

CHAPITRE II

DYSTOCIE DES PARTIES MOLLES

Ce chapitre comprend non seulement l'étude des obstacles maternels — autres que les viciations pelviennes — qui empêchent la progression du fœtus, mais encore l'étude des anomalies que l'on constate dans la contraction utérine ou dans les efforts que fait la femme pour expulser le fœtus.

Nous allons successivement passer en revue l'influence :

1° Des anomalies qui surviennent dans la contraction utérine (inertie) ou dans les efforts que fait la femme au moment de la période d'expulsion ;

2° De la dystocie causée par le col (rigidité) et par les tumeurs les plus communes de l'utérus, cancer et fibromes ;

3° Des tumeurs de voisinage, et en particulier des kystes de l'ovaire

4° Des tumeurs du vagin et de la vulve ;

5° Des arrêts de développement ou plutôt des malformations de l'utérus et du vagin.

I. DES ANOMALIES QUI SURVIENNENT DANS LA CONTRACTION UTERINE

Elles sont nombreuses, et leur variété même empêche d'en donner une description précise. Il est bien difficile de spécifier les cas dans lesquels l'utérus se contracte d'une manière insuffisante ou exagérée; pour chaque femme l'utérus a presque une manière particulière de se contracter; tantôt les contractions utérines sont fortes et rapprochées, tantôt au contraire elles ont une intensité moindre et sont plus espacées, mais si l'accouchement traîne en longueur, est-ce le défaut ou l'insuffisance de la contraction utérine qui en est réellement la cause?

Avant de l'affirmer, il faut s'assurer qu'il n'y a point d'anomalie du côté de la partie fœtale qui se présente, ni du côté du bassin.

Les auteurs divisent les anomalies provenant de la contraction utérine en trois groupes suivant que cette contraction est exagérée, diminuée ou irrégulière.

1° Contractions utérines exagérées. — L'exagération des contractions utérines peut porter sur leurs différents caractères; tantôt les contractions sont intenses, prolongées, douloureuses, tantôt elles restent normales à ces différents points de vue, mais elles se suivent à intervalles beaucoup trop rapprochés. L'utérus se contracte d'une manière presque incessante, les

douleurs se suivent avec une telle rapidité qu'il n'y a plus pour la femme un seul instant de calme ni de repos; elles amènent un état de surexcitation douloureuse telle qu'on a beaucoup de peine à maintenir la femme au lit: il y a *tétanisation de l'utérus, tétanisme utérin*.

Cet état ne dure généralement pas longtemps; lorsqu'il existe, en effet, il ne tarde pas à produire l'expulsion rapide du fœtus; ce qui n'est pas sans inconvénient pour l'intégrité du col et du périnée.

Cette exagération de la contraction utérine est également mauvaise pour le fœtus: la circulation fœto-placentaire se trouve profondément troublée, d'autant qu'elle ne peut se rétablir puisqu'il n'y a pas de période d'accalmie. L'enfant naît souvent en état de mort apparente et quelquefois même il ne peut être ranimé. Sa vitalité peut être d'autant plus sûrement compromise que l'auscultation est rendue impossible ou tout ou moins très difficile par l'état de contraction permanente de l'utérus.

Les contractions exagérées amènent une déplétion brusque de l'utérus qui peut être suivie d'inertie du muscle: tantôt la contraction persiste et le placenta est rapidement expulsé; mais si l'utérus ainsi surmené ne se rétracte pas suffisamment, on observe une hémorrhagie plus ou moins abondante. Tantôt au contraire, après cette expulsion rapide du fœtus, le muscle utérin ne se contracte pas assez pour produire le décollement et la sortie du placenta; cet état nécessite la délivrance artificielle.

Dans certains cas, non seulement le muscle utérin ne se contracte pas, mais il ne se rétracte pas suffisamment: d'où résulte une hémorrhagie plus ou moins abondante. A l'exagération des contractions a succédé une inertie complète.

Que convient-il de faire au cours du travail chez une femme qui présente cet excès de contraction utérine? Dans la pluralité des cas, il n'y a rien à faire que d'exhorter la femme à la patience en lui faisant observer que plus les contractions sont fortes et rapprochées, plus le travail sera rapide: on l'engage à modérer ses efforts au moment de la période d'expulsion.

Si cependant ce travail trop rapide détermine des douleurs trop intenses, si la femme surexcitée par cet état douloureux devient indocile, il y a intérêt à lui administrer du chloroforme à dose analgésique pour modérer l'intensité de la douleur; la marche du travail en est facilitée.

On peut dans le même but, mais avec un résultat plus incertain, recourir aux injections hypodermiques de morphine ou aux lavements de chloral.

2° Faiblesse et irrégularité des contractions utérines. — Chez certaines femmes l'utérus ne se contracte pas suffisamment ou se contracte d'une manière irrégulière; le travail est lent (*tedious labor* des Anglais), irrégulier.

Tantôt il y a seulement un intervalle trop grand entre deux contractions; tantôt les contractions se suivent d'une manière irrégulière. Pendant une heure ou deux, les contractions utérines existent, puis elles se suppriment plus ou moins complètement pendant un certain temps. Le travail reste stationnaire; l'effacement et la dilatation du col se font avec une lenteur désespérante.

Dans un certain nombre de cas, cette paresse de l'utérus n'est que secondaire; la partie fœtale, appuyant mal sur l'orifice utérin, le réflexe qui produit la contraction utérine n'est point suffisant; ce défaut de pression de la partie fœtale sur l'orifice utérin tient soit à un rétrécissement du bassin, soit à la présence du placenta sur le segment inférieur. La rupture prématurée des membranes, qui reconnaît souvent cette dernière cause, retarde la marche du travail; la poche des eaux, n'existant plus, ne peut contribuer à la dilatation de l'orifice utérin, comme elle le fait habituellement d'une manière très efficace.

Nous ne pouvons passer ici en revue toutes les causes qui rendent l'accouchement très long; d'ailleurs il est certaines femmes dont l'utérus se contracte mal soit par suite d'une structure particulière du muscle utérin, soit par suite d'une sorte d'innervation faible. On observe assez souvent ces particularités chez des femmes fortes, grandes, plus ou moins obèses et qui mettent quarante, cinquante, soixante heures et même plus pour accoucher.

Le pronostic du travail long n'est pas sérieux pour la mère: ces femmes à travail lent sont peut-être un peu plus exposées que d'autres à des accidents d'infection parce que le toucher vaginal est pratiqué plus souvent et qu'il est parfois nécessaire de terminer l'accouchement; mais en réalité, si l'antisepsie est bien faite, la femme ne présente point d'élévation de température pendant les suites de couches. — Quant au fœtus, dans nombre de cas, le travail lent n'atteint en aucune façon sa vitalité; dans certains cas cependant, surtout lorsque l'œuf est ouvert, on voit peu à peu le liquide amniotique se colorer par le méconium; les bruits du cœur se modifient; on est obligé d'intervenir.

La conduite à tenir, dans les cas où les contractions utérines sont lentes et espacées, est d'user de beaucoup de patience: rassurer la femme et l'entourer sur l'issue de l'accouchement, lui montrer que si ses douleurs sont prolongées, elles sont en revanche peu intenses. Lorsque la dilatation est déjà un peu avancée, il est parfois utile de rompre les membranes; mais c'est un moyen dont il faut user avec prudence; car loin d'accélérer le travail, celui-ci peut en être retardé.

On a abandonné complètement l'*ergot de seigle* et même l'électricité; le seul traitement efficace consiste à employer les injections vaginales avec de l'eau antiseptique à 48 degrés. Les injections ainsi pratiquées, alors que la femme est en travail, excitent les contractions utérines, en augmentent l'intensité et la fréquence.

Dans certains cas, où la dilatation reste trop stationnaire et où l'enfant commence à souffrir, on peut employer le ballon de Champetier ou l'écarteur de Tarnier.

Des anomalies de l'effort. — Pendant toute la période de dilatation, la femme n'a pas à intervenir et ne doit pas intervenir volontairement par l'effort; la dilatation progresse d'une manière réflexe par suite des contractions utérines.

Parfois la tête est trop profondément engagée avant que la dilatation ne soit complète, la pression qu'elle exerce sur le bassin mou incite

d'une manière réflexe la femme à pousser; cet effort prématuré n'est pas sans inconvénient. L'action des muscles abdominaux venant se joindre à celle du muscle utérin, triomphe trop rapidement de la résistance offerte par l'orifice utérin, qui se déchire quelquefois dans une assez grande étendue: aussi ne faut-il jamais laisser la femme faire des efforts et pousser, sans s'être assuré que la dilatation est suffisante ou mieux complète.

Chez quelques parturientes, la contraction des muscles abdominaux, l'effort, n'est pas prématuré, mais il est trop énergique; c'est surtout chez les femmes qui ont une exagération de la contraction utérine que l'on observe ce phénomène: il a pour résultat de produire l'accouchement trop rapide avec ses conséquences. — Habituellement elles n'ont guère d'importance: la femme a passagèrement un peu d'accélération du pouls, un peu d'anhélation; quelquefois l'utérus, trop rapidement débarrassé de son contenu, se contracte mal; d'où hémorrhagie qui distend la cavité utérine.

Dans certains cas exceptionnels, sous l'influence des efforts exagérés de la femme, on a noté de l'*emphysème sous-cutané*, qui se produit au niveau de la région du cou, par suite de la rupture des vésicules pulmonaires. Cet emphysème peut s'étendre à la partie inférieure de la face, au niveau du thorax: on le reconnaît à la crépitation gazeuse que l'on sent en promenant le doigt sur les régions envahies. C'est un accident qui s'observe plutôt chez les primipares que chez les multipares: il est généralement sans gravité; l'emphysème disparaît au bout de 5 à 6 jours. Ce n'est que lorsqu'il reste localisé au poumon que l'on peut observer des phénomènes graves d'asphyxie.

Plus rares encore que cet emphysème sont les *fractures du sternum* que l'on a observées à la suite des efforts de l'accouchement.

Au lieu d'observer l'exagération de l'effort, il est plus commun de voir une *insuffisance de l'effort* qui a d'autant plus d'inconvénients qu'elle vient habituellement se surajouter à l'insuffisance de la contraction utérine. C'est chez les femmes grasses, à travail lent, que l'on observe ces efforts insuffisants qui n'amènent que difficilement l'expulsion spontanée du fœtus; d'autre part, les femmes dont l'utérus a été surmené, surdistendu par des grossesses répétées, ont souvent en même temps une éventration considérable qui ne permet point les efforts suffisants. Il est alors fort utile de suppléer à la brèche de la paroi abdominale en appliquant à plat les deux mains au niveau de l'éventration: l'effort en devient immédiatement plus efficace.

Signalons seulement les cas où, la paroi abdominale étant normale, l'effort est gêné par une affection cardio-pulmonaire qui ne permet pas de le soutenir et de le prolonger: l'asystolie survient rapidement et il est alors indiqué de terminer par une application de forceps.

Les opérations abdominales pratiquées avant la grossesse ou avant l'accouchement gênent-elles l'effort? Généralement non; s'il n'y a pas d'éventration post-opératoire très étendue, l'effort se fait avec toute son efficacité. Ce n'est que dans les cas où il existe une éventration considérable que la femme pousse mal et qu'il est parfois utile de recourir au forceps chez une femme qui avait accouché plusieurs fois spontanément avant l'opération.