

présentations du vertex, les diamètres occipito-mentonnier et occipito-frontal sont allongés d'environ 25 millimètres ou même plus, tandis que les diamètres transverses sont diminués par la compression des os pariétaux¹. Ce moulage a une incontestable utilité, en facilitant la naissance de l'enfant. La déformation apparente est très-considérable et peut même donner lieu à quelque anxiété. Il est bon de se rappeler qu'elle est toujours passagère et qu'au bout de quelques heures, ou de quelques jours au plus, l'élasticité des os crâniens les force à reprendre leur forme naturelle. La bosse séro-sanguine disparaît aussi rapidement; par conséquent, ces deux phénomènes n'amènent aucune déformation inquiétante ou qui exige quelque traitement.

1. Voy. la note de la p. 127.

CHAPITRE III

DE LA CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL NATUREL

Bien que l'accouchement soit une fonction strictement physiologique, qui, dans la grande majorité des cas, doit s'accomplir en toute sécurité sans accoucheur, il est certain que l'assistance du médecin, sagement comprise, est toujours utile pour en faciliter la marche, et qu'elle est souvent absolument indispensable pour la sauvegarde de la mère et de l'enfant.

L'état de la femme enceinte avant son accouchement doit toujours attirer l'attention du médecin, parce qu'il est important que le travail s'accomplisse lorsqu'elle est aussi bien portante que possible. On ne négligera donc jamais, dans les derniers mois de la grossesse, les précautions hygiéniques ordinaires. La femme prendra un exercice régulier et modéré, sans fatigue, et, si le temps le permet, restera beaucoup au grand air. Les pièces chaudes, les veillées, les excitations de toutes sortes, seront strictement évitées. Le régime sera simple, nourrissant et non stimulant; l'état de l'intestin particulièrement surveillé. Pendant les quelques jours qui précèdent l'accouchement, la descente de l'utérus provoque souvent une compression du rectum et empêche qu'il ne se vide. On a alors l'habitude de prescrire de temps à autre de légères purgations, par exemple de petites doses d'huile de ricin, pendant quelques jours avant le moment prévu de l'accouchement. Il est

Traitement
préparatoire.

bon toutefois de prendre quelques précautions, et il n'est certainement pas rare que le travail soit déterminé un peu plus tôt qu'il n'aurait eu lieu, par l'irritation que déterminent de fortes doses purgatives. Au début du travail, on examinera toujours l'état de l'intestin, et, s'il y a quelque raison d'en suspecter la plénitude, un grand lavement sera administré. C'est toujours une bonne précaution, car, si le rectum est rempli, il cause fréquemment l'irrégularité et l'inefficacité des contractions utérines, et, lors même qu'il ne produit pas ce résultat, la sortie des fèces, par compression de l'intestin pendant le stade d'expulsion, est toujours désagréable à la fois pour la femme et pour l'accoucheur.

Vêtements de la femme pendant la grossesse.

Il est bon de surveiller aussi la forme du vêtement de la femme pendant la grossesse; il est souvent une cause de gêne, et peut même entraver la marche satisfaisante du travail, s'il est mal compris.

Après que l'utérus s'est élevé au-dessus du petit bassin, le corset ordinaire que portent la plupart des femmes est sujet à produire une compression fâcheuse, surtout si l'on essaye de masquer la tumeur croissante par un lacet serré. Après le quatrième ou le cinquième mois, la femme se trouvera beaucoup plus à l'aise en portant un corset construit exprès, avec des bandes élastiques sur les côtés et en avant, de telle façon qu'il s'accommode au développement de la tumeur. Toutes les corsetières en font de semblables, et les femmes peuvent en porter lorsque leur état le leur permet. A défaut de ce corset, il vaut mieux en éviter tout à fait l'usage et n'appliquer sur l'utérus qu'une compression aussi faible que possible, bien que beaucoup de femmes ne puissent se passer du soutien auquel elles sont accoutumées. Pour les multipares, surtout lorsqu'il y a un certain relâchement des parois abdominales, une ceinture abdominale élastique bien faite est souvent fort utile. Elle sera construite de façon à ce qu'on puisse la serrer lorsque la femme marche ou se tient dans la position droite, alors qu'un soutien est surtout nécessaire, et la relâcher facilement à volonté.

Je n'insisterai pas sur la nécessité pour le praticien de se présenter dès le premier appel de la femme. Il est vrai qu'il peut être souvent mandé longtemps avant que sa présence soit utile. Mais, d'un autre côté, il est absolument impossible de prévoir quel peut être l'état de chaque individu. Par une prompt intervention, on peut modifier une mauvaise présentation ou prévenir quelque catastrophe imminente, et sauver ainsi la femme des dangers de la plus haute gravité.

Le praticien sera toujours muni des instruments dont il peut avoir besoin. Les boîtes obstétricales ordinaires, qui contiennent un ou deux flacons et une sonde, telles qu'elles sont vendues par la plupart des fabricants d'instruments, sont embarrassantes et inutiles, tandis que les « trousse obstétricales » sont un luxe coûteux et peu à la portée de tous. Chacun peut se fabriquer une excellente trousse obstétricale, à peu de frais, avec des compartiments pour porter des flacons, cousus sur les côtés d'une poche de cuir ordinaire, qu'on trouve pour quelques shillings chez les fabricants de sacs de voyage. Il est indispensable d'avoir sous la main tout ce dont on peut avoir besoin, et la trousse contiendra du chloroforme, du chloral, du laudanum, le perchlorure de fer liquide de la pharmacopée, de l'extrait liquide d'ergot, et une seringue de Pravaz. Si elle contient aussi une petite sonde élastique, un bon forceps, une ou deux aiguilles à suture, avec quelques fils d'argent, le praticien ne sera jamais pris au dépourvu. Les autres objets dont on a besoin, le fil, les ciseaux et le reste, sont généralement fournis par la garde ou la femme.

En arrivant, le médecin se fera annoncer à la femme, et il se peut que le premier effet de sa présence soit d'arrêter les douleurs, qui avaient été jusque-là en augmentant, preuve très-concluante de l'influence des impressions morales sur la marche de l'accouchement. Si les douleurs ne sont pas encore expulsives, il est bon qu'il s'occupe d'abord de demander aux assistants des renseignements généraux sur les progrès du travail, et de voir si toutes les dispositions nécessaires sont prises

Nécessité de se présenter au premier appel.

Trousse obstétricale.

Devoirs du médecin à la première visite.

convenablement, de façon à laisser à la femme le temps de s'habituer à sa présence. S'il a le choix, il prendra pour la chambre d'accouchement une pièce grande, aérée, bien ventilée et aussi éloignée que possible de l'extérieur. Il peut aussi voir le lit, qui sera sans rideaux, avec une toile imperméable placée sous une couverture ou un drap plié sur lequel la femme s'étend. Ces objets doivent recevoir les matières qui s'échapperont pendant l'accouchement, et peuvent être enlevés du lit après la délivrance, en laissant des draps secs par-dessous. Dans les classes pauvres, la chambre d'accouchement est considérée comme un lieu de rendez-vous légitime pour de nombreuses amies qui viennent commérer, et dont la conversation est souvent pénible, et certainement nuisible à la malade, qui se trouve dans l'état d'excitation particulier à l'accouchement. Le médecin insistera donc pour qu'elle ait le plus grand calme, et n'admettra personne dans la chambre en dehors de la garde et quelque amie dont la femme peut désirer la présence. Quant au mari, on obéira aux désirs de la femme. Quelques-unes aiment que leur mari soit avec elles, tandis que d'autres préfèrent qu'il se retire; le médecin se conformera à leur désir.

Examen vaginal.

S'il existe des douleurs, on pratiquera sans trop attendre un examen vaginal, afin de s'assurer si le travail a commencé ou non, et si la présentation est naturelle ou anormale. Les douleurs fortes en apparence peuvent être fausses, et il est possible que le travail ne soit pas commencé. Il est très-important, à la fois pour notre crédit et notre commodité, que nous soyons capables de reconnaître le véritable caractère des douleurs, car, si ce sont de « fausses » douleurs, nous pouvons passer des heures à attendre inutilement l'accouchement, qui est encore fort éloigné. Je n'ai pas besoin par conséquent d'insister sur la nécessité de reconnaître l'état précis des choses.

Fausses douleurs.

Les *fausses* douleurs sont caractérisées principalement par leur irrégularité; elles surviennent parfois à de courts intervalles, parfois cessent pendant des heures entières; elles va-

rient aussi beaucoup en intensité: quelques-unes sont très-aiguës et très-douloureuses, d'autres légères et fugaces. Elles diffèrent ainsi des *vraies* douleurs du premier stade, qui sont d'abord légères et courtes, et augmentent graduellement en force et en régularité. Le siège de ces deux sortes de douleurs n'est pas le même; les fausses douleurs sont senties surtout en avant, tandis que les vraies douleurs le sont plutôt dans les reins, avec des irradiations vers l'abdomen. Un simple examen vaginal nous permettra mieux que quoi que ce soit d'établir le diagnostic exact. Si le travail a commencé, l'orifice sera plus ou moins dilaté, ses bords amincis, et pendant la durée du chaque douleur le col deviendra rigide, les membranes tendues et saillantes. Les fausses douleurs, au contraire, n'ont aucun effet sur le col, qui reste lâche et non dilaté, et, si l'orifice est suffisamment ouvert pour admettre l'extrémité du doigt, on ne sentira pas les membranes bomber pendant la contraction. Dans ces circonstances, nous pouvons assurer en toute confiance à la femme que les douleurs sont fausses, et nous prendrons des mesures pour calmer l'irritation qui les produit. La plupart du temps, la cause des fausses douleurs est liée à quelque trouble de l'appareil intestinal, et elles seront parfaitement soulagées par un léger laxatif — tel que l'huile de ricin, ou une pilule de coloquinte et jusquiame — suivi d'un sédatif, par exemple, vingt gouttes de laudanum ou de chlorodyne. Peu après l'administration de ces médicaments, les fausses douleurs disparaîtront, et on ne les reverra plus jusqu'à ce que le vrai travail commence.

Leur traitement.

Lorsqu'on veut pratiquer l'examen vaginal, la femme doit être placée par la garde sur son côté gauche, près du bord du lit, les jambes fléchies sur l'abdomen. Le médecin, s'approchant du lit, applique l'index de la main droite, préalablement enduit de saindoux ou de cold-cream, sur la vulve, et le fait pénétrer doucement dans l'orifice du vagin, puis il le pousse en arrière dans l'axe du détroit inférieur et enfin le dirige en haut et en avant de façon à gagner plus facilement le col. Mais

Manière de pratiquer l'examen vaginal.

il n'est pas toujours facile d'y arriver, car, au commencement du travail, le col peut être si haut qu'on ne l'atteigne qu'avec difficulté, ou dirigé tout à fait en arrière vers la concavité du sacrum. On facilite souvent l'exploration en déprimant l'utérus extérieurement, avec la main gauche placée sur l'abdomen. Notre but est non seulement de nous assurer de l'état de mollesse et de dilatation du col, mais aussi de reconnaître la présentation, l'état du vagin et les dimensions du bassin. Le premier examen sera généralement fait pendant une douleur : il est alors moins désagréable pour la femme ; mais, pour qu'il soit satisfaisant, le doigt restera dans le vagin jusqu'à ce que la douleur soit passée, et l'examen se terminera pendant l'intervalle qui sépare cette douleur de la suivante.

Il ne faut pas chercher, dès ce moment, à reconnaître la position.

Dans les présentations de l'extrémité céphalique, on sent généralement la masse arrondie du crâne à travers le segment inférieur de l'utérus, et on a la satisfaction de pouvoir assurer à la femme que tout va bien. Si l'orifice est suffisamment dilaté, on peut aussi trouver l'occiput recouvert des membranes. Mais il est impossible à ce moment de reconnaître la position exacte de la tête par les sutures et les fontanelles, qui sont trop élevées pour être atteintes. On ne fera aucun essai pour y arriver, dans la crainte de rompre prématurément les membranes. La présentation de l'extrémité céphalique est tout ce que nous devons chercher à découvrir à ce moment du travail.

L'état de l'orifice indique les progrès du travail.

L'état de l'orifice, sa rigidité, sa dilatation nous aideront à nous former une opinion sur la marche et la durée probable de l'accouchement ; mais, bien que la famille soit certainement pressée d'avoir notre avis sur ce point, le médecin prudent aura soin de ne pas se prononcer d'une façon trop positive, car il est facile de se tromper. Il suffira de répondre que tout va bien, mais qu'il est impossible de dire avec certitude si l'accouchement se fera vite ou non.

Si les douleurs ne sont ni fréquentes ni fortes, si l'orifice n'a pas atteint une dilatation de plus de 3 centimètres de dia-

mètre, il peut s'écouler beaucoup de temps avant que l'accouchement se termine, et la présence du médecin n'est pas indispensable. Il peut, par conséquent, laisser la femme pendant une ou quelques heures, pourvu qu'on sache où le trouver. Mais je n'ai pas besoin de dire qu'il ne devra jamais s'éloigner, à moins d'avoir reconnu exactement la présentation. Si c'est une autre région que la tête qui se présente, il sera pro-



Fig. 100. — Examen pendant le premier stade.

bablement impossible de la reconnaître jusqu'à ce que la dilatation soit plus avancée, et le médecin doit être incessamment sur ses gardes, jusqu'à ce qu'il soit absolument fixé à ce sujet, de façon à pouvoir saisir le moment le plus favorable pour intervenir, si cela est nécessaire.

La position de la femme a quelque importance pendant le premier stade. Il y a un avantage incontestable à ce qu'elle ne soit pas alors couchée sur le côté, comme c'est l'habitude dans le second stade ; car il est nécessaire que la force expulsive se produise dans un sens tel qu'elle favorise la descente de la tête dans le bassin, c'est-à-dire perpendiculairement au plan du détroit supérieur, et que le poids de l'enfant agisse de la

Position de la femme pendant le premier stade.

même façon. Par conséquent, la coutume qui consiste à permettre à la femme de marcher ou de s'appuyer sur une chaise est décidément avantageuse; et on remarque souvent que les douleurs sont languissantes et inefficaces si elle se met sur son lit. Si la femme est multipare, ou si l'abdomen est un peu pendant, un bandage abdominal, en supportant l'utérus, favorisera beaucoup la marche de ce stade. En outre, lorsque la femme est hors de son lit, elle est moins inquiète sur la terminaison du travail, et une petite conversation enjouée lui fait prendre patience et atténue la dépression morale, qui est si commune. On peut lui faire prendre du bon bouillon ou un peu d'eau-de-vie avec de l'eau, si elle se sent faible; tout cela est utile pour réparer ses forces. On évitera, à cette période, les examens vaginaux trop fréquents, ils n'ont aucune utilité, et ils peuvent irriter le col. Cependant on devra de temps à autre s'assurer des progrès de la dilatation.

Rupture artificielle
des membranes.

Lorsque l'orifice est complètement dilaté, les membranes peuvent être artificiellement rompues, si elles ne se déchirent pas spontanément, car elles n'ont plus dès lors aucune utilité et ne font que retarder le début du stade d'expulsion. Il est facile de les rompre en poussant contre elles, lorsqu'elles sont tendues pendant une douleur, quelque instrument pointu, l'extrémité d'une épingle à cheveux par exemple, qu'on a toujours sous la main. Dans quelques cas, il est même utile de rompre les membranes avant que l'orifice soit complètement dilaté. Ainsi il arrive assez fréquemment, lorsque la quantité du liquide amniotique est excessive, que l'orifice se dilate de la dimension d'une pièce de cinq francs ou un peu plus; mais, bien qu'il soit parfaitement souple et lâche, il ne s'ouvre pas davantage, jusqu'à ce que le liquide amniotique soit évacué, et alors les douleurs expulsives complètent rapidement la dilatation. Il faut de l'expérience et du jugement pour reconnaître ces faits, car, si l'on permet l'écoulement prématuré du liquide amniotique, la pression de la tête sur le col peut produire de l'irritation et prolonger sérieusement le travail. Cette manœu-

Il est quelquefois
utile de rompre les
membranes avant la
dilatation complète du
col.

vre est surtout utile lorsque les douleurs sont fortes, l'orifice souple, et que les membranes, ne faisant pas saillie à travers l'orifice, ne concourent pas à la dilatation.

Il n'est pas toujours facile de s'assurer si les membranes sont rompues ou non. Cela arrive surtout lorsque la tête est basse, et la quantité du liquide amniotique si petite que la poche ne peut pas faire saillie pendant les douleurs. Un peu d'attention, cependant, nous permettra, si les membranes sont rompues, de sentir les plis de la peau du crâne recouverte de cheveux, et de la distinguer de la surface lisse et polie des membranes.

Après l'évacuation du liquide amniotique, il y a généralement un arrêt dans la marche du travail; mais les douleurs reparaisent bientôt avec plus de force et de fréquence, poussant la tête à travers la cavité pelvienne. Le changement de caractère des douleurs est bientôt reconnu aux violents efforts dont elles sont accompagnées, et à l'augmentation de leur durée et de leur intensité.

Conduite à tenir
pendant
le stade d'expulsion.

Il est bon que la femme soit alors placée sur son lit, et en Angleterre elle a l'habitude de se coucher sur le côté gauche, les fesses parallèles au bord du lit, et le corps en travers. C'est là la position obstétricale admise dans notre pays, et il serait inutile d'insister pour en faire prendre une autre, quand même elle serait meilleure. Bien que la position dorsale soit préférée sur le Continent et en Amérique, il est difficile de dire en quoi consiste son avantage. Elle expose inutilement la femme aux regards, et, en somme, il est moins facile, quand elle est ainsi placée, de pratiquer les examens nécessaires. En outre, la position dorsale augmente les risques de déchirure du périnée, en faisant porter le poids de la tête de l'enfant plus directement sur lui. Ainsi, Schroeder a trouvé que les déchirures se produisaient 37,6 fois sur cent chez les femmes qui accouchent sur le dos, et 24,4 sur cent chez celles qui accouchent dans les autres positions.

Position de la femme
pendant le second
stade.

La femme reste ordinairement couchée pendant toute la

durée de ce stade, et la garde a l'habitude d'attacher au pied du lit une serviette sur un rouleau qui sert de point d'appui et de support pendant les efforts. Si les douleurs sont rares et éloignées et si la femme trouve plus agréable de se lever de temps en temps, il n'y a pas de raison pour l'en empêcher. Au contraire, comme nous le verrons plus tard en traitant du travail languissant, les douleurs, dans ces circonstances, sont souvent augmentées par la position assise, le poids de l'enfant déterminant une compression plus forte sur les nerfs du vagin.

A ce moment, l'examen vaginal, qui devra être plus souvent répété que dans le premier stade, nous permet de nous assurer de la position précise de la tête, par les sutures et les fontanelles, et d'en mesurer les progrès.

Conduite à tenir quand la lèvre antérieure du col est pincée entre la tête et la paroi du bassin.

Il arrive fréquemment que la tête descende dans le bassin, même jusqu'au plancher, sans que le col ait entièrement rétro-cédé. La lèvre antérieure surtout peut alors être saisie entre la tête et le pubis; elle se gonfle sous la pression à laquelle elle est soumise et retarde ainsi les progrès du travail. On ne saurait rien objecter contre une tentative faite pour prévenir cette cause de retard, en relevant la lèvre prisonnière, dans l'intervalle des douleurs, de façon à la repousser au-dessus de la tête et l'y maintenir pendant les contractions, jusqu'à ce que la tête soit descendue au-dessous d'elle. Cette manœuvre, faite judicieusement, sans rudesse et sans force inutiles, ne peut certainement produire aucune des conséquences fâcheuses que la plupart des accoucheurs lui ont attribuées; il tombe évidemment sous le sens que la lésion du col est beaucoup moindre s'il est repoussé doucement hors du passage, que si on le laisse comprimer fortement pendant des heures entre la partie qui se présente et les os du bassin. Ce mode d'assistance est tout différent de la dilatation digitale d'un col rigide, qui fut autrefois beaucoup pratiquée, surtout à Edimbourg, sur la recommandation de Hamilton, et contre laquelle se sont élevés à juste titre la grande majorité des accoucheurs.

Si l'accouchement marche d'une façon satisfaisante, il n'y a

pas lieu d'intervenir davantage. Le médecin verra cependant si la vessie est vidée, et, si elle ne l'a pas été depuis plusieurs heures, il devra la vider avec la sonde. Toutes les fois que le travail se prolonge, il pratiquera de temps en temps l'auscultation, de façon à s'assurer que la circulation fœtale se fait régulièrement.

La régularité des efforts d'expulsion est importante à ce moment. Les gardes ont l'habitude d'engager la femme à s'aider elle-même en poussant, et il est certain que ces efforts volontaires augmentent beaucoup l'action des muscles accessoires de la parturition. Si les douleurs sont fortes et si le travail promet d'être rapide, les efforts volontaires ne peuvent pas être préjudiciables. D'un autre côté, si sa marche est lente, ils ne feraient que fatiguer inutilement la femme et pourraient la décourager. Lorsque le périnée est distendu, il est souvent utile d'engager la femme à cesser tout effort volontaire et de lui conseiller de crier, dans le but de diminuer la tension à laquelle le périnée est soumis. C'est le stade dans lequel l'anesthésie rend le plus de services; mais son emploi sera discuté ailleurs.

A mesure que la tête descend, le périnée devient de plus en plus distendu, et il existe une divergence considérable d'opinions parmi les accoucheurs au sujet de la conduite à tenir à ce moment. Dans la plupart des ouvrages d'obstétrique, on conseille au médecin d'essayer de prévenir la lacération par la manœuvre qui consiste à « soutenir le périnée ». On entend, par cette manœuvre, l'action de placer la paume de la main sur les tissus distendus et d'appuyer solidement sur eux pendant l'acmé de la douleur, pour prévenir mécaniquement leur déchirure. Je doute un peu que cette méthode, ou une méthode à peu près semblable, soit maintenant la pratique suivie par la grande majorité des accoucheurs. Dans ces dernières années, les mauvais effets qui peuvent en découler ont été spécialement signalés par Graily Hewitt, Leishman, Goodell et d'autres auteurs qui maintiennent que, par la compression exercée de

Régularité des efforts volontaires.

Distension du périnée.

Mauvais effets de la pression sur le périnée.