

circonstances le permettent. Mais la version n'est pas toujours exempte de dangers pour la mère, et c'est au praticien seul d'en décider l'opportunité dans chaque cas spécial. Elle sera surtout applicable lorsque l'orifice est complètement dilaté et les membranes intactes, de façon à ce qu'elle puisse être faite par la méthode combinée, sans introduction de la main dans l'utérus. Si l'on ne juge pas à propos d'y avoir recours, il ne reste qu'à essayer de mettre le cordon à l'abri de la compression, autant que faire se peut, à l'aide d'une des méthodes déjà mentionnées.

## CHAPITRE IX

### DU TRAVAIL PROLONGÉ ET DU TRAVAIL PRÉCIPITÉ

Parmi les difficultés de la parturition, il n'y en a pas de plus fréquentes, il n'y en a pas qui exigent une connaissance plus approfondie de la physiologie et de la pathologie du travail, que celles qui naissent de l'absence des douleurs expulsives ou de l'irrégularité de leur action. L'importance de cette classe de dystocie ressort de l'étude des causes nombreuses et diverses qui la produisent.

Dystocie par défaut ou irrégularité des contractions.

C'est un axiome de jour en jour plus vrai dans la pratique des accouchements, que la prolongation du travail est par elle-même un accident sérieux, et dont l'évidence est démontrée par les statistiques faites dans ces dernières années au Rotunda Lying-in Hospital, et comparées à celles qui ont été publiées il y a vingt ou trente ans. On peut être certain que la pratique des médecins distingués de cette école bien connue représente l'opinion scientifique la plus avancée de nos jours. Il y a moins de trente ans, le forceps n'était pas employé plus d'une fois sur 340 accouchements, tandis que, selon le rapport de 1873, le dernier Master de la Rotunda l'appliqua une fois sur huit; il s'est donc produit de grands changements.

Effets fâcheux du travail prolongé.

Le travail peut être prolongé sous l'influence d'un grand nombre de causes, dont les principales exigent une étude distincte. Quelques-unes dépendent seulement de l'absence ou de

Causes du travail prolongé.



l'irrégularité de l'action utérine ; d'autres agissent en s'opposant à l'expulsion de l'enfant, comme, par exemple, une rigidité anormale du canal génital, un rétrécissement par des tumeurs, une déformation osseuse, et ainsi de suite. Quelle que soit la cause de l'obstacle, il peut en naître une foule de symptômes graves, qui mettent en péril à la fois la mère et l'enfant. En ce qui concerne la mère, leur degré et la rapidité avec laquelle ils s'établissent varient beaucoup. Parfois l'action de l'utérus est languissante, et cependant il s'écoule un temps considérable avant qu'il ne survienne aucun accident sérieux ; parfois, au contraire, l'organe se contracte énergiquement et s'épuise en efforts inutiles pour surmonter l'obstacle, et alors les signes du plus grave épuisement peuvent apparaître avec une extrême rapidité.

Les symptômes varient selon diverses circonstances.

Influence du stade du travail pendant lequel se produit l'obstacle.

Les symptômes graves sont plus ou moins marqués selon la période du travail à laquelle se produit le retard. Il est démontré que son importance est relativement minime, soit pour la mère soit pour l'enfant, pendant le premier stade, alors que les membranes sont encore intactes, et les parties molles de la mère, aussi bien que le corps de l'enfant, protégés d'une compression fâcheuse par le liquide amniotique ; mais il devient de la plus extrême gravité pour tous les deux aussitôt que la tête est entrée dans l'excavation et les membranes rompues, l'utérus étant fortement excité par un stimulus réflexe. Les parties molles de la mère se trouvent exposées à une pression continue, et l'utérus extrêmement contracté comprime énergiquement le fœtus et met obstacle à la circulation placentaire. C'est cette dernière variété de dystocie qui a provoqué les modifications pratiques auxquelles nous avons déjà fait allusion ; et les résultats en ont été satisfaisants pour la mère et l'enfant, surtout pour ce dernier.

On ne doit pas supposer, toutefois, que la prolongation du travail n'ait aucune importance avant le second stade. Simpson a démontré, il y a déjà longtemps, l'inexactitude d'une semblable opinion ; il a prouvé, de la façon la plus concluante, que

plus le travail est prolongé, plus la mortalité de la mère et de l'enfant est grande, et tous les accoucheurs ont vu fréquemment des exemples dans lesquels des symptômes graves se sont développés avant que la première période ne soit achevée. Cependant, au point de vue relatif, l'opinion que je viens de signaler est incontestablement correcte.

Dans ce chapitre, nous ne nous occuperons que des causes de retard liées aux forces expulsives ; et comme les dangers de la prolongation sont absolument semblables, quelle qu'en soit la cause, nous n'aurons plus besoin d'y revenir, lorsque nous aurons étudié, une fois pour toutes, le cortège des accidents dus à la prolongation anormale du travail.

Tant que le retard n'affecte que la première période, sauf de rares exceptions, il ne surgit pendant assez longtemps aucun symptôme réellement grave ; ce stade peut même se prolonger plusieurs jours. Il n'est pas rare d'observer une cessation partielle des douleurs ; elles peuvent même, par suite d'un épuisement passager de la force nerveuse, disparaître entièrement pendant plusieurs heures consécutives. Dans de telles circonstances, après une période de repos, soit naturelle, soit produite par des sédatifs, les douleurs reparassent avec une nouvelle vigueur.

On peut observer la même cessation des douleurs après que la tête a franchi l'orifice de l'utérus, cessation également suivie d'un renouvellement d'énergie après un instant de repos. Mais cette irrégularité doit être surveillée avec beaucoup plus d'anxiété. Dans la plupart des cas, l'altération dans la force et la fréquence des douleurs de cette période indique une forme de retard beaucoup plus sérieuse, qui peut s'accompagner rapidement de symptômes généraux graves. Le pouls s'élève, la peau devient chaude et sèche, la femme est sans repos et irritable. Plus le retard est long, plus violents sont les efforts de l'utérus pour surmonter l'obstacle, plus sérieux devient l'état de la femme. La langue est chargée, et, dans les cas les plus graves, sèche et noire. Les nausées et les vomissements sont

Le retard dans le premier stade est rarement sérieux.

Cessation temporaire des douleurs.

Symptômes de la prolongation dans le second stade.



souvent considérables; le vagin est brûlant et sec, sa sécrétion muqueuse, ordinairement abondante, manque absolument, il se tuméfie, et, si la partie qui se présente est fortement engagée, il peut même se former une eschare. Si la femme reste dans cet état sans être délivrée, tous les symptômes augmentent d'intensité : les vomissements sont incessants, le pouls rapide et presque imperceptible, il survient du subdélirium, et la femme peut mourir en présentant les signes de l'épuisement le plus profond.

On ne doit jamais laisser ces symptômes se développer.

Un si formidable cortège de symptômes, à un degré même plus léger, ne s'observe jamais dans la pratique d'un accoucheur habile; et c'est précisément parce qu'une connaissance plus scientifique de la marche de l'accouchement a appris que, dans ces circonstances, mieux vaut prévenir qu'avoir à guérir, que l'intervention plus prompte est devenue une règle commune.

Ceux qui enseignent qu'il n'y a rien à faire jusqu'à ce que la nature ait épuisé toutes ses ressources pour effectuer l'accouchement, et qui, par conséquent, ont permis à leurs malades de traîner pendant plusieurs heures de travail pénible, en dépensant leurs forces jusqu'à épuisement complet, et avec des risques énormes pour les enfants, ont tenu un trop grand compte de cette maxime longtemps en honneur : « Un accouchement où l'on intervient est mauvais. » Lorsque ce proverbe est appliqué à l'intervention maladroitement et intempestive d'un ignorant, il a une valeur incontestable; mais, s'il s'adresse à l'action scientifique d'un homme expérimenté, qui sait quand et comment il doit intervenir, et qui a acquis l'habileté manuelle indispensable, il est absolument inopportun.

Etat de l'utérus dans le travail prolongé.

La nature des douleurs et l'état de l'utérus, pendant le travail prolongé, sont particulièrement dignes d'étude et ont été très clairement indiqués par le Dr Braxton Hicks<sup>1</sup>. Il démontre que lorsque les douleurs ont sensiblement diminué, qu'elles sont devenues faibles et rares, ou qu'elles ont entièrement cessé,

1. *Obst. trans.*, vol. IX.

L'utérus est dans un état de contraction continue ou tonique, et que l'irritation résultant de cet état est la cause principale des accidents les plus graves du travail impuissant. Si, dans un cas de cette nature, on examine l'utérus par la palpation, on le trouve fortement rétracté entre les douleurs. L'exactitude de cette observation est hors de doute, et c'est là un guide sûr et important dans le traitement. Dans ces circonstances, l'intervention est impérieusement commandée.

Parmi les causes du travail prolongé, je discuterai d'abord celles qui affectent la puissance expulsive seule; je me réserve de considérer ultérieurement celles qui dépendent d'états morbides du canal génital. Mais il faut se rappeler que les résultats, en ce qui concerne et la mère et l'enfant, sont identiques, quelle que puisse être la cause de l'obstacle.

L'état constitutionnel de la femme peut influencer matériellement la force et la portée des douleurs. Ainsi, il arrive assez fréquemment qu'elles sont faibles et inefficaces chez les femmes d'une constitution anémique ou qui ont été épuisées par une affection débilitante. Cazeaux dit que les effets d'un tel état général sont souvent plus que contre-balancés par la flaccidité et le défaut de résistance des tissus, de telle sorte qu'il y a moins d'obstacle au passage de l'enfant. Ainsi, chez les femmes phthisiques, réduites au dernier degré d'épuisement, il n'est pas rare que le travail soit extraordinairement facile. Un long séjour sous les climats tropicaux peut provoquer l'inertie utérine, par l'affaiblissement des forces nerveuses qui en résulte. Il est d'observation commune que les résidentes européennes dans l'Inde sont particulièrement sujettes à souffrir d'hémorragie post-puerpérale, née de cette cause. Le genre de vie a une grande importance, et il est certain que l'absence ou l'irrégularité des contractions utérines est plus commune chez les femmes du monde, qui mènent une vie luxueuse et énervante, que chez celles dont les habitudes sont plus en rapport avec une bonne hygiène.

Tyler Smith attache beaucoup d'importance à la multiplicité

Conditions affectant les forces expulsives.

Constitution de la femme.

Influence des climats tropicaux.

Genre de vie.

Grossesses répétées.



des accouchements comme cause d'inertie, et il fait observer qu'un utérus qui a été très-fréquemment soumis aux modifications qu'amène la grossesse ne peut pas être dans des conditions normales. Il est douteux, toutefois, que l'utérus d'une femme en parfaite santé soit affecté de cette façon. Certainement, si les accouchements ont détérioré la santé générale, le travail sera sans doute aussi modifié.

Age de la femme.

L'âge joue un certain rôle. Chez les femmes très jeunes, les douleurs sont souvent irrégulières, à cause du développement imparfait des muscles de l'utérus. Les femmes avancées en âge qui accouchent pour la première fois peuvent aussi avoir un travail laborieux, mais non d'une façon aussi invariable qu'on le croyait généralement. Les appréhensions de la femme sont souvent agréablement déçues, et, lorsqu'il y a du retard, il est bien plus fréquemment imputable à la rigidité et à la résistance du canal pelvi-génital qu'à la faiblesse des douleurs.

Troubles de l'intestin.

Les états morbides des premières voies causent fréquemment l'irrégularité, la douleur, la faiblesse des contractions. La réplétion du rectum jouit aussi d'une influence remarquable, ainsi que le prouve le changement subit dans le caractère du travail qui suit souvent l'administration d'un lavement donné à propos. La distension exagérée de la vessie agit dans le même sens, plus particulièrement pendant le second stade. Lorsqu'on a laissé l'urine s'accumuler en trop grande quantité, la contraction des muscles accessoires de la parturition provoque souvent une douleur si intense, par la compression du viscère distendu, que la femme est absolument incapable de s'aider. Il en résulte que l'accouchement n'a lieu que sous l'influence des contractions utérines, lentement et avec de grandes souffrances. Cette inertie des muscles accessoires est souvent produite par d'autres causes. Par exemple, si le travail se déclare lorsque la femme souffre d'une bronchite ou d'une autre maladie de poitrine, elle peut être absolument incapable d'immobiliser son thorax par une profonde inspiration, et le diaphragme et les autres muscles respiratoires ne peuvent agir. De même, l'action

Distension de la vessie.

Bronchite, etc.

des muscles abdominaux est entravée par l'existence d'une tumeur de l'ovaire ou une ascite.

Les émotions jouent aussi leur rôle; le fait est si commun, qu'il est familier même aux accoucheurs les plus novices. Ainsi, les douleurs sont souvent suspendues pendant un certain temps par l'arrivée de l'accoucheur; toutes les gardes le savent, et le même préjudice est souvent imputable à toute excitation inutile, à la présence de plusieurs personnes dans la chambre, ou à des bavardages intempestifs. Les contractions irrégulières et inefficaces peuvent aussi reconnaître pour causes l'abattement, chez les femmes non mariées par exemple, et le découragement, chez celles qui attendent leurs couches avec appréhension.

Émotions morales.

Le premier stade est souvent prolongé par la distension exagérée de l'utérus quand il renferme une quantité excessive de liquide amniotique, qui entrave l'efficacité des contractions. Dans ce cas, les douleurs sont faibles et dilatent difficilement le col au delà d'un certain degré. Cette cause peut être soupçonnée lorsque la durée inaccoutumée du premier stade s'accompagne d'un grand développement et d'une fluctuation marquée de la tumeur utérine, à travers laquelle les membres du fœtus ne peuvent être sentis par la palpation. A l'examen vaginal, on trouvera le segment inférieur de l'utérus très arrondi et proéminent, et la poche des eaux ne bombera pas à travers l'orifice pendant l'acmé de la douleur.

Excès de liquide amniotique.

L'obliquité exagérée de l'utérus a aussi son importance; elle empêche les douleurs d'agir dans le sens le plus avantageux au point de vue mécanique, et retarde souvent l'engagement de la partie qui se présente au détroit supérieur. La variété la plus commune est l'antéversion, résultat d'un relâchement excessif des parois abdominales, et observée surtout chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. Quelquefois elle est telle que le fond de l'utérus repose au-dessus des pubis et tombe même vers les genoux de la femme. Il en résulte, lorsque le travail commence, et à moins qu'on ne prenne des

Situations anormales de l'utérus.



précautions pour corriger cet état, que les douleurs poussent la tête vers le sacrum, au lieu de la diriger dans l'axe de l'entrée du bassin. L'obliquité latérale est aussi assez commune; elle existe presque toujours à un certain degré, mais quelquefois elle est excessive. Chacune de ces anomalies peut parfaitement être reconnue par la palpation et l'examen vaginal combinés. Dans la première, l'orifice est parfois si haut et rejeté si loin en arrière, qu'il est tout d'abord fort difficile de l'atteindre.

Contractions irrégulières et spasmodiques.

Outre leur faiblesse, les contractions utérines, surtout dans la première période, présentent souvent de l'irrégularité; elles sont spasmodiques, très douloureuses et presque sans effet sur la marche du travail. J'ai déjà signalé ces particularités, quand j'ai parlé de l'emploi des anesthésiques (p. 386); elles sont communes chez les femmes nerveuses et impressionnables des classes élevées. L'irrégularité des contractions ne dépend pas toujours de causes morales seulement; elle est souvent produite par un état d'irritation dû à la plénitude de l'intestin ou à une rupture trop prompte des membranes. Le Dr Trenholme, de Montréal<sup>1</sup>, croit qu'elle dépend en général d'adhérences anormales entre la caduque et les parois utérines, qui s'opposent à la dilatation convenable du col, et il a relaté quelques observations intéressantes à l'appui de sa théorie.

Traitement.

L'énumération seule de ces causes diverses de travail prolongé indique le traitement à suivre. Quelques-unes d'entre elles, par exemple l'état constitutionnel de la femme, son âge, les émotions, sont naturellement hors de nos moyens d'action, et il est impossible de les influencer ou de les modifier; mais, dans tous les cas où les contractions utérines sont faibles et irrégulières, on doit rechercher soigneusement s'il existe quelque cause qu'on puisse faire disparaître. L'effet d'un lavement copieux, lorsque nous suspectons la plénitude du rectum, est souvent très remarquable; les douleurs changent

1. *Obst. Trans.*, 1873.

parfois presque immédiatement de caractère, et un accouchement qui languissait est rapidement terminé.

La distension excessive de l'utérus peut être corrigée par l'évacuation artificielle du liquide amniotique; elle suffit pour modifier rapidement le caractère des douleurs. Cet expédient a souvent une grande action, lorsque le col est déjà assez dilaté et que le travail n'avance pas, surtout si les membranes ne bombent pas à travers l'orifice pendant les douleurs, et que l'orifice lui-même est souple et facilement dilatable.

De l'excès de liquide amniotique.

Si nous avons quelque raison de suspecter l'existence d'adhérences morbides entre les membranes et les parois utérines, nous essayerons de les rompre en passant le doigt ou une sonde flexible autour du bord interne de l'orifice, ou en ponctionnant la poche des eaux. Le premier expédient a été préconisé par le Dr Inglis<sup>1</sup> comme un moyen d'augmenter les douleurs lorsque le premier stade est très pénible, et je l'ai souvent employé avec succès. L'observation du Dr Trenholme prouve l'exactitude de cette action. La manœuvre elle-même est facile, et, pourvu que l'orifice ne soit pas très élevé dans le bassin, sans aucune douleur et sans inconvénient pour la femme.

De l'adhérence des membranes.

Il faut toujours avoir soin de remédier à toute déviation de l'utérus sur son axe propre. S'il existe une déviation latérale, le meilleur moyen est de faire coucher la femme sur le côté opposé à celui vers lequel l'organe est dirigé. Dans la déviation antérieure, qui est plus commune, la malade devra être couchée sur le dos, de telle sorte que l'utérus puisse retomber vers l'épine dorsale, et on appliquera un bon bandage abdominal. Il empêche l'organe de tomber en avant et exerce une compression qui excite les fibres musculaires et augmente leur action; il est donc souvent très utile lorsque les douleurs sont faibles, même s'il n'y a pas d'antéversion.

Des déviations de l'utérus.

Très fréquemment, surtout pendant le premier stade, les douleurs diminuent en force et en fréquence par excès de

De l'épuisement passager.

1. *Sydenham Society's Year-Book*, 1869.



Il est important de distinguer l'épuisement passager de l'épuisement permanent.

Médicaments ocytociques.

Ergot de seigle.

fatigue ; il faut permettre à la femme de prendre un repos momentané, après lequel les contractions reparassent avec une nouvelle vigueur. Dans ce cas, on donne avec succès les opiacés, par exemple vingt gouttes de la solution de Battley, en lavement, pour qu'elle agisse plus vite. Si l'on procure ainsi à la malade quelques heures de sommeil, elle se réveille gaie et fortifiée. Il est important de distinguer cette variété de suspension des douleurs, de celle qui dépend d'un épuisement constitutionnel ; on y arrivera en examinant l'état général de la femme, et surtout en observant que l'utérus est mou et lâche dans l'intervalle des douleurs, et non en contraction tonique, indiquée par la dureté persistante de ses parois. Quand les contractions sont irrégulières, spasmodiques et excessivement douloureuses, sans produire aucun effet réel, les opiacés rendent aussi de grands services, et c'est dans ces circonstances que le chloral est surtout utile.

Mais on observera bien des cas où les douleurs sont faibles et sans effet, sans qu'on puisse en reconnaître les causes. Je vais en discuter le traitement. Les contractions sont insuffisantes, voilà le mal ; la première indication est donc d'en augmenter la force. Ici, les médicaments appelés *ocytociques* sont applicables ; et, bien qu'un grand nombre d'entre eux aient été employés de temps en temps, tels que le borax, le cinnamon, la quinine et le galvanisme, pratiquement, le seul dans lequel nous puissions avoir quelque confiance est l'ergot de seigle. C'est depuis longtemps le remède favori dans les cas de faiblesse des contractions utérines, et il n'est pas douteux qu'il soit un puissant stimulant des fibres utérines. Mais il présente de sérieux inconvénients, reconnus par les praticiens les plus autorisés, et on se demande si les risques que courent la mère et l'enfant ne font pas plus que contrebalancer les avantages qu'on attend de son emploi. L'ergot est donné à la dose de 75 centig. ou un gramme, fraîchement pulvérisé, suspendu dans de l'eau chaude, ou mieux encore sous forme d'extrait liquide à la dose de 20 à 30 gouttes. Environ un quart d'heure après

son administration, les douleurs augmentent généralement en force et en fréquence, et, si la tête est basse dans l'excavation, si les parties molles n'offrent pas de résistance, l'accouchement est rapidement terminé.

Si son emploi était toujours suivi de cet effet, il n'y aurait que peu d'objections à son administration. Mais les douleurs sont différentes de celles du travail naturel, elles sont fortes, persistantes et continues. En effet, le seigle ergoté produit à un haut degré cet état de contraction utérine tonique et continue qui a déjà été signalé comme un des dangers principaux du travail prolongé. Si donc, pour quelque cause que ce soit, l'administration du seigle n'est *pas* suivie d'un accouchement rapide, il se développe chez la mère des symptômes graves, avec retentissement sur l'enfant, sous l'influence de la contraction tonique des fibres utérines, qui arrête la circulation utéro-placentaire. Le Dr Hardy a observé que les pulsations du fœtus tombent rapidement à 100 ; et, si l'accouchement se fait longtemps attendre, elles deviennent intermittentes. Il a aussi remarqué que, dans ce cas, l'enfant est presque toujours mort-né ; et, d'après ses calculs, le nombre des enfants mort-nés, quand on a donné l'ergot, est considérable : en effet, il a administré l'ergot dans 30 accouchements laborieux, et dix enfants seulement naquirent vivants. Dans aucun cas, son emploi n'est exempt de sérieux dangers pour la mère, et un nombre considérable de ruptures de l'utérus ont été attribuées à son usage intempestif. Donc, si on le donne, il faut que ce soit avec modération, et après un examen soigneux.

Il est absolument contre-indiqué, à moins qu'il n'y ait aucun obstacle à un accouchement rapide. On ne doit l'admettre qu'après la terminaison du premier stade, quand l'orifice est complètement dilaté, qu'un accouchement précédent a démontré que le bassin est d'une largeur suffisante, et que le périnée est souple et dilatable. Peut-être, ainsi qu'on l'a suggéré, l'administration de petites doses de 5 à 10 gouttes d'extrait liquide de dix minutes en dix minutes, jusqu'à ce qu'on ait obtenu

Objections à son emploi.

Limites de son emploi.