cette vive agitation se calma, les douleurs cessèrent complétement, puis reparurent quelques minutes après, d'abord lentes et faibles, mais bientôt assez régulières et énergiques pour terminer promptement l'accouchement.

Lorsque le col de l'utérus participe à cet état de spasme, on se trouve bien d'employer la pommade et l'extrait de belladone, comme nous aurons l'occasion de l'indiquer plus loin.

On a reproché à l'emploi de la belladone de suspendre les douleurs, de paralyser l'exercice de la contractilité du tissu après l'accouchement; c'est une erreur, son action est toujours bornée au col; celui-ci peut être tout au plus paralysé pendant quelque temps.

M. Velpeau dit s'être servi avec succès, dans le cas qui nous occupe, de la potion suivante: Eau de laitue ou de coquelicot, 120 grammes; eau de fleur d'oranger ou de menthe, 30 grammes; sirop de pavot blanc, 30 grammes; extrait d'opium, 5 centigrammes.

Les inhalations anesthésiques me semblent devoir être employées avec avantage dans ces cas de contractions partielles ou irrégulières : je les crois très-propres à modifier la surexcitation utérine, à laquelle elles sont le plus souvent liées; et, dans plusieurs cas, elles ont, comme l'opium, suspendu momentanément les contractions, pour leur rendre, après quelques instants, leur régularité et leur efficacité normales.

§ IV. — Influence des contractions des parois abdominales.

Chez quelques femmes très-grasses, la seconde partie du travail s'opère quelquefois avec une lenteur excessive. Les contractions utérines ne cessent pas complétement, mais elles paraissent sans action et ne font faire aucun progrès à la tête du fœtus. Cette impuissance des efforts utérins m'a paru tenir beaucoup moins aux résistances que présentait chez elles la partie inférieure du canal pelvien, qu'au défaut d'action des muscles abdominaux. La couche épaisse de graisse qui double en effet les parois antérieures du ventre doit paralyser un peu l'action synergique de ces muscles, et l'utérus se trouve ainsi privé de l'aide qu'il en reçoit habituellement. C'est alors surtout que paraît applicable la compression abdominale tant vantée par quelques personnes: un bandage circulaire appliqué sur tout le ventre remplacerait efficacement le point d'appui que les muscles abdominaux contractés fournissent habituellement à l'utérus. C'est, du reste, ainsi que le dit M. Velpeau, un moyen trop innocent pour ne pas l'employer avant d'avoir recours au seigle ergoté ou à la terminaison artificielle du travail.

Si la contraction de l'utérus est la cause efficiente principale de l'accouchement, ce que démontrent les vivisections faites sur les animaux et les faits pathologiques qu'on a pu recueillir chez la femme, il n'en est pas moins vrai que le concours des contractions des muscles de l'abdomen et les efforts auxquels la femme se livre, est un puissant auxiliaire pour l'expulsion du fœtus. Quelques observations semblent même démontrer que la paralysie des muscles de l'abdomen, que l'impossibilité d'un effort énergique, ont suffi quelquefois pour retarder outre mesure la terminaison de l'accouchement.

M. Depaul a vu une femme paraplégique chez laquelle le travail marchait si lentement, qu'il fut obligé de terminer l'accouchement par une application du forceps. Chez cette malade, l'utérus se contractait régulièrement et aucune cause ne faisait obstacle à l'expulsion du fœtus. Aussi M. Depaul n'hésita pas à rapporter la lenteur excessive du travail à la paraplégie. J'ai moi-même vu un fait analogue : une multipare qui avait toujours eu des accouchements faciles devint paraplégique, ce qui n'empêcha pas une nouvelle grossesse, mais cette fois, malgré des contractions utérines très-fréquentes et très-douloureuses, l'accouchement ne put être terminé que par une application du forceps.

Un fait d'un autre genre observé par M. Depaul montre l'influence fâcheuse de l'impossibilité dans laquelle se trouve une femme de faire des efforts soutenus. Une jeune dame avait été amputée de la cuisse; elle devint enceinte et au moment de l'accouchement elle ne put s'arc-bouter qu'à l'aide d'une seule jambe; les efforts auxquels elle se livrait, mal dirigés, semblaient avoir pour effet l'affaiblissement des contractions utérines. Le bassin était bien conformé, aucun obstacle n'arrêtait la sortie du fœtus, et cependant l'accouchement dut être terminé par une application du forceps.

Aux faits que je viens de rapporter on pourrait en opposer d'exactement contraires, je le sais, et j'ai vu moi-même une femme paraplégique accoucher avec une très-grande facilité. Cette différence tient à ce que les faits cliniques varient à l'infini; les phénomènes pathologiques, au lieu de se montrer isolément, s'associent de mille manières différentes, et c'est ainsi qu'on peut expliquer comment, chez une femme, les contractions utérines suffisent à elles seules pour l'expulsion du fœtus, tandis que chez une autre elles ont besoin d'être aidées par la contraction des muscles abdominaux.

ARTICLE II

DU TRAVAIL TROP PROMPT

Bien que plus rares, les accidents qui peuvent résulter d'un accouchement trop prompt sont aussi graves que ceux qui sont produits par un travail trop lent. Aussi croyons-nous réparer une omission grave commise par la plupart des auteurs et par nous-même dans la première édition de ce livre, en consacrant quelques lignes à l'indication des faits qui s'y rattachent.

Il est des femmes qui ont le fâcheux privilége d'accoucher après quelques douleurs, et cette rapidité excessive dans la marche des phénomènes de la parturition se reproduit chez elles à chaque accouchement. Cette particularité semble même être héréditaire dans certaines familles, où elle se perpétue pendant trois ou quatre générations.

La terminaison trop prompte est toujours due à trop d'énergie et de fréquence dans les contractions utérines, ou à un défaut de résistance dans les parois du canal que le fœtus doit traverser.

Quelques auteurs ont cherché à établir une relation entre les phénomènes qui, pendant l'état de vacuité, précèdent ou accompagnent l'écoulement menstruel, et l'activité ou la lenteur des contractions pendant le travail. Si l'écoule-

ment périodique est difficile, pénible, douloureux, si tous les mois la femme est tourmentée de violentes coliques, avant et pendant la période menstruelle, l'irritabilité de l'utérus est très-grande pendant l'accouchement, et l'énergie des contractions est presque invariablement excessive. On doit s'attendre, au contraire, à des douleurs lentes et faibles, lorsque habituellement la femme n'est avertie du retour des règles que par l'apparition du sang, et que celles-ci se passent sans douleur. Nous ne savons jusqu'à quel point ce rapprochement est exact, et nous pensons au moins que la loi est loin d'être sans exception. Quoi qu'il en soit, c'est, en général, chez les femmes très-nerveuses et impressionnables que se remarquent le plus souvent ces contractions trop énergiques; elles paraissent dépendre, dit Wigand, d'une grande irritabilité, dont le centre, surtout chez les femmes hystériques, paraît être dans l'utérus. Aussi voit-on souvent les affections morales avoir une grande influence sur la marche du travail: et tout le monde sait qu'il a suffi souvent de proposer sérieusement à la femme l'application du forceps pour voir les douleurs, jusqu'alors languissantes, se réveiller fortes et énergiques, par suite des craintes que lui inspire cet instrument.

Dans certaines fièvres éruptives, et surtout dans la scarlatine, les contractions offrent souvent ce caractère, et l'enfant est alors expulsé avec une très-grande rapidité. Mais il est difficile de savoir si cette circonstance ne tient pas plutôt à la flaccidité des parties molles, dont la force de résistance, comme celle de tout l'appareil musculaire, est diminuée par la maladie.

Le même fait s'observe aussi chez quelques femmes fortes, robustes et pléthoriques; mais ici les contractions sont très-fortes dès le commencement du travail; elles sont très-nombreuses, durent longtemps et sont séparées par de courts intervalles. Pendant la douleur, les femmes ne peuvent résister au besoin de pousser, et elles contractent violemment tous les muscles du corps; elles sont beaucoup plus irritables qu'à l'ordinaire, leur attitude a quelque chose d'étrange, la tête est brûlante, la face rouge et bouffie, le pouls est plein et accéléré.

Dans quelques cas, les intervalles des douleurs sont à peine perceptibles, et la douleur n'est pas encore terminée qu'une autre commence; quelquefois même l'utérus semble dans un état de contraction permanente qui ne cesse qu'après l'expulsion du fœtus. Alors le ventre est très-dur, tout le corps roide et contracté: la malade retient sa respiration, se contracte avec une violence incroyable, se cramponne à tous les objets qui l'environnent, et, poussant un cri ou grinçant des dents, expulse tout à coup le fœtus, et avec lui les matières contenues dans la vessie et le rectum.

Quelque violentes que l'on suppose les contractions utérines, elles expliqueraient difficilement la promptitude avec laquelle l'accouchement se détermine chez certaines femmes, si l'on n'admettait qu'il existe en même temps un défaut de résistance dans les parois du canal pelvien; aussi un bassin trop large, un fœtus avorton, ou un affaiblissement marqué de la résistance normale des parties molles, comme cela se présente souvent chez les personnes épuisées par de

longues maladies [1], doivent-ils être considérés comme favorisant singulièrement l'expulsion trop prompte du fœtus.

Lorsque les phénomènes du travail s'accomplissent avec régularité, ce n'est guère que sept à huit heures après la première douleur que l'enfant paraît à la lumière. Cette sage lenteur permet aux parties que le fœtus doit traverser de se préparer à la dilatation qu'elles doivent subir; l'orifice utérin s'entr'ouvre petit à petit, les parties molles qui tapissent l'excavation, le plancher du bassin, longtemps lubrifiés par les liquides qui s'exhalent de l'utérus ou qui se sont sécrétés à la partie supérieure du vagin, s'amollissent, s'assouplissent, et se préparent ainsi à la distension qu'ils éprouveront au moment de la sortie de la tête; leur dilatation, s'opérant sous l'influence de contractions intermittentes et séparées par un intervalle de calme, est lente et graduée: elle s'effectue sans faire éprouver à la femme de trop vives douleurs et sans compromettre la vie du fœtus. Mais il n'en est pas ainsi dans le cas qui nous occupe; l'expulsion trop précipitée de l'enfant l'expose, ainsi que sa mère, à de graves accidents. Sans parler, en effet, de l'inertie de l'organe dont nous traiterons plus tard à propos des accidents qui peuvent compliquer la délivrance, nous devons noter, comme possibles, la déchirure du vagin et de la portion vaginale du col, celle du périnée, si souvent produites par le passage brusque du fœtus à travers le canal pelvien; le prolapsus de la matrice, qui, n'étant pas encore suffisamment dilatée pour permettre au fœtus de traverser son orifice, est entraînée par le fœtus lui-même jusqu'au dehors de l'anneau vulvaire; les syncopes si graves et quelquefois mortelles auxquelles la déplétion trop prompte de la matrice expose la femme [2]; enfin la mort elle-même, produite uniquement par la violence de l'ébranlement nerveux causé par de telles douleurs.

L'enfant est aussi exposé à des dangers réels. Si les membranes sont rompues et les eaux complétement écoulées dès le début du travail, on comprend que, lorsque les douleurs sont permanentes, le cordon ombilical puisse être comprimé entre la paroi fœtale et la paroi utérine, que la circulation de l'utérus soit amoindrie par la contraction trop prolongée de cet organe, ou que le fœtus lui-même puisse souffrir de la compression directe qu'il subit. D'un autre côté, si la femme, se croyant seulement au début du travail, est encore debout au moment où elle est surprise par ces violentes douleurs, le fœtus,

(1) Ce défaut de résistance des parties molles peut se rencontrer chez une femme d'ailleurs bien portante. Une femme douée d'une bonne santé accoucha, dit Rigby, en deux douleurs. La première la réveilla d'un profond sommeil dans lequel elle était plongée, la seconde chassa violemment le fœtus dans son lit.

(2) Le mécanisme de la syncope est ici facile à comprendre. L'utérus distendu par le produit de conception, exerce une compression plus ou moins forte sur les gros vaisseaux. Lorsque le fœtus est expulsé lentement, la compression exercée par l'organe gestateur diminue dans la même proportion, et ce n'est que peu à peu que le sang afflue dans les vaisseaux où son cours était auparavant gêné; mais, dans le cas qui nous occupe, la déplétion de l'utérus est subite : tout à coup les vaisseaux sont soustraits à la forte pression qu'ils éprouvaient, le sang s'y précipite en abondance, et ne va plus qu'en petite quantité au cerveau. Celui-ci, privé de son excitant naturel, n'agit plus sur le cœur, etc.

brusquement chassé, vient se heurter contre le parquet et peut être tué par la violence du coup. Dans cette position, le cordon ombilical est tendu entre l'ombilic et l'insertion placentaire; et, si la rupture de la tige omphalo-placentaire n'en est pas la conséquence, la traction exercée sur le placenta encore adhérent peut être assez forte pour déprimer et même pour renverser complétement l'utérus : toutefois ce dernier fait est assez rare. La rupture du cordon a été plus souvent observée, mais elle est presque toujours sans danger pour l'enfant : d'abord parce que la déchirure a le plus souvent lieu à deux ou trois pouces de l'ombilic, et parce que la déchirure par traction des vaisseaux ombilicaux est propre à prévenir une hémorrhagie mortelle pour le fœtus, alors même que la respiration ne s'établirait pas immédiatement.

Traitement. — Si, vu l'époque peu avancée de la grossesse, on a lieu de croire au développement incomplet du fœtus, ou si les accouchements antérieurs font supposer un bassin dont les dimensions sont exagérées, la femme devra, dès la première douleur, garder la position horizontale ; elle devra, autant que possible, éviter de pousser pendant la douleur, et de contracter les muscles soumis à l'empire de sa volonté. On se trouvera bien, dans le même but, d'appliquer autour du ventre un bandage de corps modérément serré (Rigby). Enfin, on prendra toutes les précautions pour retarder, autant que possible, la rupture des membranes. Si, malgré ces précautions, on s'aperçoit que la partie inférieure de l'utérus est fortement poussée en bas, et même à travers l'orifice de la vulve, il faut le soutenir avec soin jusqu'à ce que le col soit dilaté pour laisser passer librement la tête. On pourrait, à l'exemple de Nægele, appliquer au devant de la vulve et sur la partie saillante de l'utérus un large bandage en T, au centre duquel on ferait une ouverture correspondante à l'orifice du vagin.

Si la femme était déjà accouchée trop vite dans ses grossesses antérieures, on pourrait administrer les opiacés, soit par la bouche, soit en lavements, dans le but de calmer l'irritabilité excessive de la matrice.

Wigand a recommandé la saignée du bras. Peut-être pourrait-elle être employée avec avantage chez les femmes fortes et pléthoriques; mais l'expérience n'a pas encore prononcé sur l'efficacité de ce moyen.

CHAPITRE II

DES VICES DE CONFORMATION DU BASSIN

Les obstacles matériels qui trop souvent rendent l'accouchement spontané difficile ou impossible sont excessivement nombreux et dépendent tous de la mère ou du fœtus. Parmi les premiers se rangent tout naturellement les maladies et vices de conformation ou de direction du canal que le fœtus doit traverser, et nous devons rattacher aux seconds les maladies, les conformations vicieuses de l'enfant, et les positions défavorables dans lesquelles il peut se présenter à l'ouverture du bassin. Nous commencerons par les obstacles appartenant aux organes de la mère, et nous traiterons d'abord des vices de conformation du bassin.

Toutes les fois que le bassin s'écarte des dimensions que nous avons indiquées comme normales, on dit que le bassin est vicié ou mal conformé. Or, on conçoit facilement que les dimensions du cercle pelvien peuvent être agrandies ou étrécies, et c'est ce qui explique la division, admise par les accoucheurs, de bassin vicié par excès d'amplitude, et de bassin vicié par excès d'étroitesse. Je dis par excès d'amplitude ou par excès d'étroitesse, car il ne faudrait pas croire qu'un bassin est réputé mal conformé dès qu'il ne présente pas exactement les dimensions que nous avons données comme les plus générales. Le bassin est, en effet, dans son développement, soumis aux mêmes lois qui régissent tout l'organisme, et l'on sait combien ces lois souffrent de variétés dans leur accomplissement. Quelques lignes de plus ou quelques lignes de moins ne constituent donc pas un vice de conformation, et nous ne comprendrons sous le titre de bassins mal conformés que ceux qui, par leur largeur excessive ou leur étroitesse, sont susceptibles d'apporter des difficultés notables dans l'exercice des fonctions puerpérales.

Bassin vicié par excès d'amplitude.

Un bassin large n'est pas toujours, comme on pourrait le croire, une circonstance favorable. Quand, en effet, cette amplitude est trop considérable, elle expose la femme à des accidents fâcheux, dans l'état de vacuité, pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Pendant l'état de vacuité, l'utérus, ne trouvant pas dans les parois du bassin le soutien convenable, libre et flottant dans une cavité trop spacieuse, est exposé aux déplacements connus sous les noms de chute, antéversion et rétroversion. Ces accidents sont d'autant plus fâcheux alors qu'il est plus difficile d'y remédier.

Pendant la grossesse, l'utérus, trouvant dans l'excavation plus d'espace, y séjourne et s'y développe jusqu'à une époque beaucoup plus avancée, et le volume de l'organe, comprimant le rectum et la vessie, détermine souvent dans ces parties un ténesme excessif qui devient très-douloureux pour la femme. Quelquefois même le cours des urines, des matières fécales, est difficile, et l'on voit se développer, par suite de la gêne apportée dans la circulation des extrémités inférieures, des varices, une infiltration considérable et des tumeurs hémorrhoïdales. Si cet excès d'amplitude porte spécialement sur l'excavation, les détroits n'ayant à peu près que leurs dimensions normales, le fond de la matrice se renverse souvent dans la concavité sacrée : plus tard, quand son volume est trop considérable pour qu'elle puisse prolonger son séjour dans le petit bassin,