

Lorsque la tête fœtale est petite, lorsque dans son ensemble le fœtus est de petit volume, ces mutations sont assez fréquentes. De même, quand la tête fœtale devient trop volumineuse par rapport au bassin, il peut arriver que, modérément engagée, elle soit ainsi soulevée et que, ne retombant plus d'aplomb au niveau du détroit supérieur, l'engagement définitif n'ait plus lieu.

DANS LE SECOND CAS, les mutations de présentation sont fréquentes : si c'est, par exemple, la tête qui se trouve en bas, au niveau de l'aire du détroit supérieur, il suffit d'un changement d'inclinaison de l'utérus, d'une variation dans la quantité du liquide amniotique, pour que la tête fœtale glisse vers l'une ou l'autre des fosses iliaques.

En un mot, tant que la partie fœtale n'est pas profondément engagée, les mutations de présentation sont possibles, soit à la fin de la grossesse, soit même au début du travail. Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question admettent que c'est surtout chez les multipares que ces mutations s'observent, à cause de la laxité assez grande de la paroi abdominale, et de la résistance moindre de la paroi utérine.

Quant aux mutations de positions, elles peuvent se produire alors même que la partie fœtale est engagée et sont beaucoup plus fréquentes que les changements de présentation.

## CHAPITRE II

### DE L'ACCOUCHEMENT

**Définition.** — L'accouchement consiste dans l'expulsion ou dans l'extraction par les organes génitaux de l'œuf (fœtus et annexes) contenu dans la cavité utérine, à une époque où le fœtus est viable.

Cette définition élimine l'extraction du fœtus par l'opération césarienne ou par la laparotomie dans la grossesse extra-utérine; elle indique que l'accouchement ne comprend pas seulement l'expulsion du fœtus, mais encore la sortie de l'arrière-faix ou délivrance; qu'enfin il n'y a accouchement que lorsque le fœtus naît 180 jours au moins après la dernière apparition des règles.

Pendant les six premiers mois de la grossesse, on donne à l'expulsion de l'œuf la dénomination de *fausse couche* ou d'*avortement*.

L'accouchement est diversement qualifié selon l'époque de la grossesse où il se produit, la cause qui le détermine, suivant sa marche et sa terminaison.

Ainsi l'accouchement est *prématuré* lorsqu'il se produit pendant le septième et le huitième mois et même au cours du neuvième mois. L'accouchement se fait près du *terme* ou à *terme* lorsqu'il survient à la fin du neuvième mois ou au commencement du dixième mois.

Faut-il admettre un accouchement *retardé* lorsque l'expulsion n'a lieu qu'un certain temps après le 270<sup>e</sup> jour? Nous ne le pensons pas.

Nous croyons devoir réserver le nom de *spontané* à l'accouchement qui a lieu sous l'influence des causes naturelles qui déterminent l'accouchement; il est *provoqué* lorsqu'on juge utile d'interrompre le cours de la grossesse.

Quant au *mode de terminaison*, l'accouchement est *naturel* lorsqu'il se termine par les seules forces de l'organisme maternel; il est *artificiel* lorsque l'accoucheur intervient pendant le travail par une opération (forceps; symphyséotomie, version, etc.).

L'accouchement, qu'il soit naturel ou artificiel, est *lent*, *laborieux*, lorsqu'il dépasse la durée habituelle, malgré des contractions intenses et répétées; il est *rapide* dans le cas contraire.

L'accouchement comprend deux temps : 1<sup>o</sup> l'expulsion du fœtus ou accouchement proprement dit; 2<sup>o</sup> l'expulsion des annexes du fœtus ou délivrance.

#### ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT (Travail)

Le *travail* 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. Ces phénomènes sont généralement divisés en phénomènes physiologiques, phénomènes mécaniques et phénomènes plastiques.

Cette division et ces expressions ne sont pas irréprochables, puisque les différents phénomènes physiologiques et plastiques (effacement du col et dilatation de l'orifice utérin, poche des eaux, bosse séro-sanguine) se produisent suivant un certain mécanisme et que, d'autre part, les phénomènes mécaniques, c'est-à-dire les mouvements imprimés au fœtus pendant qu'il traverse le canal pelvi-génital, sont physiologiques.

En outre, on range dans un même chapitre l'étude des phénomènes physiologiques dont les uns (effacement, dilatation du col) se passent chez la mère, dont les autres (formation et rupture de la poche des eaux) se passent du côté des annexes du fœtus.

Mieux vaut diviser les phénomènes observés pendant le travail en phénomènes : a, maternels; b, ovulaires; c, fœtaux.

a. Phénomènes maternels.	}	Signes précurseurs.
		Contractions utérines douloureuses.
		Contractions des muscles abdominaux.
		Contractions vaginales.
		Écoulement des glaires.
		Effacement du col.
		Dilatation de l'orifice utérin.
		Ampliation du vagin, du périnée, de la vulve.

b Phénomènes ovulaires	{ Formation de la poche des eaux. Rupture des membranes.
c Phénomènes fœtaux.	{ Mécanisme de l'accouchement. Phénomènes plastiques.

#### A. PHÉNOMÈNES MATERNELS

1° *Signes précurseurs.* — Le travail est parfois précédé de quelques signes *précurseurs* : c'est ainsi que chez un certain nombre de femmes dans la dernière quinzaine de la grossesse, le fond de l'utérus s'abaisse un peu par suite de l'engagement de plus en plus prononcé de la partie fœtale.

\* Les femmes éprouvent alors un notable soulagement; elles marchent plus facilement, respirent et digèrent mieux. Quelques-unes, au contraire, se trouvent plus lourdes et ressentent une pesanteur incommode dans le bas-ventre, du côté du rectum, de la vessie. La circulation veineuse des membres inférieurs et des parties génitales externes est de plus en plus entravée; la vulve se tuméfié et des glaires visqueuses, jaunâtres, s'échappent du vagin; les femmes *marquent* (Tarnier et Chantreuil).

Parfois les contractions utérines indolores qui existent dans les derniers mois de la grossesse deviennent plus fréquentes, plus intenses; elles cessent même d'être indolores et s'accompagnent de quelques douleurs qui reviennent par accès dont la durée est d'une heure ou deux; ces accès douloureux font souvent croire à tort à un accouchement imminent. — Ces *alertes* s'observent plus habituellement chez les multipares que chez les primipares; elles tiennent à l'engagement de la partie fœtale, qui souvent n'a guère lieu que pendant les quinze derniers jours de la grossesse.

Dans nombre de cas la femme n'éprouve rien de particulier pendant les derniers jours de la grossesse, et c'est assez brusquement que surviennent les contractions utérines douloureuses du travail.

2° *Contractions utérines.* — Lorsque l'utérus se contracte, il durcit; si l'on a la main appliquée sur le ventre de la femme, on peut la prévenir qu'elle va souffrir dans quelques secondes; lorsque la douleur a disparu, l'utérus reste encore dur pendant quelques instants. *La contraction utérine du travail commence donc avant la douleur et finit après elle.*

Aussi est-il nécessaire, lorsqu'on veut palper l'utérus ou pratiquer l'auscultation du cœur fœtal, de s'assurer que le muscle utérin n'est ni au début ni à la fin d'une contraction. Si l'on pratique le toucher au moment de la contraction, pendant la période de dilatation, on constate que l'orifice utérin s'amincit, se durcit et que les membranes, mises à nu par suite de la dilatation, se tendent et font plus ou moins hernie à travers cet orifice.

Sous l'influence de la contraction, l'utérus *change de direction* : il revient vers la ligne médiane tout en se portant en avant par suite de la contraction des ligaments larges, et surtout des ligaments ronds. De plus, il prend une forme cylindrique par suite du redressement du fœtus qui réagit contre les parois de l'utérus.

L'utérus, en se contractant, tend à diminuer sa capacité cavitaire; mais comme son contenu, fœtus et liquide amniotique, n'est pas compressible, il en résulte que sous l'influence de la contraction utérine la partie supérieure, le corps de l'utérus, diminue seule de capacité, tandis que sa partie inférieure, segment inférieur à parois minces, se laisse peu à peu distendre et envahir par le fœtus et le liquide amniotique.

*FORCE DE LA CONTRACTION.* — Quelques observateurs ont cherché à mesurer la force résultant de la contraction; les uns se sont servis d'appareils enregistreurs mis en communication avec la partie inférieure de l'œuf et le muscle utérin; c'est ce qu'ont fait Schatz et Polaillon à l'aide du tocodynamomètre. Pouillet avec son tocographe. D'autres auteurs, Poppel, M. Duncan, Ribemont-Dessaigues, ont calculé la force nécessaire pour rompre des membranes, et ils l'ont considérée comme représentant à peu près l'intensité de la contraction utérine.

Toutes ces méthodes sont discutables; les résultats qu'elles donnent diffèrent d'ailleurs notablement les uns des autres (de 2 kilogrammes à 25 kilogrammes).

Ce qu'il importe de savoir, c'est que l'intensité de la contraction utérine varie beaucoup suivant les femmes, et que chez la même femme cette intensité n'est pas toujours la même. Il est fréquent de voir les contractions utérines accouplées deux par deux de telle sorte qu'à une contraction forte succède une contraction faible.

*CARACTÈRE PHYSIOLOGIQUE DE LA CONTRACTION.* — La contraction utérine du travail est *douloureuse*. C'est là un caractère tellement important qu'une femme qui ressent les contractions du travail dit qu'elle est en *douleurs*; nous verrons quelle part revient à la contraction utérine dans les sensations douloureuses qu'éprouve la femme pendant l'accouchement.

La contraction utérine est *involontaire*; la femme ne la peut modifier en aucune façon, sauf dans certains cas, par des changements d'attitude. Les *émotions morales* suspendent quelquefois la contraction; c'est ce qui arrive par exemple lorsque l'accoucheur entre dans la chambre de la patiente.

La contraction utérine est *intermittente*: elle revient à des intervalles à peu près réguliers pendant une même période du travail, c'est-à-dire toutes les vingt minutes pendant la période d'effacement, toutes les cinq ou dix minutes au début de la période de dilatation, puis toutes les deux ou trois minutes; pendant la période d'expulsion, les contractions utérines s'espacent, se régularisent et ne se produisent plus que toutes les cinq ou six minutes. Lorsque toutefois l'expulsion du fœtus est imminente la femme éprouve à nouveau des douleurs subintrantes.

*DURÉE DE LA CONTRACTION.* — La durée de la contraction varie aussi suivant les différentes périodes du travail; elle est de trente secondes, au début, puis dure jusqu'à quarante, soixante secondes, et au delà, vers la fin du travail. Parfois ces contractions disparaissent à peu près complètement pendant une heure ou deux pour reprendre ensuite avec énergie et régularité. Tantôt elles sont *très fréquentes*, se succèdent presque sans interruption, deviennent subintrantes.

Enfin elles peuvent devenir *continues*; l'utérus présente une sorte de tétanisation analogue à celle qu'on observait autrefois à la suite de l'emploi intempestif du seigle ergoté.

DES DOULEURS. — Les *caractères* des douleurs qui accompagnent les contractions utérines diffèrent suivant les différentes périodes du travail, comme nous le verrons en étudiant chacune d'elles.

Leur *siège* n'est pas non plus toujours le même: au début de la dilatation, elles existent sur les régions latérales de l'utérus; puis elles irradient en ceinture vers la région pelvienne et le segment inférieur de l'utérus. Parfois les douleurs, au lieu d'être intenses au niveau de l'utérus, se font sentir en arrière, dans les régions *lombaire* et *sacrée*; ce sont les douleurs de reins qui sont particulièrement pénibles. Tantôt elles existent depuis le début jusqu'à la fin du travail; tantôt elles disparaissent pour faire place à des douleurs moins violentes. Les femmes redoutent particulièrement d'*accoucher par les reins*; aussi faut-il plaindre les femmes qui, suivant l'expression de Depaul, ont le triste privilège d'éprouver de pareilles douleurs à tous leurs accouchements.

De nombreuses causes ont été invoquées pour expliquer ces *douleurs de reins* (obliquité de l'utérus, excès de sensibilité, pression de la paroi postérieure de l'utérus contre la colonne vertébrale (Mattei), région fœtale n'appuyant pas sur le segment inférieur par suite de vice de conformation du bassin, de présentation de l'épaule, du siège, etc.).

Depaul avait remarqué que ces *douleurs de reins* se montrent volontiers « dans les présentations du sommet ou de la face dans lesquelles l'occiput ou le menton répondent à l'une des moitiés postérieures du bassin ». Il est certain que dans les variétés postérieures de la présentation du sommet ou de la face, il n'est pas rare de rencontrer ces douleurs de reins qui rendent si pénible la période de dilatation.

La cause principale de ces douleurs résulte de ce que la tête fœtale appuie mal sur le segment inférieur, ce qui s'observe sous de multiples influences: rétrécissement du bassin, insertion du placenta sur le segment inférieur, défaut de flexion de la tête, inclinaison trop accusée, etc.

Les *douleurs* portent des noms différents suivant leur *intensité*; au début de la période d'effacement du col, elles sont courtes, rappellent les douleurs légères qui accompagnent la menstruation et la sensation désagréable produite par les piqûres de mouches: d'où le nom de *mouches* qu'on leur a donné. — Elles sont bientôt remplacées par les douleurs *préparantes*, plus fortes, plus longues, revenant à intervalles plus rapprochés et amenant des cris plus ou moins violents suivant la sensibilité de la femme. Ces douleurs sont surtout marquées chez les primipares pendant que l'orifice utérin passe des dimensions d'une pièce de deux francs à celles d'une pièce de cinq francs.

Lorsque la dilatation de l'orifice utérin est complète, surviennent les *douleurs expultrices*, qui font progresser le fœtus dans le bassin mou; aux contractions utérines viennent alors s'ajouter les contractions des muscles abdominaux; la femme pousse des cris, fait des *efforts* violents auxquels

succèdent des expirations prolongées. L'*effort* joue un grand rôle dans la terminaison de l'accouchement et vient puissamment aider la contraction utérine.

Les *douleurs concassantes* apparaissent quand la tête fœtale est sur le point de franchir la vulve; elles sont violentes, presque continues, et arrachent habituellement à la femme des cris déchirants.

Les douleurs accompagnent presque toujours la contraction utérine; cependant elles peuvent faire défaut ou du moins être peu intenses. On voit quelquefois des femmes accoucher à terme sans proférer une plainte, sans pousser un cri. Tarnier et Chantreuil rapportent, entre autres observations, celle d'une Canadienne qui accouchait sans douleur et avait l'habitude de « semer ses enfants sans s'en apercevoir ». Cet accouchement indolore a quelques inconvénients; car le fœtus est souvent expulsé sans qu'une personne expérimentée ait eu le temps d'en surveiller, d'en modérer la sortie trop brusque, et d'éviter sa chute sur le sol, la rupture du cordon, le décollement du placenta, l'inversion et l'hémorrhagie qui en peut résulter.

Les douleurs de l'accouchement reconnaissent différentes causes; c'est à tort que Mme Boivin a fait de la *distension des bords de l'orifice utérin* la cause presque exclusive des douleurs. Tarnier et Chantreuil invoquent avec raison la *compression des nerfs situés dans la paroi utérine* par le fait de la contraction, puis la pression exercée sur les organes pelviens par la partie fœtale engagée dans l'excavation. Enfin, il est certain que dans la dernière période du travail, la *surdistension du vagin, de l'anus, du périnée, de la vulve*, cause des douleurs vives qui viennent s'ajouter à celles de la contraction utérine.

Quant à la douleur liée à cette contraction, Beau a cherché à établir qu'elle n'était pas localisée dans l'utérus, mais bien dans les nerfs lombo-abdominaux, qu'en un mot les douleurs de l'enfantement n'étaient autre chose qu'une névralgie lombo-abdominale analogue à celle qui existe dans les affections utérines. — On le voit, les douleurs qu'éprouvent les femmes pendant le travail ont des causes multiples dont les principales sont la distension de l'orifice utérin et des parties molles, et la contraction utérine.

*Influence de la contraction utérine sur la circulation fœtale et maternelle.* — La contraction utérine a une influence manifeste sur la circulation fœtale et sur la circulation maternelle. Au fur et à mesure que l'utérus se contracte, les battements du cœur fœtal deviennent moins fréquents et plus sourds; ils reprennent peu à peu leur énergie et leur fréquence, quand la contraction diminue; puis ils offrent à nouveau leurs caractères normaux dans l'intervalle des contractions.

Différentes théories ont été émises pour expliquer ces modifications: augmentation de pression intra-cardiaque (Schwartz), asphyxie du fœtus produite par la compression du placenta (Schultze), ou par la compression du crâne (Kehrer), etc. Il est probable que c'est par suite de la diminution de calibre des vaisseaux utérins que la circulation inter-utéro-placentaire est gênée et qu'il se produit un certain degré d'asphyxie fœtale.

Du côté MATERNEL la contraction utérine s'accompagne d'abord d'une accélération du pouls, qui devient de plus en plus fréquent à mesure que s'accroît la douleur, puis reprend son rythme normal lorsque la contraction disparaît. Nous avons montré (p. 188) comment le souffle maternel était influencé par la contraction de l'utérus.

3° *Contractions des muscles abdominaux.* — Lorsque l'extrémité céphalique a franchi l'orifice utérin et pénétré dans le vagin, la contraction des muscles abdominaux entre en jeu et vient ajouter son action à celle du muscle utérin. Cette action a pour résultat de pousser l'utérus gravide vers l'excavation pelvienne et de faire progresser le fœtus vers la vulve.

Elle est en partie soumise à l'influence de la volonté, puisque la femme peut pousser plus ou moins énergiquement, modérer ou exagérer l'effort d'expulsion; cependant cette contraction, étant d'ordre réflexe, échappe dans une certaine mesure à la volonté. La partie fœtale appuyée sur le périnée et détermine des efforts puissants qui persistent, par exemple, pendant l'analgésie chloroformique et que la femme a souvent beaucoup de peine à modérer au moment du dégagement de la tête.

Chez certaines femmes les contractions abdominales apparaissent avant que l'ovoïde céphalique ait franchi l'orifice utérin; la femme pousse malgré elle; on observe surtout cette anomalie quand la tête, appuyant fortement sur l'orifice utérin, l'entraîne jusque sur le bassin mou; ce qui tient à l'engagement trop accusé de la tête fœtale.

4° *Contractions vaginales.* — Les contractions du vagin existent certainement chez la femme, mais elles ont une action insignifiante au point de vue de la terminaison de l'accouchement, si on les compare à la puissance des contractions abdominales. Chez certains mammifères, tels que la lapine, les contractions vaginales semblent jouer un rôle plus important (Tarnier, Kehrer).

Elles contribuent à l'expulsion du placenta lorsqu'il est en grande partie hors de l'utérus et peut également servir à l'expulsion de l'œuf dans l'avortement, lorsque cet œuf a un volume suffisant pour éveiller la contraction du vagin sans la paralyser par une distension exagérée de ce conduit.

Les *phénomènes maternels* que nous venons d'étudier déterminent, pour ainsi dire, la production de ceux qui vont suivre: 5° l'écoulement des glaires; 6° l'effacement du col utérin; 7° sa dilatation; 8° l'ampliation du vagin, du périnée et de la vulve.

5° *Écoulement des glaires.* — Les glaires sont des mucosités filantes, épaisses, qui s'écoulent des parties génitales pendant le travail. Elles proviennent de l'hypersécrétion des glandes du col et du mucus épais qui s'y accumule dans les derniers temps de la grossesse (*bouchon gélatineux*).

A mesure que, sous l'influence du travail, le col s'efface, disparaît, ce bouchon gélatineux vient se mélanger aux sécrétions vaginales: il s'écoule de la vulve des glaires blanchâtres, jaunâtres et même sanguinolentes. Tarnier et Pinard admettent qu'en raison de la perméabilité des membranes une certaine quantité de liquide amniotique vient s'ajouter aux glaires pour lubrifier les parties molles.

Lorsque les membranes sont rompues, à chaque contraction utérine un peu de liquide amniotique vient rendre le vagin humide. Pendant la période de dilatation, de petites éraillures peuvent se produire du côté du col: si le sang qui s'écoule se mêle avec les glaires, celles-ci prennent une coloration jaune jus de pruneau; ou bien les mucosités qui s'écoulent ou que l'on retire avec le doigt en pratiquant le toucher présentent des stries rougeâtres.

6° *Effacement du col.* — Le ramollissement que subit le col pendant la grossesse lui est une préparation à deux modifications nouvelles: l'effacement et la dilatation, qui se produisent au moment du travail de l'accouchement.

L'effacement consiste dans l'évasement du col dont le tissu va concourir à l'ampliation du corps de l'utérus et constituer en partie le segment inférieur de l'organe. L'effacement est donc un changement dans la forme du col: au lieu de former un cylindre à parois épaisses parcouru par un canal fusiforme, il constitue une sorte de calotte hémisphérique, à parois très minces dont le bord (provenant de l'ancien orifice interne) se continue avec les parois du corps. Le pôle de cette calotte est perforé d'un orifice d'aspect et de dimensions variables et qui n'est autre chose que l'orifice externe du col, seule région persistante de l'ancien col.

Tout le monde est d'accord sur la réalité du phénomène et, sauf Stoltz, sur le sens de l'effacement. En effet, tandis que pour tous les auteurs il est indiscutable que l'effacement se fait de l'orifice interne vers l'externe, c'est-à-dire de haut en bas, Stoltz avait à tort admis que si les choses se passaient de la sorte chez les primipares, le contraire avait lieu chez les multipares.

On a beaucoup plus discuté la question du moment où se fait cet effacement: dans un travail fort complet sur cette question, Varnier en a fait un historique critique et y a ajouté des données nouvelles.

Mauriceau, en 1668, avait cru reconnaître que le col grandissait et s'amollissait jusqu'au sixième mois, et qu'à partir de cette époque il diminuait de telle sorte qu'à la fin de la grossesse il était tout aplani.

Cette opinion du maître, bien que combattue à l'aide de preuves anatomiques par Verheyen (1695) et Weitbrecht (1750), est adoptée par L. Petit, Levret, etc., etc., et règne en souveraine dans la science jusqu'en 1826.

Cette année-là, Stoltz, dans sa thèse inaugurale, admit que le col dont l'hypertrophie progressait jusqu'au sixième mois, ne s'effaçait que les quinze derniers jours, c'est-à-dire après son ramollissement complet. Cette opinion fut généralement adoptée en France, bien que son auteur n'apportât aucune preuve anatomique à l'appui. A l'étranger elle ne tarda pas à rencontrer de sérieux contradicteurs.

Taylor, un des premiers, fait à New-York, de 1851 à 1862, des recherches anatomiques qui l'amènent à soutenir que le col conserve toute sa longueur jusqu'à la fin de la grossesse, et qu'il ne commence à s'effacer qu'au début du travail.

\* Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement, par H. Varnier. — Paris, G. Steinheil, éd., 1888. — Voir également la thèse (1888) de Demelin sur le segment inférieur de l'utérus.

M. Duncan (1859) croit, lui aussi, que la sensation de raccourcissement du col n'est qu'une illusion du doigt qui déprime sans s'en apercevoir un col entièrement ramolli. Il admet cependant que l'effacement se produit quelques heures, sinon quelques jours avant l'accouchement.

Müller (de Würzburg) apporte à l'opinion de Taylor une confirmation tirée d'observations cliniques.

La question paraissait élucidée lorsque Bandl (1876), s'appuyant sur des faits contradictoires observés par Müller et par Braune (1872), chercha à revenir à l'opinion des anciens d'après laquelle l'effacement s'opère dans les trois derniers mois de la gestation.

Aujourd'hui, les travaux de Schröder, Stratz, Hofmeier, Waldeyer, les

recherches de Pinard, de Varnier, les nôtres, semblent avoir définitivement fait la lumière sur ce point si intéressant d'obstétrique.

On doit admettre que :  
1° le col conserve sa longueur pendant toute la durée de la grossesse jusqu'au début du travail;

2° Le segment inférieur de l'utérus est constitué jusqu'à la fin de la grossesse non par le col, mais par la partie inférieure du corps de l'organe.

Ces deux propositions peuvent se prouver à l'aide d'arguments cliniques

et anatomiques. L'erreur des anciens et de ceux qui, avec Stoltz, admettent la disparition du col dans les quinze derniers jours de la grossesse, tient à une faute d'interprétation.

A la fin de la grossesse, en effet, lorsque le col est entièrement ramolli, le doigt qui en explore la surface externe ne rencontre à son niveau aucune sensation de résistance; il déprime, sans s'en rendre compte, le col et arrive sur la partie fœtale, qui paraît séparée du doigt par la seule épaisseur d'un bourrelet plus ou moins mince de tissu qui limite l'orifice externe.

Mais si l'on vient à pratiquer, au contraire, le *toucher intra-cervical*, en allant jusqu'aux membranes, et qu'on ramène ensuite le doigt dans le vagin en déprimant avec sa pulpe les parois du canal cervical, on a la sensation que l'on déplisse le col. On s'aperçoit alors que le doigt parcourt un long canal

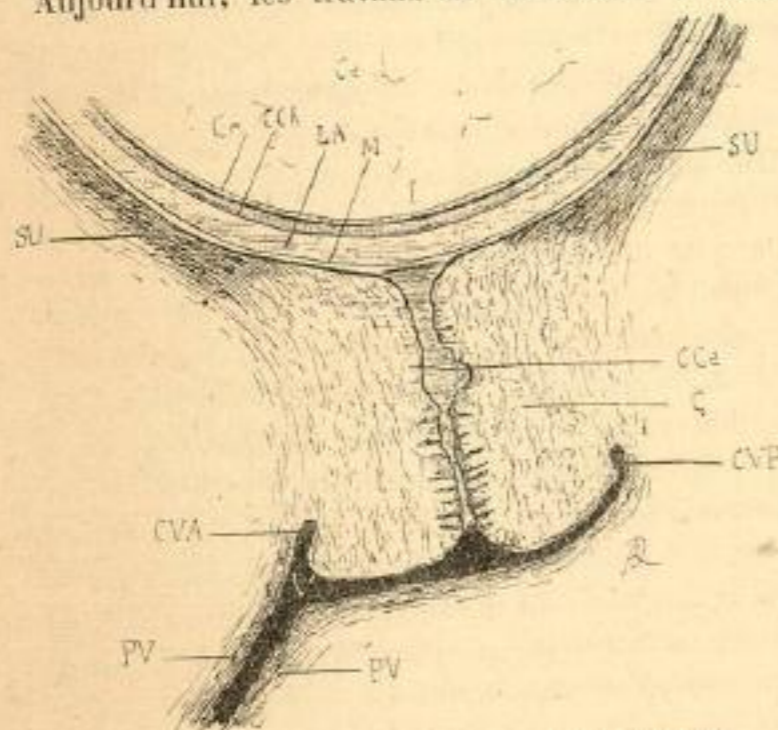


Fig. 181. — Col utérin d'une femme au début du travail. Le col, complètement ramolli, a toute sa longueur.

Cc, Cervix. Cr, Os du crâne. CCh, Cuir chevelu. La, Liquide amniotique. M, Membranes. SU, Segment inférieur de l'utérus. CcA, Cavité cervicale. C, Col utérin. CVA, Cul-de-sac antérieur du vagin. CVP, Cul-de-sac postérieur du vagin. PV, Paroi vaginale.

qui, de l'orifice interne à l'orifice externe, ne mesure pas moins de 4 centimètres et demi à 5 centimètres.

Il est facile de contrôler ce fait en procédant, comme l'a fait Varnier, de la façon suivante. Le mandrin de l'excitateur de Tarnier est guidé avec le doigt jusqu'à l'orifice interne et laissé en place, tandis que le doigt ramené jusqu'à l'orifice externe étale le col dans toute sa longueur. L'instrument est alors retiré en même temps que le doigt qui marque le point qui répondait à l'orifice externe. Ces mensurations, répétées à de nombreuses reprises la veille même du début du travail, ont montré à Pinard et à Varnier que le col mesurait encore de 4 centimètres et demi à 5 centimètres de longueur.

Les mêmes données résultent des coupes anatomiques faites après congélation sur des utérus contenant l'œuf entier et appartenant à des femmes arrivées à la fin de leur grossesse et mortes avant le début du travail : on constate en examinant ces coupes que le col persiste et possède une longueur de 4 à 5 centimètres jusque dans les derniers jours de la grossesse.

La théorie des anciens, reprise par Bandl, doit donc être définitivement abandonnée; il en est de même de celle de Stoltz.

Il en résulte que le *segment inférieur de l'utérus*, loin d'être constitué à la fin de la grossesse comme le voulait Mauriceau, A. Petit, etc., etc., par l'épanouissement du tissu du col, est formé par le tissu du corps.

Sous l'influence des contractions utérines répétées, l'utérus se redresse en même temps que ses dimensions transversales diminuent; peu à peu la partie fœtale descend sous l'influence de cette poussée utérine; il se produit une distension du segment inférieur de l'utérus et des modifications importantes du côté du col, qui diffèrent quelque peu chez la primipare et chez la multipare.

Chez la *primipare*, le col est assez long et présente une forme régulière; ses orifices externe et interne ne sont pas perméables au doigt. Lorsque le travail débute, le col commence à s'effacer de haut en bas, c'est-à-dire que l'orifice interne s'entr'ouvre, puis peu à peu la portion sus-vaginale du col s'efface (fig. 182). Ses parois amincies, tirillées, font directement suite au segment inférieur de l'utérus; bientôt il ne reste plus, saillant sur la surface de ce segment inférieur, qu'un petit bourrelet bien marqué : c'est la portion vaginale du col (fig. 185) qui va subir peu à peu les mêmes modifications que la portion sus-vaginale. On peut suivre avec le doigt les progrès de l'effacement du col.

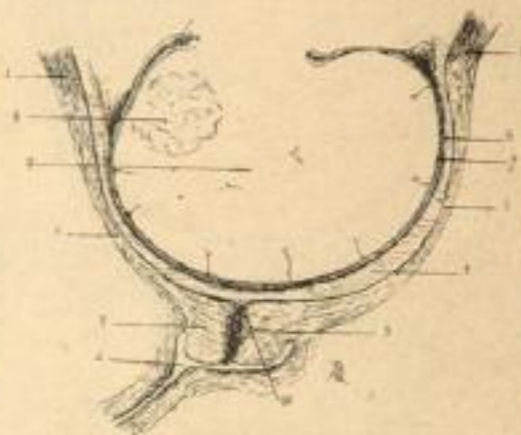


Fig. 182. — Coupe du segment inférieur de l'utérus chez une femme en travail.

1, Parois du corps de l'utérus. 2, Segment inférieur de l'utérus. 3, Col en voie d'effacement. 4, Cavité vaginale. 5, Liquide amniotique. 6, Cuir chevelu de la tête fœtale. 7, Os du crâne du fœtus. 8, Coupe du cervicet. 9, Coupe du cerveau. 10, Membrane de l'œuf.

Chez les *multipares* il est un peu plus difficile de bien constater cet effacement du col : le col est généralement entr'ouvert avant tout début de travail, l'orifice externe est habituellement très perméable et parfois l'orifice interne laisse pénétrer le doigt jusque sur les membranes. On pourrait donc croire à tort à un début de dilatation alors que le col n'est pas encore effacé; pour éviter l'erreur, il faut suivre avec le doigt le canal cervical qui, bien qu'aplati, sépare cependant les deux orifices.

Lorsque la femme est franchement en travail, c'est-à-dire lorsque l'effacement du col est commencé, il faut encore plus d'attention pour reconnaître chez une multipare que le col est seulement en voie d'effacement; dès que l'orifice interne est en effet forcé de dedans en dehors par l'action combinée des membranes et de la partie

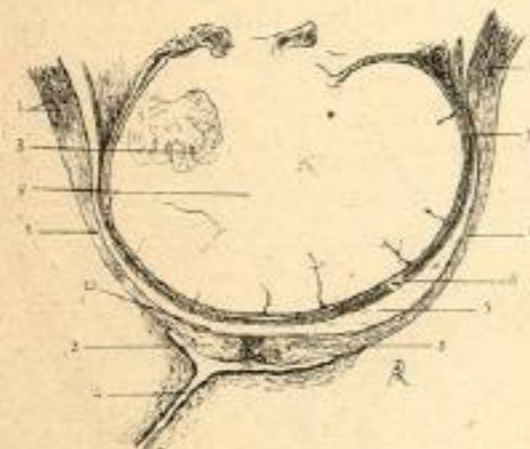


Fig. 185. — Coupe du segment inférieur de l'utérus chez une femme en travail.

1, Paroi du corps de l'utérus. 2, Segment inférieur de l'utérus. 3, Col dont l'effacement est plus avancé que sur la figure 182; il ne reste plus que la portion vaginale du col. 4, Cavité du vagin. 5, Liquide amniotique. 6, Cheveu. 7, Os du crâne fœtal. 8, Coupe du cervical. 9, Coupe du cervical. 10, Membranes de l'œuf.

foetale, le doigt peut pénétrer directement sur les membranes à travers cet orifice interne suffisamment large pour y laisser même pénétrer deux doigts.

En sortant de cet orifice et en explorant les parties qui l'environnent, on reconnaît très bien que le doigt n'est pas en contact direct avec le segment inférieur aminci, mais qu'il y a là tout au pourtour de cet orifice interne une masse irrégulière, une sorte de moignon ramolli appendu pour ainsi dire au segment inférieur; avec un peu d'habitude et surtout d'attention, il est facile de reconnaître l'orifice externe de ce moignon. Peu à peu le canal qui précède l'orifice externe se distend, s'efface à son tour et bientôt le col n'existe plus, l'orifice externe est aminci et présente des dimensions inférieures à celles qu'il présentait au début du travail. Il suffit de suivre avec soin cette période d'effacement chez plusieurs femmes pour se rendre bien compte de ces modifications.

D'ailleurs l'issue du bouchon gélatinéux au début du travail n'est-elle pas la meilleure preuve que le col s'efface seulement à ce moment?

La durée de la période d'effacement varie suivant les femmes, et chez la même femme, à des grossesses successives, suivant la direction de la force utérine, suivant que la partie foetale appuie plus ou moins bien sur les membranes et sur le col; d'une manière générale elle est plus longue chez les primipares que chez les multipares.

7° Dilatation de l'orifice utérin. — Lorsque le col est complètement effacé, la cavité utérine est constituée par une cavité unique formée par le corps et le col; cette cavité se termine inférieurement par un orifice dit *orifice utérin* : c'est l'ancien orifice externe du col qui va maintenant s'agrandir, se dilater peu à peu à mesure que se poursuit le travail.

Au début, l'orifice utérin présente une ouverture à peine sensible, *lenticulaire*, dans laquelle on ne peut loger l'extrémité de l'index; puis les dimensions de cet orifice augmentent et atteignent graduellement les dimensions d'une pièce d'argent de cinquante centimes, d'un franc, de deux francs, de cinq francs, puis les dimensions d'une paume de main (fig. 185, 186, 187).

Quelques auteurs reprochent à cette nomenclature de ne pouvoir être uniforme en tous pays et préfèrent apprécier le degré de dilatation en centimètres ou mieux en indiquant que le diamètre de l'orifice utérin peut admettre l'extrémité d'un doigt, de deux doigts, de trois doigts, etc.

Lorsque les bords de l'orifice utérin viennent enfin s'appliquer sur les parois de l'excavation (fig. 188), la dilatation est complète : rien ne s'oppose plus du côté de l'utérus à la progression de la partie foetale.

Sur la figure 189 la dilatation est complète, de telle sorte qu'on ne voit qu'en e le relief formé par l'orifice utérin; il semble que les parois du col et du vagin se continuent sans autre ligne de démarcation bien nette.

Dans certains cas la dilatation ne peut parvenir à être complète parce que la partie foetale, retenue par un rétrécissement du bassin par exemple, n'appuie pas suffisamment sur le segment inférieur de l'utérus; l'orifice utérin arrive seulement à être *dilatatable*, c'est-à-dire qu'en introduisant la main dans cet orifice et en écartant les doigts, on peut en appliquer de toutes parts les bords sur les parois du bassin sans qu'il y ait de résistance.

Il arrive au cours du travail que les contractions utérines cessent momentanément et qu'au lieu de progresser, la dilatation de l'orifice utérin reste stationnaire ou même rétrograde. Dans certains cas même, après un début de dilatation, le col pourrait en partie se reformer; c'est

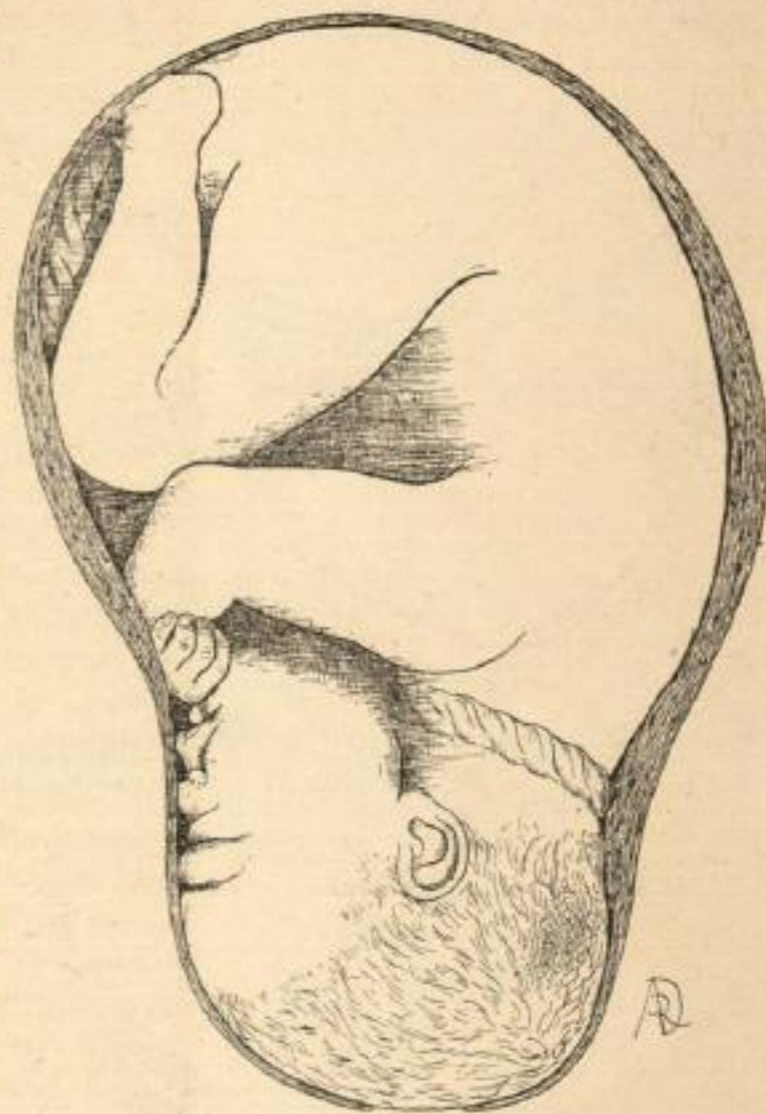


Fig. 184. — Fœtus se présentant par le sommet et contenu dans la cavité utérine.

La femme est en travail, les membranes sont rompues; la tête appuie sur l'orifice utérin, qui a une dilatation de la dimension d'une pièce de cinq francs. (D'après une pièce congelée.)

ce que Charrier a appelé la *rétrocession du travail*; le fait est rare. Ce qui arrive plus souvent, c'est que lorsque les membranes se rompent au cours de la dilatation de l'orifice utérin, celui-ci revient sur lui-même

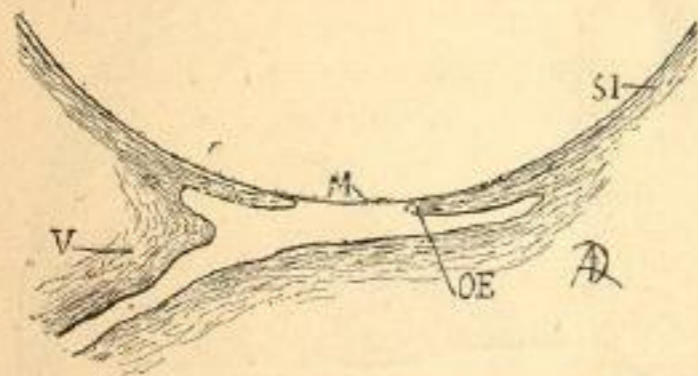


Fig. 185. — Segment inférieur de l'utérus avec orifice utérin en voie de dilatation.

SI, Segment inférieur. OE, Orifice externe. M, Membranes recouvrant l'orifice utérin qui a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. V, Paroi vaginale antérieure.

pendant un temps variable; il reprend vite ses dimensions si la partie fœtale en s'abaissant ne vient pas suppléer la poche des eaux comme agent de dilatation.

Les bords de l'orifice utérin deviennent résistants, tendus, au moment de la contraction et même un peu avant que la sensation douloureuse qui accompagne chaque contraction ne soit ressentie par la femme; généralement l'orifice utérin s'agrandit au moment de la contraction.

*Comment s'opère la dilata-*

*tion de l'orifice utérin?* La contraction de l'utérus, la pression exercée sur les bords de l'orifice par la poche des eaux et par la partie fœtale qui se présente, sont les principales causes de cette dilata-

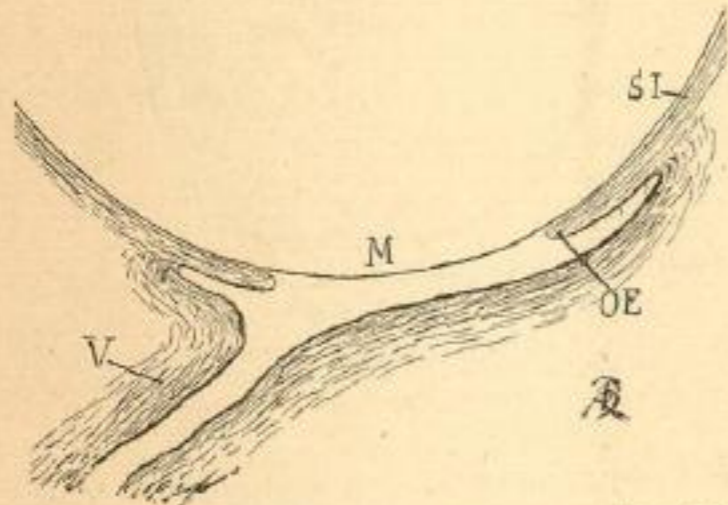


Fig. 186. — Segment inférieur de l'utérus avec orifice utérin en voie de dilatation.

SI, Segment inférieur. OE, Orifice externe de l'utérus. M, Membranes recouvrant un orifice utérin qui a les dimensions d'une pièce de cinq francs. V, Paroi vaginale antérieure.

Il faut remarquer que la pression exercée par la partie fœtale ou par la poche des eaux sur les bords de l'orifice est le point de départ d'un réflexe qui produit la contraction utérine.

Il est facile de comprendre que la *dilatation de l'orifice utérin sera plus ou moins rapide* suivant que la partie fœtale et la poche des eaux

appuieront en même temps sur le segment inférieur de l'utérus; suivant que le muscle utérin se contractera avec plus ou moins d'énergie, suivant que les obstacles à vaincre (descente de la partie fœtale, résistance de l'orifice utérin) seront plus sérieux.

La *situation* de l'orifice utérin est en rapport avec la situation du corps

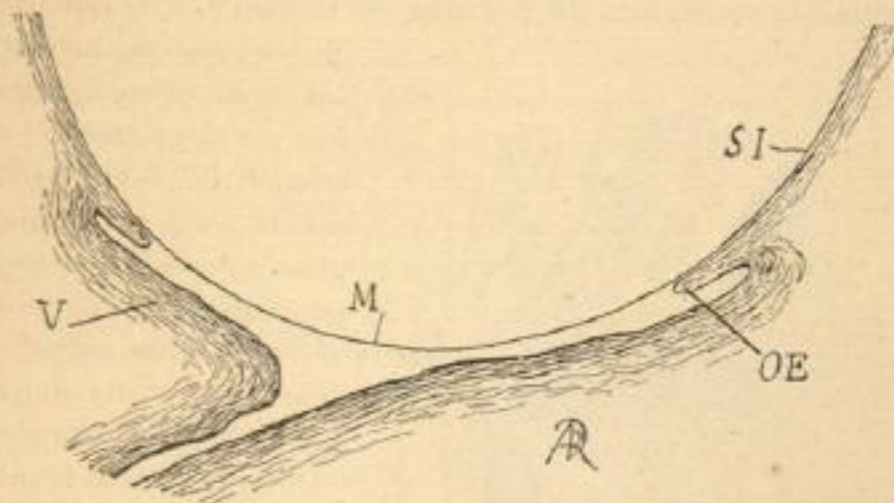


Fig. 187. — Segment inférieur de l'utérus avec orifice utérin presque complètement dilaté.

SI, Segment inférieur. OE, Orifice externe de l'utérus. M, Membranes recouvrant l'orifice utérin, qui a les dimensions d'une paume de main. V, Paroi vaginale antérieure.

de l'utérus qui est plus ou moins oblique; d'une manière générale au début du travail, l'orifice est plutôt situé en arrière, puis il vient peu à peu en avant et se rapproche progressivement du centre du bassin.

La *forme* de l'orifice est également variable: tantôt circulaire, tantôt

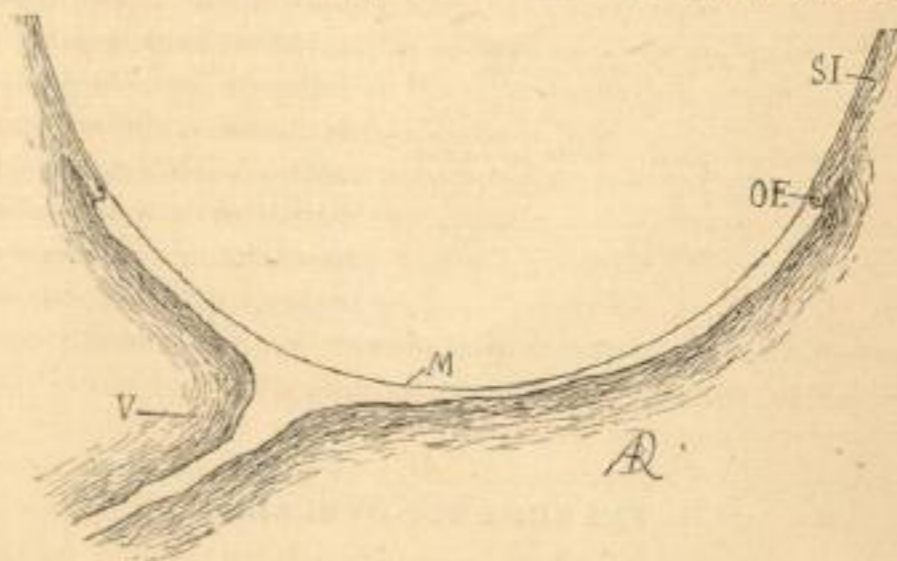


Fig. 188. — Orifice utérin est à la dilatation complète.

SI, Segment inférieur de l'utérus. OE, Bourrelet représentant le bord de l'orifice utérin complètement dilaté. M, Membranes. V, Paroi vaginale antérieure.

allongée suivant le diamètre transversal ou le diamètre oblique. Quelquefois la dilatation est très avancée au niveau de la partie antérieure de l'orifice, alors qu'il y a encore une zone assez large de tissu en arrière ou inverse-

ment; cela dépend de la manière dont est dirigée la force résultant de la contraction utérine et de l'orientation de la tête fœtale.

Lorsque la dilatation de l'orifice utérin est complète, la première période de l'accouchement ou période de *dilatation* est terminée : la seconde ou période d'*expulsion* va commencer.

8° *Ampliation du vagin, du périnée, de la vulve.* — Les phénomènes qui se passent du côté du bassin mou ne surviennent qu'à une période avancée du travail, lorsque la partie fœtale appuie sur lui. En effet, tant que les grands diamètres de la tête n'ont pas franchi la partie inférieure de l'excavation, il ne se produit généralement aucun phénomène particulier du côté de la vulve ou du périnée. Si la partie fœtale est volumineuse, elle amène par gêne de la circulation en retour, de la congestion, voire même de l'œdème de la région vulvaire.

Quand la partie fœtale qui descend a franchi l'orifice utérin, les bords de celui-ci s'élèvent par rapport à l'excavation; dans ce mouvement d'ascension il entraîne en haut la paroi vaginale.

Peu à peu la tête s'oriente de manière que ses grands diamètres soient en rapport avec les diamètres antéro-postérieurs du bassin mou : elle sort ainsi des organes génitaux en produisant

une ampliation du périnée que nous étudierons en même temps que le dégagement de la tête dans la présentation du sommet (p. 375).

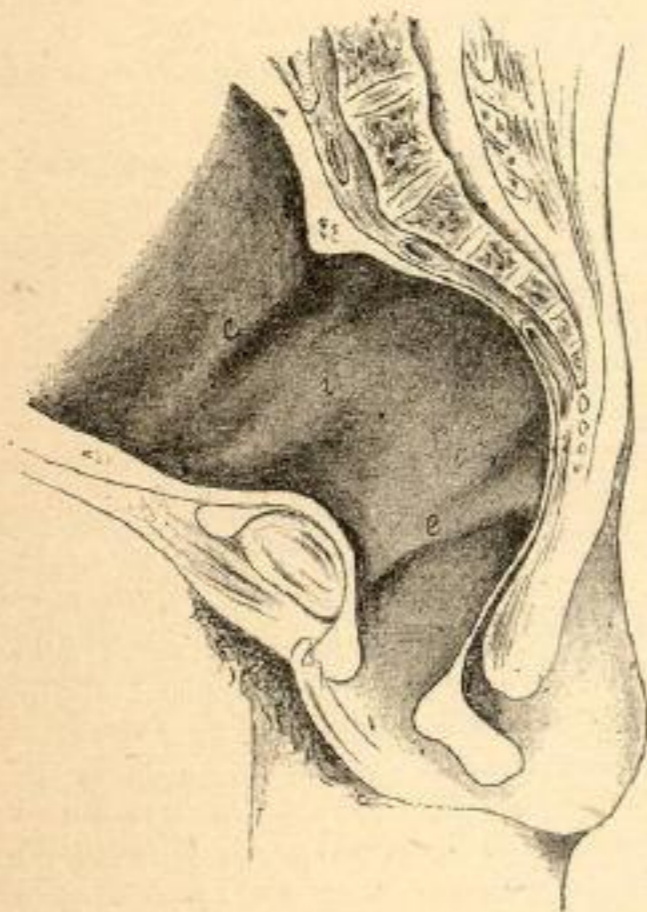


Fig. 189. — Canal utéro-vaginal à la fin du travail. (D'après Braune.)

E, Orifice externe. I, Orifice interne. C, Anneau de contraction.

### B. PHÉNOMÈNES OVULAIRES

*De la poche des eaux.* — Plusieurs coupes de femmes mortes enceintes ou au début du travail nous ont montré qu'il existe une couche de liquide plus ou moins épaisse entre la tête du fœtus et la partie inférieure de l'utérus qui la coiffe. Pendant le travail, l'orifice utérin, en se dilatant, met à découvert une portion des membranes auxquelles on donne le nom de *poche des eaux*, en y comprenant la couche de liquide amniotique interposée entre elle et la partie fœtale qui se présente.

Sous l'influence de la contraction utérine, le liquide amniotique refoule la partie des membranes qui offre le moins de résistance, c'est-à-dire celle qui n'est plus recouverte par le tissu utérin.

Les membranes sont ainsi entraînées, allongées par suite de la pression exercée sur elles de dedans en dehors. Elles contribuent puissamment à dilater l'orifice utérin; lorsque la partie fœtale n'est pas engagée, elles jouent un rôle important dans la dilatation de l'orifice; lorsque au contraire le segment inférieur est bien distendu par une partie fœtale engagée, le rôle de la poche des eaux est de moindre importance au point de vue de la dilatation de l'orifice utérin.

Elle présente deux états différents, suivant qu'avec le doigt on l'explore pendant les contractions utérines ou dans leur intervalle. *Pendant la contraction utérine*, la poche des eaux est *tendue*, quelque peu saillante par suite de l'accumulation du liquide amniotique; si l'on pratique le toucher à ce moment, il faut éviter que l'extrémité de l'index n'exerce de pression sur cette poche, par crainte de la rompre.

Aussi ne faut-il explorer la poche des eaux que *dans l'intervalle des contractions utérines* : elle redevient alors *flasque*, se laisse déprimer par le doigt et permet généralement d'examiner la partie fœtale qui se présente.

Dans certains cas rares la poche des eaux est *constamment tendue*, même dans l'intervalle des contractions, soit parce qu'il y a excès dans la quantité du liquide amniotique, soit parce que l'utérus est en contraction permanente. Cet état peut être pour l'accoucheur une indication de rompre les membranes.

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, etc.

Lorsque la poche des eaux est volumineuse, elle précède presque toujours une présentation vicieuse (siège, épaule, face), ou une présentation du sommet non engagée, quelle que soit d'ailleurs la cause de la présentation vicieuse ou du non-engagement de la partie fœtale.

La poche des eaux est *plate* ou *saillante*, suivant que le segment inférieur de l'utérus renferme une petite ou une grande quantité de liquide amniotique. La poche des eaux *plate* (fig. 191) est d'un pronostic favorable, parce qu'elle coïncide presque toujours avec une présentation du sommet profondément engagée, indiquant en même temps une conformation normale du bassin. Aussi Mme Lachapelle avait-elle raison de dire qu'elle ne craignait pas les eaux plates.

Lorsque la poche des eaux est *saillante*, elle peut présenter des variétés de forme :

1° Le plus habituellement elle est *hémisphérique* (fig. 192), lorsque l'orifice se dilate régulièrement au centre de l'excavation et que les membranes présentent une élasticité moyenne (Moreau, Baudelocque).

2° Elle est *ovoïde* ou *ellipsoïde* lorsque l'orifice, appuyé contre la paroi



du bassin, se dilate irrégulièrement. Son contour peut être irrégulier comme l'orifice lui-même lorsqu'une partie du col est le siège d'in-

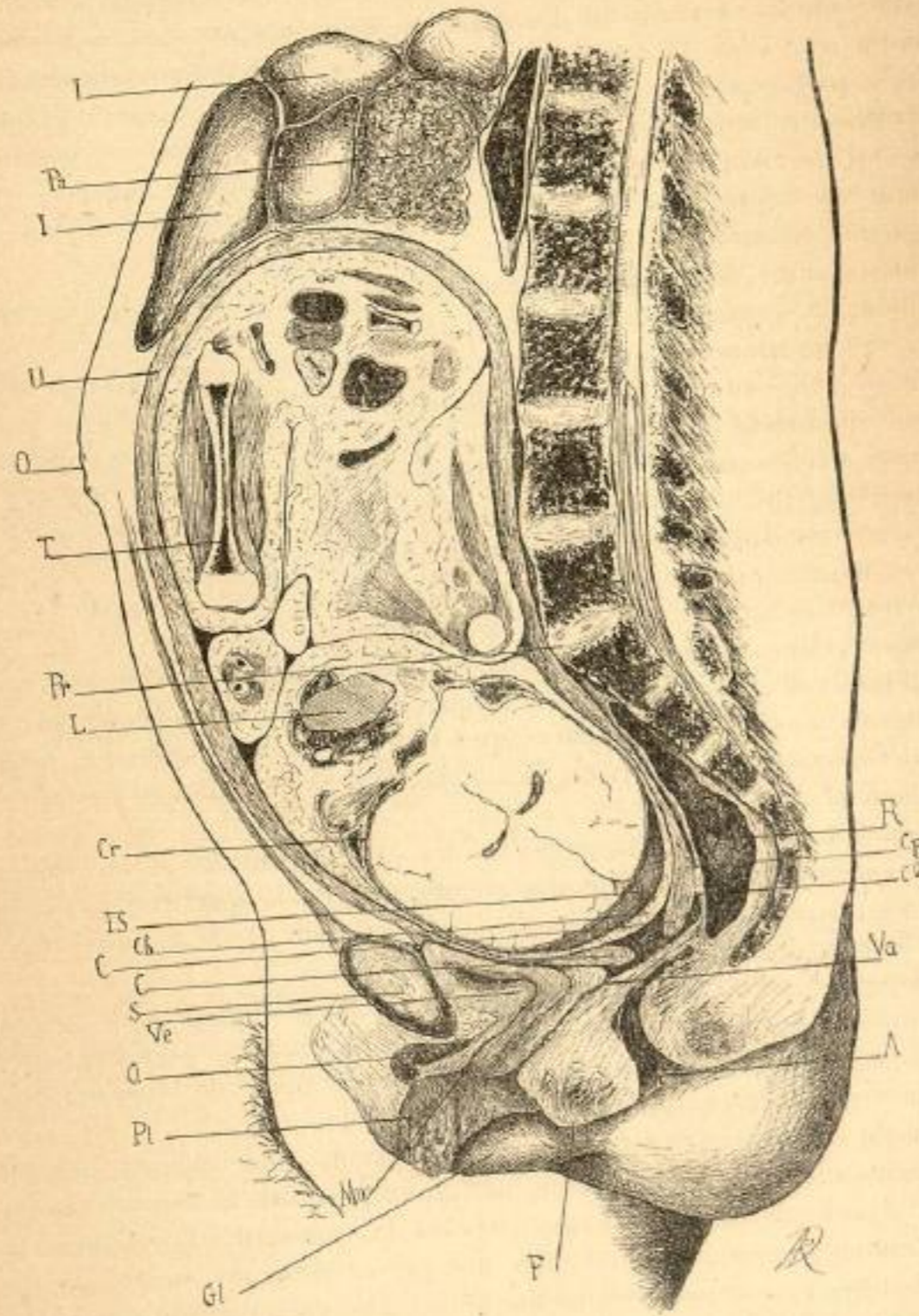


Fig. 190. — Coupe antéro-postérieure après congélation d'une femme morte en travail à 8 mois et demi de grossesse.

U, Corps de l'utérus. C, Col de l'utérus. Va, Vagin. P, Périnée antérieure. Gl, Grandes lèvres. Pl, Petites lèvres. Cl, Clitoris. A, Anus. Ve, Vessie. Mu, Meut urinaire. S, Symphyse pubienne. Pr, Promontoire. R, Rectum. Cp, Cul-de-sac péritonéal recto-utérin. Cv, Cul-de-sac vaginal postérieur. O, Ombilic. Pa, Pancréas. I, Intestin. Cr, Crâne. Ch, Chorion. Es, Bourse sanguine. L, Langue. T, Tibia.

durations cicatricielles ou de néoplasmes (épithélioma, fibromes).  
La direction de l'utérus a une influence sur la forme de cette poche :

lorsque l'utérus est très reporté en avant, le grand diamètre de l'ovale est transversal; il est antéro-postérieur lorsque l'utérus est incliné à droite ou à gauche. De plus, lorsque le sommet est en position postérieure, l'orifice utérin et par suite la poche des eaux ont une forme ovalaire à grand axe oblique; il est impossible toutefois d'établir une relation exacte entre la présentation et la forme de la poche des eaux.

5° Elle est *cylindrique*, en *boyau*, en *boudin*, lorsqu'elle s'allonge dans le vagin, présentant sur toute sa longueur le même diamètre que celui de l'orifice utérin. Cette configuration résulte de l'élasticité des membranes et de la faiblesse des contractions.

4° Elle est *piriforme* (fig. 195) lorsque, rétrécie au niveau de l'orifice utérin, elle forme dans le vagin une sorte de poire, d'*ampoule*. C'est cette même variété que Valenta a décrite, sous le nom de poche *polypiforme*, d'*œuf en bissac*, en *sablier*.

Les formes *cylindrique* et *piriforme* de la poche des eaux se rencontrent fréquemment dans les cas où le fœtus est mort pendant la grossesse : elle est due au défaut de résistance des membranes et au peu de tension qui existe dans l'œuf par suite de la résorption partielle du liquide amniotique.

La poche des eaux est *unique*, dans les cas de grossesse simple; dans certains cas rares de grossesse gémellaire, on a pu constater l'existence de deux poches distinctes faisant saillie dans le vagin à travers l'orifice utérin (Smellie, Mme Lachapelle, Dugès, Depaul).

Lorsqu'on promène le doigt sur la poche des eaux, on trouve généralement que les membranes sont lisses et minces; toutefois, lorsque les membranes qui constituent la poche des eaux sont voisines du bord du placenta, on sent avec le doigt qu'elles sont *épaisses* et *rugueuses*. Dans les cas

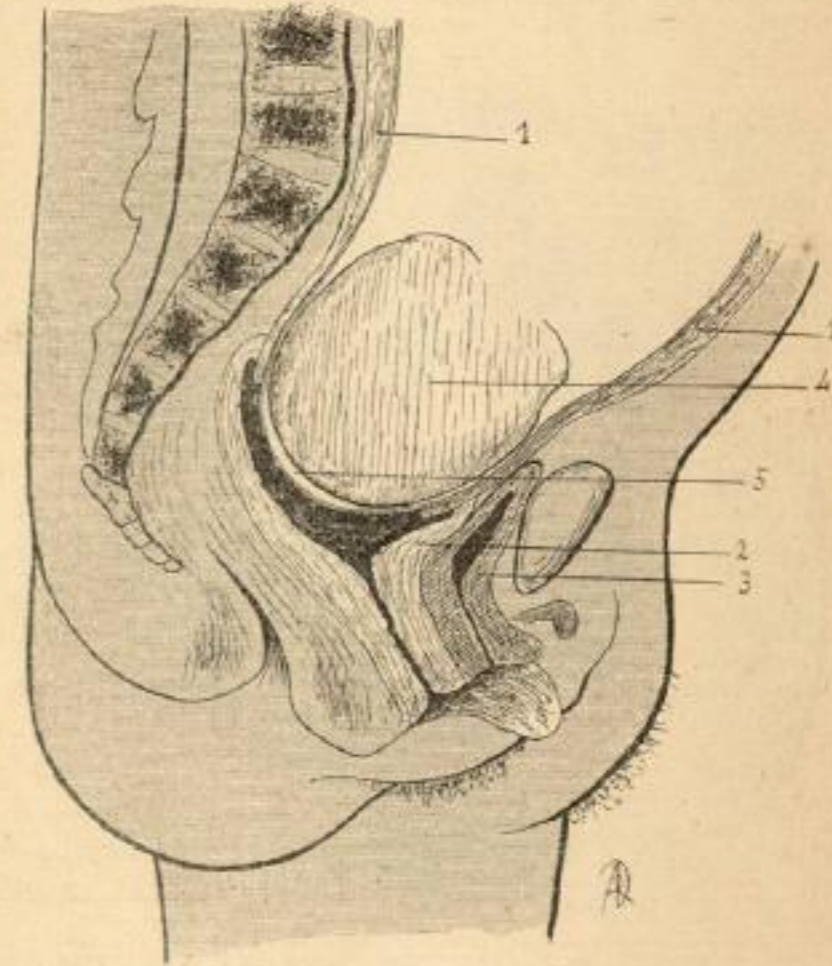


Fig. 191. — Coupe antéro-postérieure du bassin d'une femme en travail.

1, Paroi utérine. 2, Paroi antérieure du vagin. 3, Vessie. 4, Tête fœtale engagée. 5, Poche des eaux plate; à sa périphérie on voit les bords de l'orifice utérin qui est presque complètement dilaté.

d'insertion vélamenteuse du cordon, la poche peut être parcourue par un ou plusieurs vaisseaux ombilicaux qui forment des saillies linéaires sur des membranes et dont les artères sont animées de battements.

On sent quelquefois dans la poche des eaux un membre faisant proéminence ou même une anse de cordon.

La poche des eaux remplit un rôle important dans le mécanisme de l'accouchement :

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 en même temps la contraction utérine qui, répétée, pourrait gêner la circulation fœtale.

Certains auteurs, Byford en particulier, ont voulu faire jouer à la poche des eaux un rôle dans la dilatation de la vulve et du vagin. Cette opinion n'est point généralement admise (L. Dumas).

Tarnier et Pi-

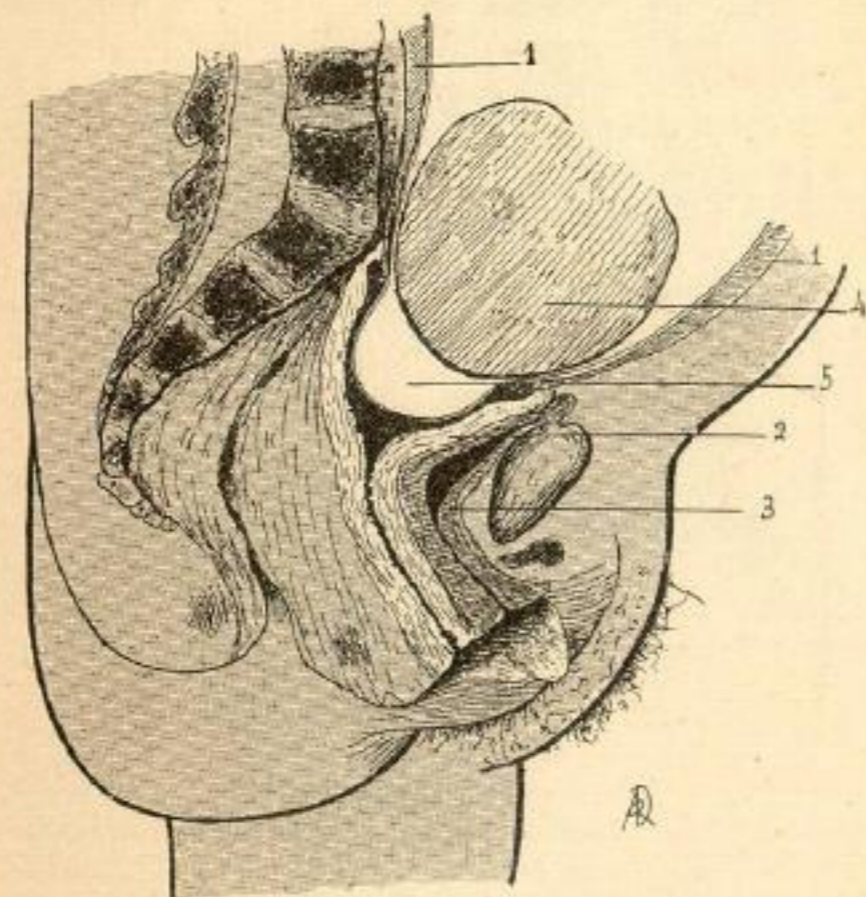


Fig. 192. — Coupe antéro-postérieure du bassin rétréci d'une femme en travail chez laquelle la dilatation de l'orifice utérin est presque complète.

1, Paroi utérine. 2, Paroi antérieure du vagin. 3, Vessie. 4, Tête fœtale restant élevée au-dessus du détroit supérieur par suite du rétrécissement du bassin. 5, Poche des eaux hémisphérique bombant dans le vagin.

nard ont montré, par leurs expériences, que les membranes sont perméables, de telle sorte qu'avant même la rupture de la poche des eaux une certaine quantité de liquide peut transsuder jusque dans le vagin. De plus l'amnios est plus perméable que le chorion doublé de la caduque, de telle sorte que dans certains cas il se collecte une petite quantité de liquide entre l'amnios et le chorion constituant une véritable poche amnio-choriale : lorsqu'on rompt une de ces poches ou lorsqu'elle se rompt spontanément, le liquide qui s'en écoule n'est point lactescent et ne renferme pas de débris de vernix caseosa, puisqu'il est obligé de filtrer à travers l'amnios (Pinard).

Quelles modifications se passent du côté des membranes pour la formation de la poche des eaux?

Pinard a étudié cette question et, dès 1886, il disait : « Lorsque le col s'efface, c'est-à-dire lorsque, au début de l'accouchement, l'œuf pénètre dans la cavité cervicale, soit par suite du « glissement de l'œuf le long de la paroi utérine », soit, comme le veut mon savant ami, le Dr L. Dumas, et comme je le crois aussi, par suite « du glissement de la paroi utérine le long des membranes de l'œuf », il y a rupture du faisceau membraneux. Le chorion et l'amnios se séparent de la caduque. Cette dernière, qui fait défaut au niveau de l'orifice interne, est tellement adhérente au niveau des parties qui avoisinent

l'orifice, que son glissement devient impossible. J'ai constaté nombre de fois, en étudiant les rapports des membranes sur des utérus contenant des produits de conception et appartenant aux femmes mortes aux différentes époques de la grossesse : 1° l'absence de la caduque au niveau même de l'orifice interne, où il ne se trouve qu'un bouchon gélatineux directement en rapport avec le chorion (peut-être l'examen histologique démontrerait-il, en ce point, les restes de la caduque réfléchie, atrophiée); 2° l'adhérence de la caduque

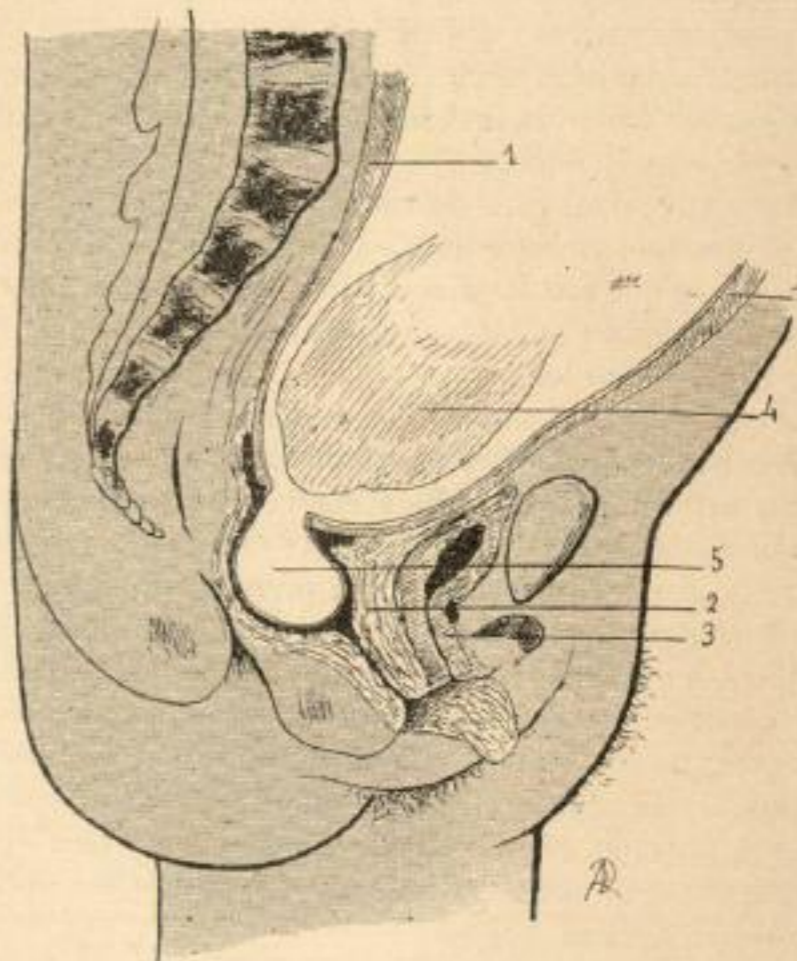


Fig. 193. — Coupe antéro-postérieure du bassin d'une femme en travail.

1, Paroi utérine. 2, Paroi antérieure du vagin. 3, Vessie. 4, Tête d'un fœtus mort et macéré qui s'allonge en pain de sucre et remplit mal le segment inférieur. 5, Poche des eaux pyriforme (en bissac ou en sablier).

à la paroi utérine dans une étendue qui varie de 6 à 10 centimètres et qui va en décroissant au fur et à mesure qu'on s'éloigne des bords de l'orifice interne. De plus, il suffit d'examiner avec des valves une femme en travail et chez laquelle les membranes font hernie à travers l'orifice, pour constater l'absence de la caduque à ce niveau. Enfin il est facile de voir, en examinant les membranes au niveau de la déchirure, que, sur une étendue plus ou moins considérable, la caduque ne double pas le chorion.

Comment se produit le décollement des membranes pour la formation de la poche des eaux? Dans quelles circonstances les membranes se trouvent-elles dissociées?

Pinard et Varnier<sup>1</sup> concluent de leurs observations :

« 1° Que dans les cas où le bassin est normal, où le sommet se présente, où le placenta n'est pas sur le segment inférieur et où, par conséquent, l'accommodation pelvienne se produit pendant la grossesse, la rupture des membranes s'effectuant spontanément ou artificiellement au moment de la dilatation complète, le faisceau membraneux, d'origine fœtale, n'est pas dissocié. L'adhérence de ses deux membranes existe dans toute leur étendue et jusqu'au niveau des bords de la rupture. On n'observe dans ces cas que la séparation physiologique des membranes maternelles et fœtales au niveau du pôle inférieur de l'œuf. Et comme la rupture se produit à ce niveau, il faut, après la délivrance un examen attentif pour constater cette dissociation, car les trois membranes sont accolées et adhérentes dans tout le reste de leur étendue.

« 2° Que, dans certains cas de présentation du tronc, ou dans quelques cas d'insertion vicieuse du placenta, ou encore dans le cas de rupture retardée, quelle que soit la présentation, la séparation du chorion et de l'amnios peut être plus ou moins complète avant la rupture de l'œuf, et l'amnios peut être décollé dans toute son étendue, y compris la face fœtale du placenta. Il peut même être retroussé plus ou moins haut sur le cordon. »

**De la rupture des membranes pendant le travail.** — Lorsque l'orifice utérin présente une certaine dilatation, *presque complète dans la majorité des cas*, la poche des eaux se rompt parce qu'elle n'a plus la résistance nécessaire pour soutenir la pression du liquide amniotique, exagérée par la contraction de l'utérus : le liquide amniotique s'écoule au dehors. La rupture des membranes qui se fait ainsi spontanément à une période avancée du travail est appelée *rupture tempestive*. Lorsqu'elle a lieu tout à fait au début du travail, elle est dite *hâtive* ou mieux *précoce*.

Quant à la rupture des membranes *prématurée*, celle qui survient quelques heures ou même quelques jours avant tout début de travail, nous l'étudierons en même temps que l'insertion du placenta sur le segment inférieur, sa cause habituelle.

Les membranes peuvent se rompre l'une après l'autre ou simultanément (Ribemont-Dessaignes) : lorsqu'elles se rompent l'une après l'autre, c'est généralement la caduque qui cède la première, puis le chorion qui est élastique, mais qui ne peut glisser; l'amnios résiste plus longtemps parce qu'il peut glisser sur le chorion et se décoller sur presque toute son étendue. La pression exercée sur l'amnios au niveau de la poche des eaux est ainsi presque neutralisée, puisqu'elle se répartit sur toute la surface de l'amnios. Il est facile, dans un certain nombre de cas, de constater ce décollement de l'amnios en examinant les membranes après la délivrance. Lorsque l'amnios, après la rupture du chorion et de la caduque, forme à lui seul la poche des eaux, il ne tarde pas à se rompre à son tour.

Quand le glissement de l'amnios est fort limité par suite de son pincement entre une partie fœtale engagée et la paroi utérine soutenue par le

<sup>1</sup> Anatomie obstétricale normale et pathologique, p. 9.

bassin osseux, l'amnios se rompt en même temps que le chorion, quelquefois même avant.

Les membranes ne se rompent pas toujours au niveau de l'orifice utérin, au niveau de la poche des eaux : elles peuvent présenter une solution de continuité en un point plus élevé. Le liquide amniotique s'écoule alors en petite quantité; une poche des eaux se forme au moment de la contraction, et si elle ne se rompt pas sous l'influence du travail, il est quelquefois nécessaire de rompre les membranes au centre de l'orifice.

Les membranes peuvent se rompre au même point : la solution de continuité présente alors (Ribemont-Dessaignes) l'une des formes suivantes : croissant, fente rectiligne, étoile, fente circulaire parallèle aux bords de l'orifice, etc. Si les déchirures ne coïncident ni comme siège ni comme forme, la solution de continuité peut présenter des aspects très variés.

Lorsque les membranes sont rompues, le liquide amniotique s'écoule lentement et silencieusement (Dubois) ou brusquement et avec fracas.

### C. PHÉNOMÈNES FŒTAUX

Que se passe-t-il du côté du fœtus pendant le travail? Sous l'influence des contractions utérines répétées, sous l'influence de la contraction des muscles abdominaux, le fœtus progresse dans le canal utéro-vaginal à travers la filière pelvienne. Au fur et à mesure qu'elle descend, la partie fœtale s'adapte aux diamètres des parties qu'elle traverse.

*Ce qui régit le mécanisme de l'accouchement, c'est l'adaptation successive des diverses régions du fœtus à la forme et aux dimensions du bassin osseux et du bassin mou; cette loi de l'accommodation est très importante. Nous l'étudierons en détail, en prenant comme exemple, en raison de son extrême fréquence, la présentation du sommet.* (Voy. présentation du sommet.)

C'est au même chapitre que nous reportons la description des **phénomènes plastiques** qui se passent du côté de la partie fœtale qui se présente la première, et en particulier la description de la *bosse séro-sanguine*.

Le mécanisme général de l'accouchement sera plus facile à comprendre lorsqu'on aura vu le mécanisme de l'accouchement pour chaque présentation en particulier.

### CAUSES DE L'ACCOUCHEMENT

Elles peuvent être divisées en causes *efficientes* et en causes *déterminantes* : les premières ont pour résultat de pousser le fœtus hors des organes génitaux; les secondes sont celles qui provoquent les causes efficientes et les mettent en action.

1° *Causes efficientes.* — Ce n'est point, comme on l'a cru à tort, le fœtus qui procède de lui-même à sa sortie et qui rompt les membranes qui l'enveloppent, instinctivement, comme l'oiseau brise sa coquille (Tarnier et Chantreuil).

C'est par une erreur d'interprétation que l'on a pu invoquer certains faits en faveur de cette hypothèse (ralentissement du travail chez les femmes dont le fœtus succombe, naissance d'un enfant après la mort de sa mère, etc.). D'ailleurs, s'il fallait admettre cette hypothèse, comment pourrait-on expliquer la production de l'accouchement dans les cas de mort du fœtus?

La véritable cause efficiente de l'accouchement, c'est la contraction utérine à laquelle vient s'ajouter accessoirement la contraction abdominale. La contraction utérine peut dans certains cas suffire à expulser le produit de conception. C'est ainsi qu'on aurait vu accoucher naturellement des femmes ayant un prolapsus de l'utérus tel que cet organe était soustrait à la pression abdominale, et d'autres ayant une paralysie des parois abdominales par suite d'une lésion médullaire élevée; mais il faut reconnaître que, surtout chez les primipares, pendant la période d'expulsion, la contraction des muscles abdominaux vient puissamment aider la contraction utérine.

2° Causes déterminantes. — Il ne suffit pas de bien connaître la nature et le mode d'action de la contraction utérine, c'est-à-dire la cause qui amène l'expulsion de l'œuf: il faut déterminer pourquoi cette contractilité utérine s'éveille d'une manière efficace presque toujours à la même époque de la grossesse.

Nous ne citerons que pour mémoire les causes accidentelles qui peuvent mettre en branle avant l'heure la contractilité utérine (traumatisme, rapport sexuel, émotion morale, etc.); elles n'agissent guère que lorsque existent une ou plusieurs des causes que nous allons maintenant étudier.

Le fœtus a-t-il une influence sur la production de la contraction utérine? Il est possible que, vers la fin de la grossesse, il soit à l'étroit dans la cavité utérine et que par ses mouvements plus forts il puisse faire naître les contractions de l'utérus dont il distend les parois. Beaucoup plus hypothétiques encore sont les autres raisons qu'on a invoquées pour expliquer la tendance qu'a le fœtus à sortir de l'œuf (accumulation de l'urine dans la vessie ou du méconium dans l'intestin, gêne de la circulation par l'oblitération du trou de Botal, etc.).

Certains auteurs admettent que ce sont les modifications survenant du côté de l'œuf qui provoquent la contraction utérine. Simpson, Schröder, pensent que, par suite de la dégénérescence graisseuse de la caduque, les parties les plus superficielles de cette membrane se détachent de la face interne de l'utérus: les extrémités terminales des nerfs utérins, mises à nu par ce décollement, sont tiraillées, irritées: ce qui amène par action réflexe des contractions utérines. Cette théorie est très discutée, puisque les recherches de Léopold et de de Sinéty mettent en doute cette dégénérescence des éléments de la caduque. Cependant il faut se rappeler qu'un bon moyen de provoquer l'accouchement est de détacher les membranes par un procédé quelconque.

Plus rationnelles sont les causes invoquées du côté de l'organisme maternel pour expliquer l'apparition et la persistance des contractions.

Avant d'aborder les véritables causes de l'accouchement à terme, signalons deux théories ingénieuses.

a. Celle de Brown-Séguard d'après laquelle le muscle utérin se contracterait sous l'influence de l'acide carbonique que contient en excès le sang veineux de la femme enceinte pendant les derniers temps de la grossesse.

b. Celle de Tyler Smith, pour qui les contractions utérines surviennent, au moment de la dixième époque menstruelle, par suite de la fluxion ovarique qui se renouvellerait avec régularité chaque mois pendant la grossesse.

En admettant même que l'ovulation ovarienne persiste pendant la grossesse, il resterait à démontrer pourquoi c'est plutôt à la dixième qu'à la huitième ou onzième époque que cette influence de l'action réflexe de l'ovaire est assez énergique pour solliciter dans l'utérus les contractions de l'accouchement naturel (Depaul).

On admettait il y a quelques années encore, avec Levret, Baudelocque, etc., que, pendant les cinq ou six premiers mois de la grossesse, l'utérus se développait aux dépens de son corps; que c'était ensuite le col qui, en s'effaçant de haut en bas, contribuait à l'ampliation de l'organe, jusqu'à ce qu'il ne restât plus que l'orifice externe; le col était considéré « comme un magasin dans lequel la nature a mis en réserve la quantité de fibres musculaires dont elle a besoin pour fournir, par leur développement, à l'expansion de l'utérus pendant le cours de la gestation ». L'accouchement devait avoir lieu lorsque toutes les fibres musculaires du col avaient cédé et contribué à l'ampliation de l'utérus.

Cette théorie de l'effacement du col pendant la grossesse, combattue par Stoltz et d'autres, ruinée par les constatations anatomiques de A. Martin, de Braun, de Pinard et Varnier, ne peut donc servir à expliquer pourquoi l'accouchement a lieu presque toujours à la même époque; il n'en est pas de même du ramollissement du col, qui s'opère de bas en haut et qui est complet à la fin de la grossesse.

Le muscle utérin s'hypertrophie bien pendant un certain temps de la grossesse, mais à partir d'un moment variable la paroi ne s'hypertrophie plus et l'ampliation de la cavité utérine n'a plus lieu que par distension (Scanzoni). Il est facile de concevoir que l'extensibilité de la paroi utérine a une limite et qu'à partir du moment où l'œuf ne peut plus se développer dans la cavité utérine, il presse davantage au niveau du col, qui, étant ramolli, n'oppose plus guère de résistance; par voie réflexe, naissent des contractions utérines plus fortes, qui deviennent douloureuses, qui tirent sur les fibres circulaires du col, en même temps que l'œuf pénètre peu à peu à travers cette ouverture du col en augmentant les réflexes et par suite les contractions utérines.

C'est pourquoi quelques auteurs, Power (1819), P. Dubois, Depaul, ont comparé l'accouchement, l'expulsion du fœtus, à la miction ou à la défécation. Dans la miction, par exemple, la vessie ne se contracte réellement bien que lorsqu'elle est suffisamment distendue et que l'urine, en venant se mettre en contact avec le col vésical, éveille les contractions vésicales. Il en serait de même pour l'utérus: il faudrait que l'utérus fût

suffisamment distendu, que le ramollissement du col et celui du segment inférieur permettent à l'œuf de venir appuyer d'une manière directe sur l'orifice interne pour que la contraction utérine s'éveillât d'une manière définitive.

**Diagnostic du travail.** — Rien n'est, dans la majorité des cas, plus facile à faire que ce diagnostic : il suffit d'entrer dans la chambre de la femme pour reconnaître, d'une manière certaine, à son attitude, à ses cris, à ses plaintes, revenant à intervalles de plus en plus rapprochés, qu'elle est en travail.

Dans d'autres cas le diagnostic est déjà plus délicat; la femme est au début du travail; les contractions utérines sont modérées, ne reviennent que toutes les quinze ou vingt minutes; ce n'est qu'en restant pendant quelque temps auprès de la femme que l'on peut reconnaître si, oui ou non, *il y a des contractions utérines douloureuses*.

Les causes d'erreur sont de deux ordres : quelques femmes prennent pour des contractions utérines du travail, des phénomènes douloureux dus la plupart du temps à la compression exercée par la partie fœtale engagée ou qui tend à s'engager; c'est surtout chez les multipares que ces fausses *alertes* s'observent, huit, assez souvent dix ou quinze jours, avant le travail réel; l'erreur est ici d'autant plus facile qu'à ce moment on peut observer quelques contractions utérines véritablement douloureuses.

Tantôt ces douleurs durent quelques heures, persistent même pendant plusieurs jours au fur et à mesure que se produit l'engagement de la partie fœtale; tantôt ces contractions utérines, survenant prématurément, sont réellement le prélude du travail. Dans d'autres cas plus rares on peut méconnaître le début du travail parce que les contractions utérines, même rapprochées, sont très peu douloureuses : le toucher sert à éviter l'erreur.

Lorsque l'orifice utérin est en pleine période de dilatation, le toucher permet à lui seul d'affirmer que la femme est en travail, surtout s'il est pratiqué à plusieurs reprises : le doigt sent un orifice plus ou moins grand, qui se tend au moment de la contraction; à plus forte raison le diagnostic s'impose-t-il si, la dilatation étant complète, le doigt arrive sur la sphère céphalique complètement à nu dans l'excavation.

PENDANT LA PÉRIODE D'EFFACEMENT le toucher ne peut guère renseigner sur l'existence réelle du travail qu'autant que, pratiqué à diverses reprises, il montre que *le col diminue de longueur*, qu'il s'efface.

Le toucher reste un moyen précieux de diagnostic du travail, à la condition de bien connaître certains états du col que l'on trouve dans l'hydropisie de l'amnios, dans la grossesse gémellaire, etc., états auxquels on a donné le nom de *col déhiscent*. Par suite de la surdistension de l'utérus par un œuf volumineux, le col de l'utérus s'entr'ouvre de telle sorte qu'en pratiquant le toucher on arrive directement sur une partie des membranes encadrée par le col, dont l'orifice externe offre un bord épais, et qu'il ne faut pas confondre avec un orifice dilaté; en partant de l'orifice externe de cette ouver-

ture, on sent avec le doigt un canal dont les parois sont aplaties comme celles d'un accordéon.

Le canal cervical est largement ouvert; mais pour qu'il y ait commencement de dilatation, il va falloir que ce canal disparaisse, sa paroi amincie faisant suite à la paroi du corps de l'utérus, et à un moment donné, au début de la dilatation, on verra que l'orifice utérin présente des dimensions moindres que celles qu'avait tout à l'heure le col béant.

On trouve encore cet état du col ou un état similaire chez les femmes dont le col a subi un traumatisme plus ou moins intense, par exemple à la suite de touchers répétés ou d'un coït profond et trop vigoureux. Le col, très ramolli, se laisse facilement entr'ouvrir par le doigt ou par le pénis, et si l'on vient à pratiquer le toucher quelque temps après, on peut croire à tort que la femme est en travail.

Il en est de même lorsque l'engagement de la partie fœtale est trop accusé : le col se trouve entraîné en bas, sur le bassin mou, et s'y aplatit en quelque sorte.

#### Durée du travail.

— Lorsqu'on a constaté qu'une femme est en travail, une question intéressante à résoudre à tous points de vue est de savoir quand elle accouchera, combien de temps durera l'accouchement. Pour déterminer cette durée, même approximative, il faut se baser sur les résultats fournis par différentes statistiques, et, à propos de chaque cas, sur l'appréciation clinique des différents facteurs qui peuvent accélérer ou retarder le travail.

D'une manière générale, la *durée totale du travail* est plus longue chez les *primipares*; chez elles, elle est en moyenne de douze à quatorze heures, tandis qu'elle n'est que de six à huit heures chez les *multipares*.

La majeure partie de ce temps est employée à l'effacement du col et à la dilatation de l'orifice utérin : la *période d'expulsion* ne demandant guère plus d'une à deux heures chez les *primipares*, de dix à quinze minutes chez les *multipares*.

Les deux tableaux suivants résument ceux qui ont été dressés par Pinard et Lepage à la Clinique Baudelocque pour les années 1891, 1892, 1895, 1894, 1895; il est facile d'après ces chiffres qui portent

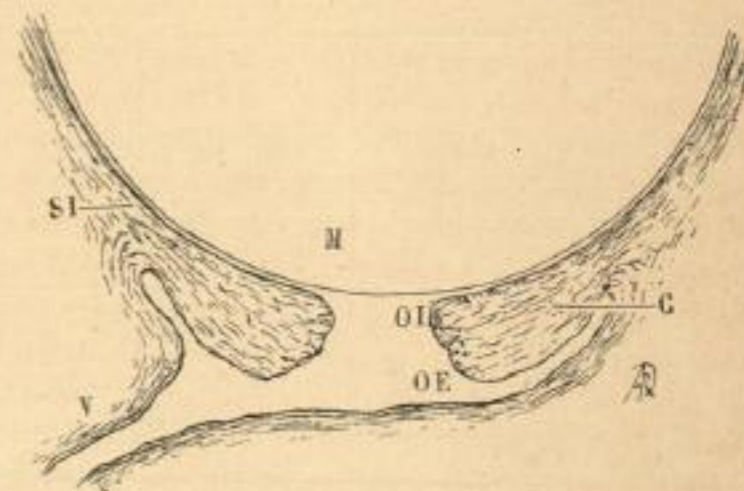


Fig. 194. — Col entr'ouvert.

SI, Segment inférieur de l'utérus. M, Membranes sur lesquelles peut arriver le doigt introduit à travers le canal cervical largement perméable. C, Col utérin. OI, Orifice interne du col. OE, Orifice externe du col. V, Paroi vaginale antérieure.

sur 5405 primipares ayant le bassin normal et accouchant spontanément, de calculer la moyenne de la durée totale du travail. Ainsi sur 100 femmes elle est :

- chez 15 de moins de 6 heures
- 40 de 6 à 12 —
- 29 de 12 à 18 —
- 9 de 18 à 24 —
- 7 de plus de vingt-quatre heures.

		DURÉE TOTALE DU TRAVAIL EN HEURES																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	20	22	24	Au delà de 24 h.			
Primipares		8	25	57	102	148	182	170	255	228	265	205	240	155	105	154	209	226	148	78	71	257			
	Multipares	68	198	296	380	409	389	568	544	269	265	186	195	144	115	97	95	87	74	45	28	82			

Le même calcul fait pour les 4150 multipares montre que sur 100 multipares, la durée totale du travail est :

- chez 42 de moins de 6 heures
- 40 de 6 à 12 —
- 11 de 12 à 18 —
- 5 de 18 à 24 —
- 2 de plus de vingt-quatre heures.

	DURÉE DE LA PÉRIODE D'EXPULSION.												
	1/4 d'heure	1/2 heure	3/4 d'heure	1 heure	1 h. 1/4	1 h. 1/2	1 h. 5/4	2 heures	2 h. 1/4	2 h. 1/2	2 h. 3/4	3 heures	Au delà de 3 heures
Primipares . . . . .	752	728	400	455	222	205	125	161	76	66	50	69	105
Multipares . . . . .	2756	720	252	171	56	44	26	57	12	6	4	20	15

D'après ce tableau, la durée de la période d'expulsion a été :

a. Chez les 5428 primipares<sup>1</sup> :

- Inférieure à 1/4 d'heure. . . . . 22 fois p. 100
- De 16 à 50 minutes. . . . . 21 —
- De 50 minutes à 1 heure. . . . . 26 —
- De 1 à 2 heures . . . . . 21 —
- De 2 à 5 heures . . . . . 7 —
- Au delà de 5 heures. . . . . 5 —

b. Chez les 4099 multipares :

- Inférieure à 1/4 d'heure. . . . . 69 fois p. 100
- De 16 à 50 minutes. . . . . 17 —
- De 50 minutes à 1 heure. . . . . 9 —
- De 1 à 2 heures. . . . . 4 —
- Au delà de 2 heures. . . . . 1 —

Cette double statistique ne comprend que les femmes à bassin normal accouchant spontanément d'enfants vivants, sans intervention; pour qu'elle soit complète, il faut y ajouter les cas dans lesquels l'accouchement a été terminé par une application de forceps. Chez ces femmes (150 primipares, 28 multipares) la durée totale du travail a été :

	Primipares.	Multipares.
De moins de 6 heures. . . . .	5 fois	6 fois
De 6 à 12 heures. . . . .	50 —	11 —
De 12 à 18 heures. . . . .	40 —	5 —
De 18 à 28 heures. . . . .	50 —	5 —
De plus de 24 heures. . . . .	42 —	4 —
Inconnue. . . . .	5 —	1 —

Quant à la période d'expulsion, elle a duré chez ces mêmes femmes :

	Primipares.	Multipares.
Moins d'un quart d'heure. . . . .	6 fois	10 fois
De 15 minutes à 1 heure. . . . .	18 —	2 —
De 1 heure à 2 heures. . . . .	15 —	5 —
De 2 heures à 5 heures. . . . .	28 —	5 —
De 5 heures à 4 heures. . . . .	22 —	4 —
De 4 heures à 5 heures. . . . .	20 —	1 —
De 5 heures à 6 heures. . . . .	14 —	—
Plus de 6 heures. . . . .	25 —	2 —
Un temps inconnu. . . . .	4 —	5 —

Quant aux primipares âgées (c'est-à-dire ayant dépassé la trentaine) on admet généralement qu'elles mettent plus de temps que les autres pour accoucher; cette question est encore controversée<sup>2</sup> depuis Mauriceau qui signale que les « parties qui sont plus sèches et plus dures ne peuvent pas si facilement prêter à la dilatation nécessaire... et outre cela, les vieilles ont

<sup>1</sup> Le nombre total de femmes diffère un peu pour les tableaux indiquant la durée totale du travail et la durée de la période d'expulsion : ce qui tient à ce que, chez les primipares, il est presque toujours possible de connaître la durée de la période d'expulsion, tandis que, chez les multipares, il est parfois difficile de connaître cette durée, alors qu'on sait exactement quelle a été la durée totale du travail.

<sup>2</sup> Lire sur ce sujet la thèse de Dubé (Thèse, Paris 1896) et une revue de M. Oui (L'accouchement chez les primipares âgées, *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, septembre-octobre 1896).

l'articulation du coccyx ou erupion plus fermée; ce qui fait qu'il ne cède pas si aisément à la sortie de l'enfant qu'aux jeunes, qui ont cette partie encore cartilagineuse; Peu, Dionis, Puzos, Mme Le Boursier du Coudray, signalent tous la résistance du coccyx comme la principale cause du retard dans l'expulsion du fœtus. Pour Capuron, l'obstacle vient plutôt du col utérin qui se dilate plus lentement.

De La Motte, rappelant les observations de femmes âgées de plus de quarante ans et qui ont accouché très normalement, met en doute l'influence de l'âge sur la marche de l'accouchement, c'est aussi l'avis de Rœderer et surtout de Mme Lachapelle, qui dit: « Sans doute, on voit le travail lent et pénible chez une femme âgée et qui n'a pas eu d'enfants; mais n'en est-il pas de même des plus jeunes? La proportion, j'ose l'assurer, est parfaitement égale. Si quatre sur dix ont, parmi les jeunes primipares, un accouchement facile, quatre sur dix, parmi les plus âgées, accouchent avec promptitude et facilité » (*Pratique des accouchements*, 1<sup>er</sup> mémoire, p. 59).

De nombreux travaux statistiques ont été publiés depuis quelques années sur ce sujet: l'un des plus récents est celui de Dubé fait dans le service de Pinard et basé sur 578 observations de primipares ayant dépassé 50 ans et accouchant de fœtus pesant au moins 2500 grammes; en comparant ces accouchements à ceux de 578 primipares de moins de 20 ans et de 578 primipares de 20 à 50 ans, Dubé arrive aux moyennes suivantes:

Primipares jeunes (au-dessous de 20 ans)	{	Durée totale du travail . . . . .	15 h. 5
		— de l'expulsion . . . . .	1 15
Primipares d'âge moyen (20 à 50 ans)	{	Durée totale du travail . . . . .	15 28
		— de l'expulsion . . . . .	» 59
Primipares âgées (au-dessus de 50 ans)	{	Durée totale du travail . . . . .	15 19
		— de l'expulsion . . . . .	1 10

Ces chiffres confirment pleinement les idées de Mme Lachapelle; M. Oui fait remarquer qu'ils sont un peu sujets à la critique; car ils ne s'appuient que sur les accouchements spontanés, alors qu'ils devraient surtout comprendre les cas dans lesquels on a dû terminer l'accouchement par défaut de progression de la tête fœtale. Cette statistique montre en outre que c'est chez les primipares âgées que l'on voit le plus grand nombre d'accouchements très longs.

A côté des primipares âgées, il faut placer au point de vue de la lenteur du travail les femmes qui sont restées pendant plusieurs années après une première grossesse sans redevenir enceintes et qui retombent ainsi « dans les conditions de la primiparité ». (Pinard.)

L'hérédité a une certaine influence sur la durée du travail: dans certaines familles l'accouchement est particulièrement long, laborieux; dans d'autres c'est un acte physiologique qui s'exécute avec régularité et célérité.

Le rôle de la race est plus difficile à apprécier; d'une manière générale, plus la femme est civilisée, moins elle accouche rapidement; de nombreuses raisons (système musculaire moins développé, bassin moins ample, fœtus dont le crâne est volumineux) peuvent être invoquées en faveur de ce fait

d'observation. Il est certain que les accouchements chez la campagnarde sont en général plus rapides et plus aisés que les accouchements des femmes de la ville.

La régularité, l'allure du travail et sa durée sont avant tout influencées par la fréquence et l'intensité des contractions utérines, par la direction de la force qui en résulte, par le volume du fœtus, la présentation, le degré d'ossification de la tête, quand il y a présentation du sommet, sa variété de position, par la souplesse des parties molles, et en particulier celle du périnée, etc.

Aussi ne faut-il pas se hâter de satisfaire aux questions de la parturiente ou de l'entourage impatients de connaître l'heure de la terminaison de l'accouchement. Cette réserve s'impose pendant la période de la dilatation, qui se prolonge parfois bien au delà des limites habituelles et peut atteindre 56, 48, 60 heures et même davantage. C'est elle, et non la période d'expulsion, qui mérite le nom de *période de désespoir*.

Quand la dilatation est achevée, on peut promettre à l'intéressée que d'ici deux heures environ, quelquefois quatre ou cinq heures seulement, elle sera mère.

**Pronostic de l'accouchement.** — Le pronostic d'un accouchement doit être établi: *pour la mère et pour l'enfant*.

Nous verrons, à propos de chaque présentation, le pronostic que celle-ci comporte.

D'une manière générale, plus l'accouchement traîne en longueur, plus la vitalité du fœtus peut être menacée, surtout si les contractions utérines sont fortes et rapprochées, car la circulation inter-utéro-placentaire est alors presque constamment gênée. C'est surtout lorsqu'on laisse la période d'expulsion se prolonger outre mesure que la vie du fœtus est en danger.

Toutefois, un accouchement trop rapide a quelques inconvénients, car l'utérus qui vient de fournir un travail musculaire assez considérable peut se mal contracter au moment de la délivrance: d'où la possibilité d'une hémorragie. Le pronostic pour la mère dépend des précautions antiseptiques prises avant, pendant et après l'accouchement; il est également certain que plus le travail est long, plus la femme est fatiguée, plus elle devient un terrain favorable à la septicémie, surtout si le toucher est fréquemment pratiqué.

Les précautions à prendre pendant l'accouchement ont été indiquées au chapitre de l'antisepsie (voy. p. 220); quant à la *conduite à tenir*, nous l'étudierons d'une manière générale au chapitre suivant. C'est en effet à la présentation du sommet que l'on a le plus habituellement affaire; nous verrons ensuite pour chaque présentation les règles particulières que l'on doit appliquer; est-il besoin d'ajouter que ces règles théoriques ne peuvent servir à résoudre tous les problèmes si variés de la clinique?