

Les *bains froids* de rivière et de mer seront sans inconvénients si la grossesse est normale et la femme bien portante ; mais il faut éviter la fatigue qui peut en résulter.

Les *bains chauds* sont favorables aux gestantes à la condition d'être courts (un quart d'heure au maximum), d'être pris à la température de 30 à 35° et d'être répétés tous les quinze jours seulement, et toutes les semaines dans le dernier mois de la grossesse.

Les *toilettes vulvaires* sont hygiéniques ; mais les *injections vaginales* doivent être proscrites avant les quinze derniers jours de la grossesse à cause des traumatismes que peut exercer sur le col la mauvaise direction de la canule, ou le jet trop violent du liquide. Ces injections seront nécessaires dans certains cas que saura apprécier l'accoucheur, quand il existe par exemple de la vaginite ; il faudra alors les prescrire pendant le dernier ou les deux derniers mois de la gestation. — Pendant les quinze derniers jours de la grossesse il est bon, au point de vue antiseptique, de faire prendre à la gestante une injection quotidienne, avec une solution de bichlorure de mercure $\frac{1}{4000}$; il sera de plus salulaire de pratiquer soi-même pendant ce laps de temps un ou deux lavages du vagin et du col avec le doigtier irrigateur qui sera décrit plus loin, ou en complétant le lavage ordinaire par des frictions exercées avec 1 et 2 doigts. Cette toilette sera précédée par un savonnage vulvaire.

DEUXIÈME SECTION

ACCOUCHEMENT

BIBLIOTHECA

SOMMAIRE

	Pages.
I. ACCOUCHEMENT FOETAL OU ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT.	209
a. Phénomènes ¹ :	
1° Maternels (phénomènes physiologiques) Chapitre I ^{er} . . .	210
1° Contraction utérine, abdominale et vaginale.	210
2° Ouverture du col, du vagin et de la vulve.	214
2° Annexiels (phénomènes physiologiques) — II. . .	238
1° Poche des eaux — Formation et rupture	239
2° Glaires.	245
3° Fœtaux (phénomènes mécaniques) — III. . .	245
1° Présentation : sommet — face — front	245
2° Présentation : siège — Thorax — abdomen.	264
b. Influence sur. — IV. . .	276
1° Mère	276
2° Enfant (phénomènes plastiques)	277
c. Causes — V. . .	280
d. Diagnostic — VI. . .	283
e. Durée et pronostic — VII-VIII. . .	290
f. Conduite à tenir — IX. . .	292
II. ACCOUCHEMENT ANNEXIEL. — DÉLIVRANCE — X. . .	313
a. Phénomènes ou mécanismes	314
b. Symptômes et diagnostic	319
c. Conduite à tenir	320

¹ Les classiques divisent les phénomènes de l'accouchement, en *physiologiques* (5) : 1° contraction utéro-abdominale; 2° ouverture du col; — 3° poche des eaux; — 4° glaires; — 5° ampliation : vagin, vulve et périnée; *mécaniques*, correspondant aux phénomènes fœtaux, — et enfin *plastiques* (déformations du fœtus après l'accouchement). — La division en phénomènes physiologiques et mécaniques est essentiellement défectueuse, car les phénomènes mécaniques sont physiologiques, et dans les phénomènes physiologiques, plusieurs sont mécaniques. La routine seule a fait prévaloir cette division que je m'empresse d'abandonner.

ACCOUCHEMENT

L'accouchement est l'expulsion de l'œuf hors de l'organisme maternel, que cet œuf soit dans l'utérus, ainsi que cela existe à l'état normal, ou en dehors de lui, comme dans le cas de grossesse extra-utérine.

Suivant l'époque de la grossesse à laquelle il a lieu, l'accouchement reçoit des dénominations diverses :

- 1° Pendant les six premiers mois. . . AVORTEMENT OU FAUSSE COUCHE.
- 2° Pendant les trois derniers mois. ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.
- 3° Au terme normal. ACCOUCHEMENT A TERME.
- 4° Après le terme normal. ACCOUCHEMENT RETARDÉ.

L'accouchement se fait généralement en deux temps :

- PREMIER TEMPS, EXPULSION DU FOËTUS.
- DEUXIÈME TEMPS, EXPULSION DES ANNEXES.

Il y a donc deux accouchements successifs :

- 1° Accouchement fœtal ou ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT.
- 2° Accouchement annexiel ou DÉLIVRANCE.

Ces deux accouchements vont faire l'objet de la deuxième section de cet ouvrage dont nous abordons ici l'étude.

I

ACCOUCHEMENT FOETAL OU ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT

Le mot *accouchement* employé seul s'applique exclusivement à l'expulsion fœtale; il est opposé à délivrance, qu'on réserve pour désigner la sortie des annexes.

Travail est à peu près synonyme d'accouchement; cependant, ce mot vise plus particulièrement les modifications des organes génitaux, qui préparent

la sortie fœtale (contraction utérine douloureuse, ouverture du canal génital, etc.).

Considéré suivant ses difficultés, l'accouchement est dit :

1° *Normal, physiologique, eutocique*, quand le fœtus se présente par le sommet, et que sa sortie ne présente aucune difficulté.

2° *Anormal, pathologique, dystocique*, dans les conditions contraires.

Ou encore :

1° *Spontané*, quand il est abandonné aux seules forces de la nature.

2° *Artificiel*, si une intervention devient nécessaire. Toutefois une intervention légère, celle par exemple qui consiste à aider le mouvement de rotation de la tête avec le doigt, n'est pas considérée comme constituant un accouchement artificiel; ces limites sont d'ailleurs arbitraires.

I. — PHÉNOMÈNES MATERNELS

SOMMAIRE

- 1° Contractions utérines abdominales ou vaginales.
 - A. Contractions utérines.
 - B. Contractions abdominales.
 - C. Contractions vaginales.
- 2° Ouverture du col du vagin et de la vulve.
 - A. Ouverture du col.
 - a. Effacement.
 - b. Dilatation.
 - B. Ouverture du vagin et de la vulve.
 - Déchirures.

La contraction de l'utérus, et accessoirement celle de la paroi abdominale, amène l'ouverture successive du col du vagin et de la vulve. La contraction est donc cause et l'ouverture effet. Nous allons étudier ces deux phénomènes, l'un étiologique et l'autre résultat.

1° CONTRACTIONS UTÉRINES, ABDOMINALES ET VAGINALES

A. — CONTRACTIONS UTÉRINES

La contraction utérine présente trois caractères essentiels : elle est *douloureuse, intermittente, involontaire*.

Douloureuse.

La douleur est le caractère dominant de la contraction utérine à tel point que, dans le langage ordinaire, ces deux mots sont pris (à tort d'ailleurs) comme synonymes. Elle établit la différence entre les contractions utérines de la grossesse et celles du travail. La femme ne souffre qu'au moment où commence l'accouchement.

Son *intensité* est très variable. J'ai soigné une secondipare qui, à son réveil, ayant entamé la lecture d'un roman très attachant, commença à souffrir à 10 heures du matin; elle interrompait seulement sa lecture pendant le malaise causé par la contraction, et ne la cessa qu'un quart d'heure avant la fin de son accouchement, qui eut lieu spontanément à midi, sans cris, simplement avec quelques efforts énergiques. — Certaines femmes accouchent sans trace de douleurs; il en est pour lesquelles la défécation est plus pénible que la parturition. — A côté de ces privilégiées, nous voyons de véritables martyres qui, pendant plusieurs heures, parfois même plusieurs jours, souffrent à tel point qu'elles réclament la mort comme ultime soulagement, et parfois même la recherchent. A la Maternité de Paris, il y a quelques années, une patiente s'est suicidée en se jetant par la fenêtre, pour se soustraire aux douleurs de l'accouchement.

Le caractère des douleurs varie suivant l'époque du travail.

a. Période d'ouverture du col.

1° *Douleurs initiales.* — Comparées par des femmes à des mouches, qui enfonceraient douloureusement leurs pattes à l'hypogastre, dans les flancs et surtout au niveau de la région lombaire (douleurs de reins).

Douleurs préparantes. — Plus vives que les précédentes, occupant le même siège et parfois s'irradiant le long des cuisses, sur le trajet du nerf crural.

b. Période d'expulsion.

1° *Douleurs expultrices.* — La douleur prend un nouveau caractère, par ce fait que la femme à chaque contraction utérine éprouve le besoin de pousser. Chaque *douleur* s'accompagne donc d'un effort plus ou moins énergique. Les irradiations le long des membres inférieurs sont encore fréquentes, mais occupent de préférence le trajet du sciatique.

2° *Douleurs conquassantes.* — Ce sont les douleurs expultrices terminales, dont l'intensité est accrue par la distension excessive de la vulve au moment du passage de la tête fœtale.

On a longuement discuté sur la *cause* de la douleur pendant la contraction utérine. Mais, ne sait-on pas que la contraction pathologique ou énergique de tout organe, pourvu de fibres musculaires lisses, produit une douleur désignée sous le nom de *colique*? Colique intestinale pour l'intestin, hépatique pour les canaux biliaires, néphrétique pour l'uretère, vésicale pour la vessie; or, les douleurs de l'accouchement ne sont autre chose que des *coliques utérines*.

La douleur occupe tout l'utérus; mais remontant le long des nerfs qui se répandent dans cet organe, elle arrive, par l'intermédiaire des plexus hypogastrique, lombo-aortique et solaire, jusqu'à la colonne vertébrale, et de là, par la moelle ou les anastomoses nerveuses, elle peut se répandre :

soit dans les nerfs costaux inférieurs,

soit dans le nerf crural ou les nerfs lombo-abdominaux,
soit dans le nerf sciatique,
d'où les différentes irradiations douloureuses le long de ces nerfs.

La douleur, observée le long du sciatique, a également été attribuée à la compression de ses branches d'origine par la partie fœtale, au sortir des trous sacrés.

Tout l'utérus est douloureux pendant la contraction utérine; aussi, à ce moment, la compression de l'abdomen et la palpation sont pénibles à la femme: également pénible le toucher, quand le doigt vient heurter ou tirailler l'orifice externe de l'utérus.

La douleur disparaît, en général, dans l'intervalle des contractions; cependant, quand ces contractions sont très répétées ou très énergiques, comme cela arrive à la fin du travail, il n'est pas rare de la voir presque continue, avec exacerbation au moment de l'activité musculaire.

Le *cri* est le compagnon habituel des douleurs du travail.

Au début, pendant les contractions initiales, la femme, qui souvent va et vient à ce moment, s'arrête, s'appuie sur un meuble et s'incline en avant; elle devient tout à coup silencieuse, son visage se contracte, quelques oscillations trahissent sa souffrance muette, puis le calme revient, et la patiente est rendue momentanément à la liberté et à la gaieté.

Ultérieurement, la douleur devenant plus intense arrache des cris, plaintes bruyantes, entremêlés de paroles de désespoir. Ces cris s'accroissent de plus en plus, à mesure que la dilatation avance.

Pendant l'expulsion, l'effort compliquant la situation, modifie la nature des cris et permet, à une oreille exercée, de facilement reconnaître cette dernière période de l'accouchement¹. Tantôt, pendant l'effort, la glotte, à peu près complètement fermée, ne laisse échapper qu'une sorte de soupir étouffé, analogue à celui que pousse l'ouvrier pétrissant le pain (*cri du gindre*); tantôt moins fermée, elle livre passage à des cris excessivement aigus, parfois tels, qu'ils amènent ultérieurement un enrrouement ou une extinction de voix passagers (*cris de détresse*).

Intermittente.

Douleurs initiales, répétition toutes les 20 minutes. Durée 30 secondes ² .							
—	préparantes	—	10	—	—	60	—
—	expultrices	—	5	—	—	90	—
—	conquassantes, à peu près continues.						

Les douleurs conquassantes ne durent, en effet, que quelques instants, pendant lesquels la tête franchit la vulve distendue au maximum.

L'intermittence des contractions permet le repos de l'utérus, et le rétablis-

¹ « Feu M. Delacuisse, dit Mauriceau, I, p. 240, qui dormait souvent auprès des femmes en travail, était, de son temps, si stylé à cela, qu'il ne s'éveillait ordinairement que quand l'enfant était au passage; auquel temps les femmes convertissent leurs plaintes en grands cris, qu'elles redoublent fortement, à cause des douleurs, beaucoup plus grandes et plus fréquentes qu'elles ressentent. »

² Ces chiffres ne représentent que des moyennes sujettes à de grandes variations.

sement de la circulation fœtale plus ou moins troublée pendant la systole utérine. Une contraction prolongée, c'est-à-dire le tétanisme utérin, amène la mort du fœtus par arrêt de sa circulation.

Involontaire.

Comme tous les muscles lisses, les contractions de l'utérus sont indépendantes de la volonté. Sage précaution de la nature, car beaucoup de femmes n'accoucheraient jamais, si les contractions étaient soumises à la volonté.

Toutefois, certaines conditions sont susceptibles, par action réflexe, de modifier l'intensité ou la fréquence des contractions. C'est ainsi que l'on peut voir la fréquence diminuer momentanément sous l'influence d'une émotion, ou grâce à la présence d'une personne gênante ou désagréable¹.

A l'opposé des contractions de l'utérus, celles de la paroi abdominale sont essentiellement volontaires, et certaines femmes savent retarder ou avancer le moment de leur délivrance en réglant l'intensité de ces dernières.

Quelques mots sur les *résultats* de la contraction utérine.

L'utérus en se contractant diminue dans son diamètre transversal, et augmente dans ses deux diamètres vertical et antéro-postérieur (déformation analogue à celle que produirait une compression transversale au niveau des ligaments larges).

Nous avons vu l'influence de la contraction sur la circulation fœtale (voy. p. 165). Le nombre des pulsations maternelles est, au contraire, augmenté pendant toute sa durée. Le schéma 195 résume cette double influence.

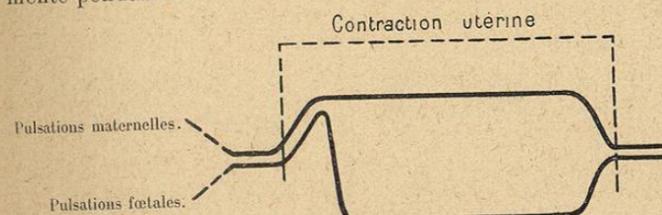


Fig. 195. — Influence de la contraction utérine sur les pulsations fœtales et maternelles.

Quand la poche des eaux est rompue, on voit un léger écoulement de liquide amniotique se faire au début et à la fin de la contraction.

La force déployée par la contraction utérine a été étudiée indirectement par POPPEL, DUNCAN, RIBEMONT, en évaluant la résistance de membranes ovulaires et directement par SCHATZ et Poullet par l'emploi d'instruments spéciaux (tocodynamomètres ou tocographes)². Cette force varie de 1 à 20 kilogrammes, et peut être évaluée en moyenne à 10 kilogrammes.

Avec l'aide de la contraction abdominale, cette force est susceptible d'être triplée et même quadruplée (30 à 40 kilogrammes).

¹ La vessie à cet égard se comporte un peu comme l'utérus. Il est, en effet, impossible à certaines malades d'uriner en présence d'une personne surtout du sexe masculin.

² Vessie de caoutchouc introduite dans l'utérus et correspondant avec un manomètre extérieur.

B. — CONTRACTIONS ABDOMINALES

La contraction des muscles abdominaux, c'est-à-dire l'effort expulsif, survient à une période avancée du travail, alors d'habitude que la dilatation de l'orifice utérin est complète, et que la partie fœtale appuie sur le périnée.

Elle commence un peu après le début de la contraction utérine, mais on en observe d'habitude trois, quatre ou cinq.

La contraction abdominale dépend de la volonté; cependant le besoin de pousser est parfois tellement impérieux pour la femme, qu'elle ne peut s'y soustraire.

L'effort expulsif peut exister sans contraction utérine, et a lieu quelquefois sur les instances de l'accoucheur pour terminer une expulsion très avancée.

C. — CONTRACTIONS VAGINALES

Le vagin, doué d'une enveloppe musculaire lisse, est contractile; mais les contractions de ce canal sont tellement faibles que leur rôle semble à peu près nul dans l'accouchement, et très rudimentaire dans la délivrance elle-même.

2° OUVERTURE DU COL DU VAGIN ET DE LA VULVE

Les deux canaux, que doit successivement ouvrir et traverser le fœtus pour arriver au dehors sont :

Le col utérin, auquel il faut joindre le segment inférieur de l'utérus ;

Le vagin terminé par la vulve et soutenu par le périnée ; qui en forme la doublure inférieure.

Étudions ces deux ouvertures successives :

A. — OUVERTURE DU COL

Au terme de la grossesse l'utérus est constitué, ainsi que l'indique la figure 198, par trois parties :

Une partie supérieure épaisse, appelée le *segment supérieur* de l'utérus ou divisée par quelques auteurs en segment moyen et supérieur ;

Une partie intermédiaire amincie, séparée de la précédente par le cercle utérin (ou anneau de Bandl). C'est le *segment inférieur* de l'utérus ;

Une partie inférieure comprise entre les orifices externe et interne, et qui n'est autre que le *col*.

Le *segment supérieur* est formé par le corps de l'utérus ; le *col* reste ce qu'il était avant la grossesse ; mais on a longuement discuté pour savoir la provenance du *segment inférieur*, et on a invoqué trois théories pour expliquer sa formation.

La première, de BANDL et de BRAUNE, veut qu'il soit exclusivement constitué

par le col. Le cercle utérin ne serait autre que l'ancien orifice interne, le col, en s'effaçant, constituerait toute cette paroi du segment inférieur dont l'origine serait donc exclusivement cervicale.

La seconde, soutenue surtout par Bayer, est encore de BANDL, qui, modifiant sa première manière de voir, admet que le segment inférieur est formé en partie, comme il l'avait d'abord dit, par la paroi du col de l'utérus, mais en partie aussi par la paroi du corps.

Enfin, WALDEYER et HOFMEIER ont soutenu une troisième théorie d'après laquelle le segment inférieur serait exclusivement formé par le corps de l'utérus.

Donc, trois théories pour la formation du segment inférieur : l'une le faisant exclusivement provenir du col ; l'autre, du corps et du col ; la troisième, du corps.

Je crois avoir démontré¹ qu'aucune de ces explications n'est satisfaisante, et qu'il faut concevoir autrement la formation du segment inférieur, tel qu'il est à la fin de la grossesse.

L'utérus à l'état normal et avant la conception se compose, en effet, de trois parties :

Le corps ; — l'isthme ; — le col.

Or, à la fin de la grossesse, le corps constitue le segment supérieur de l'utérus ; — l'isthme, le segment inférieur ; — le col enfin reste intact.

Des schémas 197, 198, 199 résument ma pensée : la partie colorée en noir est le corps de l'utérus et deviendra, à la fin de la grossesse, le segment supérieur. La partie figurée par des lignes parallèles, et qui est primitivement l'isthme, sera le segment inférieur. Le col est simplement représenté dans ses contours, la figure 199 indique son effacement.

A l'union des parties noire et rayée se trouve l'orifice supérieur de l'isthme, qui sera le cercle utérin ; à la jonction des parties rayée et blanche, l'orifice inférieur de l'isthme, qui devient l'orifice interne de l'utérus gravidé.

Connaissant le segment inférieur et le col de l'utérus, nous allons voir comment, sous l'influence des contractions utérines, il s'ouvre pour livrer passage au fœtus.

Je suppose une coupe de la partie inférieure de l'utérus gravidé et du col.

Le point *a* est la coupe du cercle utérin (fig. 200 à 206, p. 217) ;

Le point *b*, la coupe de l'orifice interne ;

Le point *c*, la coupe de l'orifice externe ;

La ligne *ab* représente la paroi du segment inférieur ;

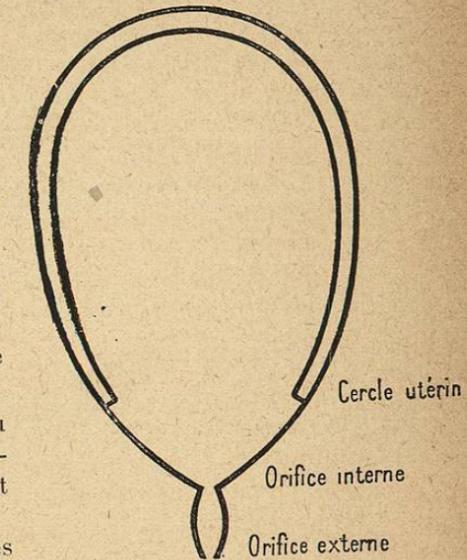


Fig. 196. — Utérus au début de l'accouchement.

¹ Travaux d'obstétrique, t. I^{er}, p. 390.