

LIVRE V
DYSTOCIE

L'accouchement dystocique est l'accouchement irrégulier par opposition à l'accouchement normal ou *eutocique*.

Tout obstacle à l'accomplissement régulier de l'accouchement rentre dans la *dystocie*.

Les causes de dystocie peuvent appartenir à la mère ou au fœtus d'où les deux grands chapitres de la Dystocie :

Dystocie maternelle.

Dystocie fœtale.

PREMIÈRE SECTION
DYSTOCIE MATERNELLE

Les causes maternelles de l'accouchement irrégulier peuvent être d'ordre *dynamique* ou d'ordre *anatomique*.

CHAPITRE PREMIER
DYSTOCIE D'ORDRE DYNAMIQUE

ANOMALIES DES FORCES EXPULSIVES

Le col pour se dilater a besoin de la poussée expulsive des forces utéro-abdominales. Ces forces peuvent manquer tout à fait (1), ou être insuffisantes.

(1) Il est rare qu'il y ait manque réellement *absolu* de contractions ; mais nous entendons par là qu'elles sont cliniquement imperceptibles.

Cette insuffisance peut être due :

A. A la faiblesse *réelle* des forces expulsives.

B. A la faiblesse de leur action *effective*, une partie de la force déployée étant perdue.

A. La *faiblesse* des forces expulsives peut être due à l'état général de la mère (malade épuisée); elle peut reconnaître une cause *localisée* et ce sont l'utérus et les muscles abdominaux séparément ou réunis qui doivent être incriminés.

L'*utérus* réagit mal, tantôt sans qu'on puisse en reconnaître directement la raison, tantôt par suite de sa faiblesse musculaire; il en est de même lorsqu'il est surdistendu par une hydramnios, une grossesse gémellaire, lorsqu'il est *géné par la vessie trop pleine*.

La *paroi abdominale* éventrée par une hernie, par un accouchement antérieur, ou remplacée par un plan fibreux à la suite de la distension excessive de la ligne blanche, les muscles droits étant rejetés sur les côtés, contribue mal à l'expulsion.

A un degré *atténué* on n'a dans ces cas qu'un retard dans l'accouchement (accouchement plus long chez les multipares); mais il peut y avoir là de véritables causes de dystocie.

B. Les contractions peuvent être suffisamment fortes, mais leur action est contrariée. C'est ce qui arrive dans le cas de distension exagérée de la vessie (à part l'action de cette dernière sur l'utérus), dans le cas de kyste ovarique, de tumeur fibreuse de l'utérus.

Conduite à tenir. — Il faut, s'il est possible, supprimer la cause de cette *inaction* des contractions; par exemple, dans le cas de distension vésicale, vider la vessie. On tâche de réveiller les contractions utérines par des frictions abdominales, des injections chaudes sur le col. Il faut surtout surveiller l'état de l'enfant et l'état de la mère. Si les membranes ne sont pas rompues, pratiquer la version, dès qu'il y a possibilité, si elles sont rompues, et que les eaux soient écoulées, faire une application de forceps. Dans l'indication du moment *précis* de l'intervention il y a une question de sagacité personnelle qui échappe aux règles générales, mais *il vaut mieux se hâter que tarder*.

CHAPITRE II

DYSTOCIE MATERNELLE D'ORDRE ANATOMIQUE

L'obstacle anatomique peut porter sur un quelconque des segments de la filière génitale — canal vulvo-vagino-périnéal — canal cervico-utérin — canal pelvien.

I. — CANAL VAGINO-VULVO-PÉRINÉAL

Causes de dystocie siégeant sur le canal vagino-vulvo-périnéal. — Il peut y avoir soit *rétrécissement*, soit *obstruction* du canal.

Rétrécissement.

Le conduit vulvo-vaginal, normal à l'état de repos, peut être *rétréci*, à l'état *d'activité*, par suite de son peu d'élasticité (rigidité du périnée, de l'anneau vulvo-hyménéal, du vagin (vagins indurés, en carton) qu'on observe surtout chez les primipares âgées); ou bien il y a réellement *étroitesse* anatomique anormale de la fente pubo-coccygienne du releveur de l'anus et du vagin, soit congénitale (atrésie), soit acquise (cicatrice).

Conduite à tenir. — Souvent il est indiqué de patienter car le travail est seulement prolongé. Le guide le meilleur c'est — à part le degré de l'étroitesse — l'état de la mère et de l'enfant; le cas échéant, on termine à l'aide du forceps. La nécessité des incisions vulvaires ou vaginales est *tout à fait* exceptionnelle.

Obstruction.

Les causes de l'obstruction d'origine *congénitale* sont une *bride*, un *diaphragme*, une *cloison*, la *persistance de l'hymen*. Le plus souvent l'accouchement se termine sans intervention: il est rare qu'on soit obligé d'en pratiquer la section.

L'obstruction *acquise par cicatrice*, est quelquefois due à une déchirure de la vulve et du vagin (empalement vaginal) et à la cicatrisation consécutive qui a amené une véritable disparition du canal vaginal.