

semblable aux coliques provoquées par une contraction involontaire et répétée des muscles de l'intestin.

Effet des douleurs sur la mère et le fœtus.

Prenant toutes ces causes en considération, il est facile d'expliquer cette souffrance intolérable qui accompagne d'une façon si constante l'enfantement.

L'effet des douleurs sur la circulation de la mère est très-appreciable. La rapidité du pouls augmente avec chaque contraction, et, à mesure que la douleur disparaît, il revient à son premier état.

La même observation a été faite en ce qui concerne les bruits du cœur fœtal, surtout après l'écoulement du liquide amniotique. Hicks a noté que, pendant la douleur, les vibrations musculaires produisent un bruit qui ressemble souvent à celui du cœur fœtal et qui disparaît complètement lorsque le tissu musculaire se relâche. La douleur augmente le souffle utérin, nous l'avons déjà mentionné. Les efforts musculaires énergiques doivent faire supposer qu'il existe une élévation marquée de la température pendant le travail. Ce point a besoin d'être élucidé par de nouvelles recherches; mais Squire assure qu'en général il n'y a qu'une très-petite élévation de la température pendant l'accouchement, et qu'elle disparaît rapidement aussitôt que le travail est terminé.

Division du travail en différents temps.

Tels sont les faits physiologiques liés aux douleurs du travail; nous pouvons maintenant décrire la marche ordinaire de l'accouchement normal, celui qui est terminé par les forces naturelles et dans un cas de présentation du sommet.

Pour la facilité de la description, les accoucheurs ont depuis longtemps l'habitude de diviser le travail en *périodes* qui correspondent à peu près exactement à la marche naturelle des faits. On compte généralement trois périodes: la première, de l'établissement des douleurs régulières à la dilatation complète de l'orifice utérin; la deuxième, de la dilatation complète de l'orifice utérin à l'expulsion de l'enfant; la troisième ou fin du travail, comprenant la rétraction permanente de l'utérus, le décollement et l'expulsion du placenta. A ces périodes, nous

pouvons parfaitement ajouter un stade préparatoire, précédant le commencement régulier du travail.

Pendant un certain temps avant l'accouchement, de quelques jours à une semaine ou deux, il existe généralement plusieurs symptômes prémonitoires qui indiquent l'arrivée prochaine du travail. Quelquefois ils sont très-marqués et ne peuvent être méconnus; parfois au contraire ils sont si légers qu'ils échappent à l'observation. Un des plus communs est la descente de l'utérus dans la cavité pelvienne, résultat du relâchement des parties molles, qui précède l'accouchement. Le fond de la tumeur utérine est moins élevé, par conséquent, la compression des organes respiratoires est diminuée, la femme se sent plus légère et moins pesante que dans les semaines précédentes. Si on pratique à ce moment un examen vaginal, on trouve le segment inférieur de l'utérus descendu dans la cavité pelvienne, et la conséquence de ce fait est que, tandis que la respiration est moins gênée et que la femme se sent moins lourde, d'autres phénomènes de la grossesse, les hémorrhoides, l'irritabilité de la vessie et de l'intestin, l'œdème des membres inférieurs, se trouvent aggravés. La compression plus forte de l'intestin produit souvent une sorte de diarrhée temporaire, qui est assez avantageuse pour vider le rectum des fèces qui peuvent y être accumulées. Ainsi que je l'ai déjà signalé, les contractions qui sont survenues à intervalles pendant les derniers mois de la grossesse deviennent maintenant de plus en plus marquées, et elles ont pour effet de produire un raccourcissement réel du col, fort utile pour préparer sa dilatation. Généralement, il survient aussi, peu de temps avant le travail, un écoulement muqueux plus abondant de la cavité du col, souvent teinté de sang, par suite de la déchirure de petits vaisseaux capillaires. On dit alors vulgairement que la femme *marque*, et c'est un signe assez sûr de l'approche du travail. Mais cet écoulement peut manquer complètement jusqu'à la naissance de l'enfant. Lorsqu'il est copieux, il sert à lubrifier les voies génitales; il coïncide en général avec une rapide dilatation des parties et un travail facile.

Stade préparatoire.

Abaissement de l'utérus.

Fausses douleurs.

Pendant ce temps (stade prémonitoire), les contractions utérines douloureuses se manifestent souvent, sans cependant avoir aucun effet sur la dilatation du col. Dans quelques cas, elles sont fréquentes et fortes et peuvent parfaitement être prises pour le début réel du travail. Ces « fausses douleurs », ainsi qu'on les appelle, sont souvent excitées et entretenues par des irritations locales, la plénitude ou l'embarras du canal intestinal; et elles donnent souvent lieu à une gêne considérable et à beaucoup d'ennui à la fois à la femme et à l'accoucheur. Ce sont seulement, on devra se le rappeler, des contractions normales de l'utérus, augmentées et accompagnées de douleur.

Première période, ou période de dilatation.

Dès que le travail commence, les contractions utérines deviennent plus fortes, et on peut reconnaître que ce sont de « vraies » douleurs par leur effet sur le col. Si un examen vaginal est pratiqué pendant l'une d'elles, on sent les membranes se tendre et bomber pendant la douleur, et on trouvera l'orifice utérin partiellement dilaté ayant des bords amincis. A mesure que le travail avance, cet effet sur l'orifice devient de plus en plus marqué. Au début, la dilatation est très-légère, à peine suffisante pour admettre l'extrémité du doigt, et les orifices supérieur et inférieur du col peuvent être reconnus tous les deux. Dès que les douleurs deviennent plus fortes et plus fréquentes, la dilatation s'opère comme je l'ai déjà décrit; le col devient plus mince et plus tendu, puis on arrive à ne plus sentir qu'un anneau circulaire (lâche entre les douleurs, mais rigide et tendu pendant la contraction, lorsque la poche des eaux bombe à travers lui), sans aucune distinction possible des orifices supérieur et inférieur. Pendant ce temps, la femme, tout en éprouvant des douleurs aiguës, est encore capable de se lever et de marcher. L'intensité des douleurs varie beaucoup selon le caractère de la femme. Chez celles qui sont sensibles et dont la susceptibilité nerveuse est très-développée, la douleur est en général très-vive. Elles sont sans repos, irritables et désespérées, et, lorsque la douleur approche, elles crient à haute voix. Le caractère du cri est particulier et distinct pen-

dant le premier stade, et il a été décrit par les accoucheurs comme caractéristique. Il est aigu et haut, et tout à fait différent des profonds gémissements du second stade, alors que la poitrine est involontairement appliquée à aider l'effort de l'accouchement. Lorsque la dilatation est à peu près complète, certains phénomènes nerveux réflexes apparaissent souvent, entre autres, les nausées et les vomissements, ou un frisson involontaire, mais sans aucune sensation de froid, la femme étant souvent chaude et en moiteur. Tous ces symptômes indiquent que le stade de propulsion commencera bientôt, et ils peuvent être considérés plutôt comme favorables, bien qu'ils soient de nature à alarmer la femme et ses parents. Pendant ce temps, l'orifice est complètement dilaté, les membranes se rompent en général spontanément, et une quantité considérable du liquide amniotique s'écoule au dehors. La tête, si elle se présente, agit souvent comme une sorte de valve, et, fermant l'ouverture du col, empêche l'évacuation complète du liquide amniotique, qui s'échappe par degrés pendant le cours du travail, ou se trouve souvent retenu en grande quantité jusqu'à la naissance de l'enfant.

Rupture des membranes.

Il arrive fréquemment, si les membranes sont un peu plus résistantes qu'à l'ordinaire, et les douleurs fréquentes et fortes, que le fœtus soit poussé à travers le bassin, et même expulsé, enveloppé de ses membranes. Lorsque ce fait se présente, on dit que l'enfant est né « coiffé », et il arriverait sans doute bien plus souvent si l'accoucheur n'avait pas coutume de rompre artificiellement les membranes aussitôt que l'orifice est complètement dilaté, alors que leur intégrité n'est plus nécessaire.

L'orifice est alors entièrement rétracté au-dessus de la partie qui se présente, et on ne peut plus le percevoir, le vagin et la cavité utérine ne formant qu'un seul canal. L'écoulement muqueux est généralement abondant, et le doigt examinateur retire de longs filaments de mucus glaireux, transparent, teinté de sang. Les douleurs, après un instant de repos, changent complètement de caractère. L'utérus se contracte fortement autour

Seconde période ou période d'expulsion

du fœtus, la partie qui se présente descend dans le bassin, et les vraies douleurs expulsives commencent. Les muscles accessoires de la parturition entrent alors en jeu. A chaque douleur, la femme fait une profonde inspiration et remplit ainsi sa poitrine d'air, de façon à offrir un point d'appui aux muscles abdominaux. Pour la même raison, elle se cramponne involontairement à quelque support, la main d'un assistant ou une serviette liée au haut du lit, et en même temps appuie avec force ses pieds contre l'extrémité du lit, de façon à agir plus énergiquement. Les cris ne sont plus perçants et aigus : ils consistent en une série de profonds gémissements étouffés, qui correspondent à une succession de courtes expirations faites pendant la violence de l'effort. Les muscles abdominaux se contractent énergiquement sur l'utérus, dont ils stimulent l'action en le comprimant. On doit observer que ces violents efforts sont, dans une certaine mesure, sous la dépendance de la volonté de la femme. En l'encourageant à immobiliser sa poitrine et à pousser, la puissance de l'effort peut être augmentée, tandis que si nous voulons les amoindrir nous lui conseillerons de crier ; dans ce dernier cas, les muscles abdominaux n'ont plus de point d'appui fixe. Bien que la femme puisse ainsi diminuer l'action des muscles accessoires, il est cependant tout à fait hors de son pouvoir de l'arrêter complètement. A mesure que le travail avance, la tête descend de plus en plus pendant les douleurs, et recède dans leur intervalle, jusqu'à ce qu'elle arrive sur le périnée, qui est bientôt distendu.

Distension du périnée et naissance de l'enfant.

Les douleurs deviennent alors plus fortes et plus fréquentes, avec des intervalles à peine perceptibles, jusqu'à ce que le périnée soit distendu par la tête qui s'avance. Dans l'intervalle des douleurs, l'élasticité des tissus périnéaux repousse la tête en haut, de façon à diminuer la pression à laquelle le périnée est soumis, et la douleur suivante le distend de nouveau et fait avancer la tête un peu plus. Cet avancement et ce retrait alternatifs favorisent la distension graduelle des tissus et diminuent les risques de déchirure. En même temps, la compres-

sion de la tête vide mécaniquement l'intestin de son contenu. Pendant les dernières douleurs, lorsque le périnée est distendu à son maximum, l'ouverture anale est dilatée, quelquefois de la grandeur d'une pièce de cinq francs ; le périnée est relâché, et la distension, par conséquent aussi les risques de déchirure, sont à leur maximum. Le sommet de la tête fait alors saillie de plus en plus à travers la vulve, encadré dans l'orifice du vagin, et enfin il glisse sur le périnée et est expulsé. L'intensité de la douleur à ce moment force généralement la femme à pousser un cri aigu. L'action des muscles abdominaux se trouve ainsi diminuée au dernier moment, et ce fait, combiné avec le relâchement du sphincter anal, contribue admirablement à amoindrir les risques de déchirure du périnée. Le reste du corps est en général expulsé immédiatement par une seule douleur, et avec lui s'écoulent les dernières gouttes du liquide amniotique et quelques caillots résultant du décollement du placenta : ainsi se termine le second stade du travail.

Le troisième stade commence après l'expulsion de l'enfant. Il est d'une importance capitale pour la mère qu'il soit dirigé d'une manière naturelle et convenable, car c'est maintenant que les sinus utérins se ferment, et la frêle barrière que la nature emploie dans ce but peut être facilement renversée, avec une perte grave, et même mortelle, comme conséquence. Malheureusement, il arrive trop souvent que l'attention tout entière du praticien est fixée sur l'expulsion de l'enfant, de telle sorte que le reste de l'accouchement est imparfaitement étudié et mal compris.

Aussitôt que l'enfant est expulsé, les fibres utérines se rétractent dans toutes les directions, et la main, appliquée sur l'organe, rencontre une masse ronde, dure, située dans la partie inférieure de la cavité abdominale. La rétraction de sa face interne déchire généralement les attaches placentaires, et l'arrière-faix reste dans la cavité de l'utérus comme un corps étranger.

L'hémorrhagie par les orifices ouverts des sinus utérins est alors arrêtée de deux façons : 1° par la contraction des parois

Troisième stade.

Son importance.

Rétraction de l'utérus et décollement du placenta.

Mode selon lequel l'hémorrhagie est arrêtée.

Expulsion spontanée
du placenta.

utérines, et plus cette contraction est ferme, persistante et tonique, plus la femme est protégée de l'hémorrhagie; 2^o par la formation de caillots dans les orifices des vaisseaux. Si l'on se hâte trop de provoquer l'expulsion du placenta, on tend à détruire cette dernière sauvegarde contre l'hémorrhagie, et cette tentative peut être suivie d'une perte. Après un certain temps, qui varie d'un quart d'heure à une demi-heure, on sent l'utérus durcir, et, si l'on abandonne les choses à la nature, il se produit ce qu'on a appelé exactement un travail en miniature. Les douleurs reparaisent, et le placenta est spontanément expulsé de l'utérus, soit dans le canal vaginal, soit même à l'extérieur. Dans la plupart des ouvrages d'obstétrique, il est dit que l'arrière-faix peut être décollé, soit par son centre, soit par ses bords, et qu'il est très-généralement expulsé à travers l'orifice du col par sa face foetale, renversé et replié transversalement sur lui-même. Il est certain que le placenta est souvent expulsé de cette façon, lorsqu'on a pratiqué des tractions sur le cordon. Il passe alors à travers l'orifice sous la forme d'un parapluie retourné. Mais il est positif que ce n'est pas là le mécanisme naturel de la délivrance. Duncan¹ a parfaitement décrit ce qu'il en est; il a bien démontré que, lorsque ce stade du travail est abandonné à la nature, le placenta décollé est expulsé par ses bords, sa face utérine glisse le long de la surface interne de l'utérus; et forme des replis parallèles au grand diamètre de la cavité utérine (fig. 91). Il est ainsi chassé dans le vagin, et son expulsion se fait sans hémorrhagie. Lorsque le placenta est extrait selon le mode généralement pratiqué, il obstrue l'ouverture du col, agit comme le piston d'une pompe, et tend à provoquer l'hémorrhagie. J'appliquerai plus bas, au traitement, les conséquences de cette observation; mais je tiens à appeler l'attention sur le mécanisme naturel, parce que je crois qu'il n'y a aucun stade du travail sur la direction duquel on ait adopté des vues plus erronées et susceptibles de faire naître des accidents graves.

Son mécanisme
lorsqu'elle est aban-
donnée à la nature.

1. *Edin. Med. Jour.*, avril 1871.

Si le mode selon lequel la nature effectue l'expulsion du placenta et prévient l'hémorrhagie ne nous est pas familier, nous commettrons certainement des erreurs, lorsqu'il faudra lui venir en aide. Dans la grande majorité des cas, si nous n'intervenons pas, le placenta restera, sinon dans l'utérus, au moins dans le vagin, pendant un temps considérable, peut-être plusieurs heures, et une si longue attente fatiguera inutilement la patience

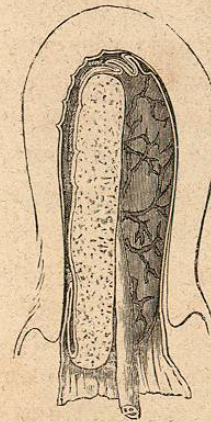


Fig. 91. — Mode d'expulsion naturelle du placenta (d'après Duncan).

de l'accoucheur et sera préjudiciable à la femme. Il est donc de notre devoir de provoquer l'expulsion de l'arrière-faix; et, lorsqu'elle est convenablement et scientifiquement faite, c'est un gage de sécurité et de bien-être pour la femme. Mais, pour atteindre ce but, nous devons aider la nature, et non pas contrarier sa méthode, ainsi qu'on le fait si souvent.

Lorsque le placenta est expulsé, l'utérus se rétracte encore plus fortement, et, dans un cas type, on le sent au milieu du détroit supérieur, dur, ferme et environ de la grosseur d'une balle de cricket. Généralement, pendant quelques heures, ou même pendant un ou deux jours, il se relâche et se contracte, et ces contractions donnent lieu à des douleurs dont les femmes souffrent souvent beaucoup. Le but de ces douleurs est, sans aucun doute, d'expulser les caillots qui peuvent rester dans l'utérus, et par conséquent, quelque désagréables qu'elles puissent être pour la femme, elles doivent être considérées comme salutaires, à moins d'être excessives.

La durée du travail varie extrêmement dans les différents cas, et il est tout à fait impossible de donner aucune règle précise en ce qui la concerne. Soumis à des exceptions, le travail est plus long chez les primipares que chez les multipares, à cause de la plus grande résistance des parties molles chez les premières, surtout des tissus du vagin et de la vulve. Il est à

Contractions
après l'accouchement.

Durée du travail.

peu près admis que les difficultés du travail augmentent avec l'âge de la femme et que, chez les primipares âgées, il est vraisemblablement plus pénible à cause de la rigidité des parties molles. Mais il est très-douteux que cette opinion ait une base sérieuse, et dans ces cas le praticien se trouve souvent agréablement désappointé du résultat. M. Roper ¹ dit que l'affaiblissement des tissus qui survient après l'âge de 40 ans diminue leur résistance, et que, après cet âge, les premiers accouchements sont, en général, plus faciles que dans la jeunesse. Les habitudes et le genre de vie de la femme ont sans doute une influence considérable sur la durée du travail, mais nous n'avons pas assez d'observations pour émettre une opinion exacte à ce sujet. Il est rationnel de supposer que les tissus des femmes grandes, musculeuses, fortement développées, offriront plus de résistance que ceux des femmes plus frêles. D'un autre côté, les femmes délicates, surtout dans les classes riches, sont plus souvent atteintes de susceptibilités nerveuses qui peuvent influencer la longueur du travail. La durée moyenne de l'accouchement, calculée d'après un grand nombre d'observations, est de huit à dix heures; toutefois, même chez des primipares, il peut être terminé dans une ou deux heures, et même en durer vingt-quatre sans qu'il soit nécessaire d'intervenir. Chez les multipares, il est fréquemment terminé beaucoup plus vite. Il peut surgir à n'importe quel moment du travail, indépendamment de sa longueur, des indications qui réclament une intervention.

Proportion entre le premier et le second stade.

La proportion entre la longueur du premier et du second stade varie aussi considérablement. Le premier stade est en général le plus long, et Cazeaux a établi qu'il a normalement environ deux fois la longueur du second. Ce fait n'est pas fondé, et je crois que Joulin est plus près de la vérité en établissant que le premier stade est au second comme quatre ou cinq est à un, plutôt que deux est à un. Souvent, lorsque le premier stade a été très-long, le second est rapide.

¹. *Obst. Trans.*, vol. VII.

On demande constamment au médecin quelle sera la durée de l'accouchement; mais elle est si incertaine qu'il devra toujours être très-réservé dans sa réponse. Lors même que le travail marche en apparence de la manière la plus satisfaisante, les douleurs s'éteignent fréquemment, et la délivrance peut être retardée pendant plusieurs heures. Dans le premier stade, un col qui semble rigide et contracturé peut se dilater très-rapidement d'une façon inattendue, et l'accouchement se termine bientôt. Si le médecin s'est trop avancé, il encourra certainement un blâme; il vaut donc mieux qu'il soit extrêmement réservé dans ses prédictions.

Dans les premières heures de la matinée, il se fait un peu plus d'accouchements qu'à tout autre moment. Ainsi West ¹ a trouvé que, sur 2019 accouchements, 780 se sont faits de 11 heures du soir à 7 heures du matin, 662 de 7 heures du matin à 3 heures du soir et 577 de 3 heures à 11 heures du soir.

¹. *Amer. Med. Journ.*, 1854.