

2° *Le fœtus est dans l'utérus.* — On prépare l'extraction par les voies naturelles, avec la main ou le forceps, d'autant plus qu'à moins d'exploration intra-utérine le diagnostic de rupture complète (avec péritoine intéressé) n'est pas toujours certain, et faire la laparotomie avec une rupture incomplète, serait non seulement inutile, mais dangereux : cette intervention ne serait justifiée que dans le cas où il existerait un obstacle insurmontable sur le trajet des voies génitales.

b. — Avant la délivrance.

La délivrance sera opérée par la voie abdominale ou vaginale, suivant que la laparotomie aura été faite ou non.

c. — Après la délivrance. Soins consécutifs.

Quand il y a eu laparotomie, après nettoyage complet des cavités péritonéales et utérines, on suture avec de la soie la plaie utérine, en se rapprochant autant que possible du procédé indiqué plus loin pour l'opération césarienne ; on referme la plaie abdominale comme après toute laparotomie. — Traitement général tonique, et antisepsie vaginale rigoureuse (deux injections quotidiennes suffisent). En cas de réaction inflammatoire, glace sur le ventre..., traitement habituel de la péritonite.

Quand l'enfant a été extrait par les voies naturelles, même avec une rupture complète, vérifiée par l'introduction de la main dans l'utérus, il vaut mieux ne pas pratiquer la laparotomie pour suturer la plaie, car le risque que fait courir cette opération ne semble pas compenser les avantages que peuvent donner les sutures utérines ; ces sutures ne sont pas indispensables à la guérison. — Aussi en pareil cas est-il préférable de faire par les voies génitales et à travers la plaie utérine, un lavage du péritoine aussi complet que possible, continuer ce lavage en allant des parties profondes vers les superficielles : utérus, vagin, vulve, et se contenter ensuite de surveiller simplement la femme, en se comportant comme dans le cas précédent.

Cependant après l'extraction du fœtus par les voies naturelles, on serait autorisé à faire la laparotomie, s'il existait une hémorragie grave que des sutures seules de l'utérus pourraient arrêter, ou si la blessure d'un organe voisin de l'utérus (vessie, rectum) rendait indispensable une opération plastique.

Dans la description qui précède, il n'a été question que des ruptures utérines qui surviennent pendant l'accouchement. — Exceptionnellement le même accident peut survenir durant la grossesse ou le postpartum.

Pendant la *grossesse*, la rupture résultera presque toujours d'un traumatisme, agissant à travers la paroi abdominale, ou à l'intérieur de l'utérus ; on a cependant noté quelques cas où l'utérus aurait pu se rompre spontanément par un mécanisme encore vague, sans doute par suite de quelque vice de conformation de l'organe gestateur. Je ne m'arrêterai pas à la description de cette rareté pathologique, dont le traitement diffère peu de celui exposé pour la rupture accompagnant l'accouchement.

Egalement rares sont les ruptures du *postpartum* (en dehors des ruptures de l'accouchement ne se révélant qu'après un certain temps) ; elles résultent

de l'introduction d'instruments divers dans la cavité utérine dans un but d'exploration et de traitement. Leur thérapeutique n'est autre que celle des accidents, auxquels elles peuvent donner naissance (métrite, pelvi-péritonite, péritonite).

Aphorismes :

Des ruptures utérines, les unes dépendent de l'utérus lui-même, les autres de l'accoucheur ; mais le plus souvent l'accoucheur peut éviter les unes et les autres par une sage thérapeutique.

Eviter le surmenage de l'utérus pendant l'accouchement est la meilleure prophylaxie des ruptures spontanées de l'utérus.

Dans la thérapeutique des ruptures utérines, moins vous interviendrez, plus grandes seront d'une façon générale les chances de guérison. — Il faut se contenter de faire l'indispensable.

2° HÉMORRAGIES

SOMMAIRE

a. Hémorragies vulvaires. — b. Hémorragies vaginales. — c. Hémorragies cervico-utérines. — d. Hémorragies somato-utérines.

Les hémorragies génitales, susceptibles de se produire pendant l'accouchement, peuvent provenir de la *vulve*, du *vagin*, du *col* et du *corps* de l'utérus.

Elles sont *traumatiques* ou *spontanées*.

a. Hémorragies vulvaires.

CAUSES traumatiques : Tout traumatisme accidentel ou opératoire est capable d'amener une hémorragie d'importance variable, mais d'habitude peu abondante, à moins qu'il n'y ait ouverture d'une veine variqueuse.

CAUSES spontanées : Rupture d'une varice (spontanée ou traumatique) pouvant au contraire donner une grande quantité de sang.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — Écoulement sanguin, dont la source est accessible à la vue ; s'il survient pendant la sortie du fœtus, on aperçoit sur le corps de ce dernier une trainée sanguine, couvrant la peau, et dont les limites nettes indiquent l'origine vulvaire, car si le sang avait été répandu au niveau du vagin ou du col utérin, il aurait été balayé par le frottement des parties sous-jacentes du canal génital (BUDIN).

TRAITEMENT. — Compression, pinces à forcipressure, sutures.

b. Hémorragies vaginales. — Causes analogues à celles admises pour la vulve, ces hémorragies sont d'ailleurs exceptionnelles avant la sortie du fœtus, et, après l'accouchement, elles font partie de celles de la délivrance, qui seront étudiées ultérieurement.

c. Hémorragies cervico-utérines. — Au début du travail, et de préférence chez les primipares, l'ouverture du col est la source d'excoriations de la muqueuse, qui se traduisent au dehors par quelques gouttes de sang mélangé aux glaires. — Suivant leur expression, les femmes *marquent* leur linge, et cette *marque* est pour elles, et avec raison, le signe du début du travail, quand les douleurs sont encore très vagues.

Le col de l'utérus peut encore être, pendant la dilatation et l'expulsion, la source d'hémorragies peu importantes, ne réclamant aucune intervention spéciale, à moins de varices ou de cancer, auquel cas on pourrait être amené à faire le tamponnement vaginal. — Mais les hémorragies vraiment sérieuses du col résultent des déchirures produites par le passage du fœtus ; nous les étudierons en détail avant la délivrance.

d. Hémorragies somato-utérines. — Ces hémorragies dépendent presque constamment de l'*insertion vicieuse du placenta* et ont été étudiées page 508. Un placenta normalement inséré peut quelquefois, par son décollement, fournir une certaine quantité de sang, qui s'écoule au dehors (hémorragie externe), ou qui reste emprisonné dans l'utérus (hémorragie interne) ; mais ces écoulements sont en général de trop faible importance pour nécessiter une thérapeutique spéciale.

Il existe une dernière variété d'hémorragies provenant du corps utérin : c'est celle qui résulte de la déchirure du sinus circulaire du placenta ; cet accident est à prévoir, sinon à diagnostiquer sûrement dans les circonstances suivantes :

Quand une femme arrivée à la fin de sa grossesse ou au moment du travail perd du sang venant de l'utérus, on peut, par exclusion, penser à la rupture du sinus circulaire, lorsqu'il n'existe aucun signe net d'insertion vicieuse du placenta ou de décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Le pronostic est variable, il peut être grave pour la mère et surtout pour l'enfant.

Quand la perte devient abondante, le meilleur traitement est la rupture large des membranes suivie, en cas d'urgence, de la dilatation rapide du col soit au moyen du ballon de Champetier, soit au moyen d'un écarteur métallique.

L'extraction du fœtus sera faite à la dilatation complète.

Je signalerai également les hémorragies pouvant résulter d'un polype fibreux, et de la rupture de l'utérus.

3° PROCIDENCE DES MEMBRES ET DU CORDON

SOMMAIRE

- a. *Procidence du cordon.*
Pathogénie et étiologie.
Symptômes et diagnostic. — Pronostic.
Traitement.
- b. *Procidence des membres.*
Pathogénie et étiologie.
Symptômes et diagnostic. — Pronostic.
Traitement.

a. Procidence du cordon. — Le cordon est dit *procidant* quand il vient s'insinuer entre la partie fœtale qui se présente et la paroi du canal génital.

Très exceptionnellement cette procidence peut exister pendant la grossesse ; en dehors de ces curiosités pathologiques, la procidence du cordon doit être considérée comme un accident du travail.

Fréquence : $\frac{1}{100}$ accouchements.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE.

A l'état normal, la partie du fœtus qui se présente, obstruant exactement le canal génital, empêche l'écoulement du liquide amniotique et la procidence du cordon ; mais, si une cause quelconque gêne cette adaptation eutocique, liquide amniotique et cordon, obéissant à la pesanteur et à la poussée de l'utérus, sont entraînés vers le vagin, et la procidence de la tige funiculaire se trouve ainsi constituée.

Les différentes causes susceptibles d'amener ce résultat sont les suivantes :

1° ŒUF.

a. Fœtus.

- 1° Petit volume.
- 2° Présentation vicieuse, ou autre que le sommet.
- 3° Gémellité.
- 4° Procidence préalable d'un membre.

b. Annexes.

- 1° Hydramnios.
- 2° Placenta prævia.
- 3° Longueur exagérée du cordon.
- 4° Nœuds du cordon (?).
- 5° Rupture prématurée des membranes.

2° MÈRE.

a. Utérus.

Absence de tonicité du segment inférieur.

b. Bassin.

Viciations pelviennes, et en général toute cause empêchant l'engagement de la partie fœtale.

3° ACCOUCHEUR.

Toute intervention mal conduite (écoulement trop brusque du liquide amniotique après la rupture artificielle de la poche des eaux, introduction de la main dans l'utérus) est susceptible d'amener la procidence du cordon.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC.

Deux cas peuvent se produire : ou la poche des eaux est *intacte*, ou elle est *rompue*.

a. — Poche intacte. Procidence intra-ovulaire.

Quand le col n'est pas ouvert, le cordon est difficile à sentir par le toucher, à travers la paroi utérine ; cependant avec un enfant vivant (pulsations du cordon), et un segment cervico-utérin très aminci, un doigt exercé peut

parfois reconnaître la présence de la tige funiculaire. — Causes d'erreur : ne pas prendre les pulsations du pouls vaginal pour celles du cordon procident¹.

A mesure que le col s'ouvre, le diagnostic devient de plus en plus aisé, car la poche des eaux n'oppose qu'un faible obstacle à l'exploration digitale.

b. — Poche rompue. Procidence extra-ovulaire.

1^{er} degré, *intra-utérine*. L'anse du cordon ne dépasse pas l'orifice externe de l'utérus.

2^e degré, *intra-vaginale*. L'anse du cordon pend dans le vagin sans franchir l'orifice vulvaire.

3^e degré, *intra-vulvaire*. L'anse funiculaire fait saillie à la vulve, et arrive ainsi au dehors des organes génitaux.

A côté de la partie fœtale qui se présente (sommet, face, front, siège, thorax, abdomen), le doigt explorateur rencontre la tige funiculaire, qu'il reconnaît à sa forme, à sa consistance, et dans les cas où l'enfant est vivant, aux pulsations perceptibles dans son intérieur, alors qu'on peut appuyer le cordon sur un plan résistant (sommet), ou le pincer entre deux doigts.

Toutefois quand la chute du cordon a lieu, non au-dessus de la présentation, mais à côté d'elle, il y alors latérocidence ou circulaire lâche.

Ce sont là des cas dangereux, car le toucher uni ou bidigital est incapable de faire le diagnostic, en raison de la hauteur où se trouve l'anse comprimée. L'accoucheur n'a, pour se renseigner, que les modifications des battements du cœur, la teinte verte du liquide amniotique; à moins qu'il ne pratique le toucher normal.

Le diagnostic se fera par la constatation des signes qui précèdent; l'exploration du cordon permettra en outre, avec l'auscultation abdominale, de reconnaître si le fœtus est vivant ou mort, en laissant constater la présence ou l'absence des battements.

PRONOSTIC.

Tout arrêt de la circulation funiculaire est une cause de mort prompte pour le fœtus, qui succombe asphyxié. Aussi la procidence, en exposant le cordon à la compression, fait-elle courir de grands dangers au fœtus; toutefois DEPAUL en admettant 75 p. 100 de mortalité pour les enfants semble avoir exagéré le péril.

Le pronostic dépend ailleurs :

Du degré de la procidence : plus il est prononcé, plus le fœtus est exposé.

De la présentation : en effet, tandis qu'avec l'une quelconque des présentations de l'ovoïde céphalique (sommet, face, front), le danger est très marqué à cause de la compression efficace que la tête peut exercer grâce à sa rigidité; au contraire avec le siège, le thorax et l'abdomen, le cordon est moins exposé à être comprimé, et la circulation funiculaire sera plus difficilement interrompue, d'où pronostic meilleur;

De l'époque du travail : plus le travail est avancé, moindre est le danger, l'intervention devenant plus facile;

¹ Les premières sont synchrones aux pulsations maternelles, et les secondes à celles du fœtus.

De l'état de la poche des eaux : avec une poche des eaux intacte, il est rare de voir la procidence du cordon être fatale à l'enfant;

De l'intervention.

TRAITEMENT.

a. — Trois modes d'intervention.

1^o RÉDUCTION DU CORDON : Par la position de la femme. — La femme étant



Fig. 437. — Réduction du cordon, par la position genupectorale de la femme (PLAYFAIR).
placée dans la position genupectorale, comme l'indique la figure 437, l'action

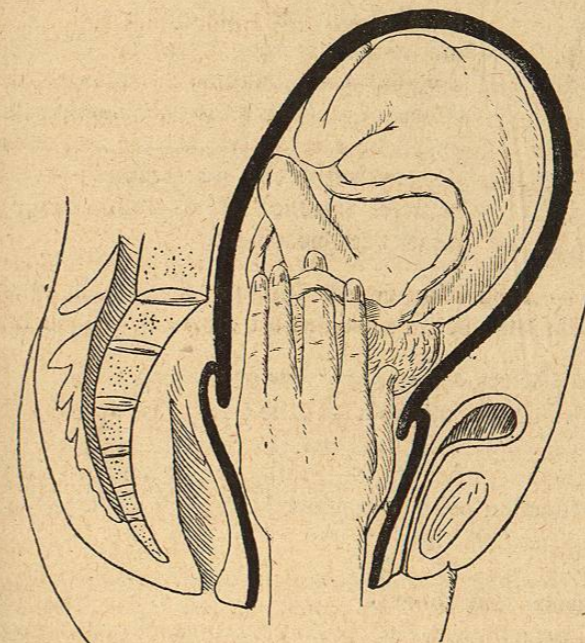


Fig. 438.
Réduction du cordon à l'aide de la main.

de la pesanteur suffit quelquefois pour réduire la procidence du cordon.

A l'aide de la main. — Le cordon étant saisi entre l'extrémité des doigts, ainsi que le montre la figure 438, est refoulé dans l'utérus, et au besoin accroché à un petit membre, afin d'éviter une nouvelle procidence. Dans le même but, MAURICEAU appliquait une éponge dans l'espace où se faisait la chute du cordon.

A l'aide d'un instrument.

De nombreux instruments ont été inventés pour réduire le cordon, tous plus mauvais les uns que les autres; comme ils ne m'ont jamais donné aucun bon résultat, je me dispense de les décrire ici sauf un.

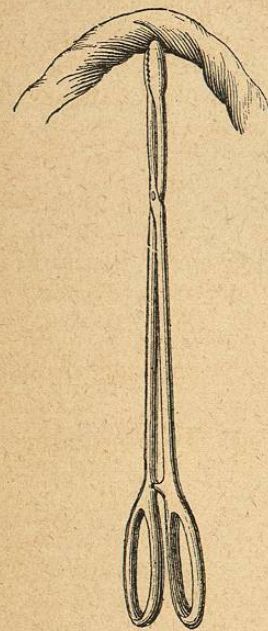


Fig. 439.

Longue pince ordinaire.

Le seul instrument qui m'a permis de réussir à rétropulser le cordon, est une longue pince à pansement analogue à celle représentée par la figure 439.

Avec elle on pince le cordon dans une petite partie de son épaisseur, de manière à ne pas comprimer les vaisseaux funiculaires. — On rétropulse le cordon en agissant avec douceur, et en cherchant la voie libre entre le fœtus et l'utérus. La rétropulsion opérée, on déclanche la pince et on la retire doucement, après l'avoir légèrement ouverte.

2° VERSION PODALIQUE. — On a conseillé de recourir à la version podalique: soit par manœuvres mixtes ou externes avant la dilatation complète, espérant que l'évolution du fœtus réduirait la procidence, et dans le cas de non-réduction améliorerait le pronostic moins sérieux avec une présentation du siège qu'avec celle du sommet; — soit par manœuvres internes à la dilatation complète pour terminer l'accouchement.

3° FORCEPS. — Application de cet instrument à la dilatation complète, pour extraire l'enfant, dont l'existence est mise en péril par la procidence.

b. — Emploi de ces différents moyens en clinique.

Toute tentative thérapeutique n'est utile qu'avec un enfant vivant.

1° LES MEMBRANES SONT INTACTES. — Pratiquer l'expectation simple, car toute tentative de réduction pourrait amener la rupture de la poche des eaux et par là même aggraver la situation.

2° LES MEMBRANES SONT ROMPUES.

Il existe une présentation de l'ovoïde cormique (siège, thorax, abdomen); pendant la période de dilatation, se comporter comme si la procidence n'existait pas, car en pareil cas les tentatives de réduction sont à peu près inutiles, la procidence se reproduisant de suite; d'autre part le danger causé au fœtus par la procidence est relativement faible. — A la dilatation complète, s'il s'agit

d'un siège, surveiller les battements du cœur fœtal et faire l'extraction en cas de danger.

Il existe une présentation de l'ovoïde céphalique (sommet, face, front):

Si la dilatation est complète, on terminera promptement l'accouchement par la version ou le forceps.

Si la dilatation est incomplète, on tentera la réduction du cordon, soit par la position genupectorale de la femme, soit avec une simple pince ou avec la main.

Si on échoue avec ces différents moyens et si le fœtus est en danger, on pourra tenter avec ou sans chloroforme la version pelvienne par manœuvres mixtes ou externes.

Enfin, aussitôt que la dilatation sera suffisante (col complètement dilaté ou dilatable), on extraira l'enfant, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Aphorismes:

Quand il y a procidence du cordon, se hâter de terminer l'accouchement, quand cela est possible, vaut bien mieux que d'essayer de réduire le cordon.

N'essayer de remédier à la procidence du cordon que quand elle entrave la circulation fœtale; sinon, contentez-vous de surveiller l'accouchement.

b Procidence des membres.

Un membre est dit procident quand il se présente en même temps qu'une partie fœtale, dont il ne dépend pas.

EXEMPLES. — Quand un bras se présente avec le sommet, il y a procidence

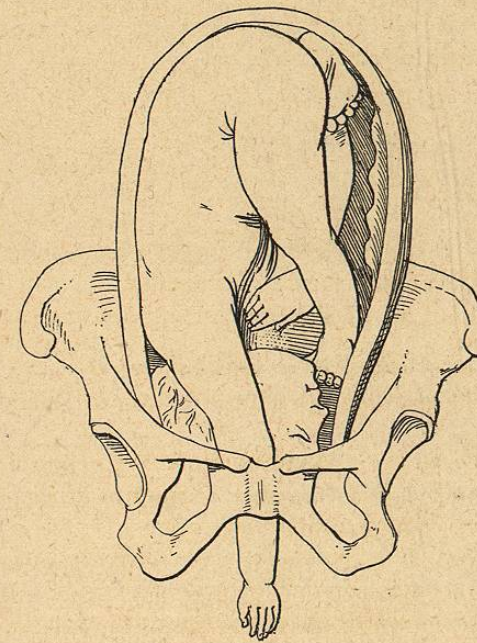


Fig. 440. — Procidence du membre supérieur gauche.

(fig. 440), mais une jambe se présentant avec le siège ne constitue pas une procidence.