

2. Bassin de 7 à 9 centimètres.

Territoire de la symphyséotomie.

Invasion possible de l'extraction manuelle ou du forceps, qui doivent toujours être préalablement tentés.

3. Bassin de 5 à 7 centimètres.

Territoire commun à l'hystérotomie et à l'embryotomie, dont le choix sera laissé en partie à la femme, libre de s'exposer ou non pour sauver son enfant.

4. Bassin au-dessous de 5 centimètres.

Territoire de l'hystérotomie.

e. CAS SPÉCIAUX.

Certaines viciations pelviennes, par exemple l'ostéomalacie, peuvent modifier la ligne de conduite précédemment tracée. Avec l'ostéomalacie, les os pelviens présentent parfois, quand la maladie est récente, une certaine souplesse qui amène une facilité relative de l'accouchement.

D'une façon générale le rétrécissement du détroit moyen est moins grave que celui du détroit supérieur, car la partie fœtale étant moins éloignée, l'intervention deviendra plus aisée.

Certaines viciations pelviennes peuvent nécessiter une intervention spéciale, par exemple le bassin oblique ovalaire de NŒGELÉ, sur lequel il ne faudra pas pratiquer la symphyséotomie, mais l'ischio-pubiotomie unilatérale du côté ankylosé.

Les règles qui viennent d'être données pour la femme en travail ne s'appliquent qu'à l'accouchement à terme; avec un accouchement prématuré, les frontières pelvi-obstétricales précédemment tracées sont légèrement différentes, l'accouchement spontané devient par exemple fréquent au-dessous de 9 centimètres.

De même l'existence d'une grossesse multiple, d'une monstruosité, etc., crée des conditions spéciales, dans le détail desquelles il est impossible d'entrer ici.

Aphorismes.

Le bassin est la clef de l'accouchement; de là vient son importance en obstétrique.

Omettre d'examiner le bassin chez une gestante est une faute à peu près aussi grosse que d'oublier l'auscultation dans une pneumonie.

De toutes les parties du bassin c'est le détroit supérieur qui est le plus souvent vicié; c'est donc sur lui que devra se concentrer l'attention, sans toutefois oublier les autres parties du squelette pelvien.

Le pelvis étant une partie du squelette, toute altération du squelette, même lointaine, devra faire penser à la possibilité d'une altération du bassin.

Le principe qui domine la conduite à tenir dans les pelviciations, de même que dans toute l'obstétrique, est celui-ci : Sauvez avant tout la mère,

et après elle l'enfant, si cela est possible. Il n'y a d'exception que quand la vie de la mère est compromise.

Des deux existences que l'accoucheur a entre les mains, celle de la mère prime celle de l'enfant, à moins que la mère ne soit condamnée à une mort prochaine.

VI

MALADIES DU SYSTÈME GÉNITAL

ET DE SES DÉPENDANCES

DYSTOCIE GÉNITALE ET DE VOISINAGE

SOMMAIRE

A. Dystocie vulvo-vagino-périnéale :

- | | | |
|-------------------|---|---|
| Vulve | } | 1. Étroitesse. — Rigidité. |
| | | 2. Hymen. — Vaginismes. |
| | | 3. Vices de conformation. — Cicatrices. |
| | | 4. Tumeurs. |
| Vagin. | } | 5. Vices de conformation. — Cicatrices. |
| | | 6. Prolapsus. |
| | | 7. Tumeurs. — Thrombus. |
| Périnée | | 8. Résistance. — Œdème. |

B. Dystocie utérine :

- | | | |
|----------------|---|-------------------------------|
| Col. | } | 9. Oblitération. |
| | | 10. Rigidité. |
| | | 11. Déviations. |
| | | 12. Tumeurs. |
| Corps. | } | 13. Vices de conformation. |
| | | 14. Anomalies de contraction. |
| | | 15. Déviations. |
| | | 16. Prolapsus. |
| | | 17. Ruptures. |
| | | 18. Tumeurs. |

C. Dystocie péri-utérine :

- | | |
|--|---|
| | 19. Hernies de la vessie, de l'intestin, de l'épiploon. |
| | 20. Inflammation péri-utérine. |
| | 21. Tumeurs de l'ovaire et du voisinage. |

1. ÉTROITESSE ET RIGIDITÉ DE LA VULVE. — L'étroitesse et la rigidité de la vulve s'observent de préférence chez les primipares âgées, ou à la suite de processus morbides ayant amené des modifications locales des organes génitaux externes. — *Traitement* : bain prolongé pendant le travail; forceps ou extraction manuelle. Ne recourir aux incisions vulvaires qu'en cas d'absolue nécessité.

2. HYMEN. — VAGINISMES. — La persistance de l'hymen après le coït, ou

plutôt la résistance de l'anneau qui l'entoure, gênent quelquefois la sortie du fœtus. — La contracture du muscle constricteur de la vulve (vaginisme inférieur) ou du releveur de l'anus (vaginisme supérieur) peut également être une cause de dystocie. Il existe en pareil cas un véritable rétrécissement musculaire. — *Traitement* : chloroforme à dose suffisante pour amener le relâchement musculaire ; forceps ou extraction manuelle. Rarement des débridements seront nécessaires.

3. VICES DE CONFORMATION VULVAIRES. — CICATRICES. — Les anomalies de la vulve (atrophie, absence des replis constituant les grandes ou petites lèvres), les cicatrices survenues à la suite de traumatisme, de gangrène, de chancres mous, etc., peuvent empêcher l'ampliation de cette portion des organes génitaux et gêner l'expulsion. Il existe parfois une anomalie dans la situation de la vulve, ou trop en avant, *vulve pubienne* (la partie antérieure de la fente vulvaire s'aperçoit entre les cuisses accolées l'une à l'autre), ou trop en arrière, *vulve coccygienne* ; la première gêne l'accouchement, la seconde, au contraire, la facilite. — En cas de difficultés, même traitement que pour l'étroitesse vulvaire.

4. TUMEURS. — Végétations, plaques muqueuses hypertrophiques, cancer, œdème, amenant une tuméfaction parfois énorme, constituent autant de causes dystociques d'importance variable. — *Traitement* : extraction manuelle ou forceps, aussi lente que possible, pour éviter les grands délabrements vulvaires.

5. VICES DE CONFORMATION DU VAGIN. — CICATRICES. — Outre la duplicité qui sera étudiée plus loin, il peut exister dans le vagin des brides transversales, parfois un véritable diaphragme d'origine congénitale, ou des cicatrices de résistance variable, consécutives aux traumatismes des accouchements antérieurs. — *Traitement* : simple expectation dans les cas légers ; sinon injections chaudes prolongées, application dans le vagin d'un ballon dilateur en caoutchouc, massage vaginal, débridement au bistouri, extraction manuelle ou forceps.

6. PROLAPSUS VAGINAL. — Le prolapsus vaginal, à moins d'être accompagné, à un degré marqué de prolapsus utérin (voir p. 494), est de faible importance ; toutefois il expose à la gangrène du repli vaginal, faisant hernie à la vulve, alors que la tête séjourne trop longtemps sur le périnée. — *Traitement* : soutenir avec les doigts le repli vaginal ; terminer au besoin l'accouchement par le forceps ou l'extraction manuelle, tout en faisant maintenir le vagin par un aide.

7. TUMEURS. — **Thrombus.** — Les kystes du vagin sont rarement assez volumineux pour être une cause de dystocie ; cependant PITRES a cité un cas, où l'enfant ne put être extrait qu'après l'évacuation du liquide par la ponction. La tumeur du vagin la plus importante pour la dystocie est le **thrombus**.

On désigne sous ce nom un épanchement du sang dans l'épaisseur des tissus maternels au voisinage du vagin ou de la vulve. Fréquence : $\frac{1}{200}$ puerpérales environ. — Exceptionnel avant l'accouchement, rare pendant le travail, il se montre le plus souvent après la délivrance.

Cette hémorragie interstitielle résulte de la rupture d'une veine normale ou le plus souvent variqueuse. La rupture peut être *spontanée*, produite par l'éclatement de la veine sous l'influence d'une entrave trop marquée à la circulation de retour, mais le plus souvent elle est *traumatique*. — Pendant la grossesse : coït, accident ; — pendant le travail : soit un traumatisme opératoire (mains, forceps, etc.), soit l'action même de la partie fœtale qui, entraînant le vagin dans sa descente, amène des froissements dans les tissus sous-jacents, et des ruptures veineuses consécutives. Quant au thrombus qui se manifeste après la délivrance, il a pris naissance pendant l'accouchement, et ne se développe qu'après.

Le sang épanché est tantôt infiltré dans les mailles du tissu cellulaire (thrombus par infiltration), tantôt collecté en une véritable poche (thrombus en foyer). L'hémorragie se fait le plus souvent sur les parties latérales du vagin, tantôt restant limitée aux régions profondes, tantôt venant proéminer à la vulve, et former parfois à ce niveau une volumineuse tumeur. Exceptionnellement le sang peut remonter vers le ligament large, et fuser sous le péritoine en le décollant plus ou moins loin.

Le début de l'affection est ici silencieux, à l'accompagne de défaillances et d'une douleur locale vive ou sourde. Quand la tumeur est constituée, la douleur persiste ; il y a quelquefois de la gêne dans la miction ou la défécation. La tumeur, d'habitude unilatérale, tantôt n'est constatable que par le toucher (tumeur fluctuante au début, s'indurant plus tard ; pas de pulsations) ; tantôt, quand elle arrive à l'extérieur, elle devient perceptible à la vue ; un des côtés de la vulve est saillant, violacé quand l'épanchement devient superficiel. — Symptômes généraux nuls à moins de thrombus très volumineux, auquel cas on observe la prostration, qui accompagne d'habitude les grandes hémorragies internes.

Terminaisons : soit résorption graduelle, et guérison avec diminution progressive de la tumeur ; soit ouverture de la collection sanguine avec ou sans suppuration consécutive ; soit suppuration avant ouverture, transformation en abcès, et marche habituelle des collections purulentes. — La guérison est la règle, toutefois la mort est possible, ou au début par l'abondance même de l'hémorragie, ou plus tard par les complications locales (péritonite, gangrène, septicémie).

Le **diagnostic** se fait en général sans difficultés.

Le **pronostic** est, sauf pour quelques cas graves, bénin, pourvu que l'antisepsie soit rigoureusement faite, et qu'il n'y ait pas d'interventions intempestives sur la tumeur elle-même.

Traitement : *s'abstenir le plus possible*. — Pendant la grossesse, repos horizontal. — Pendant le travail, terminer l'accouchement aussitôt qu'on le

pourra, et n'inciser la tumeur qu'au cas où elle opposerait un obstacle absolu au passage du fœtus. — Durant le postpartum simple expectation, à moins de complication. — Quand on a été obligé d'évacuer le sang, il faudra par la compression extérieure, aidée au besoin du tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée, arrêter l'hémorragie qui tendrait à continuer. En cas d'échec, on serait autorisé à tamponner à travers l'incision le foyer lui-même avec la gaze iodoformée.

8. RÉSISTANCE ET ŒDÈME DU PÉRINÉE. — La résistance et l'œdème du périnée reconnaissent les mêmes causes qu'à la vulve, et sont justiciables du même traitement. Les déchirures périnéales ont déjà été exposées (voir p. 226); il est inutile d'y revenir ici.

9. OBLITÉRATION DU COL. — L'agglutination des lèvres de l'orifice externe par l'intermédiaire d'une fausse membrane est sans importance, et cède sans difficulté à l'action de la contraction utérine; il n'en est pas de même de l'oblitération fibreuse, qui survient parfois après la conception, à la suite d'ulcérations spontanées ou provoquées par des caustiques. Cette oblitération peut porter sur l'orifice interne, ou l'externe, et empêcher l'ouverture du col, d'où l'impossibilité de l'accouchement. Cet état pathologique constitue par son extrême rareté une véritable curiosité obstétricale, et avant de conclure à son existence le médecin doit, par une exploration attentive, à l'aide du chloroforme si cela est nécessaire, et en pratiquant le toucher manuel, s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une simple déviation du col. C'est en effet dans des cas de déviations très marquées de l'orifice externe, qu'on a été conduit à croire à l'oblitération, et à pratiquer sur l'utérus des incisions non seulement inutiles, mais parfois mortelles.

Si l'oblitération est certaine, on fera au siège réel ou supposé du col, après application du spéculum, une incision cruciale qu'on agrandira au besoin par des débridements multiples. Toutes ces incisions devront être pratiquées lentement et progressivement, de manière à ne pas blesser le fœtus, qu'on protégera avec le doigt aussitôt qu'on aura accès dans la cavité utérine.

Aphorisme :

En principe ne croyez pas à l'oblitération du col; sauf de rares exceptions, cette oblitération est une erreur de diagnostic.

10. RIGIDITÉ DU COL. — La rigidité du col a été divisée en *pathologique, spasmodique et anatomique.*

Pathologique, c'est-à-dire causée par l'existence d'une affection cervicale : métrite parenchymateuse, cicatrices, fibromes, cancer, etc. — Les tumeurs, dont la thérapeutique sera étudiée plus loin, constituent l'obstacle le plus important. — S'il n'y a pas de tumeur, on se comportera comme avec la rigidité anatomique.

Spasmodique, due à la contracture musculaire du col, et surtout du seg-

ment inférieur de l'utérus, car ce dernier est plus riche en fibres musculaires que le col¹. — Le col et le segment inférieur sont douloureux, sensibles à la pression, chauds, minces et tendus si l'effacement est terminé. Les contractions utérines sont irrégulières, elles n'ont plus leur intermittence caractéristique. Souvent il y a de la fièvre. L'ouverture du col reste stationnaire ou n'avance que très peu, malgré les souffrances vives de la femme. Cette rigidité spasmodique est due aux explorations trop souvent répétées, aux manœuvres faites pour dilater le col (petit travail), à toute cause susceptible d'irriter le col utérin, mais surtout à l'administration de seigle ergoté pendant le travail (le seigle ergoté ne doit jamais être donné avant l'évacuation complète de l'utérus). — Dans d'autres cas, le spasme, au lieu d'atteindre tout le segment inférieur de l'utérus jusqu'à l'orifice externe, est simplement limité à l'orifice interne ou isthme, de telle sorte qu'en pratiquant le toucher on trouvera le col mou, et ce n'est qu'en faisant pénétrer le doigt jusqu'à l'isthme qu'on tire sur l'anneau résistant au-dessus duquel est arrêtée la partie fœtale².

— Traitement : chloral et chloroforme comme pour pratiquer l'anesthésie obstétricale; si la rigidité spasmodique ne cède pas à ces moyens, c'est qu'elle est associée à un autre état pathologique, le plus souvent la rigidité anatomique, dont le traitement va être exposé.

Anatomique, cette rigidité est due à un état spécial du col (et non du segment inférieur, comme dans la spasmodique), qui empêche l'ouverture et la dilatation de l'orifice utérin.

Cette rigidité peut être *relative*, c'est-à-dire que les contractions utérines ne sont pas suffisantes pour vaincre la résistance normale du col; c'est là une fausse rigidité, à éliminer du cadre actuel, qui comprend seulement la rigidité *réelle* ou *absolue*, ou, les contractions utérines étant normales, le col oppose une résistance pathologique qui empêche ou entrave son ouverture.

Contrairement à ce qu'on observe dans la variété spasmodique, le col effacé est dur, épais, résistant, non douloureux, et donne la sensation de *cuir imbibé de graisse*. Les contractions utérines sont *très pénibles*, le plus souvent à prédominance lombaire (accouchement par les reins, suivant l'expression vulgaire). La dilatation se fait avec une extrême lenteur et peut durer plusieurs jours.

La cause de cette rigidité est le ramollissement incomplet du col sous l'influence de la grossesse; le travail survient avant que la puerpéralité ait suffisamment préparé le défilé cervical à la distension qu'il doit subir; aussi l'accouchement prématuré en est-il une cause fréquente.

Traitement :

Moyens du premier degré. — Bains prolongés avec irrigations vaginales dans le bain (excellent moyen). Irrigations d'eau chaude. Glycérine ou vase-

¹ Voir mes *Travaux d'obstétrique*, t. I^{er}, p. 408.

² Voir Demelin. *Soc. obst. de France*, 22 avril 1892.

line boriquée portée en assez grande quantité au contact du col, de manière à

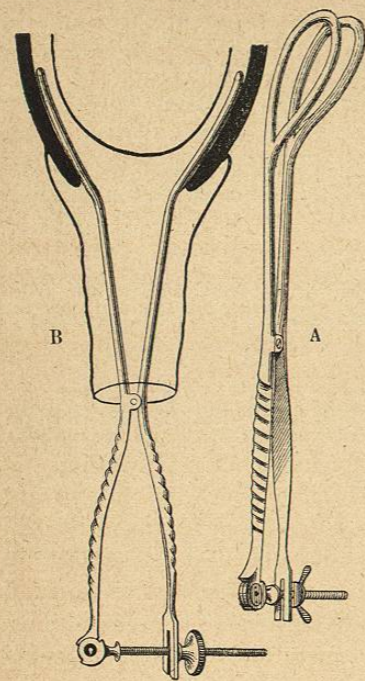


Fig. 354.
Dilatateur métallique à cuillères
fenêtrées (Auvard).
A, libre. — B, appliquée.

constituer un véritable bain médicamenteux. Lavements au chloral pour atténuer la douleur et faire prendre patience à la femme. Ballon dilateur introduit dans le col¹.

Moyens du deuxième degré. — Dilatation du col avec un instrument métallique (dilatateur à cuillères fenêtrées ou pleines) (fig. 354 et 355). Ce dilatateur, qui présente une certaine analogie avec un petit forceps, mais qui, au lieu de constituer une pince prenante, agit par la convexité de ses cuillères en exerçant une pression excentrique, se place en appliquant successivement les deux branches et en serrant la vis de pression de manière à déterminer une certaine tension des branches; tous les quarts d'heure il faut de nouveau resserrer cette vis, jusqu'à ce qu'on arrive au maximum de la dilatation. — Quand la dilatation n'est pas suffisante pour introduire le dilatateur à cuillères fenêtrées, on peut faire usage de celui à cuillères pleines, qui nécessite pour son introduction beaucoup moins de place que le précédent. —

Incisions multiples sur l'orifice externe (ces incisions sont dangereuses, car elles exposent aux ruptures utérines, dont l'incision

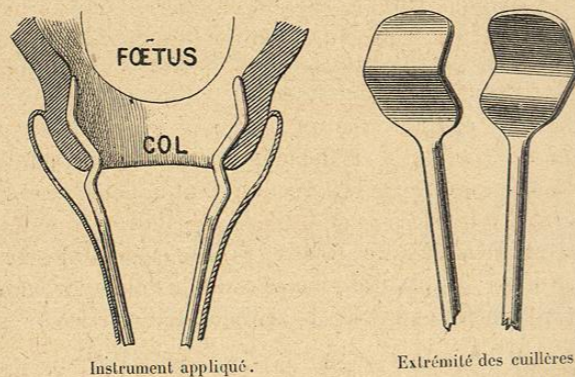


Fig. 355 bis. — Dilatateur métallique à cuillères pleines (Auvard).
Le reste de l'instrument étant identique à celui de la figure 354, l'extrémité seule a été représentée.

constitue l'amorce). — Extraction manuelle ou avec le forceps avant la dila-

¹ Le badigeonnage du col avec l'extrait de belladone, tant vanté autrefois, est généralement abandonné aujourd'hui, car il ne semble avoir aucune action bienfaitrice réelle. Je laisse également la saignée de côté.

tation complète, aussitôt qu'elle deviendra possible, en ayant soin de faire des tractions très douces et prolongées pendant une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure et même davantage, durant lesquelles la femme sera maintenue sous l'influence de l'anesthésie à dose obstétricale ou chirurgicale. De ces trois moyens violents, c'est le dernier, sorte d'accouchement forcé, mais doucement conduit, qui me paraît mériter la préférence.

Aphorismes :

Ne prenez pas pour de la rigidité du col l'absence de dilatation qui résulte de l'éloignement de la partie fœtale; en pareil cas, le col ne se dilate pas parce que la nature ne le dilate pas : c'est une fausse rigidité.

La vraie rigidité est celle qui existe alors que, toutes les conditions pour la dilatation étant réunies, le col refuse de se laisser ouvrir.

11. DÉVIATIONS DU COL. — Le col ou l'orifice externe, après l'effacement, peut se dévier en avant, en arrière ou latéralement, dans la direction des divers culs-de-sac vaginaux. La cause en est, soit dans l'inclinaison du corps de l'utérus, le col se portant en sens inverse, soit dans le développement inégal du segment inférieur de l'organe gestateur. La déviation en arrière et à gauche est normale, due à ce que la partie droite et antérieure du segment inférieur, de même que la partie correspondante du corps, se développe plus que l'opposée. A l'état pathologique, c'est l'exagération de cette déviation qu'on observe le plus souvent, surtout dans la direction du cul-de-sac postérieur. Le diagnostic se fera par le toucher (éviter par un examen attentif la confusion avec une oblitération du col). Le traitement est nul pendant la grossesse; au moment du travail, on redressera la déviation, soit par la position de la femme quand l'inclinaison du corps utérin en est la cause (le décubitus doit être tel qu'il corrige l'inclinaison), soit en attirant le col ou mieux l'orifice externe (car on ne fera cette intervention que pendant la période de dilatation) avec le doigt ou crochet, de manière à le replacer dans sa position normale.

12. TUMEURS DU COL UTÉRIN. — L'œdème qui survient pendant l'accouchement, tantôt localisé à un segment du col, tantôt généralisé, ne nécessite aucun traitement spécial. L'hypertrophie simple est exceptionnellement une cause de dystocie. Les végétations, abcès, thrombus, sont des raretés pathologiques. Les fibromes seront étudiés avec ceux du corps. Le cancer, à cause de son importance, mérite une description détaillée.

Cancer utérin.

HISTOIRE CLINIQUE.

Influence du cancer utérin sur la puerpéralité. — La conception ne semble pas entravée, même quand les lésions sont étendues.

La grossesse a d'autant plus de chance d'arriver à terme que le cancer est plus limité. Dans un tiers des cas environ, l'expulsion de l'œuf a lieu avant terme.