

état normal ou morbide, de sa direction dans l'axe du détroit supérieur, de son obliquité plus ou moins prononcée, de la fréquence et de la régularité des contractions.

L'énergie de la presse abdominale est en rapport avec l'état général de la femme; avec sa constitution, son tempérament, son courage; avec la présence ou l'absence de tumeurs ou d'anomalies locales.

C. — *Le canal à parcourir* est constitué par des parties dures et molles. Les difficultés peuvent provenir du bassin osseux trop large ou trop étroit, trop long ou trop court, présentant un vice quelconque, une maladie des os ou des articulations.

Les parties molles doivent être envisagées de trois côtés : au col utérin, au canal vaginal, à la vulve. A ce point de vue, il faut distinguer les primipares et les multipares; chez celles-ci, les parties sont d'habitude plus larges, plus souples, plus dilatables, moins sensibles, de sorte que l'introduction de la main et des instruments est plus facile, la sortie de l'enfant plus rapide.

Chez les multipares et les primipares, il faut tenir compte de la fermeté des tissus; de la lubrification et du ramollissement du canal vulvo-vaginal; de la situation du col et de son aspect.

Dans la majorité des cas, la dilatation du col est le temps le plus long, le plus difficile; c'est le point où la résistance est la plus vive. On doit donc tenir le plus grand compte de cet élément. Voici à ce sujet quelques particularités intéressantes.

Lorsque le segment inférieur de l'utérus est presque hémisphérique, le col mince, mou, extensible, au centre du bassin, la dilatation est rapide et peu douloureuse. Quand ce segment est très abaissé, tendu et le col fortement porté en haut et en arrière, la dilatation est lente, pénible. On la facilitera, en accrochant avec l'index la lèvre antérieure pour attirer le col en bas et en avant, en ayant soin de ne pas déchirer les membranes.

Si le col n'est pas complètement effacé et a conservé une forme tubulée, la dilatation est longue, douloureuse.

Dans tous les cas où les lèvres du col sont épaisses et fermes, ou résistantes et sensibles, la dilatation exige du temps et de la patience. Si on voulait la hâter au moyen des doigts, on n'aboutirait qu'à provoquer des douleurs, de l'inflammation, un spasme de l'orifice.

Chez les primipares, le vagin et surtout la vulve opposent une assez grande résistance, notamment chez les femmes grasses, à chairs fermes. Il faut se garder de vouloir aller trop vite, sinon des lésions plus ou moins étendues se produisent. Il en est de même lorsque les parties sont infiltrées, car elles se déchirent alors avec la plus grande facilité; quelques mouchetures avec la pointe d'une lancette permettront la sortie de la sérosité et le dégonflement des tissus.

Le col, le vagin et la vulve peuvent être le siège de maladies diverses, d'anomalies congénitales ou acquises, qui seront examinées ultérieurement.

Toutes les particularités provenant du mobile, de la force expulsive, du canal à parcourir, peuvent, isolées ou en se combinant, amener un simple retard dans le travail, ou bien devenir des causes plus ou moins importantes de *dystocie*, c'est-à-dire rendre l'accouchement difficile, dangereux et exiger une intervention plus ou moins énergique.

Dans le cas le plus heureux, dans l'accouchement naturel, type en quelque sorte, la femme est bien portante, bien constituée; parfaitement conformée; le fœtus est à terme, de volume ordinaire, le sommet est en première position et déjà engagé dans le haut de l'excavation; le col est au centre, tout à fait effacé, dilatable; la poche est plate et résiste jusqu'à la dilatation plus ou moins complète; les contractions sont régulières; le canal est normal, ramolli, lubrifié; enfin, aucune anomalie ne peut être relevée.

Plus un accouchement s'éloigne de ce type, moins il y a de chance qu'il se termine facilement, rapidement.

Soins à donner pendant la dilatation.

Pendant le travail, la femme doit être parfaitement à l'aise, n'éprouver aucune contrainte morale ni physique. Peu de personnes doivent rester dans la chambre et il faut écarter soigneusement toutes celles qui pourraient être importunes ou antipathiques; l'accoucheuse, le mari et la mère de la patiente suffisent dans la grande majorité des cas. Parfois la présence du mari ou de la mère n'est pas désirée, la belle-mère cherche à assister à l'accouchement et est gênante, une sœur ou une amie est préférée. Avec un peu de perspicacité, le praticien devine le désir de la parturiente et il doit chercher à la satisfaire. En effet, le système nerveux est surexcité, la sensibilité est fort grande et toute impression pénible, ou seulement désagréable, réagit sur le travail, peut ralentir les contractions et amener de l'inertie utérine.

La femme continuant à se lever et à marcher, doit être vêtue suffisamment: les vêtements doivent être amples, ne serrer en aucun endroit; un jupon et une camisole, ou un peignoir large au-dessus de la chemise; des bas et des pantoufles, un foulard autour du cou constituent l'habillement ordinaire.

Le foulard doit être modérément serré; beaucoup de femmes y attachent une grande importance, surtout pendant la période d'expulsion, quand elles sont obligées de pousser; elles sont persuadées que par ce moyen elles éviteront le gonflement du cou qui succède parfois aux efforts. Nous ne voyons pas d'inconvénient à les contenter.

Les cheveux doivent être mis en ordre, réunis en tresses, afin de

n'avoir pas à s'occuper de la coiffure dans les premiers jours des couches. Ils peuvent être maintenus par une résille ou un bonnet.

Le corps doit être propre, la femme a pris un bain général si possible ; les organes génitaux externes doivent être parfaitement lavés à l'eau et au savon, puis rincés avec une solution de sublimé à 1/2 p. 1000 ; on coupe les poils exubérants de la vulve. Après cela, on fait une injection antiseptique en suivant les règles tracées plus haut (page 307). On renouvelle cette injection une ou plusieurs fois, à quelques heures d'intervalle, selon les conditions du travail.

Il faut veiller à ce que le rectum et la vessie soient vides ; si la femme éprouve quelque difficulté à uriner, on la sonde ; si elle n'a pas été à la selle depuis quelques heures, on passe un lavement. La plénitude des réservoirs peut être une cause d'inertie ; du reste, toute la place est nécessaire pour le passage de l'enfant ; la vessie pourrait se rompre, si elle était distendue par l'urine ; la distension du rectum pourrait contrarier la descente et la rotation de la tête. Certaines femmes sont gênées par la présence de l'accoucheur ; celui-ci doit avoir soin de se retirer de la chambre, chaque fois que la patiente désire uriner ou aller à la selle.

Lorsque le travail reste dans les limites ordinaires, la femme ne doit prendre aucune nourriture, aucune boisson excitante. Si l'estomac était en état de réplétion, une indigestion pourrait survenir ; de là retard ou arrêt des contractions, inertie utérine. Les nausées et les vomissements fatiguent la patiente et ralentissent le travail.

La boisson la plus simple et le plus souvent la mieux tolérée et la meilleure pour étancher la soif vive que beaucoup de femmes éprouvent, c'est l'eau fraîche, glacée même, s'il y a des nausées ; seulement, on la donne par petits coups, jamais une grande quantité à la fois.

D'autres préfèrent l'eau à la température de la chambre, l'eau sucrée, l'eau aromatisée (fleur d'oranger, sirop de citron, de framboises, de groseilles, etc.), la limonade au citron, le jus d'orange, l'eau gazeuse, l'eau vineuse, le café, une infusion de tilleul ou toute autre de même espèce. Toutes ces boissons peuvent être permises, au choix de la femme, mais doivent toujours être données par petites gorgées, de crainte des vomissements.

Si le travail traîne et que les voies digestives soient en bon état, on conseille des boissons nourrissantes ou mêmes stimulantes : bouillon, jus de viande, lait, lait de poule, jaune d'œuf dans du bouillon, vin de Bordeaux ou du Midi, grog au rhum ou au cognac.

On ne doit permettre ces dernières boissons que si la femme est fort épuisée ou l'affaissement très marqué, sinon elles pourraient provoquer un état d'excitation très désagréable, qui n'est nullement à craindre lorsqu'il existe de la prostration.

Pendant la dilatation, la patiente peut rester debout, s'asseoir,

marcher, se promener, se coucher de temps en temps. Elle change elle-même au gré de ses désirs ; cependant il est utile qu'elle ne reste pas constamment en place, qu'elle circule dans la chambre assez souvent ; les mouvements paraissent d'habitude rendre les douleurs plus régulières, plus fréquentes. Ce n'est pas cependant un motif pour fatiguer la femme outre mesure, pour la faire voyager sans trêve et sans relâche : ce serait là une ridicule exagération.

Quelquefois le contraire a lieu, les contractions sont plus énergiques lorsque la femme est dans le décubitus dorsal ; on doit tenir compte de cette observation.

Si une douleur survient pendant que la patiente marche, elle s'arrête, s'appuie avec les mains sur un meuble ou sur une des personnes présentes ; elle se cramponne alors fortement, le corps courbé en avant, en arc de cercle, comme quand on éprouve de fortes coliques. On peut constater à ce moment que la matrice se durcit et, si les membranes sont déchirées, un peu de liquide s'écoule de la vulve. Il faut donc avoir soin de mettre un drap ou un vase, pour garantir le parquet. *Nous avons déjà dit qu'avant la dilatation complète, la femme doit s'abstenir de tout effort* : le motif en a été indiqué précédemment.

Dans certains cas, la femme doit conserver le décubitus dorsal :
1° Lorsque les membranes se sont déchirées prématurément ; afin de conserver le plus d'eau possible dans l'utérus ;

2° Lorsqu'un accouchement précédent a été trop prompt et suivi de perte ; afin de rendre celui-ci plus lent ;

3° Lorsqu'il y a procidence du cordon ou des membres, prolapsus, varices volumineuses, hernie, hémorragie ;

4° Lorsque le ventre est en besace. Dans ce cas, on peut laisser marcher la femme, en ayant soin de relever l'utérus et d'appliquer un bandage de corps ;

5° Lorsqu'il y a doute sur le diagnostic, afin de ménager la poche le plus longtemps possible pour le cas où il s'agirait d'une présentation vicieuse ;

6° Chez les femmes faibles, fatiguées, sujettes aux syncopes, préférant rester sur leur lit ;

7° Dans les positions irrégulières, déviées. Ici l'on doit placer la femme dans un *décubitus raisonné*, afin que la pesanteur agisse pour redresser le fœtus. Ainsi, supposons la tête déviée vers la fosse iliaque droite ; la femme devra rester dans le décubitus latéral droit, de sorte que le fond de l'utérus et le siège du fœtus (parties les plus lourdes et les plus éloignées des ligaments) soient attirées vers le bas, c'est-à-dire vers la ligne médiane et même du côté droit ; le pôle opposé du fœtus, la tête, subissant un mouvement inverse, se rapproche du centre du détroit supérieur.

Il n'est pas nécessaire que l'accoucheur reste à côté de la femme

pendant toute la période de dilatation, du moins chez les primipares et chaque fois qu'on prévoit un travail devant encore durer plusieurs heures ; il est préférable que l'accoucheur s'absente ou du moins quitte la chambre, selon les cas. La femme est ainsi moins gênée, ne tracasse pas le praticien, ne l'engage pas à tenter des manœuvres intempestives, à faire des examens trop fréquents et plus préjudiciables qu'utiles.

L'accoucheur doit répéter trop souvent les mêmes phrases, il s'use en quelque sorte et perd de son prestige et de son autorité. Mieux vaut donner ses ordres, ses indications et revenir une heure ou deux plus tard constater les progrès du travail.

Certaines femmes difficiles, impérieuses, craintives, désirent que l'accoucheur ne les quitte pas d'un instant, voudraient qu'on les examine constamment, réclament une intervention à tout prix. On doit savoir ne pas céder à ces exigences et échapper à cette espèce de tyrannie, avec adresse, persuasion ou autorité, selon les circonstances.

Le toucher exige des précautions antiseptiques minutieuses dont nous avons indiqué tous les détails précédemment (page 305).

Rappelons la nécessité de deux bassins ; le 1^{er} sert au lavage ordinaire, l'eau doit en être renouvelée à chaque toucher ; le 2^d contenant la solution de sublimé à 1/2 pour 1000 est pour le rinçage et peut servir un grand nombre de fois. Il en est de même du vase contenant de l'alcool, si l'on a recours à cet excellent procédé (voir page 306). Il faut du reste TOUCHER LE MOINS POSSIBLE et toujours dans l'intervalle des contractions, de peur de déchirer les membranes.

Les bains de siège sont utiles dans la plupart des cas, pendant la période de dilatation ; ils doivent être tièdes, à 33 degrés centigrades et peuvent durer chacun une heure et même davantage. On place au fond de la baignoire un sac de son, sur lequel la femme s'assied. Ils favorisent l'assouplissement des organes, accélèrent la dilatation, calment le système nerveux et ont le grand avantage de faire prendre patience à la femme et de permettre à l'accoucheur de se retirer un certain temps.

Dans les cas de fausses douleurs et surtout de douleurs de reins, les bains de siège sont souvent efficaces. Les autres moyens à employer dans ces conditions ont déjà été indiqués (page 327).

Lorsque la dilatation traîne en longueur, on peut donner une série de bains semblables en 24 heures ; nous avons vu des femmes les réclamer avec instance et y rester une bonne partie de la journée. L'écoulement prématuré des eaux, loin d'être une contre-indication, est, selon nous, un motif d'insister sur les bains de siège. Ils présentent le plus d'utilité chez les primipares et en général quand les parties sont fermes, résistantes, peu dilatables. Les injections

tièdes, émollientes, sont des adjuvants utiles. Il n'y a pas de raison pour les employer lorsque la dilatation marche lestement. On doit s'en abstenir quand les femmes en ont une trop grande répugnance, chez les personnes faibles, épuisées, sujettes aux syncopes, aux hémorragies, dans les cas de procidence, lorsqu'enfin on est forcé de laisser la femme dans un décubitus spécial.

Si on le juge nécessaire, on peut provoquer des contractions et accélérer la dilatation du col, en excitant l'utérus par l'abdomen ou le vagin. On fait de temps en temps des frictions *douces* avec la main entière appliquée sur le fond de l'utérus (en ayant soin de redresser l'organe s'il était en obliquité antérieure ou latérale). Les irrigations vaginales sont également efficaces ; elles se font avec 1 1/2 à 2 litres d'eau chaude à 45°, toutes les demi-heures.

On a conseillé, dans le même but, différents moyens et médicaments ocytociques dont nous parlerons à l'occasion de l'inertie pendant le travail. Disons immédiatement qu'on doit s'abstenir de ces derniers *d'une manière absolue* avant la dilatation complète : jamais le seigle ergoté ne pourra être administré ; c'est une des plus grandes fautes que le praticien puisse commettre ; il peut amener les plus graves accidents du côté de la mère et entraîne presque infailliblement la mort du fœtus. Les contractions ininterrompues qui en sont la suite expliquent suffisamment son action néfaste.

Certaines matrones cherchent à montrer leurs capacités, à prouver leur habileté, à se faire valoir, en se livrant à certaines manœuvres aussi dangereuses qu'intempestives ; elles laissent presque constamment un ou deux doigts dans le vagin, dépriment le périnée, tiraillent les lèvres du col, les écartent l'une de l'autre, tâchent de les refouler au-dessus de la partie fœtale ; c'est ce qu'on appelle *le petit travail*, espèce de dilatation artificielle du col qui n'est nullement commandée par les circonstances. Ces manœuvres sont douloureuses, agacent le col, l'irritent, l'enflamment, amènent souvent la rupture des membranes, un spasme de l'orifice, des déchirures plus ou moins étendues, de la sécheresse des organes, des inflammations consécutives.

Il est seulement permis, lorsque la dilatation est presque complète, que la lèvre antérieure seule est encore accessible, de la refouler doucement au-dessus de la tête pendant les contractions.

Soins à donner pendant l'expulsion.

Immédiatement après la rupture des membranes, il est utile de toucher, afin de constater s'il n'y a pas procidence du cordon ou des membres et afin de vérifier la présentation et la position.

A partir de ce moment, il est prudent de faire garder à la patiente le décubitus dorsal, car la sortie de l'enfant peut avoir lieu rapidement et si elle se faisait dans la position debout, différents accidents