résultat tous les efforts d'extraction compatibles avec le salut de la mère; il faudrait, dis-je, séparer la tête du tronc par la section du cou, et abandonner à la nature l'expulsion de la tête. Malgré tous les dangers auxquels la femme serait exposée, mieux vaudrait cela qu'une opération césarienne pratiquée après la rétraction presque complète de l'utérus.

Si nous n'avons rien dit jusqu'à présent des vices de direction des axes du bassin, c'est que, à l'exemple du professeur Nægele, nous n'attachons pas à ce mode particulier de mauvaise conformation toute l'importance que Lobstein et quelques autres accoucheurs lui ont attribuée.

Le degré d'inclinaison du détroit supérieur et du détroit inférieur peut s'écarter beaucoup du chiffre que nous avons donné comme exprimant l'inclinaison normale. Le plan du détroit supérieur peut être tellement incliné en bas, qu'il est quelquefois tout à fait vertical, comme chez une femme citée par Nægele; son inclinaison est quelquefois nulle, et alors il est tout à fait horizontal; enfin, la partie supérieure de la symphyse des pubis étant beaucoup plus élevée que l'angle sacro-vertébral, il peut être incliné du haut en bas et d'avant en arrière comme dans l'observation de M. Bello (*Transactions médicales*, t. XIII, p. 285).

Le plan du détroit inférieur peut présenter les mêmes irrégularités dans son inclinaison, et le plus souvent même la direction des deux détroits est changée en même temps.

A part quelques incommodités dont la femme souffre pendant la grossesse, incommodités dues spécialement à la direction vicieuse de l'utérus, dont le déplacement est souvent la conséquence du vice de direction de l'axe du détroit supérieur, les fonctions puerpérales sont à peine troublées par l'anomalie que nous mentionnons. Si dans quelques cas ce vice de direction du bassin a paru apporter quelque obstacle sérieux à l'accouchement, c'est qu'il coïncide avec une déformation des os et un rétrécissement de sa cavité. Les faits rapportés par MM. Moreau, Bello, quand on les examine sérieusement, confirment pleinement la seconde partie de cette proposition, de même que la première trouve sa preuve dans les observations curieuses de Nægele.

CHAPITRE III

DES TUMEURS DÉVELOPPÉES DANS LES OS

Les tumeurs qui peuvent obstruer l'excavation naissent dans les os ou dans les parties molles; elles sont excessivement nombreuses et variées. Lorsqu'elles ont acquis un volume considérable, elles constituent une des plus graves difficultés de la pratique. Nous ne pouvons, dans cet ouvrage, entrer dans tous les détails que comporte l'importance du sujet. D'ailleurs, tout ce qui concerne

l'étiologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie de ces tumeurs appartient bien plus à la chirurgie qu'à l'art des accouchements, et nous devons surtout nous attacher à bien indiquer au praticien les signes au moyen desquels on peut établir leur diagnostic, et surtout à bien mettre en lumière les différentes indications qu'elles présentent. Nous devons déclarer, en commençant, que nous avons beaucoup emprunté, pour la rédaction de ce sujet, à la savante dissertation de M. Puchelt, dont nous reproduisons la classification.

Les tumeurs dont nous avons à étudier l'influence sur la parturition peuvent avoir leur origine dans les parois du canal que le fœtus doit traverser, et alors appartenir aux parties molles ou aux parois osseuses, ou bien être une dépendance des organes voisins. Nous renvoyons aux chapitres suivants l'histoire des tumeurs des parties molles pour n'étudier ici que les tumeurs des os qui offrent de nombreux points de ressemblance avec les rétrécissements du bassin.

§ I. — Exostoses.

« Si l'on écarte, dit M. Danyau, les cas où une saillie plus ou moins considérable de l'angle sacro-vertébral a été prise pour une véritable tumeur osseuse, et dont l'observation écrite aurait laissé de l'incertitude dans l'esprit à cause de l'insuffisance des détails, il n'en reste véritablement que deux dont l'authenticité soit incontestable : ce sont ceux de Leydig et de Mackibbin. » Bien qu'il reste encore des doutes sur la valeur de plusieurs assertions qui n'ont pas été confirmées par l'autopsie, je ne crois pas qu'on puisse rayer ainsi d'un trait de plume la plupart des observations consignées dans la science. Il me paraît difficile, par exemple, de ne pas admettre comme authentique celle que rapporte Gardien, puisque Duret a conservé longtemps dans son cabinet le bassin de la femme qui en était l'objet.

Les faits rappelés par M. Puchelt prouvent que la plupart des exostoses pelviennes naissaient de la face antérieure du sacrum. Cependant quelques autres points en ont aussi été le siége : ainsi on en a vu naître de l'articulation sacro-vertébrale de la première vertèbre lombaire, et de la première du sacrum, de la face postérieure du pubis, soit sur la partie médiane, soit sur un des côtés, et même de la face interne d'un des ischions.

Ce que nous avons dit de l'incertitude des observations publiées fait assez pressentir la difficulté qu'on a parfois à diagnostiquer les exostoses pelviennes, et à les distinguer des saillies formées par les déformations du bassin. La dureté de la tumeur et son adhérence originaire aux parois osseuses sont données comme signes caractéristiques. Sa rudesse et sa fixité sont encore importantes à constater. Toujours recouverte par la paroi vaginale, elle fait saillie à l'intérieur du vagin, en repoussant les organes situés au devant d'elle. Quand elle naît de la face antérieure du sacrum, elle proémine surtout à la partie postérieure; et si alors on explore le rectum, on trouve celui-ci légèrement poussé en avant par la tumeur, qui est elle-même placée en arrière. Ce dernier signe est

très-important, car presque toutes les autres tumeurs sont situées en avant de cet organe.

Le pronostic est nécessairement subordonné au volume, à la situation de ces tumeurs et à l'époque plus ou moins avancée de la grossesse à laquelle s'est manifesté le travail. Il est évidemment plus grave quand la tumeur est volumineuse, quand elle est située de façon à rétrécir un des petits diamètres des détroits, et lorsque la tête de l'enfant est très-volumineuse.

Les indications que nous avons si longuement exposées en étudiant les vices de conformation, se présentent de nouveau, et nécessitent l'emploi des mêmes moyens : ainsi, abandonner le travail à la nature quand la tumeur est petite et située de manière à rétrécir seulement les grands diamètres; appliquer le forceps, pratiquer la symphyséotomie, l'opération césarienne ou l'embryotomie, suivant le degré du rétrécissement, et surtout provoquer l'accouchement avant terme, si l'on est consulté à temps. (Voy. page 686 et suiv.).

§ II. — Enchondromes.

Les enchondromes, ou tumeurs cartilagineuses du bassin, sont assez rares ; leur histoire a fait le sujet d'un excellent mémoire publié par notre collègue et ami le docteur Dolbeau (journal *le Progrès*, 1860). On y trouve deux observations d'enchondromes coïncidant avec une grossesse ; le plus complet de ces deux faits est celui qu'on doit à d'Outrepont; la tumeur remplissait le côté gauche du bassin, elle était dure et globuleuse, mais elle se ramollit tellement pendant l'accouchement, qu'on put extraire l'enfant qui se présentait par le siége. J'ai observé moi-même, avec M. le professeur Depaul, un cas exactement semblable à celui que je viens d'indiquer; mais la malade s'étant rétablie après son accouchement et la tumeur n'ayant pas été enlevée, on peut conserver quelques doutes sur sa nature.

Ces enchondromes paraissent adhérer à l'os ou au périoste par une surface large ou un pédicule fort étroit; d'autres fois ils se développent dans les parties molles, au voisinage seulement des surfaces osseuses. Ils peuvent acquérir un volume considérable. (Voy. le *Traité complémentaire des accouchements* de Lenoir, Sée et Tarnier. Paris, 1864.)

Les indications à remplir dans un cas pareil sont celles que nous avons formulées pour les exostoses (voyez plus haut); mais la mobilité possible des tumeurs cartilagineuses, et surtout leur ramollissement doivent faire porter un pronostic moins grave sur l'issue probable de l'accouchement ; ce n'est donc que dans les cas extrêmes qu'on doit songer aux opérations sanglantes.

§ III. — Ostéostéatomes.

Le nom d'*ostéostéatomes* a été appliqué par M. Lenoir a des tumeurs mal définies, composées tout à la fois de substance fibro-graisseuse et de substance calcaire ; mais on peut lui reprocher d'avoir confondu avec ces tumeurs les enchondromes proprement dits. Les ostéostéatomes se développent toujours dans le tissu cellulaire et restent quelquefois libres de toute adhérence avec les os du bassin, mais le plus souvent ils contractent des adhérences avec ces derniers. Il est très-difficile d'établir un diagnostic certain entre ces tumeurs d'une part et les exostoses ou les enchondromes d'autre part. Heureusement que la conduite du chirurgien doit être la même dans tous ces cas.

§ IV. — De l'ostéosarcome.

L'ostéosarcome du bassin est une maladie rare ; il existe pourtant deux observations dans lesquelles le rétrécissement produit par elle était assez considérable pour nécessiter l'opération césarienne.

On ne pourrait guère distinguer la tumeur qu'elle forme de l'exostose, si ce n'est aux inégalités qu'elle présente, et surtout à la dépressibilité, à la mollesse semi-cartilagineuse, à la sensation de crépitation qu'elle offrirait dans certains points de sa surface.

On comprend que cette dépressibilité de la tumeur rend le pronostic moins grave que dans l'exostose, puisqu'elle permet d'espérer que la tête, fortement poussée par les efforts de l'utérus, finira par l'aplatir et la faire disparaître en partie. Aussi est-il permis d'attendre un peu plus longtemps; mais si l'expectation suffisamment prolongée avait constaté l'impuissance des efforts de la nature, on devrait recourir aux mêmes moyens que dans les cas de rétrécissement du bassin.

§ V. — Tumeurs osseuses par des cals difformes.

Les saillies osseuses du bassin peuvent dépendre encore de la consolidation vicieuse d'une ancienne fracture du bassin, ou être constituées par la tête du fémur, qui, à la suite d'une coxalgie, a traversé le fond de la cavité cotyloïde cariée et perforée, et a passé tout entière dans la cavité pelvienne. Je me rappelle avoir vu dans un journal de médecine, que je n'ai pu retrouver, l'histoire d'une opération césarienne pratiquée dans un cas où le seul obstacle à l'accouchement était ainsi formé par la tête du fémur.

On trouve dans l'atlas du professeur Moreau le dessin d'une fracture empruntée au musée Dupuytren. La cavité cotyloïde droite a été enfoncée ; la paroi interne forme une tumeur arrondie qui présente près d'un pouce et demi de saillie ; l'os iliaque est en même temps divisé en dehors de la symphyse sacro-iliaque droite; en se consolidant, la partie extérieure de la fosse iliaque s'est portée en dedans de manière à se rapprocher beaucoup du sacrum, ce qui ramène près de l'angle sacro-vertébral la tumeur formée par la paroi cotyloïdienne.

Le *Journal des progrès*, 1828, contient une autre observation curieuse de fracture du bassin avec déformation consécutive de l'excavation, suivie d'accident mortel. La femme avait déjà eu cinq couches heureuses. L'opération césarienne a plusieurs fois été pratiquée pour remédier à de pareils obstacles. Burns, Lever, Barlow, en ont cité chacun une observation. On trouvera sur ce sujet des détails très-complets dans l'*Atlas* et le *Traité d'accouchements* de Lenoir (Paris, 1864).

Il est évident que, quel que soit le point d'origine des tumeurs osseuses du bassin, cette cause de dystocie présente encore les mêmes indications.

CHAPITRE IV

RÉSISTANCE TROP GRANDE DES PARTIES GÉNITALES EXTERNES

Quand les voies génitales présentent l'apparence d'une conformation parfaite, quand l'exploration la plus complète ne fait reconnaître aucune tumeur qui les déforme, quand rien ne les obstrue, on les voit cependant, dans certains cas, mettre obstacle au passage du fœtus; ce sont ces cas que nous devons étudier dans ce chapitre.

§ I. — Étroitesse et rigidité de la vulve.

La rigidité des parties externes de la génération, assez fréquente chez les femmes qui ne deviennent enceintes qu'à un âge avancé, et chez les très-jeunes femmes d'une constitution pléthorique, fortement musclées et un peu grasses, cause souvent un retard considérable dans la marche de la tête lors d'un premier accouchement. Le plus souvent cependant cette étroitesse et cette rigidité naturelles finissent par céder, les parties se laissent distendre : mais cette distension n'est pas toujours aussi complète que le nécessite le volume de la tête. Celle-ci, poussée par la violence des contractions utérines, brise la résistance qui n'a pas voulu céder, et la déchirure de la commissure postérieure de la vulve et d'une partie plus ou moins considérable du périnée en est la conséquence. Dans plusieurs cas, comme nous l'avons déjà indiqué, la contraction s'exerce vainement contre la résistance des parties molles; elle s'épuise, cesse complétement, et l'art est obligé d'intervenir, d'abord pour réveiller la contraction, puis pour la remplacer par les tractions faites avec le forceps.

Lorsque, dans ces cas, le travail est trop longtemps abandonné aux ressources de l'organisme, on a vu la fourchette, trop solide pour céder, rester intacte, et le périnée distendu, aminci outre mesure, se laisser perforer à son centre, de manière que le fœtus fût expulsé par une ouverture accidentelle, limitée en avant par la commissure postérieure de la vulve, et en arrière par le sphincter de l'anus. Ce fait est aujourd'hui *bien* constaté. Mais le périnée peut se perforer à son centre, et le fœtus, malgré cet accident, suivre la route naturelle. Cela est arrivé particulièrement lorsque la main de l'accoucheur, fortement appliquée sur le périnée, cherchait à repousser la tête dans sa direction normale, et remplaçait ainsi la résistance détruite du plancher du bassin. On ne doit donc pas assurer que l'enfant est sorti par la déchirure du périnée, par cela même qu'on rencontre cette perforation centrale après l'accouchement.

Quelque précaution que l'on prenne, comme on le voit, il est des cas où l'étroitesse extrême de la vulve et la rigidité des parties molles rendent impossible l'expulsion de la tête, sans déchirure plus ou moins étendue du périnée. En 1810, Michaelis conseilla, pour la prévenir, d'inciser la commissure pos-

térieure. On pourrait de préférence, à l'exemple d'Eichelberg, pratiquer une incision sur un ou même sur les deux côtés de l'anneau vulvaire. Cette opération ne doit être pratiquée que lorsque la tête est à la vulve, et que la rupture du périnée paraît imminente. On glisse à plat un bistouri de Pott entre la tête de l'enfant et le rebord de la vulve, et l'on cherche à borner la longueur de l'incision au degré nécessaire pour le passage de la tête. Le grand avantage, dit M. Eichelberg, que l'on trouve à inciser la vulve dans sa partie la plus épaisse, c'est que la plaie se cicatrise très-rapidement et sans le moindre accident.

Les incisions latérales nous paraissent donc préférables ; un seul débridement peut suffire, mais il est quelquefois utile de débrider des deux côtés. Le procédé opératoire le plus simple consiste à se servir de forts ciseaux mousses à leur extrémité : l'une des lames est introduite à plat entre la tête du fœtus et la vulve, à un centimètre environ de profondeur ; on redresse la lame au moment de l'incision. On fait, en un mot, exécuter aux ciseaux un mouvement semblable à celui qui a été vulgarisé par Dupuytren dans l'opération de l'ongle incarné.

Au moment de l'incision, les téguments sont tellement distendus, que la douleur est presque nulle. Les petites plaies ainsi produites se raccourcissent considérablement aussitôt après l'accouchement, quand la vulve revient sur elle-même. La cicatrisation se fait rapidement : l'incision du rebord vulvaire est donc une très-bonne opération, peu douloureuse et sans gravité, mais néanmoins il ne faut pas l'employer sans nécessité.

§ II. — Résistance du périnée.

Il est très-fréquent, surtout chez les primipares fortes et bien musclées, ou douées d'un grand embonpoint, de voir le travail marcher d'abord très-régulièrement, la tête franchir le col, descendre dans l'excavation jusqu'à ce qu'elle repose sur le plancher du bassin, puis tout à coup être complétement arrêtée. Les efforts utérins luttent d'abord avec énergie ; mais, malgré leur violence, la tête peut rester là pendant plusieurs heures sans avancer d'un millimètre. Cette résistance du périnée est évidemment due à la contraction trop violente des fibres musculaires qui entrent dans sa composition, ou à la présence d'une trop grande quantité de tissu adipeux, qui rend cette paroi du bassin trop peu extensible pour permettre le dégagement de la tête.

Quelle que soit la cause de cette résistance, elle agit sur la marche ultérieure du travail de deux manières bien différentes, et qu'il est bien important de distinguer dans la pratique, car elles nécessitent l'emploi de moyens tout opposés. Quelquefois, en effet, la contraction, d'abord forte et énergique, se soutient au même degré pendant quelques heures; puis enfin, vaincue par une résistance qu'elle ne peut surmonter, elle s'affaiblit, s'épuise, et cesse complétement. L'indication est facile à saisir ; chercher à réveiller les contractions en faisant marcher la femme, en frictionnant l'abdomen et titillant le col utérin, en administrant l'ergot ; puis enfin appliquer le forceps, si ces moyens étaient infructueux, telle est alors la règle de conduite.

Mais un cas tout différent peut se rencontrer. Il peut arriver que, loin de s'épuiser, les contractions se soutiennent aussi fortes, aussi énergiques qu'au début du travail : seulement, malgré leur violence, elles sont impuissantes à opérer la dilatation des parties molles du périnée ; c'est une résistance insurmontable contre laquelle viennent se briser les efforts les plus violents. On conçoit facilement que, dans ce dernier cas, il faut bien se garder d'employer les moyens propres à activer les contractions, et que le seigle ergoté, par exemple, serait excessivement dangereux. C'est alors surtout qu'on lui voit produire ces contractions tétaniques et irrégulières qui ont été si souvent suivies de la mort du fœtus, et même de la rupture de l'utérus, presque constamment mortelle pour la mère. La matrice fait évidemment tout ce qu'elle peut faire, et l'accoucheur doit ici, non pas exciter des contractions plus énergiques, mais bien aider, par des tractions convenablement pratiquées, ses efforts expulseurs. L'application du forceps est évidemment ici la seule ressource. Nous étudierons à l'article *Forceps* quel est, suivant nous, son mode d'action dans le cas qui nous occupe.

Pour bien établir cette distinction que nous croyons très-importante en pratique, nous supposerons deux femmes en travail. Chez toutes les deux, la tête du fœtus, convenablement située, repose sur le plancher du bassin depuis six ou sept heures. Chez l'une, les contractions, d'abord fortes et fréquentes, sont devenues peu à peu faibles et rares, ou même ont presque complétement cessé ; chez l'autre, au contraire, elles conservent encore toute leur énergie : chez celle-ci nous appliquerons tout de suite le forceps ; chez celle-là nous aurons d'abord recours aux moyens propres à réveiller les douleurs. Le forceps ne sera évidemment employé qu'autant que ces excitations auraient été sans résultat, ou que les douleurs ergotées seraient encore insuffisantes.

Il est important, du reste, de ne pas oublier combien la vie du fœtus peut être gravement compromise par les contractions dues au seigle ergoté. Aussi ne doit-on pas laisser ces dernières se prolonger longtemps. Lorsque après une demi-heure, trois quarts d'heure au plus après le réveil des contractions ergotées, la tête n'est pas expulsée, il me paraît prudent de terminer l'accouchement par l'application du forceps.

Cette insuffisance des douleurs ergotées n'est pas un fait très-rare, dans le cas qui nous occupe. Mais alors même qu'on est obligé d'en venir plus tard à l'application du forceps, l'administration du seigle ergoté aura encore été utile. L'application du forceps sera faite alors, en effet, dans des conditions beaucoup plus favorables : car les contractions dues au seigle ergoté aideront les tractions de l'instrument, et surtout préviendront l'inertie consécutive de la matrice, inertie à laquelle la femme aurait été exposée, si l'instrument avait été appliqué sans qu'on eût préalablement réveillé sa contractilité de tissu.

§ III. — Déchirure du périnée.

L'étroitesse de la vulve et la résistance du périnée amènent assez souvent une déchirure de la fourchette et du périnée lui-même, sur une plus ou moins grande

étendue. Ces déchirures sont incomplètes, centrales, complètes : *incomplètes*, quand, partant de la vulve, elles n'intéressent pas le sphincter anal ; *centrales*, quand la rupture se fait entre l'anus et la vulve, sans se confondre avec l'un ou l'autre de ces orifices ; *complètes*, quand la vulve, le périnée et le sphincter de l'anus sont déchirés, et avec eux la cloison recto-vaginale sur une hauteur variable.

Les déchirures incomplètes ne réclament pas de traitement particulier ; elles guérissent spontanément. On se bornera, dans ce cas, à maintenir les deux membres inférieurs rapprochés au moyen d'une serviette nouée autour des deux genoux. La cicatrisation se fera tantôt par première intention, tantôt après suppuration, et presque toujours le périnée présentera, après la guérison, une étendue suffisante. Dans les déchirures incomplètes qui s'étendent jusqu'au sphincter anal, on a souvent employé quelques points de suture ou l'application de serres-fines, mais nous avons depuis longtemps renoncé à leur emploi, qui est douloureux et souvent compliqué par l'apparition de quelques petits points gangréneux. Toutes les fois que la déchirure est incomplète, je crois qu'il faut s'abstenir de toute opération. Quelques cautérisations avec le nitrate d'argent suffiront.

Ce que nous venons de dire des déchirures incomplètes s'applique également au traitement des déchirures centrales.

Les déchirures complètes sont beaucoup plus graves que les précédentes ; elles sont souvent suivies d'incontinence des matières fécales, et produisent ainsi une infirmité dégoûtante. Il faut savoir pourtant que, dans un certain nombre de cas, et j'en ai vu un exemple, les déchirures complètes sont suivies de guérison spontanée. Les faits de ce genre ne sont pas excessivement rares, puisque M. Huguier, à lui seul, en aurait observé quinze ou vingt cas. Les guérisons spontanées sont cependant loin de constituer la règle générale ; presque toujours l'intervention du chirurgien devient indispensable. On devra donc pratiquer la périnéorrhaphie ; mais à quelle époque convient-il d'opérer ? Dieffenbach voulait que la suture fût faite immédiatement après l'accouchement. A ce moment, les bords de la déchirure sont encore saignants, et l'avivement est inutile ; c'est moins une opération sanglante que l'on fait qu'un simple pansement. Cette conduite n'est cependant pas sans inconvénients : on prive, en effet, les malades des chances d'une guérison spontanée, l'écoulement des lochies gêne la cicatrisation, et les maladies si fréquentes pendant l'état puerpéral compromettent souvent le succès. Mieux vaut, je crois, comme l'ont conseillé Roux et Velpeau, attendre que la femme soit complétement rétablie, et n'opérer qu'après le retour de la première époque menstruelle. M. Nélaton a conseillé de pratiquer la périnéorrhaphie sept ou huit jours après l'accouchement, et d'affronter, sans avivement, les bords de la plaie encore recouverts de bourgeons charnus. Cette méthode a réussi, mais elle a eu aussi ses revers. Après sept ou huit jours, les parties génitales sont souvent encore tuméfiées, et les points de suture traversent des parties enflammées qui se coupent facilement. L'écoulement des lochies, les maladies puerpérales intercurrentes, peuvent d'autre part entraver la guérison.

L'opération faite tardivement est celle à laquelle nous donnons la préférence.

CHAPITRE V

DES VICES DE CONFORMATION DE LA VULVE ET DU VAGIN

Les vices de conformation des parties génitales peuvent être congénitaux ou accidentels ; mais, comme les uns et les autres offrent à peu près les mêmes