

- 1° Celles qui intéressent la partie inférieure ou postérieure de la vulve ;
- 2° Celles qui occupent ses régions latéro-postérieures ;
- 3° Enfin les plaies complexes, mélanges des deux précédentes.

1° PLAIES INFÉRIEURES OU POSTÉRIEURES

Les plaies de la partie inférieure ou postérieure de la vulve ne sont autres que celles désignées habituellement sous le nom de déchirures du périnée.

Elles sont tantôt *marginales*, c'est-à-dire partant du bord vulvaire pour s'enfoncer plus ou moins loin dans l'épaisseur du périnée — tantôt *centrales*, la circonférence vulvaire reste intacte, mais une véritable boutonnière est créée en plein périnée, boutonnière primitivement indépendante de l'anus et de la vulve.

a. — Déchirures marginales.

La déchirure, qui survient au moment de l'accouchement, se produit d'habitude de la façon suivante : la région fœtale, arrivant au niveau de

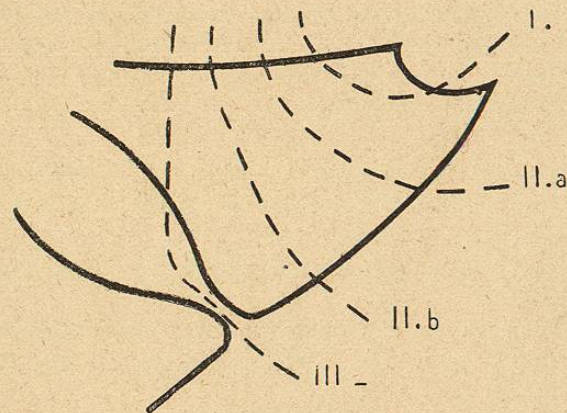


Fig. 212. — Profil périnéal. Déchirures périnéales. Différents degrés.

l'orifice vaginal, entame la partie postérieure de cet orifice ; de là, s'étendant de proche en proche, la déchirure envahit successivement la fosse naviculaire, la fourchette, le périnée de haut en bas, l'anus, et enfin, dans les cas exceptionnellement graves, la cloison recto-vaginale.

Suivant la déchirure dans la trainée qu'elle fait ainsi, on peut lui décrire trois degrés :

I. *Premier degré*. — La fosse naviculaire est plus ou moins entamée. Cette plaie est pour ainsi dire constante chez les primipares, à tel point que quelques auteurs, la considérant comme normale, l'éliminent à tort des déchirures du périnée.

II. *Second degré*. — La fourchette est entamée, la plaie s'étend plus ou moins loin dans la direction de l'anus sans en atteindre le sphincter : a). la

déchirure est légère, quand elle reste cantonnée au voisinage de la fourchette ; b). grave au contraire, quand elle atteint la moitié postérieure de l'espace vulvo-anal.

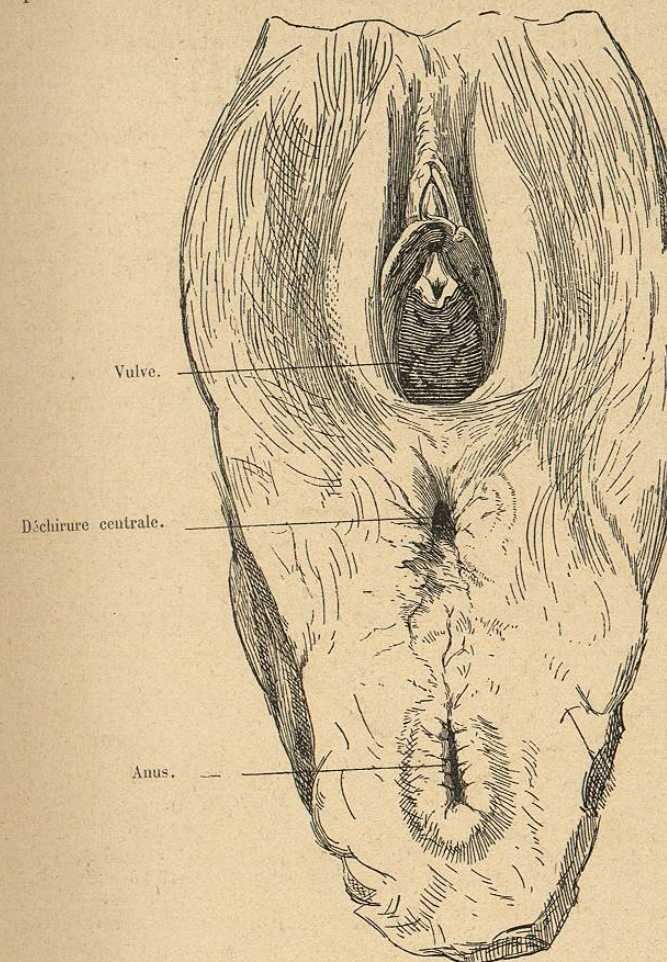


Fig. 213. — Déchirure centrale du périnée (J.-Y. Simpson).

III. *Troisième degré*. (Déchirure *complète*, ou mieux *compliquée*.) — L'anus et parfois même le rectum sont ouverts et communiquent directement avec le vagin. Il existe à travers le périnée une large brèche vagino-rectale.

b. — Déchirures centrales.

Avant d'arriver à l'orifice vulvaire, le fœtus se fait une véritable calotte du périnée qu'il distend outre mesure ; cette calotte à bout d'élasticité se déchire à son centre, et un orifice en boutonnière est ainsi créé entre la vulve et

l'anus, orifice par lequel passe le fœtus en produisant des désordres plus ou moins considérables (fig. 213).

On peut ranger ici les éraillures isolées solitaires et lointaines, qu'on trouve quelquefois sur la surface périnéale ou sur la muqueuse vaginale au niveau de sa paroi postérieure, et qui sont comme une ébauche de rupture centrale. Les ruptures interstitielles, celles par exemple qui donnent naissance aux trombozes, font partie de la même catégorie de cas.

En résumé, il existe :

- 1° Des déchirures centrales complètes ;
- 2° Des déchirures centrales incomplètes ;
 - a. Soit vaginales ou muqueuses ;
 - b. Soit cutanées ;
 - c. Soit interstitielles.

2° PLAIES LATÉRO-SUPÉRIEURES

Comme pour les plaies postérieures, il faut établir ici la distinction entre les déchirures marginales et centrales. Les marginales partent de l'orifice vulvo-vaginal ou de son voisinage, en se dirigeant vers le bord libre des petites lèvres qu'elles peuvent atteindre. Les centrales produisent une véritable perforation des petites lèvres, analogue à la déchirure centrale du périnée.

a. — Déchirures marginales

I. *Premier degré.* — Simple éraillure ou déchirure qui n'intéresse pas le

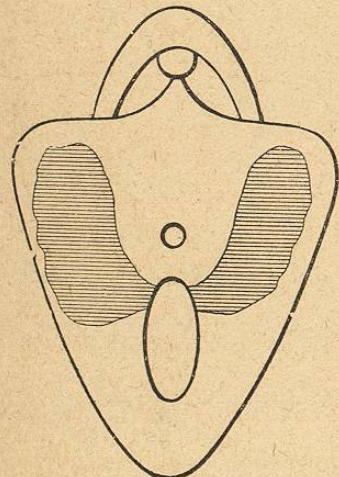


Fig. 214. — Deux déchirures.

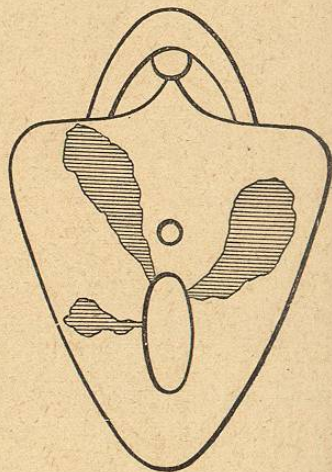


Fig. 215. — Trois déchirures.

bord libre des petites lèvres et qui siège d'habitude sur la face interne des nymphes. Exemples (fig. 214, 215) :

II. *Deuxième degré.* — Le bord libre de l'anneau vulvaire ou orifice vul-

vaire externe (bord libre des petites lèvres et du capuchon) est intéressé. Il y a solution de continuité à ce niveau. Exemples (fig. 216, 217) :

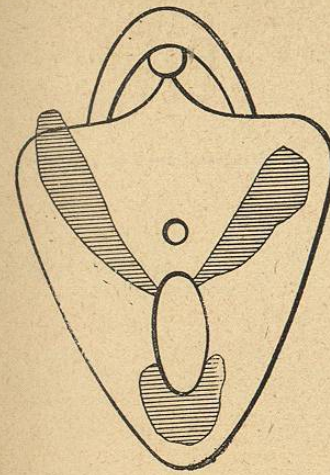


Fig. 216. — Trois déchirures, dont une intéresse le bord libre de la petite lèvre gauche et l'autre de la fourchette.

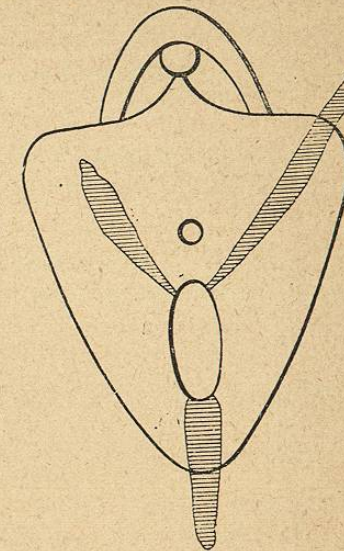


Fig. 217. — Trois déchirures, dont une intéresse le bord libre de la petite lèvre droite.

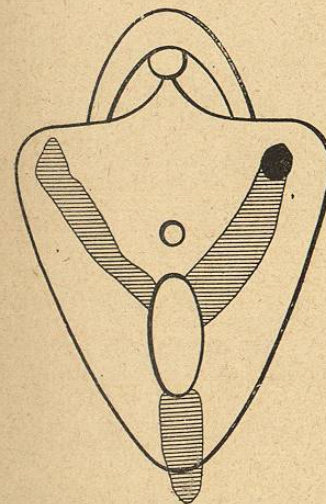


Fig. 218. — Perforation de la petite lèvre gauche. (Point noir.)



Fig. 219. — Plaies complexes de la vulve, au nombre de 8.

III. *Troisième degré* (déchirure compliquée). — Cette variété ne peut exister que lorsque le canal urétral est atteint, car tube digestif d'un côté, tube urétral de l'autre sont les seuls conduits viscéraux, capables d'être

endommagés au voisinage de la vulve¹. Le clitoris sera également exposé à être intéressé dans cette région.

b. — *Déchirures centrales.*

Ce sont les perforations des petites lèvres correspondant comme analogie aux ruptures centrales du périnée² (fig. 218). — La pathogénie de ces perforation est analogue à celles des déchirures centrales du périnée.

3° PLAIES COMPLEXES

Les plaies complexes sont constituées par l'association des deux variétés précédentes. Je ne reviendrai pas sur leur description.

Le nombre des plaies qui peuvent atteindre la vulve est variable ; on en compte jusqu'à huit, ainsi que le représente la figure 219.

Fréquence des plaies vulvaires³.

Vulve intacte	5 p. 100
Déchirures inférieures isolées	15 —
Déchirures latéro-supérieures isolées.	30 —
Déchirures de tout le pourtour vulvaire	50 —
Cas où la fourchette est entamée (déchirures postérieures du 2° ou 3° degré)	25 —

Toutefois, cette proportion obtenue d'après mes recherches faites à la Charité, où les accouchements étaient surveillés par des débutants, est peut-être trop élevée ; en tenant compte des chiffres généralement admis⁴, on peut reconnaître comme fréquence moyenne des déchirures du périnée (avec fourchette entamée, les autres où la fourchette est intacte étant laissées de côté, vu leur faible importance).

Primipares.	30 p. 100
Multipares.	10 —

Quant aux déchirures centrales du périnée et aux perforations des petites lèvres, ce sont des raretés pathologiques.

Pronostic.

Les déchirures vulvaires exposent à deux accidents importants : d'une part, l'hémorragie au moment de l'accouchement, surtout quand une arté-

¹ Cette déchirure compliquée urétrale est très rare, je n'ai pu en réunir que trois cas.

² *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 321.

³ Conclusions empruntées à mes *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 333.

⁴ Voir Schrenk. *Dissert. inaugurale*. Dorpat, 1880.

riole, une veine dilatée (varices) ou un organe vasculaire comme le clitoris ont été atteints ; d'autre part, pendant le postpartum à la *septicémie*.

Ces plaies bien soignées se réunissent au périnée le plus souvent par première intention, à la partie latéro-supérieure de la vulve, tantôt par première, tantôt et plus volontiers par seconde intention.

Traitement.

Le traitement des déchirures vulvaires est préventif et curatif :

a. Préventif.	1° Dilatation périnéo-vulvaire ;
	2° Soutien périnéo-vulvaire ;
	3° Épisiotomie (incisions).
b. Curatif.	1° Accolement fémoral ;
	2° Serre-fines ;
	3° Périnéorrhaphie (sutures).

a. — *Traitement préventif.*

1° *Dilatation périnéo-vulvaire.* — Autrefois, sous le nom de *petit travail* on pratiquait d'abord sur le col, puis sur la vulve, une série de manœuvres qui avaient pour but de hâter l'ouverture de ces parties. Ces pratiques ont été avec raison abandonnées, car leur influence est plutôt défavorable que salutaire.

Mais il coûte beaucoup à l'accoucheur de se contraindre pendant le travail à une simple expectation, aussi voit-on de temps à autre préconiser de nouveaux moyens, qui ne sont en somme que des variantes du petit travail.

C'est ainsi que BYFORD, dans les cas où l'intégrité de la poche des eaux n'a pu être obtenue jusqu'au jour de l'accouchement, place dans le vagin une ampoule dilatable destinée à la remplacer : ou encore deux doigts qui, attirant le périnée en arrière, ouvrent la porte au fœtus.

Dans le même ordre d'idées, DUMAS a proposé la *dilatation prœfœtale*, qui consiste à placer en avant du fœtus les trois premiers doigts de la main droite (trépied digital) ; ces trois doigts forment une espèce de cône prœfœtale, qui dilate les parties molles avant l'arrivée du fœtus et lui prépare heureusement la voie.

Ces derniers moyens sont actuellement peu employés. Peut-être mériteraient-ils plus sérieuse attention ?

2° *Soutien périnéo-vulvaire.*

La partie fœtale, poussée à travers la vulve par un violent effort, peut, dans sa sortie précipitée, amener des déchirures étendues ; aussi est-il important de modérer la rapidité de cette sortie, et de soutenir le périnée (ou plutôt la partie fœtale), pendant le dégagement de l'enfant.

Le double but que doit se proposer l'accoucheur est, non seulement de modérer la rapidité de la partie fœtale, de manière à la proportionner à la souplesse des tissus maternels, mais aussi d'imprimer au fœtus la direction

qui exige la moindre distension des parties maternelles (direction, dont les détails seront exposés à propos du mécanisme de chaque présentation).

Il y parviendra à l'aide des mains, placés différemment suivant la position donnée à la femme pendant l'accouchement.

a. *Position dorsale*. — Le siège est soulevé à l'aide d'un coussin, de manière à permettre la surveillance facile des organes génitaux. Les jambes sont fléchies et les cuisses largement écartées. L'accoucheur, situé à droite de la femme, passe la main droite sous la cuisse droite de la patiente et l'applique sur le périnée (fig. 220), en ayant soin de ne pas recouvrir la fourchette, de manière à ce que l'œil puisse suivre ses modifications. L'autre main est placée sur la tête fœtale qu'elle coiffe et maintient. La partie fœtale est ainsi solidement tenue par l'accoucheur, directement par la main supérieure,

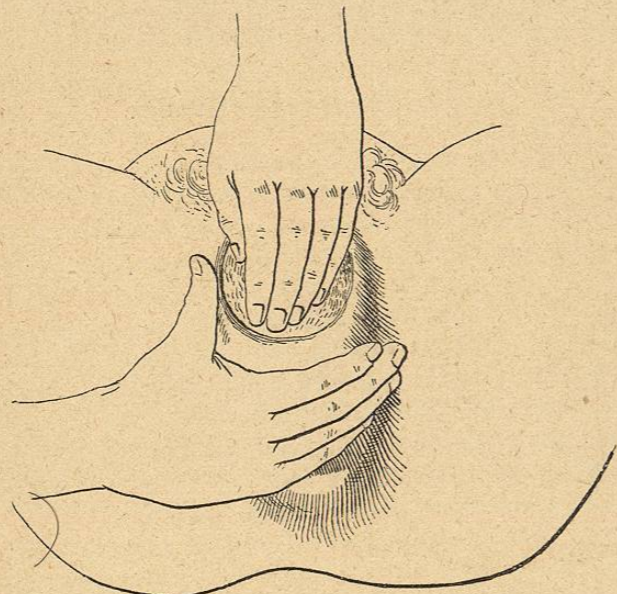


Fig. 220. — Position dorsale ou française.

médiatement à travers le périnée par l'inférieure ; sa sortie sera ainsi réglée à volonté.

b. *Position latérale*. — La femme couchée sur le côté gauche est placée de telle sorte que le siège corresponde exactement au bord du lit, et que les cuisses fléchies fassent à peu près un angle droit avec le tronc. La cuisse supérieure doit être plus fléchie que l'inférieure, et entre elles sera glissé un oreiller roulé sur lui-même, ou un coussin quelconque pour les maintenir écartées. La main droite (fig. 221) empaume le périnée comme dans la position dorsale, l'autre contournant la cuisse droite ou supérieure vient s'appliquer sur la tête.

Je parlerai plus loin des avantages relatifs de ces deux positions.

3^e *Épisiotomie* ¹.

Pour éviter les déchirures étendues du périnée et surtout celles qui atteignent le rectum, on a proposé de faire des incisions vulvaires, de manière à agrandir l'orifice de sortie du fœtus.

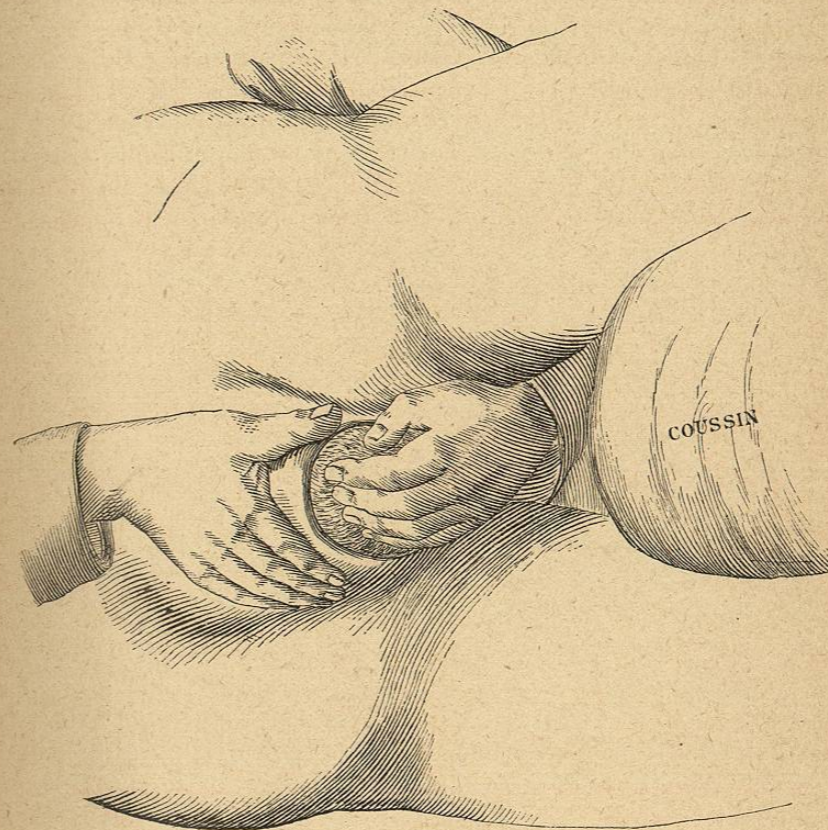


Fig. 221. — Position latérale ou anglaise.

Les différents procédés préconisés sont résumés dans le schéma 222.

RITGEN. Série d'incisions rayonnantes.

EICHELBERG. Une ou deux grandes incisions latéro-inférieures.

MICHAELIS. Incision postérieure.

TARNIER et CHANTREUIL. Incision de Michaelis complétée inférieurement soit d'un seul côté (en L), soit des deux côtés (en Y renversé).

Ces incisions peuvent être faites à l'aide de ciseaux ou d'un bistouri boutoné.

Le procédé de RITGEN est insuffisant ; il n'augmente que très peu la dilatation vulvaire.

¹ *Ἐπισσιον*, pénil, vulve ; — *τεμνῶ*, couper.