

pendant toute la durée de la grossesse, ne provoquent l'expulsion de l'œuf qu'au terme de la gestation? La première raison à alléguer, c'est que les contractions faibles et insuffisantes au début deviennent plus énergiques à mesure que la tunique moyenne s'hypertrophie, mais que ce n'est qu'à la fin du neuvième mois que les fibres musculaires sont assez contractiles pour expulser l'enfant. En second lieu, nous ajouterons que les contractions, pendant le cours de la grossesse, font un effort inutile sur l'orifice interne dont le tissu ferme et résistant ne se prête pas à la dilatation. C'est donc par une sage précaution de la nature que le ramollissement du col se fait de bas en haut pour n'atteindre l'orifice interne qu'après le huitième mois. A ce moment, en effet, cet orifice se laisse dilater et les contractions effacent progressivement le col de haut en bas. Le terme de la grossesse est alors arrivé et les contractions utérines redoublent d'énergie. Ici seulement je ferai appel à la théorie de Power qui me paraît exacte pour expliquer la recrudescence des propriétés contractiles de la matrice, et bientôt le travail se déclare.

CHAPITRE II

DES PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DE L'ACCOUCHEMENT.

Pour rendre plus facile l'étude des phénomènes du travail, la plupart des auteurs les ont divisés en groupes distincts, auxquels ils ont donné le nom de temps. Chacun a voulu avoir sa classification du travail, et l'on pourrait aujourd'hui en compter de vingt à trente. La division de Desormeaux nous paraît la plus simple : c'est celle que nous adopterons. Il admet un premier temps qui commence avec le travail, et s'étend jusqu'à la dilatation complète du col de l'utérus ; un second temps qui commence à cette époque et finit avec l'expulsion complète du fœtus ; enfin, un troisième comprend la délivrance.

Signes précurseurs. — Le plus souvent le terme de la grossesse est annoncé par un ensemble de symptômes auxquels la plupart des auteurs ont donné le nom de signes précurseurs du travail. Ainsi, dans la dernière quinzaine, quelquefois un peu plus tôt, quelquefois seulement cinq à six jours avant d'accoucher, l'utérus, qui s'élevait jusque dans la région épigastrique, s'abaisse sensiblement, et semble s'élargir un peu ; la gêne qu'il apportait dans la respiration diminue, et celle-ci devient plus libre ; l'estomac n'est plus autant comprimé et les digestions, quand elles étaient troublées, deviennent plus faciles ; les femmes moins fatiguées par les nausées et les vomissements, respirant plus facilement, deviennent, dit-on, plus gaies, plus légères, plus disposées aux mouvements. Cette dernière proposition peut être vraie pour quelques femmes, mais certainement elle n'est pas exacte pour toutes. Il m'a semblé, au contraire, qu'à mesure qu'elles approchaient du terme, leur position devenait de plus en plus pénible ; et cela me paraît s'expliquer facilement. Si, en effet, la respiration devient plus libre, si le fond de l'utérus s'abaisse, la partie inférieure de l'organe s'abaisse aussi en proportion. La tête, quand c'est elle qui se présente,

s'engage dans l'excavation ; poussant devant elle la partie inférieure de l'utérus, elle descend quelquefois jusque sur le plancher du bassin. De là, sentiment de pesanteur très-incommode vers le fondement, pression très-forte exercée sur le col de la vessie et le rectum, difficulté des garderobes, envies illusoires d'aller à la selle et d'uriner, ténésme vésicale, dysurie, quelquefois même strangurie ; le gêne apportée dans la circulation des parties inférieures devient de plus en plus considérable ; l'œdème, les varices des membres inférieurs et des parties génitales augmentent beaucoup ; les vaisseaux hémorrhoidaux se gonflent ; les tumeurs hémorrhoidales qui existaient avant sont beaucoup plus volumineuses et très-douloureuses pour la femme ; en même temps des glaires plus abondantes sortent par la vulve. C'est à la même époque que les ligaments du bassin se ramollissent, que le glissement des surfaces articulaires plus facile rend les articulations plus mobiles, par conséquent, que la marche est plus incertaine, plus pénible, quelquefois même impossible. Enfin, le plus souvent, à toutes ces incommodités, à toutes ces douleurs, s'en joint une autre qui contribue singulièrement à rendre l'état de la femme plus pénible encore : l'utérus, dans cette dernière période de la gestation, semble, par des contractions d'abord assez courtes, assez éloignées, mais qui bientôt se prolongent davantage et reviennent plus souvent, se préparer, pour ainsi dire, aux contractions violentes du travail. La femme éprouve de temps en temps de véritables douleurs, et si l'accoucheur examine alors le ventre, il peut, comme elle, constater qu'il se durcit, que l'utérus se contracte manifestement : ces contractions sont quelquefois à peine douloureuses, ne portent pas en bas, et peuvent seulement être constatées en plaçant la main sur le ventre. On s'aperçoit alors que le globe utérin se contracte, à la dureté plus grande qu'il présente. Après un temps assez court, la contraction se relâche, et les parois utérines reprennent leur souplesse habituelle (1). Chez les femmes qui ont déjà eu des enfants, on peut même, par le toucher vaginal, remarquer que pendant ces contractions les membranes bombent et s'engagent un peu dans la partie supérieure du col. Ces phénomènes précurseurs commencent à se manifester chez les primipares beaucoup plus tôt que chez les autres. Suivant certains auteurs, ces douleurs se font sentir d'abord et avec plus de force qu'en tout autre temps, quatre semaines avant le terme : quelques femmes qui ont déjà été mères n'hésitent pas alors à dire qu'elles accoucheront au bout d'un mois (Burdach). Ces douleurs ne sont pas, du reste, complètement inutiles : elles servent à l'amincissement du col et opèrent en général un commencement de dilatation : ainsi, j'ai cru remarquer que

(1) Ces contractions, phénomènes précurseurs du travail, me paraissent le résultat des modifications éprouvées par la partie supérieure du col dans les dernières semaines de la grossesse. Nous avons vu, en effet, que dans cette quinzaine l'anneau interne ramolli se laissait dilater, puis s'évasait, de manière que peu à peu la moitié supérieure du col se fondait dans la cavité du corps ; il est évident que le segment inférieur de l'œuf doit s'engager dans la portion évasée, puis bientôt se mettre en contact avec les points voisins de l'orifice externe. De ce contact doit nécessairement résulter une irritation de plus en plus vive sur les fibres irritables de cette moitié inférieure, et cette irritation réagissant sur le corps doit solliciter ses contractions, jusqu'à ce qu'enfin, tout le col étant effacé, l'irritation est plus vive et le travail commence.

lorsqu'il n'existait d'ailleurs aucune cause de dystocie, le travail était en général beaucoup plus rapide chez les femmes qui avaient été ainsi tourmentées par des douleurs souvent répétées dans la dernière quinzaine de la grossesse.

En résumé, contrairement à cette proposition reproduite dans tous les livres classiques : *les femmes sont plus gaies, plus alertes, plus disposées aux mouvements*, j'ai observé qu'en général elles sont plus tristes, plus souffrantes, et que, si elles paraissent mieux supporter leurs douleurs, c'est qu'elles sont encouragées par l'espoir d'un accouchement prochain dont elles voient l'annonce dans les souffrances mêmes qu'elles éprouvent.

Premier temps. — Enfin le terme de la grossesse est arrivé, le travail de l'accouchement commence. Chez le primipares, ce commencement du travail est annoncé par l'ouverture du col qui était resté fermé jusqu'alors ; chez les femmes qui ont déjà eu des enfants, par l'effacement complet du bourrelet offert jusqu'alors par les lèvres du museau de tanche. Les douleurs que nous venons de mentionner dans la dernière quinzaine de la grossesse prennent tout à coup plus d'acuité, reviennent plus souvent. Pendant ces douleurs, il est plus facile de constater que l'abdomen se resserre, que la matrice se durcit ; si le fond de l'organe était incliné à droite ou à gauche, on le voit se redresser sur lui-même et se rapprocher de la ligne médiane ; les inégalités fœtales ne peuvent plus être senties à travers la paroi abdominale ; le col de l'utérus, qui est déjà un peu dilaté, se resserre aussi pendant la contraction, et ses bords sont tendus et résistants. Ces bords commencent à s'amincir. Les membranes sont tendues, pressent d'abord sur le col de l'utérus, puis s'y engagent, dès que la dilatation est assez avancée, sous forme d'un segment sphérique dont les dimensions augmentent à mesure que la dilatation elle-même s'accroît. Les parties de la génération deviennent plus humides, les glaires qui s'écoulent offrent des stries sanguinolentes. Les douleurs reviennent de plus en plus vives et de plus en plus rapprochées : chacune d'elles s'annonce par un petit frisson, une légère horripilation ; pendant leur durée, le pouls devient dur, fréquent, élevé. Le visage se colore, la chaleur augmente, la langue se dessèche, les femmes sont très-altérées ; souvent il survient des nausées, des vomissements ; la femme pleure, se désespère, devient très-irritable ; n'ayant pas la conscience du travail qui s'opère, parce que, dit-elle, elle *ne sent rien s'avancer*, elle répète à chaque instant qu'elle n'accouchera jamais. Après la contraction, elle est moins agitée ; mais cependant la cessation de la douleur semble ne pas être entière, le calme n'est pas encore complet, et la femme, encore sous la douleur qui vient de cesser, craint sans cesse l'arrivée de celle qui doit lui succéder. Pendant l'intervalle des douleurs, les bords du col redeviennent souples, épais et arrondis ; les membranes qui, pendant la contraction, étaient lisses, tendues, sont flasques et plissées. La tête du fœtus, qui s'était éloignée de l'orifice, semble retomber, et devient beaucoup plus facilement accessible au doigt. A mesure que ces douleurs se répètent, l'orifice de la matrice se dilate de plus en plus jusqu'à ce qu'il soit complètement ouvert, et que la cavité du vagin et celle de la matrice ne forment plus qu'un canal non interrompu.

Quelques femmes peuvent dissimuler ces premières douleurs ; mais pour la plupart il est impossible de les cacher longtemps. Si elles causent, elles laissent tout à coup inachevée une phrase commencée, et gardent le silence jusqu'à ce que la douleur diminue ou cesse complètement ; si elles se promènent dans leur chambre, elles s'arrêtent tout à coup et s'appuient sur une chaise ou le premier meuble qui se trouve à leur portée.

Il n'est pas rare, à la fin de cette première période, de voir la femme être subitement prise d'un frisson violent, et quelquefois même d'un tremblement général, sans pourtant éprouver aucune sensation de froid. Les femmes elles-mêmes expriment souvent leur étonnement de trembler ainsi. C'est sans doute là une de ces modifications singulières imprimées au système nerveux par le travail de l'enfantement.

Deuxième temps. — Sous l'influence de ces premières douleurs dont la durée est du reste très-variable, l'orifice s'est agrandi, et présente enfin une ouverture suffisante : dès lors, tous les efforts utérins ont pour but d'expulser le corps étranger que renferme l'organe. Jusque-là l'utérus a agi seul pour dilater le col ; mais, à partir de ce moment, il semble appeler à son aide la contraction des muscles abdominaux. Aussi les efforts et la douleur sont-ils portés à un degré beaucoup plus élevé. La chaleur du corps est beaucoup plus considérable, l'agitation est extrême, et, dans certains cas, il y a même trouble marqué des fonctions intellectuelles. Les douleurs sont plus fortes, plus rapprochées et cependant les femmes les supportent avec plus de patience ; elles aident la contraction utérine en contractant volontairement tous les muscles du tronc. Chaque douleur est suivie d'un calme plus parfait que dans le premier temps. Quand l'intervalle est un peu long, quelques femmes, épuisées par la fatigue, s'endorment d'un sommeil assez profond : doux repos qu'il faut respecter, mais qui est bientôt interrompu par une nouvelle douleur. Le segment inférieur des membranes s'engage de plus en plus dans le col ; les contractions successives et répétées font refluer l'eau de l'amnios vers ce point ; la partie inférieure de la poche amniotique est fortement bombée et tendue ; privée de l'appui que lui fournissaient les parois du col, elle se rompt, et le liquide qu'elle contenait s'échappe avec plus ou moins de rapidité, plus ou moins d'abondance, suivant des circonstances que nous étudierons plus bas. Aussitôt le fœtus, poussé par la même contraction, vient s'appliquer sur le col, et bientôt la tête, si c'est elle qui se présente, s'engage dans l'orifice comme une espèce de bouchon qui empêche la sortie ultérieure des eaux de l'amnios. On dit alors que la tête est au couronnement. La sortie brusque du liquide, lorsqu'il s'en écoule une certaine quantité, suspend pour quelques instants la contraction utérine. La tête ne pressant plus autant sur le pourtour du col, une petite quantité de liquide s'écoule encore. Mais bientôt la contraction se réveille plus énergique et plus puissante. La tête du fœtus s'avance et franchit le cercle de l'orifice de l'utérus. Assez souvent alors, la femme pousse un cri violent, expression de l'excessive douleur que vient de causer ce passage de la tête. Celle-ci descend dans le vagin, dont les rides transversales s'effacent, et qui se dilate et s'allonge pour la recevoir. Quand la rupture des

membranes s'est opérée avant la complète dilatation du col, il arrive assez souvent que la tête descend jusque sur le plancher du bassin, mais toujours contenue dans l'utérus, et qu'elle ne franchit le col qu'au moment où elle s'engage au détroit inférieur. Quoi qu'il en soit, les douleurs deviennent de plus en plus violentes. Chacune d'elles est annoncée par un frémissement général; la femme se cramponne aussitôt à tout ce qui est autour d'elle, arc-boute les pieds contre les matelas, renverse la tête en arrière, fait une profonde inspiration et contracte violemment tous les muscles de son corps. La tête, poussée fortement, vient à chaque douleur presser et faire saillir le plancher du bassin. La compression que subit la partie inférieure du rectum détermine des envies illusives d'aller à la garde-robe. Après une résistance plus ou moins prolongée, le périnée cède enfin, se laisse distendre, proémine fortement en avant; la vulve s'entr'ouvre peu à peu, les petites lèvres s'effacent, la peau des environs est tirillée pour concourir à l'ampliation de l'anneau vulvaire: la tête se montre alors dans la vulve entr'ouverte; les matières fécales sont expulsées involontairement, ainsi que les urines: puis la douleur cesse. La tête, qui s'était déjà montrée, semble rentrer dans l'intérieur de l'excavation; le périnée, fortement distendu, revient sur lui-même par son élasticité propre; les grandes lèvres se rapprochent et la vulve se referme. A chaque douleur elle s'entr'ouvre de plus en plus, puis se rétrécit, jusqu'à ce que, par des efforts répétés, la résistance de toutes ces parties ait été suffisamment affaiblie (1). Enfin, une douleur atroce qui arrache des cris à la femme, qui est composée de deux douleurs d'inégale violence, et pour laquelle la nature semble avoir rassemblé toutes ses forces, amène d'abord les bosses pariétales au niveau des tubérosités de l'ischion, puis expulse la tête hors des parties. Dans quelques cas, l'expulsion du tronc suit immédiatement celle de la tête; mais, dans le plus grand nombre, quelques secondes s'écoulent, puis la douleur se réveille, l'utérus se contracte de nouveau, et chasse le tronc du fœtus en même temps que le reste du liquide amniotique.

L'esquisse rapide des phénomènes de l'accouchement que nous venons de tracer ne nous a pas permis de nous arrêter sur chacun d'eux. Il en est cependant quelques-uns qu'il faut étudier avec plus de soin. Ainsi la douleur, la dilatation de l'orifice utérin, l'écoulement des glaires, et la rupture de la poche des eaux doivent particulièrement fixer notre attention. Nous serons bref sur les considérations physiologiques qui ont trait à chacun d'eux.

§ I. — Contractions utérines et douleurs.

La douleur, chez la plupart des femmes, est tellement inséparable de la contraction, que, dans le langage ordinaire, on confond, assez volontiers, la cause avec

(1) Quelques auteurs attribuent la rentrée de la tête après chaque douleur à l'entortillement du cordon sur le cou de l'enfant, et proposent différents moyens pour en faciliter la sortie. Cet effet, comme l'a remarqué Baudelocque, est simplement le résultat de l'élasticité du périnée, de la réaction des muscles compris dans son épaisseur, et de l'élasticité même des os du crâne. Il n'y a rien à faire qu'à attendre l'expulsion spontanée.

l'effet, et qu'on se sert indifféremment des deux expressions pour constater la contraction utérine, ses retours, sa durée, sa faiblesse et son intensité. Quoique le plus souvent l'intensité de la douleur soit en rapport avec la contraction utérine, il faut remarquer cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi. La perception de la douleur causée par elle doit nécessairement varier en raison de la susceptibilité des femmes. Il en est, en effet, qui ressentent très-vivement de légères douleurs, et qui les expriment très-vivement; il en est d'autres, au contraire, dont la sensibilité est émoussée, et qui se plaignent à peine de contractions excessivement fortes. Il est certaines femmes, enfin, qui ont l'heureux privilège d'accoucher presque sans douleurs, ou du moins avec des douleurs très-faibles. Nous avons eu occasion de voir, à la Clinique, une jeune *primipare* qui fut réveillée par la douleur à quatre heures du matin, et qui accoucha à six heures; elle avait si peu souffert pendant ces deux heures qu'elle ne crut pas devoir avertir; elle ne fit appeler la sage-femme que lorsque les douleurs un peu plus violentes se manifestèrent. La sage-femme accourut aussitôt, et, à son arrivée, la tête était expulsée. Ce qu'il y a de remarquable encore, c'est qu'il existait au milieu du vagin une cloison qui divisait sa cavité en deux parties, et que l'on se proposait d'inciser au moment du travail. Il est infiniment probable que, dans les cas semblables, la dilatation du col s'était opérée sourdement, et probablement sous l'influence de contractions dont la femme n'avait pas la conscience.

Les douleurs ont reçu différents noms, suivant la période du travail à laquelle elles appartiennent. Les petites douleurs, qui appartiennent aux phénomènes précurseurs du travail, sont nommées *mouches*, par comparaison avec la douleur causée par la piqûre de cet insecte; celles du premier temps, et pendant lesquelles s'opère la dilatation du col, sont appelées *préparantes*; celles du second temps sont désignées sous le nom d'*expultrices*. Enfin, dans les derniers moments du travail, lorsque la tête fait fortement saillir le périnée et entr'ouvre la vulve, les douleurs ont un caractère de violence telle, qu'on les nomme *conquassantes*.

Les douleurs se font sentir dans la partie inférieure de l'abdomen, et suivent ordinairement, dans les premiers temps du travail, une ligne qui de l'ombilic se rendrait vers la seconde pièce du sacrum; lorsque la tête appuie fortement sur le plancher du bassin, elles se dirigent vers le coccyx. Quelquefois elles se font sentir dans les régions lombaires et sacrées: les femmes les appellent alors douleurs de reins; et c'est avec raison qu'elles les redoutent, parce qu'elles avancent moins le travail, et qu'elles laissent toujours à leur suite un malaise et un accablement très-grands. Ces douleurs de reins s'annoncent souvent dès les commencements du travail; d'autres fois, un peu plus tard; mais elles continuent rarement jusqu'à la fin. Elles coïncident quelquefois avec une obliquité très-prononcée de l'utérus. Suivant madame Lachapelle, elles seraient dues, le plus souvent, à une rigidité trop grande de l'orifice externe, soit qu'il éprouve alors une espèce de crampe, soit que, soutenant par sa rigidité l'effort des contractions utérines, il souffre plus que quand il est ramolli. Ces douleurs lombaires dépendent sans doute de la sensibilité de l'orifice; cette grande sensibilité s'explique facilement

par l'origine des nerfs qui se distribuent au col ; ils proviennent, en effet, des plexus lombaires et hypogastriques ; tandis que les plexus ovariques du nerf trisplanchnique fournissent seuls au fond de l'utérus. On a cherché de tout temps à calmer ces douleurs de reins ; la saignée, les lavements émollients, les opiacés ont souvent réussi. Un moyen qui a suffi à lui seul, dans biens des cas, à soulager les femmes, c'est de les soulever au moyen d'une serviette passée sous les lombes.

Les auteurs ont distingué les douleurs en vraies ou en fausses, suivant qu'elles étaient produites par un travail bien régulier ou par un trouble des fonctions utérines. Nous nous occuperons plus loin d'en établir avec soin le diagnostic. Nous nous contenterons de dire ici que toute vraie contraction commence toujours par les fibres du col, et ne s'étend qu'après quelques secondes au fond de l'organe. Toute contraction qui débute par cette dernière partie est irrégulière et anormale (voyez le chapitre où sont exposés les soins à donner aux femmes pendant le travail).

Quelle est la cause de la douleur ? Suivant les uns, la douleur est produite par le tiraillement des fibres du col ; suivant les autres, par la compression des nerfs qui se distribuent à la surface interne de l'utérus, et qui, pendant la contraction, sont nécessairement comprimés par la paroi fœtale ; enfin, quelques accoucheurs ont pensé qu'elle était due à la compression des organes contenus dans le bassin : des plexus nerveux, par exemple. Toutes ces opinions n'ont que le tort d'être exclusives. Il est évident que toutes ces causes contribuent à la production de la douleur.

Nul doute, en effet, que la dilatation du col utérin ne soit douloureuse pendant le premier temps du travail, et surtout au moment où la tête le franchit. Suivant madame Boivin, ce serait là la source presque unique de la douleur. D'un autre côté, lorsque l'enfant est placé de manière qu'il n'appuie ni sur l'orifice de la matrice, ni sur le détroit supérieur, la contraction est encore douloureuse : il faut bien attribuer cette douleur à la compression des nerfs du corps de la matrice. Enfin, dans les derniers temps du travail, au moment où la tête franchit le détroit inférieur, le périnée, la vulve, il est évident que la distension énorme de ces parties, que la pression exercée sur chacune d'elles, ajoutent singulièrement à la douleur causée par la contraction, et contribuent à lui donner ce caractère particulier qui l'a fait désigner sous le nom de *conquassante*.

Sans nier que ces diverses conditions puissent être la cause première de la douleur, M. Beau fait remarquer que la douleur qu'elles provoquent n'a pas son siège dans l'utérus, mais bien dans les nerfs qui sont chargés de souffrir pour lui, c'est-à-dire dans les nerfs lombo-abdominaux. Il considère la névralgie lombo-abdominale comme constituant principalement les douleurs de l'enfantement, absolument comme s'il s'agissait d'une lésion pathologique de l'utérus. Qu'on examine, dit-il, une femme en travail, et qu'on recherche sur elle l'existence des cinq points douloureux qui caractérisent la névralgie lombo-abdominale, et l'on verra qu'il y a pendant l'accouchement, comme dans un cas de maladie de la matrice, des points douloureux à la pression, aux régions lombaire, iliaque,

hypogastrique, inguinale et vulvaire. Chez les unes, c'est le point lombaire ; chez les autres, le point inguinal ou iliaque, etc. Cette pression sur les mêmes points est beaucoup moins douloureuse pendant l'intervalle des douleurs ; quelquefois même elle est alors complètement indolore.

La localisation de la douleur dans les nerfs lombo-abdominaux, si elle n'en explique pas la nature intime et le point de départ primitif, fait au moins comprendre les nombreuses variétés qu'elle présente. De même, en effet, que certaines lésions graves, certains déplacements très-prononcés de l'organe, ne déterminent chez quelques femmes aucune douleur, tandis que, chez d'autres, une très-légère altération, un déplacement minime, sont la cause de douleurs excessives ; de même on voit des femmes souffrir très-peu de contractions très-violentes, et d'autres se plaindre amèrement du moindre effort expulseur de l'utérus. C'est qu'ici, pas plus que dans le cas pathologique, il n'est pas possible d'établir un rapport d'intensité constant entre l'intensité de la névralgie abdominale et l'agitation contractile de l'utérus.

L'intensité de la douleur, comme le fait remarquer M. Beau, tient ici comme dans toutes les autres névralgies, à la susceptibilité nerveuse de la femme. Nous avons donc raison de dire que la douleur n'était pas intimement liée à la contraction.

La douleur qui accompagne les contractions utérines n'est d'ailleurs pas un fait isolé dans l'organisme : toutes les contractions involontaires un peu violentes, quel que soit l'organe dans lequel elles se produisent, s'accompagnent de douleur. Je citerai, par exemple, les crampes des muscles de la vie de relation, les coliques intestinales, les contractions spasmodiques de la vessie, les palpitations du cœur. Dans les conditions ordinaires, il est vrai, les muscles des membres, le canal intestinal, la vessie, le cœur, se contractent à chaque instant sans causer de douleur ; mais si ces organes deviennent le siège d'une contraction involontaire et violente, aussitôt la douleur éclate. C'est là, il nous semble, une loi de physiologie pathologique qui s'applique à l'utérus comme aux autres organes. Nous croyons donc que les douleurs de l'enfantement naissent dans les parois utérines comme les coliques intestinales dans les parois de l'intestin ; si les contractions qui surviennent pendant la grossesse sont indolentes, c'est qu'elles sont peu énergiques, et nous les comparons encore au mouvement péristaltique de l'intestin dont nous n'avons pas même conscience.

Une autre question a encore agité les physiologistes. Pourquoi la contraction est-elle intermittente ? Et l'on est allé bien loin pour chercher la cause d'un phénomène fort simple. Comme si un seul muscle de l'économie pouvait se contracter d'une manière permanente ; comme s'il n'était pas dans la nature de toute contraction musculaire d'être interrompue par la fatigue même qui résulte d'un trop long exercice, et d'avoir besoin d'un intervalle de repos pour pouvoir conserver son activité. Et d'ailleurs, si les contractions utérines sont sous la dépendance des nerfs de la vie organique, pourquoi ne seraient-elles pas soumises à la périodicité que présente l'appareil musculaire auquel le grand sympathique envoie ses filets ? Sans doute nous ne connaissons pas la cause de l'intermittence rythmique de la contraction du cœur, de l'estomac et des intestins ; mais pour-

quoi s'étonner davantage de l'intermittence de l'action utérine soumise à la même influence nerveuse ?

Il est certainement curieux d'étudier l'influence qu'a la contraction sur la circulation de la mère. Voilà, suivant Holl, les particularités que celle-ci présente pendant la douleur : le pouls s'accélère, en général, dès que commence la contraction, sa vitesse augmente à mesure qu'elle s'accroît, puis diminue avec elle, pour reprendre petit à petit son type normal. Il existe un rapport si intime avec ces deux phénomènes, que si l'accélération du pouls est graduelle, s'il arrive petit à petit à son plus haut degré de vitesse, s'il s'y maintient un certain temps, et diminue enfin par degrés, la douleur suivra une marche aussi régulière : elle atteindra peu à peu son *summum* d'intensité, restera quelque temps stationnaire, et décroîtra avec la même régularité ; si, au contraire, le pouls s'accélère par saccades, la contraction sera courte et précipitée, et alors sans effet. Holl a constaté cette régularité dans les phénomènes que nous mentionnons, en comptant les pulsations pendant un quart de minute, tout le temps qu'a duré la contraction. Ainsi, pendant une douleur qui a duré deux minutes, il a vu pour chaque minute les variations suivantes :

1 ^{er} et 2 ^e quart.....	18 pulsations.
3 ^e quart.....	20 —
4 ^e quart.....	22 —
5 ^e et 6 ^e quart.....	24 —
7 ^e quart.....	22 —
8 ^e quart.....	18 —

A mesure que le travail avance, le pouls s'accélère davantage, de sorte qu'un peu avant l'expulsion du fœtus, il offrait, dans l'intervalle des douleurs, la même fréquence qu'il offrait au plus fort des contractions quand le travail commençait.

Nous avons déjà indiqué, d'après Holl, les modifications que subit le bruit de souffle pendant la douleur (voy. page 243) ; nous n'y reviendrons pas : nous ferons seulement remarquer que ces modifications sont assez nettement tranchées pour pouvoir faire reconnaître la contraction utérine, alors même que la femme voudrait la cacher.

§ II. — Dilatation du col.

Jusqu'au moment où la poche amniotique se rompt, le fœtus n'est évidemment pour rien dans cette dilatation. Ce n'est qu'après cette rupture que le sommet, s'engageant comme un coin dans le col de l'utérus, peut hâter mécaniquement la dilatation. Dans toute autre position que celle du sommet, la partie qui se présente étant plus volumineuse, plus irrégulière, ne peut remplir le même office ; aussi, toutes choses étant égales d'ailleurs, l'orifice s'ouvre plus lentement. Ce n'est donc pas, au moins dans la plus grande partie du travail, le fœtus qui est la cause efficiente de cette dilatation ; c'est la contraction des fibres utérines qui produit encore ce phénomène. Suivant Desormeaux, pour con-

cevoir comment cela a lieu, il faut se rappeler que les parois de la matrice sont appliquées sur un corps ovoïde ; que les fibres longitudinales sont les plus nombreuses ; qu'enfin les fibres circulaires du col peuvent seules opposer une résistance assez forte, mais qui s'affaiblit de plus en plus à mesure qu'elles sont obligées de céder à l'action des fibres longitudinales. Si l'on se représente actuellement que ces fibres entrent en contraction, on verra facilement que ne pouvant rétrécir la cavité utérine qui se trouve remplie, toute leur action doit être employée à tirer chacun des points du cercle de l'orifice auquel elles viennent aboutir, et à les éloigner du centre. Aussi chaque point de l'orifice se trouvant tiré également, l'ouverture qu'il présente offre une forme circulaire ; mais si le fœtus est placé transversalement et la matrice dilatée dans ce sens, la rétraction des fibres étant également plus grande dans le même sens, l'ouverture est elliptique.

La rapidité de la dilatation est en rapport avec la force et la fréquence des contractions. Elle est, en général, très-lente dans le commencement du travail, beaucoup plus rapide à la fin. Ainsi, s'il a fallu quatre heures pour que le col offrit une ouverture de 2 centimètres et demi de diamètre, il n'en faudra que deux ou trois au plus pour que la dilatation soit complète. Chez les primipares, elle s'opère plus lentement que chez les femmes qui ont déjà eu des enfants. L'état de mollesse, de rigidité et de tension du col, pendant l'intervalle des douleurs, influe beaucoup sur la rapidité de la dilatation. Il en est de même de l'obliquité de l'orifice, qu'il soit porté en avant vers le pubis, ou ce qui est bien plus fréquent, fortement dirigé en arrière et regardant la face antérieure du sacrum. Dans l'un et l'autre cas, le col n'est plus placé dans la direction de l'axe des contractions ; la tête vient fortement presser sur un des points de la paroi utérine, contre laquelle toute puissance vient se briser. Il est important de ne pas oublier que l'obliquité postérieure du col peut être la conséquence d'une inclinaison antérieure du col de la matrice, mais aussi peut exister sans que celle-ci soit déviée de sa position normale ; elle dépend alors de ce que la tête, engagée depuis longtemps dans l'excavation, a repoussé au devant d'elle la paroi antérieure et inférieure du corps de l'utérus : l'orifice a été ainsi repoussé en haut et en arrière.

Quand l'orifice est très en arrière, il n'est pas toujours facile de l'atteindre, et quelques médecins commettent la faute de croire à une dilatation complète, alors que la tête est encore recouverte en entier par le segment antérieur de la matrice (1). C'est surtout chez les primipares que cette erreur est commune ; chez elles, en effet, les bords de l'orifice sont d'une minceur extrême, et quand la tête distend et repousse le segment inférieur de l'utérus sans interposition de liquide amniotique, on peut se laisser tromper et croire que la tête est à nu, tant il est facile de reconnaître les sutures et les fontanelles. Une pareille méprise peut être grave, et j'ai vu des médecins tenter une application de forceps dans ces circonstances. Pour éviter une pareille faute on devra pratiquer le toucher très-profondément, soulever le siège de la malade, et faire exécuter au doigt un mouvement

(1) D'autres fois cet orifice est si mince, que le doigt glisse sur lui sans le reconnaître.

de circumduction autour de la tête. Si l'orifice est réellement dilaté, le doigt peut pénétrer très-profondément et glisser à côté de la tête sans rencontrer aucun obstacle. Quand, au contraire, l'orifice n'est pas dilaté, on est bientôt arrêté par le col du sac du vagin, surtout en avant.

L'orifice, généralement très-mince chez les primipares au commencement du travail, s'épaissit dans la seconde moitié du premier temps, puis s'amincit de nouveau, et finit enfin par former un bourrelet arrondi, épais, que la tête pousse devant elle jusqu'au détroit inférieur. Il est facile, dit M. Guillemot, de se rendre raison de ces changements : la distension qui se produit sur le col agit plus fortement sur le pourtour de l'orifice que sur tous les autres points du col ; l'amincissement qui en résulte doit s'effacer dès l'instant où le cercle utérin cède et se reporte vers les parties qui n'ont pas supporté une égale compression, et qui ont conservé leur épaisseur primitive. Bientôt, à la suite de nouvelles douleurs, la tension qui surviendra sur ce nouveau cercle lui fera perdre son épaisseur et la réduira à l'amincissement que nous avons signalé. Enfin, il est un moment où le col conserve son épaisseur malgré la dilatation qu'il subit, par la raison que les fibres utérines raccourcies à l'excès lui donnent plus de densité.

J'ajouterai que, lorsque l'engagement est très-avancé, l'épaisseur de la lèvre antérieure est bien souvent augmentée par l'œdème dont elle est le siège, œdème dû à la compression qu'elle éprouve entre la tête et la symphyse des pubis. Aussi n'est-il pas rare de voir la lèvre postérieure très-amincie, tandis que l'antérieure conserve encore une certaine épaisseur.

§ III. — Des glaires.

Nous avons vu que, dans les derniers temps de la grossesse, il se fait dans le vagin une sécrétion abondante : lorsque le travail est déclaré, cette sécrétion augmente, et il s'écoule de la matrice et du vagin des mucosités visqueuses semblables à du blanc d'œuf, que l'on désigne sous le nom de *glaires*. Chez quelques femmes, ces glaires deviennent sanguinolentes aux approches du travail ; chez d'autres, pendant le travail seulement. Ce sang mêlé ainsi aux glaires, est, dit-on, une preuve que la dilatation de l'orifice est avancée ; ce qui n'est pas toujours vrai, puisque cela arrive quelquefois plusieurs jours avant le commencement du travail. Dans certains cas, les glaires manquent complètement : l'accouchement se fait, dit-on, à sec. Alors les parties génitales sont dans un grand état de chaleur et de sécheresse, souvent voisin de l'inflammation.

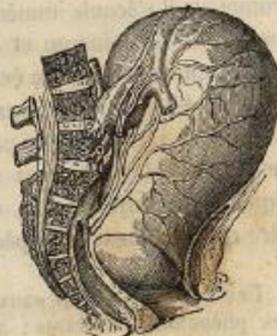
Ces glaires ne sont pas, comme l'avaient pensé Antoine Petit et Baudelocque, le résultat d'une transsudation des eaux de l'amnios à travers les pores des membranes. Elles sont tout simplement le produit de la sécrétion plus abondante des cryptes muqueux du col de la matrice, sécrétion qui est augmentée par l'irritation que le travail produit dans toutes ces parties.

Quant au sang qui les colore, soit avant le travail, soit surtout pendant le travail, il peut provenir des petites déchirures qui se font au bord de l'orifice,

de la rupture de quelques-uns des petits vaisseaux qui, de la paroi interne de l'utérus, viennent se distribuer sur les membranes, du décollement d'une petite partie du placenta, ou enfin, suivant Desormeaux, s'échapper des extrémités terminales des capillaires. Ces mucosités, dont, comme nous l'avons déjà vu l'écoulement commence dès les dernières semaines de la grossesse, servent à lubrifier les voies génitales ; tout en débarrassant les parois vaginales et les fibres du col des liquides dont elles étaient engorgées, elles ont encore l'avantage d'humecter les parois du vagin, d'amollir, d'assouplir le périnée et l'ouverture vulvaire, et de rendre ainsi plus facile la distension extrême que ces parties doivent subir plus tard. Leur abondance doit toujours être considérée comme un bon signe, et faire pressentir une dilatation prompte et une expulsion facile.

§ IV. — De la poche des eaux.

A mesure que le col se dilate, les membranes s'y présentent et s'y engagent en formant, du côté du vagin, une tumeur plus ou moins large et tendue dans le moment de la douleur. C'est ce qu'on appelle la *formation de la poche des eaux*. La forme de la poche des eaux varie suivant la figure que représente le pourtour du col. Le plus souvent hémisphérique et arrondie, elle devient ovoïde quand le col se dilate plus dans un sens que dans un autre. Lorsque les membranes sont d'un tissu lâche et peu serré, surtout quand elles ne contiennent qu'une petite quantité de liquide, elles s'allongent en forme de boudin dans le vagin, sans que pour cela on puisse rigoureusement conclure, comme on l'avait cru, à une présentation du pied ou de la main. Il faut avouer cependant que la poche des eaux est, en général, peu volumineuse dans les présentations du sommet, et que, dans les autres présentations, elle a un volume beaucoup plus considérable. Aussi la saillie très-grande de la poche des eaux annonce-t-elle presque toujours une présentation défavorable. C'est ce qui faisait dire à la mère de madame Lachapelle : *Je ne crains pas les eaux plates*. Dès que la douleur a cessé, cette saillie disparaît, le fluide qui la formait rentré dans la cavité utérine, et les membranes, flasques et relâchées, sont plissées.



Il est une autre forme de poche, dit M. le professeur Depaul, à laquelle j'ai donné le nom de *poche double*, et qui peut servir à établir le diagnostic des grossesses gemellaires. La première fois que je la rencontrai, c'était en 1839, pendant mon internat à la Maternité. Je fus vivement intrigué par une disposition que je n'avais trouvée signalée nulle part, et ce ne fut qu'après la naissance de deux enfants que j'en compris l'importance. Quelques années plus tard, pareille chose s'étant offerte à mon observation à la clinique d'accouchements de la Faculté, je me souvins de ce que j'avais vu à la Maternité et je n'hésitai pas à déclarer qu'il y avait deux enfants, qui ne tardèrent pas en

FIG. 74. — Forme de la poche des eaux lorsque la dilatation du col est complète.

effet à venir au monde. Ce sont les deux seuls cas de ce genre qu'il m'a été donné de rencontrer. Leur rareté n'a rien qui doive surprendre, car, que de conditions sont nécessaires pour que les deux œufs, qui peuvent avoir des positions si diverses dans la cavité de l'utérus, se trouvent également poussés sur l'orifice au moment de la contraction, mais il n'en faut pas moins les enregistrer pour en savoir tirer parti à l'occasion.

La formation de la poche des eaux est facile à comprendre. En se contractant, l'utérus rétrécit sa cavité. Le liquide amniotique, pressé de toutes parts, se porte naturellement vers le point qui lui offre le moins de résistance, et ce point est évidemment l'ouverture du col où il ne rencontre pas de parois. Si l'on a eu tant de peine à comprendre comment les membranes pouvaient, sous l'influence de ce refoulement du liquide, proéminer dans le vagin, c'est qu'on se figurait que la cavité amniotique était distendue autant qu'elle pouvait l'être par les eaux, et l'on était obligé alors d'admettre, ou une extensibilité très-grande de ces membranes, ou la transsudation de ce liquide à travers les parois de l'œuf, deux hypothèses également fausses. Il suffit, en effet, de palper l'abdomen d'une femme enceinte, d'en déprimer les parois, pour voir que, sous l'influence de pressions très-légères, on peut, presque chez toutes les femmes, aplatis l'œuf, soit dans son diamètre vertical, soit dans son diamètre transverse et antéro-postérieur. Pendant le travail, le même fait se reproduit; seulement, comme la pression des parois utérines s'exerce dans tous les sens, excepté au col de l'utérus, c'est seulement par en bas que l'œuf peut s'allonger, et c'est ce qui produit la saillie amniotique.

Quand la dilatation est complète et la contraction très-énergique, la partie inférieure des membranes, n'étant plus contenue, cède à l'effort du liquide, se rompt, et il s'écoule immédiatement une quantité variable de liquide. Quand la poche est volumineuse et qu'elle se déchire au moment d'une forte douleur, cette rupture a lieu avec éclat, avec bruit, et les primipares en sont souvent effrayées. Alors aussi les eaux s'écoulent en très-grande quantité. Mais lorsque la poche était plate, lorsque peu d'eau était interposée entre la tête et les membranes, celles-ci se rompent sans bruit; il ne s'écoule qu'une faible quantité de liquide, parce que la tête, venant immédiatement s'engager dans le col, l'oblitére complètement et empêche les eaux de s'écouler.

Une fois la poche des eaux rompue, le liquide amniotique s'écoule en présentant les phénomènes suivants: au début de chaque contraction le liquide est poussé vers le segment inférieur de l'utérus et une petite quantité d'eau s'échappe de la vulve. Quand la contraction a atteint son maximum d'intensité, cet écoulement s'arrête parce que la tête, appliquée violemment contre l'orifice, la bouche complètement. Enfin, au déclin de la contraction, la tête ne comprimant l'orifice qu'imparfaitement, une nouvelle quantité d'eau s'écoule au dehors.

Dans l'immense majorité des cas, la rupture des membranes s'opère sur le point de la sphère amniotique qui correspond au col de l'utérus. Mais quelquefois la rupture a lieu sur un point beaucoup plus élevé. Ce fait, qui dans l'état

actuel de la science est à peu près inexplicable, doit être connu, parce qu'il explique comment, après l'écoulement d'une certaine quantité d'eau, on trouve encore intact le segment inférieur de l'œuf, et comment on peut se trouver obligé plus tard de déchirer en ce point la poche amniotique.

Les membranes se déchirent quelquefois au commencement du travail, ce qui le rend, en général, un peu plus long et plus difficile: il devient aussi plus dangereux pour l'enfant, surtout quand au moment de cette rupture il s'est écoulé beaucoup d'eau.

J'ai observé plusieurs fois déjà une particularité assez remarquable et qui ne paraît pas avoir fixé l'attention des praticiens: je veux parler de la rupture des membranes avant toute contraction de l'utérus. Elle constitue chez quelques femmes le premier phénomène du travail, et les douleurs ne surviennent qu'après un temps plus ou moins long, quelquefois même plusieurs jours. Il m'a semblé que cette rupture prématurée coïncidait avec une présentation du sommet fortement engagé dans l'excavation. Bien que la femme n'ait ressenti aucune douleur antérieure, et que dans certains cas même elle fût profondément endormie au moment où les eaux se sont écoulées, il est infiniment probable que l'utérus se contractait déjà depuis quelque temps: c'est à ces contractions non douloureuses qu'il faut attribuer le fait dont je parle, à moins qu'on n'aime mieux en voir la cause dans l'excessive distension de la poche amniotique.

Quelquefois les membranes sont très-dures, très-épaisses, résistantes, et la rupture ne se fait qu'à une époque très-avancée du travail: lorsque, par exemple, la tête franchit la vulve. Elle peut avoir lieu circulairement, la tête sort coiffée d'une espèce de calotte. Le vulgaire dit alors que l'enfant est né coiffé, et l'on sait tout l'avenir de bonheur que cette circonstance prophétise. L'enfant peut même naître coiffé lorsqu'une première déchirure des membranes s'est faite vers un point plus ou moins élevé, et qui ne correspondait pas du tout au col utérin. Si la tête pousse ainsi au devant d'elle une portion de la poche amniotique, il peut en résulter des accidents assez sérieux. D'abord cette rupture tardive des membranes ralentit, en général, le travail; puis le tiraillement que les membranes éprouvent, se prolongeant jusqu'au placenta, peut donner lieu à son décollement prématuré, surtout quand il est inséré sur les côtés de l'organe, et causer une hémorrhagie utérine.

Dans les cas les plus ordinaires, la rupture des membranes a lieu au commencement du second temps.

Voici un relevé statistique fait par Churchill à l'Hôpital occidental pour les femmes en couches pendant les années 1841 et 1842, et qui pourra faire juger des variétés qu'on peut observer.

On a noté dans 981 cas le temps écoulé depuis le commencement du travail jusqu'au moment où s'est opérée la rupture des membranes:

Chez 167 femmes, ce temps a été de		2 heures.
335	.....	2 à 6
165	.....	6 à 10
113	.....	10 à 14
71	.....	14 à 18
33	.....	18 à 22
46	.....	22 à 26
23	.....	26 à 30
8	.....	30 à 38
9	.....	38 à 40
4	..... environ	50
2	.....	60
4	..... environ	70
3	.....	80
1	.....	105

Dans 812 cas le même observateur a noté le temps écoulé depuis la rupture des membranes jusqu'à la naissance de l'enfant :

Chez 396 femmes, ce temps a été de		1 heure.
142	.....	2
120	.....	4
58	.....	6
34	.....	8
17	.....	10
26	.....	15
11	.....	20
3	.....	28
4	.....	35
1	.....	40
1	.....	50
1	.....	150

§ V. — De la durée du travail.

La durée du travail est excessivement variable, même lorsque rien ne s'oppose à sa marche naturelle. Il est des femmes qui accouchent en une heure ou deux, il en est d'autres chez lesquelles le travail se prolonge plusieurs jours. Entre ces deux extrêmes il est bien des intermédiaires.

Il est assez difficile de s'en rapporter aux statistiques publiées, et qui presque toutes sont prises dans les hôpitaux. La plupart des femmes, en effet, redoutant la salle d'accouchements, cachent leurs premières douleurs et ne s'y rendent que le plus tard possible. Aussi, en les interrogeant après l'accouchement, on voit que leur récit ne s'accorde pas avec ce qui est écrit sur leur feuille, et que le travail a été beaucoup plus long que celle-ci ne l'indique. Cette rectification me paraît importante; car, ayant appris que la durée du travail est de cinq à six

heures, la plupart des médecins peu expérimentés s'effrayent à tort quand ils le voient se prolonger plus de dix à douze heures.

En général, il est plus long chez les primipares que chez les femmes qui ont eu des enfants; et cette différence tient surtout à la résistance des muscles du périnée, qui est beaucoup plus grande chez les premières que chez les autres; mais elle tient aussi à la dilatation du col, qui s'opère chez elle avec beaucoup plus de lenteur. La durée totale du travail est, en général, de dix à douze heures; mais il faut savoir qu'au moins une fois sur cinq le travail peut ne se terminer qu'au bout de quinze, dix-huit et même vingt heures, sans que pour cela il en résulte aucun dommage pour la mère ou l'enfant. Les femmes qui sont déjà mères accouchent beaucoup plus vite, et ne souffrent ordinairement que six à huit heures. Suivant Alph. Leroy et M. Velpeau, les douleurs suivent les périodes de six heures, et le travail dure six, douze, dix-huit, vingt-quatre ou trente heures. Je crois que, si cette observation est exacte, elle souffre de très-nombreuses exceptions.

Le travail une fois commencé, peut-on prévoir l'heure à laquelle il se terminera? Cette question, qui est presque toujours adressée à l'accoucheur, est souvent fort difficile à résoudre. L'habitude peut seule lui apprendre à juger, par la dilatation, la souplesse du col, sa tension, sa dureté et sa résistance, par la fréquence et l'intensité des douleurs, la durée passée du travail, la résistance plus ou moins grande du périnée et des parties molles de la vulve, de la durée probable du travail. Il doit se rappeler que, sous le rapport de la durée, le premier temps du travail est au second comme 2 ou même 3 est à 1, et que cette différence est beaucoup plus marquée chez les femmes déjà mères que chez les primipares; que la première moitié de la dilatation du col s'opère beaucoup plus lentement que la seconde. Mais que d'exceptions! Ainsi la dilatation a quelquefois été régulière et assez rapide, tout semble faire espérer une facile et prompt terminaison, et tout à coup les douleurs deviennent languissantes, faibles, et l'art est souvent obligé de venir aider les contractions utérines; il arrive assez souvent, au contraire, que le col ne s'est dilaté qu'avec une lenteur excessive, et que quelques instants suffisent pour compléter l'expulsion du fœtus.

Suivant Wigand, la forme du vagin devrait être prise en considération dans le pronostic que l'on porte sur la durée probable du travail: ainsi, si le vagin est large dans son étendue, la durée totale du travail sera courte; la dilatation du col et l'expulsion seront, au contraire, très-lentes, si la cavité vaginale est étroite dans toute son étendue, si les parois sont régulièrement resserrées; si le vagin est large et spacieux à sa partie supérieure, mais contracté et résistant près de son orifice externe, la première partie du travail sera prompte, mais la dernière lente et difficile. Enfin, si, ce qui est plus rare, l'extrémité supérieure est très-étroite, l'inférieure étant largement dilatée, on peut en conclure que le travail marchera d'abord lentement, mais se terminera ensuite avec rapidité.

Nous devons noter un fait fort singulier, c'est que l'hérédité fait ici sentir son influence. Il n'est pas très-rare de voir le travail offrir toujours les mêmes caractères pendant trois ou quatre générations successives, et la mère, la fille et les

petites-filles se faire remarquer par la lenteur ou la rapidité de leurs accouchements.

Il est, en général, impossible d'annoncer d'une manière certaine l'heure à laquelle se terminera l'accouchement; et cependant les gens du monde croient l'accoucheur obligé de toujours donner sur ce point des renseignements précis. Celui-ci doit alors mettre la plus grande réserve dans ses réponses; car si le travail durait quelques heures au delà du moment fixé par lui, cela suffirait pour faire naître les plus vives inquiétudes. Il est donc prudent de ne pas trop préciser.

Lorsque de pareilles questions me sont adressées, j'ai l'habitude de répondre que si les contractions sont régulières, s'il ne survient aucun accident, si, en un mot, les choses marchent régulièrement, l'accouchement se terminera à l'heure que j'indique. Il est, en effet, impossible de prévoir d'une manière certaine tout ce qui peut arriver. Dans certains cas, la dilatation qui n'est arrivée, après cinq ou six heures de travail, qu'à un diamètre de 2 centimètres et demi, s'achève tout à coup; d'autres fois, cette dilatation étant très-peu avancée, le pourtour du col se déchire sous l'influence d'une forte douleur, et l'accouchement se termine au moment même où l'accoucheur vient d'annoncer que le travail doit durer encore plusieurs heures. En examinant une femme jeune et primipare, je trouvai le col offrant une dilatation à peu près égale à une pièce de 2 francs. Pensant que le travail se prolongerait encore longtemps, je me retirai; à peine étais-je au bas de l'escalier qu'on courut après moi; je remontai immédiatement, et trouvai la tête sur le point de franchir la vulve déjà largement entr'ouverte. Après l'accouchement, je constatai que tout le côté gauche de la portion vaginale du col avait été déchiré.

Une jeune dame primipare ressentit les premières douleurs à quatre heures du matin. Toute la journée, les contractions furent très-faibles et séparées par un quart d'heure, une demi-heure, parfois même une heure de repos complet. La lenteur de la dilatation fut telle, qu'à quatre heures du soir l'orifice offrait à peine la largeur d'un demi-franc. Vers cinq heures, les douleurs parurent un peu plus vives et plus fréquentes; à neuf heures, le col, très-aminci, avait une ouverture de 2 centimètres. Obligé de quitter cette dame pendant une heure, je crus pouvoir le faire sans crainte. Immédiatement après mon départ, les contractions prirent une grande énergie, et à dix heures moins un quart elle accouchait d'un très-petit enfant qui pesait à peine 1500 à 2000 grammes. L'extrême petitesse du fœtus explique la rapidité du travail; et pourtant cette dame avait eu une très-belle grossesse et était bien à terme.

L'âge de la femme n'a pas, sur la durée du travail, même quand elle est primipare, l'influence fâcheuse que lui accordent la plupart des accoucheurs. « Il a de tout temps régné sur ce point, dit madame Lachapelle, une opinion que je ne puis partager. On croit généralement que la dilatation des passages est plus difficile chez les femmes avancées en âge: il n'est pas un accoucheur qui ne redoute un premier accouchement chez une femme de trente ou trente-cinq ans; il n'est pas une femme dans cette condition qui ne voie avec effroi arriver le moment de sa délivrance. L'expérience m'a trop souvent prouvé la fausseté de

ces préventions pour que je puisse les adopter. Sans doute on voit souvent le travail lent et pénible chez une femme âgée, et qui n'a point 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. »

§ VI. — Influence du travail de l'accouchement sur la mère et sur l'enfant.

A. Influence du travail sur la mère. — Indépendamment des accidents nombreux qui peuvent se manifester, et que nous étudierons plus loin sous le titre de *Causes de dystocie*, le travail de l'accouchement exerce sur l'état physique et moral de la femme une influence bien manifeste, et qui, malheureusement, est presque complètement négligée. Cette influence peut se faire sentir dans la première et la seconde période, et se prolonger même pendant les premières heures ou les premiers jours qui suivent la parturition.

Chez beaucoup de femmes, le début du travail est précédé par un état d'anxiété, d'abattement, et souvent par un sentiment de crainte et d'inquiétude. Ordinairement cela se dissipe dès les premières douleurs; mais, à partir de ce moment, toutes les forces de l'organisme semblent concentrées dans l'accomplissement de cette grande fonction. Toutes les autres sont modifiées ou suspendues, l'appétit est nul, et si les femmes ont mangé peu de temps auparavant, il est assez ordinaire de voir des vomissements rejeter tous les aliments ingérés. Pour peu que se prolonge la période de dilatation, les femmes deviennent très-irritables, elles pleurent et se désespèrent facilement.

Cette impressionnabilité diminue dès que, arrivant à la seconde période, la femme commence à avoir conscience du travail qui s'opère. Dès lors, toute son attention semble fixée sur un seul objet, et elle est complètement indifférente à toutes les choses extérieures. Pendant ces douleurs expulsives, l'état se rapproche de celui qui caractérise l'inflammation ou la fièvre: ainsi la circulation s'accélère, et sa fréquence semble liée à l'intensité de la contraction; la calorification et la transpiration sont sensiblement augmentées, et la face rouge, même violacée, se recouvre parfois d'une sueur abondante; dans certains cas, la peau reste sèche et brûlante.

La violence des douleurs plonge quelquefois la femme dans la plus vive anxiété et trouble ses facultés à tel point qu'on la voit se livrer à des actes de violence envers les personnes qui lui donnent des soins.

Cette agitation, très-moderée quand la marche du travail est régulière, devient excessive lorsqu'une cause quelconque vient l'enrayer ou le prolonger outre mesure. Chaque douleur débute alors par un tremblement presque convulsif des membres. La face est brûlante, tout le corps se couvre de sueur, l'œil est fixe et hagard, les traits se décomposent; la malheureuse crie, se lamente, appelle la mort, et supplie qu'on la tue ou qu'on mette immédiatement fin à

ses souffrances. Le trouble des facultés intellectuelles, déjà assez marqué, est quelquefois complet, et les femmes disent, pendant leur délire, les choses les plus extravagantes. J'ai observé deux cas semblables : presque toujours alors le délire est précédé et s'accompagne d'une grande loquacité, et la douleur est à peine sentie. Après un travail assez prolongé, et après les plus horribles souffrances, j'ai vu une jeune dame cesser tout à coup de se plaindre, prendre un visage riant, et, après quelques phrases incohérentes, chanter à pleine voix le grand air de la *Lucia di Lammermoor*. Je ne saurais exprimer l'effroi que ce chant produisit sur moi et sur tous les assistants. (Une saignée suivie de l'application immédiate du forceps rétablit le calme, et le délire ne s'est pas reproduit.) M. Montgomery dit aussi avoir observé des femmes qui, pendant quelques minutes, déliraient complètement au moment où la tête franchissait l'ouverture de la matrice.

Ce n'est pas seulement quand le travail se prolonge outre mesure qu'on le voit produire un si grand trouble dans l'économie. Les mêmes phénomènes ont aussi été observés dans les accouchements très-courts, lorsque le peu de durée du travail est le résultat de douleurs très-vives et très-rapprochées. L'excitation cérébrale produite par leur violence peut aller jusqu'à la folie, et, dans certains cas, les médecins légistes ont pu trouver, dans ce trouble momentané de l'intelligence, l'explication d'infanticides que toutes les autres circonstances laissent inintelligibles.

L'altération ne porte quelquefois que sur les sentiments affectifs. J'ai vu, dit Ed. Rigby, après un très-court et très-douloureux accouchement, la mère témoigner une antipathie insurmontable pour son enfant, et s'exprimer, à son égard, en termes qui contrastaient étrangement avec les expressions tendres et affectueuses dont elle se servait quelques instants auparavant.

Ces troubles dans les facultés intellectuelles et affectives sont, en général, de courte durée, et offrent peu de danger ; mais parfois l'organisme est tellement ébranlé, que la vie s'éteint subitement, soit pendant le travail, soit peu de temps après l'accouchement. Une pauvre femme de l'hospice de la Charité, dit Davis, était en travail depuis cinq heures ; les membranes se rompirent, une très-grande quantité d'eau s'écoula, et, à dater de ce moment, elle se sentit excessivement faible ; éprouvant le besoin d'aller à la garde-robe, elle s'assit sur un vase, se livra à quelques efforts et tomba évanouie. On se hâta de la placer dans une position horizontale ; mais on eut à peine le temps de la mettre au lit, elle était morte. A l'autopsie, on ne trouva rien qui pût expliquer la mort. Denman cite aussi plusieurs cas où les femmes moururent subitement pendant le travail, sans qu'on pût se rendre compte de cette mort si prompte.

Dans quelques-uns de ces faits pourtant, la sortie brusque d'une grande quantité d'eau pourrait jusqu'à un certain point faire attribuer la syncope mortelle à la même cause si souvent invoquée après l'accouchement : je veux parler de l'affluence subite d'une grande quantité de sang dans les vaisseaux abdominaux, brusquement soustraits à la pression à laquelle les avait habitués la grossesse.

Cette évacuation trop prompte de l'organe à laquelle on a, je crois, attaché trop d'importance, quand on a voulu expliquer la mort subite après l'accouchement, peut bien avoir eu, dans quelques cas, l'influence qu'on lui a prêtée, mais certainement ne saurait rendre compte de tous les faits connus.

Les efforts violents auxquels se livre la femme pendant la seconde partie du travail peuvent encore produire la rupture d'un des points des organes de la respiration. C'est ainsi qu'il faut expliquer les cas d'emphysème du visage, du cou et de la partie supérieure de la poitrine, qui ont été notés par plusieurs auteurs (Martin, de Lyon). Dans un cas plus grave signalé par M. Depaul, la mort a paru être la conséquence d'un double emphysème pulmonaire survenu subitement pendant les efforts violents d'expulsion que nécessita un travail long et des plus pénibles.

Après comme pendant l'accouchement, l'influence fatale du travail sur le système nerveux de la mère ne peut être méconnue, et je crois, avec Churchill, qu'elle consiste dans un ébranlement plus ou moins considérable du système céphalo-rachidien. Cet ébranlement résulte du trouble si extraordinaire que produit la parturition, et est en tout semblable à celui que produisent les grandes blessures, et auquel succombent quelquefois les malheureux ouvriers dont un membre a été broyé par une machine, ou dont une partie étendue du corps a été brûlée. Cette mort si prompte, que n'expliquent ni les circonstances de l'accident, ni les lésions trouvées à l'autopsie, est attribuée par les chirurgiens à l'ébranlement nerveux.

Non-seulement, dit l'auteur que je viens de citer, un pareil ébranlement nerveux peut être observé dans certains accouchements, surtout quand ils ont été laborieux, et avoir aussi un fâcheux résultat, mais il existe à un degré plus ou moins marqué dans presque tous les cas. Il suffit d'une très-légère attention pour le reconnaître. Ainsi, après un accouchement ordinaire, la sensibilité générale est presque toujours excessive : bien que les sens soient plus impressionnables qu'à l'ordinaire, les yeux ont perdu leur éclat et sont faibles et languissants ; la moindre lumière blesse la vue, comme le plus léger bruit offense l'ouïe ; et lorsqu'on ne respecte pas cette excessive délicatesse, il peut en résulter des accidents sérieux.

Dans les circonstances ordinaires, quelques heures de repos suffisent pour tirer la malade de ce collapsus léger ; mais lorsque le travail a duré très-longtemps, ou qu'une opération, la version par exemple, a été nécessaire, les phénomènes sont beaucoup plus prononcés. La faiblesse de la malade est beaucoup plus grande ; les traits sont fixes et dans un état d'hébétude ; la femme reste immobile dans son lit, les yeux fermés, ou les ouvrant de temps en temps sans les fixer d'une manière spéciale sur aucun objet ; elle n'a nul souci de son enfant ni d'elle-même ; les membres sont dans un état de résolution presque complète ; le pouls est tantôt lent, tantôt fréquent et irrégulier, mais toujours plus faible qu'à l'ordinaire ; la respiration est lente et pénible, ou accélérée et haletante.

La malade peut rester longtemps dans un état dont elle ne sort que lentement et par degrés. Il peut même arriver, si la secousse nerveuse a été trop grande,

qu'elle s'affaiblit de plus en plus, que la prostration augmente et se termine par la mort. L'autopsie ne vient alors rien apprendre.

Ce n'est pas toujours immédiatement après la délivrance que se présente ce singulier état; parfois il s'écoule un temps assez long pendant lequel la malade dit être très-bien, puis tout à coup elle se plaint d'une faiblesse inaccoutumée, s'écrie qu'elle est au plus mal, et ne peut cependant indiquer quelle est la cause de son état. Du côté du ventre, rien de particulier, aucune trace d'hémorrhagie, l'utérus est bien contracté; et pourtant le mal s'aggrave, le pouls faiblit, la face pâlit, prend un aspect cadavéreux, et la malade est dans un état de débilité telle, qu'elle ne peut exprimer ses sensations que par un gémissent. Tout à coup elle éprouve un sentiment de constriction violente à la poitrine, et expire avant qu'on ait pu rien faire pour la soulager.

L'opium m'a paru, dit Churchill, le meilleur moyen à employer dans tous ces cas. Cinq gouttes de laudanum peuvent être données toutes les demi-heures, puis toutes les heures, puis à des intervalles plus grands: il paraît calmer le trouble général, diminuer l'ébranlement cérébral, et donner à tout le système le temps de réparer les forces épuisées. En même temps on peut donner une petite quantité de vin et d'eau-de-vie à des intervalles et à des doses suffisantes pour aider au rétablissement des forces, mais non en assez grande quantité pour déterminer une réaction générale. On facilitera le sommeil par le calme complet du corps et de l'esprit. Lorsque la malade est assez heureuse pour s'endormir, les forces se rétablissent, le pouls et la respiration deviennent calmes; si, au contraire, la prostration continue, le cas est des plus graves, et l'on doit redoubler l'emploi des excitants internes et externes. Ramsbotham recommande en même temps une pression sur le ventre, pour prévenir sans doute l'afflux des liquides vers les vaisseaux abdominaux.

Lorsque l'agitation, les spasmes, le délire dont nous avons parlé plus haut se manifestent pendant le travail, il faut s'empresse de pratiquer une saignée du bras, pour peu que le permette l'état général de la malade, et terminer l'accouchement le plus tôt possible.

On devrait agir de la même manière si l'on voyait tout à coup survenir une altération notable d'un des organes des sens, l'amaurose par exemple.

B. *L'influence que le travail exerce sur le fœtus* varie suivant une foule de circonstances qui, pour la plupart, seront étudiées plus loin. Ainsi, après avoir décrit le mécanisme de l'accouchement dans chaque présentation, nous dirons quelle influence chacune d'elles peut exercer sur la santé et la vie de l'enfant. Les diverses causes de dystocie sont tout autant défavorables à ce dernier qu'à sa mère.

Nous ferons seulement deux observations: nous rappellerons d'abord que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la mortalité des enfants mâles est beaucoup plus considérable que celle des petites filles, ce qui tient, ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut, au volume plus considérable des premiers, et à la durée relative du travail qui en est la conséquence; et que la lenteur excessive du travail, qui devient si souvent alors une cause de mort pour le fœtus,

n'exerce en réalité cette fâcheuse influence qu'autant qu'elle porte sur la seconde période ou période d'expulsion. Jusqu'au moment de la rupture des membranes, et même jusqu'au moment où la dilatation est complète, pour peu qu'il reste encore une certaine quantité d'eau dans l'utérus, le travail peut se prolonger indéfiniment sans que le fœtus en souffre.

Il est à peine utile de faire observer que toute cause de dystocie pouvant avoir sur la santé des mères une fâcheuse influence, celles-ci sont plus exposées aux inflammations consécutives et aux complications fâcheuses du travail, quand elles accouchent d'un garçon que lorsqu'elles donnent naissance à une fille.

CHAPITRE III

DES PHÉNOMÈNES MÉCANIQUES DU TRAVAIL

ARTICLE PREMIER

DES PRÉSENTATIONS ET DES POSITIONS

Lorsque nous avons parlé de l'attitude du fœtus dans la cavité utérine, nous avons dit que le plus souvent il était situé de manière que l'extrémité céphalique était la partie la plus basse. Mais il peut arriver, sous l'influence des causes que nous étudierons plus tard, qu'un des autres points du grand axe du fœtus corresponde au col de l'utérus. L'extrémité supérieure ou céphalique, l'extrémité inférieure ou pelvienne, une des parties du tronc ou de la partie moyenne, peuvent se présenter les premières au détroit supérieur. Or, il est facile de prévoir que ces différentes circonstances de présentation doivent nécessairement influencer sur le mécanisme de l'accouchement, sur la facilité, la promptitude avec lesquelles se fait l'expulsion du fœtus. Il est donc de la dernière importance, avant de commencer l'étude de ce mécanisme, de bien étudier toutes ces situations diverses. Cette étude comprend ce qu'on appelle les *présentations* et les *positions*: par le mot *présentation*, on exprime quelle est la partie qui s'offre la première au détroit supérieur; par celui de *position*, on veut indiquer les rapports que la partie qui se présente a contractés avec les différents points de ce détroit supérieur.

Les anciens accoucheurs ne s'étaient attachés qu'à reconnaître la partie qui se présentait, sans rechercher quels pouvaient être les rapports de cette partie avec les différents points du pourtour du détroit supérieur; mais, depuis Solayres, et surtout Baudelocque, son élève, chacun voulut avoir sa classification, et le nombre des présentations et des positions considérées comme distinctes varia avec chaque auteur qui écrivit sur l'art des accouchements.

Nous donnons, dans le tableau suivant, la classification de Baudelocque et les principales de celles qui lui ont succédé.