de chaque union sexuelle; les rapprochements n'eurent lieu que tous les trois mois, afin de ne pas troubler une conception encore mal assurée. Or, cette dame, gardée par ses domestiques, douée en outre de principes de religion et de morale excessivement sévères, n'accoucha qu'à neuf mois et demi.

Merriman donne le tableau de 150 grossesses : il a noté pour chacune d'elles le jour précis où les règles ont cessé pour ne plus revenir; il résulte de ce tableau que 5 femmes ont accouché dans la 37e semaine, c'est-à-dire du 255e au 259e jour; 16 dans la 38e semaine, c'est-à-dire du 262e au 266e jour; 21 dans la 39e semaine, c'est-à-dire du 267e au 273e jour; 46 dans la 40e semaine, c'est-à-dire du 274e au 280e jour; 28 dans la 41e semaine, c'est-à-dire du 281e au 287e jour; 18 dans la 42e semaine, c'est-à-dire du 288e au 294e jour; 11 dans la 43e semaine, c'est-à-dire du 295e au 301e jour; enfin, 5 dans la 44e semaine, c'est-à-dire du 303e au 306e jour.

Il est facile de voir, d'après ce résumé, toutes les variétés que présente la durée de la gestation chez les femmes. Il existe, en effet, entre les deux extrêmes, une différence de 56 jours; et, en supposant que toutes ces femmes sont devenues enceintes 5 jours avant le retour de leurs règles, 5 au moins auront dépassé de 18 à 12 jours le terme de 9 mois révolus.

CHAPITRE VI

DE LA DÉLIVRANCE NATURELLE

La délivrance est l'expulsion naturelle ou artificielle des annexes du fœtus hors du sein de la femme : elle est le complément de l'accouchement. Comme lui, elle est le plus souvent l'œuvre de la nature; mais, dans certains cas, heureusement fort rares (1 sur 200 à peu près), elle présente des difficultés ou l'accompagne d'accidents qui peuvent nécessiter l'intervention de l'art. Nous devons donc admettre : 1° une délivrance naturelle; 2° une délivrance artificielle.

Nous ne décrirons ici que la délivrance naturelle; tout ce qui regarde la délivrance artificielle sera étudié avec la dystocie (voy. *Dystocie*).

Pendant que se complète l'expulsion du fœtus par la sortie spontanée du siége et des membres inférieurs, ou immédiatement après cette expulsion, l'utérus, mettant en jeu sa contractilité, revient sur lui-même, ses parois se rétractent, sa cavité diminue : le placenta, masse spongieuse et non contractile, ne peut suivre évidemment le mouvement de retrait de la matrice. Alors il se fronce; les tissus celluleux et vasculaires, qui l'unissent à la face interne de l'organe, sont tiraillés et finissent par se rompre, à mesure que, sous l'influence des contractions réitérées, la différence d'étendue respective entre les deux organes devient plus grande. Bientôt la rupture de tous ces moyens d'union ayant eu lieu, le décollement du placenta est complet. Il est alors poussé sur le col de

l'utérus, qu'il irrite bientôt par sa présence. Le col utérin irrité réagit sur le corps de l'organe; celui-ci se contracte; l'orifice interne du col qui était, après l'expulsion du fœtus, fortement revenu sur lui-même, s'entr'ouvre, et le placenta, expulsé de la cavité utérine, tombe dans le vagin : il est bientôt enfin chassé au dehors par la contraction des parois de ce canal, aidée de celle des muscles abdominaux.

A l'exemple de Desormeaux, on peut donc distinguer trois temps différents dans la délivrance naturelle : 1° le décollement du placenta; 2° son expulsion de l'utérus; 3° son expulsion du vagin.

Le *décollement du placenta* ne s'opère pas toujours de la même manière, et cela varie suivant le point de l'utérus sur lequel il est inséré. Quand il est implanté sur le fond de la matrice, le décollement commence d'abord par son centre, qui, étant la partie la plus épaisse, est celle qui peut le moins se prêter à la rétraction des parois utérines, tandis que ses bords plus minces peuvent se plisser plus facilement, et moins tirailler par conséquent le tissu qui les unit à l'utérus. Il s'établit alors une cavité de forme lenticulaire, bornée circulairement par les bords encore adhérents du placenta, cavité dans laquelle s'amasse une quantité de sang qui, en augmentant graduellement, concourt avec les contractions utérines à compléter la séparation; ainsi, dans ce cas, le décollement s'opère du centre à la circonférence. Le placenta complétement décollé, tombe ensuite sur le col, de manière que sa face fœtale correspond à l'orifice, et est devenue face externe; tandis que la face utérine est devenue face interne et constitue avec les membranes renversées une espèce de poche dans laquelle peut s'accumuler parfois une assez grande quantité de sang liquide ou coagulé pour gêner la facile expulsion du délivre.

Lorsque le placenta est inséré sur les parties latérales, antérieures ou postérieures de la matrice, le décollement commence par un de ses bords, ou du centre il se propage bientôt vers un des bords, plus souvent vers le supérieur, mais aussi quelquefois vers l'inférieur. Dans le premier cas, les choses se passent comme nous venons de l'indiquer, et le placenta se présente encore par sa face fœtale à l'orifice; mais, dans le second, le placenta, suspendu à la paroi utérine jusqu'à son complet décollement, vient se présenter au col par le bord inférieur. Le plus souvent alors il est plié sur lui-même en forme de gouttière, et s'engage dans l'orifice, roulé comme un cornet d'oubli.

Lorsque le placenta se présente au col par sa face fœtale, il le bouche par sa masse, et empêche le sang de s'écouler à l'extérieur : aussi son expulsion est alors généralement suivie de celle de nombreux caillots; mais quand il se présente par un de ses bords, rien ne s'oppose à l'issue du sang, dont l'écoulement commence avec le décollement du délivre, augmente à chaque contraction de l'utérus, et continue jusqu'à son entière expulsion.

Dans la description que nous venons de donner, nous avons supposé que le décollement du placenta ne commence qu'après l'expulsion du fœtus. Il ne faut pas croire cependant qu'il en est toujours ainsi. Le plus souvent, au contraire, voici ce qui arrive : aussitôt que la matrice entre en contraction, que son ori-

fice s'entr'ouvre, le décollement de l'œuf commence d'abord par la partie la plus voisine du col; ce décollement se communique successivement à toutes les parties de l'œuf, mais ne se fait pas d'une manière complète. Après la rupture des membranes et l'écoulement d'une certaine quantité de liquide amniotique, la cavité de la matrice se rétrécit, l'œuf se trouve froncé, et son décollement, plus augmenté encore, atteint même le placenta ; et ce qui le prouve, c'est que très-souvent on voit que du sang liquide ou coagulé est expulsé en même temps que le fœtus, dans le cas où le travail a été un peu lent. Or ce sang ne peut évidemment provenir que des surfaces utérines en contact avec le placenta. Dans les présentations de l'extrémité pelvienne en particulier, le retrait graduel de l'utérus, qui s'opère à mesure que les parties inférieures du fœtus sont expulsées, doit nécessairement produire le décollement de la plus grande partie de la masse placentaire.

L'intervalle qui s'écoule entre la délivrance et l'expulsion du fœtus est très-variable. Clarke a établi, sur un grand nombre d'observations, que la durée moyenne de cet intervalle était de vingt-cinq minutes. S'il a voulu parler de la délivrance entièrement spontanée, c'est-à-dire celle dans laquelle aucune traction n'est pratiquée sur le cordon, nous pensons qu'il a fait erreur; car, en général, cet intervalle est beaucoup plus long. En 1837, M. P. Dubois nous fit faire quelques expériences dans le but d'éclairer cette question; or, il est résulté de nos recherches que, lorsqu'on abandonne la délivrance à la nature, l'expulsion complète du placenta n'a lieu le plus souvent qu'une heure, une heure et demie après la naissance de l'enfant. Le décollement du placenta et son expulsion hors de la cavité utérine s'opèrent, il est vrai, comme l'a indiqué Clarke, au bout d'un quart d'heure, de vingt à vingt-cinq minutes; mais, une fois arrivé dans le vagin, le placenta y séjourne quelquefois plusieurs heures, sans que sa présence y détermine la moindre irritation, le moindre ténesme, le moindre effort expulsif. On concevra facilement ce dernier fait, en réfléchissant que la sensibilité des parois du vagin est, pour ainsi dire, engourdie par suite de la pression exercée sur elles par la tête du fœtus et les autres parties de l'enfant. Du reste, comme l'a déjà remarqué Levret, plus la femme est forte, plus les contractions auront été énergiques; moins il y avait d'eau dans la matrice, plus il se sera écoulé de temps entre la rupture de la poche amniotique et la sortie de l'enfant, plus vite aussi l'arrière-faix sera expulsé.

Si le plus souvent la délivrance peut, à la rigueur, être abandonnée complétement à la nature sans aucun inconvénient sérieux, il n'en est pas moins vrai que, dans bon nombre de cas, elle se fera longtemps attendre. Or, ce retard obligerait la femme à rester sur son lit de misère, où elle est assez mal couchée, où elle peut à peine se reposer de toutes les fatigues du travail; de plus, tant que la délivrance n'est pas opérée, elle se considère encore comme exposée à des dangers nombreux, et ces craintes peuvent avoir une influence fâcheuse sur son état. Aussi la plupart des accoucheurs de notre temps pensent-ils que, sans suivre le conseil de ceux qui veulent opérer la délivrance immédiatement après la sortie de l'enfant, on peut accélérer un peu l'extraction du délivre, et faciliter sa sortie, pour épargner à la femme quelques légères douleurs et l'inquiétude à laquelle elle est en proie. Mais avant de pratiquer aucune traction sur le cordon ombilical, il faut bien s'assurer de la situation du placenta, et surtout de l'état de l'utérus. Ce dernier est-il peu volumineux, dur et contracté, et situé dans la région la plus inférieure du ventre, il est infiniment probable que le placenta est en grande partie au moins chassé de la cavité utérine, et est déjà tombé dans le vagin. On pourra, du reste, s'en assurer assez facilement, car le doigt introduit dans le vagin pourra sentir la masse et distinguer même les insertions du cordon. Rien ne s'oppose généralement alors à son extraction immédiate, et de simples tractions faites sur l'extrémité du cordon qui pend à l'extérieur suffiront pour l'amener au dehors.

Lorsqu'au contraire la tumeur utérine s'élève jusqu'au niveau et même au-dessus de l'ombilic, qu'elle offre une mollesse pâteuse due à sa rétraction incomplète, le placenta est bien probablement encore dans l'intérieur de la matrice, et il faut d'abord s'assurer s'il est ou s'il n'est pas décollé. Or, nous savons que cette séparation est ordinairement le résultat de nouvelles contractions survenues après le repos qui succède à l'expulsion du fœtus : si donc ces contractions ont déjà eu lieu à plusieurs reprises, il est à présumer que la séparation s'est faite. A mesure qu'elle s'opère, un peu de sang s'écoule ordinairement par la vulve. Enfin, si l'on introduit un ou plusieurs doigts jusqu'à l'orifice de la matrice, on trouve l'arrière-faix qui s'y présente. Si on ne l'y rencontre pas, on peut être sûr que le décollement n'est pas encore complet, et alors il faut attendre.

Si le décollement tarde trop à se faire, on peut exercer quelques frictions sur le fond de l'utérus, afin de l'exciter à se contracter ; on pourrait également porter un ou deux doigts dans le col, et agacer un peu l'orifice interne. Mais il faut se garder des tractions répétées sur le cordon ombilical. Ces tractions ont parfois, en effet, des conséquences fâcheuses ; car si le placenta est complétement adhérent, ces tractions peuvent en décoller une partie et devenir la cause d'une hémorrhagie ; elles peuvent encore déchirer une portion du placenta et abandonner le reste dans la matrice : le renversement de l'organe ou la déchirure du cordon peuvent enfin en être le résultat.

Quelques auteurs veulent qu'après la naissance de l'enfant on applique toujours une ligature sur l'extrémité placentaire du cordon, dans le but unique de faciliter le décollement du placenta. On s'explique alors la facilité de la séparation, dit M. Stoltz, par la pesanteur, la turgescence de cet organe que l'on trouve gorgé de sang après qu'il a été expulsé. Cette pratique n'a jamais d'inconvénient et a au moins l'avantage d'empêcher le lit de la femme d'être sali par le sang qui s'écoule ordinairement par le cordon.

Après son décollement complet, le délivre constitue dans la cavité utérine un corps étranger dont l'organe cherche à se débarrasser. Aussi l'utérus se contracte-t-il, et ces contractions, le plus souvent perçues par la femme, reconnaissables pour l'accoucheur à la dureté du globe utérin, lui indiquent aussi le moment d'intervenir.

L'accoucheur enveloppe alors le cordon ombilical avec un linge, afin d'empêcher qu'il ne glisse aussi facilement, puis il le saisit de manière à le placer d'abord dans la face palmaire, et à l'entortiller ensuite autour d'un ou de deux doigts. Il exerce quelques légères tractions, dans le but de l'attirer à l'extérieur; mais dès qu'il rencontre quelque résistance, il doigt glisser deux ou même trois doigts de l'autre main sur la face supérieure du cordon jusqu'au col utérin. Il se sert de ces doigts pour repousser en arrière le cordon, qui, reçu dans l'angle rentrant que forme l'accollement de leurs extrémités inégales, y glisse comme sur une poulie de renvoi. Pour concevoir l'avantage de cette manœuvre, il suf-

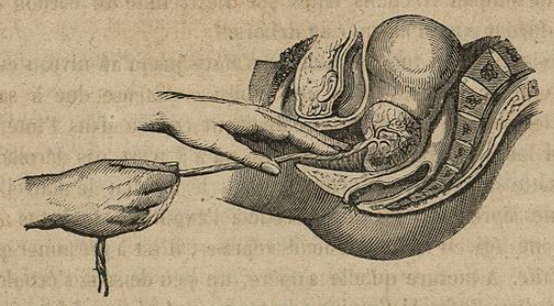

Fig. 92.

fit de réfléchir que les tractions pratiquées d'une seule main sont faites dans la direction de l'axe du vagin, qui forme un angle avec celui de l'utérus, en sorte que le placenta, au lieu d'être porté vers le centre de l'orifice qu'il doit traverser, est appuyé sur son bord antérieur et sur la partie correspondante du col, contre laquelle les efforts de traction viennent se briser. Pendant que l'on exerce ces tractions, il faut engager la femme à faire elle-même des efforts d'expulsion. A mesure que le placenta traverse l'orifice et descend dans l'excavation, on change un peu la direction des tractions, on relève le cordon de manière à tirer toujours dans la direction de l'axe du canal pelvien. Bientôt, sous l'influence des efforts de la femme, aidés légèrement par les tractions de l'accoucheur, le placenta se présente à la vulve; il faut alors le saisir avec les cinq doigts d'une main, et le tordre plusieurs fois sur lui-même, afin d'achever le décollement des membranes, d'en former un seul cordon solide, et éviter ainsi qu'elles ne se déchirent, et qu'il en reste une certaine partie dans la matrice [1].

[1] Il n'y aurait certainement pas grand inconvénient à ce qu'une portion des membranes fût retenue dans la cavité utérine. Outre les accidents hémorrhagiques ou autres qui peuvent résulter de la présence d'un corps étranger, voici pourtant ce qui peut arriver: ces membranes peuvent envelopper un caillot, et le tout constitue alors une masse considérable dont l'expulsion est souvent difficile. Au bout de quelques jours, l'utérus irrité de la présence de cet hôte incommode, se contracte, la femme éprouve des coliques dont l'intensité varie suivant l'énergie des contractions; un peu de sang s'écoule, et, après des douleurs plus ou moins prolongées, la femme expulse enfin le corps étranger, *gros morceau de chair*, suivant son expression, dont l'apparition l'effraye beaucoup.

Il est impossible de dire d'une manière précise quel est le degré de force qu'il faut employer dans ces tractions faites sur le cordon, et c'est à la sagacité du praticien de voir ce qu'il est convenable de faire. Toutefois, quand ces tractions sont sans résultat, quand le placenta semble remonter et tirer le cordon aussitôt qu'elles ont cessé, il faut suspendre momentanément tous ses efforts.

Ces préceptes, dit M. Guillemot, doivent être modifiés lorsque le placenta s'engage à travers l'orifice par un point de sa circonférence. Dans cette présentation, la racine du cordon ombilical ne correspond plus à l'orifice; elle est plus élevée dans la cavité utérine. Si l'on tire sur cette tige, la partie centrale du placenta tend à s'abaisser à travers l'orifice, et vient ajouter son volume à celui du disque qui y est déjà engagé. Cette disposition est quelquefois un obstacle à l'extraction du placenta. Pour en détruire l'effet, il suffit d'exercer quelques légères tractions, non sur le cordon, mais bien sur la portion déjà engagée, au moyen de deux doigts appliqués sur les deux surfaces. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater l'utilité du conseil donné par M. Guillemot.

C'est là, dit Merriman, tout ce que l'accoucheur doit faire pendant la première heure qui suit la naissance de l'enfant; mais si, au bout de cette première heure, l'expulsion du placenta n'est pas opérée, il doit naturellement se demander s'il est prudent d'attendre davantage, ou s'il doit porter sa main dans la cavité utérine pour opérer artificiellement la délivrance. Si la femme ne court aucun danger, il peut, avant de procéder à l'opération, attendre encore, surtout s'il a quelque raison de croire que la rétention du placenta tient à l'épuisement et à la faiblesse de la femme; car alors il est possible qu'après un court délai la délivrance s'opère spontanément.

Toutefois, comme en général on doit peu espérer l'expulsion spontanée du placenta quand il a été retenu plus d'une heure, on doit se croire autorisé à introduire la main lorsqu'une ou deux heures se sont écoulées après la naissance de l'enfant. C'est, après tout, à la prudence et à l'habileté de l'accoucheur à juger, dans chaque cas particulier, s'il faut procéder à la délivrance au bout d'une heure, ou s'il faut attendre encore. Bien entendu que ce que nous venons de dire ne s'applique qu'aux cas où il n'existe aucun accident. (*Synopsis*, page 153.)

Le moment où l'accoucheur doit intervenir dans la délivrance est toujours déterminé par l'état de l'utérus lui-même, dit Dewees. Ce n'est pas une heure plus tôt que deux ou trois heures après la naissance de l'enfant, mais seulement quand l'organe est fortement rétracté, qu'il faut tirer sur le cordon ombilical : et ce n'est pas sur le temps plus ou moins long qui s'est écoulé que l'accoucheur doit régler sa conduite. C'est d'après ce principe que je me suis toujours conduit, et je n'ai jamais eu à m'en repentir. (*System of midwifery*, p. 447.)

Immédiatement après l'extraction du placenta, il faut s'assurer si une portion du délivre ou des membranes n'est pas restée dans la matrice, ce que l'on reconnaît facilement en examinant avec soin les parties que l'on vient d'extraire. Dans le cas où les membranes de l'œuf ou le placenta n'auraient pas été extraits

en entier, il serait utile de porter la main dans l'utérus pour extraire ce qui a été retenu.

L'arrière-faix est accompagné de caillots de sang; souvent il en reste une grande quantité dans l'utérus, et plus tard ils deviennent la source des trachées que nous décrirons plus loin. Lorsqu'on soupçonne la présence de caillots nombreux, on peut, par des frictions pratiquées sur l'hypogastre, exciter la matrice à se contracter et à les expulser. Quelques auteurs ont même conseillé de porter la main dans l'utérus pour le vider complétement des corps étrangers qu'il contient. C'est certainement une bonne pratique, mais il ne faut pas en abuser, car, d'une part, on irriterait inutilement l'organe, et, de l'autre, on ne s'opposerait pas toujours à la formation ultérieure de nouveaux caillots.

Nous avons déjà dit que c'était ordinairement quinze, vingt, vingt-cinq minutes après l'accouchement, que l'utérus, se contractant, indiquait, pour ainsi dire, à l'accoucheur le moment où il devait intervenir. Il faut bien se rappeler toutefois que l'extraction du délivre n'exige que des tractions modérées. Si l'on éprouvait de la résistante, il faudrait attendre et ne faire de nouvelles tentatives que lorsque de nouvelles contractions surmonteront ou s'efforceront de surmonter ces résistances.

Lorsque, après l'expulsion d'un enfant, on a le moindre soupçon de l'existence d'un second fœtus, il faut s'en assurer par l'exploration interne et externe avant de procéder à la délivrance. Si l'on reconnaît, au développement considérable de l'utérus, et surtout par le toucher vaginal, que la grossesse est gémellaire, il faut immédiatement appliquer une ligature sur l'extrémité ombilicale du cordon du premier-né, et ne procéder à la délivrance qu'après l'expulsion de tous les fœtus. Si cependant le placenta décollé venait se présenter à l'orifice, on essayerait de l'extraire, surtout s'il paraissait mettre obstacle au passage du second enfant. Toutefois ces tractions doivent être excessivement réservées; car, dans les grossesses de jumeaux, il existe le plus souvent des adhérences entre les divers placentas; et, dans ce cas, il est évident que ces tractions pratiquées avec force pourraient décoller le délivre du second enfant longtemps avant son expulsion : ce décollement prématuré exposerait la femme à une hémorrhagie des plus graves, et l'enfant à une asphyxie assez promptement mortelle.

Après la naissance des deux enfants, loin de tirer sur les deux cordons à la fois, et de les réunir en faisceau au moyen d'une légère torsion, il est prudent de faire avancer les placentas l'un après l'autre, et en premier lieu celui du premier-né, qui, en général, résiste le moins. La masse des deux placentas réunis est ainsi engagée par une de ses extrémités, et franchit plus facilement le col utérin.

Dans les grossesses doubles, l'utérus est ordinairement très-distendu. Cette distension excessive est, nous le savons, une des conditions qui affaiblissent le plus la contractilité du tissu; aussi après l'accouchement ne faut-il pas trop se presser d'opérer la délivrance : il faut accorder à l'utérus un peu plus de temps qu'à l'ordinaire pour revenir sur lui-même, et pendant ce temps exercer quelques frictions sur le fond de l'organe, afin de solliciter sa contraction.

Quant à la délivrance après l'avortement, tout ce qui a trait à cette question sera traité quand nous décrirons l'avortement (voy. *Avortement*).

CHAPITRE VII

DES SOINS QUE L'ACCOUCHEUR DOIT DONNER A LA FEMME ET A L'ENFANT PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

ARTICLE PREMIER

DES SOINS A DONNER A LA FEMME PENDANT LE TRAVAIL

L'accoucheur appelé auprès d'une femme en travail doit toujours se munir de lancettes, d'une sonde de femme, d'un forceps; à la campagne, il doit toujours avoir aussi sur lui du seigle ergoté en grain, ou au moins fraîchement pulvérisé, et 7 à 8 grammes de laudanum de Sydenham.

Avant d'entrer dans la chambre de la malade, il doit toujours se faire annoncer. L'émotion causée par l'arrivée subite du médecin a souvent suffi pour suspendre le travail pendant un temps plus ou moins long.

Après s'être informé de l'heure à laquelle les douleurs ont commencé, de leur fréquence, de leur durée, de leur intensité, il faut, s'il juge d'après ce récit le travail avancé, procéder tout de suite à l'exploration vaginale; dans le cas contraire, il peut, tant pour constater par lui-même la valeur des renseignements qui lui ont été donnés, que pour laisser à la femme le temps de se préparer à cet examen, attendre pendant quelques instants. Lorsqu'il le juge enfin utile, il doit y procéder avec toute la décence convenable, et toujours pendant l'intervalle des douleurs. Par ce premier toucher, il cherchera à constater : 1° si la femme est enceinte; 2° si elle est à terme; 3° si elle est en travail; 4° si les membranes sont rompues; 5° si le travail est avancé; 6° quel est l'état du col, du vagin, du périnée, quelle est leur souplesse ou leur résistance; 7° quelle est la conformation du bassin; 8° quelle est enfin la partie du fœtus qui se présente.

Constater l'existence de la grossesse chez une femme qui dit éprouver les douleurs de l'enfantement, peut paraître au premier abord une précaution ridicule, mais ce n'est pas au moins chose inutile : il est malheureusement arrivé que des accoucheurs trop confiants s'en sont laissé imposer par des femmes qui se trompaient elles-mêmes sur la nature des douleurs qu'elles éprouvaient; et l'on pourrait en citer plusieurs qui, après avoir attendu pendant plusieurs jours le moment de la délivrance, ont été forcés plus tard de reconnaître leur méprise. C'est une erreur d'ailleurs assez facile à éviter, en se rappelant les signes que nous avons indiqués à l'article *Grossesse*.

Après avoir observé pendant quelques instants la marche des douleurs que la