

Dans les cas de déchirures centrales du périnée, on aura également recours aux sutures, réunissant sur toute leur étendue les surfaces séparées. En pareilles circonstances on peut, pour éviter la déchirure de l'anus, fendre d'un coup de ciseaux le point de tissus qui dépasse la déchirure centrale de l'orifice vulvo-vaginal.

Arrivés au terme de cette étude des **phénomènes maternels**, jetons un coup d'œil sur leur **ensemble**.

Soit le schéma 226, qui nous représente toute la voie que doit parcourir le fœtus depuis le fond de l'utérus.

Le corps de l'utérus se divise en deux parties, figurées d'épaisseur inégale : les segments supérieur et inférieur, séparés l'un de l'autre par le cercle utérin ou anneau de Bandl.

Le col se continue avec le vagin, sorte d'ampoule effilée inférieurement et venant se terminer à l'orifice vulvaire.

Remarquons de suite qu'au point de vue de l'épaisseur, ce canal génital se divise en deux parties : l'une large, constituée par le segment supérieur ; l'autre mince, comprenant le segment inférieur, le col, le vagin et l'orifice vulvaire.

Or, la *partie épaisse* chassera, expulsera l'œuf : son rôle est essentiellement actif ; la *partie mince*, au contraire, est une sorte de long sphincter irrégulier qui, à la fois actif et passif, se laissera ouvrir et dilater, pour donner passage au contenu utérin.

L'accouchement n'est autre chose que la lutte entre la partie épaisse et la partie mince des organes génitaux. La délivrance (et, par là, j'entends l'expulsion de tout l'œuf) est la victoire du segment épais sur le segment mince ; c'est le dénouement de la lutte, qui a duré un temps variable.

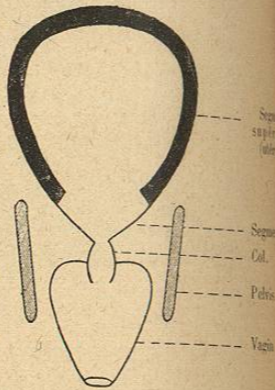


Fig. 226. — Voies génitales.

II. — PHÉNOMÈNES ANNEXIELS

SOMMAIRE

- 1° Poche des eaux.
Définition.
Variétés.
Ruptures.
- 2° Glaires.

1° POCHE DES EAUX

La poche des eaux est constituée par la partie des membranes ovulaires, mise à nu par l'ouverture de l'orifice utérin.

Il faut éviter, ainsi qu'on le fait trop souvent, d'employer comme synonymes poche des eaux et membranes ovulaires, car la poche ne représente

qu'une partie de ces membranes, celle qui est encadrée dans l'orifice utérin.

Sa formation est amenée par l'ouverture même du col. La poche des eaux présente diverses *variétés*, schématisées par la figure 227.

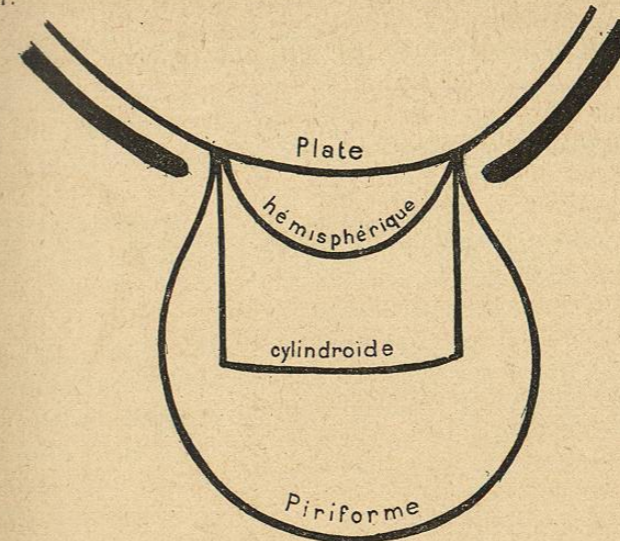


Fig. 227. — Diverses variétés de poche des eaux.

1° *Variété plate*. — Il n'y a qu'une mince couche de liquide interposée entre la partie et les membranes.

- 2° *Variété saillante*. — Suivant le degré de saillie des membranes on aura :
- a. La poche *hémisphérique*, qui devient *ellipsoïde*, alors que l'orifice est ovale au lieu d'être circulaire ;
 - b. La poche *cylindroïde* ou en boudin ;
 - c. La poche *piriforme*.

La poche des eaux est *lisse*, quand elle est formée par une partie des membranes éloignée du placenta ; mais elle devient de plus en plus inégale à mesure qu'on se rapproche du disque placentaire, inégalités dont on pourra se servir pour diagnostiquer le siège vraisemblable du placenta. Parfois il arrive que le doigt, parcourant les membranes, sent dans leur épaisseur des battements synchrones avec les pulsations fœtales ; ce signe révèle l'existence de vaisseaux, soit erratiques, soit se rendant à un cotylédon accessoire ou provenant d'une insertion vélamenteuse du cordon.

Les membranes sont perméables, de telle sorte que la surface de la poche des eaux présente toujours une humidité accentuée. Cette perméabilité joue un rôle important dans la formation des glaires.

A un moment donné, les membranes se rompent ; le liquide amniotique s'écoule librement au dehors ; l'œuf est ouvert.

En étudiant le *mode de rupture des membranes*, nous allons voir en même temps la *constitution de la poche des eaux*.

Les membranes peuvent se rompre de deux façons totalement différentes :

- Tantôt successivement ;
- Tantôt en bloc.

Dans la *rupture successive*, voici ce qui se passe : le col s'ouvrant et livrant passage à l'œuf, la partie des membranes qui descend la première et qui constitue la poche des eaux, subit une distension notable, et bien plus marquée que le reste des enveloppes ovulaires. La caduque, membrane la plus superficielle, ne tarde pas à se rompre, laissant à découvert une partie du chorion. Le chorion et l'amnios, poussés ensemble par le liquide amniotique, font hernie à travers la boutonnière formée par la rupture de la caduque.

La poussée continue, la saillie de la poche des eaux augmente, et une nouvelle rupture survient ; mais contrairement à ce qu'on pouvait faire prévoir l'élasticité du chorion comparée à la résistance de l'amnios, c'est cependant le chorion qui se rompt le premier, et voici pourquoi : le chorion est élastique, mais son adhérence à la caduque l'empêche de descendre, de glisser sur cette membrane ; toute son ampliation au niveau de la poche des eaux se fait exclusivement par son élasticité et nullement par glissement. Pour l'amnios au contraire, dont l'élasticité est très peu marquée, le glissement est facile à cause de sa faible adhérence au chorion, de telle sorte qu'il descend sans difficulté.

En somme, le chorion se distend grâce à son élasticité, et l'amnios, en glissant sur la membrane voisine ; or, l'élasticité a un terme, le glissement n'en a pour ainsi dire pas, à moins de conditions particulières que nous étudierons plus loin.

On comprend ainsi la rupture du chorion avant celle de l'amnios.

L'amnios, resté seul pour constituer la poche des eaux, continue à glisser ; la poche descend poussée par le liquide amniotique et la partie fœtale. Ce glissement de l'amnios produit le décollement qu'on peut facilement constater par l'examen des annexes après la délivrance ; c'est grâce à lui que nous trouvons, comme dans le cas précédent, les deux membranes séparées dans une étendue variable.

Quand ce glissement, clef de l'intégrité de l'amnios, est entravé par une cause quelconque, compression entre la partie fœtale et la partie utéro-vaginale, adhérence, placenta inséré dans le segment inférieur, minceur trop grande de la membrane elle-même (surtout si on pratique le toucher un peu vivement), ou enfin sous l'influence de l'intervention de l'accoucheur, la rupture a lieu comme pour le chorion et la caduque, l'œuf est ouvert, le liquide amniotique s'écoule, et le fœtus va s'échapper par cette ouverture en l'agrandissant.

La poche des eaux passe donc, si on envisage le nombre des membranes qui la composent, par trois périodes successives :

- La première où elle est triple ;
- La seconde — double ;
- La troisième — simple.

A côté de cette rupture successive des membranes existe la *rupture en*

bloc, en un seul temps. — Les trois membranes se rompent au même niveau. — Leur union reste intime, elles succombent toutes les trois à la fois.

D'après les résultats que j'ai obtenus¹, la rupture en bloc aurait lieu dans 46 p. 100 des cas ; la rupture successive dans 54 p. 100.

La rupture successive est donc la plus fréquente ; elle peut être considérée comme le mécanisme normal de la rupture des membranes.

Le siège de la rupture est variable et peut avoir lieu en différents endroits (1, 2, 3, 3,) indiqués par le schéma 228.

Par rapport à l'accouchement, la rupture peut se faire :

Avant le travail. — *Rupture prématurée*.

Pendant le travail : — 1° pendant l'ouverture du col (*R. précoce*).

— 2° à la dilatation complète (*R. tempestive*).

— 3° pendant l'expulsion (*R. tardive*).

Après le travail. — *Rupture retardée*.

La rupture prématurée a lieu quinze jours, un mois, même quelquefois à une époque plus éloignée de l'accouchement. J'ai vu un cas où elle se fit cinquante jours avant le travail, qui se déclara au début du neuvième mois ; Poullet l'a observée une fois neuf semaines avant l'accouchement.

La rupture retardée, c'est-à-dire après que l'œuf a été expulsé en bloc et à terme, est tout à fait exceptionnelle (4 à 5 cas) ; dans l'expulsion, avant terme elle est plus fréquente.

La rupture spontanée se fait le plus souvent pendant l'expulsion et d'autant moins fréquemment qu'on s'éloigne davantage de ce moment.

J'ai mis entre parenthèses les termes de « ruptures précoce, tempestive et tardive », généralement adoptés par les auteurs, car je n'admets pas ces distinctions basées sur l'opinion erronée que la poche des eaux doit à l'état physiologique se rompre à la dilatation complète.

Il est probable que, sauf exception², la rupture de la poche des eaux est d'autant plus favorable à l'accouchement qu'elle est plus tardive³.

¹ *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 385.

² Ces exceptions sont au nombre de trois principales, l'*hydramnios*, le *placenta prævia*, une *résistance inusitée des membranes* qui les rend comme scléreuses. Dans l'*hydramnios* il y a intérêt à favoriser l'écoulement du liquide amniotique, il faut donc rompre les trois membranes. Dans le *placenta prævia*, pour éviter le décollement du placenta, il suffit, quand cela est possible, de rompre le chorion en conservant l'intégrité de l'amnios. Enfin dans la *résistance inusitée des membranes*, un moyen assez efficace serait, pour réveiller la contraction utérine, de poser le doigt entre les membranes et la paroi utérine en remontant aussi loin que possible, de manière à exciter l'utérus sans rompre l'œuf. L'indication de la rupture n'est donc absolue que dans le cas d'*hydramnios*, et dans certaines conditions, qui seront étudiées à propos de cet état pathologique.

³ Voir mes *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 389.

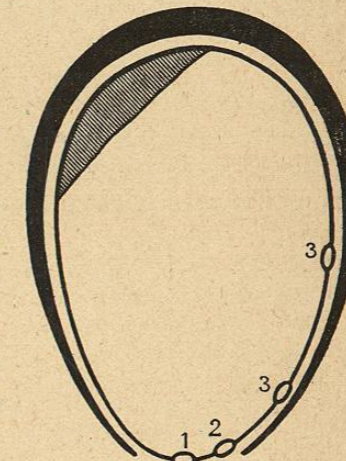


Fig. 228. — Différents sièges de la rupture des membranes.

L'intégrité de la poche des eaux présente, en effet, un double avantage : Risques moindres pour le fœtus, tant que l'œuf est complet ; voici pour le fœtus. Quant à la mère, il est certain que la poche des eaux, formant avant-garde à la partie fœtale, favorise au niveau du col la dilatation, au niveau du périnée et de la vulve l'ampliation. Ce coussin d'eau, semant et tamisant l'humidité au-devant de lui, exerce une douce pression à laquelle les tissus mous maternels obéissent mieux qu'à la rude compression exercée par la partie fœtale.

La poche des eaux commence l'ampliation que le fœtus vient de terminer. Elle empêche, en outre, la putréfaction du liquide amniotique qui a lieu quelquefois lorsque les membranes sont rompues depuis longtemps.

Quel que soit le moment de l'accouchement où se fait la rupture, elle a lieu :

- Tantôt silencieusement (*poche plate*) ;
- Tantôt avec fracas (*poche saillante*).

La différence dépend de la quantité d'eau qui peut librement s'écouler au moment de la rupture.

Le *diagnostic* de la rupture de la poche des eaux, aisé dans la plupart des cas, devient parfois d'une difficulté excessive.

Toutes les fois qu'on veut pratiquer une intervention et notamment appliquer le forceps, ce diagnostic est cependant indispensable. Dans le cas d'écoulement prématuré de liquide amniotique, savoir si l'œuf est rompu, est la base du pronostic.

On s'appuiera, pour résoudre cette question, sur trois éléments :

- Le retrait de l'abdomen ;*
- L'écoulement du liquide ;*
- Le toucher.*

1° *Retrait de l'abdomen.* — La rupture de l'œuf, amenant parfois l'évacuation d'une grande quantité de liquide, peut diminuer le ventre d'une façon assez notable pour que la patiente et l'accoucheur soient à même de l'apprécier. Toutefois ce signe est trop vague pour être autre chose qu'un adjuvant.

2° *Écoulement du liquide.* — Quand du liquide, de même couleur que celui de l'amnios, s'écoule par le vagin, après avoir éliminé la possibilité d'une miction involontaire ou inconsciente, on se demandera si ce sont des glaires (voir chapitre suivant) ou du liquide amniotique pur.

Signes différentiels :

GLAIRES	LIQUIDE AMNIOTIQUE
1° Empesant le linge,	1° N'empêse pas ou peu,
2° Muqueuses, épaisses,	2° Liquide non filant,
3° Parfois sanguinolentes,	3° De couleur normale, ou teinté par méconium, ou encore rose, rouge ou rouge foncé (macération),
4° Début lent. Ecoulement progressif et continu.	4° Début brusque. — Ecoulement par flots, et intermittent.

Causes d'erreur :

Il arrive que du liquide amniotique s'est en réalité écoulé, et que néanmoins en pratiquant le toucher on sent encore une poche des eaux plus ou moins remplie de liquide.

Il existe dans ce cas trois causes d'erreur :

La première est l'existence d'une *poche amnio-choriale*. On désigne sous ce

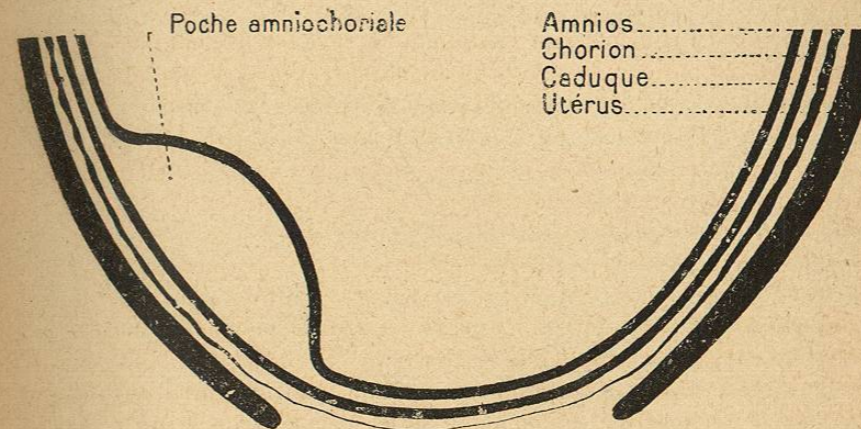


Fig. 229. — Poche amnio-choriale.

nom l'accumulation possible de liquide entre le chorion et l'amnios, ainsi que l'indique la figure 229.

Or, si cette poche existe en avant de la partie fœtale, elle peut être rom-



Fig. 230. — Rupture du chorion avec amnios intact.

Fig. 231. — Rupture des membranes au-dessus de l'orifice utérin.

Fig. 232. — Orifice de la rupture obstrué par l'approche de la partie fœtale.

pue par le doigt ou s'ouvrir spontanément ; du liquide amniotique s'écoule et, quand on pratique le toucher, on tombe (fig. 230) sur l'amnios intact qui constitue en réalité une poche des eaux.

En second lieu, la rupture peut avoir été complète ; mais le col, se rétractant après l'écoulement du liquide, vient recouvrir l'ouverture des membranes (fig. 231) ; on trouve au toucher une poche des eaux qui paraît intacte. Même

résultat si la rupture s'est faite en un point des membranes recouvert par le tissu utérin.

En troisième lieu, enfin, la rupture des membranes, complète, tout en restant dans l'aire de l'orifice utérin, est obstruée par l'approche de la partie fœtale, qui empêche l'écoulement ultérieur du liquide amniotique (fig. 232), de telle sorte qu'au toucher on trouve encore une poche remplie d'eau.

Il faut connaître la possibilité de ces différentes causes d'erreurs, dont le diagnostic est d'ailleurs difficile le plus souvent ; c'est au toucher qu'il faudra recourir pour lever des doutes.

3° *Toucher*. — Le diagnostic de l'intégrité de la poche des eaux n'est réellement difficile que dans les présentations de sommet, car dans les autres présentations le volume de la poche et les inégalités de la partie fœtale ne permettent guère l'hésitation.

Un doigt très exercé peut parfois reconnaître les cheveux du fœtus et diagnostiquer l'absence de rupture.

Pendant la contraction, la poche des eaux se tend, devient lisse ; le cuir chevelu au contraire se plisse. Cette différence facilement appréciable constitue un élément très pratique de diagnostic.

En soulevant la tête fœtale dans l'intervalle de deux contractions, si on observe l'écoulement du liquide amniotique, on a la preuve évidente de l'ouverture de l'œuf.

Enfin dans quelques cas on introduit le spéculum pour permettre à l'œi d'établir le diagnostic. Mais ce mode d'investigation est ici peu pratique.

L'insistance avec laquelle j'ai cherché à établir le diagnostic de la rupture ou de l'intégrité de la poche des eaux n'est pas superflue, car on a vu perforer une tête hydrocéphale au niveau du bregma, alors qu'on croyait pénétrer dans la poche des eaux, et perforer également avec des ciseaux le cuir chevelu qu'on prenait pour des membranes.

Les éléments de *pronostic*, qu'on peut tirer de la poche des eaux, dépendent de son volume et de l'époque de sa rupture.

La poche des eaux plate est d'un heureux augure, saillante elle présage la dystocie.

Toutes conditions égales d'ailleurs, plus la poche des eaux se rompt tardivement, meilleur est le pronostic, pour la mère et pour l'enfant.

La règle est d'abandonner la rupture de la poche des eaux à la nature.

Mais si, pour obéir à une indication spéciale (placenta prævia, hydramnios, rigidité spéciale des membranes), on est obligé d'avoir recours à la *rupture artificielle*, on l'opère soit avec l'ongle, ce qui présente parfois des difficultés sérieuses ; soit avec une tige quelconque soigneusement désinfectée (aiguille à tricoter, bâtonnet taillé en pointe, etc.). Dans les services d'accouchements on se sert volontiers d'une tige en baleine terminée par une pointe d'ivoire.

La rupture devra, si la poche est volumineuse, être faite dans l'intervalle des contractions et en obturant la vulve avec la main, afin de modérer le flot de liquide qui, trop violent, favoriserait la procidence d'un membre ou du cordon.

2° GLAIRES

Les membranes ovulaires, quand elles ne sont plus doublées par la paroi utérine, sont facilement perméables au liquide amniotique, alors surtout que la pression intra-ovulaire est augmentée par les contractions du travail. Aussi quand l'accouchement commence, et à mesure que se fait l'ouverture du col utérin, le liquide amniotique, filtrant à travers la poche des eaux, s'échappe le long du vagin et de la vulve, entraînant toutes les mucosités qui se trouvent sur son passage.

L'ensemble de ces liquides constitue les *glaires*, dont la provenance est donc en partie ovulaire, en partie maternelle¹.

Les glaires sont gluantes, gélatineuses, propriété due à l'addition du mucus cervical (bouchon gélatineux) et à la sécrétion des glandes du col, consistance qui les rend favorables au glissement du fœtus à travers le canal génital.

Elles sont en général jaune citron, parfois striées de sang au début de l'accouchement (la femme *marque*, comme on dit vulgairement pour exprimer le début du travail). Ces stries sanguines sont dues aux excoriations qui se font au niveau du col pendant son ouverture, surtout chez les primipares.

Les glaires chez les animaux constituent pour les éleveurs un signe facilement appréciable du début de la parturition. L'accoucheur devra aussi en tenir compte chez la femme, où elles indiquent également le commencement du travail, et aident à établir le diagnostic souvent difficile dans ses premiers stades.

Avec un vagin sec, on peut être sûr, sauf état pathologique, que le travail n'est pas commencé.

III. — PHÉNOMÈNES FŒTAUX

PHÉNOMÈNES MÉCANIQUES. — MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

SOMMAIRE

I. Sommet. — II. Face. — III. Front. — IV. Siège. — V. Thorax. — VI. Abdomen.

Quelle que soit la présentation, sauf celle de l'abdomen où l'accouchement est impossible, la sortie du fœtus se fait en six temps :

- 1^{er} temps. — Amoindrissement.
- 2^e — — Engagement.
- 3^e — — Rotation interne.
- 4^e — — Dégagement du premier ovoïde.
- 5^e — — Rotation externe.
- 6^e — — Dégagement du second ovoïde.

¹ Malgré cette provenance en partie maternelle, j'ai rangé les glaires parmi les phénomènes annexiels, car l'écoulement du liquide amniotique y joue le rôle principal.