

chants, comme chez la plupart des primipares. Si les lèvres et une petite portion du col forment encore un bourrelet saillant, ce bourrelet est d'une telle mollesse que le doigt arrive, sans rencontrer le moindre obstacle, sur les membranes, et il peut écarter les bords de l'orifice dans une certaine étendue sans difficulté, parce que le ramollissement s'étend bien au-delà des bords de l'orifice de la matrice. Le ramollissement considérable, précurseur du travail de l'enfantement, ne se borne pas à l'orifice de la matrice et aux parties qui en sont le plus rapprochées; le canal utéro-vulvaire tout entier y participe. Le vagin est plus chaud, plus turgescent, plus mou; la muqueuse et ses follicules, ainsi que ceux du col de l'utérus, sécrètent un mucus plus épais, plus glaireux, ordinairement blanchâtre, quelquefois incolore; cette sécrétion augmente encore pendant le travail. En même temps, la vulve se tuméfie, alors même qu'elle n'est pas le siège d'infiltrations séreuses. Les grandes lèvres forment une saillie beaucoup plus prononcée; la partie inférieure du mont de Vénus, la partie du périnée qui correspond à la commissure postérieure de la vulve, prennent aussi part à ce ramollissement et à cette tuméfaction des tissus; l'anus lui-même forme quelquefois un bourrelet très prononcé; c'est vraisemblablement vers cette époque que les symphyses du bassin subissent en plus grande partie le ramollissement qu'on y observe. Peu après que ces changements précurseurs du travail se sont manifestés, on peut observer que la matrice, à des intervalles plus ou moins éloignés, devient plus rénitente, qu'elle se contracte d'une manière douce. Cette tension n'est pas ordinairement d'aussi courte durée que les contractions du travail lui-même; elle se soutient assez souvent une demi-heure, une heure, et même un temps encore plus long, sans relâchement sensible; quelquefois cependant elle se rapproche des contractions régulières, avec cette différence qu'elle n'est pas encore douloureuse; mais assez souvent elle est accompagnée de légères douleurs. La femme a en quelque sorte le sentiment que le moment tout à la fois désiré et redouté approche; elle éprouve une agitation intérieure, son sommeil est troublé, elle perd l'appétit, ses traits sont altérés, sa face est moins colorée et présente des alternatives de pâleur et de coloration, les mouvements du fœtus deviennent plus pénibles et douloureux; elle est fréquemment tourmentée d'envie d'uriner et de ténésme. On observe quelquefois, chez les femmes primipares surtout, des phénomènes beaucoup plus marqués sans que le travail se déclare; les contractions douloureuses se succèdent à des intervalles assez rapprochés; cet état dure plusieurs heures, même une journée entière,

puis les douleurs s'affaiblissent par degrés, tout rentre dans l'ordre et l'accouchement n'a lieu que quinze et quelquefois vingt jours après. Si on a pratiqué le toucher avant et après, on trouve souvent une différence très marquée dans le segment inférieur de l'utérus, il est beaucoup plus enfoncé dans le bassin, ses parois sont plus minces, et la portion du col qui restait s'est convertie en un orifice unique et tranchant: il semblerait que la dilatation de l'orifice interne, qu'on a supposée tardive et assez brusque, s'effectuait dans quelques cas avec des symptômes qui simuleraient un accouchement commençant. Chez plusieurs, il débute sans que les prodromes soient sensiblement marqués.

2^e Travail de l'enfantement. — Le travail de l'enfantement présente, dans la succession de ses phénomènes, des périodes plus ou moins tranchées qui permettent d'établir un plus ou moins grand nombre de divisions: je suivrai l'exemple des auteurs qui l'ont divisé en deux périodes; il faut en admettre une troisième complémentaire des deux premières, qui comprend l'expulsion du placenta entraînant avec lui les membranes. La première embrasse tous les phénomènes, depuis le début, jusqu'à la dilatation complète du col. La rupture des membranes, bien qu'elle soit quelquefois consécutive à la dilatation complète, doit entrer dans cette période, mais sans servir de limites, à cause de sa variabilité. La deuxième période embrasse les différents temps de l'expulsion du fœtus. Dans l'ordre naturel, la délivrance, qui est le complément du travail de l'accouchement, doit être considérée comme la troisième et dernière période. Nous en ferons ressortir les traits principaux dans cette exposition générale; mais les considérations pratiques nombreuses qui s'y rattachent, exigent qu'on en traite dans un chapitre particulier, à la suite des différents genres d'accouchements.

Première période. — Le travail débute par une sorte de convulsion rapide de l'utérus, qui reparait à des intervalles d'une demi-heure ou d'un quart d'heure, plus éloignés ou plus rapprochés. Mais l'impression douloureuse est encore si peu marquée, qu'on désigne vulgairement ces premières douleurs par le nom de *mouches*. Pendant ces douleurs, le globe de l'utérus se durcit, devient plus préminent en avant, et le segment inférieur s'abaisse sensiblement vers le centre du bassin; l'orifice utérin, déjà entr'ouvert, se resserre, et sa circonférence est fortement tendue; la vulve laisse échapper quelques glaires. Les douleurs de dilatation du col deviennent par degrés de plus en plus vives, plus rapprochées et plus longues; leur durée est à peu près

d'une demi-minute à une minute, entière; elles ne cessent pas toujours d'une manière très franche, et laissent souvent encore une impression douloureuse à leur suite. Elles reviennent toutes les cinq ou dix minutes; leurs retours sont assez souvent ou plus rapprochés ou plus éloignés; il se fait quelquefois, à une époque variable du travail, une suspension plus ou moins prolongée. Si la femme est surprise debout par la douleur, elle est obligée de s'arrêter, de ployer les genoux, de s'incliner en avant; elle saisit avec les mains les objets qui peuvent lui fournir un point d'appui. Lorsque les douleurs ont pris une grande intensité, toute l'économie est plus ou moins affectée; elles s'annoncent par un frémissement intérieur, quelquefois par un frisson. Pendant la douleur, le pouls devient plus fréquent, plus dur; le visage s'anime et se colore. A mesure qu'on s'éloigne du début, la peau devient plus chaude, le visage reste animé après les douleurs, les lèvres et la bouche se sèchent, une soif plus ou moins vive se déclare; il survient souvent des nausées et des vomissements. La sensibilité générale est exaltée; il survient de l'agitation, des impatiences, du découragement. Les souffrances sont encore plus pénibles et moins tolérables, lorsque le travail est plus particulièrement accompagné de douleurs de reins, qui persistent avec plus ou moins de force dans l'intervalle d'une douleur à l'autre. Cet état est porté chez quelques femmes jusqu'à de légers désordres dans les idées. Les glaires s'écoulent en plus grande abondance et se teignent de sang. Les besoins d'uriner, d'aller à la garde-robe, deviennent plus fréquents et plus prononcés; les contractions de l'utérus commencent à provoquer de temps à autre des crampes, des douleurs qui s'irradient suivant le trajet de l'un des nerfs sciatiques; le col marche vers une dilatation complète, les membranes mises à découvert forment une poche plus ou moins volumineuse. Pendant les douleurs, l'orifice de la matrice est contracté, tendu et fortement aminci, et tend encore à se fermer au plus fort de la douleur, comme au début, tant que sa dilatation est peu avancée. Plus tard il cède au contraire sur tous les points de sa circonférence, de sorte qu'il est plus largement ouvert pendant la douleur qu'après. La poche des eaux se tend et s'engage de plus en plus à travers son orifice; le fœtus s'élève; le fond de la matrice s'abaisse, se porte en avant et sur ligne médiane. La douleur cessant, la matrice reprend sa situation, la poche des eaux s'affaisse, la tête ou la région du fœtus qui se présente retombe sur le col; celui-ci se relâche, s'épaissit et se rétrécit, mais pas au même point qu'avant la douleur. Le travail continuant, l'orifice se dilate de plus en

plus, jusqu'à ce qu'il soit presque totalement effacé et que la cavité de la matrice ne forme plus qu'un canal non interrompu avec la cavité du vagin, dont la partie supérieure se dilate en suivant la même progression que l'orifice utérin. Si la poche des eaux a résisté jusqu'à ce moment aux contractions utérines, elle ne tarde pas à se déchirer, et il s'échappe par la vulve un flot de liquide qui n'est pas toujours proportionné à la quantité du liquide amniotique contenu dans l'œuf, soit parce que la déchirure a eu lieu dans un point élevé, soit plutôt parce que la région qui se présente ferme exactement l'entrée du bassin; il se fait un moment de repos, une suspension des efforts; l'utérus revient rapidement sur lui-même et s'applique exactement sur le fœtus. La tête ou la région qui se présente vient remplacer la poche des eaux pour franchir le col, et après quelques nouvelles douleurs, à la suite desquelles il s'échappe une petite quantité de l'eau de l'amnios, la tête triomphe du reste de résistance de l'orifice de la matrice et le franchit en le poussant en bas. Si la rupture de la poche des eaux a lieu prématurément, la région qui se présente fait l'office de corps dilatant, jusqu'à ce que la dilatation soit complète, et que la voie soit frayée pour livrer passage à l'extrémité de l'ovoïde fœtal qui se présente. Si, jusqu'à ce moment, la tête, par exemple, a pénétré plus ou moins profondément dans l'excavation pelvienne, c'est plutôt par le fait de la distension du segment inférieur de l'utérus que par une progression directe, sous l'influence de contraction utérine. Maintenant, cette progression va prendre une marche plus décidée vers l'extérieur, c'est l'objet de la deuxième période. La durée de la première, comme celle du travail en général, est très variable et ne peut pas être fixée d'une manière exacte: de deux à trois heures chez quelques femmes, de quatre à six heures chez le plus grand nombre. La dilatation du col marche beaucoup plus vite vers la fin qu'au commencement du travail.

Deuxième période. — Au commencement de cette période, la résistance qu'oppose encore l'orifice de la matrice est sur le point d'être surmontée; la tête ou la région du fœtus qui s'avance la première fait une saillie très prononcée au-dessous; encore quelques douleurs, et la partie la plus volumineuse le franchira. À ce moment les douleurs deviennent des plus vives, et font pousser des cris aigus à la femme; une légère déchirure s'est faite sur un point de l'orifice, et une petite quantité de sang vermeil vient souvent se mêler aux glaires qui s'écoulent par la vulve. On observe la plupart des phénomènes de la période précédente, mais portés à un plus haut degré. La chaleur générale

est beaucoup plus considérable, la face et la partie supérieure du tronc sont couvertes de sueur; les extrémités inférieures sont ordinairement froides, le pouls est plein et accéléré, la respiration est fréquente; les douleurs deviennent de plus en plus expulsives; quoique plus vives, plus rapprochées, elles sont supportées avec plus de patience et de courage; elles se propagent non seulement dans le bassin, mais souvent le long des extrémités inférieures, en suivant le trajet des nerfs obturateurs et sciatiques. Il survient en outre des crampes, des fourmillements, des engourdissements qui persistent souvent dans l'intervalle des douleurs. Des contractions fortes alternent ordinairement avec de moins fortes. Pendant l'intervalle, les femmes jouissent de calme plus complet que dans la période précédente. L'utérus, devenu moins volumineux par l'écoulement de l'eau de l'amnios et par l'issue d'une portion du fœtus, s'est rapproché de la ligne médiane dans la direction de l'axe du détroit supérieur; son segment inférieur plonge toujours profondément dans l'excavation du bassin; à chaque douleur le fœtus pénètre plus profondément dans le vagin, et s'approche du fond de l'excavation pelvienne, en conservant toujours sa position primitive et une direction en rapport avec l'axe du détroit supérieur. A mesure que le vagin se dilate au-dessous du col, il se raccourcit; ses rides et ses saillies transversales s'effacent; bientôt l'extrémité du fœtus qui se présente vient presser sur le plancher périnéal. Mais déjà les contractions utérines ne sont plus isolées, l'action des muscles abdominaux est vivement sollicitée, et des efforts d'abord modérés accompagnent les contractions utérines, mais ils deviennent rapidement plus énergiques; au moment où ils commencent, la femme cherche à fixer solidement ses pieds, et à saisir les objets solides qui sont le plus à la portée de ses mains; elle renverse la tête en arrière, fait une profonde inspiration; le corps étant ainsi fixé, elle contracte de toute ses forces les muscles de l'abdomen; la face et le cou gonflés et gorgés de sang veineux deviennent pourpres ou livides; les veines jugulaires acquièrent un volume considérable, les carotides battent avec force, la glande thyroïde s'engorge, les yeux brillent et deviennent plus saillants; lorsque la contraction est sur le point de cesser, la femme laisse échapper des cris sourds, des sanglots, et tout rentre dans le calme. Une portion de la région qui se présente, correspondant à un espace vide, et soustraite à la pression qui s'exerce de toute part sur le fœtus se tuméfie en approchant de l'extérieur. Par la cessation de la douleur, les parties distendues tendent à revenir sur elles-mêmes; le fœtus éprouve

un léger mouvement de retrait, et reprend un peu de mobilité qui résulte du relâchement de l'utérus, et souvent de la présence d'une petite quantité de liquide amniotique, de sorte que la circulation fœto-placentaire est peu gênée. Dans le mouvement de progression, l'extrémité du fœtus qui se présente s'accommodant à la courbure de la partie inférieure du bassin, cesse de s'avancer selon l'axe du détroit supérieur; elle éprouve un mouvement d'inclinaison en avant dans le sens de l'inflexion antérieure de l'axe du canal pelvien, et les deux bosses pariétales ou les deux fesses se mettent sur le même plan; elle commence à exécuter en même temps un mouvement de rotation commun au fœtus tout entier, à mesure qu'elle s'engage dans le détroit inférieur et distend la partie postérieure du périnée; dans la présentation du vertex, l'occiput est ramené vers la partie la plus élevée de l'arcade des pubis par un mouvement très limité dans les positions occipito-antérieures et très étendu dans les positions occipito-postérieures; quelquefois il ne s'effectue pas dans celles-ci, ou s'effectue en sens opposé, et la flexion de la tête devient de plus en plus prononcée, pour que sa partie postérieure puisse s'avancer sur le périnée; dans la présentation de la face, c'est le menton qui se porte sous l'arcade des pubis, tantôt d'un point très rapproché, tantôt d'un point très éloigné; dans la présentation du pelvis, le mouvement de rotation porte une des hanches sous l'arcade des pubis et l'autre dans la gouttière sacro-périnéale. Ces phénomènes mécaniques ont dans chaque présentation une telle analogie, sans en excepter celle des épaules, lorsque l'évolution a lieu, qu'ils pourraient être présentés d'une manière générale; nous nous bornons à les indiquer, parce qu'il en sera traité d'une manière spéciale en étudiant le mécanisme de l'accouchement dans chaque présentation. En même temps que ces mouvements s'accomplissent, le périnée est de plus en plus pressé, les forces se concentrent encore davantage, et le travail marche avec plus de rapidité. Les matières fécales, si le rectum en contient, sont chassées; les urines sont rendues involontairement; le périnée est bombé et s'abaisse d'arrière en avant, la vulve s'entrouvre peu à peu, et se referme lorsque la douleur cesse; le mouvement d'abaissement, de retrait du fœtus, le gonflement de la partie libre, sont de plus en plus prononcés. En s'avancant, la partie qui se présente se relève par degrés vers l'arcade des pubis par un mouvement d'extension ou de flexion; la nuque, dans la présentation du vertex, par un mouvement d'extension qui succède à la flexion, la base de la mâchoire dans la présentation de la face, par un mouvement de

flexion qui succède à l'extension forcée, une des hanches dans la présentation du pelvis, par un mouvement d'inflexion latérale, viennent prendre un point d'appui sous l'arcade du pubis, en se plaçant dans les conditions les plus favorables pour surmonter les derniers obstacles qu'opposent le périnée et la vulve.

La vulve devient de plus en plus béante, les grandes lèvres s'effacent, tandis que les nymphes restent saillantes; la partie inférieure du mont de Vénus s'abaisse, la peau des environs est tirailée pour concourir à l'agrandissement de la vulve; le périnée, fortement distendu, est porté d'arrière en avant, et forme une gouttière élastique qui se termine à la vulve, et qui embrasse avec force les parties du fœtus qui lui correspondent; l'anus, qui forme d'abord un bourrelet saillant, s'efface ou s'étend d'arrière en avant; enfin, dans un dernier effort plus violent, qui arrache un cri déchirant à la femme, la partie franchit la vulve par un mouvement rapide d'extension dans la présentation du crâne et de flexion dans celle de la face; en même temps, les bords de la vulve et le périnée, surtout en avant et sur les côtés, sont refoulés vers la circonférence du détroit inférieur. Le tronc du fœtus ne suit pas immédiatement la tête, il est retenu quelques instants par les épaules; celles-ci sont ramenées par un mouvement de rotation qui s'exécute ordinairement en deux temps dans la direction de l'un des diamètres obliques, puis dans celle du diamètre coccy-pubien; une ou deux nouvelles contractions plus courtes ou moins fortes leur font ordinairement franchir le détroit inférieur et la vulve après un calme de quelques secondes ou de quelques minutes. Les autres segments du tronc passent sans peine avec rapidité, et sont suivis par un peu de sang et de liquide amniotique. Lorsque l'extrémité pelvienne s'avance la première, le dégageement des hanches se fait par un mouvement de redressement peu prononcé de la partie inférieure du tronc, en comparaison des mouvements d'extension et de flexion de la tête dans les présentations du vertex ou de la face. Le reste du tronc, conservant la même direction, ou prenant une direction un peu oblique jusqu'au moment où les épaules s'engagent à leur tour dans le détroit inférieur et la vulve, s'avance lentement sous l'influence d'efforts d'expulsion répétés. Ce mouvement est encore plus lent lorsque les membres inférieurs se sont avancés, déployés sous le siège. Les épaules et la tête, ne trouvant pas une voie suffisamment large, sont souvent retenus pendant un temps plus que suffisant pour compromettre l'existence du fœtus. La tête, du reste, parcourt le canal pelvien par un mécanisme analogue à celui qu'elle suit lorsqu'elle se présente la première, mais

ordinairement avec une grande rapidité, parce que le passage est frayé par le tronc. La seconde période du travail est ordinairement moins longue que la première. Après l'expulsion de l'enfant, on le sépare de ses annexes par la section du cordon, et on le garantit contre les dangers d'une hémorrhagie en posant une ligature du côté de l'ombilic.

Troisième période. — Après quelques instants de calme, on voit se développer la série des phénomènes qui constituent la *délivrance*. Le retour de l'utérus sur lui-même, après la sortie du fœtus, entraîne ordinairement le décollement du placenta, qui est accompagné d'une effusion de sang assez considérable. Cette masse spongieuse, entraînant avec elle les membranes, vient se placer sur le col; celui-ci, quoique assez largement ouvert, retient momentanément le placenta; quelques contractions le poussent dans le vagin; mais il en faut de nouvelles pour lui faire franchir l'orifice externe de ce canal et la vulve; il est suivi par le sang liquide et coagulé qui s'est amassé derrière lui. L'habitude de hâter la délivrance en tirant sur le cordon après le décollement du placenta, a donné une idée peu exacte des phénomènes et de la durée de la délivrance abandonnée aux seules forces de la nature. Le col de l'utérus retient assez longtemps le placenta; mais il a une tendance à séjourner plus longtemps dans le vagin, qui, ayant perdu, par le fait de sa distension antérieure, forcée en grande partie, son ressort et son irritabilité, ne provoque que difficilement et lentement les efforts d'expulsion nécessaires pour vaincre la résistance que lui oppose l'orifice inférieur du vagin et la vulve: aussi la délivrance se fait ordinairement attendre d'une à deux heures, souvent davantage; elle peut, comme on le voit souvent, s'effectuer spontanément pendant la première demi-heure qui suit l'expulsion du fœtus. Quoique les efforts de contraction lents et éloignés soient peu intenses, les douleurs qui les accompagnent lorsque le placenta et les membranes franchissent le col et la vulve sont assez vives, et le sont d'autant plus qu'il s'est écoulé plus de temps après l'expulsion du fœtus. L'usage d'accélérer la délivrance, après le décollement du placenta, en tirant sur le cordon, est donc pleinement justifié.

Durée du travail de l'enfantement. — Elle varie dans des limites assez étendues; le plus ordinairement elle est de quatre à neuf heures; quelquefois elle ne dépasse pas une heure, et se prolonge assez souvent au-delà de douze heures. Madame Lachapelle a trouvé que, sur 2,335 accouchements, 1,476 ont eu lieu de 1 heure à 6, 749 de 7 à 12, 124 de 13 à 25, 15 de 25

à 36, 4 en 48, et 1 en 60. Merriman a observé que, sur 226 accouchements, 111 se sont terminés en 12 heures, 70 de 12 à 24, 12 de 24 à 30, 16 de 30 à 40, 7 de 40 à 50, 5 de 50 à 60, 3 de 60 à 70, et 2 en 80.

Rapports de fréquence des accouchements naturels à ceux qui exigent l'intervention de l'art. — Les praticiens n'ayant pas exactement les mêmes idées sur les ressources de l'organisme, ni les mêmes principes, leurs observations ne doivent être prises que comme des données approximatives. Voici celles qui ont été fournies par les principaux établissements de femmes en couches; elles portent sur toutes les femmes admises pendant une période déterminée et sans distinction de conformation et de présentation. Sur 20,517 enfants nés à l'hospice de la Maternité de Paris, dans l'espace de 15 ans, 20,118 accouchements ont été naturels et 338 non naturels ou compliqués; la proportion est de 61 2/5 à 1. A l'école de Vienne, de 1790 à 1793, sur 2,952 accouchements, 53 n'ont pas été naturels; le rapport est de 55 2/5 à 1. A la même école, de 1804 à 1806, sur 6,696 enfants nés, on ne trouve que 50 cas de dystocie (134 à 1). Au dispensaire de Westminster, 1,896 accouchements ont donné lieu à 32 cas de dystocie (60 à 1).

Dangers de l'accouchement relativement au fœtus. — Malgré les dispositions les mieux appropriées pour garantir le fœtus, pendant son expulsion du sein de la mère, il n'est pas complètement à l'abri de tous dangers, même dans les conditions les plus favorables; à plus forte raison lorsque la mère ou le fœtus s'éloignent de ces conditions. Les relevés qui portent indistinctement sur la population de tout un pays ou sur toutes les femmes admises dans les établissements publics, donnent une proportion d'enfants mort-nés assez considérable, qui ne doit pas être considérée comme représentant exactement le nombre de fœtus morts pendant le travail et par le fait du travail lui-même, car il s'y trouve inévitablement un certain nombre qui ont succombé un peu avant, même pendant le travail, sous l'influence d'autres causes. Le rapport des enfants mort-nés aux naissances a été de 1 à 19 dans les Etats prussiens, depuis 1820 jusqu'à 1827; de 1 à 20 dans le royaume de Wurtemberg; de 1 à 27 à Vienne; de 1 à 18 à Paris; de 1 à 30 à Londres; de 1 à 19 à la maternité de Dublin; de 1 à 36 à Stockholm; de 1 à 17 à Philadelphie, à New-York et à Baltimore. La mortalité est plus considérable dans les naissances multiples; elle a été de 1 à 20 à Dublin pour les naissances simples et de 1 à 13 pour les jumeaux. La mortalité est plus grande chez les enfants du sexe masculin, dont la prédominance

numérique moindre se trouve encore diminuée par l'accouchement. Le rapport des naissances des filles à celui des garçons a été, à Berlin, depuis 1752 jusqu'en 1755, de 1 à 1,14, et celui des filles mort-nées aux garçons mort-nés, de 1 à 1,42. A Halle, dans l'espace de 24 ans, le rapport du sexe féminin au sexe masculin a été pour les naissances, en général, de 1 à 1,08, pour les mort-nés de 1 à 1,40; à Paris, en 7 années, pour les naissances de 1 à 1,05, pour les mort-nés de 1 à 1,27. Un grand nombre d'autres relevés statistiques fournissent des rapports à peu près semblables. La mortalité plus considérable des fœtus mâles pendant le travail est si générale, qu'il paraît ne point y avoir d'exception à cet égard; elle repose vraisemblablement sur ce que le volume du fœtus mâle surpasse celui des fœtus femelles; en effet, les observations de Clarke prouvent que, terme moyen, les premiers pèsent 9 onces de plus, que le pourtour de la tête est d'un demi-pouce plus grand. Il paraît certain qu'il meurt plus d'enfants naturels que d'enfants légitimes avant et pendant l'accouchement. D'après Gerson, dont nous avons déjà plusieurs fois cité les relevés, la proportion des mort-nés aux naissances a été à Berlin, pour les enfants légitimes, de 1 à 25; pour les enfants naturels, de 1 à 13; dans le Wurtemberg, de 1 à 26 pour les premiers, et de 1 à 22 pour les seconds.

Dangers de l'accouchement relativement à la mère. — Outre les angoisses et les douleurs dont nous avons fait le tableau, la femme en couches est exposée à une série d'accidents divers, non seulement pendant le travail, où il meurt très peu de femmes, mais encore pendant la durée des couches, où la mortalité est assez grande; mais on s'en ferait une idée exagérée si l'on prenait à la lettre pour terme de comparaison ce que l'on observe dans la plupart des établissements consacrés aux femmes en couches, parce que la fièvre puerpérale y sévit plus fréquemment et avec plus d'intensité qu'ailleurs. Nous ne devons citer ici que les relevés qui se rapportent aux conditions ordinaires. La proportion entre le nombre des morts pendant l'accouchement et après, et celui des accouchements a été de 1 à 130 à Breslau, et de 1 à 365, suivant un autre relevé; d'après un relevé récent, de 1 à 152 à Berlin, de 1 à 168 à Königsberg, de 1 à 175 dans le Wurtemberg, de 1 à 384 à Vienne. On croit généralement que le travail de l'accouchement est plus douloureux, plus long et moins facile, et qu'il a des conséquences beaucoup plus graves chez les femmes des peuples civilisés que chez celles des peuplades barbares. La différence serait des plus tranchées si on devait prendre à la lettre les assertions de la plupart des voyageurs.

Suivant Grantz, les Groëlandaises vaquent à toutes leurs affaires immédiatement avant et après l'accouchement, et on entend rarement parler d'un enfant mort-né ou difforme. Suivant Schubert, de même que les femmes des Ostiaques, celles des Lapons accouchent aisément et promptement; quand elles viennent à être prises des douleurs de l'enfantement au milieu d'une excursion, elles peuvent continuer leur route quelques heures après s'être délivrées. Au dire de Perrin du Lac, les femmes des Indiens du midi de l'Amérique accouchent sans secours étrangers dans une hutte spécialement destinée à cet usage. Si elles sont surprises en voyage par les douleurs du travail, elles se rendent, selon James, dans un buisson écarté de la troupe, et, après avoir mis au monde leur enfant et après s'être lavées avec de l'eau ou de la neige fondue, elles reprennent leur fardeau, sur lequel elles placent leur enfant enveloppé d'une peau, et s'empressent de rejoindre leurs compagnons. On nous apprend que les Indiennes du Brésil se rendent au milieu des forêts pour y accoucher dans la solitude la plus complète. Les négresses et les Hottentotes, malgré les fatigues et les travaux qui portent sur elles, accomplissent cet acte avec une grande facilité. Bourne et Ellis assurent qu'il en est de même chez les insulaires de la mer du Sud, dont les femmes se plongent dans l'eau avec leur enfant aussitôt après l'accouchement. Cependant, d'après Bartholomeo, dans les Indes orientales, beaucoup de femmes perdent la vie la première fois qu'elles accouchent. Sans contester en rien ces récits, je me bornerai à faire remarquer qu'ils ne peuvent être considérés que comme de simples impressions qui nous apprennent seulement que les femmes accouchent généralement très facilement et sans secours, et que pendant la période de leurs couches elles s'entourent de peu de soins, sans qu'elles paraissent avoir à en souffrir. Mais il est impossible d'établir une comparaison sérieuse avec ce qui passe chez les peuples civilisés : chez ceux-ci, les femmes de la campagne, vouées à l'exercice, aux fatigues corporelles, accouchent plus facilement, courent moins de dangers après et peuvent reprendre plus vite leurs habitudes que les femmes des villes, vouées à une vie molle, oisive et sédentaire. On voit par l'exemple de quelques animaux domestiques que l'exercice physique a une influence réelle à cet égard : les vaches qui ne sortent pas de l'étable périssent fréquemment en vêlant.

SECTION II. — De l'accouchement naturel considéré dans chaque présentation.

I. DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL PAR LE CRANE. Il est né, en treize ans, à l'hospice de la Maternité de Paris, 20,517 enfants, sur lesquels 19,730 ont présenté le crâne ou le vertex : les autres régions réunies ne se sont présentées que 776 fois. La fréquence de la présentation du sommet répond à la situation ordinaire du fœtus dans la matrice pendant la grossesse, et cette présentation doit être considérée comme la plus naturelle, non seulement par sa fréquence, mais encore par la terminaison plus heureuse de l'accouchement, et constitue en quelque sorte la présentation normale du fœtus dans le travail de la parturition.

Positions, leur fréquence relative. — Pour indiquer d'une manière générale les rapports du crâne avec le bassin, on a été conduit à admettre les deux positions fondamentales suivantes : *occipito-latérale gauche* et *occipito-latérale droite*, ou *occipito-antérieure* et *occipito-postérieure*, en prenant pour point de repère, soit les moitiés latérales, soit les moitiés antérieures et postérieures du bassin. Relativement à la fréquence respective des deux positions occipito-latérales, on trouve, sur 19,584 présentations du vertex, dont les positions ont été constatées, 15,785 positions occipito-latérales gauches et 3,791 positions occipito-latérales droites. Quoiqu'à la rigueur l'occiput puisse correspondre à tous les points de la circonférence du bassin, il n'est pas moins vrai que dans les derniers temps de la grossesse, et au début du travail, il affecte un certain nombre de rapports, sinon constants, du moins assez fréquents pour être considérés à juste titre comme autant de positions primitives et particulières, se rattachant à chaque position générale ; et s'il existe des dissidences parmi les observateurs, c'est moins sur la détermination des positions que sur leur fréquence relative : ainsi, sous le premier point de vue, le relevé cité peut encore nous servir de guide, et nous voyons que les 15,785 positions occipito-latérales gauches se partagent en position *occipito-coytiloïde gauche* ou *antérieure*, et en position *occipito-sacro-iliaque gauche* ou *postérieure*, et que la première s'est rencontrée 15,699 fois, et la seconde 92 fois seulement. Le premier rapport peut être considéré comme ordinaire ou fondamental, et l'autre comme exceptionnel.

Les 3,791 positions occipito-latérales droites se divisent de