

Voici d'ailleurs pour plus de détail, d'après MM. Maygrier¹ et Lucas², le cas où l'intervention serait plus particulièrement indiquée :

D'après eux, il y a lieu d'intervenir :

1° Toutes les fois que la rétention placentaire s'accompagne d'accidents, tels que : hémorragies, fièvre, odeur des lochies, signes d'infection même légère ;

2° Dans les cas d'avortements géminaires, car ici la rétention prolongée du délivre peut donner lieu rapidement aux accidents les plus graves en raison du volume considérable de la masse placentaire qui l'expose davantage à la putréfaction ;

3° Dans certains cas, où l'on a des doutes sur l'origine de l'avortement, et où il y a lieu de supposer qu'il est le résultat de manœuvres abortives. A la suite de ces manœuvres pratiquées en général sans aucune précaution antiseptique, l'infection est fréquente, et il est prudent d'agir vite, même en dehors de tout accident apparent ;

4° Toutes les fois enfin, tout au moins dans la pratique hospitalière, que la rétention se prolonge au delà de trois ou quatre jours, bien que sans accidents, lorsqu'il n'y a plus de tendances à l'expulsion et que le col se reforme.

L'intervention préférée est le curage digital suivi de l'écouvillonnage de la cavité utérine. La curette ne doit être employée qu'exceptionnellement et toujours sous le contrôle du doigt.

c. — Après l'expulsion complète.

Quand l'utérus est complètement évacué, la régression se fait normalement, à moins de complications analogues à celles qui surviennent dans les suites de couches ordinaires et qui seront combattues par des moyens identiques. — La femme devra garder le lit pendant le même temps qu'après un accouchement à terme.

Aphorismes :

Dans tout avortement, ne jamais arracher la portion d'œuf engagée dans le col utérin, à moins qu'on ne veuille ensuite procéder à l'évacuation complète de l'utérus. En arrachant cette avant-garde, on s'expose à tous les dangers de la rétention.

Les causes de l'expulsion prématurée sont tellement nombreuses, qu'il est souvent difficile de bien établir le diagnostic étiologique.

Dans le public l'habitude est de n'attacher aucune importance à l'avortement des premières semaines ; c'est une erreur, car il est une cause fréquente de maladie génitale.

Les chances de septicémie à la suite de l'avortement sont tout aussi grandes qu'à la suite de l'accouchement ; la même antiseptie est donc de rigueur dans les deux cas.

¹ Maygrier. *Société obst. et gyn. de Paris*, 8 juillet 1897.

² Lucas. *Thèse de Paris*, 1896.

XIV

ACCIDENTS DE L'ACCOUCHEMENT

SOMMAIRE

- 1° Ruptures et déchirures du périnée, du vagin et de l'utérus.
- 2° Hémorragies.
- 3° Procidence des membres et du cordon.
- 4° Physométrie.
- 5° Emphysème sous-cutané et fractures.
- 6° Rétention de la tête fœtale.

1° RUPTURES ET DÉCHIRURES DU PÉRINÉE, DU VAGIN ET DE L'UTÉRUS

SOMMAIRE

- a. Ruptures et déchirures du périnée et du vagin.
- b. Ruptures et déchirures de l'utérus.
 - Anatomie pathologique.
 - Etiologie et pathogénie.
 - Symptomatologie.
 - Diagnostic.
 - Pronostic.
 - Traitement.

Le terme *rupture*, à peu près synonyme de *déchirure*, indique cependant une lésion plus grave, plus importante. — *Déchirure* convient plus particulièrement aux solutions de continuité, qui, partant du bord libre de l'organe, ne dépassent pas l'insertion vaginale ; et *rupture*, à celles qui intéressent la portion sus-vaginale de l'utérus. — Toutefois, la distinction entre ces deux termes n'est pas assez tranchée pour nécessiter une description séparée.

a. Ruptures et déchirures du périnée et du vagin.

Les ruptures et déchirures de la partie inférieure du vagin se confondent avec celles du périnée et de la vulve ; elles ont déjà été étudiées page 226, il est donc inutile d'en reparler ici ; il n'en est pas de même de celles de la partie supérieure du vagin.

Les solutions de continuité du fond du vagin : — tantôt *incomplètes* (déchirures), — tantôt *complètes* et pénétrant soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire des ligaments larges (ruptures), — tantôt *compliquées*, c'est-à-dire intéressant un organe voisin, le rectum, la vessie, l'utérus (ruptures compliquées).

Au point de vue *étiologique*, on les divise en deux catégories : *spontanées*, c'est-à-dire produites par le passage d'un fœtus trop volumineux, qui n'arrive au dehors que grâce à une véritable effraction des organes génitaux ; *trauma-*

tiques¹, et résultant de l'introduction maladroite de la main ou d'instruments. Après l'accouchement, on sera mis sur la voie de ces plaies de gravité variable, par les hémorragies dont elles sont souvent la source, et pendant les suites de couches, par les complications qu'elles amènent (péritonite, phlegmon des ligaments larges, fistules). Un examen attentif avec le doigt ou le spéculum permet alors de les reconnaître. Toutefois, si aucun symptôme alarmant ne sollicite cet examen, elles peuvent passer inaperçues et guérir spontanément.

Le pronostic des déchirures est relativement bénin, celui des ruptures graves, surtout quand elles sont compliquées.

Le traitement se bornera, pour les déchirures, à une antiseptie vaginale rigoureuse; au cas seulement où il existerait une hémorragie grave, on aurait recours au tamponnement vaginal complété par l'intra-utérin (pour éviter l'hémorragie interne), ou si la plaie est facilement accessible aux sutures destinées à en affronter les bords. Quand il existe une rupture, il est nécessaire de fermer la solution de continuité à l'aide de sutures qu'on pratiquera par le vagin, ou très exceptionnellement par la voie abdominale (laparotomie).

b. Déchirures et ruptures de l'utérus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les solutions de continuité de l'utérus doivent être considérées, quant à leur siège, leur degré, leur étendue, leur fréquence :

Au point de vue du siège, en :

1° *Intra-vaginales*, elles sont alors désignées de préférence sous le nom de déchirures, nous les avons étudiées page 221.

2° *Sus-vaginales*, atteignant le col, l'isthme ou le corps, cette seconde variété sera seule en question ici.

Au point de vue du degré, en :

1° *Incomplètes*. — PAS DE COMMUNICATION ENTRE LES CAVITÉS UTÉRINE ET PÉRITONÉALE.

a. *Ruptures incomplètes internes* dans lesquelles le péritoine est intact, mais où il y a une solution de continuité partant de la face interne de l'utérus et entamant une épaisseur plus ou moins considérable du tissu utérin.

b. *Ruptures incomplètes externes*² dans lesquelles le péritoine seul ou

¹ Je conserve ici, comme pour les ruptures de l'utérus, la division classique en ruptures spontanées et traumatiques, bien qu'en réalité elles soient toutes traumatiques. — Mais, dans le premier cas, c'est un traumatisme provenant de la femme elle-même, dont le fœtus est encore une dépendance (auto-traumatisme); dans le second cas, au contraire, provenant de l'extérieur (hétéro-traumatisme).

² Consulter sur ces ruptures : Maygrier. *Rupture incomplète de l'utérus*. Société obstétricale de France, avril 1892.

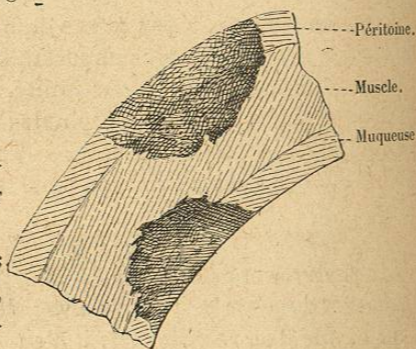


Fig. 433. — Rupture incomplète de l'utérus, externe et interne.

avec la partie sous-jacente du tissu utérin est déchiré; c'est un véritable éclatement de l'utérus, survenant au niveau de sa surface péritonéale et

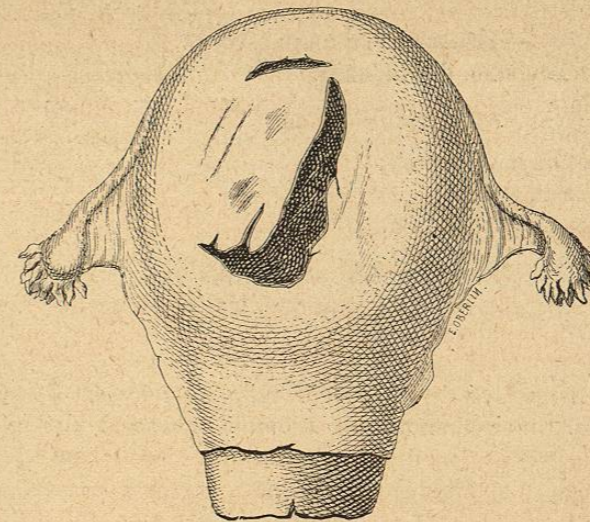


Fig. 434. — Rupture incomplète externe de l'utérus (MAYGRIER)

entraînant une hémorragie qui, dans les quelques cas rares où cet accident

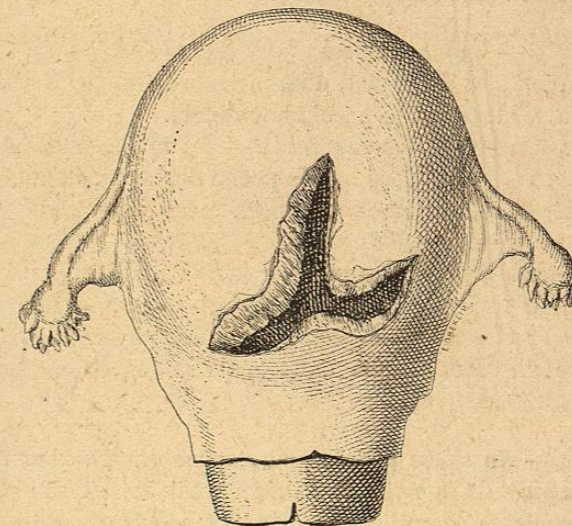


Fig. 435. — Rupture complète de l'utérus.

s'est produit, a été mortelle. Ces ruptures existent surtout sur la ligne médiane de l'utérus, où le péritoine est le plus adhérent au tissu sous-jacent, et siègent tantôt sur la face antérieure, tantôt sur le fond, tantôt sur la face postérieure de l'organe.

2° *Complètes*. — COMMUNICATION ENTRE LES CAVITÉS UTÉRINE ET PÉRITONÉALE.
La cavité utérine est en communication directe avec la cavité péritonéale (fig. 435);

3° *Compliquées*. — BLESSURE D'UN ORGANE VOISIN.
Ouverture de la vessie, de l'intestin.

Au point de vue de la puerpéralité, en :

- 1° Ruptures de la grossesse ;
- 2° Ruptures du travail ;
- 3° Ruptures du postpartum.

Les ruptures de la grossesse et du postpartum sont de véritables curiosités pathologiques. Au point de vue pratique, les ruptures du travail existent seules.

ÉTENDUE. — L'étendue de la rupture varie avec les cas et avec la cause qui l'a produite. Un craniotome, par exemple, qui accidentellement viendra perforer la paroi utérine, ne donnera qu'un petit orifice ; quand au contraire l'utérus est déchiré spontanément et que le fœtus a passé dans la cavité péritonéale, il y aura des délabrements considérables.

FRÉQUENCE, $\frac{1}{1000}$ accouchements environ.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Ruptures traumatiques ou spontanées.

a. TRAUMATIQUES. — Le traumatisme peut être *abdominal* ou *intra-utérin* :
Abdominal : résultant de l'action d'un instrument ou projectile, qui atteint l'utérus, après avoir traversé la paroi abdominale.

Intra-utérin : *manuel* ou *instrumental*. — La main, introduite avec violence pour faire la version, alors que la poche des eaux, étant ouverte depuis longtemps, l'utérus est fortement rétracté, peut amener une rupture de l'organe gestateur. Même résultat si on veut, avec une rétraction aussi marquée, faire évoluer le fœtus pour modifier la présentation (version).

Tout instrument moussé (forceps), piquant ou tranchant (craniotome), mal dirigé dans l'intérieur des organes génitaux, traversera avec facilité la paroi utérine, et arrivera jusque dans le péritoine, produisant ainsi une rupture complète.

b. SPONTANÉES. — Au siècle dernier, on croyait avec LEVRET que le fœtus était l'unique agent de la rupture utérine, qu'il brisait son enveloppe de même que le poulet sa coquille avant de naître. D'après cette explication, avec un fœtus mort l'utérus ne devrait jamais se rompre ; les exemples du contraire sont fréquents.

BAUDELLOCQUE a montré que cette rupture résultait de la lutte entre l'utérus et le fœtus, théorie confirmée et éclairée depuis par de nombreux travaux. — Dans ce combat entre l'utérus et le fœtus, si l'utérus est vainqueur, le fœtus est expulsé, l'accouchement a lieu, le calme ne tarde pas à se rétablir.

— Mais si l'utérus ne peut venir à bout de son adversaire, dont la sortie est impossible, que va-t-il se passer ?

Où l'utérus épuisé va tomber en *inertie*, et le travail rester en suspens jusqu'à la reprise des contractions ou jusqu'à l'intervention de l'accoucheur ;
Où l'utérus dans un effort immodéré se rompra, blessé dans ce duel où il reste maître d'habitude.

Nous avons à étudier successivement :

- 1° *Les causes de cette lutte exagérée* ;
- 2° *Les causes particulières de la rupture*.

1° *Causes de la lutte exagérée*. — Ce sont toutes les causes de dystocie, susceptibles d'entraver l'accouchement. Je rappelle ici les principales :

a. CAUSES PÉRIUTÉRINES :

Pelviciations.
Tumeurs périutérines. Kystes de l'ovaire,

b. CAUSES UTÉRINES :

Obliquité de l'utérus et déviation de l'orifice interne.
Rigidité du col. Oblitération.
Tumeurs utérines, fibromes.

c. CAUSES INTRA-UTÉRINES :

Volume exagéré du fœtus.
Gémellité.
Vices de conformation du fœtus. Hydrocéphalie, monstruosité.
Présentation vicieuse.
Position vicieuse, enclavement de la tête fœtale.

2° *Causes particulières de la rupture*.

a. CAUSES PÉRIUTÉRINES :

Saillie exagérée du promontoire, sur laquelle l'utérus vient s'amincir et s'exposer à la rupture.

Symphyse pubienne. — Le col est pincé entre la tête fœtale et le pubis ; la lèvre antérieure s'œdématie. Le corps attire à lui le col, qui ne peut plus remonter à cause de son gonflement ; une rupture s'ensuit.

Saillie osseuse pelvienne, comme on en rencontre sur certains bassins rachitiques et qui est susceptible, par acuité, de blesser l'utérus.

Atrésie vulvaire, empêchant la sortie du fœtus.

b. CAUSES UTÉRINES :

1° *Utérus pathologique*.

Amincissement général de la partie utérine, sous l'influence de la gemellité ou de l'hydramnios.

Dégénérescence graisseuse ou scléreuse d'une région de la paroi utérine.
Ramollissement de la paroi utérine. Suppuration, gangrène survenant alors que la septicémie se déclare avant l'accouchement.

Malformation utérine, la bifidité, par exemple, prédispose à la rupture.
Cicatrices utérines anciennes, résultant d'une plaie antérieure, d'une opération césarienne, constituant un *locus minoris resistentiæ*.

2° *Utérus rendu pathologique.*

Par l'usage de l'*ergot de seigle*, qui amène une véritable tétanisation de l'utérus, favorisant la rupture en cas de *manœuvres intemoestives*; introduction répétée de la main dans l'utérus, manœuvres du petit travail (p. 297 et 483).

3° *Utérus normal.*

L'utérus est normal; mais quand un obstacle s'oppose à la sortie du fœtus, le corps en se contractant amène un *amincissement progressif du segment cervico-utérin*, c'est-à-dire du segment, qui s'étend du cercle utérin à l'orifice externe. Le résultat en est l'éclatement de cette région inférieure de l'utérus, dont la plaie se propage ensuite vers la partie supérieure. (Voir fig. 436.)



Fig. 436. — Amincissement du segment inférieur de l'utérus, précurseur de la rupture (BANDL).

c. CAUSES INTRA-UTÉRINES :

La *saillie d'un petit membre fœtal*, pied, coude, genou, appuyant longtemps sur la même région d'un utérus rétracté, en amène l'amincissement et la rupture, de même que le vêtement usé se troue plus volontiers au niveau des parties saillantes du corps (coude, genou). La présence d'une *esquille osseuse*, à la suite de l'embryotomie, peut également amener ou favoriser la rupture de l'utérus.

Suivant ces différentes causes, l'aspect, le siège et la forme de la rupture seront très variables. — Dans les cas de rupture spontanée, survenant par distension exagérée du segment cervico-utérin, il se produit, en général, un premier trait de déchirure transversal au niveau de ce même segment, puis un autre qui part verticalement vers la partie moyenne du précédent pour

se diriger vers le fond de l'utérus, de telle sorte que l'ensemble de la déchirure rappelle assez exactement un T renversé : J.

SYMPTOMATOLOGIE.

Parmi les phénomènes précurseurs de la rupture spontanée (la plus importante et que j'aurai ici plus spécialement en vue), un seul a quelque valeur, c'est une *douleur fixe*, localisée en un point de l'utérus, celui probablement où se produira l'éclatement de l'organe.

Au milieu d'une contraction utérine, la parturiente éprouve une *douleur* suraiguë, angoissante, qui s'accompagne parfois d'une sensation de déchirure dans l'abdomen, et d'une sorte de bruit sourd, qui peut être entendu par les assistants.

Après cet événement, qui vient interrompre la monotonie du travail, la femme éprouve un moment de bien-être, un *calme trompeur*, dû à l'arrêt des contractions utérines : le travail est suspendu pendant quelque temps.

Après cette période de rémission surgissent plusieurs symptômes, dont la gravité révèle bientôt le péril de la situation. — La face se grippe et prend cet aspect particulier de souffrance qu'on observe dans les affections péritonéales (facies péritonéal). La respiration se fait mal, il y a une dyspnée et une angoisse croissantes. Le ventre se ballonne, parfois une hémorragie d'abondance variable se fait par la vulve, accompagnant celle qui a lieu dans l'intérieur de l'utérus et de la cavité péritonéale. La peau se couvre d'une sueur froide; le pouls devient petit, filiforme; la femme éprouve des éblouissements, des tintements d'oreille.

Les renseignements fournis par l'*examen direct* varieront suivant que le fœtus est resté dans la cavité utérine, qu'il est passé dans l'abdomen à travers la rupture, ou sorti par les voies naturelles (accouchement terminé).

a. — Le fœtus est dans l'utérus.

Inspection. — Aucun signe spécial.

Palpation. — Vive douleur, quand on presse au niveau de la rupture. Sensation de *fluctuation*, due à la présence du sang dans la cavité péritonéale, et parfois de *crépitation emphysémateuse*, produite par la pénétration de l'air dans le tissu cellulaire hypogastrique.

Auscultation. — Ordinairement les bruits du cœur fœtal ne tardent pas à disparaître, car la rupture utérine entraîne le plus souvent à bref délai la mort de l'enfant.

Toucher. — Modifications à peu près nulles, sauf un retrait plus ou moins marqué de la partie fœtale, qui se présente.

b. — Le fœtus est dans l'abdomen.

Il peut y être passé *partiellement* (fœtus en bouton de chemise) ou *totale-ment*.

Inspection. — Parfois existence de deux tumeurs distinctes, une formée par l'utérus, l'autre par le fœtus.

Palpation. — Quand le fœtus a complètement passé dans la cavité péritonéale, on sent d'habitude nettement les deux tumeurs constituées, l'une

par le fœtus avec tous ses détails, l'autre par l'utérus. La séparation est moins complète dans le cas de fœtus en bouton de chemise.

Auscultation. — Silence fœtal.

Toucher. — Le doigt ne sent aucune partie fœtale dans l'orifice utérin plus ou moins refermé.

c. — Le fœtus est au dehors.

Le *toucher intra-utérin* peut seul fournir quelque renseignement précis. D'ailleurs, le plus souvent, la délivrance n'ayant pas lieu spontanément, on est obligé de l'accomplir artificiellement, de telle sorte que cette nécessité thérapeutique conduit au diagnostic, que parfois on ne soupçonne pas.

MARCHE ET TERMINAISON. — La rupture de l'utérus survenant pendant le travail empêche le plus souvent l'accouchement spontané, la contraction utérine cessant. — Les cas où le fœtus a été expulsé spontanément ne s'expliquent que par l'existence d'une rupture partielle, ou parce que la même contraction, qui a amené la sortie du fœtus, a également produit la rupture.

Une femme non accouchée ou non délivrée (le même obstacle existant à la délivrance qu'à l'accouchement) mourra donc dans un bref délai, par hémorragie et épuisement, alors qu'aucune thérapeutique n'aura été dirigée contre l'accident survenu.

Quand un traitement convenable a été institué, la femme reste exposée à succomber après quelques heures sous l'influence du choc ou de l'hémorragie, ou au bout de quelques jours par suite de complications inflammatoires et septicémiques, dont la zone génitale devient le point de départ.

La guérison a lieu, tantôt par simple cicatrisation sans accidents sérieux, tantôt après des complications inflammatoires d'intensité variable.

CAS SPÉCIAUX ET COMPLICATIONS. — Aucun accident sérieux ne survenant pendant l'accouchement, les complications seules, qui se produisent ensuite, mettent sur la voie du diagnostic ; il est même possible que certaines ruptures peu importantes passent inaperçues, la cicatrisation ayant lieu spontanément et silencieusement (formes latentes).

La règle est la cessation des contractions utérines de suite, après la production de la rupture. Cependant les contractions persistent quelquefois égales ou affaiblies, permettant ainsi l'accouchement et la délivrance spontanés, alors que le fœtus n'a pas été expulsé dans l'abdomen.

Je rappelle les complications de ruptures de la vessie ou de l'intestin déjà signalées ; la conséquence en est le passage de l'urine ou des matières fécales dans le vagin.

A travers l'ouverture utérine, il peut y avoir hernie de l'épiploon et aussi de l'intestin¹ et pincement de ces organes herniés.

DIAGNOSTIC.

a. — Diagnostic de la rupture.

1° Avant la sortie de l'enfant. — Les différents symptômes dont il a été

¹ Une anse intestinale peut faire hernie à la vulve, témoin le cas où un médecin prit cette anse pour le cordon ombilical et la sectionna !

précédemment question faisant supposer la possibilité d'une rupture utérine, on arrivera au diagnostic par l'examen direct. — Quand le fœtus a passé dans la cavité péritonéale, le palper suffira pour reconnaître l'accident. — Au cas où le fœtus est resté dans l'utérus, ce n'est que par l'introduction de la main pour terminer l'accouchement ou après l'extraction du fœtus, qu'on posera un diagnostic certain.

2° Avant la délivrance. — Si la délivrance est facile, la rupture peut passer inaperçue, à moins que l'existence d'une hémorragie grave ne nécessite l'introduction de la main dans l'utérus.

Dans le cas de difficultés, les manœuvres opérées en vue de la délivrance artificielle éclairent le diagnostic, en conduisant pour ainsi dire le doigt sur la lésion.

3° Après la délivrance. — Certaines ruptures se produisent avant l'accouchement et peuvent passer inaperçues jusqu'après la délivrance, jusque pendant les suites des couches, peut-être même rester longtemps ignorées.

Ces ruptures insidieuses seront révélées par un accident : hémorragie après la délivrance, périmérite pendant les suites de couches. — L'introduction de la main lèvera les doutes dans le premier cas ; mais, dans le second, le diagnostic sera très difficile et souvent l'autopsie seule certifiera l'accident soupçonné.

b. — Diagnostic de la variété.

La rupture est-elle complète ou incomplète ? — Le passage du fœtus dans l'abdomen indique une rupture complète ; en dehors de ce cas, l'introduction de la main dans l'utérus sera nécessaire pour établir ce diagnostic.

Le siège et l'étendue de la rupture seront également constatés par l'exploration directe intra-utérine.

Les ruptures de la vessie et de l'intestin seront révélées par l'écoulement du contenu de ces réservoirs ; on pourra recourir à l'examen direct, en faisant usage d'une sonde exploratrice.

PRONOSTIC.

On sauve à peine 10 p. 100 des enfants.

Le pronostic, quoique moins grave pour la mère, est loin d'être rassurant, car, même avec les progrès de l'antisepsie et de la chirurgie abdominale, on sauve à peine la moitié des mères, quand il s'agit d'une rupture complète.

TRAITEMENT.

Préventif. — En cas d'obstacle à l'accouchement, intervenir à temps pour éviter la rupture, qui pourrait résulter de contractions utérines prolongées et énergiques.

Curatif.

a. — Avant l'accouchement.

1° Fœtus dans la cavité abdominale. — En pareil cas, que le passage du fœtus soit complet ou incomplet, on aura recours, avec toutes les précautions antiseptiques connues, à la *laparotomie*, afin d'extraire l'enfant.