

toires, il faut encore attendre, et, surtout après la rupture du kyste, ne pas se hâter d'agir. Dans ce cas, en effet, le temps nécessaire à la formation du kyste nouveau qui enveloppe les parties déplacées est assez long; les adhérences qui l'unissent aux parties voisines demandent un certain temps pour se former, et il y aurait grande témérité à troubler ce travail salutaire par une opération inopportune.

Les ressources que l'art présente dans les grossesses extra-utérines anciennes varient suivant les cas. Quelquefois, en effet, un travail éliminatoire est déjà commencé, l'inflammation s'est emparée des téguments placés au devant de la tumeur; l'abcès s'est formé, il ne s'agit que de l'ouvrir ou d'agrandir par des débridements convenables les ouvertures qui se sont faites spontanément. C'est ensuite un vaste abcès qu'il faut vider et modifier par tous les moyens convenables.

Si les parties du fœtus étaient arrivées dans la vessie, et que le cathétérisme en eût donné la certitude, on aurait à pratiquer la taille, soit par l'hypogastre, soit par le vagin.

Enfin, une femme se présente portant depuis une ou plusieurs années un fœtus extra-utérin. L'art peut-il quelque chose pour elle? Si cette grossesse est pour la femme une cause de vives souffrances, et qu'elle la mette dans l'impossibilité de suffire à ses besoins, si surtout la tumeur peut être facilement attaquée par le vagin, nul doute qu'il ne faille pratiquer l'incision vaginale. Mais si la femme est du reste assez bien portante, est-il prudent d'intervenir dans le but de prévenir les accidents auxquels probablement plus tard cette femme sera exposée? Peut-on espérer, par une opération prudente et méthodique, extraire le fœtus en masse? Cette dernière question est plus difficile à résoudre. Dans un cas de cette espèce, où la tête du fœtus, comme enclavée au détroit supérieur, était parfaitement sentie à travers la paroi postérieure et supérieure du vagin, j'ai vu le professeur P. Dubois se décider, malgré une assez vive opposition de plusieurs consultants, à inciser largement la paroi vaginale, ainsi que les parois du kyste, se proposant d'appliquer le forceps sur la tête, et de l'extraire en totalité. Les parois du kyste et du vagin étant incisées, on crut s'apercevoir qu'il existait une adhérence intime entre les parois du kyste et la tête fœtale, et l'on fut obligé de renoncer à continuer l'opération. Elle ne fut pas cependant sans résultat, car elle fut suivie, au bout de quelques jours, d'une fonte putride de toutes les parties molles du fœtus; les os du squelette détachés furent peu à peu extraits à l'aide de longues pinces et d'injections souvent répétées; les parois du kyste revinrent peu à peu sur elles-mêmes; quand il n'y eut plus rien dans la cavité, les parois se détergèrent, l'ouverture se ferma, et deux mois après la malade fut complètement guérie. Au moment de l'opération, la malade était enceinte de vingt-deux mois.

Cette conduite devrait être imitée dans un cas semblable, surtout si la santé de la femme était visiblement altérée.

L'incision par le rectum a été pratiquée dans quelques cas où la vulve était oblitérée.

Enfin, si le fœtus, situé très-haut dans l'abdomen, était inaccessible par le vagin ou le rectum, la gastrotomie serait seule praticable; mais l'opération doit alors être considérée comme une ressource extrême à laquelle on ne doit recourir que lorsque la vie de la malade est sérieusement menacée.

## CINQUIÈME PARTIE

### DE LA DYSTOCIE, OU DES ACCOUCHEMENTS CONTRE NATURE OU LABORIEUX

Bien que l'accouchement soit une fonction naturelle, et que le plus souvent les ressources de l'organisme suffisent à son accomplissement, il est une foule de circonstances qui peuvent troubler l'œuvre de la nature, la rendre difficile, dangereuse, ou même complètement impossible. C'est à l'exposition de ces difficultés, de ces dangers, et plus particulièrement à l'indication des moyens de les prévenir ou d'y remédier, qu'est consacrée la cinquième partie de ce livre où nous exposerons les difficultés et les accidents qui peuvent compliquer l'accouchement et nécessiter l'intervention de l'art.

Les causes qui rendent l'accouchement difficile, impossible ou dangereux, et qui dès lors nécessitent l'intervention plus ou moins active de l'accoucheur, sont nombreuses et variées, et sont loin d'avoir toujours le même mode d'action. Les unes, en effet, n'agissent qu'en affaiblissant ou en exagérant les forces nécessaires à l'expulsion du fœtus; les autres constituent un obstacle à cette expulsion, en donnant lieu à une disproportion entre les dimensions du canal pelvien et le volume du corps qui doit le traverser, et rendent ainsi inutiles les contractions les plus énergiques. Enfin, dans les conditions en apparence les plus heureuses, on peut voir tout à coup se manifester une foule d'accidents qui, par leur gravité, peuvent compromettre les jours de la mère et de l'enfant.

Sous le rapport des causes qui peuvent ainsi troubler l'œuvre de la nature, on peut donc distinguer dans l'accouchement laborieux trois groupes différents: 1° accouchements rendus difficiles, impossibles ou dangereux, par l'insuffisance ou l'excès d'énergie des forces expulsives; 2° accouchements rendus difficiles, impossibles ou dangereux, par des obstacles qui s'opposent à l'expulsion du fœtus; 3° enfin, accouchements compliqués d'accidents assez graves pour compromettre la vie ou la santé de la mère et de l'enfant.

On réserve plus particulièrement le nom d'*accident* de l'accouchement à tout phénomène morbide capable d'amener rapidement la mort de la mère ou de l'enfant. Ces accidents, en réservant à ce mot le sens restreint que nous venons

de lui donner, sont heureusement peu nombreux; du côté de la mère on compte comme accidents: 1° l'éclampsie; 2° les ruptures de l'utérus; 3° les hémorrhagies. Du côté du fœtus un seul accident est à craindre, c'est la procidence du cordon ombilical et sa compression.

## CHAPITRE PREMIER

### ACCOUCHEMENTS RENDUS DIFFICILES, IMPOSSIBLES OU DANGEREUX, PAR L'INSUFFISANCE OU L'EXCÈS D'ÉNERGIE DES FORCES EXPULSIVES

Il est une foule de cas dans lesquels la position est favorable, les organes de la mère et de l'enfant sont bien conformés; dans lesquels l'accouchement ne présente aucune de ces complications graves dont nous parlerons plus tard, et qui lui ont fait donner le nom d'accouchement contre nature; et cependant les différents temps qui le constituent peuvent ne pas s'accomplir avec le calme et la régularité ordinaires. Or, tout semble si bien calculé dans les œuvres de la nature, que le moindre écart suffit pour nuire à leur accomplissement: trop de lenteur, trop de rapidité dans la marche des phénomènes de l'accouchement, peuvent également nuire à la mère ou à l'enfant, et nécessiter aussi impérieusement l'intervention de l'art qu'une hémorrhagie ou un rétrécissement du bassin. Nous croyons donc faire chose utile en traitant, avec un peu plus de détails qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, des causes et des moyens de prévenir l'influence fâcheuse que peut avoir la lenteur excessive ou la marche trop précipitée du travail de l'accouchement.

### ARTICLE PREMIER

#### LENTEUR EXCESSIVE DU TRAVAIL

En indiquant, page 284, quelle était la durée ordinaire du travail, nous avons eu soin de faire remarquer que l'accouchement se prolongeait souvent au delà des limites fixées, et que dix-huit ou vingt heures de durée, surtout chez les primipares, ne pouvaient être regardées comme inquiétantes; mais toutes les fois qu'il s'est écoulé plus de vingt-quatre heures depuis le commencement du travail, il peut en résulter pour la mère ou l'enfant des accidents sérieux qu'on doit toujours chercher à prévenir en détruisant la cause de cette lenteur excessive.

Dans l'accouchement normal, les phénomènes s'accomplissent avec une régu-

larité telle, que, sous le rapport de la durée, la période de dilatation du col est à celle d'expulsion :: 2 ou 3 : 1. Il est bon de noter que la lenteur du travail peut se faire sentir durant le premier ou le second temps, et que dès lors cette proportion n'existe plus. Cette distinction, qui pourrait servir à établir une classification des causes qui retardent l'accouchement, si les mêmes ne pouvaient faire sentir leur influence à toutes les périodes, mérite cependant d'être faite sous le rapport du pronostic: car si la première période peut se prolonger sans danger, la seconde, au contraire, ne peut dépasser certaines limites sans compromettre beaucoup la santé de la mère et souvent la vie de l'enfant. Celui-ci succombe au moins une fois sur quatre, quand la tête séjourne dans l'excavation plus de sept à huit heures après la dilatation complète et la rupture de la poche des eaux, tandis qu'il résiste presque toujours, alors même que la première période se prolonge quarante, cinquante, soixante heures et plus (1). Les symptômes offerts par la mère sont aussi presque nuls dans ce dernier cas: ainsi une grande fatigue causée surtout par la privation du sommeil, et, chez les femmes nerveuses, une grande irritation, du découragement, un effroi très-grand, tels sont à peu près les seuls inconvénients qui en résultent. Du reste, quoique faible, la douleur revient à des intervalles réguliers, et le travail, quoique lent, fait cependant des progrès. Mais, lorsque la période d'expulsion se prolonge au delà de dix à douze heures, on voit, en général, la douleur devenir irrégulière à la fois dans ses retours et dans son intensité; bien qu'elle soit quelquefois plus intense et plus fréquente, elle est en réalité moins efficace, à tel point qu'il semble que le fœtus rétrograde au lieu d'avancer: en un mot, il y a des douleurs, mais il n'y a pas de contraction expulsive.

Ce trouble local est accompagné ou au moins bientôt suivi d'un tremblement violent, la malade a des envies de vomir, et même des vomissements de matières bilieuses; elle est inquiète, agacée, change à chaque instant de position; la peau est chaude et sèche, le pouls bat cent et quelquefois cent cinquante pulsations par minute, la langue est sèche et recouverte, ainsi que les dents, d'un enduit noirâtre. Le vagin et le col utérin sont chauds et sensibles au toucher, il s'en écoule un liquide jaunâtre et quelquefois d'une odeur fétide; la pression que la tête du fœtus exerce sur le col de la vessie s'oppose à l'émission des urines, et les parties qui tapissent le détroit supérieur et l'excavation pelvienne, longtemps comprimées par la tête de l'enfant, peuvent s'enflammer, se gangrener même, complications qui peuvent devenir plus tard la source des accidents les plus graves.

Si la femme n'est pas délivrée, ces symptômes augmentent d'une manière effrayante: les vomissements deviennent plus fréquents, l'abdomen plus tendu; l'indocilité de la malade ne connaît plus de bornes, son pouls est de plus en plus

(1) Le relevé suivant, que j'emprunte à Churchill, est très-propre à confirmer ce que nous venons de dire: Dans cent trente-trois cas, la première période s'est prolongée de vingt-quatre à soixante heures, huit enfants seulement ont succombé; dans huit cas de soixante à cent heures, un seul mort; dans trois cas de cent à cent soixante-dix-sept heures, pas un mort. (Churchill, 492.)

faible et précipité, et elle tombe dans un état de demi-stupeur ou dans un demi-délire qui bientôt se termine par la mort.

Il est à peine utile de faire remarquer que, dans ce dernier cas, la vie de l'enfant est aussi plus sérieusement compromise.

Nous avons dû signaler ces différences dans la gravité des symptômes pour prouver la nécessité de la distinction que nous avons faite : nous pourrions maintenant étudier les causes qui parfois ralentissent la marche du travail, indiquer les moyens propres à y remédier, sans avoir besoin de rappeler, pour chacune d'elles, que les dangers auxquels elles exposent la mère et l'enfant sont beaucoup plus graves dans la seconde que dans la première période, et que, si l'on peut, dans celle-ci, se confier longtemps aux ressources de l'organisme, dans celle-là, au contraire, l'intervention de l'art est assez promptement nécessaire.

Les causes qui peuvent retarder l'accouchement dépendent de l'état général de la femme, ou d'une modification toute spéciale des organes génitaux. Dans l'un ou l'autre cas, elles peuvent faire sentir leur influence dès le début, ou seulement à une époque plus ou moins avancée du travail; aussi avons-nous à considérer les trois conditions suivantes : 1° les douleurs ou contractions sont lentes ou faibles dès le commencement du travail; 2° après avoir débuté avec énergie, elles se ralentissent, s'effacent ou même cessent complètement; 3° enfin, elles offrent une irrégularité bien grande dans leur durée, leur intensité et leurs retours, irrégularité qui détruit presque complètement leur action expulsive. Dans tous ces cas, les Anglais ont donné au travail le nom de *tedious labour*, travail ennuyeux, et cette dénomination mériterait d'être adoptée, car elle convient parfaitement aux cas dont nous allons nous occuper.

#### § I. — De la lenteur ou faiblesse des contractions,

La *lenteur ou faiblesse des contractions* peut exister depuis le commencement du travail, et persister pendant toute sa durée: elle est caractérisée par des douleurs faibles, pendant lesquelles la dilatation du col s'effectue très-lentement, et qui un peu plus tard semblent impuissantes à pousser la tête au dehors. Cette lenteur dans la marche du travail peut tenir à l'état général de la femme, ou à une disposition toute locale de l'utérus. Dans le premier cas, elle se manifeste chez les femmes douées d'une constitution très-grêle et très-débile, et accidentellement affaiblies par de longues maladies. Toutefois, n'oublions pas, comme nous l'avons déjà fait remarquer page 123, que la faiblesse générale du système musculaire n'a que peu d'influence sur la force contractile de l'utérus, et que celle-ci est souvent énergique chez les individus très-faibles, comme les phthisiques par exemple. Le travail marche quelquefois même plus rapidement chez ces individus, car le peu de résistance qu'offre alors le plancher du bassin, lorsque la fibre utérine conserve toute sa contractilité, semble favoriser la rapidité du travail.

Il n'y a alors généralement rien à faire qu'à exhorter la malade à la patience, employer quelques légers stimulants, tels que bouillon, vin de Bordeaux, quelques cuillerées de vin d'Espagne; en un mot, soutenir autant que possible ses forces. Si, lorsque le col de l'utérus est suffisamment dilaté, la contraction utérine est trop faible pour produire l'engagement et l'expulsion de la tête, il faut avoir recours au seigle ergoté ou mieux au forceps.

Mais, lorsque c'est à une disposition toute locale de la matrice qu'il faut attribuer la lenteur du travail, on doit rechercher avec soin quelles peuvent en être les causes. Celles-ci sont variables et nécessitent l'emploi de moyens variés; on comprend dès lors l'importance que l'accoucheur doit mettre à les bien distinguer.

A. L'excessive distension des parois utérines, qu'elle tienne à l'hydropisie de l'amnios ou à la présence de plusieurs enfants, doit être placée en première ligne. Cet excès de distension, en effet, détermine un amincissement considérable des parois utérines, les engourdit en quelque sorte, et diminue leur force de contraction. Indépendamment du développement considérable du ventre et de l'élévation inaccoutumée de la tête vers la fin de la grossesse et au début du travail, qui doivent éveiller l'attention, il y a dans la physionomie des douleurs quelque chose de tout particulier. Aussi les contractions, bien que faibles, laissent la malade dans un état d'anxiété et de souffrance continuelles, et ne reviennent qu'à des intervalles éloignés et irréguliers; elles semblent envahir seulement le fond de l'utérus, et ne portent pas par en bas, suivant l'expression des femmes; la poche amniotique, si elle n'est pas encore rompue, bombe à peine pendant la douleur. Il faut bien se garder alors d'avoir recours aux excitants, qui n'auraient ici d'autre résultat que d'augmenter la souffrance des femmes, sans rendre les contractions plus énergiques. Le seul remède consiste dans la rupture des membranes. En facilitant l'écoulement du liquide amniotique, on fait cesser la distension excessive de l'organe, avec elle cette douleur permanente qu'elle occasionnait, et les véritables contractions deviennent plus fréquentes et plus énergiques.

B. Cette faiblesse et cette lenteur des contractions peuvent tenir aussi à l'engorgement sanguin ou à la pléthore des parois utérines. Cet état se reconnaît aux signes suivants: les douleurs sont tout d'abord assez énergiques, mais bientôt elles diminuent en fréquence et en intensité; le col est mou, souple, peu résistant, mais la partie qui se présente ne s'engage pas durant la douleur; celle-ci est également répandue dans tout le ventre; en même temps se manifestent presque toujours des phénomènes de pléthore générale. La respiration est gênée, le pouls est dur et plein et les douleurs sont très-irrégulières, et dans leur fréquence, et dans leur intensité. La saignée du bras, proportionnée à l'état général de la femme, est alors le meilleur remède à employer.

C. Cette lenteur et cette faiblesse des contractions peuvent dépendre de la faiblesse ou de la mauvaise organisation de l'utérus lui-même, quoique, du reste, l'état de la malade soit bon; en un mot, l'appareil musculaire de l'utérus peut manquer de force quand les autres muscles de l'organisme sont doués de

beaucoup d'énergie. La dilatation s'est opérée lentement, le col n'offre plus aucune résistance, mais l'organe paraît impuissant à opérer l'expulsion du corps étranger qu'il renferme. Le seigle ergoté convient alors pour ranimer les contractions affaiblies; on agit encore plus sûrement avec le forceps quand la dilatation est assez grande pour que cet instrument puisse être appliqué.

Le docteur Franck de Wolfenbutten a tout dernièrement préconisé l'électro-magnétisme dans les cas de faiblesse ou d'absence de contractions, et cite quatre observations dans lesquelles il dit l'avoir employé avec avantage. La lecture de ces faits ne nous a pas convaincu de l'utilité de ce moyen. D'ailleurs, la difficulté d'avoir à sa disposition un appareil convenable ne permettra que rarement de l'employer (1).

D. Suivant Baudelocque, la mort de l'enfant aurait la fâcheuse influence de ralentir et d'affaiblir les contractions utérines. M. P. Dubois fait remarquer avec raison, à notre avis, que si la femme est, du reste, bien portante, la mort du fœtus n'a aucune action sur la marche du travail; que, s'il arrive parfois que les femmes accouchent plus péniblement quand leur enfant a déjà depuis quelque temps cessé de vivre, c'est lorsque seulement les maladies de la mère ont occasionné la mort du fœtus, et que, par conséquent, les forces sont affaiblies par une maladie antécédente.

E. Si la rupture tardive des membranes peut ralentir et affaiblir les douleurs, leur rupture prématurée peut produire le même résultat. Voici, en effet, alors ce qui peut arriver: si la tête est très-volumineuse et très-basse au moment où cette rupture a lieu, elle s'applique exactement sur l'orifice, et retient derrière elle une grande partie des eaux. Si, à ce moment, le col est assez dilaté pour que la tête puisse s'y engager, il ne s'écoule point d'eau même pendant la contraction; mais si la dilatation est encore peu avancée, les eaux s'écoulent goutte à goutte, dit-on, au commencement et à la fin de chaque douleur; celle-ci est toute employée à chasser ainsi peu à peu le liquide amniotique, et ne contribue en rien à opérer la dilatation du col. Le même phénomène se reproduit lorsque les membranes se rompent en un point élevé de la poche, point qui ne correspond point du tout au col de l'utérus. Il s'écoule alors un peu d'eau au moment où s'opère cette rupture, et chaque douleur est encore accompagnée ou suivie de l'écoulement du trop-plein, sans accélérer en rien la dilatation. Cette circonstance, suivant M. P. Dubois, ne mérite pas toute l'importance qu'on lui a donnée. Le travail d'expulsion n'est pas, à proprement dire, commencé: le fœtus, protégé par le liquide qui l'entoure, n'a pas à souffrir de la lenteur du travail; il n'y a donc rien à faire dans la plupart des cas. Si cepen-

(1) L'appareil dont l'auteur se sert consiste en une plaque métallique concave, humectée d'eau salée, qu'il applique sur la région lombaire et qu'il met en communication avec le conducteur positif d'un appareil électro-magnétique à rotation; le conducteur négatif est mis en rapport avec un cylindre creux rempli d'eau salée, introduit dans le vagin jusqu'à l'orifice de la matrice, et joue le rôle d'excitateur. L'application de l'électro-magnétisme se fait pendant cinq ou six minutes dans l'intervalle des contractions, et est suspendue pendant leur durée.

dant l'accouchement languissait trop longtemps, on pourrait, comme on l'a généralement conseillé, introduire deux doigts dans le col et soulever la tête du fœtus, dans le but de favoriser l'écoulement plus prompt du liquide, ou bien déchirer le segment inférieur des membranes qui s'engage dans le col, si la rupture s'était primitivement opérée sur un point très-élevé. Cette manœuvre toutefois ne doit être employée qu'autant que la dilatation du col est déjà très-avancée. Il est évident, en effet, que si toute l'eau s'écoulait longtemps avant la dilatation du col, l'enfant pourrait souffrir d'une compression trop immédiate et trop longtemps prolongée.

#### § II. — Ralentissement ou suspension des douleurs.

Il n'est pas rare de voir un travail qui d'abord marchait bien s'arrêter tout à coup: les douleurs, jusqu'alors fortes et fréquentes, se ralentissent et cessent même complètement. Les indications que présentent ces phénomènes sont variables suivant les causes qui y ont donné lieu. Aussi le médecin doit-il les rechercher avec le plus grand soin. Parmi celles qui peuvent ainsi ralentir ou suspendre les douleurs, on a cité:

A. Les impressions morales vives que la femme peut éprouver pendant le travail: une nouvelle inattendue, une discussion vive, l'annonce d'un enfant d'un sexe autre que celui que la mère désirait, l'arrivée ou la présence d'une ou de plusieurs personnes qui lui déplaisent, telles sont les principales circonstances auxquelles on a eu souvent occasion de rapporter la cessation des douleurs. L'éloignement de la cause est le seul remède à employer dans ces cas: malheureusement il n'est pas toujours facile de la deviner. C'est à la prudence et à la sagacité du médecin à pénétrer le mystère.

B. Une douleur causée par la coïncidence d'une maladie antécédente, ou qui se manifeste pendant le travail. Quelquefois ce seront des vomissements très-douloureux et très-fréquents, des douleurs vives dans les muscles du dos et du ventre, des coliques vives dans les intestins, etc. Dans tous ces cas, les femmes, éprouvant une douleur très-intense, qui est encore exagérée par la contraction utérine, cherchent à suspendre celle-ci autant que cela leur est possible. Le médecin doit alors essayer de calmer la douleur qui trouble ainsi le travail.

Lorsqu'il survient des vomissements très-opiniâtres, il faut, si toutefois la femme supporte facilement les opiacés, administrer quelques gouttes de laudanum; dans le cas contraire, donner quelques boissons aromatiques ou antispasmodiques, et se contenter de faire quelques lotions narcotiques sur le creux épigastrique. S'il existe des douleurs musculaires vives, on pratiquera des embrocations sur la partie douloureuse avec un liniment opiacé. Un changement de position suffit quelquefois pour les calmer. Si, enfin, comme cela arrive souvent, cette douleur étrangère à la contraction ne peut être calmée, il faut aider la nature en terminant l'accouchement.

Il faut certainement classer parmi les circonstances qui peuvent ralentir et

même suspendre complètement la contraction utérine, les crampes si violentes que produit quelquefois la compression exercée par la tête du fœtus sur les nerfs sacrés. Dans trois cas observés par le professeur Meigs (de Philadelphie), la douleur était tellement violente qu'elle jetait la malade dans une angoisse inexprimable. Au dire des femmes, cette douleur est semblable à celle que produirait le pincement ou la torsion d'un gros tronc nerveux. Les malades réclament à grands cris une prompte délivrance, et le médecin est souvent obligé de céder à leurs instances. Son intervention peut encore être nécessitée par la suspension plus ou moins complète des contractions de l'utérus. Cet organe semble paralysé par la violence de ces douleurs nerveuses, et, tout à la fois pour soustraire la malade aux douleurs affreuses qui la tourmentent et pour aider l'impuissance des efforts utérins, on est souvent obligé d'appliquer le forceps.

L'emploi des inhalations de chloroforme pourrait, dans tous ces cas, avoir une heureuse influence. En paralysant la sensibilité animale, on pourrait rendre à l'utérus l'intégrité de ses fonctions. Les accoucheurs anglais l'ont plusieurs fois employé avec succès dans ce but.

C. Nous avons déjà parlé (page 386) de la fâcheuse influence que l'extrême distension de la vessie pouvait avoir sur la marche du travail. Il est évident que, si la suspension des douleurs pouvait être attribuée à cette circonstance, le cathétérisme devrait être immédiatement pratiqué : si l'engagement de la tête rendait cette opération impossible, on devrait avoir recours à l'application du forceps. L'administration de l'ergot me paraîtrait ici au moins très-imprudente.

D. La pléthore générale, si facilement reconnaissable à la rougeur de la face, à la céphalalgie, aux battements dans la tête, aux vertiges, aux éblouissements, aux tintements d'oreilles, à l'agitation de la malade, à la force et à la plénitude du pouls, aux lassitudes dans les membres, sera combattue par la saignée.

E. La faiblesse propre de l'utérus. Il est des femmes chez qui la force contractile de l'utérus s'épuise facilement. Ainsi les contractions, après avoir suffi aux premiers efforts du travail, diminuent ou cessent tout à coup sans autre cause que cette faiblesse de l'organe. C'est alors surtout qu'il faut conseiller à la femme de se lever et de marcher pendant quelque temps, qu'il faut frictionner le ventre, titiller le col utérin, exercer des pressions sur le périnée, et, si ces moyens échouent, administrer le seigle ergoté ou les douches utérines, et terminer au besoin par l'application du forceps.

### § III. — Irrégularité des douleurs.

Les contractions peuvent être irrégulières dans leur marche ; elles peuvent être partielles, c'est-à-dire qu'un seul point des parois utérines se contracte, tout le reste de l'organe restant dans l'inaction. La structure musculaire de l'utérus explique assez bien cette irrégularité des contractions. Les douleurs de la première espèce se reconnaissent aux signes suivants : il n'y a pas de calme

bien complet et bien franc entre les douleurs ; elles sont continues et seulement interrompues par des paroxysmes pendant lesquels l'intensité de la douleur est atroce. Dans la contraction partielle, la douleur revient par intervalles ; mais tantôt c'est seulement le fond de l'utérus, tantôt un de ses angles ; d'autres fois un des points de sa surface qui se contracte spasmodiquement, tandis que le reste se contracte à peine. Les douleurs cependant ne sont pas moins aiguës que si la contraction était générale. Souvent même elles le sont davantage. Mais on les reconnaît facilement à ce qu'elles ont lieu presque en pure perte, ou du moins sans avoir une grande influence sur les progrès du travail. Pendant la contraction, et même dans le moment où la femme souffre le plus, on peut, dans le cas de contraction partielle, en appliquant la main sur l'hypogastre, sentir que l'ovoïde utérin n'est pas régulier, qu'il y a des bosselures, des inégalités. Dans tous les cas, il est facile de constater qu'il n'y a pas d'impulsion imprimée au fœtus, que la partie qui se présente ne s'avance pas ; si les membranes ne sont pas encore rompues, elles ne bombent pas, et se tendent à peine pendant les douleurs. Au plus fort de la douleur, au moment du paroxysme, la partie qui se présente paraît parfois s'avancer un peu ; mais, d'une part, ce mouvement de progression n'est pas en rapport avec la violence des douleurs, et, d'autre part, il ne continue pas, bien que la douleur persiste.

La femme est alors dans une agitation extrême : elle pleure, se désespère. Assez souvent le pouls est fréquent, développé, fébrile ; la face est rouge, animée, la peau chaude ; les idées se troublent, et les membres sont convulsivement contractés.

Ces contractions irrégulières, qu'on a désignées sous le nom de *tétanos utérin*, cessent quelquefois d'elles-mêmes, mais souvent aussi se prolongent indéfiniment. Il est important alors de les faire cesser. Or, les meilleurs moyens à employer sont : 1° quand la face est pléthorique, que le pouls est plein, fort, développé, la face rouge et animée : la saignée générale ; 2° chez les femmes nerveuses, très-irritables, chez lesquelles, en général, la saignée n'est pas praticable, il faut employer les bains, les injections émollientes, les lotions laudanisées sur l'abdomen, mais surtout le laudanum à l'intérieur, donné à la dose de vingt ou quarante gouttes dans un ou deux petits lavements de 120 à 150 grammes. Sous l'influence de ces moyens, mais surtout du dernier, les douleurs cessent presque complètement pendant une demi-heure ou une heure ; pendant ce temps, la femme sommeille, puis les bonnes douleurs, c'est-à-dire les douleurs franches et régulières, se réveillent, et le travail se termine heureusement.

L'action des opiacés est quelquefois beaucoup plus prompte, et se fait sentir un quart d'heure ou dix minutes après leur administration. Chez une jeune dame primipare, en travail depuis dix heures du matin, les contractions marchèrent lentement, mais régulièrement jusqu'à quatre heures. Alors elles prirent le caractère particulier dont je parle, et dès ce moment, malgré des douleurs presque continues, malgré la dureté permanente du globe utérin, la tête ne descendit pas. A six heures j'administrai les opiacés. Au bout de dix minutes,

cette vive agitation se calma, les douleurs cessèrent complètement, puis reparurent quelques minutes après, d'abord lentes et faibles, mais bientôt assez régulières et énergiques pour terminer promptement l'accouchement.

Lorsque le col de l'utérus participe à cet état de spasme, on se trouve bien d'employer la pommade et l'extrait de belladone, comme nous aurons l'occasion de l'indiquer plus loin.

On a reproché à l'emploi de la belladone de suspendre les douleurs, de paralyser l'exercice de la contractilité du tissu après l'accouchement; c'est une erreur, son action est toujours bornée au col; celui-ci peut être tout au plus paralysé pendant quelque temps.

M. Velpeau dit s'être servi avec succès, dans le cas qui nous occupe, de la potion suivante : Eau de laitue ou de coquelicot, 120 grammes; eau de fleur d'oranger ou de menthe, 30 grammes; sirop de pavot blanc, 30 grammes; extrait d'opium, 5 centigrammes.

Les inhalations anesthésiques me semblent devoir être employées avec avantage dans ces cas de contractions partielles ou irrégulières : je les crois très-propres à modifier la surexcitation utérine, à laquelle elles sont le plus souvent liées; et, dans plusieurs cas, elles ont, comme l'opium, suspendu momentanément les contractions, pour leur rendre, après quelques instants, leur régularité et leur efficacité normales.

#### § IV. — Influence des contractions des parois abdominales.

Chez quelques femmes très-grasses, la seconde partie du travail s'opère quelquefois avec une lenteur excessive. Les contractions utérines ne cessent pas complètement, mais elles paraissent sans action et ne font faire aucun progrès à la tête du fœtus. Cette impuissance des efforts utérins m'a paru tenir beaucoup moins aux résistances que présentait chez elles la partie inférieure du canal pelvien, qu'au défaut d'action des muscles abdominaux. La couche épaisse de graisse qui double en effet les parois antérieures du ventre doit paralyser un peu l'action synergique de ces muscles, et l'utérus se trouve ainsi privé de l'aide qu'il en reçoit habituellement. C'est alors surtout que paraît applicable la compression abdominale tant vantée par quelques personnes : un bandage circulaire appliqué sur tout le ventre remplacerait efficacement le point d'appui que les muscles abdominaux contractés fournissent habituellement à l'utérus. C'est, du reste, ainsi que le dit M. Velpeau, un moyen trop innocent pour ne pas l'employer avant d'avoir recours au seigle ergoté ou à la terminaison artificielle du travail.

Si la contraction de l'utérus est la cause efficiente principale de l'accouchement, ce que démontrent les vivisections faites sur les animaux et les faits pathologiques qu'on a pu recueillir chez la femme, il n'en est pas moins vrai que le concours des contractions des muscles de l'abdomen et les efforts auxquels la femme se livre, est un puissant auxiliaire pour l'expulsion du fœtus. Quelques observations semblent même démontrer que la paralysie des muscles de l'abdomen, que l'impos-

sibilité d'un effort énergique, ont suffi quelquefois pour retarder outre mesure la terminaison de l'accouchement.

M. Depaul a vu une femme paraplégique chez laquelle le travail marchait si lentement, qu'il fut obligé de terminer l'accouchement par une application du forceps. Chez cette malade, l'utérus se contractait régulièrement et aucune cause ne faisait obstacle à l'expulsion du fœtus. Aussi M. Depaul n'hésita pas à rapporter la lenteur excessive du travail à la paraplégie. J'ai moi-même vu un fait analogue : une multipare qui avait toujours eu des accouchements faciles devint paraplégique, ce qui n'empêcha pas une nouvelle grossesse, mais cette fois, malgré des contractions utérines très-fréquentes et très-dououreuses, l'accouchement ne put être terminé que par une application du forceps.

Un fait d'un autre genre observé par M. Depaul montre l'influence fâcheuse de l'impossibilité dans laquelle se trouve une femme de faire des efforts soutenus. Une jeune dame avait été amputée de la cuisse; elle devint enceinte et au moment de l'accouchement elle ne put s'arc-bouter qu'à l'aide d'une seule jambe; les efforts auxquels elle se livrait, mal dirigés, semblaient avoir pour effet l'affaiblissement des contractions utérines. Le bassin était bien conformé, aucun obstacle n'arrêtait la sortie du fœtus, et cependant l'accouchement dut être terminé par une application du forceps.

Aux faits que je viens de rapporter on pourrait en opposer d'exactement contraires, je le sais, et j'ai vu moi-même une femme paraplégique accoucher avec une très-grande facilité. Cette différence tient à ce que les faits cliniques varient à l'infini; les phénomènes pathologiques, au lieu de se montrer isolément, s'associent de mille manières différentes, et c'est ainsi qu'on peut expliquer comment, chez une femme, les contractions utérines suffisent à elles seules pour l'expulsion du fœtus, tandis que chez une autre elles ont besoin d'être aidées par la contraction des muscles abdominaux.

## ARTICLE II

### DU TRAVAIL TROP PROMPT

Bien que plus rares, les accidents qui peuvent résulter d'un accouchement trop prompt sont aussi graves que ceux qui sont produits par un travail trop lent. Aussi croyons-nous réparer une omission grave commise par la plupart des auteurs et par nous-même dans la première édition de ce livre, en consacrant quelques lignes à l'indication des faits qui s'y rattachent.

Il est des femmes qui ont le fâcheux privilège d'accoucher après quelques douleurs, et cette rapidité excessive dans la marche des phénomènes de la parturition se reproduit chez elles à chaque accouchement. Cette particularité semble même être héréditaire dans certaines familles, où elle se perpétue pendant trois ou quatre générations.

La terminaison trop prompte est toujours due à trop d'énergie et de fréquence dans les contractions utérines, ou à un défaut de résistance dans les parois du canal que le fœtus doit traverser.

Quelques auteurs ont cherché à établir une relation entre les phénomènes qui, pendant l'état de vacuité, précèdent ou accompagnent l'écoulement mensuel, et l'activité ou la lenteur des contractions pendant le travail. Si l'écoule-