

L'accouchement sera influencé d'une façon variable, suivant l'étendue du cancer, qu'on peut à cet égard diviser en trois groupes : *Cancer non végétant limité à l'orifice externe ou à la partie intra-vaginale* : l'ouverture du col est possible spontanément, mais plus ou moins ralentie. — *Cancer végétant, mais limité au col utérin* : l'ouverture cervicale devient beaucoup plus difficile et nécessite souvent une intervention active. — *Cancer étendu, ayant envahi le corps et surtout les tissus voisins de l'utérus* : l'accouchement est très difficile par les voies naturelles et oblige le plus souvent à l'opération césarienne.

La durée de l'accouchement, sous l'influence du cancer, peut être très prolongée. Cas de LIEVEN, quinze jours ; cas de SCHMIDT, vingt-huit jours. Le cas de MENZIES, où la grossesse aurait été prolongée jusqu'à dix-sept mois, est considéré par MULLER comme un fait de grossesse extra-utérine. — La grossesse étant susceptible d'être prolongée jusqu'à dix mois (voir p. 196) et le cancer pouvant faire trainer l'accouchement pendant près d'un mois, il est donc possible à la rigueur que dans le cas actuel l'accouchement n'ait lieu que onze mois après la conception, mais ce laps de temps doit être considéré comme une limite extrême et très exceptionnellement atteinte.

Le cancer utérin prédispose à la septicémie pendant le *postpartum*, d'où nécessité de redoubler les précautions antiseptiques.

Influence de la puerpéralité sur le cancer. — Toujours pernicieuse et activant la marche des lésions. L'amélioration apparente qui survient au début de la grossesse est due à la diminution de la sécrétion cervicale ; l'activité imprimée au corps de l'utérus par la conception faisant révulsion.

DIAGNOSTIC difficile au début de l'affection ; le ramollissement gravidique le simplifie parfois en rendant plus nets les noyaux d'induration.

PRONOSTIC grave ; la moitié des femmes succombent pendant ou peu après l'accouchement ; les deux tiers des enfants sont voués à la mort. La gravité pour la mère provient en grande partie de complications auxquelles expose cette affection : rupture utérine, hémorragie, septicémie.

CONDUITE A TENIR :

Avant la conception, déconseiller la grossesse d'une façon absolue.

Pendant la grossesse. — Simple expectation avec traitement des douleurs et des pertes par les moyens ordinaires, à moins que la mère ne soit menacée d'une mort prochaine, auquel cas on aurait recours, si l'enfant était vivant et viable, soit à l'accouchement provoqué, soit plutôt à l'opération césarienne avant ou après la mort. L'amputation du col cancéreux et l'ablation de tout l'utérus grvide ont également été proposées et pratiquées ; mais ces opérations ne sont pas à conseiller, tout au plus pourrait-on avoir recours comme palliatif au raclage de la surface cancéreuse, ou aux cautérisations avec le fer rouge (?).

Pendant le travail :

a. *La dilatation est incomplète.* — Tant que la dilatation progresse, quelle que soit sa lenteur, l'expectation est la meilleure conduite à tenir, à moins qu'un danger pressant ne menace la mère ou l'enfant.

Si la dilatation est stationnaire, si la mère ou l'enfant sont en péril, il faut terminer artificiellement l'accouchement. Avec un *enfant mort* ou dont les chances de vie sont faibles, on aura autant que possible recours à l'embryotomie ; avec un *enfant vivant*, on essaiera l'extraction manuelle ou au forceps par les voies naturelles, si la dilatation est suffisante pour permettre l'introduction facile de la main ou du forceps (au besoin appliquer préalablement un ballon élastique pour compléter l'ouverture, mais ne pas recourir aux incisions, qui amènent des désordres trop étendus) ; on fait ainsi un accouchement forcé, il est vrai, mais dont les dangers pour la mère, condamnée, ne sont pas plus grands que ceux de l'opération césarienne, et dont le manuel opératoire est beaucoup plus simple. Si au contraire l'ouverture du col est insuffisante pour tenter cette intervention, l'opération césarienne devra être pratiquée sans hésitation. Dans les cas où l'étendue du cancer fait prévoir d'avance pendant la grossesse que l'ouverture du col sera impossible, et qu'il faudra presque inévitablement recourir à l'opération césarienne, mieux vaut ne pas attendre le début du travail ; et intervenir à un moment choisi pendant les derniers temps de la grossesse ; les conditions sont ainsi meilleures.

b. *La dilatation est complète ou presque complète.* — On fera l'extraction le plus tôt possible par les moyens ordinaires.

Si une hémorragie sérieuse survient après la délivrance, le tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée serait ici le traitement préférable.

Si nous n'envisageons que le *traitement chirurgical du cancer*, voici comment nous pouvons, avec Keekmann, résumer la conduite à tenir :

Le traitement chirurgical du cancer utérin, compliquant la grossesse et l'accouchement, dépend de l'étendue de la lésion et de l'âge de la grossesse.

Si le cancer est limité, si une opération radicale peut extirper la totalité du mal, la tendance actuelle est de faire l'*hystérectomie vaginale*, sans évacuation préalable de la cavité utérine pendant les quatre premiers mois.

Passé le quatrième mois, l'utérus est trop gros pour pouvoir être extirpé par le vagin sans avoir été préalablement vidé ; on peut donc :

Ou provoquer d'abord l'expulsion pour faire ensuite l'hystérectomie vaginale (Olshausen) ;

Ou faire l'hystérectomie abdominale totale (Freund) ;

Ou faire une opération mixte, vagino-abdominale, c'est-à-dire extraire le corps utérin et son contenu par la laparatomie, et le col cancéreux par le vagin (Sweifel et Mackenrodt).

Si le cancer n'est pas limité, il faut au contraire ménager la grossesse et suivre la conduite classique, jusqu'alors : antiseptie, traitement général pendant la grossesse, opération césarienne à terme.

13. VICES DE CONFORMATION DE L'UTÉRUS. — Les organes génitaux de la femme sont constitués par l'accolement et la fusion de deux canaux de MULLER ; si cette fusion est incomplète, on aura différents degrés de malformations représentés par les figures ci-après.

Ces vices de conformation peuvent être la source de présentations vicieuses : thorax, abdomen, siège, face, front. Ils exposent pendant le travail à la

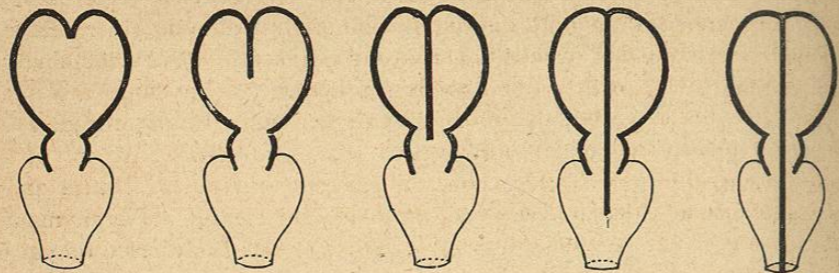


Fig. 356.
Utérus cordiforme.

Fig. 357.
Utérus cloisonné.

Fig. 358.
Utérus double.

Fig. 359.
Utérus double
et vagin cloisonné.

Fig. 360.
Utérus et vagin
doubles.

rupture utérine, et rendent difficiles certaines interventions, la version, par exemple.

La conduite à tenir ne présente aucune considération spéciale d'importance.

14. ANOMALIES DES CONTRACTIONS UTÉRINES. — Il peut y avoir *exagération*, *affaiblissement* ou *perversion* des contractions utérines.

L'*exagération* dans l'intensité, qui expose à la rupture de l'utérus ou à la déchirure du périnée, sera calmée par l'emploi du chloral et du chloroforme.

L'*affaiblissement* des contractions, conduisant à l'*inertie utérine* pendant le travail ou la délivrance, est un état fréquemment observé, mais qui n'est d'habitude qu'intermittent et passager. Il est causé le plus souvent par la distension exagérée de l'utérus (hydramnios, grossesse gémellaire), par la mort du fœtus, par la longueur du travail, par certaines impressions morales vives chez les femmes nerveuses (présence de personnes désagréables, nouvelles pénibles). — La paresse ou l'inertie de l'utérus, grave après la délivrance, car elle expose à des hémorragies sérieuses, n'a ordinairement pendant le travail d'autre inconvénient que de prolonger l'accouchement¹; pendant le travail *savoir attendre* sera en général le meilleur parti, toutefois on pourra avec bénéfice recourir aux différents moyens que voici et qui réussissent souvent : modifier la situation de la femme, la faire lever et marcher quand elle est couchée. Appliquer un sac en caoutchouc dans le vagin. Injection vaginale chaude portée jusqu'au niveau du col. Sulfate de quinine, 0,50 à 1 gramme. Electricité à courants interrompus sur l'utérus. Pratiquer la rupture des membranes quand la dilatation a dépassé les dimensions d'une pièce de cinq francs, que la présentation est normale et la tête profondément engagée (moyen dont on doit être sobre). Ne jamais donner d'ergot de seigle à ce moment, appliquer un écarteur métallique ou le ballon de Champetier dans le vagin ou l'utérus.

La *perversion* des contractions se manifeste par leur irrégularité, ou par

¹ En parlant des complications de la délivrance, j'exposerai le traitement à opposer à l'inertie survenant à ce moment.

leur permanence aboutissant au tétanos utérin. Donner du chloral ou du chloroforme, qui ordinairement rétabliront l'intermittence normale.

15. DÉVIATIONS UTÉRINES. — A la fin de la grossesse, le corps de l'utérus se dévie souvent *en avant*, quand les gestations antérieures ont affaibli la paroi abdominale et produit une éventration plus ou moins prononcée (abdomen pendulum, ventre en besace). Une ceinture appropriée, et pendant l'accouchement le décubitus horizontal, suffiront à corriger cette déviation qui peut empêcher ou gêner l'engagement du fœtus.

Les déviations *latérales* vers le côté droit ou gauche (voir p. 74) seront parfois une cause de dystocie. On y remédiera par la position de la femme (décubitus latéral sur le côté qui semble fuir le fond de l'utérus) ou en redressant l'utérus avec la main.

La déviation de l'utérus la plus importante, à cause des troubles qu'elle est susceptible d'amener, est celle qui se fait en arrière : **RÉTRODÉVIATION** (rétroversion et rétroflexion).

Rétrodéviation de l'utérus gravide.

La rétrodeviation de l'utérus gravide est le basculement du corps de l'organe en arrière, dans l'excavation pelvienne (fig. 361). Époque de prédilec-

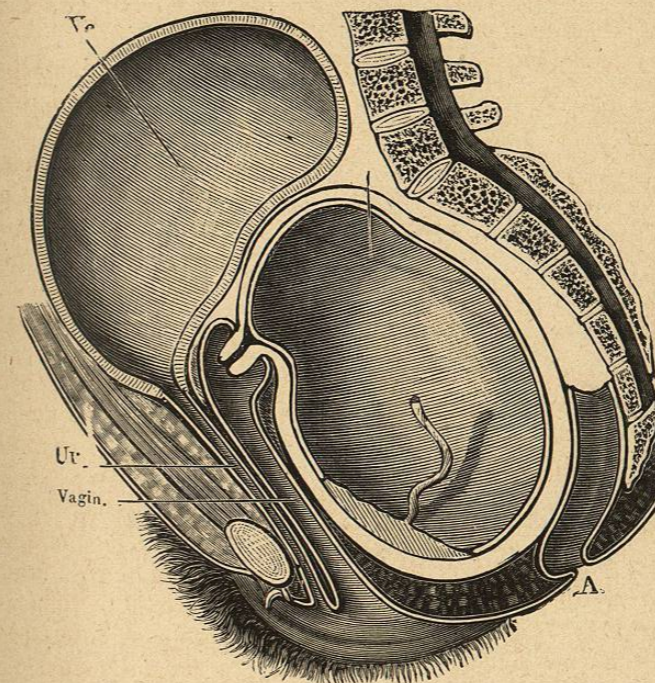


Fig. 361. — Rétrodéviation de l'utérus gravide (d'après SCHATZ).
Ve., vessie. — Ur., urètre. — A., anus.

tion : passage du 1^{er} au 2^e trimestre de la grossesse. On dit qu'il y a *rétroversion* quand l'axe du col reste dans la continuation de celui du corps, et

rétroflexion, lorsque ces deux axes sont coudés l'un par rapport à l'autre, de manière à former un angle dont l'ouverture regarde à peu près le périnée. Cette distinction est ici de faible importance pratique.

Symptômes. — Le début est tantôt lent, insidieux, tantôt brusque, survenant à la suite d'un effort, d'une chute.

Le symptôme le plus important par lequel se manifeste la rétrodéviatation est la *réten-tion d'urine*; tantôt complète, et facile par conséquent à diagnostiquer; tantôt incomplète, la femme continue à uriner d'une façon en apparence normale, mais si on pratique le cathétérisme après une miction, on aura l'évacuation d'un demi-litre ou plus d'urine; tantôt enfin trompeuse, et se manifestant par de l'incontinence ou des mictions très fréquentes dues à la trop grande réplétion de la vessie.

La compression rectale, exercée par le corps de l'utérus, amène une constipation opiniâtre.

L'utérus, en appuyant sur le périnée, donne à la femme une sensation de pesanteur parfois très pénible.

Les trois organes pelviens produiront donc par leur compression :

Rectum	Constipation.
Utérus	Pesanteur périnéale.
Vessie	Rétention d'urine.

C'est l'utérus même qui, en appuyant sur le rectum en arrière et l'urètre en avant, amène le trouble fonctionnel dans la défécation et la miction.

A l'examen de la femme, on voit quelquefois la vessie distendue se dessiner sous la paroi abdominale; au palper, en tout cas, on peut facilement constater cette distinction. Au toucher on trouve l'excavation pelvienne remplie par l'utérus; le vagin suit la face antérieure de cette tumeur, serré entre elle et le pubis. Le col est parfois tellement remonté et éloigné qu'il devient inaccessible au doigt explorateur. Par le toucher combiné au palper il est souvent difficile de distinguer les tumeurs vésicale et utérine l'une de l'autre; cependant la première est fluctuante, tandis que la seconde présente la mollesse spéciale de l'utérus gravide, mais sans fluctuation. D'ailleurs le cathétérisme, en faisant disparaître la tumeur vésicale, lèvera toutes les incertitudes du diagnostic.

Marche. — Il importe, dans l'évolution de la rétrodéviatation, de distinguer deux périodes ou deux états, dont la différence est capitale. — *Période de liberté* pendant laquelle l'utérus, n'étant pas encore très volumineux, peut avec une facilité relative reprendre sa position normale, ou être remplacé dans cette position. — *Période d'incarcération et d'enclavement* pendant laquelle l'utérus trop volumineux ne peut plus basculer dans l'excavation pelvienne, et se trouve emprisonné dans le petit bassin. — La période d'incarcération se produit au début du quatrième mois de la grossesse, car la longueur de l'utérus depuis le fond jusqu'au sommet du col étant à ce moment de 12 centimètres environ, le basculement, suivant le diamètre promonto-pubien qui est de 11 centimètres, devient difficile et bientôt impossible.

La rétrodéviatation peut être antérieure à la conception, débiter en même temps qu'elle et pendant la grossesse. Les schémas 362 à 366, indiquant le



Fig. 362.

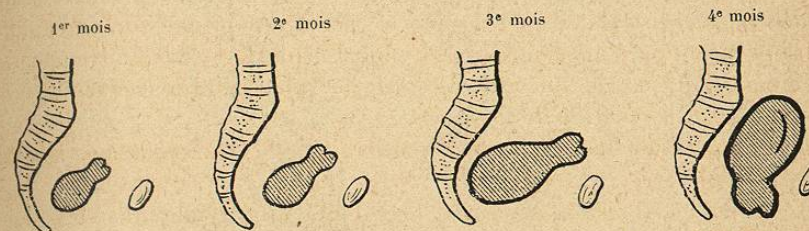


Fig. 363. — Rétrodéviatation à la conception. Réduction spontanée au 4^e mois.

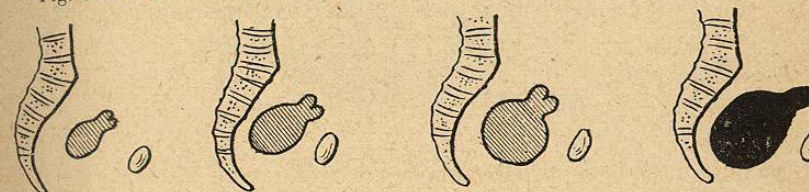


Fig. 364. — Rétrodéviatation à la conception. Incarcération au 4^e mois.

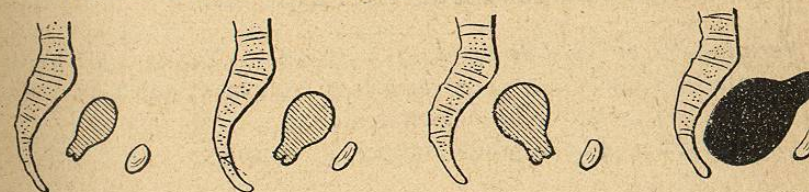


Fig. 365. — Utérus normal à la conception, s'inclinant progressivement en arrière et s'incarcérant au 4^e mois.

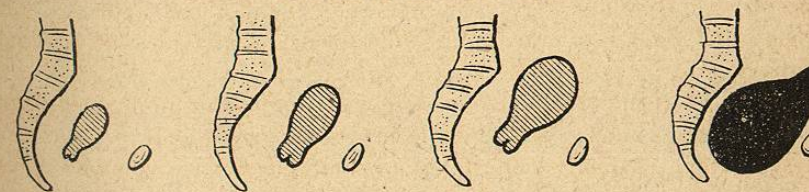


Fig. 366. — Utérus normal à la conception, s'inclinant brusquement en arrière au 4^e mois et s'incarcérant.

développement de l'utérus à chaque mois de la grossesse, montrent les différentes marches possibles de la rétrodéviatation.

Terminaisons. — Si la réduction de la rétrodéviatation a lieu avant l'incarcération, les troubles qu'elle produit sont minimes, et à moins d'un examen direct, le déplacement passe inaperçu.

C'est au moment où se produit l'incarcération que surviennent les troubles