

souvent lieu à des symptômes très-graves et très-sérieux. On a dit que des placentas ainsi retenus avaient été complètement absorbés. Nægele et Oslander en ont rapporté des observations, mais l'absorption spontanée d'un corps aussi complètement organisé que le placenta serait un phénomène du caractère le plus remarquable, et ces faits ne sont pas assez évidents pour nous inspirer une certitude absolue; il paraît plus naturel de supposer que, dans les cas de cette sorte, le placenta a été expulsé par morceaux à l'insu de la femme. Quelquefois cependant, le placenta ne se décolle pas entièrement, il conserve ses connexions organiques avec les parois utérines, et forme ce qui a été appelé un *polype placentaire*. Ce phénomène peut produire des hémorrhagies secondaires, de la même façon qu'un polype fibreux ordinaire. Barnes recommande l'extraction de ces masses, au moyen de l'écraseur à fil de métal. Avant leur enlèvement, l'orifice de l'utérus sera dilaté.

Traitement consécutif.

Les affections utérines chroniques consécutives à l'avortement sont si fréquentes que nous devons attacher aux soins ultérieurs une plus grande importance qu'on n'a l'habitude de le faire. La pratique ordinaire consiste à laisser la femme au lit pendant deux ou trois jours seulement, puis de lui permettre de reprendre ses occupations accoutumées, sous prétexte qu'une fausse couche exige beaucoup moins de soins qu'un accouchement. Mais le contraire est plutôt exact; l'utérus ayant été vidé alors qu'il n'était pas préparé à subir son involution, ce processus est souvent très-imparfaitement accompli. Nous devons donc prescrire un repos au moins aussi prolongé qu'après un accouchement à terme.

## TROISIÈME PARTIE

### DU TRAVAIL

#### CHAPITRE PREMIER

##### LES PHÉNOMÈNES DU TRAVAIL

Dans l'étude de l'accouchement à terme, nous aurons à discuter deux classes distinctes de phénomènes.

Accouchement à terme.

L'une d'elles est la série d'actions vitales mises en jeu pour effectuer l'expulsion de l'enfant; l'autre consiste dans les mouvements communiqués à l'enfant (le corps à expulser), ou, en d'autres termes, le mécanisme de l'accouchement.

Avant de commencer l'étude de ces points importants, je dirai quelques mots des causes déterminantes du travail. Ce sujet a été dès les temps les plus reculés une *questio vexata* parmi les physiologistes, et nombreuses et diverses sont les théories qui ont été émises pour expliquer le phénomène curieux du commencement spontané du travail, sinon à une époque fixe, du moins à peu près fixe. De nos jours même, il n'existe pas d'explication qui puisse être implicitement acceptée.

Causes du travail.

Les explications qui ont été données peuvent être divisées en deux classes, celles qui attribuent au fœtus la détermination du travail, et celles qui la rapportent à quelque modification liée aux organes maternels de la génération.

On les rapporte soit au fœtus, soit à la mère.

La première est l'opinion qui a été soutenue par les anciens accoucheurs, et qui accorde au fœtus quelque influence active

sur son expulsion. Je n'ai pas besoin de dire que ces opinions bizarres n'ont aucune espèce de base physiologique.

Modifications dans  
la circulation fœtale.

D'autres ont supposé qu'il pouvait y avoir quelque changement dans la circulation placentaire, ou dans le système vasculaire du fœtus, capable de résoudre le mystère. La première hypothèse de cette nature, émise toutefois sans aucune espèce de preuve, est de Barnes, qui dit : « J'incline plutôt à penser que lorsque le fœtus a atteint son développement complet, lorsque ses organes sont préparés pour la vie extérieure, il survient dans sa circulation quelque changement, qui amène un trouble corrélatif dans la circulation maternelle et provoque le commencement du travail <sup>1</sup>. »

Théorie du  
sphincter.

La plupart des accoucheurs rapportent l'apparition du travail à des causes purement maternelles. Parmi les théories les plus en faveur, il y en a une qui fut à l'origine émise en Angleterre par le Dr Power, puis adoptée et répandue par Depaul, et d'autres auteurs. Elle est basée sur la supposition que les fibres du col possèdent la propriété d'un sphincter, analogue à celle des sphincters de la vessie et du rectum, et que lorsque le col fait partie de la cavité utérine générale, à mesure que la grossesse avance, l'œuf presse sur lui, irrite ses nerfs et développe une action réflexe, qui se termine par l'établissement de la contraction utérine. Cette théorie était fondée sur une conception erronée des modifications qui surviennent dans le col de l'utérus, et, comme il est certain que la disposition du col n'est pas telle que le croyait Power lorsque sa théorie fut émise, il est évident que le résultat supposé ne peut en découler.

Distension de l'utérus.

On a admis qu'une extrême distension de l'utérus était la cause déterminante du travail ; c'est là une opinion qu'a fait revivre autrefois le Dr King, de Washington <sup>2</sup>. Il pense que les contractions surviennent parce que l'utérus cesse d'augmenter de volume, tandis que son contenu ne cesse de se développer.

1. *Diseases of Women*, p. 434.

2. *American Journal of obstet.*, vol. III.

Cette hypothèse est suffisamment renversée par un nombre de faits cliniques qui montrent que l'utérus peut être soumis à une distension excessive et même rapide, comme dans les cas d'hydramnios, de grossesse multiple, de dégénérescence hydatiforme de l'œuf, sans qu'il survienne de contractions utérines.

Une autre cause de l'action utérine a été attribuée au décollement de l'œuf de ses connexions avec les parois utérines, conséquence d'une dégénérescence graisseuse de la caduque survenant à la fin de la grossesse. Cette modification, qui a lieu sans aucun doute, aurait pour résultat de détacher l'œuf de ses adhérences organiques et d'en faire en quelque sorte un corps étranger, excitant les nerfs si largement distribués à l'intérieur de l'utérus. Cette théorie, favorablement acceptée, fut émise originairement par sir James Simpson, et cet auteur ajouta que quelques-uns des moyens les plus efficaces pour produire le travail (par exemple, l'introduction d'une sonde en gomme élastique entre l'œuf et les parois utérines) agissent probablement de la même façon, c'est-à-dire effectuent la séparation des membranes et décollent l'œuf. Barnes a objecté à cette idée qu'il se produit des tentatives inefficaces de travail au terme naturel de la grossesse, dans les cas de conceptions extra-utérines, alors que le fœtus est tout à fait indépendant de l'utérus, et il en a conclu que la cause ne doit pas siéger dans la matrice elle-même. Mais on peut répliquer à cet argument que si, dans ces cas, la matrice ne contient pas l'œuf, elle contient une caduque, dont la dégénérescence et la séparation peuvent suffire pour amener les essais infructueux et partiels du travail dont on est témoin.

Dégénérescence  
graisseuse de la  
caduque.

Une objection sérieuse à toutes ces théories, basées sur l'irritation locale comme cause de la contraction, est le fait suivant, dont on ne tient presque jamais compte : les contractions utérines existent toujours pendant la grossesse comme phénomène normal, et elles peuvent être, et sont souvent en réalité, augmentées à certains moments, d'une façon suffisante pour provoquer un accouchement prématuré.

Objections à ces  
théories.

Il est très-vraisemblable qu'à terme, ou vers l'époque du terme, le système nerveux de l'utérus est si largement développé, et dans un tel état d'irritabilité, qu'il répond davantage aux stimulants qu'à toute autre époque. Si donc, par suite du décollement de la caduque, ou pour tout autre motif, il se produit alors un stimulus de l'excitation nerveuse, il peut en résulter des contractions plus fréquentes et plus énergiques qu'à l'ordinaire, et, ces contractions devenant plus fortes et plus régulières, se terminent par le travail. Mais, ceci admis, il est encore tout à fait inexplicable que ce phénomène se produise avec tant de régularité et à une époque définie.

Théorie ovarienne  
de Tyler Smith.

Tyler Smith a essayé de prouver que le travail survient naturellement à une époque qui aurait été celle de la menstruation, la congestion qui accompagne le flux menstruel agissant comme excitant de la contraction utérine. Il rapporte donc le début du travail à des causes ovariennes plutôt qu'utérines. Bien que cette opinion soit soutenue avec l'immense talent de son auteur, elle est sujette à certaines objections difficiles à réfuter. Ainsi, il suppose que les modifications périodiques dans l'ovaire continuent pendant la grossesse, et il n'y a pas de preuve de ce fait. On a au contraire de bonnes raisons pour croire que l'ovulation est suspendue pendant la gestation, et avec elle naturellement la poussée menstruelle. En outre, comme Cazeaux l'a parfaitement objecté, si même cette théorie était admise, elle laisserait encore le mystère non résolu, car elle n'expliquerait pas comment la poussée menstruelle agit pour produire le travail à la dixième époque plutôt qu'à la neuvième ou à la onzième.

Donc, en dépit de bien des théories, nous sommes obligés d'admettre que nous sommes dans l'ignorance absolue de la cause qui détermine le travail à une époque fixe.

Mode selon lequel  
se fait l'expulsion de  
l'enfant.

L'expulsion de l'enfant est effectuée par la contraction des fibres musculaires de l'utérus, aidées par celle de quelques muscles abdominaux. Ces efforts sont entièrement indépendants de la volonté. En ce qui concerne les contractions uté-

rines, le fait est absolument vrai, car la mère n'a aucun pouvoir pour faire naître, diminuer ou augmenter l'action de l'utérus. Toutefois, en ce qui concerne les muscles abdominaux, la mère est certainement capable de les faire entrer en action et d'augmenter leur puissance par des efforts volontaires ; mais, à mesure que le travail avance, et lorsque la tête passe dans le vagin et irrite les nerfs qui s'y distribuent, les muscles abdominaux sont souvent stimulés à se contracter sous l'influence de l'action réflexe, en dehors de toute volonté de la part de la mère.

Il n'est pas douteux que le principal agent de l'expulsion de l'enfant soit la contraction de l'utérus. Cette opinion est presque unanimement admise par les accoucheurs, et on considère l'influence des muscles abdominaux comme purement accessoire. Le Dr Haughton, toutefois, soutient une opinion qui est directement contraire à celle-ci. D'un examen de la puissance des contractions utérines, fait en mesurant la quantité de fibres musculaires contenue dans les parois de l'utérus, il arrive à la conclusion que les contractions utérines servent surtout à rompre les membranes, à dilater le col de l'utérus, et à déployer, si c'est nécessaire, une force équivalente à 25 kilogr. ; mais ce but une fois atteint, et la seconde période de l'accouchement commencée, il pense que le reste du travail est entièrement achevé par les contractions des muscles abdominaux, auxquels il attribue une puissance énorme, équivalente, au besoin, à une pression de 235 kilogr. sur l'aire du canal pelvien.

Le facteur principal  
est la contraction  
utérine.

Ces vues portent sur un sujet de première importance dans la physiologie du travail. Elles ont été fort critiquées par Duncan, qui a consacré de nombreuses recherches expérimentales à l'étude des forces qui entrent en action dans l'expulsion de l'enfant. Duncan conclut que la force énorme calculée par Haughton est de beaucoup supérieure, dans la grande majorité des cas, à celle qui est effectivement employée dans la pression sur l'enfant, et il évalue l'action combinée des muscles utérins et abdominaux à moins de 23 kilogr., force encore inférieure à

celle qu'Haughton attribue à l'utérus seul. Dans les accouchements extrêmement laborieux, lorsque la résistance est excessive, il pense qu'une force extra peut être déployée; mais il l'estime au maximum à 36 kilogr., action totale des muscles utérins et abdominaux. Selon Joulin les contractions utérines pourraient fournir un maximum de force d'environ 45 kilogr. Ces deux estimations, on l'observera, sont beaucoup au-dessous de celle d'Haughton, que Duncan décrit comme représentant « un effort auquel l'organisme maternel ne pourrait être soumis sans une destruction instantanée et complète »<sup>1</sup>.

Raisons sur lesquelles cette conclusion est fondée.

Il y a dans l'histoire de la parturition assez de faits pour démontrer que le facteur principal de l'expulsion de l'enfant est l'utérus. Parmi eux, on peut mentionner les cas exceptionnels dans lesquels l'action des muscles abdominaux est matériellement amoindrie, sinon annulée, comme dans une anesthésie profonde et la paraplégie, et néanmoins les contractions utérines suffisent pour effectuer l'accouchement. L'exemple le plus familier de cette influence, on peut l'observer tous les jours dans la pratique, est le phénomène de l'inertie de l'utérus. Dans de tels cas, tous les efforts de la part de la mère, toute la somme d'action volontaire qu'elle déploie à peser sur l'enfant n'ont aucune influence appréciable sur la marche du travail, qui reste en suspens jusqu'à ce que l'action utérine absente soit rétablie, ou qu'un adjuvant artificiel lui soit donné.

La contraction de l'utérus est donc l'agent principal de l'accouchement, et il est important, pour nous, d'apprécier son mode d'action et son effet sur l'œuf.

Contractions utérines au début du travail.

Nous avons vu que des contractions utérines intermittentes et généralement peu douloureuses existent pendant la grossesse. A mesure que l'époque de l'accouchement approche, elles deviennent plus nombreuses et plus intenses, jusqu'à ce que le travail débute, et alors elles commencent à être suffi-

1. Voyez J. M. Duncan, *Sur le mécanisme de l'accouchement, etc.*, traduit par P. Bubin, p. 105 et suiv. (Trad.).

samment développées pour ouvrir l'orifice de l'utérus, en vue du passage de l'enfant. Elles sont maintenant accompagnées de douleur, qui augmente à mesure que le travail avance, et si caractéristique que « les douleurs » servent généralement de terme pour exprimer les contractions elles-mêmes. Il ne s'en suit pas nécessairement que les contractions utérines soient indolores jusqu'à ce qu'elles commencent à effectuer la dilatation de l'orifice utérin. Au contraire, pendant les derniers jours, ou même les dernières semaines de la grossesse, certaines femmes ont constamment des contractions irrégulières accompagnées de souffrances pénibles, qui, toutefois, disparaissent sans produire aucun effet marqué sur le col.

Lorsque le travail a commencé, la main placée sur l'utérus au moment où une douleur survient, apprécie distinctement la contraction de son tissu musculaire; on sent que l'organe tout entier devient tendu et dur, la rigidité augmente jusqu'à ce que la douleur ait atteint son acme, puis les parois utérines se relâchent et restent souples, jusqu'à ce qu'il survienne une nouvelle douleur. Au commencement du travail, ces douleurs sont rares, séparées les unes des autres par un intervalle considérable, et durent peu. Dans le travail type, les intervalles entre les douleurs deviennent de plus en plus courts, tandis qu'en même temps la durée de chaque douleur est de plus en plus longue. Au début, elles peuvent se produire seulement une fois par heure ou un peu plus; ensuite il n'y a souvent que quelques minutes d'intervalle entre chacune d'elles.

Leur effet sur l'utérus.

Si, lorsque les douleurs sont sérieusement établies, on pratique un examen vaginal, on trouve l'orifice utérin aminci et dilaté selon les progrès du travail. Pendant la contraction, on sent la poche des eaux bomber, devenir tendue par la pression du liquide amniotique qu'elle contient, et faire saillie à travers l'orifice si celui-ci est suffisamment ouvert. Les membranes, avec le liquide amniotique qu'elles renferment, forment ainsi un coin liquide qui a une influence très-importante sur la dilatation de l'orifice utérin. Cela ne constitue pas toutefois le seul

Mode selon lequel s'effectue la dilatation du col.

mécanisme à l'aide duquel l'orifice utérin est dilaté; les contractions des fibres musculaires de l'utérus tendent aussi à le retenir ouvert. Il est probable que la dilatation musculaire de l'orifice est effectuée principalement par les fibres longitudinales, qui, à mesure qu'elles se raccourcissent, agissent sur l'orifice, point où il y a le moins de résistance.

Donc, en partie par contraction musculaire, en partie par compression mécanique, le canal cervical est dilaté, et, à mesure qu'il s'ouvre, il devient de plus en plus mince, jusqu'à ce qu'il soit entièrement confondu avec la cavité utérine.

Rupture  
des membranes.

Il n'existe plus alors aucun obstacle au passage de la partie de l'enfant qui se présente dans la cavité du bassin, et la force des douleurs provoque alors généralement la rupture des membranes et l'écoulement du liquide amniotique. On observe souvent, à ce moment, un relâchement temporaire dans la fréquence des douleurs, qui avaient été régulièrement croissantes; mais elles reprennent bientôt avec une vigueur nouvelle. Si l'abdomen est alors examiné, on remarque qu'il a beaucoup diminué de volume, par suite de l'écoulement du liquide amniotique, et à cause de la descente du fœtus dans l'excavation.

Modifications dans  
le caractère des dou-  
leurs.

Le caractère des douleurs change bientôt. Elles deviennent plus fortes, durent plus longtemps, sont séparées par un intervalle plus court et accompagnées par un effort distinct de poussée; on les appelle alors les douleurs « qui portent en bas ». C'est le moment où les muscles accessoires de la parturition entrent en jeu. La femme les fait agir d'une façon que je décrirai plus bas, et l'action combinée des muscles utérins et abdominaux continue jusqu'à l'expulsion de l'enfant.

Le mode précis  
de l'action utérine est  
douteux.

Le mode précis de la contraction utérine est encore un sujet de discussion. On admet en général qu'elle débute dans le col et monte graduellement par action péristaltique, l'ondulation retournant ensuite en bas vers l'orifice utérin. Cette opinion a été émise par Wigand et soutenue par Rigby, Tyler Smith et bien d'autres auteurs. Ils s'appuient sur ce fait que, à l'apparition de la douleur, la partie qui se présente recule d'abord,

la poche des eaux devient tendue et fait saillie à travers l'orifice, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que la partie de l'enfant qui se présente est poussée en bas. Il est très-douteux que cette manière de voir soit correcte, et un examen soigneux de la marche des douleurs conduit plutôt à croire que les contractions commencent au fond, où le tissu musculaire est plus largement développé, et descendent graduellement jusqu'au col; les ondulations de la contraction sont toutefois si rapides, que l'organe tout entier paraît se contracter *en masse*. Le retrait apparent de la partie qui se présente et la saillie de la poche des eaux ne sont certainement pas une preuve que les contractions commencent au col, car la contraction doit pousser nécessairement le liquide en bas, en avant de la tête, faire bomber les membranes et tendre l'orifice, avant que sa force ne porte sur le fœtus lui-même. Certes, si la contraction débutait par la partie inférieure de l'utérus, on devrait observer le contraire de ce qui arrive; les eaux seraient poussées en haut et loin du col. L'origine de la contraction au fond de l'utérus est démontrée par une autre observation; en effet, lorsque la main de l'accoucheur est placée dans la cavité utérine, comme cela arrive souvent dans certains cas d'hémorrhagie ou de version, si la douleur survient, on la sent partir du fond et comprimer graduellement la main de haut en bas.

Le caractère intermittent des contractions a une grande importance pratique. Si elles étaient continues, non-seulement la puissance musculaire de la femme serait rapidement épuisée, mais, par suite de l'oblitération des vaisseaux déterminée par la contraction musculaire, la circulation à travers le placenta serait interrompue, et la vie de l'enfant menacée. Il en découle que l'un des principaux dangers du travail prolongé, surtout après l'écoulement du liquide amniotique, est la rigidité tonique des fibres utérines, condition qui ne peut persister longtemps sans des risques sérieux à la fois pour la mère et l'enfant.

Importance de l'in-  
termittence des dou-  
leurs.

Le fait que les contractions utérines sont absolument involontaires démontre qu'elles sont provoquées (et nous pourrions

Les contractions sont  
déterminées par les  
nerfs sympathiques.

certainement le déduire *à priori* de la disposition anatomique des nerfs utérins) seulement par le système sympathique. On observe aussi tous les jours qu'elles sont sérieusement influencées par les émotions. Les stimulants appliqués sur le système nerveux spinal, l'irritation des mamelles par exemple, ont aussi un effet marqué dans la production de la contraction utérine.

Le mode précis selon lequel une telle influence est transmise à l'utérus, en dépit des nombreuses expériences qui ont été faites dans le but de déterminer jusqu'à quel point le travail est affecté par la destruction du cordon spinal, est encore fort douteux. Après que le fœtus a dépassé l'orifice, les nerfs spinaux distribués au vagin et au périnée sont excités par la pression de la partie qui se présente, et les agents accessoires de la parturition sont surtout amenés à agir par l'intermédiaire de ces nerfs. On suppose que la contraction des muscles du vagin lui-même favorise, dans une certaine mesure, l'expulsion du fœtus après la sortie d'une partie du corps, et n'est pas étrangère à l'expulsion du placenta. Chez les espèces inférieures, le vagin a une propriété contractile très-marquée, et, chez quelques-unes d'entre elles, il est l'agent principal de l'expulsion des petits. Chez la femme, cette influence a certainement une importance très-secondaire.

La quantité de douleur supportée pendant le travail varie beaucoup dans les différents cas, et elle est sans doute en proportion directe de la susceptibilité nerveuse de la femme. Quelques femmes accouchent avec peu ou pas de douleur. Ce fait est prouvé par les cas, dont on rapporte de nombreux exemples authentiques, dans lesquels le travail a commencé pendant le sommeil, et l'enfant est né sans que la mère se soit réveillée. Je connais une dame, mère d'une nombreuse famille, qui m'a assuré que, bien que le travail fût accompagné par une sensation de pression et de malaise, elle n'éprouvait rien qui pût s'appeler une véritable douleur. Cet heureux état de choses est, toutefois, extrêmement exceptionnel, et, dans la

Pendant le second stade du travail les nerfs vaginaux provoquent une action réflexe.

Caractère et source des douleurs pendant le travail.

grande majorité des cas, la parturition est accompagnée par une souffrance cruelle pendant tout son cours, et parfois par une angoisse à laquelle rien ne peut être comparé.

La cause précise de la douleur a été beaucoup discutée, et elle est sans doute complexe.

Dans la première période du travail, et avant la dilatation de l'orifice, elle siège surtout en arrière et s'irradie autour des reins, et en bas dans les cuisses. Elle est alors probablement produite, en partie par la compression des filets nerveux causée par la contraction des fibres musculaires auxquelles ils sont distribués, et en partie par le tiraillement et la dilatation du tissu musculaire du col. M. Beau croit que dans cette période la douleur ne siège pas, à strictement parler, dans l'utérus lui-même, et qu'elle est plutôt une névralgie des nerfs lombo-abdominaux. Les douleurs à ce moment sont généralement décrites comme « aiguës » et « broyantes », termes qui expriment suffisamment bien leur nature. Chez les femmes très-nerveuses, ces douleurs sont beaucoup moins bien supportées que celles d'une période plus avancée, et la souffrance qu'elles ressentent est exprimée par une extrême agitation et des cris perçants à chaque contraction. A mesure que l'orifice se dilate et que le travail approche de la période expulsive, d'autres causes de souffrance apparaissent.

La partie qui se présente entre alors dans le vagin et comprime les nerfs vaginaux, aussi bien que les gros plexus nerveux du bassin. A mesure qu'elle descend, elle repousse le périnée et la vulve, et comprime la vessie et le rectum. D'où la production de crampes dans les muscles animés par les plexus nerveux, et une sensation insupportable de déchirement et de tiraillement dans la vulve et le périnée, souvent même une sensation pénible de ténésme dans l'intestin. A ce moment, les muscles accessoires de la parturition entrent en action et sont poussés, comme les muscles utérins, à de violentes et fréquentes contractions, qui, indépendamment des autres causes, sont suffisantes d'elles-mêmes pour produire une vive douleur,

Pendant le premier stade.

Dans le second stade.