend par infection puerpérale tout état morbide qui résulte de la pénétration des germes pathogènes dans l'appareil génital pendant ou après l'accouchement. Les infections du sein rentrent dans le cadre nosologique de l'infection puerpérale, dont elles ne sont qu'une des modalités.

Quelle est la fréquence de l'infection puerpérale?

Dans les maternités, la mortalité par infection puerpérale est presque disparue (0.15 p. 100); la morbidité présente encore une moyenne de 10 p. 100. Dans la clientéle privée, la mortalité est encore très élevée, et la morbidité a peu diminué.

Quelle est la cause de l'infection puerpérale?

L'infection puerpérale, n'étant ni plus ni moins qu'une maladie provenant d'une plaie infectée, a nécessairement comme agent un microbe.

Quels sont les microbes qui causent l'infection puerpérale?

Les microbes les plus habituellement décelés, à l'état isolé ou en association, sont: le streptocoque pyogène, le staphylocoque, le coli-bacille, le gonocoque, les différents anaérobies ou germes de la putréfaction. L'infection puerpérale peut encore reconnaître

comme origine : le pneumocoque, le tétragène, le bacille de Lœffler, le bacille d'Eberth, le bacille de Nicolaier, etc. En un mot tous les microbes peuvent causer l'infection puerpérale.

Quels sont les symptômes caractéristiques que donnent certains microbes ?

Le *streptocoque* donne naissance à des infections généralisées plus souvent qu'à la suppuration. Dans l'infection à streptocoque pur, sans association, *les lochies n'ont aucune odeur.*

Le *staphylocoque* donne le plus souvent lieu à des infections localisées aux parties génitales inférieures. On constate souvent sa présence dans les foyers métastatiques et dans le sang des infectées. L'infection à staphylocoque seul ne *donne pas d'odeur aux lochies.*

Le *coli-bacille* infecte facilement le vagin et l'utérus. Il peut causer l'infection généralisée. Il est très souvent la cause des infections urinaires (dans 7 p. 100 des accouchements). Il détermine *la fétidité des lochies.*

Le *gonococque* se localise généralement sur l'endomètre ou dans les annexes. Dans l'endométrite à gonocoque, les lochies deviennent rapidement et *franchement purulentes, très abondantes et présentent une forte odeur des plus désagréables, sui generis.*

Les *anaérobies* agissent soit par eux-mêmes, soit comme microbes auxiliaires et renforcent la virulence des autres microbes par symbiose. Ils ont peu de tendance à envahir les tissus et ils restent généralement cantonnés dans l'utérus où ils produisent l'endométrite putride ou la gangrène. Les anaérobies donnent *aux lochies une fétidité très marquée, une odeur de gangrène.*

En fin de compte, tous les microbes seuls ou associés peuvent produire toutes les variétés d'infection, depuis l'infection localisée jusqu'à l'infection généralisée la plus grave.

Origine des germes. — *D'où viennent les agents infectieux qui déterminent l'infection puerpérale ?*

Ils peuvent provenir de deux sources différentes :

1° Ils ont été apportés de l'extérieur dans les voies génitales : ils sont *hétéro-génétiques;* dans ce cas l'infection est dite *hétérogène.*

2° Dans des cas rares, la femme contient, dans un point quelconque de son organisme, le microbe qui devient virulent à l'occasion du traumatisme obstétrical : c'est *l'auto-infection ou l'infection est autogène.*

Quelle est la plus fréquente des deux sources d'infection, et pourquoi ?

L'hétéro-infection est de beaucoup la plus fréquente. Presque toujours l'infection puerpérale est due à un contage direct par le doigt, les instruments, les objets de pansements.

Le doigt de l'accoucheur ou de la garde est le principal agent

de contage. Le doigt de l'accouchée elle-même est quelquefois l'agent de transport du microbe. La chambre de la malade peut devenir une source d'infection, si elle est ou a été habitée par une malade atteinte de suppuration ou d'une maladie contagieuse ou infectieuse.

Qu'est-ce que l'auto-infection?

L'infection d'origine autogène est celle qui prend naissance au niveau du canal génital, grâce à des germes y existant au préalable, ou y étant venus d'un point quelconque de l'organisme.

Portes d'entrée et voies de diffusion des germes. — *Quelles sont les portes d'entrée des germes infectieux?*

Les portes d'entrée sont nombreuses. Elles existent sur toute la longueur du canal parturient; ce sont toutes les fissures, les plaies, les contusions et les déchirures produites au moment de l'accouchement. La grande porte d'entrée est constituée par la muqueuse utérine et surtout par la plaie placentaire.

Comment les microbes peuvent-ils pénétrer dans l'organisme?

a) Par la voie sanguine; *b*) par la voie lymphatique; *c*) par la voie sanguine et par la voie lymphatique à la fois; *d*) peut-être par la muqueuse tubaire.

Quelles sont les conditions qui prédisposent à l'infection ou qui en font varier la gravité?

Ces conditions sont sous la dépendance *a*) de l'activité des agents infectieux, et *b*) de l'état de la femme ou du terrain.

Variétés de l'infection puerpérale. — *En combien de variétés divise-t-on l'infection puerpérale?*

La classification des formes de l'infection puerpérale varie avec la fantaisie ou les idées des différents auteurs. La classification suivante est basée à la fois sur la lésion anatomique dominante et sur l'allure clinique de l'infection:

1° Les infections vulvo-vaginales:
2° Les infections utérines:
3° Les infections annexielles ou mieux les infections diffuses du petit bassin;
4° Les péritonites;
5° Les phlébites puerpérales;
6° Les septicémies puerpérales;
7° Les infections du sein.

Vulvite. — *Quels sont les symptômes de la vulvite?*

Les symptômes sont plus ou moins apparents suivant la virulence du microbe ou la résistance du terrain. La vulvite est souvent apyrétique ou marquée par une élévation de température insignifiante. Si l'on n'examine pas la vulve pendant les suites de couches souvent l'infection vulvaire passe inaperçue. Parfois la patiente se plaint de sensation de cuisson, de brûlure

pendant la miction, de difficulté d'uriner, de malaise et de douleur à la suite de l'œdème.

Les plaies peuvent devenir grisâtres, verdâtres, sanieuses, se couvrir d'un enduit plus ou moins épais, très friable, quelquefois diphtéroïde. Leurs bords deviennent rouges et s'œdématient.

Quelle est la cause de la vulvite?

La cause de la vulvite est le traumatisme occasionné par l'accouchement, auquel s'ajoute l'infection.

La vulvite reste-t-elle toujours une infection localisée?

Non, car elle peut donner lieu à une infection généralisée.

Quelle est la durée de la vulvite simple?

Elle peut durer six à huit jours.

Quel est le traitement de la vulvite?

Le traitement consiste à nettoyer soigneusement la vulve et à désinfecter les plaies à la teinture d'iode ou à l'eau oxygénée.

Vaginite. — *Quelles sont les causes de la vaginite?*

Le traumatisme et l'infection.

Quels sont les symptômes de la vaginite?

Les symptômes généraux sont en proportion de l'étendue du mal, de la virulence des microbes et de la résistance de la malade. L'infection du vagin est généralement superficielle, locale, peu étendue. Parfois toute la muqueuse se couvre de plaques grisâtres, et l'on peut y observer des escarres s'étendant jusqu'au col. L'infiltration peut s'étendre aux environs du vagin jusqu'aux parois du bassin, gagner la base des ligaments larges, ou atteindre la vessie. L'utérus peut être épargné; cependant l'infection utérine est toujours à craindre et de fait elle est souvent contemporaine ou secondaire. Les lochies, normales les premiers jours, ne tardent pas à se modifier et à devenir fétides.

Quel est le pronostic de la vaginite?

Le pronostic est généralement favorable; il est vraiment étonnant de constater la puissance de récupération du vagin. Cependant, il ne faut pas oublier que des complications imprévues et graves peuvent survenir plus ou moins rapidement.

Quel est le traitement de la vaginite?

Le traitement consiste à désinfecter le vagin par les injections vaginales avec une solution de permanganate de potasse, de teinture d'iode, de liqueur de Labarraque, d'eau oxygénée, d'un mélange de térébenthine et d'eau, etc. Pour prévenir autant que possible l'infection utérine, on administrera l'ergot et l'hydrastis et on appliquera des sacs de glace sur l'abdomen.

Endométrite. — *Qu'est-ce que l'endométrite?*

C'est l'infection de l'endomètre ou muqueuse utérine.

Combien y a-t-il de variétés d'endométrite?

Deux variétés: 1° l'endométrite puerpérale proprement dite ou septique, causée par les pathogènes ordinaires; 2° l'endométrite putride(saprémie) quand les anaérobies dominent la scène.

Quels sont les symptômes de l'endométrite?

Les symptômes manifestes de l'endométrite apparaissent vers le troisième ou le quatrième jour. La fièvre peut être précédée de frissonnements répétés ou d'un grand frisson. Ce frisson initial n'est pas toujours constant. L'accélération du pouls précède souvent aussi l'élévation de la température. La fièvre monte brusquement ou progressivement. Les altérations dans l'état général suivent la gravité de l'infection.

Localement, on peut constater les signes suivants: au palper, l'utérus apparaît plus gros, plus mou, parfois d'une dureté anormale, douloureux à la pression, surtout sur les bords et vers les cornes, l'involution utérine est arrêtée. Le ventre est souple.



Fig. 15. — Présentation du siège, engagement, descente et dégagement.

Les lochies se modifient suivant la présence de l'espèce de microbes. Elles deviennent grisâtres, d'un blanc sale, ou d'un brun noirâtre, chocolaté. Elles deviennent épaisses, crémeuses et parfois l'on y trouve des lambeaux de membranes et des caillots en décomposition. L'odeur dépend de la variété du microbe prédominant.

Au toucher, on constate la *perméabilité du col.*

Quelle est la marche de l'endométrite?

Elle est essentiellement variable suivant la nature et la virulence des agents pathogènes, la résistance de la femme, la rapidité et l'opportunité du traitement. Cela veut dire qu'il y a des formes atténuées qui guérissent vite, et des formes graves qui se compliquent et durent longtemps.

Quel est le traitement de l'endométrite?

Les formes légères cèdent rapidement aux applications de glace sur l'abdomen et à l'administration de l'ergot.

Dans d'autres cas, il faudra ajouter les injections vaginales et même intra-utérines. Si l'endométrite putride ne cède pas à

ce simple traitement, il faudra pratiquer le curage digital pour vider l'utérus des débris qui y sont retenus. Le curettage est est rarement indiqué. Les pansements intra-utérins à l'iode, à la térébenthine, à l'alcool, à la préparation de Daken, réussissent parfaitement bien dans beaucoup de circonstances.

Lochiométrie et lochiocolpos. — *Qu'est-ce que la lochiométrie et la lochiocolpos?*

La lochiométrie est la rétention des lochies dans l'utérus. La lochiocolpos est la rétention des lochies dans le vagin.

Quelles en sont les causes?

Tout obstacle au libre écoulement des lochies est une cause de rétention des lochies. L'obstacle peut être à l'ouverture du col ou à l'entrée de la vulve: caillots, cotylédon, membranes. L'antéflexion ou version, la rétroflexion ou version de l'utérus, la réplétion de la vessie ou du rectum sont encore autant de causes de lochiométrie.

Quel est le principal symptôme de la lochiométrie ou de la lochiocolpos?

C'est l'absence de l'écoulement lochial. Si on redresse l'utérus ou qu'on exerce une pression sur lui, on donne issue à un flot de lochies brunâtres mêlées de caillots noirâtres, d'odeur fétide. La température peut s'élever.

Quel est le danger de la lochiométrie?

Elle peut s'accompagner de résorption des produits putrides et donner lieu à des accidents très graves, si l'on n'intervient pas assez rapidement.

Quel est le traitement de la lochiométrie.

Le traitement consiste à prévenir la réplétion de la vessie et du rectum, à redresser l'utérus et à le débarrasser des produits de décomposition.

Métrite parenchymateuse.—*Qu'est-ce que la métrite parenchymateuse?*

C'est l'infection du parenchyme même de l'utérus. Elle accompagne l'endométrite ou lui succède.

Quels sont les symptômes de la métrite?

Ce sont d'abord les symptômes de l'endométrite simple. Il est difficile de reconnaître cliniquement quand les microbes envahissent le parenchyme. On admet généralement qu'après six à sept jours, l'endométrite se complique de métrite. Alors les symptômes généraux s'accusent davantage.

Quelle est la marche de la métrite?

Elle peut évoluer vers la guérison ou s'acheminer progressivement vers la septicémie ou la pyohémie.

Quel est le traitement de la métrite?

C'est tout d'abord le traitement de l'endométrite, et surtout le traitement général énergique: toniques, sérum antistreptococcique polyvalent, sérum térébenthiné, électrargol, abcès de fixation.

Gangrène utérine. Abcès de l'utérus. — *Quels sont les symptômes de la gangrène utérine et des abcès de l'utérus?*

Le diagnostic de l'abcès de l'utérus est presque impossible à établir. Le diagnostic de la gangrène ne peut être posé affirmativement qu'en présence de l'élimination d'un lambeau de tissu nécrosé qui n'est pas un fragment de fibrôme sphacélé ou un débris placentaire putréfié.

Quel est le traitement de ces deux variètés d'infection?

Le diagnostic établi, le traitement de choix consiste à faire l'hystérectomie.

Infections diffuses du petit bassin. A. Salpingo-ovarites puerpérales. —

Qu'est-ce que la salpingo-ovarite puerpérale?

C'est l'extention à la trompe et à l'ovaire, d'une inflammation utérine par continuité des tissus, c'est-à-dire à travers l'ostium uterinum, ou la propagation de l'infection par les lymphatiques.

Quels sont les symptômes de la salpingo-ovarite?

En général, la salpingite a un début insidieux; les symptômes généraux et locaux sont peu ou à peine marqués. Elle peut même rester latente pendant les suites de couches et n'être reconnue que longtemps après un accouchement ou un avortement. Quelquefois elle se manifeste brusquement par des symptômes aigus. Au cours de la deuxième ou de la troisième semaine des couches (parfois avant), il se fait une recrudescence de la température; en même temps, la malade se plaint de douleurs abdominales vives; il y a de la résistance de la paroi; parfois apparaissent des nausées et des vomissements, du ballonnement, de la constipation. Le toucher permet de percevoir, dans un des culs-de-sac latéraux, la trompe doublée ou triplée de volume ou transformée en une poche purulente.

Quel est le traitement de la salpingo-ovarite?

Le traitement intra-utérin est contre-indiqué. On prescrira le repos absolu; on combattra la constipation; on fera des injections vaginales chaudes; on calmera les douleurs à l'aide de lavements de laudanum ou des injections de morphine, des applications de vessie de glace sur l'abdomen; on soutiendra l'état général par tous les moyens possibles. Dans certains cas, il faut tenter d'évacuer les poches purulentes.

B. Paramétrite ou cellulite pelvienne. — *Qu'est-ce que la paramétrite?*

C'est l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure l'utérus. Elle présente deux variétés:

1° Le phlegmon de la gaine hypogastrique;

2° Le phlegmon du ligament large.

Quels sont les symptômes de la paramétrite?

Dans les cas légers, les symptômes sont insignifiants; peu de température, peu de douleur à l'abdomen. Dans les cas graves, les symptômes objectifs et subjectifs sont bien marqués et se montrent rapidement. Dès le troisième ou le quatrième jour, le phlegmon s'annonce par un frisson violent, une élévation brusque de la température qui peut atteindre 40°C, une augmentation de la rapidité du pouls (110 à 120), une douleur abdominale vive, s'irradiant vers les cuisses, exagérée par les mouvements et accompagnée quelquefois de vomissements. Les symptômes ressemblent beaucoup à ceux de la péritonite.

Comment se termine la paramétrite?

La paramétrite se termine par résolution ou suppuration. L'abcès peut s'ouvrir de plusieurs côtés à la fois.

Quel est le traitement de la paramétrite?

En général, on doit s'abstenir de tout traitement intra-utérin. Le traitement est exclusivement médical, anti-phlogistique et résolutif; glace sur l'abdomen, injections chaudes vaginales et rectales, opiacés. Dès que l'abcès est collecté, il faut inciser au point saillant et drainer.

C. Pelvi-péritonite. — *Qu'est-ce que la pelvi-péritonite?*

C'est une péritonite partielle péri-utérine. Elle se fait généralement dans le cul-de-sac de Douglas.

Quels sont les symptômes de la pelvi-péritonite?

La maladie est caractérisée par les symptômes suivants: des malaises, des frissons, un pouls fréquent, irrégulier et petit, des nausées, des vomissements, de la constipation, du ténesme vésical, parfois de la rétention d'urine, du météorisme. La diarrhée ne tarde pas à faire suite à la constipation, la température est généralement élevée. Le facies est pâle, anémié; les yeux excavés. La douleur dans le bas-ventre est si violente qu'elle oblige la malade à garder une immobilité complète. Quand la douleur est calmée et mieux localisée (après 4 à 7 jours), le toucher permet de constater une tuméfaction régulière, de consistance dure ou pâteuse, faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Quel est le traitement de la pelvi-péritonite?

Le traitement intra-utérin est contre-indiqué. On calmera la douleur par la morphine et l'application de sacs de glace sur l'abdomen. On assurera le bon fonctionnement de l'intestin. Le traitement général sera suivi avec attention.

Péritonite puerpérale. — *Quelle est la cause de la péritonite puerpérale?*

La péritonite puerpérale est presque toujours consécutive à une infection de l'utérus, des annexes, à une paramétrite, ou à une perforation de l'utérus ou du cul-de-sac vaginal postérieur.

Quels sont les symptômes de la péritonite puerpérale?

La péritonite puerpérale généralisée débute brusquement par un frisson unique, mais très violent. La température ne tarde pas à s'élever à 40° ou à 41 °C; elle se maintient élevée. Le pouls oscille au début de la maladie entre 110 et 120; il ne tarde pas à s'accélérer (130 à 140). Il devient bientôt petit, serré, dépressible. La douleur dans l'abdomen est très intense. A cause de cette douleur, la femme prend une attitude particulière; elle se tient immobile dans le décubitus dorsal, la tête élevée et les cuisses fléchies. La face est pâle, grippée, parfois subictérique. Les yeux sont excavés, cerclés de bleu; le nez est effilé; la voix est cassée. Les vomissements manquent rarement. La constipation du début est bientôt suivie d'une diarrhée intense, opiniâtre, séreuse, très fétide. Le ballonnement du ventre est généralement très marqué. Les lochies deviennent fétides, diminuent ou même disparaissent. L'intelligence reste à peu près intacte jusqu'à la période ultime.

En dehors de cette forme classique de la péritonite peut-il en exister une autre?

Oui, il en existe une autre qui ne peut être reconnue qu'à l'autopsie. Dans cette dernière forme, les malades semblent ne présenter que les symptômes d'une infection puerpérale commune (endométrite); il y a peu ou pas de douleur abdominale, peu ou pas de ballonnement du ventre, pas de hoquet, pas de vomissement; la température est peu élevée ou même reste normale, mais le pouls est accéléré et petit; le facies est généralement altéré, les yeux creux et le nez pincé.

Quel est le traitement de la péritonite puerpérale?

Le même que celui de la pelvi-péritonite; cependant la tendance actuelle est d'intervenir chirurgicalement.

Phlébites puerpérales. — *Cliniquement parlant combien y a-t-il de variétés de thrombo-phlébite?*

Deux classes: *a*) la thrombo-phlébite atonique ou aseptique des suites de couches, et *b*) les thrombo-phlébites infectieuses.

Qu'est-ce que la thrombo-phlébite atonique ou aseptique?

C'est une simple exagération du processus physiologique. La thrombose physiologique siège au niveau de l'aire placentaire. Mais si, pour une raison quelconque, il existe une atomie, une inertie utérine, il se fait une extention anormale du phénomène physiologique, et les thromboses, au lieu de rester cantonnées là, se prolongent jusque dans la couche musculaire, dépassent même

l'utérus, gagnent le plexus utéro-ovarien, l'iliaque interne, l'iliaque externe, l'iliaque primitive, la fémorale, ou la veine cave. Voilà constituée la thrombo-phlébite aseptique des suites de couches.

Quels sont les symptômes de la thrombo-phlébite aseptique?

Si la thrombo-phlébite reste cantonnée à l'utérus, les symptômes locaux sont nuls; mais si elle s'étend aux veines pelviennes, surtout à l'iliaque externe, on constate de la douleur et de l'œdème au membre inférieur, comme dans la phlegmatia alba dolens. La *température* reste toujours *normale*, c'est une phlegmatia apyrétique. *Le pouls devient plus rapide.* Il monte par échelons (pouls grimpant).

Quel est le pronostic de la phlébite aseptique?

Cette thrombo-phlébite aseptique est d'autant plus dangereuse qu'elle est le plus souvent silencieuse et insoupçonnée. Elle se revêle parfois brutalement par la production d'une embolie massive qui entraîne la mort.

Quel est le traitement?

Quand on soupçonne cette thrombo-phlébite aseptique, il faut tenir les malades au lit, dans un repos complet et absolu.

En combien de classes se divisent les phlébites infectieuses?

En deux classes: *a*) la thrombo-phlébite localisée à distance de la zone génitale (phlegmatia alba dolens), et les infections veineuses généralisées qui constituent une des variétés de l'infection généralisée (grande infection).

Comment se développe la phlegmatia alba dolens?

La phlegmatia alba dolens qui est une phlébite oblitérante des gros troncs veineux, principalement ceux des membres inférieurs, peut succéder à toutes les formes d'infection puerpérale. Elle peut se développer de trois manières:

1° Elle peut être la conséquence de la propagation d'une phlébite utérine à la veine iliaque interne, le caillot s'étendant de là aux veines fémorale et saphène;

2° Les germes infectieux, chariés par le sang, se fixent sur l'endothélium de la veine et de préférence près des nids valvulaires;

3° La thrombo-phlébite est secondaire à une cullulite pelvienne.

Quels sont les symptômes de la phlegmatia alba dolens?

La phlegmatia alba dolens a, en général, un début insidieux. Avant les manifestations apparentes, il existe toujours une phase préphlébitique pendant laquelle on peut observer différents types de température (peu élevée). Les symptômes relativement fréquents qui font prévoir la phlegmatia sont les suivants: une douleur dans l'épaule, un point de côté au niveau du thorax, un

peu de dyspnée, des crachats hémoptoïques, une douleur au niveau de la fosse iliaque. Le pouls est presque toujours fréquent (100), et en désaccord avec la température.

Après tous ces symptômes précurseurs qui passent souvent inaperçus, l'affection se déclare subitement par une élévation brusque de la température, par de la douleur (au creux poplité, au mollet, au talon), et de l'œdème du membre malade.

Quelles sont les formes cliniques de la phlegmatia ?

La phlegmatia peut présenter trois variétés:

1° La forme commune (classique);

2° La forme à début pulmonaire;

3° La forme latente, une des plus graves par son caractère insidieux et son allure d'apparence bénigne.

Quelle est l'évolution de la phlegmatia ?

La phlegmatia a une marche lente. Elle dure en général de trois à six semaines et souvent davantage. La terminaison habituelle est la guérison.

Quelle est la complication la plus grave de la phlegmatia ?

C'est l'embolie qui peut entraîner la mort subite.

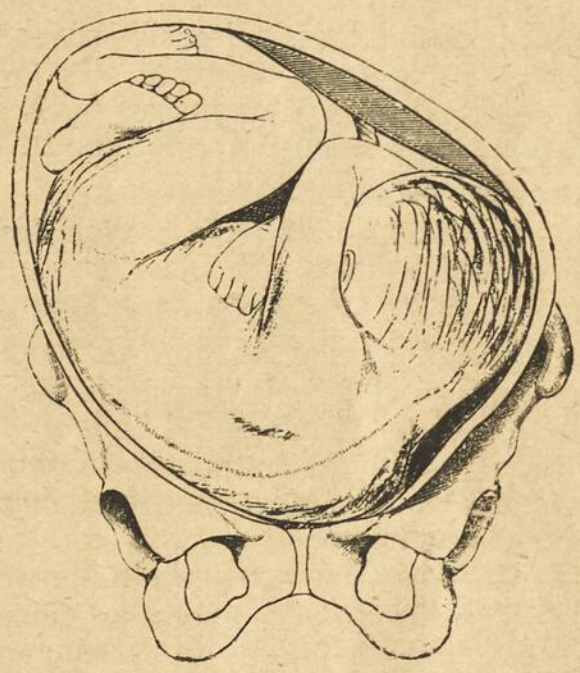


Fig. 16. Présentation de l'épaule.

Quel est le traitement de la phlegmatia ?

Une fois établie, la phlegmatia ne reconnaît pas de traitement direct capable de la combattre et d'arrêter ses progrès. Le traitement local consiste à mettre le membre dans une immobilité absolue, et à calmer la douleur. La femme doit garder le repos au lit prendant environ trente jours à compter de la dernière élévation de température. Comme traitement général, les toniques, les stimulants, parfois le sérum anti-streptococcique, les injections intra-veineuses d'électrargol.

Infection généralisée. — *Qu'est-ce qui caractérise l'infection généralisée ou grande infection ?*

Dans la grande infection ou infection généralisée, tout l'organisme est envahi par l'infection; les symptômes locaux passent en second plan ou disparaissent devant la prédominance des

symptômes généraux qui affectent tantôt l'allure de la septicémie, tantôt celle de la pyohémie.

Septicémie. — *Combien y a-t-il de variétés de septicémie?*

La septicémie peut être *primitive*, sans lésion locale, c'est-à-dire que l'agent pathogène hypervirulent pénètre dans le torrent circulatoire sans cultiver dans l'utérus. Mais le plus souvent la septicémie est *secondaire* à une des formes locales de l'infection puerpérale.

Quels sont les symptômes de la septicémie primitive *?*

Douze, vingt-quatre ou trente six heures après l'accouchement, survient un frisson violent, prolongé. La température monte brusquement et atteint rapidement 40°, 41°, 42°C. Puis la fièvre reste très élevée. La fréquence du pouls augmente aussi brusquement. Il oscille entre 120 et 160. L'état général devient rapidement mauvais. Le facies est pâle, livide, terreux, plombé. Il se produit une dyspnée toxique. Il y a de la prostration, du subdelirium, parfois du délire aigu.

Quel est le pronostic?

La mort est de règle dans la septicémie primitive (au bout de quelques jours).

Quels sont les symptômes de la septicémie secondaire *?*

Cliniquement, ses limites sont mal tranchées d'avec les symptômes de la métrite puerpérale ou de l'infection qui en ont été la cause première. L'infection, dépassant les limites de l'utérus et se généralisant, s'annonce par une élévation plus marquée de la température, une augmentation de la rapidité du pouls, des frissons.

Quelle est l'évolution de la septicémie secondaire?

Cette septicémie évolue en deux, trois, cinq semaines. Elle se complique de lésions du côté du cœur, des poumons, des séreuses, etc. Elle se termine soit par la guérison, soit par la mort.

Pyohémie. — *Quels sont les symptômes de la pyohémie?*

Le début de la pyohémie est généralement tardif. Le frisson, qui en est le premier symptôme, survient d'ordinaire du huitième au dixième jour. Le frisson est d'une intensité extrême. Avant le frisson, la température est à peu près normale. Pendant le frisson, elle monte à 40° ou 41°C. Le pouls s'élève à 120, 130 et au-delà. Une heure ou deux après le frisson, survient un stade de sueurs abondantes, profuses, et la température tombe à la normale. Tout semble rentrer dans l'ordre et l'état général redevient relativement bon pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Puis tout à coup survient un autre frisson, avec les trois stades de froid, de chaleur, de sueurs; et ainsi de suite se produit une série de poussées fébriles, intenses, séparées par des périodes de rémissions. Progressivement l'état général devient mauvais, tout comme dans la forme septicémique.

Comment se termine la pyohémie?

Ordinairement par la mort.

Quel est le traitement de la septicémie et de la pyohémie?

Quand l'infection est généralisée, le traitement utérin, local, n'est utile que dans les cas où il reste sûrement des débris organiques dans l'utérus. Il faut s'adresser au traitement général qui consiste à mettre la femme dans les meilleures conditions possibles pour lutter contre l'infection. Le traitement doit de plus être dirigé contre la toxi-infection: hydrothérapie, sérothérapie, lavage du sang, injections intra-veineuses de collargol, ou d'électrargol, abcès de fixation, injection de sérum térébenthiné.

Hyperthermie pendant les suites de couches. — *Quelles sont les causes de l'élévation de température pendant les suites de couches?*

En dehors de l'infection, qu'il faut toujours soupçonner, on trouve comme causes d'élévation de température: la constipation, la stercorémie, une indigestion, les hémorroïdes, l'helminthiase, les émotions, l'irritation réflexe, la colère, la peur, l'inquiétude, la joie même, l'empoisonnement (par les injections vaginales ou intra-utérines), les maladies intercurrentes: la grippe, la fièvre typhoïde, la tuberculose, la malaria, la pyélo-néphrite, l'appendicite, etc.

Infections mammaires. — *Quelles sont les complications infectieuses du côté des seins pendant les suites de couches?*

Ce sont: 1° Les érosions, les fissures, les gerçures, les crevasses du mamelon;

2° Les lymphangites;

3° La galactophorite;

4° Les abcès du sein.

Affections du mamelon. — *Quelles sont les affections du mamelon?*

Il y a tout d'abord l'érosion qui n'est rien autre chose qu'une abrasion de la surface du mamelon, à peine visible à l'œil nu, mais extrêmement sensible et capable de causer des douleurs atroces à la femme pendant l'allaitement. La simple érosion peut devenir une excoriation. Si les causes d'irritation et de macération se continuent, l'excoriation se creuse de plus en plus, s'allonge sous forme de fente et prend le nom de fissure, de gerçure ou de crevasse, suivant son étendue et sa profondeur.

Quelles sont les causes des affections du mamelon?

Les primipares, les lymphatiques, les blondes à peau fine, et celles qui souffrent d'eczéma y sont particulièrement prédisposées. La mauvaise conformation du mamelon est souvent la cause première des lésions; les efforts de succion et la vigueur de l'enfant y sont pour beaucoup.

Quelles sont les complications fréquentes des lésions du mamelon?

Cs lésions se compliquent fréquemment de lymphangite, de galactophorite et d'abcès.

Quel est le traitement des lésions du mamelon?

Le traitement est prophylactique et curatif. Le traitement prophylactique est pratiqué pendant la grossesse (voir page 23), et après l'accouchement (voir page 81).

Le traitement curatif consiste surtout à éloigner la cause (allaitement) qui produit les lésions. Il faut donc éviter les tétées trop rapprochées, trop prolongées; il faut même les suspendre complètement pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Pour diminuer en même temps la tension excessive qui résulte de la suspension de l'allaitement, on peut soit appliquer un bandage compressif, soit des compresses humides chaudes.

Qu'on suspende ou non l'allaitement, afin d'activer le travail de cicatrisation, on se servira de différents topiques. Contre les érosions ou les simples gerçures, on emploie l'eau oxygénée et les badigeonnages à la teinture de benjoin co., et les applications de vaseline boriquée. Quand les crevasses sont étendues et profondes, on les cautérise au nitrate d'argent.

Lymphangite. — *Quels sont les symptômes de la lymphangite du sein?*

Quelques jours après l'accouchement, la femme se sent tout à coup frissonnante; elle éprouve parfois un frisson violent, avec ascension brusque de la température à 39° ou 40°, et augmentation de la rapidité du pouls. Parfois on note des maux de tête, une douleur aiguë et une sensation de cuisson dans un sein, au niveau duquel on constate d'autre part des trainées ou plaques rouges. C'est la *lymphangite superficielle*, avec engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. D'autres fois, la *lymphangite est profonde;* la peau est normale, mais il existe une douleur dans l'intimité de la glande. On constate des cordons durs et douloureux se dirigeant vers l'aisselle.

Quel est le traitement de la lymphangite?

Le traitement consiste à faire des applications de compresses humides chaudes faiblement antiseptiques (acide borique). On suspendra momentanément l'allaitement du côté malade.

Galactophorite. — *Qu'est-ce que la galactophorite?*

C'est l'inflammation des vaisseaux galactophores.

Quels sont les symptômes de la galactophorite?

La galactophorite débute habituellement d'une manière insidieuse du septième au douzième jour, soit par un léger mouvement fébrile, soit par une douleur dans le sein. Le sein paraît augmenter de volume au palper; sa consistance est accrue. La

palpation permet de constater des lobules enflammés, saillants et indurés. La pression de ces lobules détermine l'issue du pus par le mamelon. La température monte soit progressivement jusqu'à 38°5C., soit tout à coup, et elle s'abaisse aussi rapidement. Quelquefois la galactophorite est si insidieuse qu'on n'en peut faire le diagnostic que par la façon dont le nourrisson allaité se comporte; l'enfant qui a avalé du pus va maigrir.

Quel est le pronostic de la galactophorite?

Le pronostic est bénin pour la nourrice; cependant la galactophorite peut être le point de départ d'abcès multiples. Le pronostic peut devenir sérieux pour l'enfant lorsqu'il avale du pus mélangé au lait.

Quel est le traitement de la galactophorite?

Le traitement consiste, au début de la galactophorite, à immobiliser le sein et à y faire des applications de glace ou de compresses humides chaudes. On doit suspendre momentanément l'allaitement du côté du sein malade. Dès que le pus est formé, il faut exprimer le sein, régulièrement deux à trois fois par jour, jusqu'à la disparition de la fièvre et du pus. Cette expression mammaire (méthode Chassaignac-Budin) est assez. douloureuse parfois pour nécessiter l'inhalation de chloroforme Il faut toujours attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures après que toute trace de pus a disparu pour mettre l'enfant au sein.

Abcès du sein.—*Combien y a-t-il de variétés d'abcès du sein?*

On peut en décrire trois variétés:

1° L'abcès du mamelon et de l'aréole;

2° Les abcès sous-cutanés;

3° Les abcès glandulaires.

Quels sont les symptômes des abcès du sein?

Les symptômes généraux et locaux du début sont communs à tous les phlegmons: malaise, frisson ou frissonnements, accélération du pouls, élévation de la température. La peau devient rouge vis-à-vis le siège de l'inflammation. Par degrés se montre l'abcès en voie de suppuration. La quantité de pus est souvent considérable.

Quel est le traitement des abcès du sein?

Le traitement consiste à appliquer des compresses humides chaudes ou des sacs de glace à demeure, pendant la période phlegmasique, c'est-à-dire tant que l'abcès n'est qu'en voie de formation. L'allaitement est suspendu jusqu'à guérison. Dès que l'abcès est formé, il faut donner issue au pus.

MALADIES GÉNÉRALES COMPLIQUANT LA GROSSESSE

L'état de grossesse met-il la femme à l'abri des maladies infectieuses?

L'état de grossesse ne met pas la femme à l'abri de la contagion vis-à-vis des maladies infectieuses, pas plus qu'il ne l'y prédispose.

Quelle est l'influence de la grossesse sur les maladies infectieuses?

Les maladies infectieuses revêtent souvent un caractère plus grave qu'en dehors de la grossesse, surtout quand celle-ci est dans la seconde moitié.

Quelle est l'influence des maladies infectieuses sur la grossesse et sur la puerpéralité?

La grossesse est souvent interrompue prématurément. Cette interruption est d'autant plus fréquente que la maladie est elle-même plus grave. et que son apparition a lieu plus près du début de la grossesse.

Comment expliquer l'interruption prématurée de la grossesse?

Elle s'explique: par l'hyperthermie de la mère agissant sur l'utérus qu'elle fait contracter, et sur le fœtus qu'elle tue; mais plutôt, par l'action des toxines qu'élaborent les microbes infectieux, ou par celle du sang asphyxique mélangé d'acide carbonique sur la contractilité utérine; par les décollements du placenta par suite d'endométrite infectieuse.

Quelle est l'influence des maladies infectieuses sur le fœtus?

1° Le fœtus peut succomber *in utero* à la suite de l'hyperthermie de la mère;

2° Le fœtus peut contracter *in utero* la maladie maternelle; il est infecté, et est expulsé vivant ou mort.

3° Le fœtus peut naître indemne, vivant et bien développé, à terme ou avant terme.

4° Le fœtus peut naître chétif, mal développé, présentant des malformations ou des dystrophies, et mourir dans les jours ou les semaines qui suivent.

Quel est le traitement des maladies infectieuses pendant la grossesse?

Tout d'abord, la femme enceinte doit éviter de s'exposer à la contagion des maladies infectieuses. En temps d'épidémie de variole, on n'hésitera pas à revacciner la femme. Atteinte d'une maladie infectieuse, la femme enceinte doit être traitée suivant les règles ordinaires, tout comme si la grossesse n'existait pas. Il faudra surveiller tout particulièrement le rein, et redoubler de soins antiseptiques pendant l'accouchement.

Doit-on interrompre la grossesse au cours des maladies infectieuses?

L'interruption de la grossesse doit être proscrite; elle n'a pas sa raison d'être, car ou bien l'affection est grave et l'avortement s'ensuit naturellement; ou bien elle est bénigne, et la grossesse peut continuer. En règle générale, l'évacuation de l'utérus aggrave la situation au lieu de l'améliorer.

Syphilis.—*Quelle est l'influence de la grossesse sur la syphilis?*

La grossesse aggrave les manifestations génitales et paragénitales de la syphilis, et cela d'autant plus que la syphilis est récente. Le chancre est plus volumineux et présente une tendance à l'ulcération et au phagédénisme. Sa durée est prolongée. Les syphilides, cutanées ou muqueuses, sont également volumineuses. Les symptômes généraux de la syphilis (anémie, céphalalgie, névralgies, insomnies, etc.) sont aggravés du fait de la grossesse.

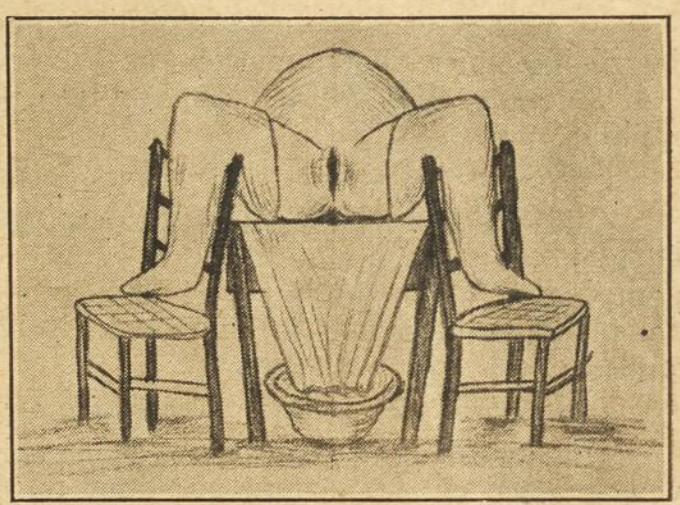


Fig. 17. — Position de la patiente sur une table d'opération improvisée.

Quelle est l'influence de la syphilis sur la marche de la grossesse?

La syphilis a une action des plus manifestes sur la marche de la grossesse. Elle est la grande avorteuse. La fréquence de l'interruption de la grossesse varie selon plusieurs facteurs : la virulence de l'infection, la façon dont elle a été traitée, et enfin l'âge de la syphilis au moment de la conception.

Quel est l'influence de la syphilis sur le travail?

D'ordinaire la syphilis n'a aucune action sur le travail. Cependant les lésions des organes génitaux peuvent, par leur hypertrophie, occasionner des accidents.

Quelle est l'influence de la syphilis sur la délivrance et les suites de couches?

La délivrance est d'ordinaire normale. Cependant on observe assez souvent des délivrances incomplètes par suite d'endométrite déciduale, d'où rétention de cotylédons ou de membranes. La fréquence de la macération fœtale expose aussi aux accidents.

Quelle est l'influence de la syphilis sur le produit de la conception ?

La syphilis a une influence pernicieuse sur le produit de la conception. La syphilis atteint le fœtus d'autant plus gravement que l'infection est plus récente. La mort du fœtus in utero s'observe dans 60 p. 100 environ des cas de grossesse chez les femmes syphilitiques.

Dans quel état le fœtus touché par la syphilis peut-il naître ?

Le fœtus peut naître à terme ou avant terme:

1° Mort ou macéré, présentant ou non des lésions syphilitiques;

2° Vivant, mais non viable par suite non seulement de sa prématurité, mais des lésions viscérales incompatibles avec l'existence;

3° Vivant et atteint de syphilis congénitale, ou prèsentant des phénomènes dystrophiques ou de véritables malformations;

4° Vivant, sans lésions apparentes, mais en puissance de syphilis.

Quelle est l'apparence de l'enfant qui naît syphilitique ?

Quand l'enfant naît vivant, il peut présenter du pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds. Parfois le pemphigus se rencontre sur la face et le corps. On observe des plaques muqueuses à l'anus et à la bouche, des fissures aux angles des lèvres, du coryza.

Les lésions de syphilis héréditaire sont-elles contagieuses ?

Oui, au même titre que celles de la syphilis acquise. Le nouveau-né, qui en est porteur, est donc un être éminemment dangereux.

Quelle est la conduite que la garde doit tenir dans un cas de grossesse syphilitique ?

Tout d'abord, la sage-femme ou la garde qui constate ou soupçonne une grossesse syphilitique doit en informer le médecin traitant et non la famille. Elle est liée par le secret professionnel au même titre que le médecin et doit éviter toute parole imprudente qui pourrait jeter le trouble dans un ménage. Aucune maladie n'impose plus de réserve et de tact. Il faut toujours nier l'existence de la syphilis si elle n'est avouée simultanément par les deux intéressés; il faut toujours la nier si on est interrogé isolément par la personne contaminée.

Quels sont les conseils à donner aux syphilitiques ?

Il faut recommander aux syphilitiques, même bien traités, de ne pas se marier avant qu'il n'y ait eu quatre ou cinq années écoulées depuis le chancre.

Quelle est la conduite à tenir pendant la grossesse ?

Il faut suivre un traitement antisyphilitique intense pour

atténuer la maladie et diminuer les risques courus par l'enfant.

Quelles sont les précautions à prendre par l'accoucheur et la garde pendant et après l'accouchement d'une syphilitique?

Ils doivent éviter toute chance de contamination en ayant soin de recouvrir les écorchures aux mains de collodion, ou de se servir de gants.

Peut-on donner une nourrice mercenaire à un enfant syphilitique?

Non, à moins qu'elle ne soit elle-même syphilitique.

Tuberculose. — *Quelle est l'influence de la grossesse sur la tuberculose?*

L'influence n'est pas toujours la même; elle est tantôt nulle, tantôt funeste. La grossesse ne semble pas capable par elle-même de faire éclore la tuberculose chez une femme prédisposée. La grossesse est indifférente ou même favorable quand la tuberculose est tout à fait au début; que sa marche est torpide, et que l'état général est bon. La grossesse est néfaste pour la tuberculose quand celle-ci est à la troisième période ou quand elle a une marche rapide, avec fièvre.

Quelle est l'influence de l'accouchement et des suites de couches sur la tuberculose?

L'accouchement et les suites de couches paraissent avoir une influence fâcheuse sur l'évolution de la tuberculose.

Quelle est l'influence de la tuberculose sur la grossesse et l'accouchement?

Lorsqu'elle est peu avancée, la tuberculose n'exerce pas d'influence manifeste sur le cours de la grossesse, tandis que dans les cas graves, elle produit assez souvent l'expulsion du produit de conception. L'expulsion de l'œuf a toujours lieu avant la mort de la femme. L'avortement est relativement rare; l'accouchement prématuré, au contraire est fréquent.

L'accouchement est souvent rapide chez les tuberculeuses. Parfois cependant l'expulsion du fœtus est gênée par la dyspnée de la mère.

Quel est le traitement de la femme enceinte tuberculeuse?

On instituera un traitement médical sérieux. Le traitement obstétrical sera nul, puisque l'interruption artificielle de la grossesse est préjudiciable à la mère, car l'accouchement donne, en général, un coup de fouet à la maladie et sacrifie l'enfant.

Pendant l'accouchement, dès que la dilatation est complète, on accélère l'expulsion en procédant à l'extraction par le forceps.

Dans la période préagonique ou agonique, l'enfant vivant, on fera l'accouchement méthodiquement rapide; en cas de mort subite, l'opération césarienne est indiquée.

Maladies du cœur. — *Quelle est l'influence de la gestation sur les maladies du cœur ?*

Disons tout d'abord que la grossesse est incapable par elle seule de produire une lésion du cœur. La gestation ne détermine le développement d'accidents d'origine cardiaque que chez les femmes atteintes de cardiopathie, ; c'est-à-dire qu'elle aggrave ou rend manifeste une lésion qui jusque là était restée latente ou inaperçue. Mais chez les femmes cardiaques qui deviennent, enceintes, on peut admettre toutes les éventualités possibles depuis l'absence de toute souffrance et de toute perturbation de la santé jusqu'aux accidents les plus graves, y compris la mort subite. Ces différences viennent de l'état du muscle cardiaque et des émonctoires. Dès que la lésion du cœur, n'est plus compensée, apparaissent cliniquement les signes d'insuffisance du cœur, connus sous le nom d'accidents gravido-cardiaques.

Quels sont les accidents gravido-cardiaques ?

Ces accidents, qui sont susceptibles de se montrer presque à toutes les périodes de la puerpéralité, ont cependant des moments d'élection, tels que: le milieu et la fin de la grossesse, l'accouchement et les jours qui le suivent. Les accidents gravido-cardiaques sont les suivants: des palpitations, de la dyspnée, la congestion et l'œdème pulmonaire, l'œdème des membres inférieurs, l'oligurie et l'albuminurie, avec ou sans hémorragies (pulmonaires, nasales, utérines); puis c'est l'asystolie typique. Les crises de suffocation se montrent surtout à la fin de la grossesse, et quelquefois assez violentes pour amener rapidement la mort; elles sont surtout à craindre pendant le travail, au moment de l'expulsion, en raison des efforts que fait la patiente.

Quelle est l'influence de la cardiopathie sur la puerpéralité ?

Les lésions cardiaques mal compensées exposent la grossesse à un certain nombre de troubles: hémorragies gravidiques, avortement, accouchement prématuré, mort du fœtus. Pendant et après l'accouchement, les hémorragies sont fréquentes. Il existe souvent des adhérences anormales du placenta.

Quelle est la conduite à tenir dans les maladies du cœur compensées chez la femme enceinte ?

Pendant la grossesse, une hygiène simple suffit tant qu'il n'y a aucun signe d'insuffisance cardiaque. On recommande une alimentation légère (régime lacté mitigé, régime déchloruré), un repos relatif, un exercice modéré, la liberté intestinale, le bon fonctionnement du rein, les toniques du cœur (kola, spartéine, théobromine, etc.).

Pendant l'accouchement, aussitôt la dilatation complète, on procède à l'extraction du fœtus. Pendant et après la délivrance, on surveille attentivement l'utérus pour prévenir l'hémorragie.

Quelle est la conduite à tenir quand les manifestations morbides ou troubles gravido-cardiaques se montrent?

On prescrit le repos absolu, le régime lacté, les diurétiques, les purgatifs, les toniques cardiaques (digitale, spartéine, strophantus, théobromine, caféine) suivant les indications.

Si des accidents graves (asystolie, phénomènes pulmonaires) surviennent, on a recours aux ventouses sèches ou scarifiées, à la saignée, aux injections sous-cutanées d'éther, d'huile camphrée, de strychnine, aux inhalations d'oxygène.

Si le traitement médical échoue, dans les cas graves (phénomènes asystoliques), il faut provoquer l'accouchement avant terme par des méthodes rapides. L'œdème pulmonaire aigu réclame au contraire l'abstention de toute manœuvre.

Que devons-nous faire lorsque la femme est agonisante et que le fœtus est vivant?

Il faut faire l'accouchement méthodiquement rapide.

Que devons-nous faire lorsque la femme vient à mourir et que l'enfant est vivant?

Il faut faire l'accouchement méthodiquement rapide ou l'opération césarienne post-mortem, abdominale ou vaginale.

MALADIES PROPRES A LA FEMME ENCEINTE

Odontalgie. — *Qu'avez-vous à dire sur l'odontalgie?*

L'odontalgie est fréquente chez la femme enceinte, surtout dans la première moitié de la grossesse. Tantôt il s'agit d'une névralgie pure que l'on combat à l'aide de calmants (opiacés, chloral, antipyrine, sulphate de quinine); tantôt elle est causée par une carie à laquelle prédispose la déphosphatisation de la femme au profit du fœtus et aussi l'acidité de la salive. Le traitement de la carie dentaire consiste en pansements, oblitération, quelquefois extraction des dents, et administration des phosphates de chaux.

Ptyalisme ou sialorrhée. *Qu'est-ce que le ptyalisme ou la sialorrhée?*

Le ptyalisme est une sécrétion exagérée de la salive dont la quantité peut atteindre, en vingt-quatre heures, parfois jusqu'à un litre ou deux. La sialorrhée s'observe souvent au cours des vomissements incoercibles, cependant elle peut exister seule. Le ptyalisme disparaît ordinairement au cours du quatrième mois; mais il peut persister jusqu'à la fin de la grossesse, et même au delà.

Quel est le traitement du ptyalisme?

Le ptyalisme est très rebelle au traitement. On peut essayer l'atropine, le bromure et l'iodure de potassium, la morphine,

le régime lacté, l'extrait d'ovaire ou de corps jaune, la suggestion.

Vomissements. — *Combien y a-t-il de variétés de vomissements?*

Deux variétés: les *vomissements simples* et les *vomissements graves ou incoercibles.*

Quelle est la symptomatologie et l'évolution des vomissements simples?

A la fin du premier mois de la grossesse, la femme commence à avoir des nausées, le plus ordinairement le matin à jeun, au moment où elle se lève. Les nausées font vite place aux vomissements qui se montrent au lever et dans tout le cours de la journée, mais surtout après les repas. Les aliments sont rejetés immédiatement après leur ingestion, en général sans beaucoup d'efforts. Une partie cependant des aliments reste retenue et la santé de la femme est à peine altérée. Les vomissements durent d'ordinaire deux ou trois mois. Ils disparaissent progressivement ou brusquement. Ils se prolongent exceptionnellement jusqu'au terme de la grossesse.

Quel est le traitement des vomissements simples?

Les traitements les plus variés ont été essayés dans les vomissements des femmes enceintes. Les médicaments les plus divers ont été donnés sans toujours beaucoup de succès. On peut recommander aux malades de prendre leur premier déjeuner au lit et de ne pas se lever immédiatement après. On surveillera le régime alimentaire; en exclura de l'alimentation les viandes rouges, fraîches ou conservées: on conseillera au contraire, les viandes blanches, cervelles, ris de veau, lait, fruits, légumes verts, poisson très frais et volailles. Si, malgré ce régime alimentaire, les vomissements persistent, il faut en arriver au régime lacté absolu, à la diète hydrique, même à la diète absolue.

Quand les vomissements affectent un caractère sévère, qu'ils sont intenses, répétés et tenaces, l'unique traitement comprend: 1° l'isolement absolu de la malade dans un hôpital, avec une garde consciencieuse et docile aux ordres du médecin; 2° la diète absolue; 3° l'appareil de Murphy avec du sérum artificiel auquel on ajoute des stimulants: café, cognac, etc.; 4° l'application de sacs de glace sur l'abdomen.

Qu'appelle-t-on vomissements incoercibles?

Ce sont des vomissements extrêmement intenses, fréquents et rebelles à tout traitement. Ces vomissements ne tardent pas à retentir sur l'état général de la femme et à mettre sa vie en danger.

Quelle est la symptomatologie des vomissements incoercibles?

La maladie se divise en trois périodes comme suit:

1ère période, d'amaigrissement progressif:

2ème période, de fréquence du pouls;
3ème période, d'accidents nerveux.

1ère période. Les vomissements dominent la scène: ils sont plus ou moins fréquents, pénibles, douloureux. La femme, ayant l'estomac vide d'aliments, rejette des mucosités, des glaires mélangées de suc gastrique, puis de la bile. Les vomissements peuvent être sanguinolents. La femme manifeste une profonde répugnance pour toute espèce de nourriture; elle a comme symptômes accessoires ou inconstants: de la gingivite, de la stomatite, du ptyalisme. La soif est vive, la constipation opiniâtre. Les urines deviennent rares, foncées, parfois fétides. Le pouls est encore physiologique, la température est normale ou un peu abaissée. L'affaiblissement et l'amaigrissement se produisent rapidement.

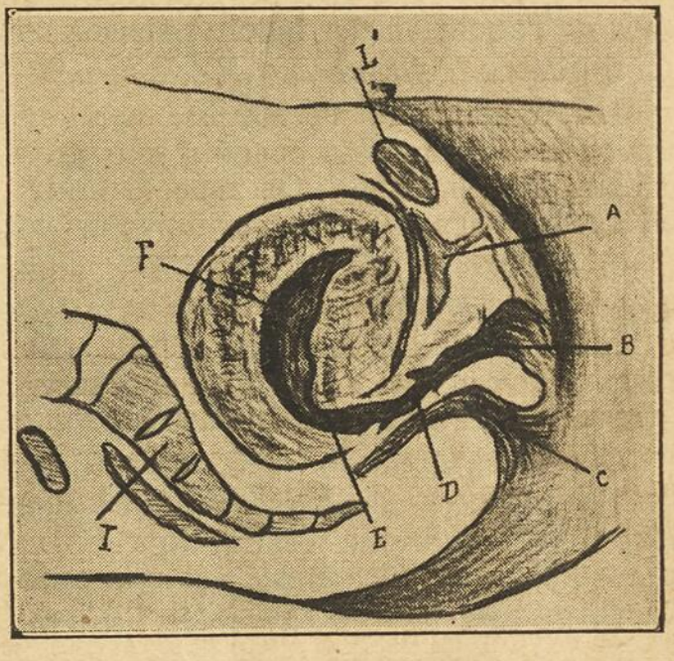


Fig. 18. Utérus en antéflexion. A. Vessie. — B. Vagin. — C. Rectun. — D. Orifice externe du col. — E. Orifice interne. — F. Cavité interne. — I. Sacrum. — L'. Pubis.

2ème période, *d'accélération du pouls.* — L'amaigrissement et les vomissements continuent. Les traits s'altèrent, les yeux s'excavent, la peau est terreuse, la bouche devient sèche et l'haleine fétide; les dents se couvrent de fuliginosités; la respiration s'élève à 28 ou 36 par minute; les urines plus rares sont albumineuses et contiennent de l'acétone; la température a une tendance à s'abaisser. La note dominante de cette période est l'*accélération du pouls* qui s'élève à 110, 120 et 140. Quelques troubles nerveux apparaissent.

3ème période, *d'accidents nerveux.* — Les symptômes nerveux de la troisième période se manifestent particulièrement par des syncopes, des hallucinations, des troubles de l'ouïe, du strabisme, du délire. Ces symptômes apparaissent parfois avec une rapidité déconcertante. La dyspnée est intense. L'anurie est à peu près complète. Les vomissements, dans ce stade, cessent ou diminuent, en donnant ainsi l'apparence trompeuse d'amélioration. La mort survient en quelques jours dans le coma au cours d'une syncope.

Quel est le pronostic des vomissements incoercibles?

La mort est certaine à la troisième période; elle est probable à la seconde. L'existence de l'enfant est très compromise.

Quel est le traitement des vomissements incoercibles?

On essaiera d'abord le traitement des vomissements simples: diététique, hygiénique et médicamenteux. On peut essayer l'opothérapie surrénale, ou encore l'injection sous-cutanée de sérum de femme enceinte saine, de 2 à 3 mois. Le traitement utérin doit être appliqué contre les lésions ou déviations de l'organe. La dilatation du col (méthode de Copeman) a donné quelques succès.

Éclampsie. — *Qu'est-ce que l'éclampsie?*

L'éclampsie est une affection observée pendant l'état puerpéral et caractérisée par des accès convulsifs accompagnés ou suivis de l'abolition des facultés sensorielles ou intellectuelles.

Quelle est la fréquence de l'éclampsie?

La fréquence de l'éclampsie varie suivant que les femmes sont ou non examinées pendant leur grossesse au point de vue de l'auto-intoxication. On rencontrerait une éclamptique sur 350 accouchements; une éclamptique sur 35 albuminuriques; 4 éclamptiques primipares pour une multipare.

Quelle est la date d'apparition de l'éclampsie?

L'éclampsie est exceptionnelle avant le sixième mois. Par ordre de fréquence, l'éclampsie s'observe pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Quelle est la cause de l'éclampsie?

Les théories n'ont pas manqué pour expliquer la nature intime du syndrome éclamptique. On admet généralement aujourd'hui que l'éclampsie est une auto-intoxication.

Quels sont les symptômes de l'éclampsie?

Comme la crise convulsive éclate rarement d'emblée et qu'elle est toujours précédée par des manifestations de l'auto-intoxication gravidique, on décrit deux variétés de symptômes: les symptômes prémonitoires ou prodromiques, et des symptômes de l'attaque ou de l'accès d'éclampsie.

Quels sont les symptômes prodromiques?

L'ensemble des symptômes prodromiques, qui traduisent l'intoxication profonde de l'organisme, constitue l'*éclampsisme.*

Ces symptômes sont: l'albuminurie, l'œdème des membres inférieurs, la bouffissure de la face, la céphalalgie frontale ou occipitale tenace, persistante, les troubles de la vue, les palpitations, l'agitation avec insomnie ou apathie, les névralgies diverses, les étourdissements, les bourdonnements d'oreille, la dyspnée, les épistaxis, la gastralgie, les vomissements, le masque de la grossesse, l'hypertension artérielle.

Les véritables symptômes prodromiques qui indiquent l'imminence de l'accès d'éclampsie sont au nombre de trois: une *céphalalgie intense, une douleur épigastrique vive,* accompagnée ou non de vomissements, des *troubles de la vue* pouvant aller jusqu'à la cécité complète.

Quels sont les symptômes de l'accès d'éclampsie ou de la crise convulsive?

L'accès d'éclampsie comprend trois périodes: 1° période d'invasion; 2° période de convulsions toniques; 3° période de convulsions cloniques.

1° Période d'invasion. — L'accès débute par la contraction du pouce se fléchissant dans la main qui se referme sur lui; puis apparaissent des contractions fibrillaires, des mouvements convulsifs des muscles de la face; le regard devient fixe, les paupières s'abaissent et se relèvent plusieurs fois rapidement; les globes oculaires roulent dans l'orbite; la langue est projetée hors la bouche. La tête est rejetée alternativement à droite et à gauche. Cette période dure une demi-minute à une minute.

2° Période des convulsions toniques. — La face, grimaçante qu'elle était, devient immobile et prend la coloration noire de l'asphyxie. L'œil est fixé en haut et souvent à gauche. Les mâchoires se rapprochent et mordent la langue profondément. Les membres sont raidis; le tronc est en opisthotonos; la respiration est arrêtée: une écume sanguinolente se montre à la bouche.

La durée de cette période mesure la gravité de l'accès. En moyenne cette période dure dix à vingt secondes.

3° Période de convulsions cloniques. — La respiration se rétablit avec brusquerie. Les membres sont secoués de mouvements convulsifs violents et rapides auxquels participent les muscles de la face et du cou. Les mâchoires participent aussi à ce mouvement convulsif et la langue est cruellement mordue. la face est toujours rougeâtre, violacée et énormément gonflée.

Cette période, qui est la plus longue, peut durer une demi-minute à 2 ou 3 minutes ou beaucoup au delà.

Dans quel état se trouve la femme après l'accès?

La femme peut se trouver dans deux états assez différents: 1° La femme reprend connaissance après l'accès éclamptique; 2° elle peut être dans un coma plus ou moins complet.

Quel est le nombre des accès d'éclampsie?

Le nombre varie de 1 à 100 ou 160.

Quelle est la terminaison de l'éclampsie?

L'éclampsie peut se terminer par la guérison complète et rapide. D'autres fois la guérison est incomplète; il persiste des troubles mentaux (amnésie, aphasie, mélancolie, manie, folie hallucinatoire).

L'éclampsie peut se terminer par la mort pendant les accès par asphyxie et syncope. La mort est due le plus souvent à une complication: congestion et œdème pulmonaire, hémorragie et œdème cérébraux, etc.

Quelle est l'influence de l'éclampsie sur l'utérus?

L'éclampsie détermine, dans la majorité des cas, les contractions du travail qui marche , en général, avec une rapidité surprenante.

Quel est le pronostic de l'éclampsie?

Il est grave pour la mère et l'enfant.

Quel est le traitement de l'éclampsie?

Le traitement est prophylactique et curatif. Le traitenent prophylactique consiste dans la recherche systématique non seulement de l'albumine dans les urines de la femme enceinte, mais dans la recherche de tous les signes d'éclampsisme, et dès qu'on en a découvert même un seul, il faut instituer immédiatement le régime lacté absolu, et prescrire les soins hygiéniques appropriés.

Lorsque l'éclampsie est imminente, on prescrit la diète hydrique pour vingt-quatre ou quarante-huit heures, les purgatifs salins, le chloral, le veratrum viride, la saignée au besoin.

Le traitement de la crise confirmée comprend:

1° le traitement pendant l'accès; 2° le traitement dans l'intervalle des crises.

1° **Pendant l'accès,** la malade sera surveillée et maintenue au lit (sans trop de contention) afin d'éviter les contusions ou les chutes. Dès que l'accès éclate, il faut veiller à ce que la langue ne soit pas mordue, dans ce but on saisit, avec les deux mains, le bord d'une compresse, d'une serviette, d'un mouchoir ou même du drap de lit et on l'applique, ainsi tendu, sur le dos de la langue qu'on repousse et maintient en arrière de l'arcade dentaire inférieure. Si la malade a une pièce de prothèse dentaire, il faudra la retirer.

Pour faire avorter ou juguler l'accès convulsif on emploie des inhalations de chloroforme à dose massive jusqu'à ce que la respiration soit complètement rétablie, c'est-à-dire jusqu'à la fin de l'accès. S'il survient, pendant l'accès, des phénomènes d'asphyxie on fait la respiration artificielle, ou des tractions rythmées de la langue. Les inhalations d'oxygène sont aussi utiles.

2° **Dans l'intervalle des crises,** on peut donner le chloral par voie rectale ou buccale, la morphine ou le veratrum viride en injection hypodermique. La saignée abondante s'impose quand il existe de l'hypertension artérielle. Les purgatifs (drastiques) sont nécessaires.

Parfois on a recours au traitement obstétrical dans l'éclampsie.

Varices. — *Quel est le siège des varices?*

Les varices siègent surtout aux membres inférieurs, aux organes génitaux et à l'anus, pendant la grossesse.

Les varices sont-elles fréquentes chez la femme enceinte?

Elles apparaissent surtout dans la seconde moitié de la grossesse. 25 p. 100 des primipares en sont affectées, et 50 p. 100 des multipares.

Quels sont les symptômes des varices des membres inférieurs?

Les varices sont superficielles ou profondes. Elles sont unilatérales ou bilatérales, constituées par des arborisations superficielles ou par des cordons plus ou moins gros, flexueux, parfois agglomérés en paquets volumineux. Elles déterminent une sensation de pesanteur, des fourmillements, des picotements, des crampes dans le mollet, de l'empâtement.

Quelles sont les complications possibles des varices?

Les varices peuvent avoir les complications suivantes: l'œdème, des troubles trophiques (prurit, eczèma), l'ulcère variqueux, des hémorragies par rupture des varices, la phlébite et la périphlébite, des névralgies.

Quel est le traitement des varices des membres inférieurs?

Le traitement consiste, dans les cas légers à éviter la station debout prolongée, la marche, à supprimer les jarretières; à comprimer légèrement les membres inférieurs avec des bandes de crêpe ou de flanelle, ou des bandes de diachylon; à porter des bas élastiques. Si les troubles sont très accusés, on recommandera le repos au lit ou sur la chaise longue. Si une hémorragie survient par rupture, on appliquera un pansement compressif. La phlébite variqueuse demande le repos absolu, des pansements humides, l'élévation légère du membre.

Où siègent les varices des organes génitaux?

Les varices siègent au niveau de l'utérus, du col, des ligaments larges. Les varices externes siègent surtout au niveau de la vulve et de la partie inférieure du vagin.

Quels sont les symptômes des varices des organes génitaux?

Parfois leur existence reste ignorée jusqu'au moment d'un examen obstétrical, car elles ne provoquent pas toujours des troubles. Dans d'autres cas elles forment de véritables tumeurs mollasses, violacées. Elles peuvent donner la sensation d'un corps étranger et occasionner de la pesanteur, des démangeaisons, du prurit vulvaire, de la leucorrhée.

Quel est le danger des varices génitales?

La complication à redouter consiste dans la rupture des varices pendant la grossesse ou l'accouchement.

Quel est le traitement des varices vulvo-vaginales ?

En absence de toute complication, le traitement est à peu près nul: prescrire le repos et éviter tout traumatisme. Si une hémorragie survient, il faut avoir soin de bien préciser le siège de la plaie variqueuse et exercer à ce niveau une compression suffisamment prolongée pour permettre l'arrêt de l'écoulement du sang. On pourrait, au besoin, placer au niveau de la plaie une pince à forci-pressure ou, au moins, un fil. Une asepsie minutieuse est indispensable pour éviter l'infection.

Combien y a-t-il d'espèces de varices ano-rectales (hémorroïdes) ?

Deux espèces: internes et externes.

Quelle est la cause des hémorroïdes de la grossesse ?

Elles sont dues à la congestion gravidique de tous les organes pelviens, à la compression exercée par l'utérus ou à la constipation, et au moment de l'expulsion à la compression exercée par la tête.

Quels sont les symptômes des hémorroïdes ?

Elles ne sont pas toujours gênantes pendant la grossesse; cependant elles peuvent occasionner des douleurs au moment de la défécation, une difficulté de s'asseoir, de la chaleur, des démangeaisons, quelquefois de la fièvre, et parfois de l'hémorragie.

Quel est le traitement des hémorroïdes ?

Le traitement consiste surtout à éviter la constipation, à prescrire le repos, des applications chaudes ou froides, et au besoin des suppositoires calmants.

Leucorrhée. Vaginite granuleuse. — *La leucorrhée est-elle fréquente chez la femme enceinte ?*

La leucorrhée est très fréquente chez la femme enceinte surtout dans les derniers mois de la grossesse. Elle est due à l'hypersécrétion de la muqueuse vaginale.

Quelle est l'apparence de l'écoulement vaginal ?

L'écoulement vaginal est plus ou moins abondant, plus ou moins épais, blanchâtre, crémeux, verdâtre.

Quels sont les inconvénients de la leucorrhée ?

Elle produit du prurit, de l'érythème de la vulve et de la face interne des cuisses.

Qu'est-ce que la vaginite granuleuse ?

La vaginite granuleuse est caractérisée par de petites saillies du volume d'une tête d'épingle plus ou moins nombreuses, qui donnent au doigt la sensation d'une râpe. La vaginite granuleuse se manifeste par une sensation de chaleur et surtout par l'écoulement d'un liquide épais, de couleur jaune verdâtre, quasi purulent, d'odeur désagréable, et qui irrite la vulve, le périnée et le haut des cuisses.

Quelle est la cause de la vaginite granuleuse?

La vaginite granuleuse peut être due aux microbes saprophytes du vagin, mais elle est habituellement d'origine blennorragique.

Quel est le traitement de la leucorrhée et de la vaginite granuleuse?

Dans la leucorrhée simple, on prescrit les soins de propreté, les bains alcalins, les injections vaginales faiblement astringentes ou antiseptiques. Dans la vaginite granuleuse, le traitement doit être plus actif, plus énergique, parce que l'écoulement expose l'enfant à l'ophtalmie purulente. On ne se contentera pas seulement des injections antiseptiques (liqueur de Labarraque, permanganate de potasse, eau exygénée), on fera en plus des attouchements avec de la teinture d'iode du vagin distendu par un speculum. Au moment de l'accouchement, on n'oubliera pas de faire une prophylaxie soigneuse de l'ophtalmie.

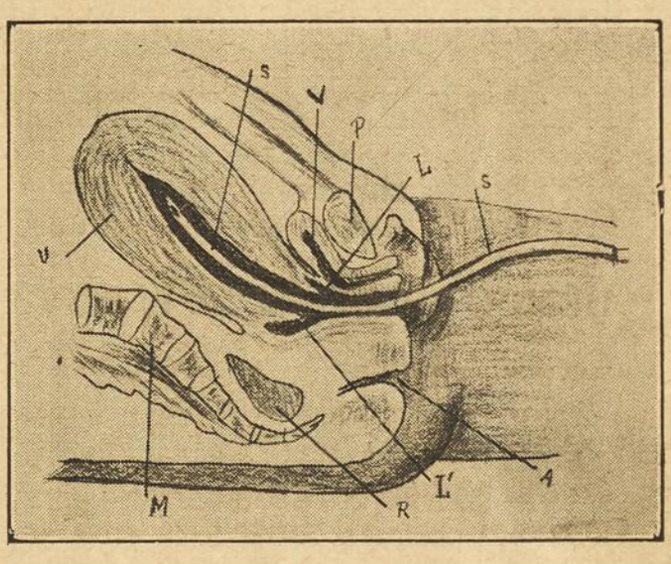


Fig. 19. Utérus redressé. — U. Utérus. — S. Sonde utérine. — V. Vessie. — P. Pubis. — L. Lèvre antérieure du col. — L'. Lèvre postérieure. — A. Anus. — R. Rectum. — M. Sacrum.

Vaginite végétante et végétations vulvaires.— *Qu'est-ce que la vaginite végétante ou qu'entend-on par végétations vulvaires?*

Ce sont des excroissances qui se développent au cours de la grossesse, sur la muqueuse vaginale et vulvaire. Ces excroissances ou végétations ont la forme de choux-fleurs,de crêtes de coq ou de verrues allongées. Elles sont discrètes ou confluentes, ou forment d'assez grosses masses lobulées. Dans certains cas, elles sont tellement hypertrophiées qu'elles recouvrent, pour ainsi dire, en les masquant, les organes génitaux externes.

Quelle est la nature de ces végétations?

Elles reconnaissent pour causes certaines leucorrhées, vaginites, cervicites, de nature gonorrhéique ou autre; elles ne sont nullement syphilitiques, mais elles peuvent coïncider avec cette infection. La grossesse constitue un terrain favorable à leur développement.

Quels sont les inconvénients de ces végétations?

Elles produisent un suintement fétide qui provoque du prurit, de la douleur et de l'érythème de la zone génitale. Considérables, elles peuvent gêner la marche, la station assise, et saigner quelquefois. Elles ne font guère obstacle à la sortie du fœtus, mais elles prédisposent aux déchirures vulvo-périnéales, et favorisent l'infection.

Quelle est l'évolution de ces végétations?

Les végétations s'accroissent pendant la grossesse; elles régressent, se dessèchent et tombent pendant les suites de couches.

Quel est le traitement de ces végétations?

Quand les végétations sont petites, discrètes, on se contente des soins de propreté, des injections vaginales antiseptiques et des attouchements à la teinture d'iode.

Si elles forment des tumeurs volumineuses, suintantes, on les cautérisera avec l'acide acétique, l'acide azotique, l'acide picrique, l'acide chromique, le nitrate d'argent, etc.; on peut aussi recourir à l'excision ou à la radiumthérapie.

HÉMORRAGIES DE LA PÉRIODE PUERPÉRALE

Comment divise-t-on les hémorragies de la période puerpérale?

On distingue les hémorragies de la grossesse, celles du travail, celles de la délivrance et enfin celles des suites de couches.

Quelles sont les causes des hémorragies de la grossesse?

Dans les premiers mois de la grossesse, les hémorragies sont dues à l'avortement, aux lésions du col, à la môle hydatiforme. Dans les trois derniers mois, elles sont dues presque uniquement au décollement prématuré et à l'insertion vicieuse du placenta. Les hémorragies de la grossesse peuvent encore être dues aux varices génitales.

Avortement. — *Qu'est-ce que l'avortement ou la fausse couche?*

L'avortement ou la fausse couche est l'expulsion de l'œuf avant le cent quatre-vingtième jour, c'est-à-dire avant l'époque de la viabilité légale du fœtus.

Quelle est la fréquence de l'avortement?

Au moins un avortement sur dix grossesses.

En combien de classes divise-t-on l'avortement..

Suivant les causes de l'avortement on dit que l'avortement est *spontané* ou *provoqué*; suivant l'âge de la grossesse, l'avortement est: 1° *ovulaire* (pendant les vingt premiers jours); 2° *embryonnaire* (du vingtième au quatre-vingt-dixième jour); 3° *fœtal*, (quatrième, cinquième, et sixième mois).

Quelles sont les causes de l'avortement?

Les causes proviennent du père, de la mère, de l'œuf, ou des traumatismes. Toute cause amenant chez l'homme la débilité et l'affaiblissement de l'organisme peut provoquer l'avortement (syphilis, tuberculose, etc.). L'influence de la mère est plus grande que celle du père parce qu'elle agit plus directement sur l'œuf. De toutes les causes les plus fréquentes sont: la syphilis, l'albuminurie, l'endométrite, l'insertion du placenta sur le segment inférieur, les manœuvres criminelles.

Quels sont les symptômes de l'avortement?

L'allure clinique de l'avortement varie suivant l'époque de la grossesse, suivant la cause, suivant l'état du fœtus, etc. Il y a trois types cliniques dans l'avortement: *a*) le *type hémorragique*; *b*) le *type contractions utérines* ou *douloureux*; *c*) le *type mixte*. Tantôt c'est l'hémorragie qui constitue le symptôme capital. L'hémorragie peut être continue ou intermittente. L'hémorragie est plus abondante quand l'œuf est vivant et que le placenta n'est pas encore nettement limité (il ne l'est pas avant trois mois). L'hémorragie s'observe aux divers temps de l'avortement et persiste avec plus ou moins d'intensité tant qu'il reste dans la cavité utérine un fragment de placenta, une caduque attardée. Le type douloureux s'observe surtout quand la grossesse est assez avancée et que l'œuf est mort. Tantôt les deux symptômes: hémorragies et contractions, marchent à peu près parallèlement.

En combien de temps se fait l'avortement?

L'avortement peut se faire en *un temps, deux temps, trois temps*. Dans les deux premiers mois, l'avortement se fait, en règle générale, en un temps: l'œuf est expulsé en bloc. Il est fermé et comprend toutes les membranes: amnios, chorion, caduque ovulaire. D'autres fois, il est expulsé en deux temps: les membranes se déchirent et le produit de la conception est expulsé avant l'arrière-faix qui suivra plus ou moins de près. Si le placenta n'est pas décollé, de nouvelles contractions et de nouvelles hémorragies seront nécessaires pour déterminer le décollement et l'expulsion de l'arrière-faix. Parfois même on peut observer un troisième temps, pendant lequel sort la caduque utérine.

Quelles sont les modifications que subit le produit de la conception mort dans la cavité utérine?

Les modifications varient suivant l'époque de la grossesse à laquelle succombe le fœtus. Lorsque l'embryon meurt pendant les deux premiers mois, il peut se dissoudre complètement: d'où les dénominations d'*œufs vides, d'œufs claires, de faux germes* Plus tard il peut subir les altérations de la momification, de la macération ou de la putréfaction.

Quelles sont les complications de l'avortement?

Les complications immédiates de l'avortement sont: 1° les hémorragies; 2° la rétention placentaire; 3° L'infection; 4° Le tétanos.

Les complications tardives sont: les hémorragies secondaires, les lésions inflammatoires utérines, les polypes placentaires, les déciduomes.

L'avortement peut-il être arrêté?

Non, si le fœtus est mort, si les membranes sont rompues, si les hémorragies sont abondantes et à répétition.

Oui, si l'enfant est vivant, si les membranes sont intactes et si l'hémorragie est peu abondante.

L'avortement est-il fait et complet?

Le diagnostic est d'autant plus difficile que la grossesse est moins avancée. Il faut recommander de garder les linges et les caillots pour en faire l'examen; au besoin il faut dissocier les caillots dans l'eau pour reconnaître le chevelu des villosités choriales ou la caduque. L'avortement est complet si le col se ferme en même temps que les douleurs et l'hémorragie disparaissent.

Quel est le traitement de l'avortement?

Nous avons à considérer: 1° le traitement préventif; 2° le traitement des menaces d'avortement; 3° le traitement de l'avortement inévitable; 4° le traitement des avortements accompagnés ou suivis d'accidents.

Que comprend le traitement préventif?

Le traitement préventif comprend le traitement hygiénique en général et le traitement de la cause.

Qu'est-ce que le traitement des menaces d'avortement?

Comme les menaces réelles d'avortement sont caractérisées par les contractions utérines douloureuses et des hémorragies utérines, le rôle de l'accoucheur devra être de calmer l'irritabilité utérine et d'arrêter l'hémorragie. On prescrira dans ce double but: l'opium en lavement, la morphine en injection hypodermique, le chloral, l'hydrastis canadensis, le viburnum prunifolium. La femme gardera le repos absolu au lit. Elle ne devra se lever ou s'asseoir sous aucun prétexte, même pas pour aller à la selle. Le repos au lit doit être continué pendant plusieurs jours après la disparition des douleurs ou de l'écoulement sanguin. L'intestin sera débarrassé à l'aide de laxatifs légers ou de lavements.

Quel est le traitement de l'avortement inévitable ou de l'avortement qui se fait?

En l'absence de toute complication (hémorragie sérieuse ou infection), le traitement est simple: il consiste à surveiller attentivement la malade qui doit rester au lit, dans un repos abso-

lu. On évitera de toucher trop souvent, et surtout on s'abstiendra de tirer sur les débris ovulaires qui s'engagent dans le col pour ne pas les déchirer; on appliquera une antisepsie rigoureuse vulvaire et vaginale.

Quel est le traitement des avortements accompagnés ou suivis d'accidents?

Ce traitement est dirigé: 1° contre les hémorragies qui accompagnent l'avortement; 2° contre la rétention placentaire; 3° contre l'infection.

1° **Traitement de l'hémorragie grave.** — Si l'hémorragie est grave dès la menace d'avortement, on emploiera les injections vaginales chaudes à 48°C. En cas d'échec, on fera un tamponnement serré du vagin d'après les règles de l'antisepsie. Douze heures après on enlèvera le tampon, et bien souvent le délivre et l'embryon se trouveront derrière le tampon. En tout cas, on donnera une injection vaginale chaude et on se tiendra prêt à renouveler le tampon si l'hémorragie recommence. On peut avantageusement ajouter le tampon utérin au tampon vaginal dans les hémorragies très graves. On doit, dans certaines circonstances, vider l'utérus immédiatement. Quand les hémorragies compliquent la rétention placentaire, on pratique le tamponnement utéro-vaginal ou l'on fait l'évacuation de l'utérus.

2° **Traitement de la rétention.**—S'il y a rétention sans hémorragie et sans infection, on peut faire de l'expectation armée pendant quelques jours. S'il y a hémorragie ou infection, on doit intervenir et pratiquer l'évacuation de l'utérus.

3° **Traitement de l'infection.** — L'expectation n'est plus possible dès qu'il existe des signes d'infection, même légère (pouls rapide, élévation thermique, fétidité des lochies); il faut procéder immédiatement à l'évacuation de l'utérus.

Môle hydatiforme. — *Qu'est-ce que la môle hydatiforme?*

La môle hydatiforme ou vésiculaire est une maladie de l'œuf caractérisée par la dégénérescence kystique des villosités choriales. C'est une affection rare.

Quels sont les symptômes de la môle hydatiforme?

Les signes caractéristiques de la môle sont au nombre de trois: les hémorragies utérines, le développement exagéré de l'utérus et l'expulsion spontanée de vésicules.

Les hémorragies surviennent sans cause appréciable à partir du deuxième ou troisième mois. Elles sont indolores, se répètent fréquemment et sont progressivement plus abondantes. Dans l'intervalle de ces pertes sanguines, il s'écoule un liquide séro-sanguinolent.

L'utérus augmente rapidement de volume: il a bientôt un volume qui n'est plus en rapport avec l'âge de la grossesse. Il n'est pas rare qu'au troisième mois de la gestation, l'utérus ait

le volume qu'il doit normalement présenter au 6e ou au 7e mois. Le seul *signe vraiment pathognomonique* de la môle est la présence des *vésicules* dans les hémorragies.

L'état général s'altère assez fréquemment.

Quelle est la marche de la môle?

La môle est expulsée le plus souvent du 3e au 4e mois. Rarement la grossesse arrive à terme avec un enfant vivant. Quelquefois l'expulsion de la môle n'a lieu que 12 ou 13 mois après la conception. L'expulsion peut se faire en une fois, en masse, ou en plusieurs temps par fragments.

Quel est le traitement de la môle?

Quand le diagnostic de môle est établi, il faut immédiatement évacuer l'utérus. Si l'on n'est appelé qu'au moment de l'expulsion, on n'a qu'à surveiller cette expulsion avec le plus grand soin et intervenir avec la main dès que l'hémorragie devient grave.

Insertion vicieuse du placenta. — *Qu'entend-on par placenta praevia, insertion vicieuse, insertion basse du placenta?*

On entend l'insertion du placenta en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

Quelle est la fréquence des placentas praevia?

La statistique donne les chiffres de 46 à 53 p. 100.

Combien y a-t-il de variétés de placenta praevia?

Quatre variétés: 1° l'insertion latérale; 2° l'insertion marginale; 3° l'insertion partielle; 4° l'insertion centrale.

Quelles sont les causes de l'insertion vicieuse?

Les causes sont peu connues: la multiparité, l'endométrite, les chocs répétés, les voyages au début de la grossesse.

Quels sont les symptômes du placenta praevia pendant la grossesse?

Les signes du placenta praevia peuvent manquer complètement, et c'est par hasard, en examinant l'arrière-faix après l'accouchement, qu'on fera un diagnostic rétrospectif. Cependant il est un certain nombre d'incidents qui s'observent parfois, ce sont: 1° l'hémorragie; 2° la rupture prématurée des membranes; 3° l'accouchement prématuré; 4° les présentations vicieuses.

Quels sont les caractères de l'hémorragie dans le placenta praevia?

L'hémorragie est le symptôme dominant, capital du placenta prævia. L'hémorragie peut se produire à toute époque de la grossesse; mais elle est plus fréquente (ou au moins paraît l'être) dans les trois derniers mois. L'hémorragie est silencieuse; elle survient généralement brusquement, sans cause appréciable; elle se déclare souvent la nuit, alors que la femme dort profondément; il n'y a ni prodromes, ni douleurs. L'hémorragie peut être

unique pendant la grossesse; mais le plus souvent elle est à répétition. Elle reparaît au bout d'un certain temps et à des intervalles variables. Elle est d'importance progressivement croissante à mesure qu'elle se répète. Le sang qui s'écoule est rouge, liquide et ne contient que peu ou pas de caillots.

Quels sont les symptômes du placenta praevia pendant l'accouchement?

Comme pendant la grossesse, le principal signe est l'hémorragie, qui est constituée par du sang rouge, liquide, et qui peut couler en très grande quantité.

Les hémorragies continuent-elles souvent après la délivrance?

Oui, à cause de la faible rétractilité du segment inférieur.

Quel est le pronostic du placenta praevia?

Le pronostic marche de pair avec l'hémorragie, son abondance et sa répétition. Les complications peuvent être les déchirures du col, et du segment inférieur, l'embolie, l'infection.

Quel est le traitement du placenta praevia?

Le but du traitement consiste à lutter contre l'hémorragie. Si l'hémorragie est peu abondante, il suffit à la femme de garder le repos absolu au lit pour que l'hémorragie s'arrête d'elle-même. Quelques injections sous-cutanées de morphine calmeront l'utérus. La femme sera en outre surveillée attentivement. On placera auprès d'elle une garde expérimentée ou on l'hospitalisera.

Si l'hémorragie est abondante d'emblée ou est sérieuse parce qu'elle s'est répétée une ou plusieurs fois, le traitement peut varier suivant qu'on a affaire à une primipare ou à une multipare. Chez la primipare à col long et fermé, on fera un tamponnement vaginal bien serré. Le tampon a l'avantage d'arrêter l'hémorragie, de provoquer des contractions, d'amener l'effacement et la dilatation du col. Le tampon est laissé en place dix à douze heures. Si le col est perméable parce qu'on a affaire à une multipare ou à une primipare dont l'ouverture du col a été obtenu par le tamponnement, on s'assurera que la présentation est longitudinale et on rompra largement les membranes. Si, après la rupture des membranes, l'hémorragie continue, on pourra appliquer un ballon de Champetier de Ribes ou faire la dilatation rapide du col et terminer l'accouchement.

Si l'hémorragie persiste pendant la délivrance, on se hâte de pratiquer une délivrance artificielle. Après la délivrance, si l'hémorragie persiste, on fait des injections vaginales chaudes, on donne une piqure d'ergot et au besoin on pratique le tamponnement du segment inférieur de l'utérus et du vagin.

Pendant ou après la délivrance doit-on pratiquer le massage de l'utérus dans le but d'arrêter l'hémorragie?

Absolument pas, car ce massage peut détacher un caillot dans les sinus du segment inférieur et produire une embolie.

Quel est le traitement de l'anémie post-hémorragique ?

On donnera des boissons alcoolisées, on fera des injections d'éther, d'huile camphrée, de caféine, au besoin des injections de sérum artificiel (sous-cutanées ou intra-veineuses). La femme sera couchée la tête très basse.

Décollement prématuré du placenta normalement inséré. — *Quelles sont les causes du décollement prématuré du placenta normalement inséré ?*

La principale cause est l'endométrite due à l'auto-intoxication gravidique (albuminurie). La brièveté naturelle ou accidentelle du cordon est une autre cause assez importante. Les traumatismes, les chocs, les chutes jouent un certain rôle.

Quels sont les symptômes du décollement du placenta normalement inséré ?

Les symptômes dépendent de l'hémorragie rétro-placentaire. Si celle-ci est très légère, elle ne donne pas de symptômes; mais pour peu que l'épanchement soit abondant, les symptômes sont très nets. Les signes débutent ordinairement d'une façon brusque par des douleurs violentes dans les reins et l'abdomen. Ces douleurs manquent souvent. Les signes *constants et caractéristiques sont les phénomènes d'anémie aiguë, la dureté et l'augmentation rapide du volume de l'utérus.* La femme présente tous les phénomènes des hémorragies graves (face pâle, pouls petit et fréquent, tendances syncopales). Au palper, l'utérus est dur, d'une dureté spéciale et continue (dureté ligneuse). L'utérus est augmenté de volume; il existe une disproportion entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse. Le toucher vaginal fait reconnaître la dureté et la tension du segment inférieur.

Quelle espèce d'hémorragie constate-t-on ?

L'hémorragie peut être considérable (jusqu'à 1500 grammes). L'hémorragie est interne. Quelquefois cependant, le liquide sanguin peut glisser entre les membranes et la paroi utérine et s'écouler au dehors; mais dans ce cas, la quantité de sang qui sort à l'extérieur est toujours minime par rapport à celle qui reste dans l'utérus. Le sang qui s'écoule par la vulve est noirâtre, poisseux; parfois ce n'est que de la sérosité sanguinolente.

Quel est le pronostic ?

Il est grave pour la mère et presque toujours fatal pour l'enfant.

Quel est le traitement du décollement du placenta inséré normalement ?

Dans les cas sérieux, quand l'état général est précaire, l'intervention rapide doit être la règle.

Hémorragies et grossesse extra-utérine. — *Qu'est-ce que la grossesse extra-utérine ou ectopique?*

C'est la grossesse produite par le développement de l'œuf hors de la cavité utérine.

Combien y a-t-il d'espèces de grossesse ectopique?

Trois variétés: 1° la grossesse tubaire; 2° la grossesse ovarique; 3° la grossesse abdominale.

Quels sont les symptômes de la grossesse ectopique?

On retrouve tous les signes habituels de la grossesse normale: malaises, troubles digestifs, turgescence des seins, suppression des règles, augmentation de volume du ventre, mouvement du fœtus. Parfois la femme ne signale aucun trouble spécial: ni douleurs, ni hémorragies, jusqu'à une époque très avancée de la grossesse extra-utérine, à laquelle on ne vient à penser que parce qu'on ne voit pas se produire l'accouchement. Mais le plus souvent différents symptômes appellent l'attention, tels que les hémorragies, les phénomènes péritoniques et les caractères du kyste fœtal.

Quel est le caractère de l'hémorragie?

L'hémorragie survient dans les deux tiers des cas; elle se montre à des époques variables; elle est très douloureuse, plus ou moins abondante et s'accompagne souvent de l'expulsion de la caduque (en masse ou en morceaux). Le sang est tantôt rouge, tantôt couleur de café, tantôt séro-purulent.

Quels sont les phénomènes péritoniques?

Ce sont des douleurs plus ou moins vives siégeant dans le bas-ventre avec irradiations dans les lombes, et revenant de préférence à chaque période menstruelle.

Quels sont les caractères du kyste fœtal?

Au début, le kyste fœtal est très difficile à reconnaître. Des examens répétés à quelques semaines d'intervalle, nous permettent de constater que la tumeur annexielle se développe plus rapidement que l'utérus. Si l'on pratique le toucher bimanuel avant le cinquième mois, l'on trouve deux tumeurs accolées. L'une est constituée par l'utérus. Le col est légèrement ramolli; le corps est augmenté de volume et refoulé en avant et latéralement. Sa consistance est plus dure que celle d'un utérus gravide. La tumeur adjacente constituée par le sac fœtal a un volume variable suivant l'âge de la grossesse. Elle est rénitente, peu douloureuse et donne la sensation d'une salpingite.

Quelles sont les complications de la grossesse ectopique, et quels sont les symptômes de ces complications?

Les complications sont l'hémorragie et l'infection. Ce sont surtout les complications qui attirent l'attention de la malade et du médecin et permettent d'établir le diagnostic de grossesse

ectopique. L'hémorragie interne, conséquence de la rupture, se montre le plus souvent dans les premiers mois. Tantôt l'hémorragie est brusque et très abondante: c'est l'*inondation péritonéale.* Il survient une douleur abdominale subite, violente, parfois atroce, (cataclysmique), suivie de tous les signes d'une hémorragie interne grave. Il se fait aussi un écoulement de sang par la vulve. Tantôt les hémorragies, moins abondantes, se font par crises, accompagnées de douleurs pelviennes, de phénomènes de réaction péritonéale. Le sang se collecte et s'enkyste dans le petit bassin, c'est l'*hématocèle rétro-utérine.*

Quelle est la conduite à tenir dans les cas de grossesse ectopique?

Dans tous les cas de grossesse ectopique compliquée d'accident il faut intervenir chirurgicalement.

La garde-malade doit-elle connaître les causes des hémorragies de la grossesse?

Oui, il lui est absolument nécessaire de connaître les causes des hémorragies de la grossesse. Elle doit au moins en avoir une idée sommaire ou d'ensemble, parce que très souvent, aujourd'hui, la garde-malade est consultée avant le médecin. Elle doit posséder cette connaissance non pas tant pour donner des conseils sur le traitement à instituer, comme pour encourager les patientes à aller consulter un médecin à temps et à suivre fidèlement le traitement qui leur sera prescrit.

La garde-malade doit-elle connaître les symptômes de l'avortement, du décollement du placenta normalement inséré, du placenta praevia et de la grossesse ectopique compliquée?

Oui, la garde-malade doit connaître les symptômes de l'avortement, parce que très souvent elle est consultée sur des pertes sanguines qui peuvent devenir graves si elles ne sont pas arrêtées rapidement par un traitement approprié. Elle doit connaître la signification de ces pertes ou des symptômes de l'avortement pour faire appeler le médecin à temps ou même pour prescrire en attendant l'arrivée du médecin, le repos au lit, la glace sur l'abdomen, les injections vaginales chaudes, et même à la rigueur faire un tamponnement vaginal.

La garde-malade doit connaître les symptômes et les dangers du décollement du placenta inséré normalement (symptômes généraux de l'hémorragie interne: pâleur subite de la face, rapidité du pouls, tendances syncopales, etc.), afin d'appeler rapidement un médecin quand elle constate certains symptômes insolites; elle ne doit pas attendre que la patiente soit mourante pour demander le médecin.

La garde-malade doit connaître les symptômes et les dangers du placenta praevia, afin d'empêcher la patiente de marcher, de se tenir debout, et afin de lui faire comprendre, ce qui n'est pas toujours facile, qu'elle doit se mettre au lit sous les soins d'un

médecin habile, dès la première hémorragie, et que même, ce qui est de beaucoup préférable, elle doit entrer dans un hôpital, lieu de sûreté où l'on préviendra les accidents du placenta praevia.

Quelle est l'utilité pour la garde-malade de ces connaissances qui paraissent n'être que du ressort du médecin?

Ces connaissances sont absolument utiles à la garde-malade. En effet, au lieu de perdre un temps précieux en tâtonnement, en tergiversations et en essais infructueux de traitement futile, même absurde, la garde-malade, instruite et au courant des symptômes et des dangers des hémorragies internes ou externes, rendra des services signalés, deviendra une aide précieuse pour le médecin, et une conseillère utile pour les patientes qui ignorent souvent les conséquences funestes de certains symptômes paraissant anodins et insignifiants.

Hémorragies pendant l'accouchement. — *Quelles sont les causes de l'hémoragie pendant l'accouchement?*

Les principales causes sont le décollement du placenta inséré normalement, le placenta prævia et la rupture des varices vulvo-vaginales.

Hémorragies pendant la délivrance. — *Quelle est la source de l'hémorragie pendant la délivrance?*

Pendant la délivrance, l'hémorragie peut prendre sa source dans une déchirure de la vulve, du vagin, du col; mais presque toujours l'hémorragie se fait au niveau de la plaie placentaire, aussi le terme "hémorragie de la délivrance" est-il synonyme d'hémorragie de provenance placentaire.

Quand y a-t-il hémorragie de la délivrance?

D'une façon générale toute accouchée perd en moyenne 300 ou 400 grammes de sang pendant la délivrance; c'est l'hémorragie physiologique, normale. L'hémorragie devient pathologique quand elle compromet la santé de l'accouchée. Le critérium de l'hémorragie pathologique repose sur l'état général de la femme, sur la fréquence de son pouls qui dépasse 100 lorsqu'il y a danger, et non sur la quantité de sang écoulé ou épanché.

Quand l'hémorragie se produit-elle?

Elle peut se produire avant, pendant ou immédiatement après l'expulsion du placenta; c'est l'hémorragie primitive.

Quelles sont les causes de l'hémorragie de la délivrance?

Deux conditions sont nécessaires pour qu'une hémorragie de la délivrance puisse se produire: il faut qu'il y ait inertie utérine et décollement partiel ou total du placenta.

Quelles sont les formes que revêt l'hémorragie?

L'hémorragie peut être *interne, externe ou mixte.*

Quels sont les symptômes de l'hémorragie de la délivrance?

Localement, on constate quelquefois un écoulement abon-

dant de sang rouge par les organes génitaux, il y a *hémorragie externe;* les parois de l'utérus ne forment pas un globe dur au-dessus de la symphyse pubienne; elles sont molles, flasques et on a quelquefois beaucoup de peine à les reconnaître au milieu de la masse des anses intestinales.

D'autres fois, l'utérus se remplit de sang et de caillots, surtout si le placenta fait office de tampon au niveau de l'orifice cervical, il y a *hémorragie interne;* on sent alors les parois plus ou moins dépressibles de l'utérus qui s'élèvent très haut, jusqu'au niveau du creux épigastrique.

Les symptômes généraux dépendent du degré de l'hémorragie, de la susceptibilité de la femme et de son état d'anémie antérieure. On note la pâleur de la face, les bâillements, les nausées, les bourdonnements d'oreille, les lipothymies. la petitesse et la rapidité du pouls.

Quel est le traitement des hémorragies de la délivrance?

Le traitement préventif consiste à surveiller attentivement le globe utérin, à inspecter à tout instant la vulve, et à s'abstenir de toute manœuvre d'extraction du placenta tant que celui-ci n'est pas complètement décollé.

Le traitement curatif varie suivant l'importance de l'hémorragie, et suivant que la délivrance est ou n'est pas faite. Si l'hémorragie est peu abondante, la délivrance n'étant pas faite, des frictions douces et continues de l'utérus à travers la paroi abdominale suffisent à réveiller la rétractilité et la contractilité de l'organe. On peut donner en outre des injections vaginales chaudes. Si l'hémorragie est abondante, il faut pratiquer immédiatement la délivrance artificielle.

Quand l'hémorragie continue après l'expulsion du placenta, il faut pratiquer l'expression, le massage, l'abaissement de l'utérus; donner des injections chaudes vaginales et même intra-utérines, administrer l'ergot, au besoin faire la compression de l'aorte, mettre des sacs de glace sur l'abdomen. La femme sera placée dans la position horizontale, la tête basse, enveloppée de linges chauds.

Le traitement de l'anémie post-hémorragique consiste à donner des grogs, des boissons chaudes, café, thé, des injections d'éther, d'huile camphrée, de sérum artificiel.

Hémorragies secondaires ou tardives. — *Qu'appelle-t-on hémorragies secondaires ou tardives?*

Ce sont des hémorragies qui surviennent quelque temps après la délivrance (30 minutes à quelques jours).

Quelle est la cause de ces hémorragies?

L'inertie utérine ou la rétention dans l'utérus de corps étrangers.

Les hémorragies qui surviennent une heure ou deux après la délivrance sont-elles dangereuses?

Elles peuvent être plus dangereuses que les hémorragies primitives, parce que le médecin n'est plus là pour les combattre. C'est alors que la garde-malade doit mettre en pratique ses connaissances obstétricales, en attendant que le médecin revienne ou en absence complète du médecin.

Quel est le traitement de ces hémorragies secondaires?

Les hémorragies immédiatement secondaires par inertie cèdent aux injections chaudes, aux frictions et aux massages. Les hémorragies par rétention indiquent l'évacuation de l'utérus par le curage.

Hémorragies non utérines. — *D'où viennent les hémorragies non utérines?*

Elles proviennent de la vulve, du vagin, du col.

Comment reconnaît-on la source de ces hémorragies?

En examinant la vulve et le vagin, ce qu'on doit toujours faire dans tous les cas d'hémorragie. Quand la source est extra-utérine, l'hémorragie est externe et l'on voit, en général, les vaisseaux déchirés qui donnent l'hémorragie. En recherchant le globe de sûreté, si on trouve qu'il a les vraies qualités d'un utérus bien retracté, on peut être sûr que l'hémorragie n'est pas utérine, excepté cependant dans le cas d'un placenta prævia.

Quel est le traitement des hémorargies non utérines?

Si ces hémorragies ne cèdent pas aux injections vaginales chaudes, on aura recours à la suture qu'on devrait toujours pratiquer immédiatement.

DYSTOCIE

Qu'est-ce que l'accouchement dystocique?

L'accouchement dystocique est un accouchement difficile, impossible ou dangereux pour la mère et l'enfant.

En combien de groupes peut-on diviser les causes de la dystocie?

On peut les diviser en trois groupes suivants qu'elles dépen dent de la mère, du fœtus ou de ses annexes.

Comment se divise la dystocie maternelle?

La dystocie maternelle comprend: 1° la dystocie dynamique ou anomalie des forces expulsives; 2° la dystocie des parties molles; 3° la dystocie des parties osseuses ou viciations pelviennes.

Quelles sont les causes des anomalies des forces expulsives?

Les anomalies des forces expulsives comprennent: l'inertie utérine, l'insuffisance des contractions abdominales, l'excès des contractions utérines, les irrégularités des contractions, les contractures ou contractions spasmodiques de l'utérus.

Quelles sont les causes de la dystocie tenant aux parties molles?

Ces causes sont: la résistance anormale du périnée, l'étroitesse, la rigidité et les vices de conformation de la vulve, la persistance de l'hymen, le vaginisme, les vices de conformation du vagin, le prolapsus du vagin, les cloisonnements du vagin, les tumeurs du vagin, l'oblitération du col, les déviations, la rigidité, l'œdème et les tumeurs du col, les tumeurs du corps de l'utétus, les malformations utérines, les cancers du corps de l'utérus, les ruptures utérines, les tumeurs ou kystes des annexes de l'utérus, les tumeurs diverses de l'abdomen.

Quelles sont les causes de la dystocie tenant au canal pelvien?

Ces causes sont les viciations du bassin. Le bassin peut être vicié par maladie générale: nanisme, rachitisme, ostéomalacie; par lésions des membres inférieurs; par déviation rachidienne; par obstruction ou envahissement (écrasement ou glissement vertébral, tumeur, fracture).

Quelles sont les causes de la dystocie fœtale?

Ces causes sont: l'excès de volume physiologique ou pathologique du fœtus, les tumeurs du fœtus, les monstruosités simples ou doubles, les présentations et les positions anormales, les procidences des membres.

Quelles sont les causes de dystocie dépendant des annexes du fœtus?

Ces causes sont: l'excès de longueur du cordon, la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon, la procidence et la latérocidence du cordon, l'excès de volume du placenta, son insertion vicieuse ou ses adhérences, les môles.

Quel est le devoir de la garde-malade dans les cas de dystocie?

Quand la garde-malade a pu diagnostiquer une anomalie quelconque avant l'arrivée du médecin ou après son départ, elle doit prévenir immédiatement ce dernier; elle ne doit intervenir en aucune manière, si ce n'est de mettre la malade au repos absolu en attendant le retour du médecin. Elle doit préparer tout ce qui est nécessaire pour les interventions possibles du médecin.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

Délivrance artificielle. — *Qu'est-ce que la délivrance artificielle?*

C'est une opération qui consiste à introduire la main dans la cavité utérine pour déterminer ou compléter le décollement du placenta et l'extraire.

Quelles sont les indications de la délivrance artificielle?

La délivrance artificielle est indiquée dans les hémorragies

graves et la rétention du placenta (dans ce dernier cas, il ne faut pas attendre au-delà de deux heures).

Quel est le manuel opératoire de la délivrance artificielle?

Les précautions antiseptiques doivent être rigoureuses du côté de la femme, du médecin et de la garde-malade. Autant que possible, on place la malade en position obstétricale en travers du lit, le siège débordant celui-ci, les membres inférieurs maintenus par des aides ou les pieds appuyés sur des chaises. Si l'état d'anémie contre-indique le moindre déplacement, on laisse la malade étendue dans son lit, les cuisses écartées et fléchies, le siège relevé par des alèzes pliées ou un bassin. La toilette vulvaire de la malade sera faite soigneusement; une injection vaginale et parfois utérine sera donnée. La garde-malade administre l'anesthésique.

Le médecin appuie une main sur le fond de l'utérus pendant que l'autre main s'introduit dans l'utérus, décolle le placenta puis le fait glisser le long de son bras.

Version. — *Qu'est-ce que la version?*

La version est une opération qui a pour but d'éloigner du détroit supérieur la région fœtale qui tend à s'y engager, afin de lui subsituer une autre présentation plus favorable.

Combien y a-t-il d'espèces de version?

Il y en a trois: 1° la version par manœuvres externes ou version céphalique; 2° la version par manœuvres internes ou version podalique; 3° la version par manœuvres mixtes ou de Braxton-Hicks.

Quand pratique-t-on la version céphalique?

Elle se pratique pendant la grossesse ou au début du travail parfois.

Quand pratique-t-on la version podalique?

Elle se pratique pendant le travail.

Quand peut-on faire la version de Braxton-Hicks?

Pendant la grossesse ou au début du travail.

Quelle position donne-t-on à la femme pour faire la version par manœuvres externes?

On lui donne la position du palper.

Quelles sont les indications de la version interne?

La version interne est formellement indiquée dans la présentation de l'épaule, quand existent les conditions requises pour intervenir, et que l'enfant est vivant. Les indications relatives sont tirées des difficultés ou des accidents survenant pendant l'accouchement, intéressant soit la mère, soit le fœtus.

Quel serait le devoir d'une garde-malade, qui serait envoyée par un médecin pour examiner une malade, et qui constaterait une pré-

sentation de l'épaule, de la face ou du front, une procidence du cordon ou d'un membre, etc.?

Elle devrait appeler immédiatement le médecin et l'avertir de ses constatations pour qu'il puisse arriver avant qu'il ne soit trop tard pour pratiquer la version par manœuvres internes.

Quels sont les soins préliminaires à prendre dans les cas de version par manœuvres internes?

Il faut tout d'abord vider la vessie et le rectum, puis procéder à une désinfection minutieuse des organes génitaux externes, donner une injection vaginale au permanganate de potasse, suivie d'une autre à l'eau oxygénée.

La garde-malade a eu soin de préparer: 1° tout ce qu'il faut pour ranimer l'enfant s'il naît asphyxié (eau chaude, eau froide, eau de vie); 2° un bassin avec de l'eau chaude et du savon, et un autre avec une solution antiseptique pour les mains de l'accoucheur; un corps gras antiseptique; 3° des fils, des pinces et des ciseaux pour le cordon ombilical; 4° des lacs pour le pied ou la main du fœtus; 5° le forceps stérilisé; 6° des compresses ou des serviettes stérilisées pour saisir le fœtus pendant l'extraction; 7° la sonde utérine stérilisée et mise dans le bock rempli d'une solution antiseptique chaude.

La femme est placée dans la position obstétricale, en travers, sur un lit élevé, la tête légèrement soulevée par un oreiller, pendant que le siège qui doit déborder le bord du lit est lui-même relevé par un coussin résistant. Si le lit est mou et n'offre pas la résistance voulue, on glisse entre les deux matelas une rallonge de table ou une planche afin de former ce plan résistant. Les membres inférieurs sont recouverts de serviettes; les pieds sont appuyés sur deux chaises et tenus par des assistants. On glisse sous le siège de la femme l'extrémité d'une alèze dont l'autre extrémité va former sur le sol une masse de plis irréguliers. Un grand bassin est mis sur cette alèze, à terre vis-à-vis le siège de la patiente. On étend une compresse ou une grande serviette stérilisée sur le ventre de la malade. La femme est anesthésiée.

Peut-on préparer un meilleur lit de misère ou une meilleure table d'opération?

Oui; (fig. 17 page 103) on prend une table de cuisine qu'on transporte dans la chambre de la patiente. On étend sur cette table des couvertures épaisses par-dessus lesquelles on place une toile caoutchoutée dont une des extrémités pend au bout de la table. On place deux chaises en bois à dossier élevé aux pieds de la table. Sur chaque dossier on met un oreiller ou un bon coussin. La femme reposera sur la table la tête un peu élevée, et le siège débordant le bout de la table. Les jarrets de la patiente appuient sur les coussins placés sur les dossiers des chaises qui seront maintenues par deux aides. On peut encore donner à la femme la

position obstétricale ou la position de la taille, en lui passant un drap de lit plié en arrière du cou et sur les épaules, et en attachant les deux bouts du drap à ses jarrets. Cet appareil facile à confectionner est très utile quand le médecin est seul avec la garde-malade qui administre l'anesthésique.

De quelle manière la garde-malade peut-elle aider l'accoucheur, pendant la version interne?

S'il n'y a pas un deuxième médecin pour donner l'anesthésique, la garde-malade l'administrera elle-même. Parfois à un certain moment de l'opération, la garde-malade abandonnera l'administration de l'anesthésique pour venir en aide au médecin, soit en saisissant l'enfant par les pieds pour exercer des tractions sur les membres inférieurs, soit en pratiquant la manœuvre de Champetier de Ribes qui consiste à faire, avec les deux mains, des pressions continues sur le fond de l'utérus pour forcer la tête à se fléchir, à descendre dans l'excavation et à sortir hors de la vulve.

Quels sont les soins à donner à la femme immédiatement après l'accouchement par version?

Les mêmes que dans tout autre accouchement.

Forceps. — *Qu'est-ce que le forceps?*

Le forceps est un instrument à deux branches séparables et symétriques, destiné à saisir la tête du fœtus dans la filière génitale et à l'entraîner au dehors.

Quelles sont les indications du forceps?

Les indications peuvent être groupées en trois catégories: 1° arrêt prolongé de la progression de la tête fœtale; 2° mauvais état général de la mère; 3° apparition d'un accident mettant en péril la vie de la mère ou celle de l'enfant. Il est bien entendu que pour appliquer le forceps, il faut que les conditions nécessaires pour opérer existent.

Comment reconnaît-on la souffrance de l'enfant?

Par le ralentissement des battements de son cœur ou l'apparition du méconium dans le liquide amniotique.

Quels sont les soins préliminaires à l'application du forceps?

Ce sont les mêmes que pour la version (voir version page 130)

Quelle position doit-on donner à la femme pour faire une application de forceps?

Il faut la placer dans la même position que pour la version, en travers du lit ou mieux sur une table étroite.

Quels sont les autres devoirs de la garde-malade pendant l'application du forceps?

Soit administrer l'anesthésique, soit aider le médecin suivant ses instructions.

Embryotomie. — *Qu'est-ce que l'embryotomie?*

L'embryotomie est une opération mutilatrice qui sectionne ou broie le fœtus, pour réduire son volume et permettre son extraction.

Quelle est la condition requise pour pratiquer une embryotomie?

La mort du fœtus.

Combien y a-t-il de variétés d'embryotomie?

Il y a trois classes d'embryotomie avec différentes variétés: 1° l'embryotomie céphalique, qui consiste à perforer ou à broyer la tête du fœtus et qui comprend la craniotomie, la craniocIasie, la céphalotripsie, la basiotripsie; 2° l'embryotomie rachidienne, cervicale ou décollation qui consiste à sectionner le fœtus et en particulier le rachis au niveau du cou; 3° l'éviscération qui consiste à réduire le volume du fœtus en arrachant le contenu de l'abdomen et du thorax de celui-ci après incision de sa paroi abdominale.

Quels sont les préparatifs à faire dans les cas d'embryotomie?

Les préparatifs sont les mêmes que pour toute opération obstétricale sérieuse: position obstétriçale sur une table, anesthésie générale, soins antiseptiques, etc. (voir version 130).

Opération césarienne. — *Qu'est-ce que l'opération césarienne?*

L'opération césarienne est une opération qui consiste à pratiquer l'ouverture de l'abdomen et de l'utérus pour extraire le fœtus. L'opération césarienne se fait presque toujours chez la femme vivante, parfois chez la femme agonisante ou après la mort.

Injection intra-utérine. — *Quelles sont les indications de l'injection intra-utérine?*

L'injection intra-utérine (chaude), ayant pour but de réveiller la contractilité et la rétractilité utérines, et de nettoyer mécaniquement l'utérus, trouve des indications au cours de la délivrance, des suites de couches, du curage et du curettage. Au cours de la délivrance, elle agit comme hémostatique en faisant contracter l'organe dans l'inertie utérine avec hémorragie. Dans les suites de couches, elle est utilisée à titre prophylactique ou curatif de l'infection puerpérale.

Quel est le manuel opératoire de l'injection intra-utérine?

On se sert, pour faire une injection intra-utérine, d'un injecteur de la contenance de deux litres, muni d'un tube de caoutchouc dont l'extrémité s'adapte à une canule ou *sonde à double courant.* On peut employer au choix les sondes de Budin, de Doléris, etc. La sonde de Bozeman est préférable, parce qu'elle est de calibre plus considérable et qu'elle a une double courbure.

Pour les injections hémostatiques, on se sert d'eau bouillie simple ou d'une solution de permanganate de potasse (1. p. 2000), dont la température doit être en moyenne de 48 °C. Pour les injections antiseptiques, on doit donner la préférence à la solution de permanganate de potasse et à l'eau oxygénée.

Pour pratiquer une injection intra-utérine, on place la femme en position obstétricale en travers du lit, le siège au bord du matelas, ou mieux on laisse la malade allongée dans son lit, le siège reposant sur un bassin. On nettoie soigneusement la vulve. Cette toilette bien exécutée, on écarte largement les grandes et les petites lèvres, on lave et on désinfecte le vestibule et l'on fait le cathétérisme. Pour atteindre facilement l'utérus, l'explorer à l'aise et donner une véritable injection intra-utérine, il faut avoir la précaution de vider complètement la vessie. Le cathétérisme fait, on lave de nouveau la vulve. Puis on procède à la désinfection du vagin par une injection au permanganate de potasse, qu'on fait suivre d'une injection à l'eau oxygénée pure.

L'injection vaginale donnée, on introduit dans le vagin un speculum fenêtré. Avec un gros tampon de coton hydrophile monté sur une longue pince, on essuie bien le vagin à travers le spéculum largement ouvert. Il est alors facile de constater *de visu* l'état du vagin et d'en voir les plaies infectées. Avec un autre tampon bien imbibé de teinture d'iode, on attouche tout le vagin et le col; on enlève, au moyen d'un autre tampon sec, l'iode libre dans le vagin; on retire le spéculum. Le vagin est alors aussi désinfecté qu'on peut le désirer; l'examen interne de l'utérus et l'injection intra-utérine n'offriront plus de danger d'infection ascendante.

On introduit deux doigts dans le vagin pour s'assurer de la position exacte de l'utérus. Il faut souvent redresser l'utérus, qui est en flexion antérieure ou postérieure, (fig. 18 page 109) avant d'introduire la sonde. L'utérus redressé, (fig. 19 page 115) on introduit, dans le col, deux doigts que l'on pousse à travers l'anneau de Bandl jusqu'au fond de l'organe. Pendant que les doigts d'une main pénètrent dans l'utérus, l'autre main, appliquée sur la paroi abdominale, abaisse l'utérus comme pour en ganter les doigts placés à l'intérieur. Quand les doigts ont pénétré au-dessus de l'anneau de Bandl, l'introduction de la sonde, guidée sur ces doigts comme sur une gouttière, est facile et n'offre plus aucun danger. Il faut pratiquer toutes les manœuvres de l'injection utérine avec la plus grande douceur; il ne faut jamais déployer de force, ni essayer de vaincre une résistance quelconque.

Le bock ne doit jamais être à plus de 40 centimètres au-dessus du plan du lit.

Curage. — *Qu'est-ce que le curage?*

C'est une opération qui consiste à nettoyer l'utérus simple-

ment à l'aide des doigts, sans le secours d'aucun instrument.

Curettage. — *Qu'est-ce que le curettage?*

C'est une opération qui consiste à nettoyer l'utérus à l'aide d'un instrument qu'on appelle curette.

Tamponnement de l'utérus. — *Comment se fait le tamponnement de l'utérus?*

Ce tamponnement se fait à l'aide d'un instrument appelé tamponneur de l'utérus, ou au travers d'un speculum introduit dans le vagin, ou avec une pince qui introduit la gaze directement dans l'utérus à travers le col abaissé.

Comment se fait le tamponnement du vagin?

Le tamponnement du vagin se fait avec le même manuel opératoire. Qu'on se serve de mèches de gaze ou de coton hydrophile (en queue de cerf-volant), il faut toujours que ces matières soient stérilisées, qu'elles aient été trempées dans une solution antiseptique, et qu'elles aient été bien comprimées avant d'être introduites dans le vagin. Si l'on ne prend pas cette dernière précaution, ces matières, destinées à arrêter l'hémorragie, ne feront plus l'office de tampon. Elles s'imbiberont d'une forte quantité de sang, avant que le sang n'apparaisse au dehors, c'est-à-dire que l'hémorragie peut continuer d'une manière sournoise et affaiblir gravement la patiente. Le tamponnement du vagin demande énormément de gaze ou de coton hydrophile.

Quels sont les soins préliminaires du curage, du curettage ou du tamponnement?

Exactement les mêmes que ceux de l'injection intra-utérine.

FIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE

Abcès de l'utérus..... 93
Abcès du sein..... 101
Accouchement 25,32
Age de la grossesse..... 18
Alimentation 20,85
Anatomie 5
Anesthésie et analgésie..... 37
Appareil digestif..... 77,80
Appareil urinaire..... 76,80
Articulations du bassin..... 7
Asepsie et antisepsie..... 33,83
Asphyxie bleue et blanche... 60,63
Attitude du fœtus..... 14
Auscultation 18
Avortement 26,116
Axes 7

Bassin 5,8,24
Bassin — examen du —.... 24
Boissons pendant la grossesse 21
Bruits fœtaux..... 18
Bruits maternels..... 18

Césarienne 132
Chambre de la parturiente.. 39
Cœur — maladies du cœur — 106
Col utérin..... 9,29
Cordon ombilical..... 62,65
Conduite pendant l'accouchement 39
Conduite pendant la délivrance 68
Constipation 20.80
Contractions 27
Corps jaune..... 9
Curage 133
Curettage 134

Décollement du placenta normalement inséré 122
Diète 20,85
Délivrance 66
Délivrance artificielle..... 128
Dents — soins à prendre.... 20
Désinfection des mains..... 35
Désinfection des pièces à pansements 36
Désinfection des instruments 36
Dystocie 127

Éclampsie 110
Embryotomie 132

Eudométrite 91
Exploration combinée..... 17
Érosion du mamelon..... 99
État mental..... 22

Fécondation 10
Fœtus à terme..... 11
Fœtus — diamètres du —... 12,14
Fœtus viable..... 11
Fontanelles 12
Forceps 131

Galactophorite 100
Gangrène utérine..... 93
Glaires 29
Grossesse 10
Grossesse extra-utérine..... 123
Grossesse gémellaire..... 71
Grossesse — diagnostic de la- 16

Hémorragies 116
Hémorragies de la délivrance 125
Hémorroïdes 114
Hygiène de la grossesse..... 19
Hyperthermie 99

Infection 87
Infections mammaires..... 99
Injection intra-utérine..... 132
Injections vaginales..... 83
Intoxication 24

Leucorrhée 114
Lever des accouchées..... 86
Lit — préparation du —.... 39,130
Lochies 73
Lochiométrie — Lochiocolpos 92
Lymphangite du sein..... 100

Maladies du cœur..... 106
Maladies générales compliquant la grossesse..... 102
Maladies propres à la grossesse 107
Menstruation 9
Métrite parenchymateuse... 92
Môle hydatiforme..... 119
Montée laiteuse..... 75

Objets à préparer..... 41
Odontalgie 107

Œuf à terme 10
Organes génitaux..... 5
Ovulation 9
Ovule 10

Palper 17
Paramétrite 93
Peau 21,77
Pelvi-péritonite 94
Périnée — muscles du —.... 8
Périnée — protection du —.. 44
Période d'expulsion..... 44
Péritonite 95
Phénomènes du travail..... 26
Phlébites 95
Placenta 11
Placenta — décollement..... 122
Placenta prævia..... 120
Plan 7
Poche des eaux..... 29,31,46
Points de repère fœtaux.... 16
Positions 15
Pouls pendant les couches... 76,79
Préparation de la patiente... 40
Présentation du fœtus..... 15
Présentation du sommet.... 47
Présentation de la face..... 50
Présentation du front..... 53
Présentation du siège 54
Présentation de l'épaule.... 57
Pression artérielle..... 24
Professions 22
Ptyalisme 107
Pyohémie 98

Radiographie 18
Régime alimentaire..... 20,85
Relations conjugales..... 22,87
Repos 22,84
Respiration artificielle..... 64
Retour de couches..... 86

Salpingo-ovarite 93
Seins — infections des —.... 99
Seins — soins —..... 23,81
Septicémie 98
Sialorrhée 107
Signes de certitude..... 18
Soins à donner à la femme... 70,77
Soins à donner à l'enfant.... 60,64
Sorties 86
Souffle fœtal 18
Spermatozoïde 10
Suites de couches..... 71
Stérilisation des instruments 36
Stérilisation des mains..... 35
Stérilisation des pièces à pansements 36
Sutures de la tête..... 12
Syphilis 103

Tamponnement de l'utérus.. 134
Tamponnement du vagin... 134
Température 76,78
Tête fœtale..... 14
Toilettes vulvaires..... 23
Toucher 17
Tranchées utérines..... 74,81
Travail — phénomènes du— 26
Tuberculose 105

Urines 21
Utérus 8

Vagin 8
Vaginite granuleuse 114
Vaginite puerpérale..... 90
Vaginite végétante..... 115
Varices 113
Vésicule de de Graaf..... 9
Version 129
Vêtement pendant la grossesse 21
Visites à l'accouchée..... 85
Vulvite 89
Vomissements 108
Voyages 22

BNQ
C 000 233 096

IMPRIMÉ AU "DEVOIR"
336, NOTRE-DAME EST, MONTRÉAL