

Extrême rigidité
du périnée.

L'extrême rigidité du périnée est souvent liée à des indurations cicatricielles qui résultent de déchirures survenues dans des accouchements antérieurs. Elle peut s'opposer à sa dilatation, et, si la déchirure paraît inévitable, nous sommes autorisés à faire une incision des bords du périnée, partant de ce principe qu'une section nette est toujours préférable à une déchirure dentelée.

Tumeurs.

Nous pouvons parfois rencontrer de formidables obstacles, dus à la présence de tumeurs dans les tissus maternels. Ce sont, le plus communément, des tumeurs fibreuses ou ovariennes, bien qu'on puisse en observer d'autres, par exemple des excroissances malignes des os du bassin, des exostoses, etc.

Tumeurs fibreuses
de l'utérus.

Considérant la fréquence avec laquelle les femmes sont atteintes de tumeurs fibreuses de l'utérus, il peut sembler extraordinaire qu'elles ne compliquent pas plus souvent l'accouchement. Il est probable que les femmes ainsi affectées sont peu aptes à la conception. Quelquefois, cependant, des cas de cette nature causent beaucoup d'anxiété. Naturellement, les plus graves sont ceux dans lesquels les tumeurs sont situées de façon à anticiper sur la cavité du bassin et à obstruer mécaniquement le passage de l'enfant. Mais il existe encore bien des dangers en dehors de cette obstruction, car les tumeurs fibreuses interstitielles et sous-péritonéales, situées dans la région supérieure de l'utérus, et laissant la cavité pelvienne entièrement libre, peuvent entraver l'action des fibres utérines, arrêter les contractions et causer ainsi des hémorragies post-puerpérales profuses, prédisposer même à la rupture du tissu de l'utérus. On doit donc surveiller avec soin chaque femme qui porte une tumeur fibreuse utérine. Le risque d'hémorragie est peut-être le plus grand ; car, si les tumeurs sont très étendues, les contractions efficaces de l'utérus après la naissance de l'enfant seront plus ou moins entravées. L'hémorragie, toutefois, n'arrive pas forcément. Sur cinq observations relatées dans les *Transactions obstétricales*, dont deux dans ma propre pratique, il n'y eut pas d'hémorragie ; et il ne paraît s'en être

produit dans aucun cas sur les vingt-six consignés dans la thèse de Magdelaine. J'en ai vu récemment un exemple intéressant chez une femme dont l'état était auparavant considéré comme très grave, par suite de l'existence de quelques masses fibreuses énormes, qui occupaient le fond et la paroi antérieure du corps de l'utérus, et dont l'accouchement fut néanmoins normal en tous points. S'il survient une hémorragie après la délivrance, l'injection de solutions styptiques sera particulièrement utile, si les moyens ordinaires pour provoquer la contraction ont échoué.

C'est quand les tumeurs fibreuses occupent la zone utérine inférieure et la région cervicale, qu'on rencontre les plus grandes difficultés. La méthode à adopter doit être alors réglée en grande partie sur la nature de chaque cas individuel. S'il est possible de repousser la tumeur au-dessus du détroit supérieur, hors du passage de la partie qui se présente, c'est là sans nul doute la meilleure manière de faire ; en effet, on débarrasse entièrement le canal pelvi-génital et, en outre, on sauvegarde la tumeur de la meurtrissure à laquelle elle serait soumise si elle était comprimée entre la tête et les parois du bassin, et c'est là un des plus grands dangers de cette complication. Cette manœuvre est quelquefois possible dans les cas en apparence les plus défavorables. Un exemple intéressant en est rapporté par M. Spencer Wells¹, qui, appelé pour pratiquer l'opération césarienne, réussit, bien qu'avec beaucoup de difficultés, à repousser au-dessus du détroit supérieur la masse qui créait l'obstruction ; l'enfant passa ensuite à son aise.

J'ai moi-même rapporté ailleurs deux observations semblables², où je parvins à délivrer la femme en refoulant la tumeur, et, sans la réussite de ce procédé, il eût fallu les deux fois recourir inévitablement à la section césarienne. Par conséquent, avant d'en arriver à une opération aussi grave, on devra tenter le refoulement hors du passage, la femme étant mise sous l'in-

Refoulement de la
tumeur.

1. *Obst. Trans.*, vol. IX, p. 73.

2. *Obst. Trans.*, vol. XIX, p. 101.

fluence du chloroforme, avec une pression exercée par le poing, introduit dans le vagin s'il le faut.

Enucléation ou
ablation.

Si ce moyen échoue, on discutera la possibilité d'enucléer la tumeur ou de l'enlever par morceaux avec l'écraseur. Les insertions assez lâches de ces tumeurs, et la facilité avec laquelle elles peuvent être enlevées ainsi chez les femmes non enceintes permettent d'essayer ce procédé, si leur situation et leurs attaches le rendent praticable. Danyau et Braxton Hicks rapportent des exemples intéressants de cette opération pratiquée avec succès. Si elle n'est pas applicable, on se guide sur le volume de l'obstacle, et on peut être obligé d'avoir recours au forceps, à la craniotomie ou même à l'opération césarienne.

Tumeurs de l'ovaire.

Les tumeurs de l'ovaire (fig. 120) sont celles qui obstruent ensuite le plus souvent le canal pelvien; et ce ne sont pas les plus volumineuses qui paraissent descendre le plus facilement dans la cavité. Lorsque la tumeur a un développement assez considérable, elle est trop volumineuse pour être contenue dans l'excavation, et elle s'élève dans la cavité abdominale avec l'utérus. Par conséquent, il est rare qu'on suspecte, avant le début du travail, l'existence de la tumeur qui peut offrir l'obstacle le plus considérable à l'accouchement.

Afin d'apprécier les résultats des différentes méthodes de traitement, j'ai rassemblé 57 observations¹. Dans treize cas, le travail se termina par les forces naturelles seules; mais, dans six d'entre eux, ou à peu près la moitié, les femmes moururent. Les tumeurs, dont le volume fut diminué par la ponction, donnèrent un résultat beaucoup plus favorable. Ainsi on en ponctionna 9; toutes les femmes guérèrent, et 6 enfants furent sauvés. La raison de la grande mortalité dans les premiers cas est probablement due à la compression à laquelle furent soumises les tumeurs, même assez petites pour permettre à l'enfant de passer à côté d'elles. Cette compression développe facilement une forme mortelle d'inflammation diffuse, dont le

1. *Obst. Trans.*, vol. IX.

danger a déjà été signalé depuis longtemps par Ashwell¹, qui a établi une relation entre les tumeurs soumises à la contusion et les hernies étranglées; la cause de la mort dans les deux cas est sans aucun doute tout à fait analogue. On évite ce danger par la ponction de la tumeur, qui se laisse aplatir entre la tête et les parois pelviennes. Par conséquent, je crois qu'on doit ériger en règle la ponction de toute tumeur de l'ovaire engagée en avant de la partie qui se présente, quand même

Ponction.

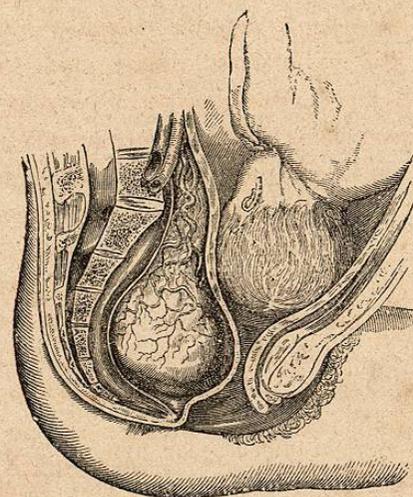


Fig. 120. — Accouchement compliqué d'une tumeur de l'ovaire.

elle aurait un assez petit volume pour faire supposer que l'accouchement sera possible par les forces naturelles.

Cinq fois sur les 57 observations, on put refouler la tumeur au-dessus du détroit supérieur, et la terminaison fut favorable; toutes les mères guérèrent. Si la ponction ne réussit pas, et elle peut échouer à cause de la nature gélatineuse et demi-solide du contenu des kystes, il n'est pas toujours impossible d'écartier la tumeur, lors même qu'elle semble solidement maintenue en avant de la partie qui se présente et fixée sans aucun espoir de déplacement dans sa situation défavorable.

Traitement lorsque
la ponction échoue.

1. *Guy's hospital Reports*, vol. II.

Si tous ces moyens échouent, on sera obligé de recourir à la craniotomie, lorsque le volume de la tumeur s'oppose à l'accouchement par le forceps.

La tumeur ovarienne qui n'obstrue pas le canal pelvien a aussi un certain effet sur la marche de l'accouchement. Mais nous ne possédons pas assez d'observations pour résoudre cette question, qui présente cependant un grand intérêt. Je suis disposé à croire que l'accouchement se termine en général d'une manière favorable. Le retard qui peut exister dépend d'une action insuffisante des muscles accessoires de la parturition, à cause de l'extrême distension de l'abdomen.

Cystocèle vaginale.

Je signalerai quelques autres affections des parties maternelles pouvant entraver l'accouchement; mais elles sont relativement rares. Entre autres, la cystocèle vaginale, ou prolapsus de la vessie distendue en avant de la partie qui se présente, constitue une poche fluctuante résistante qui a été prise pour une tête hydrocéphale ou pour la poche des eaux. Cette complication ne peut survenir que lorsqu'on a laissé la vessie se distendre anormalement, et qu'on a négligé de la vider pendant le travail. Le diagnostic n'offre aucune difficulté, car le doigt peut passer derrière la tumeur, mais non pas en avant, et rencontrer la partie qui se présente; en outre, la douleur et le ténesme mettront le praticien sur ses gardes. Le traitement consiste à vider la vessie; mais il peut y avoir quelques difficultés à introduire la sonde, car l'urèthre a été entraîné hors de sa direction naturelle. Une grande sonde élastique d'homme passera presque toujours, maniée avec douceur et précaution. S'il est impossible d'évacuer le liquide, et cela arrive quelquefois, la poche tendue pourra être ponctionnée sans danger avec la petite aiguille d'un trocart aspirateur, et son contenu s'écoulera. Lorsqu'on a vidé le viscère, il est facilement repoussé au-dessus de la partie qui se présente dans l'intervalle de deux douleurs.

Calculs vésicaux.

On a vu parfois, mais rarement, naître des difficultés de l'existence d'un calcul vésical. On comprend facilement que s'il

est refoulé en bas, en avant de la tête, les tissus de la mère puissent courir des risques sérieux de déchirure. Lorsque nous avons reconnu le calcul (et, si l'on a quelques soupçons, le diagnostic peut être facilement fait au moyen de la sonde), nous devons essayer de le repousser au-dessus du détroit supérieur. S'il est impossible d'y parvenir, il faut tenter son extraction, soit par le broiement, soit par une dilatation rapide de l'urèthre suivie de l'extraction. Lorsque le diagnostic est fait pendant la grossesse, il faut en entreprendre l'extraction avant que le travail n'ait commencé.

La hernie dans l'espace de Douglas peut parfois donner lieu à quelque inquiétude au sujet de la compression et de la contusion qu'elle doit forcément supporter. Il faut essayer de la réduire et de modérer les efforts de la femme; il peut même être utile d'appliquer le forceps, de façon à soustraire la masse à la compression autant que possible. Cette complication est très rare. Fordyce Barker en rapporte quelques observations dans un intéressant mémoire¹ sur ce sujet; il n'a eu dans aucun cas à déplorer la mort de la femme ou de l'enfant, mais il en fait cependant une complication sérieuse.

Hernies.

On a vu des scybales assez dures et assez enclavées dans l'intestin pour mettre obstacle à l'accouchement. La nécessité de surveiller l'état du rectum a déjà été signalée. S'il est impossible de vider l'intestin par un lavement copieux, la masse doit être mécaniquement broyée et extraite avec une curette.

Scybales.

Une infiltration œdémateuse excessive de la vulve constitue parfois un obstacle; s'il est nécessaire d'en diminuer le volume, c'est facile, au moyen d'un certain nombre de petites incisions.

Œdème de la vulve.

Les épanchements sanguins dans le tissu cellulaire de la vulve ou du vagin constituent une grave complication du travail. On rencontre surtout ces tumeurs dans l'une ou l'autre lèvre, ou dans toutes les deux, ou encore sous la paroi vaginale; dans les formes les plus graves, le sang peut s'infiltrer dans les tissus à une distance considérable, comme dans un cas

Thrombus de la vulve et du vagin.

1. *Amer. Journ. of obstetrics*, vol. IX.

rapporté par Cazeaux, où il s'étendait jusqu'à l'ombilic en avant, et en arrière jusqu'à l'insertion du diaphragme.

Conditions qui favorisent la production de cet accident.

L'état de grossesse, la distension et l'engorgement auxquels les vaisseaux sont soumis, l'entrave apportée au retour du sang par la compression de la tête pendant le travail, et les violents efforts de la femme, expliquent suffisamment comment un vaisseau peut être prédisposé à se rompre et à laisser échapper du sang.

Ses dangers sont considérables.

L'accident est heureusement assez rare, bien qu'on en rapporte un nombre suffisant d'observations pour nous rendre familiers avec ses symptômes et ses risques. Les dangers qui accompagnent ces hémorrhagies seraient considérables, si l'on en croit les statistiques fournies par ceux qui ont écrit sur ce sujet. Ainsi, sur 124 cas rassemblés par différents auteurs français, 44 furent mortels. Fordyce Barker dit que, depuis que la nature et le traitement de l'accident ont été mieux compris, la mortalité a bien diminué; en effet, sur 15 cas rapportés par Scanzoni, un seul fut mortel, et 2 sur 22 qu'il a observés lui-même. Ces trois morts furent occasionnées par la fièvre puerpérale; elles ne sont donc pas le résultat direct de l'accident¹.

Siège de l'épanchement sanguin.

Le sang peut être épanché dans toutes les régions du tissu cellulaire du bassin ou dans les lèvres. L'accident arrive le plus souvent pendant le travail, lorsque la tête est très engagée dans l'excavation, juste au moment où elle va sortir de la vulve. Par conséquent, l'extravasation est surtout rencontrée à la partie inférieure du vagin, et plus fréquemment dans l'une des lèvres que dans tout autre point. J'ai observé un fait où il y avait toute raison de croire que l'épanchement sanguin s'était produit dans les tissus qui entourent immédiatement le col. Il est naturel de supposer qu'un état variqueux des veines de la vulve prédispose à l'accident; mais, dans la plupart des exemples rapportés, il n'est pas établi que ce fût là le cas. Cependant, s'il existe des veines variqueuses à un degré assez

1. *The puerperal diseases*, p. 60.

marqué, on ne peut qu'éprouver quelques craintes à ce sujet.

Le thrombus se forme parfois, mais rarement, avant l'accouchement. Le plus communément, il débute vers la fin du travail, ou même après la naissance de l'enfant. Dans le dernier cas, il est probable que la déchirure des vaisseaux s'est faite avant la naissance de l'enfant, et que la compression de la partie qui se présentait a empêché l'écoulement du sang.

Les symptômes sont très caractéristiques. Une douleur vive, quelquefois très intense et qui s'irradie jusqu'aux reins et dans les cuisses, accompagne généralement la formation du thrombus, et, si l'on pratique un examen physique soigneux, on reconnaît facilement la nature de l'accident. Lorsque le sang s'échappe dans la lèvre, on perçoit une tumeur dure, résistante, qui a même été prise pour la tête du fœtus. Si l'épanchement n'atteint que les parties internes, le diagnostic est au premier abord un peu obscur; cependant un peu d'attention prévient toute méprise, car la tumeur peut être sentie dans le vagin et créer un obstacle au passage de l'enfant. Cazeaux rapporte des observations dans lesquelles elle était assez étendue pour comprimer le rectum et l'urèthre, et empêcher même la sortie des lochies. Dans quelques cas, la distension des tissus est si grande qu'ils peuvent se déchirer, et c'est alors qu'il survient une hémorrhagie assez profuse pour mettre immédiatement en péril la vie de la femme. La formation du thrombus détermine parfois la déchirure de la peau. Les symptômes généraux sont proportionnés à la quantité de sang perdu, soit par extravasation, soit à l'extérieur après la rupture des tissus superficiels. Quelquefois ils sont graves et absolument les mêmes que ceux dont nous observons l'apparition à la suite d'une hémorrhagie, de quelque source que ce soit.

Symptômes.

Déchirure spontanée.

Le thrombus peut se terminer par résorption spontanée si la quantité du sang extravasé est légère; ou bien la tumeur peut se rompre: c'est alors une hémorrhagie externe. Elle peut encore suppurer, les caillots qu'elle renferme étant expulsés de la

Terminaisons.

6. est la

cavité du kyste ; enfin on peut observer la gangrène des tissus superficiels.

Traitement.

Lorsque le thrombus s'est formé pendant le travail.

Le traitement variera selon le volume du thrombus et le moment de sa formation. Si on l'observe pendant le travail, à moins qu'il ne soit extrêmement petit, il peut mettre obstacle au passage de l'enfant ; il est donc tout à fait rationnel dans ce cas de terminer l'accouchement aussitôt que possible, pour remédier à la gêne de la circulation dans les vaisseaux. On appliquera le forceps aussitôt que la tête pourra être facilement atteinte. Si la tumeur elle-même obstrue le passage de la tête, ou si elle a un volume assez considérable, on peut être obligé de l'inciser largement à son point le plus saillant, et d'extraire les caillots, puis d'arrêter l'hémorrhagie par le tamponnement de la cavité avec de la charpie saturée d'une solution de perchlorure de fer, et en même temps par la compression avec l'extrémité des doigts. La compression est ainsi appliquée directement sur le point saignant, et l'hémorrhagie est enrayée sans difficulté. Cette conduite est absolument indiquée s'il s'est fait une rupture spontanée ; en effet, la perte est alors souvent profuse, et il est de la plus haute importance d'atteindre le siège de l'hémorrhagie.

Lorsque le thrombus est peu volumineux ou qu'il s'est formé après l'accouchement.

Si le thrombus n'est pas assez considérable pour mettre obstacle à l'accouchement, ou si on ne le découvre qu'après la naissance de l'enfant, on peut être tenté d'abandonner l'accident à lui-même, dans l'espoir que la résorption se fera naturellement, comme dans la plupart des cas d'hématocèle pelvienne. L'expectation est conseillée par Cazeaux, et elle paraît être le traitement le plus rationnel. A la vérité, la femme entrera peut-être en convalescence plus tardivement que si les caillots étaient enlevés tout d'abord, et l'hémorrhagie enrayée par compression sur le point saignant ; mais ce désavantage est plus que contrebalancé par l'absence des risques d'hémorrhagie et de septicémie par suppuration consécutive. Dans bien des cas, le ramollissement et la suppuration peuvent survenir au bout de quelques jours et nécessiter l'opération ; mais les

vaisseaux seront alors probablement fermés, et les risques d'hémorrhagie beaucoup amoindris. Le Dr Barker soutient cependant l'opinion contraire et pense que le meilleur procédé est d'ouvrir le thrombus au début et d'enrayer l'hémorrhagie, ainsi que je l'ai déjà indiqué, à moins qu'il ne soit situé à la partie supérieure du canal vaginal.

Lorsque le thrombus a été ouvert, soit par incision, soit par un ramollissement spontané quelque temps après sa formation, on ne doit pas oublier qu'il existe des dangers considérables d'absorption septique. Pour les éviter, on doit faire des pansements antiseptiques avec de la glycérine et de l'acide phénique appliqués directement sur la plaie, et de fréquentes injections vaginales avec le liquide dilué de Condé. Barker attache une importance spéciale à ce qu'on n'enlève pas prématurément les caillots formés par les applications styptiques, dans la crainte d'une hémorrhagie secondaire ; on doit les laisser s'éliminer spontanément.

Risques de septicémie.