

## VII. — DURÉE DE L'ACCOUCHEMENT

La durée de l'accouchement est très variable; cependant on peut, en dehors de toute cause de dystocie, la fixer, en la faisant partir des premières douleurs sérieuses, et non des quelques coliques légères qui durent quelquefois 1, 2, 3 heures et même davantage au début :

A 12 heures, une demi-journée, chez les primipares ;

A 6 heures, un quart de journée, chez les multipares.

La période d'ouverture du col occupe environ les  $\frac{5}{6}$  de ce temps, et l'expulsion  $\frac{1}{6}$ .

Les accouchements antérieurs peuvent renseigner sur la rapidité des ultérieurs, car, toutes choses égales d'ailleurs, la durée de l'accouchement reste proportionnellement semblable chez la femme.

L'hérédité joue également un rôle intéressant; l'étude d'un certain nombre de cas m'a, en effet, amené à formuler la loi suivante<sup>1</sup> : *La durée de l'accouchement est, en l'absence de toute cause de dystocie, analogue à celle des accouchements de la mère ou de la grand-mère paternelle, suivant la ressemblance physique de cette femme avec sa mère ou avec son père.*

L'accouchement, en cas d'obésité, est en général plus long qu'à l'état normal<sup>2</sup>.

La question de la durée présumable de l'accouchement est une de celles qu'on pose le plus souvent au médecin, surtout pendant le travail. Les réponses devront être très circonspectes, car, cette durée étant très variable, les erreurs sont fréquentes, et une délivrance, qui dépasse le temps prévu, jette l'inquiétude dans l'entourage de la parturiente.

## VIII. — PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT

Le pronostic de l'accouchement dépend, pour la mère et pour l'enfant, de conditions trop multiples, pour qu'il soit possible d'en tracer ici plus qu'une esquisse.

## A. — MÈRE.

Le pronostic pour la mère dépend :

1° *De la présentation et de la position de l'enfant ; — plus une présentation est fréquente, meilleur est son pronostic.* — Quant à ce qui concerne les présentations de l'ovoïde céphalique, les positions antérieures sont plus favorables que les postérieures, à cause de la plus grande facilité de la rotation interne (3° temps).

<sup>1</sup> *Travaux d'obstétrique*, t. I<sup>er</sup>, p. 437.

<sup>2</sup> *Id.*, t. II, p. 74.

2° *Des particularités de la grossesse et de l'accouchement.* — Gémellité. — Hydramnios. — Insertion vicieuse du placenta. — Déchirures du col, du périnée, etc. — Toute complication assombrit le pronostic.

3° *Du milieu dans lequel la femme accouche.* — Autrefois, avant l'antisepsie, l'hôpital était un déplorable milieu pour la parturiente, à tel point que P. Dubois avait dit, non sans apparence de raison, qu'il valait mieux pour une femme accoucher dans la rue que dans une maternité. Aujourd'hui ces craintes ne sont plus fondées, car la mortalité puerpérale est moindre à l'hôpital qu'en ville, à la condition d'éviter tout contact avec des maladies contagieuses (diphthérie, fièvres éruptives, érysipèle, plaies gangreneuses ou présentant une abondante suppuration, etc.).

4° *De la personne qui prête son assistance.* — Les principales qualités de l'accoucheur ou de la sage-femme sont : *propreté, science, patience.* Nombre de complications proviennent simplement des infractions à l'antisepsie, de l'ignorance et d'une trop grande hâte conduisant à une intervention intempestive. — Soyons donc, en obstétrique, *propres, instruits, patients.*

## B. — ENFANT.

Le pronostic pour l'enfant dépend :

1° *De la présentation et de la position.*

## MORTALITÉ FŒTALE SUIVANT LES DIVERSES PRÉSENTATIONS

(En dehors de toute cause de dystocie, autre que celle créée par la présentation).

Ovoïde céphalique.	Ovoïde cormique.
1° Sommet $\frac{1}{100}$	1° Siège $\frac{1}{10}$
2° Face $\frac{1}{20}$	2° Thorax $\frac{1}{2}$
3° Front <sup>1</sup> $\frac{1}{2}$	3° Abdomen ?

Les présentations étant inscrites dans chaque colonne par ordre de fréquence décroissante, on peut dire que, pour un même ovoïde, *plus une présentation est fréquente, meilleur est le pronostic.*

D'autre part, en laissant de côté le front et l'abdomen, on voit qu'il meurt 10 fois plus d'enfants dans la présentation de l'ovoïde cormique que dans les correspondances de l'ovoïde céphalique.

Pour chaque ovoïde l'ordre de gravité croissante est le suivant :

- Présentation de la grosse extrémité ;
- Présentation de la petite extrémité ;
- Présentation de la partie intermédiaire.

La gravité relative de la présentation de la face vient de la facilité avec laquelle les vaisseaux du cou sont comprimés pendant l'accouchement, grâce à l'extension de la tête ; il en résulte de fréquentes hémorragies cérébrales. D'autre part le cordon, quand il est pincé entre l'occiput et le rachis, subit une interruption complète dans sa circulation, d'où la mort de l'enfant.

Le siége a un mauvais pronostic pour d'autres motifs, dont le principal

Il n'est question que des présentations du front définitives et non des temporaires.

est la compression du cordon entre la tête et la paroi génitale maternelle. En effet, dans une présentation de la tête le second ovoïde ou cormique peut sans inconvénient sortir lentement, car la circulation funiculaire continue pendant ce temps ; mais dans une présentation où la tête s'échappe dernière, il n'en est pas de même ; la raison en est que le cordon étant inséré sur le premier ovoïde, aussitôt sa sortie sa respiration est interrompue, et si l'expulsion tarde à se faire, le fœtus succombe asphyxié. — Enfin, autre cause se rattachant à la précédente : la dystocie pour la sortie de l'ovoïde céphalique est bien plus fréquente que pour l'ovoïde cormique.

Le danger de la présentation du front résulte des difficultés dans le mécanisme de l'accouchement.

Quant au thorax et à l'abdomen, sauf quelques exceptions pour le thorax, l'accouchement est impossible, et le pronostic dépend surtout de l'intervention.

Pronostic suivant la variété de présentation et de position :

*Sommet.* — Les occipito-postérieures sont plus graves que les antérieures.

*Face. Front.* — Les mento-postérieures sont également plus graves que les antérieures.

*Siège.* — Le siège décomplété mode des fesses est d'un plus mauvais pronostic que les autres variétés de présentation, à cause de la difficulté du dégagement et de l'intervention, quand elle est nécessaire. La position n'a qu'une faible importance.

*Thorax. Abdomen.* — Les dorso-antérieures sont plus favorables, quand il faut pratiquer le version, et les postérieures, au contraire, quand il s'agit de l'embryotomie.

2° *Du volume et du nombre des enfants.*

Plus l'enfant est volumineux, plus les chances de dystocie grandissent.

Plus il y a d'enfants dans la cavité utérine, plus défavorable devient le pronostic pour chacun d'eux.

3° *De la conformation de la femme.*

4° *Des complications de la grossesse et de l'accouchement.*

5° *De la personne qui prête son assistance, comme pour la mère.*

## IX. — CONDUITE A TENIR PENDANT L'ACCOUCHEMENT

### SOMMAIRE

- 1° Conduite à tenir pendant l'accouchement en général.
  - A. Préparatifs.
  - B. Conduite à tenir pendant l'accouchement.
- 2° Conduite à tenir dans chaque présentation en particulier.
  - A. Sommet.
  - B. Face.
  - C. Front.
  - D. Siège.
  - E. Thorax.
  - F. Abdomen.

## 1° CONDUITE A TENIR PENDANT L'ACCOUCHEMENT EN GÉNÉRAL

### A. — PRÉPARATIFS

1. *Chambre.* — 2. *Lit.* — 3. *Objets de toilette.* — 4. *Médicaments.* — 5. *Préparatifs pour l'enfant.* — 6. *Trousse de l'accoucheur.* — 7. *Garde.*

1. **Chambre.** — Il faudra éviter l'encombrement dans la chambre de la parturiente. Faire enlever les tentures inutiles, les vieux tapis qui constituent autant de réceptacles à microbes. — Cette chambre devra pouvoir être chauffée pendant l'accouchement et maintenue à la température de 18°, afin d'éviter les refroidissements auxquels est exposée la femme découverte.

2. **Lit.** — Autrefois on se servait, pour l'accouchement, d'un lit spécial (*lit de misère, de travail*), qui d'habitude n'était autre chose qu'un lit de sangle. Ce lit spécial est en général abandonné, à cause de l'exiguïté des appartements à la ville, puis pour éviter de transporter la femme délivrée, ce qui

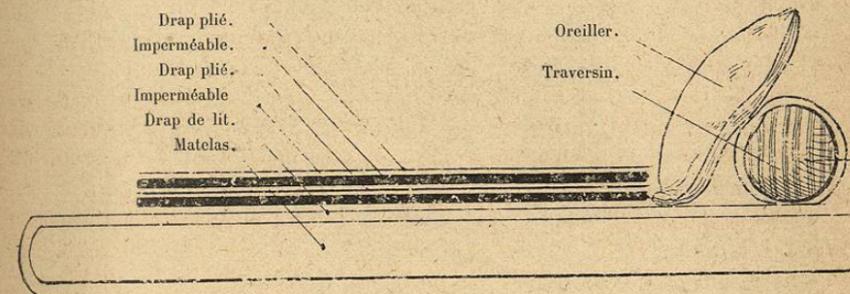


Fig. 263. — Lit préparé pour l'accouchement.

l'expose aux hémorragies et syncopes. D'autre part le lit ordinaire est bien plus spacieux et commode pour l'accouchement, et avec la *garniture*, qui va être indiquée, ne risque en aucune façon d'être détérioré.

On place (fig. 263) sur le drap recouvrant le matelas un imperméable (toile cirée ou caoutchouc) ayant la largeur transversale du lit, et longue de 1<sup>m</sup>,50 environ ; au-dessus un drap plié en deux ou en quatre. Puis un nouvel imperméable, soit toile analogue à la première, soit 2 ou 3 doubles de papier d'emballage (papier goudronné), ou simplement des journaux en assez grand nombre ; enfin un drap plié en deux ou en quatre comme le précédent. Ces draps seront fixés au matelas à l'aide d'épingles de nourrice.

La première garniture sera enlevée après la délivrance, et la seconde laissée pendant le postpartum. On se contente de changer le drap qui recouvre la toile cirée, quand il est souillé.

3. **Objets de toilette** (à prescrire 2 mois avant le terme). — 1° Un *injecteur vaginal* est indispensable. Le plus simple est le meilleur ; tous les appareils à pompe et à soupape sont mauvais, à cause de la faible sécurité qu'ils offrent au point de vue antiseptique.