

Leçons de clinique obstétricale / par Ch. Maygrier ; recueillies par le Dr Demelin ; revues par l'auteur.

Contributors

Demelin, L.
Maygrier, Ch. 1849-
Royal College of Physicians of Edinburgh

Publication/Creation

Paris : O. Doin, 1893.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/akhcp8z9>

Provider

Royal College of Physicians Edinburgh

License and attribution

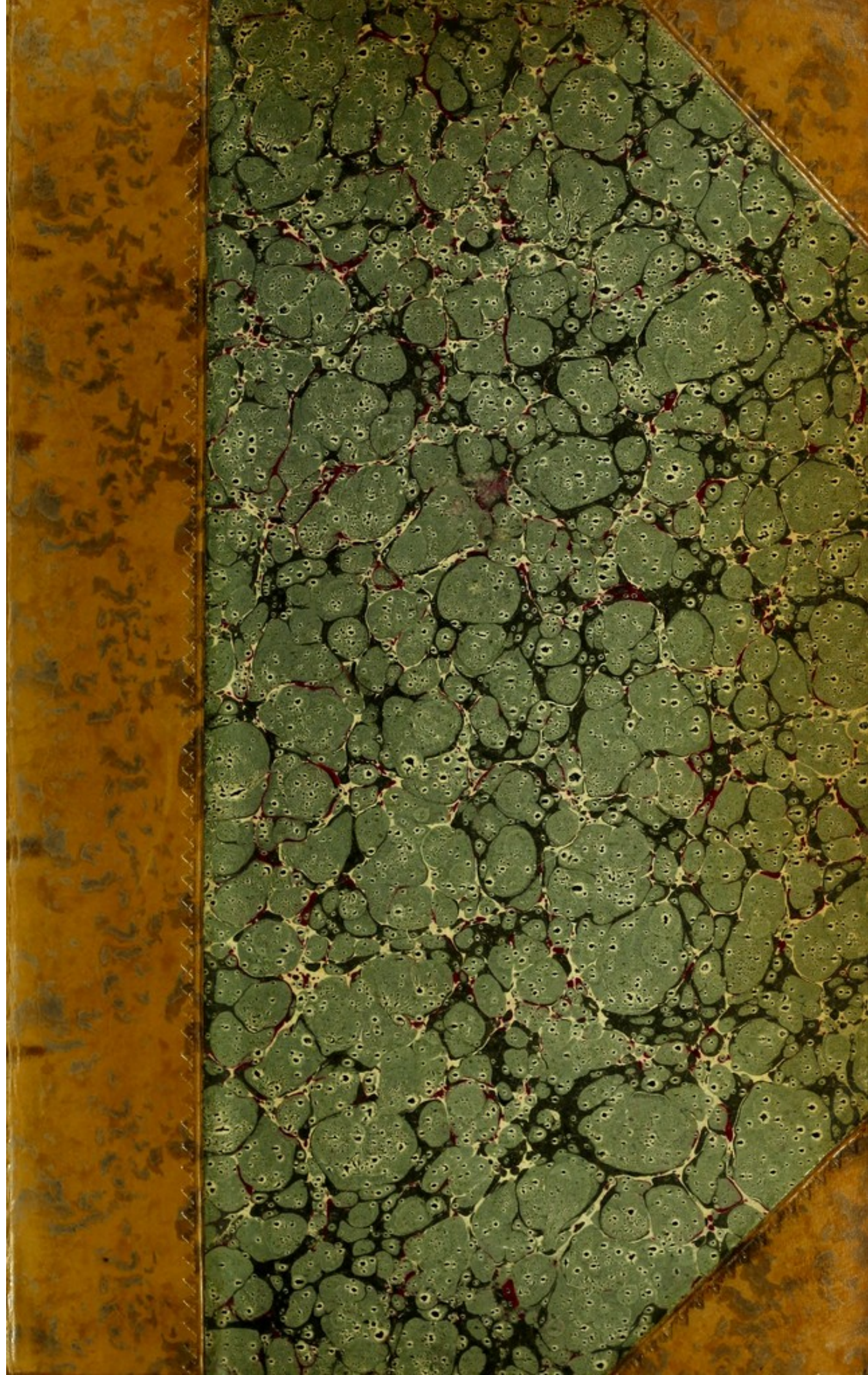
This material has been provided by This material has been provided by the Royal College of Physicians of Edinburgh. The original may be consulted at the Royal College of Physicians of Edinburgh. where the originals may be consulted.

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>



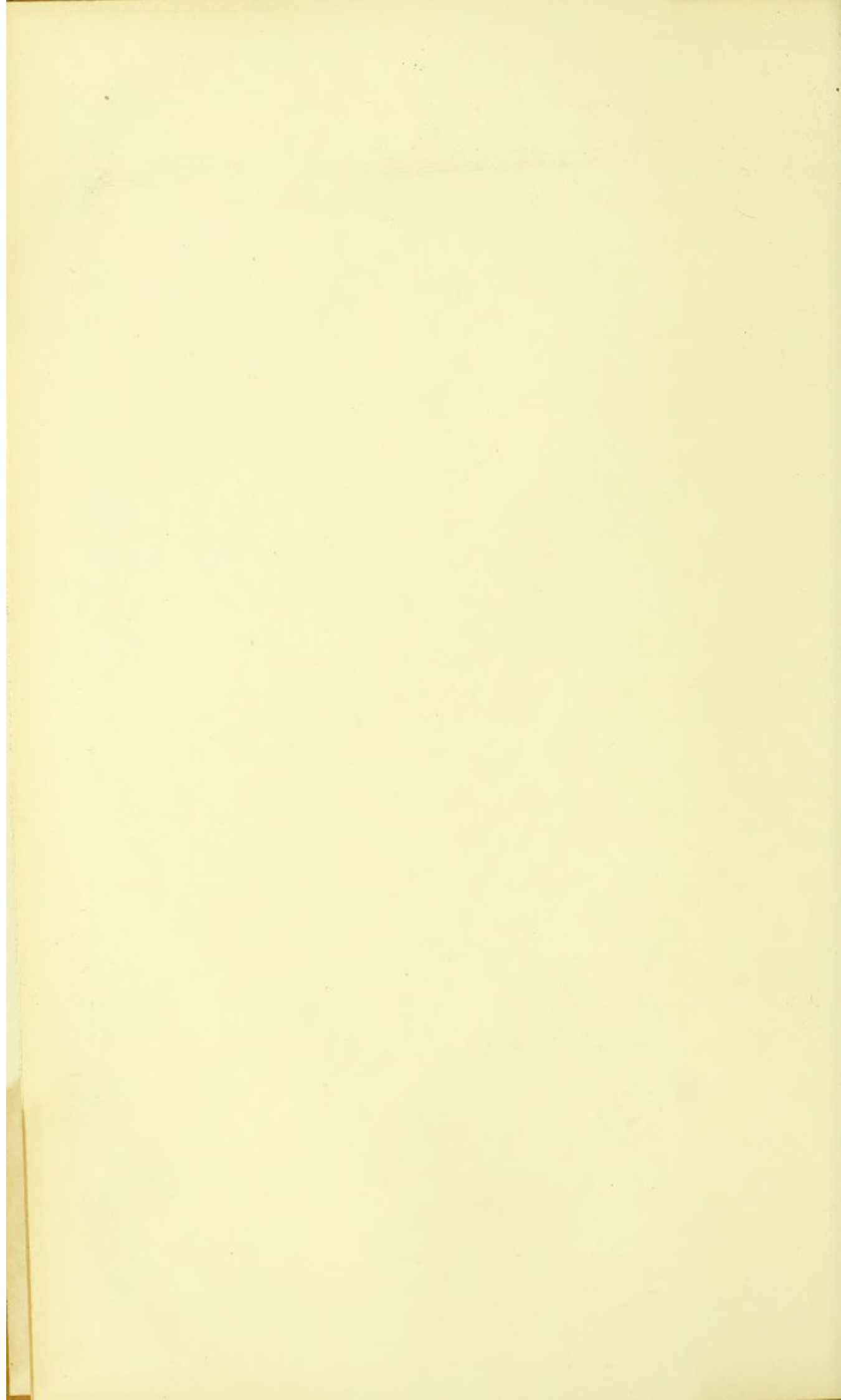
HC 2. 11

R51248



Digitized by the Internet Archive
in 2015

<https://archive.org/details/b21921957>



LEÇONS
DE
CLINIQUE OBSTÉTRICALE

AUTRES TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

DES FORMES DIVERSES D'ÉPIDÉMIES PUERPÉRALES, *Thèse d'agrégation*, un volume de 109 pages. Paris, 1883.

TERMINAISONS ET TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, *Thèse d'agrégation*, un volume de 180 pages. Paris, 1886.

Article VERSION du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1888.

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'AVORTEMENT MULTIPLE ET EN PARTICULIER SUR L'AVORTEMENT GÉMELLAIRE (en collaboration avec le D^r DEMELIN). Extrait des *Archives de Tocologie*. Paris, 1892.

DE LA RUPTURE INCOMPLÈTE DES COUCHES SUPERFICIELLES DE L'UTÉRUS GRAVIDE. Extrait des *Annales de la Société obstétricale de France*, 1892.

LEÇONS
DE
CLINIQUE OBSTÉTRICALE

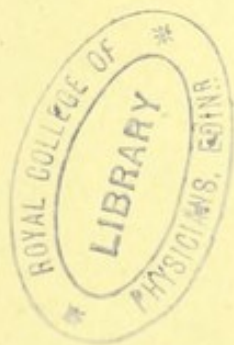
PAR

CH. MAYGRIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ACCOUCHEUR DE LA Pitié

Recueillies par le D^r DEMELIN

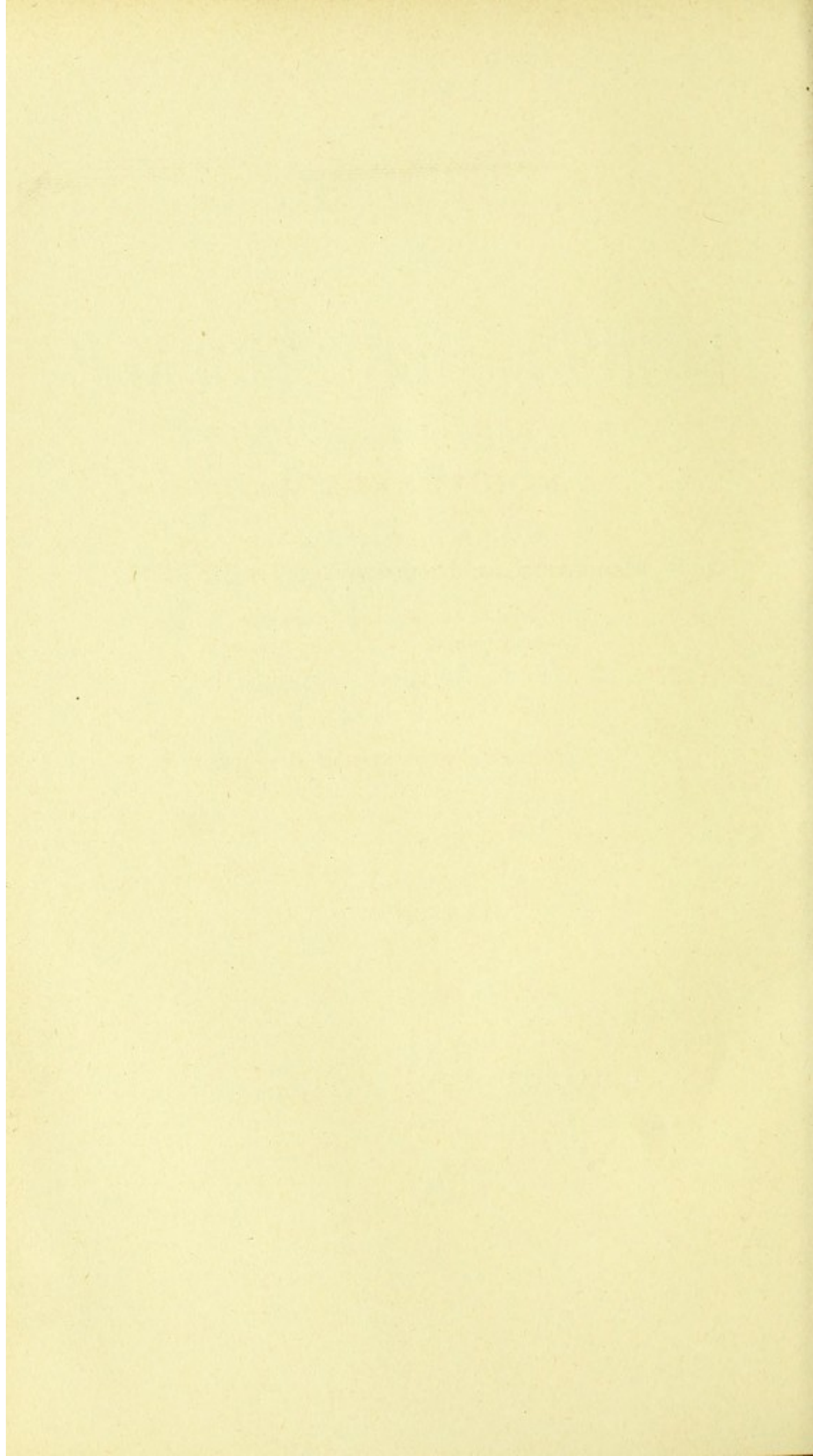
Chef de Clinique de la Faculté



REVUES PAR L'AUTEUR

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1893

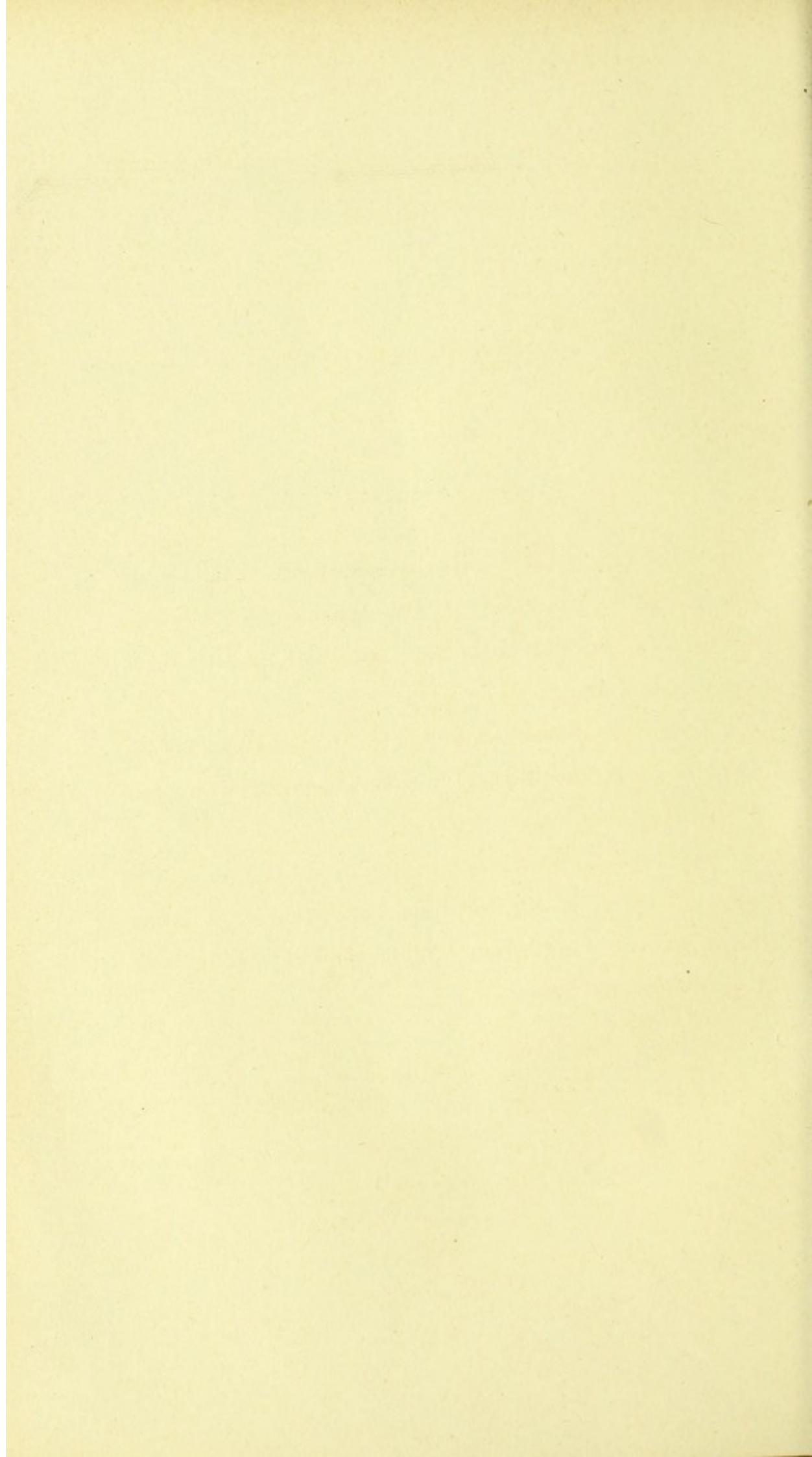


A MON VÉNÉRÉ MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage reconnaissant et dévoué



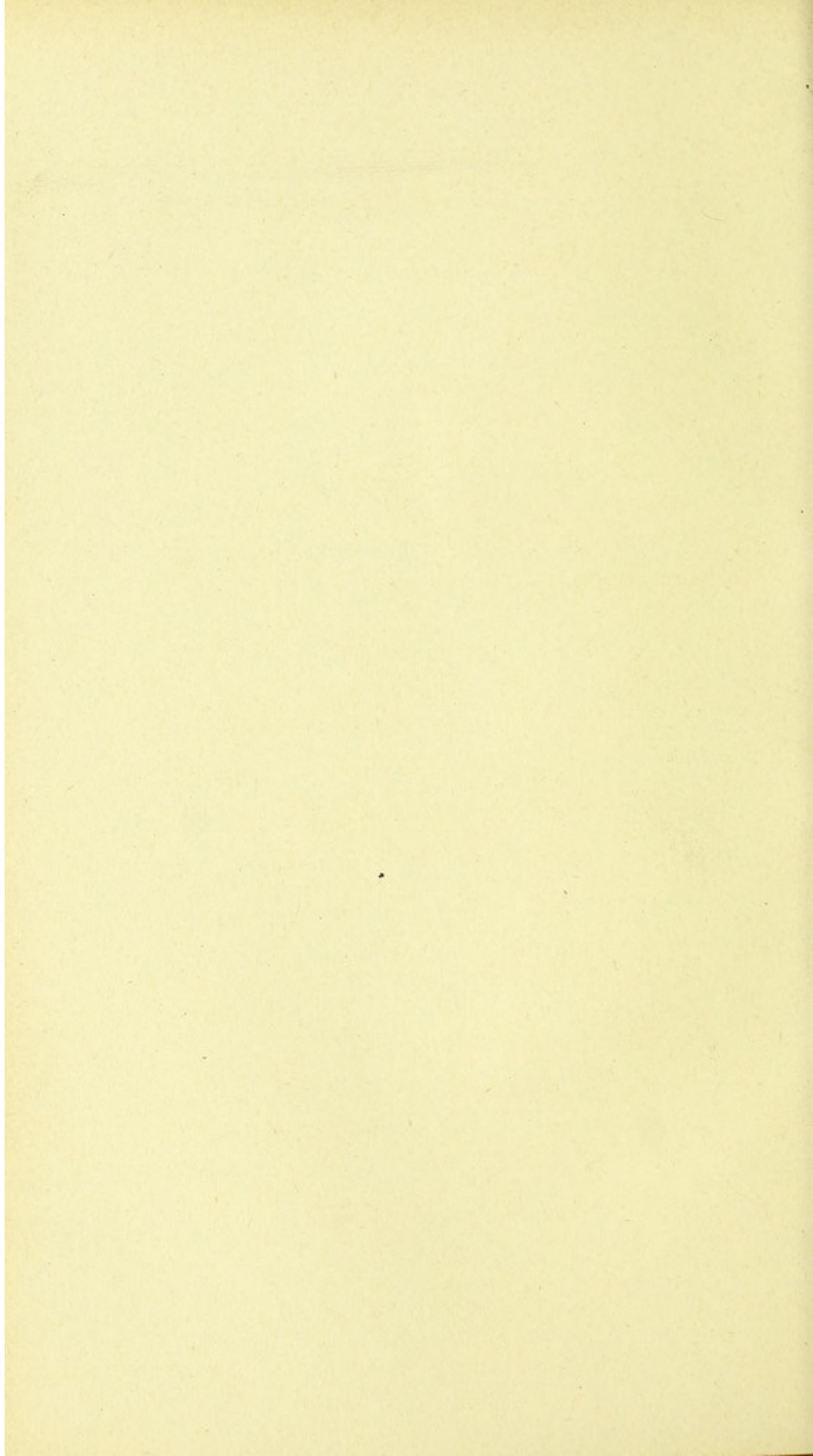
AVANT-PROPOS

Ces leçons ont été faites pendant les vacances de l'année 1891, à la Clinique d'accouchements de la rue d'Assas, où je remplaçais mon excellent maître, M. le Professeur Tarnier.

Elles ont été recueillies par M. le D^r Demelin, chef de Clinique de la Faculté, que je remercie vivement de son précieux concours.

Après les avoir revues avec soin, j'ai ajouté à quelques-unes d'entre elles des notes complémentaires, et je les fait suivre de l'indication bibliographique des travaux des auteurs que j'ai cités.

Ch. MAYGRIER.



LEÇONS

DE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

PREMIÈRE LEÇON

DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES BASSINS RACHITIQUES MOYENNEMENT VICIÉS

SOMMAIRE : Ce qu'il faut entendre sous le nom de bassin moyennement vicié par le rachitisme.

Variabilité de la terminaison de l'accouchement dans ces sortes de bassins, chez des femmes qui présentent le même diamètre promonto-pubien ; variabilité identique chez la même femme à ses différents accouchements. Observations à l'appui.

L'accouchement peut se terminer spontanément ou artificiellement : 1^{er} accouchement spontané : sa fréquence ; son mécanisme ; 2^e accouchement artificiel : sa fréquence ; forceps, version, leurs résultats.

Les causes de ces terminaisons différentes doivent être recherchées du côté de la mère ou de l'enfant ; elles peuvent être dues aussi à une conduite défectueuse tenue pendant le travail ¹.

MESSIEURS,

Les hasards de la clinique ont rassemblé dans nos salles un certain nombre de femmes qui, toutes, présentent des déformations pelviennes de nature rachitique ;

¹ Voir l'index bibliographique des quatre premières leçons, page 61.

de plus, leurs bassins appartiennent à la même catégorie : celle des bassins dits *moyennement rétrécis*. Ce sont, d'ailleurs, les plus fréquents, ceux qu'il est par conséquent le plus utile de bien connaître. Ce sont en même temps ceux qui passent le plus facilement inaperçus jusqu'au moment de l'accouchement ; car, ainsi que vous le verrez chez les femmes dont je vais vous rapporter les observations, il n'y a souvent que des stigmates insignifiants de rachitisme sur le reste du squelette.

L'étude de ces bassins présente donc un grand intérêt clinique, et j'ai tenu à profiter de l'occasion qui m'est offerte pour vous présenter une description d'ensemble de leur viciation.

Vous savez que le rachitisme est une maladie de la première enfance qui ramollit les os et peut laisser sur eux des traces indélébiles. Procédant de bas en haut, il atteint d'abord les membres inférieurs, puis gagne le bassin, le thorax, la colonne vertébrale, les membres supérieurs, enfin la tête.

Dans certains cas, le bassin est très déformé ; dans d'autres, il l'est beaucoup moins. C'est de cette dernière catégorie seule que je veux vous entretenir.

Pour que vous puissiez me suivre aisément, je dois d'abord vous rappeler les caractères généraux du bassin rachitique. La viciation consiste essentiellement dans la projection en avant de l'angle sacro-vertébral, d'où résulte un rétrécissement antéro-postérieur au détroit supérieur. De plus, le bassin présente un arrêt de développement plus ou moins marqué.

Le rétrécissement peut affecter des degrés très différents. Vous savez que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure en moyenne 11 centimètres. Lorsque l'angle sacro-vertébral est rapproché du pubis, de manière à en être séparé par une distance comprise entre 11 centimètres et 9^{cm},5, cet angle est dit *accessible* ; la mensuration digitale est souvent difficile dans ces cas, et, en dehors de circonstances exceptionnelles, l'accouchement se fait spontanément. Ce ne sont pas là les bassins dont je veux m'occuper ; j'ai l'intention de vous parler plus particulièrement de ceux dont le diamètre promonto-pubien mesure de 9 centimètres $1/2$ à 8 centimètres. Ils constituent véritablement la classe des moyennement rétrécis. Je laisserai également de côté ceux dont ce diamètre est inférieur à 8 centimètres.

Trois femmes viennent d'accoucher à la Clinique, qui rentrent dans notre catégorie, et, en comparant leurs observations, une première réflexion s'impose : c'est que, avec un diamètre sacro-pubien à peu près égal, elles ont eu des accouchements très différents.

Le 22 août, à ma visite du matin, M^{lle} Hanicot, sage-femme en chef, m'apprenait qu'il y avait à la salle d'accouchements une femme de vingt-cinq ans, primipare, en travail, avec une présentation de la face. Je trouvai en effet, en examinant la parturiente par le palper, la tête au détroit supérieur, l'occiput très relevé et saillant du côté gauche, et, au-dessus de lui, un coup de hache très évident. Le toucher confirma le diagnostic de présentation

de la face en MIDP. Je recherchai l'angle sacro-vertébral, les rétrécissements du bassin étant, vous le savez, une des causes de cette présentation ; j'arrivai sur cet angle, et je pus mesurer un diamètre promonto-sous-pubien de $10^{\text{cm}},7$. Vous n'ignorez pas que, d'ordinaire, on retranche de cette mesure 1 centimètre $1/2$, pour obtenir la longueur présumée du diamètre promonto-pubien minimum. Il s'agissait donc d'un bassin de $9^{\text{cm}},2$. Étant donnés la présentation et le rétrécissement, il y avait lieu de faire des réserves sur la terminaison de l'accouchement. J'ajoute que la grossesse était arrivée à son terme, les dernières règles ayant eu lieu du 20 au 22 novembre. Cependant, vers trois heures de l'après-midi, la dilatation était complète, les membranes rompues, la face engagée ; la rotation se faisait, et, une heure après, le dégagement s'opérait rapidement. L'enfant, né en bon état, ne pesait que 2,800 grammes ; son diamètre bipariétal mesurait $8^{\text{cm}},5$.

Une autre femme primipare, de dix-huit ans, se trouvait depuis quelque temps dans le service. Elle ignorait à quelle époque elle avait eu ses dernières règles ; mais, d'après le volume du fœtus, elle paraissait arrivée au terme de sa grossesse. Par le palper et le toucher, on trouvait une tête élevée, non engagée, mobile au-dessus du détroit supérieur. Bien que du côté de ses membres inférieurs elle ne présentât guère de traces de rachitisme, son bassin était rétréci ; le diamètre promonto-sous-pubien était long de $10^{\text{cm}},2$, ce qui nous donnait $8^{\text{cm}},7$ comme distance promonto-pubienne minima.

Dans ces conditions et vu l'époque avancée de la gestation, je jugeai prudent de provoquer tout de suite l'accouchement. Le 18 août, M. le Dr Demelin, qui remplit les fonctions de chef de Clinique, pratiqua sur mon conseil l'accouchement prématuré à l'aide de l'excitateur de M. le Prof. Tarnier. Le ballon, introduit au-dessus de l'orifice interne, fut gonflé avec 90 grammes de liquide ; une heure et demie après son introduction, il creva. La femme avait ressenti des douleurs ; le col était souple, très raccourci. Les contractions continuèrent pendant la journée, puis se ralentirent. Le lendemain matin, le travail restant stationnaire, M. Demelin appliqua l'écarteur de M. Tarnier, et le laissa en place pendant cinq heures. A deux autres reprises, le même instrument fut réintroduit. Ce ne fut qu'au bout de cinquante-huit heures que la dilatation fut enfin complète ; la tête restait toujours très élevée. Mais, alors, la rupture des membranes eut lieu, l'engagement se fit brusquement, et l'enfant fut expulsé rapidement : il pesait 3,020 grammes et avait un diamètre bipariétal de 9^{cm},2.

Une troisième femme a présenté des phénomènes très différents des précédentes. Agée de trente et un ans, multipare, n'ayant marché qu'à dix-huit mois, elle déclare avoir eu deux accouchements antérieurs à terme, très difficiles : les enfants sont morts pendant le travail. Elle est enceinte pour la troisième fois : ses dernières règles ont eu lieu du 3 au 7 décembre 1890. Cette femme se présente à la Clinique vers le huitième mois de sa grossesse, suivant le conseil de M. Tarnier qui, après

examen, avait décidé qu'on provoquerait l'accouchement à cette époque. Le 16 août, au matin, M. Demelin introduisit un ballon au-dessus de l'orifice interne. La tête était élevée ; le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 10^{cm},4 ; le diamètre minimum était donc de 8^{cm},9, c'est-à-dire sensiblement égal à celui de l'observation qui précède. Malgré cette analogie, les deux bassins ne se ressemblaient pas. Tandis que chez notre deuxième femme le bassin était large sur ses parties latérales, cordiforme au détroit supérieur, il était chez celle-ci étroit de partout, et fortement en antéversion. Le travail une fois commencé, le ballon tomba dans le vagin ; on le remplaça par une bougie aseptique qu'on fit pénétrer jusqu'au fond de l'utérus. La tête restait toujours élevée. Le 17 août, à sept heures et demie du soir, la dilatation était complète. La poche des eaux, énorme, arrivait jusqu'à la vulve. M^{lle} Hanicot la rompit, mais la tête resta au détroit supérieur. A dix heures du soir, M. Demelin essaya de terminer l'accouchement par une application du forceps ; mais, la tête étant très mobile, reportée en avant, au-dessus de la symphyse pubienne, l'instrument glissa. Une deuxième application n'eut pas plus de succès. Les battements du cœur étaient excellents. M. Demelin me fit alors prévenir, et je lui conseillai de tenter la version. Celle-ci fut opérée, mais l'évolution fut très pénible. Les pieds ne furent amenés à la vulve qu'avec de grandes difficultés. Lorsque le siège se dégagaa enfin, on s'aperçut que l'enfant était à cheval sur son cordon, qui était tendu et tirailé ; on sectionna le cordon entre

deux pinces, et on continua rapidement l'extraction, qui fut relativement aisée. La tête pénétra facilement dans l'excavation et fut dégagée sans peine. Mais l'opération avait été longue et accidentée; le cordon ombilical avait fait procidence dans des conditions très défavorables. Aussi l'enfant, après avoir fait quelques inspirations, succomba-t-il, malgré les soins qui lui furent prodigués. Il pesait seulement 2,620 grammes, et avait un diamètre bipariétal de 9^{cm},3.

Ainsi, voilà deux femmes dont le bassin a des dimensions antéro-postérieures à peu près identiques : dans un cas, l'enfant, pesant 3,020 grammes, naît spontanément; dans l'autre, l'enfant, qui ne pèse que 2,600 grammes succombe après un travail pénible ayant nécessité trois opérations.

Avant de rechercher quelle peut être l'explication de pareilles différences, je veux vous signaler d'autres exemples analogues.

Dans la thèse de Stanesco, qui date de 1869, vous trouverez les faits suivants : Une femme multipare, arrivée à terme, ayant un bassin de 9 centimètres, accouche spontanément d'un enfant de 4 kilogrammes ; le travail ne dure que trois heures ! Et, à côté de cette observation, il y en a d'autres où les femmes n'ont pu accoucher d'enfants petits, bien que leur bassin mesurât également 9 centimètres. Ces divergences s'observent parfois chez la même femme, dont les accouchements successifs sont tantôt spontanés, tantôt artificiels.

Ainsi, dans les bassins moyennement rétrécis, l'accou-

chement peut être spontané ou réclamer une intervention.

Etudions d'abord l'accouchement spontané. Il peut avoir lieu à terme ou avant terme. On a longtemps admis que les femmes rachitiques sont sujettes à accoucher prématurément. Il n'en est rien malheureusement : le Dr La Torre l'a démontré, chiffres en mains, dans un travail remarquable. Des relevés touchant la terminaison spontanée de l'accouchement ont été faits, en 1869, par Stanesco, à la Clinique d'accouchements, et, en 1870, par Rigaud, à la Maternité. Pour poser nettement les éléments du problème, il faut distinguer des catégories spéciales. En réunissant les chiffres de ces deux auteurs, on arrive à un total de 301 cas de bassins de 9 centimètres et au delà. Dans cette première catégorie, il y a eu 216 accouchements spontanés (71,76 0/0). Dans une seconde classe de bassins mesurant de 8 centimètres à 9 centimètres, on n'a relevé, sur 215 cas, que 84 accouchements spontanés (39,06 0/0). D'où résulte cette conséquence, facile à prévoir, que l'accouchement spontané est d'autant plus fréquent que le rétrécissement est moindre.

Lorsque l'accouchement se termine spontanément, par quel mécanisme la tête franchit-elle le rétrécissement ? Voyons successivement ce qui se passe, suivant que la tête se présente la première ou la dernière à l'entrée du bassin.

En ce qui concerne la présentation du sommet, le mécanisme a été surtout bien étudié par Michaëlis et Litzmann dans les bassins rétrécis d'avant en arrière au détroit supérieur.

Supposons un bassin de 8 à 9 centimètres ; la femme est à terme : la tête se présente transversalement et elle est élevée. Pour s'engager dans le détroit supérieur, il lui faut tourner l'obstacle formé par le promontoire ; le diamètre bipariétal du fœtus doit éviter le diamètre sacropubien de la mère ; ce résultat est atteint de la façon suivante : la tête va osciller, de telle sorte que sa bosse pariétale postérieure, descendant avant l'antérieure, ira se loger dans l'encoche formée par l'aileron du sacrum, sur la partie latérale du promontoire : pour cela, elle se défléchit légèrement et s'incline sur son pariétal postérieur. Si l'on pratique alors le toucher, on trouve la suture sagittale transversalement dirigée, mais beaucoup plus rapprochée de la symphyse pubienne que du promontoire. Il y a ce que les Anglais ont appelé de l'asynclisme de la tête, ou ce que Litzmann a désigné sous le nom de présentation du pariétal : ici, c'est le pariétal postérieur qui se présente. Le toucher permet, en outre, d'arriver sur les deux fontanelles antérieure et postérieure.

La tête étant ainsi placée, les contractions utérines vont la faire progresser davantage ; elle va alors changer peu à peu d'inclinaison ; la suture sagittale va s'éloigner de la symphyse pour se rapprocher du promontoire, et il y aura présentation du pariétal antérieur, d'après Litzmann, c'est-à-dire que la bosse pariétale antérieure s'engagera à son tour dans l'excavation, en tournant autour de la postérieure immobilisée.

Le détroit supérieur est ainsi franchi ; la tête peut alors

descendre jusqu'au bas de l'excavation et accomplir son mouvement de rotation.

Tel est le mécanisme le plus habituel de la descente de la tête, venant la première à travers le détroit supérieur rétréci.

Lorsque l'enfant s'est présenté par le siège, la tête dernière évolue aussi d'une certaine manière pour traverser le rétrécissement. Ce mécanisme a été étudié par Simpson, Barnes, et surtout par MM. Duncan, Budin et Champetier de Ribes. Presque toujours, l'accoucheur intervient en pareil cas ; mais, si par hasard l'expulsion se faisait seule, voici ce qu'on pourrait observer. La tête placée transversalement se fléchit, en sorte que le diamètre bipariétal, qui correspondait d'abord au diamètre sacro-pubien, glisse sur les parties latérales, et qu'un diamètre plus petit, intermédiaire entre le bipariétal et le bitemporal, se place dans l'espace sacro-pubien (Budin). Comme conséquence, l'occiput est refoulé dans la partie latérale correspondante du bassin, et la bosse pariétale postérieure se loge dans l'encoche qui répond à l'aileron du sacrum. Puis, la tête s'incline sur son pariétal postérieur jusqu'à ce que la bosse pariétale soit immobilisée. Autour de ce point devenu fixe, la tête tourne alors et s'incline en sens inverse : la bosse pariétale antérieure descend en suivant une direction particulière, à laquelle Barnes a donné le nom de *courbe du faux promontoire*. Une fois le pariétal antérieur dans l'excavation, la bosse pariétale postérieure, un instant arrêtée, y pénètre à son tour : la tête est tout entière dans le petit bassin.

Vous venez de voir comment peut se faire l'accouchement spontané, et comment la nature parvient, dans nombre de cas, à accommoder les diamètres maternels et fœtaux. Examinons les résultats de ces accouchements spontanés, et pour cela reprenons les chiffres que je vous ai déjà cités. Sur les 216 accouchements spontanés observés chez des femmes ayant un bassin de 9 centimètres et au dessus, il y a eu 15,7 0/0 d'enfants morts. Dans les 84 accouchements spontanés à travers des bassins de 8 à 9 centimètres, il y a eu 30,95 0/0 de mortalité pour les enfants. Cette mortalité est due, le plus souvent, à des complications survenues pendant le travail, telles que des procidences, ou bien à la longue durée de ce travail, ou enfin à ce qu'on a négligé d'intervenir quand cela était nécessaire.

Arrivons maintenant aux cas où l'accouchement ne peut se terminer sans intervention, et voyons les résultats fournis par la statistique, suivant qu'on a eu recours au forceps, à la version ou à l'embryotomie.

Dans les 301 cas de bassins de 9 centimètres, il y a eu 51 applications de forceps, presque toujours au détroit supérieur, avec 54,90 0/0 de mortalité pour les enfants. Dans les 215 bassins de 8 à 9 centimètres, il y a eu 60 applications de forceps avec 23,33 de mortalité fœtale. Il faut noter qu'il n'était pas alors question du forceps Tarnier ; aussi devons-nous retenir surtout le nombre des interventions plutôt que leurs résultats.

En ce qui concerne la version, elle a été pratiquée

21 fois dans les 301 cas de la première catégorie : la mortalité infantile a été de 66,66 0/0 ; et 15 fois parmi les 215 femmes de la seconde catégorie : il y a eu 80 enfants morts sur 100. Ces chiffres sont vraiment effrayants : il ne faudrait pourtant pas juger d'après eux la question de la version dans les bassins viciés, car le passage de la tête dernière et le manuel opératoire de son extraction n'étaient pas bien connus au moment où ils furent établis.

De toutes ces statistiques la conclusion capitale que je veux tirer, et sur laquelle j'appelle toute votre attention, c'est la terminaison variable des accouchements dans des rétrécissements moyens, même à degré égal d'angustie pelvienne.

Comment donc expliquer ces différences dans des bassins qui ont la même mesure promonto-pubienne ? A vrai dire, certaines causes nous échappent. Pourtant, il est possible d'en trouver quelques-unes du côté de la mère, de l'enfant ou de l'accoucheur.

Du côté de la mère, c'est la filière pelvienne qu'il faut considérer avant tout. Or le bassin, bien que rétréci, peut ne l'être que dans le sens antéro-postérieur, les parties latérales restant larges, condition favorable pour l'issue heureuse de l'accouchement. Ou bien le bassin est rétréci dans tous ses diamètres. Parfois il est asymétrique, large d'un côté, étroit de l'autre. Dans d'autres cas, la face antérieure du sacrum, au lieu d'être concave, est plane ou même convexe, soit dans toute sa hauteur, soit seulement en partie. Enfin, l'angle sacro-vertébral

peut être plus ou moins élevé au-dessus de la symphyse pubienne ; l'antéversion du détroit supérieur est alors plus ou moins prononcée. On conçoit que ces configurations diverses modifient chacune le pronostic, qui se complique encore suivant la présentation, le volume du fœtus...

Les contractions utérines et l'effort abdominal sont aussi d'importants facteurs. Une femme vigoureuse, énergique, expulsera évidemment le fœtus avec plus de facilité qu'une femme faible et débile, bien que, chez les deux sujets, le diamètre sacro-pubien soit le même.

Du côté du fœtus, il faut surtout tenir compte de son volume qui est en rapport avec l'âge de la grossesse, le nombre des grossesses antérieures, la corpulence et la carrure du père... Le degré d'ossification du crâne est aussi important à noter : une tête molle, réductible, s'engagera plus aisément à travers un rétrécissement qu'une tête de même volume, solide et résistante. L'excès de liquide amniotique ralentit les contractions utérines. Dans des conditions opposées, lorsque l'utérus est rétracté sur le fœtus et vide d'eaux, les forces expulsives sont encore très amoindries.

L'accoucheur enfin joue un rôle capital, au point de vue de la terminaison de l'accouchement, par la manière dont il le dirige et le surveille. Si les membranes sont rompues artificiellement à une époque prématurée, si la temporisation a été trop prolongée, si le choix de l'intervention n'est pas judicieux, les résultats peuvent être désastreux, alors qu'ils eussent été tout autres avec une conduite plus sage.

Permettez-moi de résumer, en quelques mots, les principaux enseignements qui doivent ressortir pour vous de cette leçon.

Ce sont : 1° La variabilité de la terminaison de l'accouchement dans les bassins moyennement rétrécis, malgré la ressemblance apparente de ces bassins ;

2° La possibilité d'une terminaison spontanée ou artificielle dans le même bassin ;

3° Le mécanisme particulier suivant lequel la tête, venant première ou dernière, franchit le détroit supérieur rétréci d'avant en arrière ;

4° Les causes qui expliquent les différences observées dans ces accouchements.

DEUXIÈME LEÇON

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES BASSINS RACHITIQUES MOYENNEMENT VICIÉS

SOMMAIRE : Conduite à tenir pendant la grossesse.

Nécessité de diagnostiquer exactement le degré de rétrécissement. — Palper mensurateur. — Toucher explorateur et pelvimétrie digitale ; causes d'erreurs.

De la provocation artificielle de l'accouchement. — Comment peut-on déterminer l'époque à laquelle on doit provoquer le travail ? — Degré de rétrécissement, volume de la tête fœtale, âge de la grossesse.

Principaux procédés pour provoquer l'accouchement. Asepsie préparatoire des voies génitales. — Méthode de Krause. — Ballon excitateur de M. Tarnier.

Moyens propres à accélérer le travail : ballons de Barnes, ballon de M. Champetier de Ribes, écarteur de M. Tarnier.

Appréciation des diverses méthodes de provocation de l'accouchement.

MESSIEURS,

Les bassins moyennement rétrécis étant les plus communs, il importe de bien connaître les règles de la conduite à tenir quand on se trouve en présence de femmes atteintes de ce genre de viciation.

Or il faut établir immédiatement une grande distinction entre les cas où l'on est consulté pendant la grossesse, et ceux où l'on est appelé la femme étant en travail, à terme ou avant terme.

Nous envisagerons dans cette leçon les cas où la femme se présente à notre examen pendant la grossesse.

Il importe avant tout de faire un diagnostic exact. Vous devrez dépister avec soin les moindres traces de rachitisme, et, si le squelette ne vous présente rien d'anormal, examiner cependant toujours le bassin avec la plus grande attention.

Il y a plusieurs manières de se rendre compte de l'état du bassin : c'est d'abord la pelvimétrie externe qui ne vous fournira que de vagues renseignements, et que je laisse à dessein de côté.

C'est ensuite le palper abdominal qui vous permettra de reconnaître si la tête se présente, si elle est engagée ou non, et, surtout si elle déborde plus ou moins la symphyse pubienne. Cette dernière exploration, érigée en méthode par le Prof. Pinard sous le nom de palper mensurateur, a été indiquée pour la première fois, en 1885, par Müller, de Berne, au Congrès des naturalistes allemands de Strasbourg. Müller pensait pouvoir établir que la tête fœtale s'engagera ou non à travers un détroit supérieur rétréci, en fixant cette tête sur le détroit et en recherchant par la palpation si elle déborde en avant et au-dessus du pubis. En 1886, Brühl insista de nouveau sur ce moyen de diagnostic. M. Pinard y attache une grande importance, et son élève M. Le Cudennec a soutenu récemment sur ce sujet une thèse intéressante. On fait appuyer par les mains d'un aide la tête fœtale de haut en bas et d'avant en arrière sur le promontoire; puis on essaye d'insinuer l'extrémité des doigts entre la tête ainsi fixée et la symphyse,

et, suivant que le pariétal antérieur dépasse plus ou moins la ceinture osseuse, on apprécie quel est l'excès de volume de la tête par rapport au diamètre antéro-postérieur du bassin. Ce moyen fournit de précieux renseignements sur le volume du crâne fœtal ; mais il ne peut vous éclairer sur les dimensions exactes du diamètre sacro-pubien, sur l'existence possible d'un faux promontoire, sur une asymétrie quelconque de l'excavation pelvienne. Aussi devez-vous toujours avoir recours au toucher explorateur et au toucher mensurateur.

Dans tout bassin rachitique vous rechercherez d'abord l'angle sacro-vertébral, en portant en haut et en arrière l'extrémité de l'index introduit dans le vagin. Pour l'atteindre plus sûrement, vous ferez soulever légèrement le siège de la femme. Votre doigt butera sur une saillie osseuse, et vous reconnaîtrez que cette saillie est bien le promontoire aux caractères suivants : au-dessus d'elle, vous sentirez la colonne lombaire qui fuit en arrière ; au dessous, vous rencontrerez la face antérieure du sacrum ; et de chaque côté vous constaterez une dépression mousse, arrondie, formée par le bord antérieur des ailerons du sacrum. Si la pulpe de l'index n'atteint l'angle que difficilement et ne peut rester fixée sur lui, c'est que celui-ci est assez éloigné du pubis pour que la mensuration soit inutile ; le bassin mesure alors en général plus de 9 centimètres $1/2$, rétrécissement presque négligeable. Quand le doigt peut être maintenu en place sur l'angle sacro-vertébral, on doit faire la mensuration du bassin. Pour cela, la pulpe de l'index restant fixée sur l'angle, la base du

même doigt est relevée et appuyée sur le ligament triangulaire ou sous-pubien. L'index de la main gauche, restée libre, écarte alors les grandes et les petites lèvres; son ongle est tourné vers le pubis et vient faire, sur la base du doigt introduit dans le vagin, une marque au point exact où le ligament sous-pubien se trouve en contact avec lui. On retire alors le doigt du vagin, et on note avec soin la distance comprise entre cette marque et l'extrémité de l'index; cette distance est la mesure du diamètre *promonto-sous-pubien*; or le diamètre qu'il est nécessaire de connaître est le *promonto-pubien minimum*, diamètre *utile* de M. Pinard, *conjugué vrai* des Allemands, qui va de l'angle sacro-vertébral à la partie la plus saillante de la face postérieure de la symphyse pubienne, *point post-pubien* du D^r Crouzat. Pour obtenir ce diamètre minimum, on retranche généralement 1 centimètre $1/2$ de la mesure trouvée. Si, par exemple, on a constaté que le diamètre promonto-sous-pubien était de 10^{cm},5, on estimera à 9 centimètres le diamètre promonto-pubien minimum.

Telle est la pelvimétrie digitale. Toutefois, je dois vous mettre en garde contre une méprise possible. Il existe parfois une saillie anormale de la première ou même de la seconde vertèbre sacrée qui en impose, tout d'abord, pour le véritable angle sacro-vertébral. Mais un examen un peu attentif vous fera reconnaître qu'il s'agit là d'un *faux promontoire* sacré qui ne présente aucun des caractères du vrai. Or, si vous mesurez la distance comprise entre ce faux promontoire et le ligament sous-pubien, il n'y aura plus lieu de retrancher 1 centimètre $1/2$, car plus

le promontoire s'abaisse, et plus le diamètre promonto-sous-pubien tend à se confondre avec le diamètre utile. Aussi devez-vous rechercher avec soin s'il existe plusieurs saillies sur le sacrum, noter le véritable diamètre promonto-sous-pubien, mesurer aussi les autres et établir quel est de tous ces diamètres le plus petit.

La méthode digitale n'est pas exempte d'erreurs. Deux observateurs différents peuvent obtenir des mesures variant de quelques millimètres. De plus, le chiffre de 15 millimètres qu'on doit retrancher n'est qu'une moyenne approximative. M. Crouzat a montré qu'en faisant cette déduction on s'exposerait, une fois sur trois, à commettre une erreur de 5 à 11 millimètres. Aussi a-t-il essayé de remédier à cet inconvénient de la pelvimétrie digitale, en imaginant un pelvimètre ingénieux qui donne très exactement la mesure du diamètre minimum. Bien d'autres pelvimètres ont été inventés : je ne vous dirai rien de tous ces instruments, dont l'emploi est généralement assez douloureux, et qu'on n'a que rarement sous la main ; d'ailleurs, dans la pratique usuelle, la mensuration digitale est très suffisante.

Mais vous ne devrez pas, dans cet examen du bassin, vous borner à l'appréciation des seuls diamètres promonto-pubiens. Pour avoir une notion exacte des dimensions du canal pelvien, vous rechercherez encore si le rétrécissement n'existe qu'au détroit supérieur, ou si le bassin est généralement rétréci. Dans ce dernier cas, vous trouverez la face antérieure du sacrum accessible au doigt dans une plus ou moins grande étendue, et vous consta-

terez que les parties latérales de l'excavation sont étroites. Vous explorerez attentivement ces parties latérales pour vous assurer si l'une des moitiés du bassin n'est pas plus large que l'autre, s'il n'y a pas d'asymétrie.

J'ai déjà attiré votre attention sur les conséquences que ces différentes formes de la viciation pelvienne entraînent pour le pronostic chez les femmes dont les bassins peuvent avoir un diamètre antéro-postérieur absolument semblable.

Le diagnostic étant établi, et le degré du rétrécissement connu, quelle conduite y a-t-il lieu de tenir ? Si le bassin mesure plus de 9 centimètres $1/2$, vous laisserez en général la grossesse aller à terme, surtout si la femme a déjà eu des accouchements antérieurs heureux. Cependant, qu'il s'agisse d'une primipare ou d'une multipare, vous surveillerez attentivement le développement du fœtus, l'accroissement de sa tête ; si cette dernière paraissait très grosse et débordait notablement la symphyse pubienne, il serait bon de provoquer l'accouchement une semaine ou même deux avant le terme.

Mais ce sont surtout les bassins de 8 à 9 cent. $1/2$ qui doivent nous occuper. Ici, il faut poser en principe qu'on doit provoquer l'accouchement. Cependant, si le bassin mesure de 9 à 9 centimètres $1/2$, il est des cas où la temporisation est encore permise et où l'on pourrait même laisser la grossesse aller à terme : ce sont ceux où il s'agit de femmes ayant eu déjà à terme des accouchements spontanés et faciles, ceux où le fœtus est petit, le bassin symétrique...

En dehors de ces conditions, et au-dessous de 9 centimètres, il n'y a plus d'hésitation permise, et l'accouchement prématuré artificiel est formellement indiqué.

Voyons maintenant à quelle époque de la grossesse vous devrez provoquer cet accouchement. D'une façon générale, on doit se baser, pour déterminer la date à laquelle il faut interrompre la grossesse dans les rétrécissements du bassin, sur les trois données suivantes :

- 1° Le degré de rétrécissement du bassin ;
- 2° Le volume du fœtus et particulièrement de sa tête ;
- 3° L'âge de la grossesse.

Je vous ai suffisamment parlé de la manière de s'assurer du degré du rétrécissement pour n'avoir pas à y revenir.

En ce qui concerne les dimensions de la tête, P. Dubois nous a appris que le diamètre bipariétal, le plus large des diamètres transversaux du crâne fœtal, mesure : 7 centimètres, à sept mois ; 7^{cm},5, à sept mois et demi ; 8 centimètres, à huit mois ; 8^{cm},5, à huit mois et demi ; 9^{cm},5, à neuf mois.

D'après ces données, degré du rétrécissement, largeur de la tête fœtale, il est facile d'établir la date de l'accouchement ; par exemple, vous ferez accoucher à huit mois et demi une femme dont le bassin sera de 8^{cm},5, puisqu'à cette époque le diamètre bipariétal est également de 8^{cm},5. J'ajouterai qu'il est toujours préférable d'avancer un peu la provocation de l'accouchement plutôt que de la retarder, afin d'éviter des difficultés imprévues et aussi en raison de la longue durée que peut présenter le travail. En résumé, dans les bassins qui mesurent de 8 à 9^{cm},5, l'accouche-

ment prématuré doit être provoqué entre le huitième et le neuvième mois.

Mais il reste une troisième question, souvent assez embarrassante à résoudre : celle de l'âge de la grossesse. Il faut d'abord connaître exactement la date des dernières règles. Or, même en la supposant connue, on peut se tromper sur l'époque présumée de l'accouchement. Ainsi, d'après les recherches de P. Dubois, sur 50 cas, il y eut 17 fois une erreur de huit jours, 17 fois une erreur de huit à quinze jours, 13 fois une erreur de quinze à vingt jours, 3 fois une erreur de vingt à trente jours. Il faudrait connaître la date du coït fécondant, et encore l'imprégnation peut-elle ne se faire que plusieurs jours après l'introduction des spermatozoïdes dans les voies génitales. Les choses deviennent plus difficiles encore si la femme ignore la dernière époque de ses règles : d'après une statistique de P. Dubois, sur 100 femmes, 18 ne se rappelaient pas cette date ; 11 étaient d'habitude irrégulièrement menstruées, et 3 avaient présenté des écoulements sanguins pendant les premiers mois de la grossesse.

Cependant, on peut arriver en pratique à se faire une opinion approximative suffisante sur l'époque de la grossesse, en se basant à la fois sur les règles, sur les premiers mouvements du fœtus, sur le volume de l'utérus et du fœtus... Mais il est presque impossible de déterminer mathématiquement la date à laquelle on devra provoquer l'accouchement. C'est encore une raison pour laquelle il est préférable d'agir plus tôt que plus tard.

De toutes les présentations, la plus favorable est celle

du sommet ; aussi doit-on, avant l'opération, ramener la tête au détroit supérieur par des manœuvres externes, si elle n'y est déjà.

Vous avez pris date pour provoquer le travail. Comment faut-il pratiquer cette opération ?

Permettez-moi une courte digression à propos d'un mode de traitement qu'on a proposé de substituer à l'accouchement prématuré. On a pensé qu'en faisant suivre à la femme un régime débilisant on pourrait entraver le développement de l'enfant et permettre ainsi l'expulsion à terme d'un fœtus de petit volume. Ce régime est celui de la diète et des saignées, qui a été conseillé par Depaul et Cazeaux. Il était complètement délaissé, lorsqu'un auteur allemand, Prochownick, ignorant sans doute les travaux des auteurs précédents, car il n'y fait aucune allusion, a publié, en 1889, les observations de trois femmes atteintes de rétrécissements du bassin, qu'il a soumises à une diète sévère pendant les trois derniers mois de leur grossesse ; les enfants naquirent à terme sans difficulté, petits et maigres, mais vivaces. C'est là une méthode sur laquelle je n'insisterai pas, car, outre qu'elle pourrait être infidèle, elle est extrêmement pénible pour les femmes, et ne saurait être comparée à l'accouchement provoqué.

Avant de procéder à la provocation du travail, vous devez toujours faire l'asepsie préparatoire des voies génitales. Si Chiara a pu dire qu'on devrait bannir de l'obstétrique la provocation artificielle du travail à cause des complications septiques qui en résultent, aujourd'hui,

grâce à l'antisepsie, cette opération n'offre plus pour les mères aucun danger. Quelque temps avant l'opération, vous prescrirez des nettoyages minutieux des organes génitaux externes, deux ou trois injections vaginales par jour avec une solution de sublimé à 1 pour 4,000; et dans l'intervalle de ces injections, le vagin sera tamponné avec de la gaze iodoformée. M. Tarnier estime qu'il faut environ trois jours pour obtenir une désinfection complète des voies génitales.

Quant aux moyens qui sont de nature à faire entrer l'utérus en contraction, je me bornerai à vous en indiquer deux, qui sont les plus usités : ce sont ceux de Krause et du Prof. Tarnier.

Le procédé de Krause consiste à faire pénétrer dans l'utérus, entre les membranes et la paroi utérine, une simple bougie de gomme ordinaire, préalablement aseptisée. Il importe d'agir lentement, de s'arrêter dès qu'on sent une résistance. Il faut en effet éviter de rompre les membranes, ce qui devient un réel accident lorsqu'il existe un rétrécissement du bassin. De plus, on doit procéder avec douceur pour un autre motif encore : la sonde pourrait rencontrer le placenta, le décoller et amener une hémorragie.

L'appareil de M. Tarnier, que vous avez vu souvent employer dans cette Clinique, est un tube en caoutchouc fermé à l'une de ses extrémités, qu'on introduit dans l'utérus au moyen d'un conducteur métallique, de façon à ce que cette extrémité dépasse de plusieurs centimètres l'orifice interne. Un petit relief, placé sur le conducteur,

indique d'ailleurs jusqu'à quelle profondeur l'instrument doit être enfoncé. On injecte ensuite dans ce tube de 60 à 80 grammes de liquide ; or son extrémité est construite de telle façon qu'elle se dilate en ampoule sous l'influence de l'injection. Il en résulte un véritable ballon du volume d'un œuf de poule, qui se trouve logé entre l'orifice interne et les membranes qu'il décolle. L'excitateur de M. Tarnier constitue un excellent moyen pour provoquer l'accouchement. On a reproché au caoutchouc qui constitue la paroi du ballon de se rompre facilement : mais cet accident est bien moins fréquent, depuis que M. Tarnier lui-même a fait modifier la fabrication du caoutchouc, à laquelle on apporte aujourd'hui beaucoup plus de soin. Son seul inconvénient est de se déplacer et de glisser assez vite dans le vagin chez les multipares, dont le col est large et béant ; chez les primipares, ce déplacement ne se produit que lorsque la dilatation a déjà acquis un certain degré et que le travail est franchement en train. Il est d'ailleurs facile d'empêcher ce glissement en maintenant le ballon dans le col avec un tampon de gaze iodoformée introduit profondément dans le vagin.

Il ne faut pas confondre les moyens à l'aide desquels on provoque l'accouchement avec ceux qui ont pour but d'accélérer le travail.

Parmi ces derniers, je vous en citerai surtout trois :

Ce sont d'abord les ballons de Barnes, nommés aussi sacs-violons en raison de leur forme ; il y en a de plusieurs calibres ; on les introduit et on les gonfle dans le col déjà dilaté, en commençant par le plus petit pour finir

par le plus volumineux, qui doit amener la dilatation complète.

Le ballon de M. Champétier de Ribes, bien qu'il puisse à la rigueur être employé aussi pour provoquer l'accouchement chez les femmes dont le col est assez large pour permettre son introduction, est, avant tout, un appareil destiné à hâter la marche du travail. On l'introduit au-dessus du col et on le gonfle dans l'intérieur de l'utérus.

Je vous signalerai enfin l'écarteur de M. Tarnier, instrument métallique qui se compose de deux ou trois branches à volonté; le plus habituellement, deux suffisent. Ces branches sont disposées de façon à s'articuler entre elles à leur partie moyenne. Leur extrémité supérieure est terminée par une ailette à bords mousses et arrondis, inclinée à angle obtus. L'extrémité inférieure, ou manche, est recourbée en crochet. L'application de l'instrument est extrêmement simple. Chaque branche est introduite l'une à droite, l'autre à gauche, de façon à ce que l'ailette vienne s'appliquer sur le segment inférieur de l'utérus, au-dessus du col. On articule, et on place autour des manches, qui restent à l'extérieur, un anneau de caoutchouc dont la tension a été calculée d'avance. C'est la simple pression de cet anneau qui, en rapprochant les manches par son retrait continu, écarte les ailettes et amène ainsi la dilatation progressive du col. D'après les recherches de M. Bonnaire, avec un seul anneau de caoutchouc on obtient une force de 500 grammes; avec deux anneaux, la force équivaut à 900 grammes; avec

trois, à 1,500 grammes ; avec quatre, à 2,000 grammes. M. Tarnier recommande d'agir lentement et de n'augmenter que graduellement le nombre des anneaux ; sans quoi on risque d'irriter l'utérus sans résultat ; il faut surtout éviter de replier en double l'anneau qui entoure les manches : la force ainsi obtenue serait beaucoup trop considérable. Bien que cet instrument soit surtout un accélérateur du travail, M. Tarnier a pu s'en servir d'emblée et avec succès chez des femmes multipares, à col largement perméable, pour provoquer l'accouchement ¹.

En général, il suffit de déterminer le travail à l'aide d'un des moyens que je vous ai indiqués, pour qu'il continue ensuite sans interruption jusqu'à sa terminaison.

Cependant, il n'est pas très rare d'observer, après l'action produite par la sonde ou le ballon de M. Tarnier, de l'inertie utérine qui succède aux contractions du début, et de voir la dilatation traîner en longueur. Parfois aussi, une complication survient du côté de la mère ou de l'enfant qui nécessite la prompte terminaison de l'accouchement. C'est dans tous ces cas qu'il est utile d'accélérer le travail, et c'est pourquoi j'ai tenu à vous parler des moyens propres à employer dans ce but.

Quelle est, au point de vue de la marche du travail, la valeur des procédés que je vous ai décrits pour provoquer l'accouchement ? Le Dr Grinda, dans une thèse récente, se basant sur un certain nombre d'observations

¹ Consulter, pour plus de détails sur l'écarteur de M. Tarnier, un important travail du Dr Bonnaire, publié depuis cette leçon : *L'écarteur utérin Tarnier*, *Arch. de tocologie*, octobre, novembre, décembre 1891.

prises dans cette Clinique, préconise le ballon suivi de l'application de l'écarteur. Sur 60 cas, où cette méthode fut employée, la durée moyenne du travail a été de deux jours ; c'est là un temps relativement court, car souvent trois, quatre jours et plus sont nécessaires.

Le procédé de Krause est-il plus efficace ? Le Prof. Pajot a rapporté une série de 15 cas, où le travail provoqué avec la sonde n'a duré, en moyenne, que vingt-neuf heures. Mais, dans 45 autres faits, relevés par Léopold, la moyenne du temps écoulé entre l'application de la sonde et la terminaison de l'accouchement a été de quatre-vingts heures. En général, le travail marche plus lentement avec la méthode de Krause qu'avec l'excitateur de M. Tarnier. C'est donc à ce dernier que vous aurez recours de préférence, surtout chez les primipares.

TROISIÈME LEÇON

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES BASSINS RACHITIQUES MOYENNEMENT VICIÉS (*Suite*)

SOMMAIRE : De la dilatation digitale comme moyen de provoquer l'accouchement.

Marche et terminaison variables de l'accouchement prématuré artificiel.

Pronostic de cet accouchement pour les mères et pour les enfants. — Observations nouvelles.

Conduite à tenir pendant le travail. — Période de dilatation. — Période d'expulsion.

Cas dans lesquels il faut pratiquer l'expectation.

Cas dans lesquels il faut intervenir.

Forceps ou version. — Cas où l'indication du forceps ou de la version est précise.

MESSIEURS,

A côté des procédés méthodiques que je vous ai indiqués dans notre précédente leçon pour provoquer l'accouchement, j'ajouterai qu'on peut parfois déterminer le travail par un moyen fort simple et inoffensif. Chez certaines femmes, surtout chez les multipares, le col est entr'ouvert à la fin de la grossesse, en sorte que par le toucher on arrive facilement sur les membranes ; or, dans ces cas, l'introduction du doigt dans le col et le décolle-

ment des membranes avec la pulpe de ce doigt, dans toute la zone voisine de l'orifice interne, peuvent suffire pour déterminer des contractions utérines efficaces et pour provoquer le travail.

M. Crouzat m'a déclaré avoir réussi deux fois à amener ainsi volontairement un accouchement prématuré. C'est là un fait intéressant ; mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour nous fixer sur la véritable valeur de ce procédé. Il en ressort toutefois cet enseignement que l'introduction inconsiderée du doigt dans la cavité cervicale d'une femme enceinte n'est pas sans danger, puisqu'elle peut l'exposer à un accouchement précoce.

Je vous ai déjà parlé de la marche variable de l'accouchement prématuré artificiel ; elle l'est au point qu'on a pu dire qu'on ne sait jamais quand doit se terminer un accouchement provoqué. Les douleurs surviennent parfois presque immédiatement après l'opération ; d'autres fois, elles se font attendre plusieurs heures. Lorsqu'elles ont commencé, le travail peut continuer régulièrement et sans arrêt jusqu'à sa terminaison. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Quand, par exemple, on a employé le ballon de M. Tarnier, et quand la dilatation du col est devenue assez grande pour permettre sa chute dans le vagin, il n'est pas rare de voir les contractions devenir moins fréquentes et moins énergiques. En pareil cas, les injections chaudes et prolongées peuvent être, comme l'a indiqué M. Pinard, d'une grande utilité pour activer le travail. Si l'utérus, peu excitable, persiste dans son inertie, on

pourra y introduire soit une sonde, soit l'écarteur, ou, s'il y a urgence à hâter la terminaison de l'accouchement, recourir aux ballons de Barnes ou au ballon de M. Champetier de Ribes.

La terminaison spontanée de l'accouchement prématuré artificiel est évidemment la plus heureuse et la plus désirable. Malheureusement, elle n'a pas toujours lieu, et l'on peut être obligé d'intervenir. Cette intervention a toujours une certaine importance. Je reviendrai d'ailleurs sur les divers modes de terminaison artificielle que peut réclamer l'accouchement.

Quoi qu'il en soit, l'accouchement provoqué est devenu aujourd'hui une opération inoffensive. Il n'en était pas ainsi autrefois, et j'ai pu réunir dans ma thèse de doctorat 34 cas d'accouchements prématurés, provoqués il est vrai pour des bassins de 7 centimètres et au dessous, dont 11 se sont terminés par la mort de la femme. La mort avait lieu par septicémie : on se servait de moyens défectueux, tels que l'éponge préparée, pour déterminer le travail, et on ignorait l'antisepsie ! Actuellement, on ne saurait trop le répéter, la mortalité est devenue nulle pour les mères ; les résultats cités par M. Grinda dans sa thèse sont absolument concluants à cet égard.

En ce qui concerne le sort des enfants, il faut distinguer les cas terminés sans intervention de ceux où une opération a été nécessaire. Lorsque l'expulsion se fait spontanément, la mortalité est peu considérable, à part certains cas de faiblesse congénitale extrême. La couveuse, le gavage et les divers moyens que nous possé-

dons maintenant pour élever les enfants avant terme, sauvent bien des existences. Dans les cas qui nous occupent, c'est-à-dire dans les bassins moyennement rétrécis, l'accouchement est d'ordinaire provoqué à huit mois au plus tard, et les enfants sont relativement vigoureux et s'élèvent facilement.

Je ne voudrais pas quitter cette question de l'accouchement provoqué sans vous dire quelques mots de deux nouvelles observations qui ont été recueillies dans le service depuis ma première leçon.

La première concerne une femme qui s'est présentée à nous comme primipare. En l'examinant, nous découvrîmes des vergetures anciennes sur l'abdomen et des caroncules myrtiformes à l'orifice vaginal. En la pressant de questions, je finis par lui faire avouer qu'elle avait eu antérieurement un accouchement qui avait duré vingt-quatre heures; la tête de l'enfant était, disait-elle, restée longtemps au passage, et cet enfant était né mort. Le bassin de cette femme est rachitique; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10^{cm},5; il n'y a pas de faux promontoire ni d'asymétrie. Nous pouvions, sans doute, laisser la grossesse aller à terme; mais, en apprenant ce qui s'était passé au premier accouchement, je priai, par prudence, M. Demelin de provoquer l'accouchement. Ceci se passait le 26 août. Or la femme affirmait avoir eu ses dernières règles du 7 au 11 novembre; et, d'après ce renseignement, elle devait être à terme depuis le 16 août environ. Cependant les signes fournis par mon examen me firent admettre qu'elle n'était guère enceinte que de huit mois

et demi. M. Demelin mit donc en place le 26 août un ballon de M. Tarnier, qui glissa bientôt dans le vagin. Il le remplaça par une bougie pour entretenir les contractions utérines qui s'étaient montrées dès le début. Au bout de quarante-trois heures de travail, la dilatation était complète; la tête s'engageait, et l'enfant naissait spontanément quelques minutes plus tard. Cet enfant pesait 3,100 grammes; son diamètre bipariétal était de 9^{cm},1. Il n'était donc pas tout à fait à terme comme je l'avais prévu, mais il était vivace et bien portant. Aussi, ce résultat, comparé à celui du premier accouchement, prouve-t-il que nous avons eu raison d'intervenir et de ne tenir qu'un compte très relatif des renseignements fournis par la mère sur la date de sa dernière époque.

La seconde observation est celle d'une femme, actuellement encore enceinte, et dont l'examen va nous permettre d'appliquer les préceptes que je vous ai indiqués. Elle aussi nous assurait en être à sa première grossesse; cependant le ventre est couvert de vergetures nacrées, l'orifice vaginal présente des caroncules myrtiformes, le col est largement déchiré. Aussi me suis-je refusé à accepter ses affirmations, et, de fait, elle a fini par reconnaître qu'elle avait eu déjà un enfant, mais tout petit, dit-elle, et qui serait mort au bout de huit jours. Cette femme ne présente sur ses membres inférieurs que de légères traces de rachitisme. Elle a cependant un bassin moyennement rétréci; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10^{cm},7; le diamètre utile est donc de 9^{cm},2. Les dernières règles datent du 6 au 9 décembre; la grossesse sera vraisemblablement

blement à terme le 15 septembre. Ce matin même, j'ai revu cette femme, pour bien établir la conduite à tenir; il s'en faut encore de quinze jours environ pour que les neuf mois soient complets. Le bassin est symétrique et ne paraît pas généralement rétréci. La tête, bien que mobile au-dessus du détroit supérieur, ne déborde pas la symphyse et semble avoir de la tendance à s'engager; le fœtus paraît petit. Dans ces conditions, j'ai résolu d'attendre, tout en surveillant attentivement le développement de l'enfant, et en me tenant prêt à faire l'accouchement prématuré, si le fœtus devient trop volumineux. Je vous tiendrai au courant de ce qui surviendra.

Nous voici arrivés maintenant à la seconde partie du traitement, c'est-à-dire à la conduite à tenir dans les cas de bassin moyennement vicié, lorsque la femme entre en travail, qu'elle soit arrivée ou non au terme de sa grossesse.

Votre premier devoir est d'établir un diagnostic complet; vous rechercherez l'état du col, le rétrécissement et son degré, la présentation; s'il s'agit d'un sommet, vous apprécierez l'élévation de la tête, son volume, son degré de mobilité. Puis vous suivrez attentivement la marche du travail, vous examinerez si l'engagement tend à se faire, si la tête s'incline sur un de ses pariétaux... et, pendant tout ce temps, vous aurez grand soin de respecter la poche des eaux, dont l'utilité est considérable pour dilater le

col. Vous ausculterez fréquemment; vous vous assurerez s'il ne se produit pas une procidence du cordon.

Je suppose que vous arriviez ainsi sans encombre jusqu'au moment où la dilatation est complète. C'est alors qu'il faut savoir attendre, si l'état de la mère est bon et si l'enfant ne souffre pas. Lorsque le bassin est normal, que la tête plonge dans l'excavation et qu'il y a des contractions et des efforts énergiques sans que l'expulsion ait lieu, on peut craindre qu'une compression prolongée des parties molles ne produise des eschares et, consécutivement, des plaies et des fistules; aussi est-il de règle, dans ces conditions, d'intervenir au bout de deux heures environ. Mais, quand le pelvis est rétréci par le rachitisme, la tête étant encore au détroit supérieur, on peut attendre sans crainte trois, quatre ou même cinq heures après que la dilatation est complète. Pendant ce temps, en effet, la tête se moule, pour ainsi dire, sur le rétrécissement et finit par s'engager, et la tâche de l'accoucheur est facilitée d'autant. Quelquefois, l'engagement s'exécute dans des conditions spéciales; au lieu de se faire progressivement, par inclinaison et pénétration successives des pariétaux dans l'excavation, il a lieu brusquement pendant une contraction utérine ou un effort abdominal. C'est ce qui est arrivé chez une des femmes dont je vous ai parlé antérieurement, et qui est accouchée spontanément après cinquante-huit heures de travail. La tête ne se moulait pas sur le détroit supérieur; les os ne chevauchaient nullement, et, tout d'un coup, elle franchit le rétrécissement et descendit jusqu'à la vulve, sous l'in-

fluence d'une violente contraction. Il faut donc, je le répète, savoir attendre, tant que l'enfant ne souffre pas.

Quand la tête a pénétré dans l'excavation, tout n'est pas encore fini. La femme est souvent fatiguée, les parties molles résistent, l'utérus s'épuise et devient inerte, la tête ne progresse plus. Il est alors indiqué de terminer l'accouchement par une application de forceps ; l'expectation n'est plus de mise à ce moment, et l'accoucheur ne doit pas s'exposer à perdre le bénéfice de sa prudence par une temporisation désormais inutile.

La conduite serait la même s'il s'agissait d'une présentation de la face ou du front. Dans le cas de présentation du siège, vous procéderez à l'extraction, et je reviendrai sur le dégagement de la tête dernière, lorsqu'elle est arrêtée au détroit supérieur. La présentation de l'épaule exige la version ; j'y reviendrai également.

Que l'accouchement se termine spontanément ou artificiellement, il peut se produire sur la tête de l'enfant des lésions diverses, par suite de la compression exercée sur elle par le rétrécissement. Je ne m'y arrêterai pas longtemps, car ces lésions s'observent plutôt dans des bassins plus rétrécis que ceux que j'ai en vue dans ces leçons. Cependant je vous signalerai, surtout quand l'accouchement a lieu à terme, des dépressions des os, en forme d'empreintes ou de sillons, siégeant ordinairement sur la partie postérieure du frontal ou sur le pariétal qui étaient en rapport avec l'angle sacro-vertébral ; ces enfoncements, généralement peu graves, disparaissent d'ordinaire au bout de quelques jours. Cependant ils s'accompagnent

parfois de fêlures des os, de fractures véritables et d'hémorragies méningées qui peuvent déterminer consécutivement des convulsions et la mort.

Nous devons maintenant considérer des cas tout différents. La femme est en travail, la dilatation est complète depuis plusieurs heures, mais la tête reste au détroit supérieur, sans tendance à s'engager.

Si vous êtes appelé dans de telles circonstances, et que l'enfant soit mort, il n'y a pas à hésiter à faire la basiotripsie.

Mais, si l'enfant est vivant, vous devez vous adresser aux opérations conservatrices, au forceps ou à la version.

A laquelle devrez-vous avoir recours ? J'aborde ici une question qui a été et est encore l'objet de discussions nombreuses ; toutefois, je dois vous dire avant tout que, s'il y a des cas où le choix entre les deux interventions est très délicat, il en est d'autres où l'une des deux opérations est formellement indiquée. Ce sont ces derniers cas que j'examinerai d'abord, réservant pour la fin les cas discutables.

Je commence par la version.

Cette opération est évidemment indiquée dans les cas de présentation de l'épaule ; je n'y insiste pas. Mais elle l'est encore dans les cas où, le sommet se présentant, la tête reste élevée, très mobile, sans tendance à s'engager, et surtout si une complication, telle qu'une proccidence du cordon, vient à se produire. Je puis vous donner une preuve à l'appui de cette indication de la

version en vous rapportant un fait qui vient justement de se passer dans le service. Il s'agit d'une femme de trente et un ans, couchée au n° 21 de la salle des accouchées, qui est entrée à la Clinique le 28 août. Trois accouchements antérieurs ont eu lieu à terme spontanément; les deux premiers ont été très longs; les enfants sont venus vivants par le sommet. A son arrivée, à deux heures et demie de l'après-midi, cette femme nous dit être en travail depuis la veille, à six heures du matin. Elle a eu ses dernières règles du 19 au 23 novembre; elle est donc à terme, et le volume du ventre confirme son dire. On l'examine, et on trouve un col ayant une dilatation de 3 centimètres $1/2$ de diamètre, une poche des eaux volumineuse; le sommet se présente en OIGT; la tête est élevée, très mobile. En pratiquant le toucher, M. Demelin trouve, en arrière, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, une anse de cordon qui fait procidence à travers les membranes. L'angle sacro-vertébral est saillant, et le diamètre promonto-sous-pubien est de $10^{\text{cm}},7$; le bassin est donc, déduction faite, de $9^{\text{cm}},2$; il est de plus généralement étroit dans toutes ses dimensions. Peu de déformations dans le reste du squelette.

Quelle était la conduite à tenir? D'abord laisser la femme couchée et attendre la dilatation complète; ce qui fut fait. A ce moment, la procidence du cordon persistait, la tête était toujours élevée; la version était donc nettement indiquée. Après chloroformisation, M. Demelin rompit les membranes et alla chercher les pieds au fond de l'utérus. L'évolution fut très facile; mais il n'en fut

pas de même de l'extraction. Le dégagement de la tête fut particulièrement pénible. M. Demelin, fatigué, dut confier la terminaison de l'opération à la sage-femme en chef, M^{lle} Hanicot. Bref, l'enfant naquit en état de mort apparente, mais put être ranimé par l'insufflation. Il pesait 3,720 grammes, avait un diamètre bipariétal de 9^{cm},2 et un bitemporal de 8 centimètres. Cette observation est très intéressante : outre l'indication de la version qu'elle renferme, elle vous montre, une fois de plus, une même femme accouchant trois fois spontanément sans complications et ayant un quatrième accouchement dystocique, la tête ne s'engageant pas, le cordon faisant procidence, d'où la nécessité de faire une version, qui a été très pénible.

Une autre indication de la version réside dans l'asymétrie du bassin, lorsque, dans une présentation du sommet, l'occiput est dirigé vers le côté le plus étroit du pelvis. Après l'évolution, la situation de la tête change, et l'occiput vient se placer dans la partie large du détroit supérieur, ce qui permet de terminer aisément l'accouchement.

Enfin, la version est encore indiquée lorsque, le forceps ayant été appliqué sans succès, la tête ne s'est pas engagée, est demeurée mobile, et que l'enfant est encore vivant.

Quant au forceps, son application est formellement indiquée lorsque le bassin est étroit de partout, lorsque la tête est peu mobile, fixée au détroit supérieur, et, à plus forte raison, si la poche des eaux est rompue et l'utérus plus ou moins rétracté sur le fœtus.

En dehors de ces conditions bien précises, où il est in-

diqué de recourir soit à la version, soit au forceps, il me reste à vous parler des cas discutables où l'on a le choix entre les deux opérations, et à vous montrer quelles sont les considérations qui doivent alors guider votre conduite.

QUATRIÈME LEÇON

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES BASSINS RACHITIQUES MOYENNEMENT VICIÉS (*Suite et fin*)

SOMMAIRE : Nouvelles observations.

Parallèle entre le forceps et la version. — Avantages et inconvénients du forceps. — Lésions qu'on peut produire avec cet instrument. — Avantages et inconvénients de la version, avant terme et à terme.

Indications générales qui doivent guider dans le choix du forceps ou de la version.

Comment on doit appliquer le forceps au détroit supérieur ; trois variétés d'application : directe, oblique, antéro-postérieure ; appréciation de chacune d'elles.

Manuel opératoire de la version ; manœuvre de Champetier de Ribes.

Résumé de la conduite à tenir pendant la grossesse et pendant le travail.

Appendice.

MESSIEURS,

Le hasard continue à nous bien servir, car de nouveaux cas de bassins moyennement viciés viennent de s'offrir à notre observation, et je tiens à vous en dire quelques mots avant de reprendre la question du traitement au point où je l'ai laissée à la fin de notre dernière leçon. D'abord la femme enceinte, dont le bassin mesure 9^m,2, a été prise subitement de douleurs à huit mois et demi

environ, et elle est accouchée spontanément et facilement d'un enfant de 2,600 grammes, vivant et bien portant. Cette heureuse issue justifie l'expectation que j'avais préconisée, en me fondant sur le petit volume du fœtus.

Voici maintenant que deux autres femmes rachitiques sont entrées à la Clinique dans les conditions suivantes.

L'une est à huit jours environ du terme de sa sixième grossesse. De ses cinq accouchements antérieurs trois ont eu lieu spontanément à terme, et les enfants sont nés vivants; les deux autres ont nécessité la version, et les enfants sont nés morts. Elle a un bassin de 10^{cm},9, sans déduction; le diamètre minimum est donc de 9^{cm},4; en outre, ce bassin est généralement rétréci et présente une antéversion marquée. L'enfant paraît assez volumineux; la tête très mobile à l'entrée de l'excavation. Je crois prudent de provoquer chez cette femme l'accouchement le plus promptement possible. On a déjà commencé à faire l'asepsie du vagin, et on déterminera le travail dès demain¹.

La seconde femme est aussi une multipare; elle a eu deux accouchements qui se sont accomplis naturellement à terme. Elle est actuellement enceinte de huit mois et demi environ. Son bassin mesure 10^{cm},8 de diamètre sacro-sous-pubien, donc 9^{cm},3, déduction faite; il est symétrique et paraît large sur les parties latérales. Elle est donc dans des conditions plus favorables que la première

¹ Le lendemain, 6 septembre, M. Demelin a introduit un ballon Tarnier, et le travail s'est déclaré presque immédiatement. La dilatation n'a été complète que le 7, et la tête est restée longtemps élevée; puis, tout d'un coup, elle s'est engagée brusquement, et l'accouchement s'est terminé spontanément par la naissance d'une fille en très bon état, du poids de 3,250 grammes.

femme, bien que le diamètre promonto-pubien soit à peu près le même chez toutes deux. Aussi, sommes-nous en droit d'attendre tout en la surveillant, et de penser que l'accouchement se fera bien, même à terme ¹.

Je vous ai fait connaître, dans notre dernière réunion, les cas dans lesquels, ayant à intervenir pour la terminaison de l'accouchement dans un bassin moyennement rétréci, vous devrez recourir tantôt au forceps et tantôt à la version ; il me reste à vous parler des cas où les deux opérations sont également possibles à tenter, et où vous avez, par conséquent, le choix entre elles. Pour laquelle vous déciderez-vous ? Quelle est celle qui vaut le mieux ? Chacune a ses partisans, et ils sont nombreux et autorisés dans les deux camps. La question est aussi vieille que le forceps, et, comme je vous l'ai déjà dit, la discussion est encore ouverte. Voyons rapidement par quelles phases elle a passé.

Avant Simpson, dont le nom marque réellement une étape dans cet historique, ce sujet avait déjà divisé les accoucheurs, les uns défendant le forceps : Smellie, Baudelocque, Flamant, Gardien, Capuron, les deux Dubois,

¹ Nous avons attendu, en effet, jusqu'au 14 septembre ; mais, à ce moment, la tête n'ayant toujours aucune tendance à s'engager, l'enfant ayant grossi d'une façon notable, et aucun signe précurseur de l'accouchement n'apparaissant, nous avons jugé qu'une expectation plus longue serait imprudente, et l'accouchement a été provoqué une semaine environ avant le terme présumé de la grossesse. On a introduit successivement un ballon Tarnier, puis une bougie. La durée totale du travail a été de trente-huit heures. Mais la période d'expulsion n'a duré que trois quarts d'heure ; elle s'est terminée par la naissance d'un garçon vivant et bien portant, du poids de 3,050 grammes.

Chailly-Honoré... ; les autres soutenant la version : Levret, La Chapelle, Dugès, Cazeaux,... pour ne citer que les principaux. On n'avait guère alors que des préférences instinctives pour l'un ou l'autre mode d'intervention ; chacun se basait sur son habileté personnelle, sur ses habitudes. En 1847, Simpson plaida vigoureusement la cause de la version ; il se basait surtout sur des arguments théoriques, qui furent, il est vrai, réfutés par Joulin ; mais l'accoucheur anglais avait présenté ces arguments avec un tel talent et une si grande autorité que son opinion laissa une trace durable.

A partir de ces travaux sur la version, les recherches devinrent plus nombreuses, la question fut mieux étudiée, et elle entra dans une voie vraiment scientifique ; mais la lutte resta tout aussi ardente. En voulez-vous la preuve ? La simple énumération des partisans modernes les plus remarquables des deux opérations suffira pour vous la donner. Le forceps a pour lui : Nægelé et Grenser, Scanzoni, Ahlfeld,... à l'étranger ; et Joulin, Bailly, Stoltz, Danyau, Depaul, Pajot, Guéniot, M. Tarnier, M. Pinard,... en France.

La version compte parmi ses défenseurs : Mac Clintock, Barnes, Playfair, Alexander Milne,... dans la Grande-Bretagne ; Scharlau, Führmann, Cohnstein, Kristeller, Hecker, Spiegelberg, Schrøder, Schatz,... en Allemagne ; Goodell, en Amérique ; MM. Bouchacourt, Budin, Champetier de Ribes,... en France.

Parmi tous ces auteurs, il y en a un certain nombre qui préfèrent la version surtout avant terme. C'est ainsi que

Barnes a pu dire que, dans les bassins rétrécis, la version était le complément obligé de l'accouchement prématuré artificiel. Schrøder allait plus loin encore, car il recommandait de faire la version par manœuvres externes et de ramener le siège en bas avant de provoquer le travail.

MM. Budin et Champetier de Ribes, se basant sur leurs recherches expérimentales, sont volontiers partisans de la version avant terme.

Je n'ai nullement la prétention de trancher le différend, mais je voudrais vous exposer au moins l'état de la question.

Ainsi que je vous le disais, les données du problème sont aujourd'hui mieux connues, de nombreux travaux ont éclairé bien des points obscurs ; nous avons, de plus, l'avantage inappréciable d'avoir à notre disposition des méthodes opératoires beaucoup plus parfaites qu'autrefois. Dans ces conditions, il m'est possible, sinon de tenter une comparaison absolue entre le forceps et la version, du moins de vous montrer les avantages et les inconvénients de chacune de ces opérations.

Envisageons d'abord le forceps. Les applications de forceps au détroit supérieur dans un bassin vicié sont passibles de certains reproches ; quelle que soit la manière dont on saisisse la tête, on amène une augmentation des diamètres opposés à ceux suivant lesquels on la comprime. De plus, le forceps, surtout si ce n'est pas celui de M. Tarnier qu'on emploie, ne laisse pas assez de mobilité à la tête ; elle ne peut osciller librement et

orienter son diamètre bipariétal de façon à éviter l'angle sacro-vertébral, comme elle fait, ainsi que nous l'avons vu, quand l'engagement a lieu spontanément.

A côté de ces *desiderata*, le forceps est un merveilleux moyen d'extraction. Il permet d'agir longtemps sur la tête; quand on opère lentement, progressivement, il se fait à la longue une réduction des diamètres transverses et antéro-postérieurs, et la tête s'allonge suivant ses diamètres verticaux, comme l'a si bien montré Labat dans sa thèse de Doctorat.

En ce qui concerne la version, je laisserai de côté les arguments théoriques qu'on a fait valoir en sa faveur, pour ne m'occuper que des résultats fournis par l'expérimentation et la clinique. Budin et, après lui, Champetier de Ribes, qui ont complété les recherches de Barnes et de Duncan sur le mécanisme de l'engagement de la tête dernière, ont fait sur le bassin de bronze et sur le mannequin des expériences très intéressantes. Ils ont remarqué que, lorsque le fœtus est avant terme, la tête s'engage plus facilement par la version qu'avec le forceps. Dans ces cas, en effet, c'est le diamètre bitemporal, plus petit et plus réductible que le bipariétal, qui se met en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Ces expériences ont trouvé une sanction clinique dans une série de faits rapportés par Alexander Milne. Cet accoucheur a publié les observations de six femmes ayant des rétrécissements pelviens de 6 centimètres $\frac{1}{4}$ à 7 centimètres $\frac{1}{2}$. Ces femmes ont eu, d'abord, à elles toutes, 12 enfants : 11 sont morts. Dans

la plupart des cas, on avait terminé l'accouchement par le forceps ou la craniotomie. Depuis lors, Milne a suivi et observé ces femmes à chaque grossesse nouvelle : il a provoqué l'accouchement et terminé par la version. Il y a eu ainsi 38 accouchements qui ont donné naissance à 35 enfants vivants. Malheureusement, les faits comparables à ceux de Milne ne se sont pas généralisés, et il est à croire que l'accoucheur écossais a eu affaire à une série particulièrement heureuse. Si la version peut donner avant terme de bons résultats, elle expose aussi à des revers.

A terme, la question devient encore plus douteuse. Il y a bien des faits cliniques qui démontrent l'excellence de la version dans certains cas. Telle est l'observation si remarquable de Budin, rapportée dans la thèse de Champetier de Ribes. Une femme, ayant un bassin de 9^{cm},5 sans déduction, subit, à terme, trois applications de forceps sans résultat ; la version est pratiquée, et on extrait facilement un enfant vivant de 4,320 grammes ; mais, à côté de ce fait et d'autres analogues, je vous rappellerai les deux versions faites récemment, dans le service, par M. Demelin ; dans un cas, l'enfant ne survécut pas ; dans l'autre, la version fut également très pénible, et l'enfant ne put être que difficilement ranimé.

La seule conclusion qu'on puisse tirer de tout ce qui précède, c'est que la version est, en général, plus avantageuse avant terme qu'à terme. Quant aux inconvénients qu'elle présente, aux dangers qu'elle peut faire courir au fœtus, ce sont ceux de l'accouchement par le siège. Il

meurt un enfant sur quatre du fait de la version. L'opération exige une grande habileté de la part de l'opérateur ; il doit se hâter s'il ne veut voir le fœtus succomber ; il doit donc agir vite et bien. La version est passible, enfin, d'une autre objection qui, bien que banale, n'en est pas moins réelle : c'est que, lorsqu'on la pratique d'emblée, on ne se réserve aucune ressource si elle échoue ; tandis que, si on commence par le forceps, il est parfois possible, en cas d'insuccès, de recourir secondairement à la version.

Le parallèle que je viens d'établir entre le forceps et la version, en vous indiquant les avantages et les inconvénients de chacune de ces deux opérations, vous montre combien le choix de votre intervention pourra être délicat et hasardeux. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que je n'envisage, dans ces leçons, que les rétrécissements moyens du bassin, et que l'intervention est évidemment d'autant moins grave et moins difficile que le rétrécissement est moins considérable.

Pour me résumer, je vous dirai qu'on ne saurait blâmer l'accoucheur qui, avant terme, aurait recours à la version. Cependant, je dois vous dire que la pratique à peu près générale de nos maîtres actuels, du Prof. Tarnier notamment, est, même avant terme, de faire usage d'abord du forceps.

Quand la grossesse sera arrivée à terme, vous n'hésitez pas à commencer par le forceps ; vous agirez avec prudence et douceur, vous réservant, en cas d'échec, la version comme suprême ressource, si elle est encore possible.

Mais je n'aurais pas rempli le but que je me propose, en traitant devant vous cette question si vieille et toujours jeune du forceps et de la version, si je me bornais à ces simples indications. Quelle que soit l'opération que vous entrepreniez, forceps ou version, la manière dont vous la pratiquerez entrera pour une très grande part dans le résultat plus ou moins favorable que vous obtiendrez. Il faut savoir opérer; et il y a, à cet égard, des règles particulières à suivre dans les bassins viciés; c'est de ce manuel opératoire que je vais maintenant m'occuper.

Je commence par le forceps. Comment doit-on appliquer le forceps sur la tête placée transversalement au détroit supérieur? Il y a trois manières d'opérer.

Dans la première, on fait une application directe, c'est-à-dire qu'on va saisir la tête du front à l'occiput. Ce procédé, employé surtout en Allemagne, est éminemment défectueux, en ce sens que les cuillers du forceps ne sont pas construites pour s'adapter à ces régions du crâne; de plus, en agissant ainsi, on comprime la tête d'avant en arrière, et on agrandit le diamètre bipariétal, c'est-à-dire le diamètre qui correspond à la partie rétrécie du bassin. Aussi, bien que cette application soit relativement facile, n'est-elle pas recommandable.

Le second procédé consiste à faire une application oblique: c'est le plus employé en France. Une des cuillers de l'instrument est appliquée sur la bosse orbito-frontale, d'un côté, et l'autre cuiller sur la région mastoïdienne du côté opposé. Défectueuse aussi, cette prise de la tête est

cependant meilleure que la précédente; elle n'offre pas de très grandes difficultés et donne de bons résultats.

La troisième manière d'appliquer le forceps au détroit supérieur consiste à le placer dans le diamètre antéro-postérieur et à prendre la tête d'une oreille à l'autre. C'est évidemment là la prise idéale. Elle avait été préconisée par Smellie et Baudelocque, mais on y avait renoncé à cause de sa difficulté.

Cependant M. Pinard est revenu sur cette question et s'est fait le partisan résolu de la prise directe de la tête, d'une région pariétale à l'autre. Son élève, M. Lepage, a soutenu sa thèse sur ce sujet; il a indiqué les règles de cette application et apporté un certain nombre de faits cliniques à l'appui des idées de son maître.

De ces trois variétés d'application, il en est une que vous éviterez, autant que possible, d'employer, c'est la prise du front à l'occiput, dont je vous ai montré les inconvénients.

Dans deux autres, la prise oblique est la plus aisée, bien que moins parfaite que la saisie de la tête d'une oreille à l'autre.

Mais cette dernière est d'une exécution difficile et n'est pas sans dangers. Songez en effet qu'il faut placer les cuillers du forceps justement aux deux extrémités du diamètre rétréci du bassin, ce qui n'est pas toujours aisé; cette application exige une grande habitude et une dextérité spéciale, que ne possèdent pas toujours les médecins qui ne sont pas des accoucheurs de profession. De plus, la pression produite par le forceps ainsi placé d'avant

en arrière dans le sens même du rétrécissement est loin d'être indifférente pour la tête du fœtus et pour les parties maternelles.

Pour toutes ces raisons, je vous conseille de vous en tenir en général à la prise oblique qui donne des résultats très satisfaisants.

Quand vous aurez réussi à entraîner la tête dans l'excavation, vous n'oublierez pas de vous assurer par le toucher de sa situation entre les cuillers du forceps. Il arrive parfois que pendant les tractions cette tête tourne d'elle-même entre les branches de l'instrument, qui se trouve alors appliqué sur les régions pariétales ; dans ce cas, on n'a plus qu'à terminer l'extraction suivant les règles ordinaires. Si ce mouvement spontané de rotation ne s'est pas accompli, vous retirerez votre forceps pour faire une seconde application régulière dans l'excavation.

Quant à l'instrument lui-même, je ne saurais trop vous recommander de vous servir du forceps de M. Tarnier, dont l'emploi est d'ailleurs presque général aujourd'hui. On a reproché à ce forceps de déraper parfois au détroit supérieur. Cet accident dépend le plus souvent, comme l'a montré M. Tarnier lui-même, de fautes commises dans le manuel opératoire.

Mais le glissement même du forceps Tarnier, lorsqu'il est bien appliqué, est loin d'être un défaut. Il ne faut pas oublier qu'avec cet instrument la pression exercée sur la tête doit rester constante (tout en faisant la part de la compression produite par le bassin lui-même) grâce à la

vis de pression placée sur les branches de préhension et convenablement serrée.

Aussi n'est-il pas étonnant qu'à un moment donné, si les tractions deviennent supérieures à la pression des cuillers, l'instrument puisse glisser. Cela indique simplement que ces tractions sont trop fortes, qu'elles dépassent la force permise pour extraire sans dommage la tête fœtale. Avec le forceps de Levret, au contraire, la pression des cuillers sur la tête se fait à l'aide des mains appliquées sur les manches, et plus on exerce des tractions vigoureuses, plus on serre l'instrument ; aussi a-t-on moins de chances de glisser, mais on déploie sur la tête une force de compression aveugle, qui peut devenir involontairement dangereuse. De plus, à chaque effort d'extraction tenté par l'opérateur, ses mains se resserrent instinctivement sur les manches, et il en résulte une série de compressions brusques plus ou moins violentes, exercées sur le crâne fœtal, et toute différentes de la compression continue faite par les cuillers du forceps Tarnier. Or Duret, dans ses belles expériences sur la compression cérébrale, a montré que les pressions lentes et continues étaient bien moins dangereuses que les compressions brusques.

La preuve clinique de ce que je viens de vous dire est fournie par les lésions qu'on observe fréquemment sur le crâne des nouveau-nés extraits avec le forceps Levret dans le cas de rétrécissement du bassin.

En voici deux exemples : en 1882, étant chef de Clinique du Prof. Depaul, je fus appelé auprès d'une femme en

travail, ayant un rétrécissement de 8 centimètres $1/2$. La dilatation était complète depuis plusieurs heures; la tête, fixée au détroit supérieur, restait immobile. J'appliquai le forceps de M. Tarnier et j'exerçai des tractions énergiques. Malgré mes efforts, je ne pus engager la tête, et, continuant cependant mes tractions, je sentis l'instrument glisser. Je le retirai immédiatement. Les battements du cœur étaient excellents. Je fis alors prévenir M. Depaul, ne voulant pas prendre sur moi la responsabilité de la terminaison de cet accouchement difficile. M. Depaul, après examen, décida de tenter une nouvelle application de forceps et appliqua le forceps de Levret, le seul dont il fit usage. Il fut obligé de faire des tractions considérables, et il parvint à engager la tête sans glissement; mais l'enfant était mort, et à l'autopsie je découvris une fracture du crâne et une abondante hémorragie méningée.

Dans une autre circonstance, pendant mon clinicat, je fus témoin du fait suivant : le Prof. Depaul avait pratiqué l'accouchement à l'aide de l'éponge préparée chez une femme rachitique dont le bassin mesurait 8 centimètres $1/4$, et arrivée au huitième mois de sa grossesse. Lorsque la dilatation fut complète, la tête resta élevée, et on constata la procidence d'une main; les battements du cœur étaient excellents. M. Depaul fit une application de forceps du front à l'occiput et dut déployer une grande force pour engager la tête; il pria même un aide d'exercer les tractions avec lui, et imprima aux manches de l'instrument des mouvements de va-et-vient, de droite à gauche, dits mouvements de pendule. Il parvint à

extraire l'enfant qui naquit dans un état de mort apparente et fut transporté sur une crèche voisine pour y être ranimé. En l'examinant je fus frappé de l'aspect singulier d'un de ses yeux qui était fermé, et dont les paupières étaient affaissées, comme enfoncées dans l'orbite. Entr'ouvrant alors ces paupières, je vis une cavité rougeâtre, sanguinolente, d'où l'œil était absent. Je revins à l'endroit où avait eu lieu l'opération, et, après quelques recherches, je trouvai par terre dans les linges le globe oculaire qui avait été chassé de l'orbite. L'enfant ne survécut que douze heures. Un examen nécroscopique me montra les lésions suivantes : il y avait eu, au point d'application de la cuiller sur le front, un enfoncement du frontal correspondant avec fracture étoilée de cet os. Cet enfoncement avait fait éclater la paroi supérieure de l'orbite du même côté ; l'un des fragments osseux avait fait saillie du côté de la cavité orbitaire, et son bord mince et tranchant avait sectionné, comme une guillotine, les muscles oculaires et le nerf optique, et déterminé ainsi l'énucléation de l'œil.

Vous voyez quelles lésions on peut produire avec le forceps sur la tête fœtale, et je ne parle ni des contusions simples, ni des plaies, ni des paralysies faciales. Je ne veux pas insister, non plus, sur les lésions des organes maternels, qu'on peut déterminer avec le forceps de Levret et qui sont si bien connues aujourd'hui.

Avec l'instrument de M. Tarnier tous ces dangers disparaissent : les accidents sont infiniment moins fréquents qu'autrefois, et, pour résumer ce qui a trait au forceps, je

vous dirai : Employez le forceps Tarnier, et quel que soit le genre d'application que vous ferez, oblique ou d'avant en arrière, opérez lentement, sans secousses, avec une force égale et continue. Vous pourrez déployer une assez grande puissance ; mais, si vous sentez que l'instrument a tendance à glisser, arrêtez-vous ; retirez-le et réappliquez-le une seconde fois. Si vous échouez encore, n'insistez pas. Si alors l'enfant est mort, faites la basiotripsie. S'il vit, si l'utérus est peu rétracté, si la tête est restée suffisamment mobile, pratiquez la version. Mais, si les conditions favorables à la version n'existent pas, ne tentez pas une opération qui serait dangereuse pour la mère et résignez-vous encore à la basiotripsie, même si le fœtus est toujours en vie ¹.

¹ Depuis que cette leçon a été professée, la symphyséotomie a fait, en France, une brillante réapparition. L'opération de Sigault, complètement abandonnée dans notre pays, nous revient d'Italie, où elle n'a jamais cessé d'être pratiquée. Sous l'impulsion puissante de plusieurs accoucheurs italiens, au premier rang desquels il faut placer Morisani, la symphyséotomie est devenue une opération classique chez nos voisins ; d'après les statistiques les plus récentes, elle n'offrirait aucun danger pour la mère. Récemment, le Prof. Pinard l'a pratiquée de nouveau en France, à plusieurs reprises et avec succès. Il a été suivi dans cette voie par le Prof. Tarnier et d'autres accoucheurs français. La symphyséotomie s'annonce chez nous sous les auspices les plus favorables.

Or l'une des indications les mieux établies de cette opération réside dans les cas où, le forceps ayant échoué dans un bassin moyennement vicié, et la version n'étant plus possible, l'enfant est vivant. Dans ces circonstances, à part certaines contre-indications rares, ce n'est plus à l'embryotomie qu'il faudra désormais avoir recours, mais à la pubiotomie, qui, sans faire courir de risques à la mère, délivre l'accoucheur de la pénible obligation de sacrifier un enfant vivant.

J'arrive maintenant à la technique de la version. Que vous la pratiquiez d'emblée, ou que vous n'y ayez recours qu'après l'application infructueuse du forceps, le moment délicat de l'opération est l'extraction de la tête dernière, qui reste souvent arrêtée au détroit supérieur.

Les travaux de Barnes, Duncan, Kristeller, Goodell, Budin, etc., ont apporté successivement des données importantes à la solution de ce problème : faire passer la tête dernière à travers le détroit supérieur rétréci du bassin. M. Champetier de Ribes, s'inspirant des recherches de ses devanciers et des siennes propres, en a donné la synthèse dans la description de la manœuvre bien connue qui porte son nom.

Je vous rappelle brièvement en quoi consiste cette manœuvre. La tête, défléchie, est située transversalement au détroit supérieur. Comme dans la manœuvre de Mauriceau, vous placez le fœtus à cheval sur l'avant-bras, et vous allez introduire un ou deux doigts dans la bouche, parfois difficile à atteindre. Vous embrassez en même temps les épaules avec les doigts de l'autre main. Les différents mouvements à accomplir sont alors les suivants : maintenir le maxillaire abaissé, de façon à bien fléchir la tête, et refouler l'occiput dans la moitié latérale du bassin qu'il occupe, afin de mettre un diamètre plus petit que le bipariétal en rapport avec le diamètre sacro-pubien ; exercer des tractions en bas et en avant pour engager la bosse pariétale postérieure et la fixer dans l'encoche formée par l'aileron du sacrum ; diriger ensuite vos tractions en bas et en arrière pour faire descendre

à son tour la bosse pariétale antérieure. Pendant tout ce temps, un aide doit exercer des pressions sur la région frontale du fœtus à travers la paroi abdominale.

Les tractions sur le maxillaire inférieur ne doivent pas être trop considérables, car cet os se rompt sous un effort de 25 kilogrammes ; le rachis est plus résistant et ne cède qu'à une force de 50 kilogrammes. Vous devrez donc agir lentement, d'une façon soutenue, faisant coïncider exactement vos tractions avec l'expression frontale faite par votre aide. Généralement, au bout de quelques instants, vous aurez la notion d'une résistance vaincue, et vous sentirez la tête s'abaisser plus ou moins brusquement et pénétrer dans l'excavation ; vous n'aurez plus alors qu'à terminer l'extraction par la manœuvre de Mauriceau.

Si vous ne réussissez pas à engager la tête, il ne vous reste qu'à faire la craniotomie.

Arrivé au terme de cette leçon, permettez-moi de résumer en quelques mots les règles de la conduite à tenir dans les bassins moyennement rétrécis.

1° Pendant la grossesse, recourez à l'accouchement prématuré artificiel toutes les fois que le bassin mesure moins de 9 centimètres. Au-dessus de 9 centimètres, tenez la femme en observation, et, si vous avez le moindre doute sur la terminaison spontanée de l'accouchement à terme, provoquez encore l'accouchement, un peu avant la fin de la grossesse ;

2° Pendant le travail, sachez attendre, tant que la

mère et l'enfant ne souffrent pas, car l'accouchement peut se terminer spontanément.

Si la terminaison spontanée n'a pas lieu et qu'il faille intervenir, vous aurez à recourir au forceps ou à la version.

Si la femme est avant terme, vous avez le droit, en dehors des cas où le forceps est nettement indiqué, de donner la préférence à la version.

Si la femme est à terme, appliquez le forceps, en dehors des cas où l'indication de la version est absolue. Si une ou deux applications de forceps restent infructueuses, vous aurez recours finalement à la version, si elle est encore possible ; si elle ne l'est plus, vous ferez la basiotripsie ¹.

Telles sont les grandes lignes de la conduite que vous devrez suivre, tout en vous rappelant qu'il n'y a pas de règles absolues, et que vous aurez souvent à varier votre intervention suivant les cas.

Mais, quelle que soit l'opération que vous pratiquiez, rappelez-vous que vous avez à votre disposition deux moyens d'intervention qui, entre des mains exercées, peuvent permettre de parer à presque toutes les difficultés : d'une part, le forceps Tarnier ; de l'autre, la manœuvre de Champetier de Ribes.

¹ Si l'enfant est vivant, on pourra faire la symphyséotomie (voir la note en bas de la page 55).

APPENDICE. — Un nouveau fait très intéressant s'est produit deux jours après cette leçon. Le 7 septembre, dans la matinée, une femme est entrée à la Clinique, en travail, ayant une présentation de l'épaule gauche en AID ; le bassin rétréci mesurait 10^{cm},8 de diamètre promonto-sous-pubien. Cette femme avait eu antérieurement trois accouchements à terme : le premier avait dû être terminé par une application de forceps, et le second par une version ; le troisième s'était fait spontanément. Cette fois, la grossesse était au terme de huit mois et demi environ. La version ne paraissait pas devoir présenter de grandes difficultés. Cependant la tête demeura arrêtée au détroit supérieur, et ce ne fut qu'au prix de sérieux efforts qu'elle put être extraite à l'aide de la manœuvre de Champetier de Ribes. L'enfant naquit étonné, mais fut promptement ranimé ; il pesait 3,020 grammes.

Cette dernière observation porte à 9 le nombre des femmes rachitiques à bassin moyennement vicié, qui se sont présentées à notre observation dans un laps de temps relativement court, du 26 août au 7 septembre, c'est-à-dire dans l'espace de douze jours. Cette série exceptionnelle m'a permis de faire une étude clinique d'ensemble de ces rétrécissements moyens.

Chez toutes ces femmes, la différence la plus grande des diamètres promonto-pubiens a été de 7 millimètres, et cependant les accouchements ont évolué très différemment. Voici, en effet, le résumé de ces observations :

De ces 9 femmes, 2 étaient primipares, 2 secondipares et 5 multipares.

Le diamètre promonto-pubien minimum mesurait : 9^{cm},3, chez 2 d'entre elles ; 9^{cm},2, chez 3 ; et 9^{cm},4, 9 centimètres, 8^{cm},9, 8^{cm},7, chez les 4 autres.

L'accouchement a été provoqué chez 5 de ces femmes entre huit mois et une semaine et huit mois trois semaines. De ces 5 accouchements prématurés artificiels, 4 se sont terminés spontanément, et les enfants sont venus vivants et ont survécu ; 1 seul a nécessité le forceps, puis la version, et l'enfant a succombé à une compression du cordon.

Des 4 autres femmes, 2 sont accouchées à huit mois et demi, l'une spontanément ; l'autre a subi une version pour une présentation de l'épaule ; les 2 dernières sont accouchées à terme, l'une spontanément, l'autre par la version (sommet avec procidence du cordon). Les 4 enfants étaient vivants.

Au total, il y a eu seulement trois interventions, trois versions, dont une après une application de forceps restée infructueuse.

Huit enfants sur 9 sont venus au monde vivants et sont sortis bien portants de la Clinique.

Quant aux mères, aucune n'a présenté le moindre accident infectieux pendant ses suites de couches.

BIBLIOGRAPHIE

- MICHAELIS. — *Das enge Becken*. Leipzig, 1865.
- JOULIN. — *Du forceps et de la version dans les rétrécissements du bassin*. Paris, 1865.
- STANESCO. — *Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin*. Thèse, Paris, 1869.
- RIGAUD. — *Examen de clinique de 396 cas de rétrécissements du bassin*. Thèse, Paris, 1870.
- M. DUNCAN. — *The Obstetr. Journal*, novembre 1873, p. 140.
- R. BARNES. — *Leçons sur les opérations obstétricales*, trad. par le Dr Cordes. Paris, 1873, p. 210.
- AL. MILNE. — *Edinb. med. Journal*, février 1874, p. 107.
- CAZEAUX et TARNIER. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*. 9^e édit., 1874, p. 944.
- SIMPSON. — *Clinique obstétricale*, trad. par Chantreuil. Paris, 1874, p. 363.
- P. BUDIN. — *De la tête du fœtus au point de vue obstétrical*. Thèse, Paris, 1876.
- CHAMPETIER DE RIBES. — *Du passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur rétréci du bassin dans les présentations du siège*. Thèse, Paris, 1879.
- MAYGRIER. — *Études sur l'opération de Porro*. Thèse, Paris, 1880.
- LABAT. — *Recherches cliniques et expérimentales sur la tête du fœtus*. Thèse, Paris, 1881.
- CROUZAT. — *De la mensuration théorique et pratique du diamètre promonto-pubien minimum*. Thèse, Paris, 1881.
- S. TARNIER. — *Considérations sur le forceps* *Annales de Gynécologie*, juin 1882, p. 401.
- LITZMANN. — *Die Geburt bei engem Becken*. Leipzig, 1884.
- PAJOT. — *De l'inutilité des instruments spéciaux pour la provocation de l'accouchement*. *Annales de Gynécologie*, mars 1885, p. 161.
- MULLER. — *Centralbl. für Gynæk.*, n° 42, 1885, p. 659.
- BRÜHL. — *Archiv. für Gynæk.*, B⁴ XXVI, h. 1, 1885, p. 88.
- LA TORRE. — *Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié*, Paris, 1887.
- LEPAGE. — *De l'application du forceps au détroit supérieur*. Thèse, Paris, 1888.
- SCHROEDER. — *Lehrbuch de Geburts.*, 10^e édit. Bonn, 1888, p. 572 et suiv.
- LEOPOLD. — *Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur Künstlichen Frühgeburt*. Stuttgart, 1888.

62 DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES BASSINS RACHITIQUES

PINARD. — *Traité du palper abdominal*, 2^e édition. Paris, 1889, p. 202.

PROCHOWNICK. — *Centralbl. für Gynæk.*, 17 août 1889, p. 577.

LE CUDENNEC. — *Du palper abdominal appliqué à la recherche du volume du fœtus, par rapport aux dimensions du bassin*. Thèse, Paris 1890.

S. TARNIER. — *L'écarteur du col utérin* (leçon recueillie par le D^r Bonnaire). *Progrès médical*, 5 avril 1890, p. 267.

GRINDA. — *Contribution à la technique de l'accouchement prématuré artificiel*. Thèse, Paris, 1891.

CINQUIÈME LEÇON

DE LA RIGIDITÉ DU COL UTÉRIN PENDANT LE TRAVAIL, ET PARTICULIÈREMENT DE LA RIGIDITÉ SYPHILITIQUE

SOMMAIRE : Observation.

Ce qu'il faut entendre par rigidité du col en général.

Des diverses formes de rigidité.

Rigidités spasmodique, anatomique, pathologique.

Causes, pathogénie, symptômes des variétés spasmodique et anatomique.

Rigidité syphilitique. — Historique. — Anatomie pathologique. — Sclérose spécifique du col. Observation de Fasola. — Caractères cliniques de la sclérose du col.

Diagnostic des diverses sortes de rigidité.

Marche du travail. — Sa lenteur. — Accidents qui peuvent survenir. — Terminaisons variables de l'accouchement. — Observations.

Pronostic. — Sa gravité pour la mère et pour l'enfant dans les formes anatomique et syphilitique.

Conduite à tenir dans les différentes variétés de rigidité du col : calmants et anesthésiques. — Dilatation du col. — Incisions du col : méthode de Dührssen, méthode française. — Résumé des indications du traitement.

MESSIEURS,

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'un cas de dystocie assez rare et dont vous avez eu récemment un remarquable exemple sous les yeux; je veux parler de la résistance anormale du col utérin et de sa rigidité pendant le travail.

La femme à laquelle je fais allusion est entrée à la Clinique dans l'après-midi du 31 août 1891. Trois semaines auparavant, elle s'était présentée à la consultation du soir, et déjà, indépendamment des lésions spécifiques sur lesquelles je vais revenir, on avait noté que son col n'offrait pas la consistance ordinaire : il était plus résistant et dur au toucher.

Au moment de son admission à l'hôpital, cette femme venait de perdre les eaux et commençait à ressentir les premières douleurs de l'accouchement. Elle déclara que, depuis un mois, elle avait eu sur tout le corps, mais particulièrement aux membres inférieurs, une éruption, dont elle portait encore les traces. A l'examen, on reconnut que cette éruption présentait tous les caractères des syphilides papuleuses. Du côté des organes génitaux externes, on constata, sur la grande lèvre droite, une ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes, à base légèrement indurée, mais sans œdème ni hypertrophie ; il existait, en outre, d'autres érosions vulvaires ; les ganglions inguinaux correspondants étaient augmentés de volume. En résumé : syphilide papuleuse, plaques muqueuses vulvaires, pléiade ganglionnaire ; il s'agissait d'une syphilis à la période secondaire.

Au point de vue obstétrical, la grossesse était presque à terme, les dernières règles ayant eu lieu du 4 au 8 décembre 1890. L'enfant, vivant, se présentait par le sommet ; la tête était engagée dans l'excavation. Le col avait encore une certaine longueur et était entr'ouvert ; mais on fut surtout frappé de sa dureté considérable,

dureté généralisée à tout son pourtour et s'étendant jusqu'au segment inférieur, et, dès ce moment, on songea à une rigidité du col.

Dans ses antécédents, cette femme avait eu un premier accouchement absolument normal. Elle était alors en bonne santé. Devenue enceinte pour la seconde fois, et d'un père différent, elle avait en même temps contracté la syphilis.

Je la vis le lendemain de son entrée, à ma visite du 1^{er} septembre, et voici ce que je constatai. Bien que les douleurs eussent continué assez régulièrement pendant toute la nuit, le col n'était encore qu'incomplètement effacé ; la dilatation atteignait à peine les dimensions d'une pièce de 1 franc. Ce col était constamment rigide, épais ; il avait une consistance ligneuse, comme cartilagineuse. La dureté s'étendait non seulement au col tout entier, mais même à la partie inférieure du segment inférieur de l'utérus. La tête était à nu sous le doigt ; elle présentait une bosse séro-sanguine, qui faisait en partie saillie à travers l'orifice cervical. Les battements du cœur de l'enfant étaient excellents.

Afin d'essayer de vaincre cette résistance des tissus, dont le pronostic était loin d'être rassurant, je prescrivis des injections chaudes, prolongées et répétées, ainsi que l'emploi de l'écarteur de M. Tarnier, que j'avais déjà eu l'occasion d'appliquer dans d'autres cas de rigidité. L'écarteur fut introduit sans difficulté et laissé en place de midi à trois heures et demie ; à ce moment, la dilatation avait notablement augmenté, et le col paraissait un

peu moins rigide; mais le liquide amniotique s'écoulait teinté de méconium et légèrement fétide. Les battements du cœur s'entendaient encore, mais étaient plus faibles. Ils diminuèrent progressivement d'intensité et finirent par disparaître complètement. La femme ne voulut pas supporter une seconde application de l'écarteur et arracha elle-même l'instrument, après qu'on l'eût replacé. Cependant, les contractions étant très énergiques, la dilatation finit par acquérir à peu près la largeur d'une paume de main. Il était alors neuf heures du soir; la parturiente avait une température de 38°,4.

Sur mon conseil, M. Demelin pratiqua la basiotripsie; l'enfant, extrait sans peine, pesait 2,950 grammes, sans la substance cérébrale. Le travail avait duré trente-cinq heures.

Tout se termina heureusement pour la mère. Pendant les suites de couches, la température resta normale, et aucun incident ne se produisit. Malheureusement, cette malade, fort indocile, quitta la Clinique, malgré toutes nos remontrances, plus tôt que nous ne l'aurions voulu, mais en très bon état.

De quelle nature a été l'obstacle présenté par le col pendant l'accouchement de cette femme? Quelle en était la cause? Quelle est la conduite qu'on doit tenir en pareille circonstance? Telles sont les questions que je me propose de traiter devant vous.

La rigidité du col est un terme qui comprend des états différents: le col peut en effet présenter pendant le travail une dureté tenant à des causes variables. Il existe

d'abord une fausse rigidité due à l'inertie de l'utérus, inertie qui peut survenir dans les cas où il existe un obstacle mécanique, tel qu'un rétrécissement pelvien par exemple. Dans ces cas, le travail traîne en longueur, le col revient sur lui-même après la rupture des membranes et s'épaissit, mais ce n'est pas là de la véritable rigidité.

Celle-ci, en effet, est primitive, au lieu de succéder, comme tout à l'heure, à l'atonie de l'utérus. Elle revêt des allures différentes, suivant qu'elle est, en adoptant la division classique, *spasmodique*, *anatomique* ou *pathologique*.

Établissons d'abord la définition de ces trois variétés. La rigidité spasmodique est la contracture de l'orifice cervical, et peut s'observer pendant l'accouchement et la délivrance.

La rigidité anatomique est constituée par un épaissement particulier du col ; nous verrons ce qu'il faut en penser.

La rigidité pathologique tient à une altération organique des éléments morphologiques du col.

Quelles sont l'étiologie et la pathogénie de ces diverses rigidités ? A quels signes peut-on les reconnaître ?

La rigidité spasmodique est en quelque sorte réflexe. Elle s'observe surtout chez les femmes nerveuses, excitable, très agitées pendant le travail. Elle était plus fréquente autrefois, car elle succédait souvent à l'administration de l'ergot de seigle, heureusement délaissé aujourd'hui par la plupart des accoucheurs. On trouve

parfois encore le col rigide par contracture dans les cas de rupture prématurée des membranes sans engagement de la partie fœtale, comme dans les viciations du bassin, et surtout lorsque les contractions sont énergiques, mais incapables de faire appuyer la tête sur l'orifice dilaté. Cette rétraction spasmodique du col peut aussi se produire sur le cou du fœtus dans l'accouchement par le siège; ce fait a lieu quand des tractions prématurées et intempestives ont été exercées sur l'extrémité pelvienne. Enfin, pendant la délivrance, le placenta est parfois retenu dans la cavité utérine, par suite d'un spasme du col. La contracture siège alors à l'orifice interne, ou plutôt au niveau de l'anneau de Bandl. Je ne fais que vous signaler ce cas spécial, dont je n'ai pas à m'occuper ici.

Les signes auxquels vous reconnaîtrez la rigidité spasmodique sont les suivants. Vous trouverez le col plus ou moins dilaté; mais l'orifice, au lieu d'être souple, est limité par un cercle mince et dur, tendu comme une corde de contrebasse; il est de plus chaud et douloureux au toucher.

La rigidité anatomique s'observe surtout dans les accouchements prématurés, chez les primipares âgées, chez les femmes dont les tissus ont subi une sorte de raccornissement, suivant l'expression du Prof. Pajot.

Les caractères du col sont tout différents de ceux qu'il présente dans la rigidité spasmodique. Les bords de l'orifice sont épais, résistants, indolores au toucher. La consistance ferme, sans élasticité, du col l'a fait comparer à du cuir bouilli.

A première vue, il semble évident que cet état si particulier de l'orifice cervical doit tenir à une altération de ses tissus. Or il n'en est rien, ou, tout au moins, la nature de cette altération nous est parfaitement inconnue. L'histologie en effet est muette à cet égard. MM. Porak et Wallich ont eu occasion d'examiner des fragments du col dans deux cas de ce genre, et le microscope ne leur a donné que des résultats négatifs. Ils n'ont trouvé ni modifications des éléments musculaires, ni sclérose, ni même excès de tissu conjonctif. Dans un cas seulement, il y avait un peu d'œdème et de congestion des tissus ; mais ce sont là les lésions banales déterminées par le travail.

Nous sommes donc obligés de reconnaître notre ignorance à l'égard de la nature et de la pathogénie de la rigidité du col dite anatomique. Plusieurs auteurs, M. Doléris en particulier, vont même jusqu'à en contester l'existence. Elle n'est pourtant pas niable cliniquement, et j'en ai, pour ma part, observé plusieurs cas bien nets. Aussi, tout en attendant que des éclaircissements plus complets permettent de la faire rentrer dans un cadre nosologique bien déterminé, je pense qu'il est impossible de ne pas admettre la réalité de cette sorte de rigidité.

En ce qui concerne la rigidité pathologique, je laisserai de côté celle qui est due à des néoplasmes, tels que le cancer ou les fibromes, à des cicatrices vicieuses, résultant d'accouchements antérieurs, à des métrites anciennes, etc., et je ne m'arrêterai qu'à une variété de cette

rigidité, qui n'est pas la moins intéressante, et à laquelle se rapporte l'observation de notre malade, — je veux parler de la variété syphilitique.

Il n'y a pas longtemps encore que la question de l'existence même de la rigidité syphilitique du col a été posée. Cette forme de rigidité avait déjà été entrevue par Putégnat, en 1868. Mais la première observation précise date de 1873; elle est due à Chiarleoni. En 1883, Chiara et Martinetti rapportèrent de nouveaux faits. En 1884, M^{me} Mesnard soutint sur ce sujet une thèse inspirée par le D^r Doléris, qui, lui-même, publia, en 1885, un mémoire avec deux observations personnelles. Depuis, d'autres cas ont été signalés par Welponer, Fasola, Blanc, etc.

La rigidité syphilitique du col s'observe dans des conditions variables.

D'abord l'accident primitif peut être en cause. Vous savez que le Prof. Fournier a établi la fréquence du chancre utérin; sur 249 chancres indurés observés chez la femme, il en a rencontré 13 occupant le col, ce qui donne la proportion d'un chancre cervical pour 19 siégeant dans d'autres régions. Cette localisation sur le col occupe le quatrième rang dans la statistique par ordre de fréquence des accidents primitifs. Or, à la suite d'un chancre, il subsiste une sorte d'hyperplasie de tous les tissus, et le col qui en a été le siège peut rester induré, rigide au moins partiellement.

Dans d'autres cas, ce sont des lésions secondaires ou tertiaires qu'il faut incriminer comme origine de la rigi-

dité. On peut, en effet, rencontrer sur le col comme ailleurs des plaques muqueuses, des syphilomes diffus, des gommès, toutes lésions qui laissent après elle une induration plus ou moins persistante.

Rappelez-vous maintenant que, sous l'influence de la grossesse, les syphilides ont une grande tendance à s'hypertrophier, et vous comprendrez facilement que les chancres et autres lésions spécifiques du col puissent déterminer chez la femme enceinte une rigidité cervicale partielle, plus ou moins étendue, qui peut mettre obstacle à l'accouchement.

Mais il existe encore une autre variété de rigidité syphilitique, sur laquelle je tiens à insister tout particulièrement, car elle est restée assez mal connue jusqu'à ces derniers temps : c'est celle qui résulte d'une sclérose généralisée du col. La sclérose spécifique du col peut s'observer en effet spontanément, sans avoir été précédée d'autres lésions, et elle est entièrement comparable à celle qu'on rencontre parfois du côté du rectum dans le rétrécissement syphilitique de cet organe, ou de la langue, dans la glossite scléreuse syphilitique. Dans ces conditions, la rigidité du col n'est plus seulement partielle comme dans les cas précédents ; elle est totale et partant beaucoup plus grave au point de vue de l'accouchement.

La sclérose spécifique du col a été mise hors de doute par une très importante observation de Fasola, publiée en 1888, et qui, par un singulier hasard, paraît avoir échappé à tous les auteurs qui se sont occupés de la rigidité syphilitique.

Le grand intérêt de cette observation réside dans ce fait qu'elle est la première dans laquelle l'examen histologique a été pratiqué. Comme elle résume très bien l'histoire de la sclérose syphilitique du col, je vais vous la rapporter brièvement.

Une femme âgée de vingt-six ans contracta la syphilis, en 1884, après son deuxième accouchement. Elle devint de nouveau enceinte et se trouva à terme en mars 1885. Elle entra à la Clinique de Florence, les membranes de l'œuf étant rompues. On trouva le col dur, comme fibreux; l'orifice externe était à peine perméable, et l'induration s'étendait jusque sur le segment inférieur. L'enfant était mort et putréfié et se présentait par l'épaule. La mère avait une température de $38^{\circ},7$. Pendant *six jours*, du 13 au 19 mars, la dilatation fit très peu de progrès. Au bout de ce temps, l'orifice n'avait pas 3 centimètres de diamètre. L'état général était mauvais, l'agitation extrême.

Fallait-il pratiquer l'opération césarienne en la faisant suivre, en raison de l'infection utérine, de l'ablation de la matrice et des annexes, d'après la méthode de Porro; ou bien devait-on recourir à l'embryotomie? Après avoir hésité quelque temps, Fasola se décida, sur l'avis de Chiara, à faire cette dernière opération. Elle fut extraordinairement pénible; malgré les incisions faites sur les côtés du col, l'opérateur et deux de ses assistants essayèrent en vain, après éviscération et décollation du fœtus, d'extraire le tronc; des tractions sur le bras ne réussirent qu'à l'arracher, et l'application d'un crochet

demeura infructueuse. Il fallut faire de nouvelles incisions ; la main put alors être introduite dans la cavité utérine, et ramener les pieds. Le tronc fut ainsi extrait par la version ; la tête put ensuite être amenée au dehors sans difficulté.

Cette grave intervention fut suivie d'une hémorragie sérieuse ; la pauvre femme tomba dans le collapsus et succomba peu après.

A l'autopsie, on trouva des lésions de sclérose évidente sur le col et le segment inférieur. A l'œil nu, on distinguait aisément les tissus rigides des régions saines environnantes. Il existait, au niveau de l'anneau de Bandl, un relief circulaire extrêmement dur, comme cartilagineux.

Au microscope, des coupes pratiquées en divers points des tissus rigides permirent de reconnaître tous les stades de l'hyperplasie conjonctive : au voisinage des parties saines, les fibres musculaires étaient simplement atrophiées, et on constatait une infiltration de cellules embryonnaires ; mais, dans les points les plus altérés, les fibres-cellules avaient disparu et elles étaient remplacées par un tissu conjonctif serré, dense, fibreux. Quant aux vaisseaux, ils étaient oblitérés par hypertrophie de leurs tuniques moyenne et interne.

En résumé, il existait, du côté du col et du segment inférieur, chez cette femme manifestement syphilitique, des lésions de sclérose et d'endartérite absolument analogues à celles que la syphilis détermine si fréquemment dans d'autres organes.

Aussi Fasola a-t-il pu conclure avec raison de ce fait

à la réalité de la sclérose syphilitique du col et d'une partie du corps ; il a fait ressortir en outre l'association possible d'une pareille lésion avec l'évolution régulière d'une grossesse, et il a insisté sur ce fait que cette sclérose peut opposer d'insurmontables obstacles à l'accouchement naturel ou artificiel, et qu'elle peut indiquer, d'une manière absolue, l'opération césarienne, alors même que le fœtus est mort et le reste du canal pelvi-génital normal.

Maintenant que la sclérose spécifique du col vous est démontrée de par la clinique et l'histologie, je tiens à insister sur les caractères cliniques de la rigidité syphilitique en général.

Suivant qu'il s'agit de lésions partielles ou de sclérose totale, le col présente en certains points ou dans sa totalité une induration d'une nature tout à fait particulière. On constate au doigt une dureté extrême, beaucoup plus marquée que dans la rigidité anatomique.

Le signe caractéristique de cette dureté est qu'elle est, pour ainsi dire, cartilagineuse ; quand il y a sclérose totale, l'induration occupe non seulement le col, mais encore le segment inférieur, et peut s'étendre jusqu'au vagin.

D'après tout ce que je viens de vous dire, vous voyez que notre observation est entièrement comparable à celle de Fasola. Dans notre cas, comme dans le sien, il s'agit d'une femme syphilitique, atteinte de sclérose du col et du segment inférieur. Seulement l'accouchement a évolué chez notre malade d'une façon plus favorable,

sans doute parce que les lésions étaient moins étendues et moins prononcées.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur le diagnostic de la rigidité du col en général. Tout au plus pourrait-on confondre avec elle un cloisonnement transversal du vagin ; mais vous reconnaîtrez cette anomalie à l'existence dans le vagin d'une membrane tendue et perforée d'un orifice plus ou moins étroit, n'ayant aucun des caractères du col. Le doigt ne rencontrera pas les culs-de-sac normaux du vagin, et, s'il peut pénétrer à travers l'orifice du cloisonnement, il arrivera sur le col situé au dessus.

Quant au diagnostic différentiel des diverses formes de rigidité, je vous ai suffisamment décrit les caractères propres à chacune d'elles pour n'avoir pas à y revenir.

La marche du travail est essentiellement lente dans toutes les variétés de rigidité du col. Cette lenteur amène des complications plus ou moins grandes. Les femmes, d'abord nerveuses et agitées, se fatiguent, s'épuisent et perdent courage ; si la situation se prolonge, de la fièvre, du subdelirium, et même des accidents comateux peuvent survenir. Des phénomènes d'infection sont à craindre quand les membranes sont rompues et quand l'antisepsie n'est pas faite rigoureusement. Au contact de l'air qui pénètre dans la cavité de l'œuf, le liquide amniotique se putréfie, et il se produit de la physométrie. En voici un exemple que j'ai observé, en 1887, à la Pitié, M. Demelin étant mon interne. Une femme de trente-

quatre ans, primipare, chez laquelle les membranes s'étaient rompues dès le début du travail, avait de la rigidité anatomique du col. Les bains, les injections chaudes, le chloral, l'opium... étaient restés sans résultat. Le liquide amniotique prit peu à peu une odeur fétide, bien que l'enfant fût vivant. Mais, en pareil cas, le fœtus est voué à une mort à peu près certaine, et, s'il ne succombe pas dans l'utérus, il meurt généralement peu après sa naissance. C'est ce qui eut lieu dans le cas que je vous rapporte. Le col commençant à se déchirer, je me décidai à intervenir, et je pratiquai quelques petites incisions sur son pourtour, en avant et sur les côtés, puis j'appliquai le forceps. L'enfant extrait fit quelques mouvements respiratoires, mais ne tarda pas à succomber. Le travail avait duré soixante-quatre heures. La mère se rétablit.

Comment se fait la terminaison de l'accouchement quand il y a rigidité du col? Quelquefois, le col cède, et l'accouchement se termine spontanément, sans déchirures; cela s'observe surtout quand la rigidité est spasmodique, ou quand l'induration du col n'est que partielle. Mais, le plus souvent, l'expulsion n'a lieu qu'au prix de déchirures du col, qui parfois s'étendent jusqu'aux culs-de-sac et même plus loin. La sortie du fœtus se produit quelquefois par le fait d'une lésion cervicale singulière: il y a arrachement circulaire complet du col. M. Bouffe de Saint-Blaise, en a rapporté récemment une observation recueillie dans le service du D^r Champetier de Ribes à l'hôpital Tenon, et le même fait s'est produit

dans un des deux cas de M. Porak que je vous ai signalés.

À côté de ces faits relativement heureux, je dois vous indiquer ceux beaucoup plus graves où la femme peut succomber à l'épuisement, à l'infection, à une rupture de l'utérus, si l'accoucheur ne se décide pas à intervenir à temps pour tenter de la sauver.

Le pronostic est, d'une façon générale, sérieux pour la mère et pour l'enfant. Mais il faut l'envisager suivant les diverses formes de rigidité.

La rigidité spasmodique est la moins grave. Elle disparaît d'ordinaire sous l'influence d'un traitement convenable.

La rigidité anatomique est beaucoup plus inquiétante, et peut s'accompagner des accidents les plus graves. Je n'en veux pour preuve que le fait suivant que j'ai observé à la Pitié, en 1888. Il s'agissait d'une femme qui avait contracté la variole au cinquième mois de sa troisième grossesse; l'enfant avait survécu. Elle était arrivée à terme, et le travail débuta le 7 septembre 1888, dans la matinée. Elle entra chez une sage-femme qui ne lui donna aucun soin antiseptique, et la garda vingt-quatre heures avant de l'amener dans mon service. Le 8 septembre, je constatai chez cette femme de l'œdème vulvaire et des eschares sur la face antérieure du vagin. Le col était épais et dur, particulièrement sur sa lèvre antérieure; la rigidité s'étendait au segment inférieur. L'orifice avait les dimensions d'une pièce de 2 francs; les membranes étaient rompues depuis la veille; la tête

était engagée dans l'excavation. Un liquide muco-purulent s'écoulait par le vagin.

La dilatation ne se fit qu'avec une extrême lenteur, et l'état général de la femme était loin d'être satisfaisant. Les battements du cœur fœtal persistèrent jusqu'au 12 septembre au matin ; à ce moment, l'enfant succomba. Il y avait alors un écoulement vaginal fétide ; les téguments présentaient une teinte subictérique, et la femme avait du subdelirium. La dilatation était presque comme une paume de main. Je pratiquai la basiotripsie ; pendant l'extraction faite avec une grande lenteur, le col se déchira dans une étendue de 6 centimètres. Le soir même, la femme, épuisée, s'éteignait dans le coma ; le travail avait duré cinq jours.

Si la rigidité anatomique présente parfois, comme vous le voyez, une gravité extrême, la rigidité syphilitique comporte un pronostic encore moins favorable. L'observation de Fasola vous en a fourni la preuve. Toutefois, on a pu, dans des cas de sclérose considérable, sauver, par une intervention opportune, la vie de la mère et même celle de l'enfant.

En ce qui concerne ce dernier, le pronostic est toujours grave ; comme pour la mère, il l'est d'autant plus que la rigidité est plus accentuée et plus persistante. La compression énergique et prolongée due à l'action de l'utérus, l'infection du liquide amniotique sont des causes puissantes de léthalité fœtale. Aussi, est-il prudent, dans les cas inquiétants, de ne pas prolonger l'expectation dans l'espoir de sauver une vie si compromise, et de ne pas

trop tarder à pratiquer l'embryotomie, dans l'intérêt de la mère.

J'arrive d'ailleurs à la conduite à tenir dans les différentes variétés de rigidité du col. Contre la rigidité spasmodique on a conseillé les onctions de pommade belladonnée sur le col, les bains de siège, les grands bains, les injections vaginales chaudes et prolongées. En 1886, Jacobi a proposé l'emploi de l'électricité, sous forme de courants faradiques, mais l'efficacité de ce moyen me paraît très douteuse. Lorsque le spasme persiste malgré les bains et les injections, il faut avoir recours au chloral en lavement, ou mieux encore aux inhalations de chloroforme dont on retire habituellement d'excellents effets. Si le chloroforme échoue, vous devrez employer les moyens réservés d'ordinaire aux formes plus graves de la rigidité, dont je vais maintenant vous parler.

Les rigidités anatomique et syphilitique comportent, l'une et l'autre, le même traitement. Ici encore, vous aurez d'abord recours aux irrigations chaudes, à l'opium, au chloral, au chloroforme. Mais ces moyens restent la plupart du temps insuffisants, et ce qui doit vous préoccuper avant tout, c'est d'effectuer directement la dilatation du col. Vous pourrez à cet effet vous servir des ballons de Barnes ou de Champetier de Ribes, mais leur application n'est pas toujours facile, la tête pressée contre le col ne laissant pas à ces ballons un espace suffisant pour leur distension. Je vous conseille plutôt d'employer un instrument dont j'ai eu occasion de vous parler, dans des leçons précédentes, l'écarteur de M. Tarnier. Vous avez

vu qu'il nous avait été très utile chez notre malade en amenant une dilatation suffisante pour permettre la terminaison de l'accouchement. J'ai eu l'occasion de me servir de cet instrument dans un autre cas de rigidité, à la Pitié, en 1890, chez une jeune femme, primipare de vingt-deux ans. Le col était très dur, à peine entr'ouvert ; le doigt n'y pénétrait qu'à frottement ; il s'agissait d'une rigidité anatomique qui résistait aux bains, aux injections, aux anesthésiques. Grâce à l'écarteur de M. Tarnier, je pus obtenir, en quelques heures, une dilatation assez grande pour appliquer le forceps qui me permit d'extraire contre toute attente un enfant vivant.

Je vous signalerai enfin un moyen très simple d'amener la dilatation de l'orifice, qui peut réussir : c'est l'introduction forcée d'un doigt, puis de deux, de trois, de cinq, enfin de la main tout entière. Avec du temps, de la patience, et en agissant prudemment, on arrive parfois à vaincre la résistance du col, à le forcer, pour ainsi dire, sans le déchirer.

Lorsque vous aurez obtenu, par quelque moyen que ce soit, une dilatation, sinon complète, du moins suffisante pour le passage d'un instrument ou de la main, vous terminerez l'accouchement. Si l'enfant est vivant, vous aurez recours au forceps ou à la version, suivant les indications. S'il est mort, vous pratiquerez l'embryotomie. Vous procéderez à l'extraction du fœtus avec lenteur, afin de léser le moins possible le col, qui sera d'ailleurs d'autant plus exposé à une rupture qu'il sera moins largement dilaté.

Mais, lorsque la rigidité est, pour ainsi dire, incoercible, comme cela a surtout lieu dans la sclérose syphilitique, lorsqu'elle résiste à tous les moyens précédents, même à l'écarteur, ou que ces moyens n'arrivent qu'à produire une dilatation insuffisante pour terminer l'accouchement, lorsque le travail se prolonge plus de trois jours, laps de temps au-delà duquel la vie de la mère et de l'enfant est en péril, vous ne devez pas hésiter à recourir à des interventions plus décisives. Ce sont d'abord les incisions du col. Je suis d'avis qu'il faut les réserver aux cas où tout aura été essayé, mais en vain. Ces incisions sont en effet dangereuses, car, d'une part, elles peuvent s'étendre au loin et gagner le corps de l'utérus ; de l'autre, elles ouvrent une porte à l'infection chez une femme que son état de fatigue, parfois de surmenage, prédispose aux accidents septiques. Toutefois, en présence d'une nécessité urgente, et plutôt que de laisser des déchirures spontanées se produire, vous pratiquerez des incisions sur le col. Vous ferez, avec un bistouri boutonné ou avec des ciseaux courbes, des sections petites et multiples, plutôt qu'un débridement large à droite et à gauche, comme on le faisait autrefois ; vous les dirigerez de préférence sur les côtés et en avant, suivant la remarque déjà vieille de Viguiier.

Récemment, un accoucheur allemand distingué, Dührssen, a conseillé de nouveau d'inciser profondément le col, à droite et à gauche jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. Il affirme que cette pratique est innocente, et il rapporte un certain nombre de faits où il l'a appliquée

avec succès. J'avoue que cette conduite m'inspire une certaine appréhension, et je préfère, jusqu'à plus ample informé, suivre la pratique française des incisions petites et multiples.

Une fois incisé, le col s'agrandit d'ordinaire de façon à permettre ou l'expulsion spontanée du fœtus ou l'application du forceps. Si cependant il continue à résister et à rester trop étroit pour laisser passer un enfant vivant, et si l'état de la mère exige une prompt terminaison de l'accouchement, il faut se résoudre à l'embryotomie. Vous ferez la craniotomie qui favorisera la pénétration de la tête réduite en coin, ou mieux encore la basiotripsie : vous avez vu que chez la femme qui a fait l'objet de cette leçon le basiotribe a pu être appliqué facilement à travers un col dur et qui avait à peine la largeur d'une paume de main.

Dans des cas exceptionnels, analogues à celui de Fasola, où la sténose cervicale resterait invincible, malgré les incisions du col, on pourrait, comme l'indique l'accoucheur italien, poser la question de l'opération césarienne ; l'infection presque constante de l'utérus en pareil cas devrait faire préférer l'amputation de Porro. Mais ce sont là des circonstances tellement rares que je me borne à mentionner l'opération susceptible d'être proposée sans insister.

Je résume les indications thérapeutiques fournies par les diverses variétés de rigidité du col.

Contre la contracture spasmodique, vous vous adres-

serez, avant tout, aux douches chaudes et aux anesthésiques.

Dans les rigidités anatomique et syphilitique, vous prescrirez d'abord des bains, des injections d'eau chaude, des narcotiques, des anesthésiques. Puis vous tenterez la dilatation du col ; l'écarteur me paraît l'instrument de choix et doit toujours être essayé avant les incisions. Dès que l'écarteur aura amené une dilatation suffisante, vous terminerez l'accouchement.

Si, malgré tout, le col résiste, vous aurez recours aux incisions, telles que je vous les ai décrites, et, si l'extraction d'un enfant vivant reste impossible, vous pratiquerez l'embryotomie.

Un mot, en terminant, sur le traitement consécutif. Après l'accouchement, la rigidité laisse des traces à peu près inévitables ; le col reste déchiré, déchiqueté, se cicatrise vicieusement avec des lambeaux distants et un orifice largement béant, toutes lésions qui peuvent devenir le point de départ d'affections utérines. Vous aurez donc à songer dans ces conditions à restaurer ultérieurement le col, à faire la trachélorraphie.

Inversement, les lèvres déchirées du col peuvent se réunir spontanément d'une façon trop parfaite. J'en ai observé un exemple très curieux chez la femme accouchée en 1887 à la Pitié, dont je vous ai parlé au cours de cette leçon. Après l'accouchement, cette malade avait une déchirure du col telle que je songeai à réunir les lambeaux pendants, il y en avait trois, par l'opération

d'Emmet. Elle quitta l'hôpital avec promesse de revenir se faire examiner. Je la revis, en effet, quelques semaines plus tard ; par le toucher, au lieu du col dilacéré que je m'attendais à trouver, je rencontrai un moignon volumineux et dur, sur lequel il me fut impossible de sentir un orifice. En appliquant le spéculum, je mis à découvert un col de forme conique, d'un blanc nacré, traversé transversalement par une ligne cicatricielle, au milieu de laquelle se voyait difficilement un pertuis extrêmement fin. Les lambeaux du col s'étaient donc soudés complètement, de manière à amener une atrésie cervicale, et l'orifice était devenu punctiforme ; il suffisait d'ailleurs au passage des règles.

La possibilité de ces atrésies est importante à connaître, car elles peuvent provoquer de la dysménorrhée et sont, en tout cas, préoccupantes au point de vue d'une grossesse et d'un accouchement ultérieurs. Il faudrait, en pareil cas, assurer la perméabilité du col par une dilatation progressive suivant les procédés habituels.

BIBLIOGRAPHIE

-
- PUTÉGNAT. — *Journal de Bruxelles*, juillet 1868, vol. XLVII, p. 14.
- FOURNIER. — *Leçons sur la syphilis chez la femme*. Paris, 1873, p. 69 et suiv., et p. 952 et suiv.
- CHIARLEONI. — *Annali univ. di Medicina*. Milan, 1873.
- VIGUIER. — *Thèse*, Paris, 1874.
- WELPONER. — *Centralbl. für Gynæk.*, 1881, p. 223.
- MARTINETTI. — *Annali di Ostetricia*, novembre-décembre 1883, p. 733.
- CHIARA et MARTINETTI. — *Annali di Ostetricia*, janvier 1884, p. 89.
- FASOLA. — *Ann. di Ostetr.*, août-septembre 1884, p. 482.
- M^{me} MESNARD. — *De l'influence de quelques lésions syphilitiques du col de l'utérus sur l'accouchement*. Thèse, Paris, 1884.
- DOLÉRIS. — *Arch. de Tocologie*, avril 1885, p. 305.
- FASOLA. — *Ann. di ostetr.*, avril-mai 1886, p. 243.
- M.-P. JACOBI. — *The americ. Journ. of Obstetr.*, janvier 1886, p. 36.
- DOLÉRIS. — *Nouvelles arch. d'obstét. et de gyn.*, 25 novembre 1887, p. 495.
- WALLICH. — *Bulletin de la Soc. anatomiq.*, 7 février 1890.
- PORAK. — *Bullet. de la Soc. obstétr.*, 12 juin 1870, p. 175.
- BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — *Bullet. de la Soc. anat.*, 31 janvier 1890.
- DÜHRSEN. — *Arch. für Gynæk.*, B^d XXXVII, h. I, 1890.
- BLANC. — *Archives de Tocologie*, avril 1891, p. 241.
- (Consulter également la *Thèse* du D^r LE CAMUS, parue peu après cette leçon : *De la rigidité syphilitique du col de l'utérus comme cause de dystocie*. Paris, 1891.)
-

SIXIÈME LEÇON

DE LA DYSTOCIE DUE AUX FIBRO-MYOMES
DE L'UTÉRUS

DES FIBROMES DE L'UTÉRUS ET EN PARTICULIER
DU SEGMENT INFÉRIEUR
DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

SOMMAIRE : Observation.

Historique.

De la fécondation et de la fécondité chez les femmes atteintes de fibromes utérins.

Influence de la grossesse sur les fibromes. — Modifications subies par les tumeurs : hypertrophie, ramollissement, contractilité, déplacements.

Diagnostic de la grossesse compliquée de fibromes. — Difficultés du diagnostic quand la tumeur siège sur la face postérieure de l'utérus : observations à l'appui.

Influence des fibromes sur la grossesse. — Avortement. — Accouchement prématuré. — Insertion vicieuse. — Mort du fœtus. — Autres complications ¹.

MESSIEURS,

Ceux d'entre vous qui suivent le service depuis un certain temps ont pu voir et examiner une jeune femme enceinte, couchée au n° 4 de la salle de Gynécologie,

¹ Voir la bibliographie des sixième, septième et huitième leçons, p. 139.

chez laquelle la grossesse est compliquée par la présence d'une tumeur pelvienne. Cette femme a été reçue à la Clinique, le 24 avril 1891, dans les conditions suivantes : Enceinte pour la première fois, elle était arrivée vers le milieu de sa grossesse sans rien présenter de particulier, sans rien remarquer d'anormal, lorsqu'un médecin qu'elle alla consulter au sujet de la date probable de sa délivrance lui apprit, à son grand étonnement, qu'elle avait le bassin obstrué, que son accouchement pourrait présenter de sérieuses difficultés, et lui conseilla d'entrer dans une Maternité.

Voici les renseignements qu'on obtint d'elle, et le résultat de l'examen qui fut fait à ce moment.

Les dernières règles dataient du 8 au 11 décembre 1890; la grossesse était donc âgée de quatre mois un quart à quatre mois et demi. Par le palper on ne rencontrait rien d'anormal : le globe utérin était développé comme il doit l'être à cette époque de la gestation, et on obtenait très manifestement le ballottement fœtal. Les battements du cœur ne purent être perçus, mais on les entendit nettement quelques jours plus tard. Le toucher, sur lequel, en raison des renseignements fournis par la femme, devrait se concentrer toute l'attention, révéla des particularités intéressantes.

On ne trouvait pas tout de suite le col utérin, et ce n'est qu'après une exploration minutieuse qu'on finissait par l'atteindre difficilement derrière la symphyse pubienne, au fond d'un cul-de-sac vaginal antérieur très profond. Si, pour se rendre compte de la cause de cette

déviation, on reportait alors le doigt en arrière du col, on rencontrait, séparée de lui par un sillon très net, une tumeur faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur et un peu à gauche, du volume du poing, régulière, assez ferme, élastique et sans fluctuation, douloureuse au toucher. J'ajoute que cette tumeur était immobile, fixe dans l'excavation. En combinant le palper avec le toucher, et en enfonçant la main derrière l'utérus, on la sentait proéminer légèrement au-dessus du détroit supérieur. Elle paraissait d'ailleurs en continuité directe avec la face postérieure du corps de l'utérus.

Le diagnostic de grossesse s'imposait, mais de quelle nature était cette tumeur ? Je répète que l'interrogatoire ne relevait rien d'anormal dans la santé de cette femme : ni douleurs de ventre, ni troubles menstruels, ni pertes blanches ; c'était tout à fait par hasard qu'elle était allée consulter un médecin, sa grossesse évoluant très naturellement.

Diverses hypothèses furent émises à ce moment, à propos du diagnostic. L'idée d'une rétroversion de l'utérus gravide incomplète ou partielle fut rejetée, à cause de la profondeur du sillon qui existait en arrière du col et qui séparait nettement en bas la tumeur de la surface utérine, et en raison de l'absence de troubles vésicaux. Les kystes de l'ovaire, surtout les kystes dermoïdes, lorsqu'ils plongent dans l'excavation, acquièrent, pendant la grossesse, une certaine dureté ; cependant il était difficile d'admettre qu'il s'agit là d'un kyste ; rien n'attirait l'attention du côté de l'ovaire ; les antécédents étaient

négatifs, et la tumeur semblait bien tenir à l'utérus. Une autre hypothèse plus probable était celle d'un fibrome utérin compliquant la grossesse ; c'est à cette opinion que se rallia M. le Prof. Tarnier, sous réserve, en cas de doute, de pratiquer une ponction exploratrice dans la tumeur au moment de l'accouchement, si elle mettait obstacle à la sortie du fœtus.

Depuis le mois d'avril, cette femme est restée à la Clinique, où je l'ai trouvée à mon arrivée dans le service, pendant les vacances. La grossesse s'est passée sans incidents ; il n'y a eu ni œdème ni albuminurie. La voici arrivée presque à terme, avec un état général excellent. Voulant me rendre un compte exact de sa situation actuelle, je l'ai examinée hier, et voici le résultat de mon exploration. Le fond de l'utérus est situé à trois travers de doigt au-dessous de l'épigastre. A la palpation on constate un léger excès de liquide amniotique : l'excavation est vide, et l'on trouve le ballottement céphalique dans la fosse iliaque droite ; le fœtus, très mobile, avait, au moment de mon examen, son siège au fond de l'utérus et à gauche, et son dos dirigé en avant et à gauche. Il n'y a donc pas de présentation franche, mais tendance à une présentation du sommet en occipito-iliaque gauche. Ainsi, je ne trouve par le palper qu'une anomalie : l'absence d'engagement chez une primipare arrivée près du terme. L'auscultation permet d'entendre les battements du cœur qui sont normaux.

Voici maintenant les renseignements fournis par le toucher vaginal. Le col, légèrement fendu à son orifice

externe, est aplati derrière la symphyse pubienne et dévié au fond du cul-de-sac antérieur; mais il est devenu, paraît-il, beaucoup plus accessible; les affirmations de M. Demelin, qui a suivi la malade, sont très précises à cet égard. En arrière, un sillon assez profond sépare le col de la tumeur que je vous ai signalée. Cette dernière n'a pas sensiblement augmenté de volume; elle est toujours arrondie, mais un peu aplatie d'avant en arrière. Elle plonge dans l'excavation et descend jusqu'à l'union du sacrum et du coccyx; elle est limitée à droite par un bord mousse, aisé à sentir; à gauche, ses contours sont moins précis. Sa surface est lisse, sans bosselures; sa consistance est devenue moins ferme qu'au début de la grossesse; elle s'est amollie, sans cependant présenter de fluctuation. La muqueuse vaginale glisse librement sur elle. Cette masse est irréductible et paraît unique : elle est en rapport, en avant, avec le col et la paroi postérieure du vagin; en arrière, avec le rectum. Le toucher rectal ne donne guère d'autres renseignements; il permet toutefois de reconnaître que la tumeur n'a aucune connexion avec le sacrum.

En combinant le palper au toucher, on circonscrit difficilement la tumeur; car, située profondément en arrière et à gauche de l'utérus, elle déborde très peu au-dessus de l'excavation.

La question du diagnostic de cette tumeur pelvienne se pose de nouveau et devient de plus en plus importante à mesure que la grossesse approche de sa fin. J'élimine sans discussion les tumeurs inflammatoires, l'hé-

matocèle, la grossesse extra-utérine, les néoplasmes implantés sur le sacrum. Je ne crois pas à un développement sacciforme, c'est-à-dire à une expansion anormale du segment postéro-inférieur de l'utérus, affection bien décrite par Depaul. En pareille occurrence, en effet, le segment dilaté est occupé par une partie fœtale, ce qui n'est nullement le cas ici. J'éloigne, de même, le diagnostic d'avec un kyste de l'ovaire plongeant dans l'excavation, car, tandis que les kystes ainsi placés durcissent comme je vous l'ai dit, pendant la gestation, notre tumeur s'est ramollie au contraire. Et puis, j'attache une grande importance à ce que la masse a changé de place; elle a remonté, et le col est devenu plus accessible. Or le ramollissement et le déplacement sont deux faits qui appartiennent en propre à l'histoire des fibromes, et c'est à l'hypothèse d'un fibrome que je me rattache le plus volontiers, d'accord avec le diagnostic porté par M. Tarnier dès l'entrée de la malade. Je sais bien que nous ne trouvons pas chez elle tous les signes réunis des fibromes; ainsi, on ne constate pas la présence d'autres tumeurs fibreuses sur l'utérus; à aucun moment, on n'a senti la tumeur se contracter sous le doigt qui l'explorait; la femme n'a jamais eu de métrorragie antérieurement. Cependant, le siège, la consistance, l'évolution de la tumeur suffisent pour me faire pencher fortement vers le diagnostic de fibrome.

Quel est maintenant le siège exact de ce fibrome sur l'utérus? L'emplacement de prédilection des tumeurs de ce genre est habituellement la face postérieure de l'uté-

rus, à l'union du col et du corps; je pense qu'il en est ainsi dans notre cas. Ce fibrome n'est évidemment pas sous-muqueux; il ne peut être qu'interstitiel ou sous-péritonéal. Je crois plutôt à une tumeur sous-séreuse et largement sessile.

En résumé, notre malade est enceinte et près du terme : le fœtus, vivant, n'est pas engagé; sa tête est mobile au-dessus du détroit supérieur, à cause de la présence d'une tumeur fibreuse qui remplit une grande partie de l'excavation et qui provient de la face postérieure de l'utérus.

C'est à l'occasion de cette intéressante observation que je me propose de vous présenter quelques considérations sur la grossesse et l'accouchement compliqués de tumeurs fibreuses. Je ne veux pas étudier la question dans son ensemble, et je me cantonnerai surtout aux fibromes qui occupent le segment inférieur et le col, d'ailleurs les plus importants à étudier.

Les fibromes sont connus depuis longtemps dans leurs rapports avec la grossesse. Je ne ferai que vous signaler le mémoire de Levret en 1749, qui renferme une série d'observations remarquables sur ce sujet. Peu de publications parurent ensuite jusqu'en 1868-69, époque à laquelle s'éleva à la Société de Chirurgie une très importante discussion, qui fixa d'une façon définitive l'histoire de la grossesse compliquée de fibromes, et de la dystocie spéciale à ces tumeurs. Depaul, Tarnier, Blot, Guéniot, Trélat, etc., apportèrent de nombreux faits à

la tribune et firent ainsi la lumière sur bien des points encore douteux. Je vous citerai encore la thèse d'agrégation de M. Lefour, en 1880, qui est un excellent travail d'ensemble sur la question, et qui abonde en documents de toute sorte.

Un premier point qu'il importe d'élucider, c'est celui qui a trait à la fécondation dans un utérus fibromateux. Que cette fécondation soit possible, cela n'est pas douteux, et de nombreuses observations sont là pour confirmer cette assertion. Mais il n'en est pas moins vrai qu'elle est gênée par la présence des fibromes. En réunissant les chiffres fournis par Lefour et Gusserow, M. Charpentier est arrivé à un total de 1,554 cas de fibromes utérins, qui ont donné 476 fois lieu à la stérilité : il y a donc, par le fait, une moyenne d'une femme stérile sur un peu plus de trois (3,26). Si l'on songe que la fréquence des mariages stériles en général est de 1 sur 8, d'après Spencer Wells, on voit que les fibromes revendiquent une part importante dans l'étiologie de la stérilité.

J'ajoute que les fibromes du corps paraissent y exposer davantage. En effet, le Dr Chahbazian a, dans sa thèse de doctorat, fait la remarque suivante : chez les femmes atteintes de fibromes, non enceintes, on rencontre 5 fibromes du col pour 100 fibromes du corps. Or, pendant la grossesse, on a trouvé 20 fois des fibromes du col contre 100 siégeant sur le corps. La grossesse survient donc plus fréquemment chez les femmes qui ont des fibromes du col que chez celles qui ont des fibromes du corps. Quant à la fécondité elle-même, elle est diminuée

par le fait des fibromes; les femmes qui en sont atteintes ont un nombre d'enfants qui est inférieur à la moyenne générale.

J'arrive maintenant à la grossesse et aux rapports qu'elle affecte avec les tumeurs fibreuses. J'aurai à vous exposer successivement l'influence qu'exerce la grossesse sur le fibrome, la manière d'établir le diagnostic, et enfin l'action exercée par le fibrome à son tour sur la gestation.

La grossesse amène dans les fibromes utérins une série de modifications très importantes. La première est une augmentation de volume qui peut être considérable. Cette hypertrophie est parfois telle qu'elle rend apparentes des tumeurs dont on ne soupçonnait pas l'existence. Récemment j'ai eu l'occasion de vérifier ce fait chez une malade que m'avait adressée un de mes collègues, chirurgien des hôpitaux. Cette dame était arrivée au huitième mois de sa grossesse, et je fus frappé du grand développement de son ventre. L'utérus était dur et tendu; l'enfant se présentait par le sommet. A droite et en bas on sentait, en outre, une masse volumineuse et résistante, arrondie comme une tête fœtale, dont elle offrait à peu près les dimensions. A un examen superficiel, on pouvait croire à une extrémité fœtale et poser la question de grossesse gémellaire; mais cette masse était immobile, irréductible et attenante à l'utérus : c'était évidemment un fibrome, comme j'en eus la certitude en examinant l'utérus aussitôt après l'accouchement. Or, mon collègue, qui connaissait cette dame depuis longtemps, qui l'avait soignée à diverses reprises jusqu'au commencement de sa

grossesse, m'affirma n'avoir jamais constaté chez elle trace de fibrome utérin. La tumeur s'était donc considérablement accrue par le fait de la grossesse, et c'est ainsi que j'avais pu constater son existence, alors qu'elle était restée jusque-là parfaitement ignorée.

Outre cette hypertrophie, les fibro-myomes subissent, chez la femme enceinte, une autre modification qui a été bien mise en lumière lors de la discussion de la Société de Chirurgie. C'est un changement dans leur consistance; ils deviennent moins durs et se ramollissent; ou, mieux encore, selon l'expression de Depaul, la tumeur s'assouplit. Je ne veux pas entrer dans de grands détails sur le mécanisme de cet assouplissement. Depaul le croyait limité à la périphérie seule du fibrome. M. Tarnier pense, au contraire, qu'il se fait dans la tumeur tout entière une sorte d'imbibition qui amène son ramollissement.

Enfin les fibromes utérins, hypertrophiés par la grossesse, acquièrent la propriété de se durcir et de se contracter en même temps que l'utérus. Lorsque ce fait se produit sous la main de l'explorateur, il constitue un signe précieux pour le diagnostic.

Il existe encore d'autres particularités qui dépendent du siège du fibrome. Il en est une sur laquelle j'appelle toute votre attention. Les fibromes du segment inférieur, qui occupent l'excavation, sont susceptibles de se déplacer et de remonter au-dessus du détroit supérieur. Le mécanisme de ce déplacement est encore peu connu; cependant le développement du segment inférieur peut expliquer jusqu'à un certain point que les tumeurs qui s'y

insèrent puissent s'élever dans le bassin. Ce déplacement n'est d'ailleurs pas constant; ainsi il ne s'opère pas lorsque la tumeur est sous-muqueuse. Je reviendrai bientôt, avec plus de détails, sur ce curieux phénomène à propos du travail, pendant lequel il se produit assez fréquemment.

Le diagnostic de la grossesse compliquée de tumeurs fibreuses présente parfois d'assez grandes difficultés.

C'est au début de la grossesse surtout que l'hésitation est permise. Le Prof. Pajot a rapporté un cas où il avait cru à un fibrome simple sans grossesse, alors que, par la suite, il reconnut qu'indépendamment de la tumeur l'utérus était gravide. Inversement, on pourrait croire à une grossesse, alors qu'il s'agit simplement d'une augmentation de volume due à un fibrome. En cas de doute, l'expectation permettra d'éviter l'erreur; s'il y a grossesse, les signes de certitude ne tarderont pas à apparaître et lèveront toutes les hésitations.

Quand la grossesse, plus avancée, ne peut plus être mise en doute, le diagnostic portera uniquement sur la nature de la tumeur qui la complique. Ce diagnostic doit être envisagé suivant que cette tumeur occupe l'excavation ou qu'elle est située dans l'abdomen. Je ne reviens pas sur les fibromes qui plongent dans le bassin, et dont j'ai établi les symptômes et le diagnostic en vous décrivant l'histoire de notre malade.

Quand le fibrome est abdominal et accessible par le palper, on pourrait le confondre avec d'autres tumeurs, telles qu'un kyste de l'ovaire; mais le kyste forme une tumeur

arrondie et fluctuante, distincte de l'utérus, et les antécédents apportent d'ordinaire des éclaircissements suffisants.

Le diagnostic peut être plus délicat s'il s'agit, par exemple, de distinguer une corne utérine anormalement développée d'un fibrome. On peut employer pour faire cette distinction le moyen auquel M. Budin eut recours dans un cas où on hésitait entre une corne utérine et un kyste ovarique ; il imprima des mouvements au siège du fœtus qui avoisinait la tumeur, et il réussit à faire pénétrer les pieds dans son intérieur, démontrant ainsi qu'il s'agissait d'un diverticulum utérin, et non d'un kyste.

Je vous ai déjà signalé l'erreur qui consisterait à prendre une tumeur fibreuse pour une partie fœtale et à croire ainsi à une grossesse gémellaire. Mais, en examinant avec soin la tumeur, on voit qu'elle reste immobile au palper, tandis qu'on pourrait déplacer plus ou moins un jumeau ; d'ailleurs, on ne trouve pas les autres parties de ce jumeau, et le palper, l'auscultation ne donnent aucun signe de l'existence de deux fœtus.

La grossesse extra-utérine accompagnant une grossesse utérine est très rare. Elle a ses signes propres dès le début, et, si elle continue à évoluer, elle est reconnaissable à tous les caractères du fœtus qui occupe un sac voisin de l'utérus gravide.

Je voudrais maintenant vous parler de quelques cas particuliers où le diagnostic présente de grandes difficultés. Ils concernent, comme vous pouvez le prévoir, les fibromes qui ont pour siège la face postérieure de l'utérus. Ce sont

ceux-là surtout qui donnent lieu à de nombreuses méprises, ainsi que l'a bien montré le D^r Marquézy, dans une thèse soutenue récemment à la Faculté de médecine de Paris.

Il peut d'abord se faire que la tumeur échappe à tout examen pendant la grossesse et ne se révèle qu'après l'accouchement. Il y a quelque temps, j'ai assisté la femme d'un de mes confrères, qui accoucha très naturellement. En palpant l'utérus après la délivrance pour nous assurer de son état de rétraction, nous découvrîmes sur la surface de cet organe, en arrière, une grosseur du volume d'une orange. C'était un fibrome absolument insoupçonné jusqu'alors, et qui, d'ailleurs, n'avait donné lieu à aucune manifestation.

Dans d'autres cas, la tumeur insérée en arrière de l'utérus descend et s'engage dans l'excavation. Elle devient alors accessible au toucher et présente tous les signes des fibromes de l'excavation, que je vous ai indiqués à propos de notre malade. Mais il peut arriver que le fibrome, tout en ayant une tendance à s'engager, reste élevé, difficile à atteindre et à circonscrire. Le diagnostic est alors souvent très épineux, comme vous le prouvera une observation rapportée par M. Marquézy dans sa thèse, et qui avait été recueillie dans mon service en 1887, par M. Demelin. Une femme multipare était arrivée près du terme ; la grossesse avait évolué normalement. L'utérus était volumineux et en antéversion. On entendait deux foyers de battements à l'auscultation ; mais on ne parvenait pas à délimiter deux fœtus par le

palper. Au toucher, on arrivait sur une tête fixée au détroit supérieur ; mais derrière elle on trouvait une masse qui semblait la prolonger, masse mal délimitée, diffuse, très difficile à bien explorer en raison de son peu d'engagement dans l'excavation. S'agissait-il d'un second jumeau, d'une hydrocéphalie, d'une tumeur ? Le diagnostic resta hésitant. La femme accoucha d'un seul fœtus et, après l'accouchement, on constata que la tumeur persistait. En introduisant alors deux doigts dans le vagin, et en plaçant l'un dans le col, l'autre dans le cul-de-sac postérieur, on reconnut très aisément qu'il s'agissait simplement d'un fibrome interstitiel, siégeant sur la face postérieure du corps et du segment inférieur.

Dans un autre ordre de faits encore, les fibromes de la paroi postérieure peuvent, quand ils font saillie dans l'intérieur de l'utérus, donner lieu à des symptômes très difficiles à interpréter. J'en ai observé, il y a quelque temps, un exemple chez une femme enceinte de huit mois et demi, entrée dans mon service à la Pitié. Elle avait déjà eu quatre grossesses normales dont une, la dernière, double. La grossesse actuelle était pénible, douloureuse. A l'examen, on trouvait un ventre énorme, en besace ; l'utérus dur et tendu, était très fortement projeté en avant et ne présentait aucune bosselure à sa surface. Le palper était difficile ; le fœtus, d'abord situé transversalement, puis en présentation du siège, se plaça à la fin en présentation du sommet. Le toucher ne dénotait rien de particulier ; on ne sentait aucune tumeur dans le cul-de-sac postérieur. Cependant je restais assez perplexe devant

le volume considérable du ventre et, en l'absence d'hydramnios et d'une tumeur quelconque, je cherchais un deuxième fœtus, situé en arrière du premier, mais sans rien trouver qui pût confirmer cette hypothèse. L'accouchement eut lieu le 18 août et dut être terminé par une application de forceps, nécessitée par les modifications du cœur fœtal. Mon interne, M. Lasserre, fit l'extraction d'un gros enfant un peu étonné, mais qu'on ranima facilement. Après l'accouchement, un externe, pratiquant le toucher pour faire la délivrance, sentit, à travers le col, une masse dure qui semblait émerger de la face postérieure du corps de l'utérus. M. Lasserre introduisit alors la main dans la cavité utérine pour s'assurer du fait, et il reconnut la présence d'un fibrome, bosselé, inséré sur la face postérieure de l'utérus, et saillant dans la cavité utérine. C'était cette tumeur, restée méconnue, qui avait repoussé le fœtus en avant pendant la grossesse et donné à l'utérus un volume insolite, au point de faire songer à une grossesse gémellaire, dont il n'existait d'ailleurs aucun autre signe.

Il me reste à vous dire quelques mots de l'influence que le fibrome exerce à son tour sur la grossesse.

L'avortement se produit fréquemment : sur 227 cas, M. Lefour a relevé 39 avortements, soit 1 pour 5,8. Dans la même statistique, l'accouchement prématuré est noté 23 fois sur 227, un peu moins souvent que l'avortement, soit 1 fois sur 9,8.

Les fibromes prédisposent, en outre, à des complications graves. L'insertion vicieuse du placenta n'est pas rare.

Elle s'est rencontrée 13 fois sur 307 cas réunis par Lefour, donc 1 fois sur 23 environ.

Enfin la mort du fœtus peut survenir pendant la grossesse, par suite de la gêne apportée par la tumeur à la circulation fœto-placentaire ; si, dans ces conditions fâcheuses, les membranes viennent à se rompre prématurément, de graves accidents de septicémie sont à redouter.

Ce n'est pas tout encore ; les fibromes du segment inférieur compriment la vessie, le rectum, les nerfs du plexus sacré..., et déterminent de la dysurie, de la constipation, des névralgies pénibles, etc. Dans quelques cas, heureusement rares, la suppuration, le sphacèle peuvent s'emparer de la tumeur et créer pour la femme des dangers extrêmes.

Telles sont les diverses complications que peuvent engendrer les fibromes utérins chez la femme enceinte. Fort heureusement, notre malade du n° 4 y a échappé ; jusqu'ici, sa grossesse a évolué très normalement, et il est vraisemblable que cette femme va arriver sans encombre au terme de sa gestation.

SEPTIÈME LEÇON

DE LA DYSTOCIE DUE AUX FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS (*suite*)

DES FIBROMES UTÉRINS DANS LEURS RAPPORTS
AVEC L'ACCOUCHEMENT

SOMMAIRE : Influence des fibromes sur la marche du travail.

Absence de travail par suite de la rétention prolongée du fœtus mort : observation de M. Herrgott.

Diagnostic pendant le travail : ses difficultés.

Marche du travail : sa lenteur, ses irrégularités. — Fréquence relative des présentations du siège et de l'épaule.

Accouchement spontané sans déplacement de la tumeur.

Déplacement de la tumeur, soit en bas, soit en haut.

Ascension des fibromes. — Causes qui la favorisent. — Deux observations d'ascension de tumeurs fibreuses pendant le travail.

Nécessité d'intervenir quand la tumeur ne se déplace pas.

De la délivrance : ses complications.

MESSIEURS,

Jusqu'à présent, j'ai envisagé les fibromes utérins dans leurs rapports avec la grossesse. Je veux aujourd'hui vous en parler au point de vue dystocique. J'aurai donc à vous exposer les symptômes auxquels ils donnent lieu pendant le travail, la marche de l'accouchement et ses différents modes de terminaison.

Il faut établir, avant tout, une grande distinction entre les fibromes qui occupent l'abdomen et ceux qui siègent dans l'excavation. Ce sont surtout ces derniers que j'ai en vue, vous le savez. Aussi serai-je très bref à l'égard des fibromes abdominaux. Je vous rappellerai seulement que leur diagnostic est en général assez facile, sauf quand ils sont implantés sur la face postérieure de l'utérus et masqués par cet organe ; je n'ai d'ailleurs rien à ajouter à ce que je vous ai dit sur ce sujet à propos de la grossesse. Quant au travail lui-même, il est assez fréquemment ralenti. La présence de la tumeur au milieu du tissu utérin enlève aux contractions une partie de leur efficacité ; l'utérus se fatigue, et il se produit une inertie relative qui retarde l'achèvement de la dilatation. Aussi n'est-il pas rare qu'on soit obligé de terminer artificiellement l'accouchement.

J'arrive aux fibromes intra-pelviens, dont l'étude est beaucoup plus intéressante, car, par leur situation, ils doivent fatalement apporter un obstacle plus ou moins considérable à la sortie du fœtus. Ces fibromes ont leur siège habituel sur le segment inférieur de l'utérus, ou sur le col lui-même, et M. Lefour a appelé cette zone d'implantation la zone dangereuse, en la comparant à celle que Barnes a également désignée sous ce nom, à propos de l'insertion vicieuse du placenta. Mais il n'y a pas que les fibromes insérés sur le segment inférieur qui soient intra-pelviens et, comme tels, à redouter au point de vue de l'accouchement. Nous devons compter aussi avec certains fibromes du corps, pédiculés, qui

peuvent descendre et s'engager dans l'excavation, et causer les mêmes inconvénients que les précédents ; toutefois, ils sont susceptibles de se déplacer plus facilement.

Avant de vous parler de l'accouchement compliqué de fibromes pelviens, je dois vous signaler certains cas où le travail ne se déclare pas, bien que la grossesse soit arrivée à terme. C'est lorsque le fœtus a succombé qu'on peut observer ce fait ; il y a rétention du fœtus, comme s'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine. Le Prof. Alph. Herrgott a publié, en 1889, une curieuse observation de ce genre, dont voici le résumé : Une femme enceinte avait un gros fibrome inséré sur le segment inférieur et obstruant en partie le bassin. A huit mois, le fœtus meurt. Le temps se passe, le terme de la gestation arrive, et le travail ne se produit pas. Un mois s'écoule encore sans incidents, et M. Herrgott en vient à se demander s'il n'y aurait pas une grossesse extra-utérine, lorsque les membranes se rompent, du liquide amniotique s'écoule, et des accidents de putréfaction intra-utérine font leur apparition. Devant l'état grave de la malade, on est obligé d'intervenir en dehors de tout travail, et on pratique l'opération césarienne, qui réussit, malgré les conditions défavorables dans lesquelles elle fut entreprise.

En dehors de ces circonstances exceptionnelles, l'accouchement a lieu soit avant terme, soit à terme, et il présente une allure toute particulière, en raison de l'obstacle qui barre le passage au fœtus.

Au moment où le travail se déclare, il importe que le diagnostic soit bien établi, s'il n'a déjà été porté antérieurement. Je ne veux pas revenir ici sur les signes que je vous ai exposés en parlant de la grossesse, et qui vous permettront d'arriver à ce diagnostic. Je veux seulement insister sur ce fait que des erreurs sont fréquemment commises. Une des plus communes consiste à prendre la tumeur qui occupe le petit bassin pour une extrémité fœtale, un sommet ou un siège. Les fibromes présentent parfois à leur surface des bosselures, des dépressions, des sillons, qu'on a pu confondre avec des sutures et des fontanelles. Dans certains cas même, le forceps a été appliqué sur la tumeur qu'on croyait être l'extrémité céphalique.

Pour éviter de vous tromper ainsi, vous devrez pratiquer un toucher large et attentif, introduire au besoin toute la main dans les parties génitales.

Dans les cas douteux, lorsqu'on hésite entre un fibrome et un kyste, on peut avoir recours à une ponction exploratrice, qui suffit habituellement à éclairer le diagnostic. Toutefois, si l'on tombe sur un kyste dermoïde, le trocart peut s'oblitérer par coagulation du contenu kystique, et on reste dans le doute; pourtant, il n'en est pas toujours ainsi, et M. Fochier a pu confirmer le diagnostic de kyste dermoïde en retirant par la ponction une petite quantité de liquide épais, sirupeux. La tumeur diminua un peu, mais pendant les suites de couches elle fut le siège d'accidents inflammatoires sérieux. Il faut ajouter aussi que d'ordinaire la ponction d'un kyste dermoïde

donne des résultats plus précis, en amenant la sortie de débris de matière sébacée, de poils, etc.

Je dois vous signaler encore au sujet du diagnostic des cas très rares et très singuliers où la tumeur ne peut être perçue par le toucher, où elle reste ignorée et où cependant elle met un obstacle invincible à l'accouchement. Telle est l'observation de M. Charpentier publiée, en 1883, par le Dr Doléris. Une femme est amenée à la Clinique dans un état lamentable, en travail depuis trois jours, extrêmement faible, refroidie. L'examen fait reconnaître une présentation élevée du sommet, un col à peine entr'ouvert. Le fœtus est mort et putréfié. L'abdomen de la parturiente est énormément distendu. On cherche en vain à se rendre compte de la cause qui entrave la marche de l'accouchement ; on ne trouve ni rétrécissement du bassin, ni tumeur dans l'excavation ; il n'y a pas de rigidité du col. D'autre part, le volume de la tête fœtale paraît normal. Après une attente de quelques heures, le col s'étant un peu élargi, M. Charpentier tente la céphalotripsie sans pouvoir arriver à saisir la tête qui fuit sous l'instrument. On échoue de même avec le cranioclaste, des crochets, des pinces à os, etc. Un obstacle invisible empêchait la descente de la tête. La femme succomba sans avoir été délivrée. L'autopsie fut faite par M. Doléris, qui découvrit un volumineux fibrome à l'union du col et du corps, à la fois interstitiel et sous-muqueux. C'était cette tumeur qui, absolument immobile, avait, d'une part, empêché la dilatation du col ; de l'autre, opposé une résistance insurmontable à l'engagement de la tête.

Le plus habituellement, en se basant sur les caractères que je vous ai indiqués, le fibrome est aisé à reconnaître. Mais il ne suffit pas d'en constater la présence, il faut encore apprécier son volume, son siège exact, son point d'insertion, s'il est unique ou s'il y en a plusieurs. En ce qui concerne le volume, M. Tarnier estime que, pour qu'une tumeur fibreuse pelvienne devienne une cause de dystocie par obstruction, elle doit avoir au moins le volume d'un œuf de poule. Les questions de siège, de lieu d'implantation sont moins faciles à résoudre et restent souvent indécises.

Vous devrez aussi examiner le col avec soin; vous rechercherez s'il n'est pas dévié, s'il est bien accessible au doigt; vous apprécierez son degré de dilatation ou de dilatabilité, s'il est souple ou rigide; vous ferez enfin le diagnostic exact de la présentation et de la position.

Toutes ces recherches sont souvent assez ardues; si le toucher digital ne suffit pas pour vous renseigner, vous n'hésitez pas à pratiquer sous le chloroforme, si cela est nécessaire, le toucher manuel qui, combiné au palper, vous donnera les plus précieux renseignements.

Supposons maintenant le diagnostic bien établi, et voyons comment la marche du travail va être modifiée par la présence de la tumeur. Les fibromes intra-pelviens entravent, au même titre que les fibromes abdominaux, l'action des contractions utérines; mais, de plus, ils apportent un obstacle mécanique à la sortie du fœtus.

Il faut donc s'attendre à voir survenir des contractions irrégulières, de l'inertie, de la rigidité du col. La rupture

prématurée des membranes n'est pas rare, et, si le fœtus vient à succomber, la femme se trouve exposée à tous les dangers de la septicémie. La durée du travail est extraordinairement longue : deux, trois, quatre, cinq, six jours et davantage ; dans un cas, elle a été de seize jours. Vous comprenez toute la gravité d'une pareille situation.

Les modifications de l'accommodation sont fréquentes, et les présentations vicieuses s'observent dans une proportion notable. Sur 22 cas, M. Tarnier a relevé 13 fois la présentation du sommet, et 9 fois celle du siège. M. Tarnier pense d'ailleurs que la présentation du siège est plus favorable au point de vue de l'accouchement que celle du sommet, le coin formé par l'extrémité pelvienne étant à la fois plus petit et plus malléable que la tête et pouvant, par suite, s'engager plus facilement dans la filière pelvienne rétrécie par le fibrome. Dans la statistique de M. Lefour, on trouve, sur 102 cas, 52 fois le sommet, 33 fois le siège et 17 fois l'épaule ; il n'y a pas de présentation de la face ; mais cette dernière a été observée par d'autres auteurs.

Voyons maintenant comment va se terminer l'accouchement. Je laisse de côté les petites tumeurs pour ne m'occuper que de celles dont le volume est assez considérable pour arrêter le fœtus dans sa descente.

Il est possible, quoique rare, que la tumeur laisse dans l'excavation un passage étroit par lequel la partie fœtale s'engage à frottement sous l'influence des efforts énergiques de la mère ; cet engagement ne se fait souvent qu'au prix de lésions, de mutilations même du fœtus.

qui est comprimé, parfois véritablement broyé entre la paroi pelvienne et la tumeur. L'accouchement peut ainsi se terminer spontanément.

Mais un mode de terminaison spontanée, beaucoup plus favorable et plus fréquent, a lieu lorsque la tumeur se déplace pour laisser passage au fœtus.

Ce déplacement peut se faire en deux sens différents, ou en bas ou en haut.

Le premier s'observe dans les cas où la tumeur est implantée sur le col, ou même sur le segment inférieur, et pédiculée; la partie fœtale la repousse au-devant d'elle, et l'on voit alors le fibrome apparaître à la vulve, se dégager en partie, laissant ainsi le passage libre au fœtus. Lorsque celui-ci s'est dégagé, la tumeur peut rentrer dans le vagin, comme Depaul en a observé un cas; ou bien, son pédicule se rompt pendant la sortie du fœtus, et la femme accouche de son fibrome en même temps que de son enfant. En vous parlant du traitement, je reviendrai sur ce fait pour vous montrer que l'accoucheur a le droit d'imiter ce procédé curatif, lorsqu'il rencontre un fibrome expulsé hors de la vulve, mais tenant encore dans la profondeur.

Le déplacement en haut est beaucoup plus intéressant; on le désigne sous le nom d'ascension, et ce phénomène a été très bien mis en lumière, lors de la discussion de la Société de Chirurgie, en 1868, par MM. Depaul, Tarnier et Guéniot. Ce mouvement consiste en une élévation de la tumeur qui se porte, soit en partie, soit en totalité, au-dessus du détroit supérieur. Il peut se produire déjà pendant la grossesse, mais surtout au cours du travail. Depaul

et M. Tarnier expliquent le mécanisme de cette ascension par le raccourcissement des fibres longitudinales du corps de l'utérus pendant la contraction; l'utérus se redresse tout entier verticalement et entraîne le fibrome en haut. M. Blanc a montré l'influence d'un autre élément sur lequel M. Demelin avait attiré l'attention dans sa thèse de doctorat : c'est l'allongement que subit le segment inférieur pendant le travail, allongement qui contribue pour sa part à élever la tumeur.

Parmi les conditions favorables à l'ascension des fibromes, il faut signaler la présentation du siège. Ce n'est pas seulement parce que le siège forme un coin malléable qu'il s'engage plus facilement que le sommet, ainsi que je vous l'ai dit; c'est encore parce qu'en s'insinuant entre la paroi de l'excavation et la tumeur il favorise le refoulement de cette dernière au-dessus du détroit supérieur. Les faits cliniques le démontrent, et c'est en s'appuyant sur eux que M. Tarnier base sa préférence pour les présentations de l'extrémité pelvienne dans le cas de fibromes siégeant dans l'excavation. Cette opinion a été récemment encore confirmée par deux observations de MM. Ribemont-Dessaignes et Blanc. Dans le cas de M. Ribemont-Dessaignes, il s'agissait d'un gros fibrome du segment inférieur qui obstruait l'excavation. Le fœtus, mort et putréfié, se présentait par le siège. Une opération de Porro paraissait inévitable; cependant, l'extraction par les voies naturelles put être pratiquée avec le basiotribe, la tumeur remontant suffisamment pendant les tractions pour permettre ce mode de terminaison inespéré.

L'observation de M. Blanc a trait à une femme qui avait un gros fibrome implanté sur la paroi postérieure du segment inférieur; l'enfant mort se présentait par le siège; il y avait en même temps un placenta *prævia*. Malgré l'obstacle considérable apporté par la tumeur, M. Fochier put appliquer un crochet sur le siège et faire l'extraction du fœtus, grâce à l'ascension progressive du fibrome.

Dans ces deux faits, c'est la descente forcée du siège qui a été l'agent de l'élévation de la tumeur au-dessus du petit bassin.

Indépendamment de la présentation du siège, d'autres conditions peuvent faciliter cette ascension. Si l'implantation du fibrome est élevée sur le segment inférieur, s'il est pédiculé et surtout s'il fait saillie vers la face externe de l'utérus, il sera susceptible de se déplacer plus aisément. Au contraire, la tumeur est-elle largement sessile et interstitielle, elle se mobilisera peu ou pas du tout, comme dans l'observation de M. Doléris que je vous ai relatée.

Je ne saurais trop insister sur l'importance capitale qu'il y a à bien connaître ce mécanisme si singulier qui permet parfois l'accouchement par les voies naturelles contre toute attente. Deux faits, qui me sont personnels, sont particulièrement instructifs à cet égard.

Voici le premier: En 1883, je fus appelé en ville par une sage-femme auprès d'une de ses clientes qu'elle supposait enceinte d'un enfant à deux têtes. Cette femme était en travail depuis près de deux jours, et, après examen,

je constatai que l'excavation était en grande partie remplie par un gros fibrome arrondi, au-dessus et en avant duquel on atteignait difficilement le col ; à travers ce dernier, on pouvait toucher, du bout du doigt, la tête du fœtus, que l'on reconnaissait d'ailleurs nettement par le palper au-dessus du détroit supérieur. L'accouchement paraissait impossible et, la parturiente ne pouvant recevoir chez elle les soins nécessaires, je l'envoyai à la Clinique d'accouchements. M. Doléris, qui l'examina d'abord, conclut à l'impossibilité de l'issue du fœtus par les voies naturelles et fit prévenir M. Charpentier, alors chargé du service.

Celui-ci jugea prudent d'attendre, comptant sur un déplacement de la tumeur. Après trois jours de travail, l'enfant avait succombé, et le col, très incomplètement dilaté, mais souple et perméable, était devenu un peu plus accessible. M. Charpentier put faire alors la perforation du crâne et abandonna l'expulsion à la nature. Or, peu à peu, sous l'influence des contractions utérines, la tête se vida de sa substance cérébrale, se lamina pour ainsi dire et s'enfonça comme un coin entre la tumeur et la paroi pelvienne. Sous l'influence de cette poussée en bas, la tumeur remonta partiellement, mais suffisamment pour que le fœtus pût être expulsé spontanément.

Le second fait que je veux vous rapporter est resté profondément gravé dans ma mémoire ; il prouve combien il faut savoir compter sur les ressources de la nature dans les cas de dystocie par fibromes utérins. Il y a six ans, je fus appelé par un médecin auprès d'une dame

primipare, en travail depuis deux jours. Les douleurs étaient très violentes, et mon confrère me déclara qu'il croyait à une grossesse gémellaire ; il lui semblait avoir senti deux têtes par le toucher, et il supposait qu'il devait y avoir un accrochement des deux fœtus, qui rendait l'accouchement impossible. Un examen attentif me démontra qu'il s'agissait d'un fibrome du segment inférieur, situé en arrière et oblitérant en partie l'excavation. Le col élevé, mais accessible, était largement dilaté ; l'enfant se présentait par le sommet, et il y avait un commencement d'engagement. Je pus faire une application de forceps, et, pendant mes tractions, je sentis la tumeur s'élever et remonter dans l'abdomen. L'enfant naquit vivant ; c'était un garçon, vigoureux, qui portait dans la région pariéto-frontale droite une empreinte très marquée de la cuiller qui avait été appliquée entre la tumeur et la tête ; cette empreinte ne s'est jamais complètement effacée, et l'on voit encore aujourd'hui chez cet enfant une petite dépression linéaire blanchâtre, de 2 centimètres de long, qui en est la trace. Les suites de couches consécutives à un travail aussi long et aussi pénible furent incidentées par des complications sérieuses : une fistule vésico-vaginale, qu'une opération ultérieure guérit parfaitement, et une phlébite double des membres inférieurs. Cependant, au bout de quelques mois, la malade était complètement rétablie.

Mais c'est surtout la suite de son histoire clinique qui est intéressante.

Malgré mes conseils d'éviter toute grossesse nouvelle,

cette dame redevint enceinte en 1887, et, très inquiète de son état, elle me fit appeler dès le troisième mois de sa gestation. Je constatai avec une certaine appréhension que le fibrome avait augmenté beaucoup et qu'à côté de lui il s'en était développé un autre, de sorte que le segment inférieur était occupé par deux tumeurs situées l'une à droite et en arrière, l'autre à gauche du col, que le doigt atteignait difficilement au fond du cul-de-sac antérieur. L'utérus gravide était facile à sentir au-dessus de ces deux masses. A quatre mois, les tumeurs commençaient à s'hypertrophier et plongeaient dans l'excavation. A six mois, elles étaient énormes, obturaient le petit bassin, et, pour trouver le col, il fallait introduire très profondément deux doigts derrière la symphyse pubienne. Ainsi, les tumeurs grossissaient visiblement, s'enclavaient de plus en plus, et le col n'allait pas tarder à devenir inaccessible. Dans ces conditions, très inquiet sur l'issue de cette grossesse, je priai M. Tarnier de vouloir bien m'aider de ses conseils. L'opinion de mon maître fut que l'accouchement ne pourrait très probablement pas se faire par les voies naturelles. Il m'engagea à prendre toutes mes précautions en vue d'une opération césarienne. Le terme de la grossesse devait avoir lieu pendant les vacances, ce qui me privait du concours si précieux de M. Tarnier. Ajoutez à cela que le mari de cette dame se trouvait retenu par ses affaires à l'Étranger, et vous pourrez supposer combien j'étais préoccupé, avec une aussi lourde responsabilité. Cependant je pus m'assurer des aides, et, à la fin de la grossesse

approchant, je fis tout préparer pour l'opération. Une des pièces de l'appartement fut transformée en salle d'opération ; une sage-femme instruite fut placée en permanence auprès de ma cliente. Le travail se déclara à terme dans la nuit du 17 au 18 octobre 1887. Dès le début, le col était absolument impossible à atteindre ; les tumeurs, formant un 8 de chiffre, remplissaient absolument l'excavation ; la tête du fœtus était située au-dessus d'elles, mobile au détroit supérieur. Je fis aussitôt prévenir les collègues qui voulaient bien m'assister et le fabricant d'instruments de chirurgie qui devait me fournir le matériel nécessaire. Pendant ce temps les contractions utérines se succédaient énergiquement et, vers neuf heures du matin, la sage-femme me fit savoir qu'elle croyait bien avoir pu atteindre le col qui lui semblait s'abaisser.

Je pratiquai à mon tour le toucher, et mon étonnement fut grand de constater qu'en effet le col était accessible au doigt, dilaté comme une pièce de deux franes environ ; les tumeurs semblaient remplir un peu moins l'excavation.

A partir de ce moment, les fibromes commencèrent à subir un mouvement d'ascension en haut en arrière, et la tête du fœtus s'engagea au-devant d'elles. L'enfant vivait et ne paraissait pas souffrir. La dilatation se compléta rapidement, et je m'empressai de faire une application de forceps qui me permit d'extraire sans aucun dommage pour la mère une petite fille bien développée et vivace. Il n'y eut aucune difficulté pour la délivrance.

Après l'accouchement, les tumeurs avaient repris leur

situation dans l'excavation, et le col s'était de nouveau élevé au fond du cul-de-sac antérieur. Les suites de couches furent cette fois absolument normales.

Ce résultat surprenant et tout à fait inattendu vous montre qu'il ne faut pas se hâter de conclure à l'impossibilité de l'accouchement en matière de fibromes utérins.

Il faut savoir attendre, réserver son pronostic, et, tout en se préparant à intervenir au besoin par l'ouverture du ventre, ne pas perdre de vue qu'un déplacement partiel ou total de la tumeur pourra peut-être permettre une terminaison beaucoup moins grave pour la mère.

Malheureusement, à côté des faits heureux sur lesquels je viens de m'étendre un peu longuement, il en est d'autres où la tumeur ne se déplace pas et où elle oppose un obstacle invincible au passage du fœtus.

Le travail se prolonge, le fœtus succombe et subit la putréfaction, et la mère peut mourir soit d'infection, soit de rupture utérine sans être délivrée. C'est dans un cas de ce genre que M. le Prof. Tarnier a eu l'occasion de pratiquer, en août 1879, la première opération de Porro qui ait été faite à Paris. Il s'agissait d'une femme dont l'excavation était remplie par des fibromes absolument immobiles. Arrivée au terme de sa grossesse, elle entra en travail, mais aucune modification ne se produisit du côté des fibromes. C'est en vain qu'on crut pouvoir compter sur un déplacement de leur masse, et que l'expectation fut prolongée, malgré l'avis contraire de M. Tarnier. Aussi l'intervention fut-elle trop

tardive; l'enfant avait succombé et était en proie à la putréfaction; la mère était infectée et elle ne survécut pas à l'opération.

Les circonstances qui permettent de prévoir que l'ascension d'un fibrome ne se fera pas pendant le travail sont très délicates à apprécier. Cependant elles se rencontrent ordinairement dans les conditions suivantes : tumeur très volumineuse, interstitielle ou sous-muqueuse, largement sessile, tumeurs multiples et, surtout, tumeurs fixées dans l'excavation par des adhérences péritonitiques.

C'est alors que l'opération césarienne peut devenir nécessaire et qu'elle doit être pratiquée sans retard, avant tout phénomène d'infection, sous peine d'être suivie d'insuccès.

Quelques mots encore sur la délivrance. Elle peut avoir lieu naturellement, et c'est même le cas le plus fréquent; mais il n'est pas rare qu'on soit obligé de recourir à la délivrance artificielle, 18 fois sur 76 cas, d'après les observations de M. Lefour. Les complications qui nécessitent cette intervention sont des hémorragies, des adhérences du placenta lorsqu'il est inséré sur la tumeur même, l'inversion utérine observée une fois par M. Tarnier, la rétention du placenta due à une déviation extrême du col et la putréfaction du délivre. Vous voyez que tout n'est pas fini lorsque le fœtus est hors des voies génitales, et que la délivrance demande à être surveillée avec le plus grand soin.

HUITIÈME LEÇON

DE LA DYSTOCIE DUE AUX FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS (*suite et fin*)

CONDUITE A TENIR PENDANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET
LES SUITES DE COUCHES.

SOMMAIRE : Modifications des fibromes pendant les suites de couches. — Pro-
nostic de l'accouchement.

I. — Conduite à tenir pendant la grossesse compliquée de fibromes. —
Indications de l'intervention. — Traitement de la rétroversion de l'utérus
gravide fibromateux.

Avortement provoqué et accouchement prématuré artificiel.

Opération césarienne.

Ablation de la tumeur par le vagin.

Myomotomie par la voie abdominale.

Amputation supra-vaginale de l'utérus gravide.

Résultats comparés de ces différentes méthodes.

II. — Conduite à tenir pendant l'accouchement.

Expectation.

Refoulement de la tumeur.

Forceps et version.

Ablation de la tumeur par le vagin.

Perforation du crâne et basiotripsie.

Opération césarienne simple.

Opération de Porro.

Statistique des résultats de ces opérations.

Résumé du traitement pendant le travail.

III. — Conduite à tenir pendant la délivrance et les suites de couches.

Délivrance artificielle.

Ablation du fibrome par la voie vaginale.

Ablation de l'utérus.

Appendice : Histogénèse des fibro-myomes de l'utérus.

MESSIEURS,

Pour compléter l'histoire des fibromes dans leurs rapports avec l'accouchement, il me reste à vous parler des suites de couches. Le plus souvent, l'involution utérine se fait normalement, quelquefois avec une rapidité surprenante. La tumeur diminue par atrophie ou par dégénérescence graisseuse ; elle peut même disparaître presque complètement. Dans d'autres cas, le fibrome se désagrège et est éliminé par les voies génitales sous forme de fragments plus ou moins volumineux. Dans des circonstances plus rares, il se sphacèle et est encore expulsé sous forme de lambeaux et de détritits putréfiés. Des accidents très sérieux peuvent accompagner cette élimination, tels que des tranchées violentes, des hémorragies, des phénomènes septiques, de la péritonite. Ils sont surtout à craindre quand le travail a duré très longtemps et quand l'antisepsie n'a pas été rigoureusement faite.

En ce qui concerne le pronostic, tout ce que je vous ai dit jusqu'ici vous a montré combien il est variable pour la mère, aussi bien pendant le travail que pendant la grossesse. Pour l'enfant, il est généralement assez grave ; d'ailleurs l'accoucheur doit veiller avant tout au salut de la mère.

J'ai hâte d'aborder la question du traitement. J'envisagerai successivement la conduite à tenir pendant la

grossesse, pendant le travail, et je vous indiquerai quels sont les soins particuliers qu'on doit donner aux femmes pendant la délivrance et les suites de couches.

Étant donné le danger que la gestation fait courir aux femmes atteintes de fibromes utérins, le devoir du médecin est de les prévenir de ce danger et de leur conseiller d'éviter une grossesse.

Lorsqu'une grossesse survient, que convient-il de faire ? La conduite de l'accoucheur doit être subordonnée à des considérations que je vous ai déjà indiquées : au volume de la tumeur, à son siège, à son évolution, aux complications qu'elle détermine.

Dans bon nombre de cas, on peut se borner à surveiller la marche de la grossesse, à enrayer par des moyens appropriés, laudanum et morphine, les menaces d'avortement ou d'accouchement prématuré qui pourraient survenir.

Toutefois, deux indications peuvent obliger à une intervention. La première est réalisée lorsqu'il y a danger immédiat pour la mère : tels sont les cas où les tumeurs s'accroissent rapidement et déterminent une gêne considérable, où il y a des hémorragies graves, où la tumeur s'accompagne dès le début de rétroversion de l'utérus.

La seconde indication, très délicate à apprécier, se rencontre quand on prévoit que la tumeur mettra à l'accouchement un obstacle tel qu'elle le rendra impossible.

J'ajoute qu'en dehors même de ces raisons, il est des accoucheurs, comme Schröder et ses élèves, qui estiment

qu'on doit toujours intervenir chez une femme enceinte atteinte de fibromes.

Quel que soit le parti qu'on adopte, de n'intervenir que dans les conditions que je vous ai indiquées, ou d'intervenir dans tous les cas, de quelle nature sera cette intervention ?

Je veux d'abord vous dire quelques mots d'une complication possible, quoique rare, des premiers mois de la grossesse, de la rétroversion de l'utérus gravide qui mérite une mention à part. Il s'agit, dans ces cas, d'un fibrome implanté sur la face postérieure de l'utérus, et qui empêche cet organe de se développer au-dessus du bassin, et le maintient rétroversé dans l'excavation. Dans un travail fort bien fait, auquel j'aurai souvent encore à faire allusion, le Dr Pestalozza, de Pavie, a réuni 13 cas de rétroversion de l'utérus gravide coïncidant avec des fibromes. Une observation nouvelle, publiée en 1889, par Dührssen, porte ce chiffre à 14.

Or l'examen succinct de ces 14 faits suffira pour vous donner une idée de l'importance de cette complication, et aussi des diverses interventions qu'on peut tenter en pareil cas. Dans 2 cas seulement, la réduction se fit spontanément, et la grossesse continua son cours. Dans 7 cas, où des accidents d'incarcération obligèrent à tenter la réduction manuelle, on réussit à redresser l'utérus ; mais 4 femmes seulement allèrent à terme ; chez les 3 autres un avortement survint, et l'une d'entre elles mourut. Dans les 5 derniers cas, la réduction fut impossible : 3 fois on dut avoir recours à l'avortement provoqué, et

2 femmes succombèrent, l'une après expulsion du produit de conception, l'autre sans que cette expulsion ait pu avoir lieu; une fois on fit l'amputation utéro-ovarique, et la femme mourut; une fois enfin, dans le cas de Dührssen, on pratiqua l'ablation du fibrome sans ouvrir l'utérus et la femme guérit; mais elle accoucha prématurément d'un enfant mort. En résumé, 4 femmes sont mortes sur 14, et vous voyez que l'avortement, surtout quand il est provoqué, est particulièrement dangereux, puisque, sur ces 4 morts, 3 ont eu lieu après un avortement.

Laissant maintenant de côté la complication, toute particulière, créée par la rétroversion, je reviens aux diverses manières d'intervenir pendant la grossesse chez une femme atteinte de fibromes utérins. Il en est trois différentes. On peut, ou bien interrompre le cours de la grossesse, ou bien faire l'ablation de la tumeur, ou bien supprimer à la fois la grossesse et la tumeur.

Je vais passer en revue ces trois modes d'intervention, en vous indiquant leurs indications et les résultats qu'on peut en attendre.

L'interruption de la grossesse peut être obtenue par l'avortement ou l'accouchement provoqués. Ces opérations sont passibles de graves objections.

D'abord, il n'est pas toujours possible de déterminer l'avortement, à cause de la déviation et de l'inaccessibilité du col. Mais l'avortement offre par lui-même de grands dangers; il expose la femme à la rétention du délivre, aux hémorragies, à la septicémie. Aussi ce mode

d'intervention doit-il être exclusivement réservé aux cas où il est bien démontré dès les premiers mois que la grossesse ne peut évoluer sans que la mère soit menacée. L'avortement provoqué ne pourrait donc être motivé que par des accidents comme ceux-ci : accroissement précoce et énorme de la tumeur, adhérence empêchant le développement de l'utérus, rétroversion irréductible, phénomènes d'étranglement interne, comme Depaul en a observé un cas. En résumé, les indications de cette opération sont exceptionnelles.

Je ferai encore plus de réserves pour l'accouchement prématuré provoqué que pour l'avortement. La plupart des accoucheurs sont d'ailleurs unanimes à le rejeter comme une opération inutile et insuffisante.

En effet, la provocation de l'accouchement peut exposer la mère à des accidents graves, et le passage du fœtus peut présenter des difficultés aussi grandes qu'à terme. Il vaut mieux attendre, lorsque la grossesse est avancée, et laisser le travail se déclarer spontanément, soit prématurément, soit à terme.

Dans les cas extrêmement rares où des accidents brusquement menaçants pour la mère obligeraient à interrompre la grossesse et où le col serait inaccessible, la seule ressource serait de pratiquer l'opération césarienne. Telle est la conduite qui a été suivie deux fois, l'une par Martin, en Allemagne, et l'autre par M. Tuffier en France. En 1880, Martin a fait cette opération chez une femme enceinte de 5 mois environ, escomptant la régression consécutive des tumeurs ; le résultat lui a donné raison,

car la femme a guéri, et les tumeurs ont par la suite presque entièrement disparu. M. Tuffier est intervenu de la même manière, en 1889, chez une femme enceinte de six mois, atteinte de fibromes multiples, et qui dépérissait de jour en jour ; malheureusement, son opérée a succombé à des accidents de pyélo-néphrite.

La seconde méthode d'intervention pendant la grossesse consiste non plus à en interrompre le cours, mais à supprimer la tumeur seulement. Cette opération peut être pratiquée par la voie vaginale ou par la voie abdominale.

On peut être autorisé à faire, pendant la grossesse, l'ablation d'une tumeur fibreuse par la voie vaginale, lorsque cette tumeur est accessible par le vagin, surtout si elle est pédiculée, quand elle détermine des accidents graves, tels que des hémorragies profuses. Chahbazian a réuni 8 observations d'ablation de fibromes faites dans ces conditions : les procédés employés ont été la torsion, la ligature, l'excision. Trois autres cas, cités par Pestalozza dans son travail, portent à 11 le nombre de ces opérations. Un de ces trois faits est dû à Schröder, qui pratiqua avec succès une véritable colpo-myomotomie chez une femme arrivée au neuvième mois ; le fibrome était sessile : il incisa les tissus jusqu'à la tumeur et en fit l'énucléation.

De ces 11 femmes, 2 succombèrent ; mais il est juste de dire qu'une d'entre elles, dont l'observation est due à Hanck, mourut d'éclampsie. Sur 6 qui avaient été opérées avant le sixième mois, 2 firent un avortement. Chez les

5 autres, opérées après le septième mois, la grossesse continua jusqu'à terme.

L'ablation de la tumeur par le vagin est donc une bonne opération, peu dangereuse, et qui répond à des indications bien précises.

Examinons maintenant l'opération faite par la voie abdominale. M. Lefour, discutant la question de la conduite à tenir pendant la grossesse, écrivait, en 1880, dans sa thèse d'agrégation : « Nous ne saurions accepter une intervention aussi grave que celle qui consiste à faire la gastrotomie pendant la grossesse. » Depuis cette époque, les idées se sont modifiées, et la laparotomie pour corps fibreux pendant la gestation est entrée dans la pratique. Réglée par Schröder dès 1879, cette opération avait déjà été pratiquée par Péan, en 1874, chez une femme enceinte de quatre mois. Elle consiste à enlever la tumeur sans ouvrir l'utérus. 18 myomotomies ainsi pratiquées ont été relatées par Pestalozza. J'ai rassemblé moi-même 4 faits postérieurs à ceux de cet auteur; je suis donc arrivé à un total de 22 opérations. Au nombre des opérateurs, il faut citer, outre Péan, deux chirurgiens français: M. Routier, dont l'observation est de 1890, et M. Terrier, dont le fait a été publié en 1891 dans la thèse de Zaborowski. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un énorme fibrome du poids de 3,500 grammes, dont M. Terrier a pu faire l'ablation sans que la grossesse ait été interrompue.

Sur ces 22 myomotomies, il y a eu 17 guérisons et 5 morts. Des 17 femmes guéries, 10 ont mené leur

grossesse jusqu'à terme ; chez les 7 autres, il y a eu avortement ou accouchement prématuré.

En comparant la mortalité de la myomotomie abdominale à celle de la myomotomie vaginale, vous voyez que la première opération est la plus grave. L'intervention par la voie abdominale doit trouver ses indications dans des complications sérieuses, telles que des accidents de compression, de la péritonite, l'inflammation et la fonte purulente de la tumeur ; mais elle ne saurait être préconisée dans la plupart des cas, comme le voulait Schröder.

Le troisième mode d'intervention pendant la gestation, qui consiste à supprimer et la grossesse et la tumeur, s'offre à l'accoucheur lorsque la myomotomie sans ouverture de l'utérus est impossible, et lorsque des accidents très menaçants surviennent, ou que l'on a de grandes craintes pour l'accouchement. L'opération consiste alors à faire l'amputation supra-vaginale de l'utérus gravide. J'ai pu en réunir 27 cas qui se décomposent ainsi : 22 rapportés par Pestalozza, et 3 dus à Martin ; j'y ajoute 2 autres faits dans lesquels Martin pratiqua l'ablation totale de l'utérus ; dans l'un, il enleva l'utérus en entier par la voie abdominale ; dans l'autre, il fit l'amputation supra-vaginale d'abord et extirpa ensuite le col par le vagin.

Sur les 27 femmes opérées, 17 guérirent, et 10 succombèrent. Le chiffre de la mortalité est élevé sans doute ; mais il ne faut pas oublier que l'intervention ne peut et ne doit être tentée que dans les circonstances les plus graves. J'ajoute que, dans tous ces cas, l'opération a été

faite avant la viabilité du fœtus. Il ne s'agit donc pas là d'une opération de Porro proprement dite, la vie de l'enfant n'entrant nullement en considération ; mais d'une simple amputation supra-vaginale.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur la statistique des diverses interventions qu'on peut pratiquer pendant la grossesse, nous voyons que :

La myomotomie vaginale donne 18,18 0/0 de mortalité ;

La myomotomie abdominale, 22,72 0/0 ;

L'amputation supra-vaginale, 37,03 0/0.

La mortalité croît avec la gravité de l'intervention. Quant à l'interruption de la grossesse par l'avortement ou l'accouchement provoqués, elle est si dangereuse qu'elle doit être réservée à des cas exceptionnels.

En résumé, la conduite à tenir pendant la grossesse chez une femme atteinte de fibromes peut se formuler ainsi : N'intervenir que quand les circonstances y obligent impérieusement et se guider alors, pour le choix de l'intervention, sur les indications fournies par chaque cas en particulier.

Si la grossesse reste exempte de complications sérieuses et suit un cours à peu près normal, attendre le moment où le travail se déclarera.

Je passe maintenant à l'examen de la conduite que vous aurez à suivre au moment de l'accouchement.

Lorsque le fibrome n'est pas situé de façon à opposer

un obstacle à la sortie du fœtus, et qu'il détermine simplement par sa présence de l'inertie utérine, il n'y a qu'à surveiller attentivement l'état de la mère et de l'enfant, à activer au besoin la marche de la dilatation par des irrigations vaginales chaudes, et, quand celle-ci sera complète, à terminer l'accouchement artificiellement s'il y a lieu.

Mais, sans insister sur ces cas simples, examinons ceux où la tumeur occupe l'excavation et gêne plus ou moins le passage du fœtus.

Avant de vous décider à une intervention quelconque, vous devrez attendre, car vous savez combien il faut compter sur les ressources de la nature, et vous avez vu que, dans des cas même où l'on pouvait le moins l'espérer, la tumeur s'est déplacée et a remonté peu à peu, laissant la voie libre et permettant l'accouchement.

Cette expectation ne devra d'ailleurs se prolonger que tant qu'il n'y aura aucun péril pour la mère et l'enfant.

Vous pourrez encore imiter et aider la nature en essayant de refouler la tumeur au-dessus du détroit supérieur. Pour cela, vous introduirez la main tout entière dans le vagin, et vous appuierez fortement sur la tumeur pour la repousser en haut. Il sera bon de placer la femme dans la situation *genu-pectorale* pour faciliter cette manœuvre. Ou bien, vous la laisserez couchée sur le dos, en la mettant en travers du lit, et vous lui administrerez du chloroforme pour supprimer toute douleur et toute résistance.

Lorsqu'après une certaine attente la tumeur restera immobile, ou ne subira qu'un déplacement insignifiant, lorsqu'on aura vainement essayé de la refouler avec la main, on devra songer à terminer l'accouchement, et toutes les fois qu'il y aura un passage suffisant, on devra recourir au forceps ou à la version. En dehors des cas où les indications de ces opérations sont précises, à laquelle des deux conviendra-t-il de s'adresser, lorsque la tête sera mobile au détroit supérieur? Les avis sont partagés sur ce point. M. Tarnier préfère, en général, la version, et je vous en ai déjà donné les raisons. D'abord, en introduisant la main dans le vagin, on repousse toujours un peu le fibrome, et on prépare ainsi la voie; mais surtout, en abaissant le siège, on amène une sorte de coin qui distend progressivement les parties molles et en rend plus facile le passage de la tête. D'autres, au contraire, et Depaul notamment était du nombre, aiment mieux employer le forceps.

Si nous consultons à cet égard les statistiques, elles peuvent nous fournir quelques renseignements utiles. Süsserott a réuni 147 observations de fibromes compliquant le travail, et sur ce nombre il a relevé 20 terminaisons par le forceps et 20 par la version. Des 20 femmes accouchées à l'aide du forceps, 8 succombèrent; quant aux enfants, 7 seulement furent extraits vivants, et 13 morts. Avec la version, 12 femmes moururent sur les 20 opérées, et il y eut 17 morts d'enfants.

M. Lefour a, depuis, rassemblé 26 cas d'application de forceps avec 7 femmes mortes et 13 enfants morts;

d'autre part, 35 cas de version lui ont donné une mortalité de 20 femmes et de 31 enfants.

Ces résultats, tout en vous démontrant la gravité des deux modes d'extraction, sont cependant en faveur du forceps. Il semble donc que, si l'extraction manuelle est plus facile, elle est plus dangereuse. Il convient d'ailleurs d'ajouter que la version est parfois extrêmement pénible. C'est ainsi qu'en 1889, à la Maternité, M. Tarnier et M^{me} Henry, sage-femme en chef, ayant tenté la version chez une femme qui présentait un fibrome du segment inférieur, durent introduire trente fois la main dans les organes génitaux pour arriver à terminer cette opération.

Dans quelques cas, il est possible de recourir à un mode d'intervention beaucoup moins grave : c'est lorsque le fibrome, inséré sur le segment inférieur ou sur le col, est facilement accessible par la voie vaginale.

On peut alors en faire l'extirpation par le vagin pendant le travail, comme vous avez vu qu'on l'a pratiquée aussi parfois au cours de la gestation. M. Chahbazian a rapporté 12 observations d'ablation de fibromes pendant l'accouchement ; suivant que la tumeur est plus ou moins pédiculée, on emploie la torsion, la ligature, l'excision ou l'énucléation après incision au bistouri. De ces 12 femmes, une seulement est morte de septicémie. L'opération ne donne donc que 0,12 0/0 de mortalité, chiffre infime, comparé à ceux que je vous indiquais tout à l'heure pour le forceps et la version. On devra donc recourir à cet excellent procédé toutes les fois qu'on le pourra. Malheureusement, les circonstances dans lesquelles l'ablation par

la voie vaginale est praticable sont rares, et on est le plus souvent obligé de terminer l'accouchement par une intervention beaucoup plus meurtrière.

Lorsque le forceps et la version sont impossibles, reste l'embryotomie.

Dans quelques cas, on peut se borner à faire la craniotomie; sous l'influence des contractions utérines et des efforts maternels, la tête se vide de sa substance cérébrale et se moule peu à peu sur l'excavation rétrécie; elle peut s'engager alors le long de la tumeur, et l'expulsion du fœtus se fait spontanément. Mais on est habituellement obligé de faire suivre la perforation du crâne de la cranioclasie ou de la basiotripsie, et cette intervention est souvent pénible à cause de la gêne plus ou moins considérable apportée par la tumeur.

Le cranioclaste ou le basiotribe peuvent même, dans certaines circonstances, être appliqués sur le siège, quand celui-ci se présente en mode des fesses, comme M. Ribemont-Dessaignes l'a démontré dans son observation.

Mais c'est surtout dans les présentations de l'épaule que l'embryotomie présente le plus de gravité. Les difficultés avec lesquelles l'opérateur va se trouver aux prises peuvent devenir alors insurmontables.

Ce qui fait surtout le danger de l'embryotomie en général, ce sont les froissements inévitables subis par la tumeur et par les parties molles au cours de l'opération. La mortalité de l'embryotomie pratiquée dans des conditions aussi défavorables est de 50 0/0, et vous compren-

drez qu'un accoucheur puisse hésiter à l'entreprendre, surtout quand il se trouve en présence d'un enfant vivant.

Est-il plus rationnel alors de s'adresser à l'opération césarienne ? C'est ce que j'espère vous démontrer par ce qui va suivre.

Cette opération comporte deux variétés bien distinctes. On peut pratiquer la section césarienne simple ou conservatrice, ou bien la faire suivre de l'amputation utéro-ovarique : c'est alors l'opération de Porro.

M. Lefour avait rassemblé dans sa thèse 27 cas d'opération césarienne simple, avec 22 morts, soit une léthalité énorme de 81,48 0/0. Dans le mémoire récent de Pestalozza se trouvent 18 observations nouvelles ; l'opération a été faite suivant toutes les règles de l'antisepsie, et avec les modifications apportées par Sænger ; il y a eu pourtant 12 morts, soit une léthalité de 66 0/0. Ce chiffre, quoique très inférieur à celui de M. Lefour, est, vous le voyez, encore très élevé.

L'opération de Porro a d'abord donné des résultats désastreux dans les cas de fibromes. Cependant peu à peu, au fur et à mesure que l'antisepsie progressait et que le manuel opératoire se perfectionnait, les choses ont changé. Sur 18 cas, dont 17 rapportés par Pestalozza, et 1 dû à Freund¹, il y a eu 9 guérisons et 9 morts, soit une mortalité de 50 0/0.

¹ Il est intéressant de noter que dans le cas de Freund, cité par Vander-Veer, l'opération de Porro n'avait pas été préméditée, car on avait méconnu la grossesse, bien qu'elle fût de huit mois, et l'opérateur croyait avoir à pratiquer une simple hystérectomie abdominale pour fibromes.

Ces résultats, meilleurs que ceux de l'opération césarienne simple, sont analogues à ceux de l'embryotomie. Or, avec l'opération de Porro, on sauvegarde la vie de l'enfant et on débarrasse en même temps la mère de ses fibromes. Elle semble donc préférable à l'embryotomie.

Je voudrais résumer brièvement la conduite à tenir pendant le travail, dans les cas de dystocie par fibromes occupant l'excavation.

Expectation; tant qu'aucun danger ne menace la mère ni l'enfant; l'ascension de la tumeur peut avoir lieu et permettre un accouchement spontané.

Refoulement manuel de la tumeur, quand cette ascension ne se produit pas.

Si le fibrome est facilement accessible par le vagin, on peut en faire l'ablation par cette voie.

Si le refoulement échoue, et si la tumeur ne peut être enlevée par le vagin, appliquer le forceps ou faire la version suivant les cas, mais en se souvenant que, lorsqu'on a le choix entre ces deux opérations, le forceps paraît préférable.

Quand on ne peut recourir ni au forceps ni à la version, faute d'espace suffisant, l'embryotomie ne devra être entreprise que si l'enfant est mort, et encore pourrait-elle, même dans ce cas, être mise en balance avec l'opération de Porro qui donne les mêmes résultats.

Si, l'enfant étant vivant, son extraction est impossible par les voies naturelles, on ne devra pas le sacrifier, l'intérêt de la mère étant sauvegardé par l'opération de

Porro dans les mêmes proportions que par l'embryotomie. C'est donc à l'opération de Porro, dont vous avez vu la supériorité en pareil cas sur la section césarienne simple, que vous devrez donner la préférence.

Quelques mots encore sur la conduite à tenir pendant la délivrance et les suites de couches.

Je vous ai parlé de la délivrance et de ses complications possibles : vous vous comporterez donc suivant les circonstances, et vous n'hésitez pas à faire la délivrance artificielle quand elle sera indiquée. Vous vous garderez surtout de l'emploi des préparations de seigle ergoté tant que l'utérus ne sera pas entièrement vide.

Je ne ferai que vous signaler la nécessité de l'antisepsie la plus rigoureuse pendant les suites de couches, si vous voulez vous mettre à l'abri d'accidents infectieux. Ici encore, on a proposé, lorsque la tumeur est accessible par le vagin, d'en faire l'ablation.

Chahbazian cite 17 opérations de ce genre, et M. A. Herrgott en a rapporté une en 1889. Sur ce total de 18 faits, l'ablation fut pratiquée 10 fois aussitôt après l'accouchement, et 8 fois un peu plus tard. Il y eut 4 morts ; mais il s'agissait de femmes épuisées. La moyenne de la mortalité a donc été de 22 0/0.

Une intervention beaucoup plus sérieuse, la laparotomie, suivie de l'ablation de l'utérus, a été faite pendant les suites de couches, pour sauver les femmes de la septicémie, par trois opérateurs¹, Hegar, Freund et Obedrecht.

¹ Dans le cas d'Hegar, l'opération fut faite après un avortement.

Le nombre des cas est trop restreint pour qu'on puisse porter un jugement sur une conduite aussi hardie. Je vous dirai toutefois que les trois opérées ont guéri, bien qu'elles fussent en proie à une infection grave.

En terminant, je reviens à notre malade. Nous n'avons pas à penser pour elle aux diverses interventions que j'ai passées en revue. Son col devient, en effet, de plus en plus accessible, et la tumeur a subi un léger degré d'élévation. Je pense donc que l'accouchement se fera spontanément ou, du moins, qu'il sera facile à terminer par le forceps ou la version. Nous avons évidemment affaire à un cas dont le pronostic est des plus favorables.

APPENDICE

L'événement a donné raison à mes prévisions. Notre malade est accouchée dans les conditions suivantes. Depuis quelques jours, elle ressentait de petites douleurs; la tumeur remontait toujours, et le col s'abaissait de plus en plus. Le 22 septembre, au matin, M. Demelin constata que le col était effacé et que la tumeur était devenue inaccessible au doigt; la tête fœtale descendait dans l'excavation. Le 23, la dilatation était complète à huit heures et demie du matin; vers neuf heures et demie, je trouvais la tête profondément engagée en OI DT. Si nous n'avions assisté précédemment à l'évolution de la tumeur et à sa disparition graduelle, rien alors n'aurait pu nous faire supposer que cette femme présentât quelque chose d'anormal. Toutefois, il y avait un peu d'inertie utérine,

et, l'expulsion trainant en longueur, on dut terminer l'accouchement par une application du forceps qui permit d'extraire très facilement un enfant vivant, bien constitué.

Aussitôt après la délivrance, qui ne présenta rien de particulier, j'introduisis ma main dans le vagin pour me rendre compte de l'état de l'utérus. Au premier abord, je fus assez étonné de ne pas sentir de tumeur distincte; la face postérieure de l'utérus était lisse et ne présentait aucune inégalité; cependant, en combinant le palper avec le toucher, je trouvais l'utérus plus volumineux d'arrière en avant qu'il ne l'est normalement. Je plaçai alors le pouce dans le col aussi profondément que possible et, avec les autres doigts placés en arrière de l'utérus, je saisis la face postérieure du segment inférieur, et je constatai immédiatement qu'elle était très notablement épaissie. Il n'y avait pas là une tumeur arrondie et bien limitée, mais une sorte de masse interstitielle, étendue en nappe dans l'épaisseur de la paroi utérine. MM. Tissier et Demelin renouvelèrent cette exploration et firent la même constatation.

Il est très vraisemblable qu'il s'agit dans ce cas d'une infiltration fibro-myomateuse, qui n'est pas encore arrivée à former une tumeur distincte et encapsulée. Ce fait trouve sa confirmation dans la genèse des fibromes telle qu'elle a été récemment exposée par Roesger¹. Dans son mémoire, cet auteur compare le développement des myomes à celui de l'utérus fœtal lui-même. Le tissu uté-

¹ ROESGER, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, Bd XVIII, h. 1, p. 131.

rin se forme aux dépens des parois des vaisseaux ; ces derniers ne sont, au début, pourvus que d'un endothélium doublé de quelques fibres musculaires ; or ce sont ces fibres musculaires qui, en s'accroissant, donnent naissance à l'utérus ; vers le sixième ou le septième mois de la vie intra-utérine, les vaisseaux commencent à s'entourer d'une tunique adventice ; l'utérus est alors arrivé à son complet développement.

Il en serait de même pour les productions myomateuses ; il y a d'abord apparition au sein du tissu utérin normal d'artérioles dépourvues de gaine adventice ; et c'est aux dépens des fibres musculaires de ces vaisseaux que se fait la néoformation ; ce n'est que lorsque l'adventice apparaît dans les vaisseaux de cette masse musculaire que l'hyperplasie cesse, et que la tumeur, entièrement constituée, s'entoure d'une capsule fibreuse et devient absolument distincte du tissu ambiant.

Chez notre malade, la période d'encapsulation n'est pas encore arrivée, et il n'existe qu'une nappe fibromateuse interstitielle en voie d'accroissement. Comment alors expliquer la présence de la tumeur sentie pendant la grossesse ? En raison de l'épaisseur considérable de sa paroi postérieure, l'utérus a dû subir une sorte de bascule, de rétroversion partielle, qui a engagé dans l'excavation toute sa portion épaissie et qui a fait remonter le col au fond du cul-de-sac antérieur. Puis, à la fin de la grossesse, il s'est fait une bascule en sens inverse, et la tumeur a disparu peu à peu par suite du redressement de la paroi postérieure de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, cette observation montre une fois de plus qu'il faut toujours compter avec la possibilité du déplacement spontané d'une tumeur fibreuse occupant l'excavation, et qu'on ne doit pas se hâter de porter un pronostic défavorable pour l'accouchement, ni surtout intervenir pendant la gestation à moins de complications redoutables.

BIBLIOGRAPHIE

LEVRET. — *Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice, du nez et de la gorge.* Paris, 1771.

Bulletins de la Société de chirurgie, 1868-1869 (discussion).

SÜSSEROTT. — *Beitrage zur Casuistik der mit Uterusmyomen complicirten Geburten.* Inaug. dissert., Rostock, 1870.

PAJOT. — *Des causes d'erreur du diagnostic de la grossesse.* *Ann. de Gynécologie*, mars 1874, p. 199.

PÉAN. — *Leçons de clinique chirurgicale.* Paris, 1876.

HEGAR. — *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1876.

DEPAUL. — *Annales de Gynécologie*, 1876, p. 9, 80, 145.

SCHROEDER. — *Die Laparotomie in Schwangerschaft.* *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1878, B^d II, p. 394.

TARNIER. — *Annales de Gynécologie*, août 1879, p. 81.

LEFOUR. — *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.* Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

CHAHBAZIAN. — *Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.* Thèse, Paris, 1882.

CHARPENTIER. — *Traité pratique des accouchements.* Paris, 1883, t. II, p. 275.

DOLÉRIS. — *Archives de Tocologie*, 1883, janvier, p. 2, et février, p. 75.

GUSSEROW. — *Handbuch der Frauenkrankheiten.* Stuttgart, 1886, vol. II.

BUDIN. — *Obstétrique et Gynécologie.* Paris, 1886, p. 541.

FOCHIER. — *Lyon médical*, 1886.

TUFFIER. — *Annales de Gynécologie*, novembre 1887, p. 321.

DEMELIN. — *Documents pour servir à l'histoire anatomique et clinique du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.* Thèse, Paris, 1888.

OBEDRECHT. — *Nouvelles Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 25 mars 1889 (*Répertoire*, p. 126).

VANDERVEER. — *Concealed pregnancy, its relations to abdominal surgery* (cas de Freund), *Amer. journal of obstetr.*, vol. XXII, novembre 1889, p. 1136.

DÜHRSEN. — *Centr. für Gyn.*, 1889, n° 51, p. 881.

Alph. HERRGOTT. — *Ann. de Gynécologie*, décembre 1889, p. 412.

MARTIN. — *Centr. für Gyn.*, n° 40, 1889.

MARTIN. — *Centr. für Gyn.*, n° 4, 1890, p. 67.

GÖRDES. — *Schwangerschaft und Neubildung*, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, B^d XX, h. 1, 1890. (Dans ce travail se trouvent relatées quatre opérations de Martin, dont trois amputations supra-vaginales à quatre et six mois de grossesse, et une ablation totale à quatre mois.)

PESTALOZZA. — *Fibrome d'utero è gravidanza*. Paris, 1890 (*Bibliographie à consulter*).

ROUTIER. — *Annales de Gynécologie*, mars 1890, p. 161.

RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Ann. de Gynécologie*, avril 1890, p. 241.

BLANC. — *Annales de Gynécologie*, mars 1891, p. 193.

ZABOROWSKI. — *Quelques cas d'ablation de fibrome utérin pendant la grossesse*. Thèse, Paris, 1891.

MARQUÉZY. — *Des difficultés du diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus pendant le travail de l'accouchement*. Thèse, Paris, 1891.

NEUVIÈME LEÇON

DU DANGER DE LA MORT SUBITE CHEZ LES FEMMES ATTEINTES D'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA, ET DES MOYENS DE LA PRÉVENIR.

SOMMAIRE : Observation : Insertion vicieuse partielle du placenta. — Hémorragies pendant le travail nécessitant le tamponnement à deux reprises. — Extraction par la version d'un enfant mort. — Etat grave de la mère. — Guérison.

De l'anémie grave consécutive aux hémorragies répétées de l'insertion vicieuse. — Dangers de la mort subite pendant l'accouchement ou aussitôt après.

Quatre observations personnelles à l'appui.

Première observation : Hémorragies répétées pendant les trois derniers mois de la grossesse. — Nouvelle hémorragie pendant le travail. — Insertion partielle. — Tamponnement. — Version et extraction d'un monstre sirénomèle. — Mort subite de la mère dix minutes après l'accouchement.

Deuxième observation : Insertion vicieuse centrale. — Nombreuses hémorragies pendant les derniers mois de la grossesse et au début du travail. — Mort du fœtus. — Rupture artificielle des membranes. — Anesthésie chloroformique. — Version et basiotripsie sur la tête dernière. — Mort subite immédiatement après la délivrance.

Troisième observation : Placenta prævia central. — Hémorragies au septième, huitième et neuvième mois et pendant le travail. — Mort de l'enfant. — Tamponnement. — Chloroformisation et version. — Syncope brusque et mort subite pendant l'opération.

Quatrième observation : Insertion vicieuse partielle. — Hémorragies au huitième mois. — Anémie profonde consécutive. — Mort de l'enfant. — Basiotripsie sans anesthésie. — Mort subite pendant l'extraction. — Délivrance artificielle *post mortem* : inversion de l'utérus, produite par des tractions sur les membranes adhérentes.

MESSIEURS,

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer dans le service un cas intéressant d'insertion vicieuse du placenta. Je n'ai pas l'intention de vous faire l'histoire de cette anomalie de la grossesse ; mais je voudrais, à propos de ce fait, vous présenter quelques considérations sur les accidents très graves, et même mortels, qui peuvent survenir rapidement chez les femmes atteintes d'insertion vicieuse, afin de vous mettre en garde contre ces accidents qu'il est parfois possible de prévenir dans une certaine mesure.

La femme dont il s'agit est âgée de vingt-huit ans et a eu déjà cinq accouchements normaux. Une sixième grossesse est survenue, les dernières règles ayant eu lieu du 1^{er} au 3 décembre 1890. Le 16 août 1891, elle était assise, en train de coudre, quand elle fut prise inopinément, sans douleurs, d'une hémorragie abondante. Effrayée de la quantité de sang et de caillots qu'elle perdait, elle se mit au lit et continua à perdre de l'eau rousse pendant quelque temps. Une sage-femme appelée crut à un début de travail et rassura la malade. Mais aucune douleur ne survint, la perte s'arrêta, et la femme se remit à vaquer à ses affaires. Vingt-cinq jours plus tard, le 10 septembre, étant couchée, à une heure du matin, elle se sentit mouillée ; elle se leva pour uriner, et remplit son vase de nuit de sang liquide et de caillots. Cette fois, elle fit venir un médecin, qui l'envoya d'urgence à la Clinique.

A son entrée, l'examen pratiqué permit de reconnaître que la grossesse était à terme, que l'enfant était vivant et se présentait par le sommet; la tête élevée était mobile au détroit supérieur et placée en OI DT. Au toucher, on trouva un col effacé et déjà dilaté dans la largeur d'une pièce de cinquante centimes; il y avait donc un commencement de travail. Le doigt arrivait sur les membranes intactes, mais un peu rugueuses, et du côté gauche on sentait très nettement un cotylédon placentaire décollé. De plus, le bassin était légèrement vicié; l'angle sacro-vertébral était accessible, et le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 11 centimètres.

Les commémoratifs, les résultats du toucher démontraient, à n'en pas douter, qu'il s'agissait d'une insertion vicieuse partielle du placenta.

L'hémorragie continuait, quoique moins abondante, et l'état général de la femme était très grave. Elle avait le visage pâle, les extrémités froides, le pouls petit, la respiration courte et oppressée. Elle paraissait menacée à tout instant d'une syncope mortelle.

Dans ces conditions, M. Demelin, tout en me faisant prévenir de la gravité du cas, pratiqua immédiatement le tamponnement, vers onze heures du matin.

Ce moyen d'hémostase était tout indiqué et très préférable dans le cas actuel à la perforation des membranes; si, en effet, on eût eu recours à ce dernier moyen, la tête maintenue élevée par la présence du placenta sur le segment inférieur et par le rétrécissement du bassin n'aurait pas bougé; tout le liquide amniotique se serait

écoulé rapidement, et l'hémorragie aurait probablement persisté; de plus, l'évacuation brusque de l'utérus aurait sans doute déterminé la production de la syncope imminente.

Sous l'influence du tamponnement, l'hémorragie s'arrêta; puis, le pouls remonta un peu, et l'état général s'améliora; en même temps des contractions douloureuses s'accrochèrent de plus en plus.

Le soir, à cinq heures et demie, on retira le tampon dans l'espoir de trouver une dilatation suffisante pour terminer l'accouchement; mais le col n'était guère plus large qu'une pièce de 5 francs; dans la crainte d'une nouvelle perte qui aurait pu être fatale à la parturiente, on appliqua un autre tampon vaginal. A huit heures la femme fit des efforts d'expulsion et, à neuf heures, on enleva le second tampon. Malheureusement, pendant ce temps, les battements du cœur de l'enfant avaient disparu, et il avait succombé. Cette fois, la dilatation était complète, et sur mon avis, la tête étant toujours très élevée, M. Demelin rompit prudemment les membranes et pénétra aussitôt dans l'utérus pour faire la version, qu'il opéra facilement. Immédiatement après la sortie de l'enfant, mort-né, le placenta fut expulsé spontanément. J'insiste sur ce fait qu'on avait soigneusement évité d'administrer du chloroforme pendant l'intervention.

Après l'opération, la femme fut remise dans son lit avec toutes sortes de précautions; on l'entoura de chaleur, et on lui fit prendre de l'alcool. L'hémorragie ne reparut plus; les forces revinrent rapidement. Les

suites de couches furent absolument apyrétiques, et notre accouchée voulut sortir de l'hôpital le neuvième jour, en très bon état de santé.

Je ne m'appesantirai pas sur les caractères cliniques si nets au point de vue du diagnostic d'insertion vicieuse que présente cette observation, mais je veux attirer surtout votre attention sur les symptômes d'anémie grave constatés chez la malade; si elle a échappé à une syncope mortelle, il faut l'attribuer surtout aux soins intelligents qui lui ont été donnés : le tamponnement fait immédiatement dans le but d'éviter la moindre perte d'une nouvelle quantité de sang, l'évacuation lente de l'utérus, l'abstention de la chloroformisation, etc., toutes choses sur lesquelles j'aurai à revenir.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et j'ai eu le triste privilège d'assister plusieurs fois à des terminaisons tragiques chez des femmes atteintes de placenta prævia.

Comme rien ne me semble plus instructif au point de vue qui m'occupe que les faits cliniques eux-mêmes, je vais vous relater les observations de ce genre qui me sont personnelles. Elles sont au nombre de quatre.

Voici la première. Pendant l'hiver de 1886, je fus appelé dans le faubourg Saint-Antoine auprès d'une femme enceinte qui avait eu des pertes de sang abondantes. Je la trouvai assistée de deux médecins qui me donnèrent les renseignements suivants. Cette femme, qui avait déjà eu plusieurs enfants, et dont les accouchements avaient toujours été normaux, était devenue en-

ceinte de nouveau et avait commencé à perdre du sang dès le sixième mois de sa grossesse ; ces pertes duraient depuis trois mois environ, et une sage-femme, consultée à diverses reprises, avait déclaré qu'il n'y avait rien à faire. Il y avait trois jours, une nouvelle hémorragie très abondante s'était produite, et, au bout de quarante-huit heures, on s'était décidé à faire appeler un médecin qui procéda le 3 janvier au tamponnement, malheureusement sans prendre aucune précaution antiseptique. Le 4 janvier, dans la matinée, ce médecin, jugeant la situation sérieuse, appela un confrère à son aide. Ils enlevèrent le tampon et trouvèrent le col complètement dilaté ; aucune partie fœtale n'était accessible. Ils n'intervinrent pas et appliquèrent un second tampon. Bientôt la femme, qui était d'une grande faiblesse, fut prise d'efforts d'expulsion ; puis brusquement, vers quatre heures de l'après-midi, son état devint extrêmement grave : prostration complète, pourtant sans perte de connaissance, respiration rapide et embarrassée, pouls misérable. C'est dans ces conditions qu'on m'envoya chercher.

A mon arrivée, je trouve la malade dans un état d'affaiblissement tel que je juge la situation désespérée. L'œil était éteint, le pouls imperceptible. Il y avait pourtant des contractions très appréciables de l'utérus. Le fœtus était mort. Après une courte consultation avec mes confrères, et sur les instances de l'entourage, je me décidai à intervenir pour terminer l'accouchement, malgré la quasi-certitude que j'avais de voir la malheureuse femme succomber pendant l'opération.

On la mit avec des précautions infinies en travers de son lit, en évitant toute secousse et en lui laissant la tête basse.

On s'abstint de l'anesthésier, et une personne fut chargée de lui administrer, de temps en temps, de petites cuillerées de grog.

J'enlevai le tampon et je trouvai le col souple et dilatable ; il y avait une présentation de l'épaule droite en acromio-iliaque gauche ; les membranes étaient rompues.

J'introduisis doucement la main dans le vagin, puis dans le col, où je rencontrai des cotylédons flottants : il y avait insertion vicieuse partielle ; je pénétrai enfin dans la cavité utérine, et j'allai à la recherche des pieds. Là une surprise assez grande m'attendait : au lieu de trouver les pieds, ma main n'arrivait que sur une extrémité qui avait la forme d'un moignon arrondi, irrégulier et glissant. J'eus beaucoup de peine à la saisir ; je finis pourtant par l'amener au dehors, et, en exerçant des tractions sur elle, j'attirai le fœtus tout entier ; la sortie de la tête fut très facile. Je reconnus alors que j'avais affaire à un monstre sirénomèle, de la variété uromèle : les deux membres inférieurs étaient complètement soudés l'un à l'autre, et leur réunion se terminait par une extrémité conique, où l'on voyait quelques rudiments des orteils ; c'est sur cette partie que j'avais exercé des tractions pour faire évoluer le fœtus et terminer la version.

Je fis rapidement la délivrance artificielle ; le cordon mesurait 1^m,30 de longueur.

Après une injection et un lavage des organes génitaux,

on replaça la femme dans son lit avec les plus grands ménagements. On la laissa immobile, et, tout en surveillant le retrait de l'utérus, on s'occupa de la réchauffer. Elle paraissait respirer plus facilement et se remonter un peu. Mais, dix minutes plus tard, pendant que j'examinais le fœtus et le délivre, elle était prise d'une syncope et succombait presque subitement, malgré tous les moyens employés pour la ranimer.

Ma seconde observation date de l'année 1886. Le 18 juin, j'étais appelé à la Salpêtrière auprès d'une infirmière, hystéro-épileptique, qui, arrivée au terme de sa cinquième grossesse, avait eu des pertes abondantes. Le 15 juin, elle avait commencé à ressentir les premières douleurs de l'accouchement ; puis, le 16, elle avait eu une hémorragie considérable. Un interne constata que le col avait subi un commencement de dilatation, et que des cotylédons placentaires recouvraient l'orifice dans toute son étendue. Il pratiqua le tamponnement. Plus tard, on retira le tampon, et, bien que le col ne fût que très incomplètement dilaté, on fit des tentatives de version qui demeurèrent infructueuses.

Ces manœuvres déterminèrent une nouvelle hémorragie profuse. C'est alors que je fus mandé. Après examen, reconnaissant l'impossibilité de donner à la parturiente les soins que réclamait son état dans le milieu où elle se trouvait, je la fis transporter dans mon service d'accouchements, à la Pitié.

Les hémorragies répétées l'avaient profondément ané-

miée, autant qu'on en pouvait juger par son état de faiblesse, la petitesse de son poulx et la pâleur générale des téguments de son corps. Je ne parle pas de sa face, qui était un masque immobile, car elle était horriblement défigurée par des cicatrices blanches et nacrées, résultat de brûlures étendues qu'elle s'était faites jadis au visage en tombant sur un poêle pendant une de ses attaques.

L'enfant se présentait par le sommet en OIGA et avait cessé de vivre. Le col avait les dimensions d'une pièce de 2 francs, et l'on trouvait partout du tissu placentaire. Comme la parturiente continuait à perdre un peu de sang, je cherchai à rompre les membranes, dans l'espoir de voir la tête descendre, et l'hémorragie s'arrêter. Mais, l'insertion étant centrale, il me fut très difficile d'arriver jusqu'aux membranes; je finis cependant par les atteindre très profondément à droite, et je les déchirai avec une pince. Le cordon fit immédiatement procidence, en même temps qu'un flot de liquide amniotique s'écoulait. La tête ne s'engagea que très peu; cependant, à partir de ce moment, le sang cessa de couler. La femme reprit des forces, et le travail marcha assez rapidement.

Quand la dilatation fut complète, je me proposai de faire la version. L'état général paraissant bien meilleur, je crus pouvoir administrer un peu de chloroforme, et je commençai l'opération; pendant l'extraction, l'occiput tourna dans la concavité du sacrum, et le menton s'accrocha derrière la symphyse pubienne; le dégagement manuel de la tête étant impossible, je dus pratiquer la basiotripsie. On cessa le chloroforme, et la délivrance se

fit naturellement cinq minutes après la sortie du fœtus. On était occupé à faire la toilette des organes génitaux, lorsque je sentis tout à coup l'utérus devenir inerte et mou sous ma main; en même temps, le pouls disparaissait, et la malade avait une syncope. On lui mit aussitôt la tête en bas, et on fit la respiration artificielle; on eut recours aux injections sous-cutanées d'éther, aux frictions, à l'enveloppement dans les linges secs et chauds. Elle revint à elle, et nous la crûmes sauvée; mais, quelques minutes plus tard, elle était prise de quelques mouvements convulsifs, et une nouvelle syncope survenait, mortelle cette fois.

A l'examen de l'utérus *post mortem*, on trouva les traces de l'insertion du placenta sur le segment inférieur, l'orifice cervical étant situé exactement au centre de cette insertion qui le débordait également dans tous les sens.

C'est en 1887 que j'ai observé un troisième fait analogue aux précédents : M. Demelin était alors mon interne à la Pitié. On nous amena, le 31 octobre, une femme profondément anémiée, sur laquelle nous recueillîmes les renseignements suivants. Elle était enceinte pour la sixième fois; vers le 7^e mois, elle avait été prise brusquement et sans douleurs d'une hémorragie. Puis le sang s'était arrêté, et un mois après était survenue une nouvelle perte qui dura huit jours. Une troisième hémorragie se montra le 29 octobre, une quatrième le 30, et une cinquième dans la nuit du 31. C'est dans ces conditions, très affaiblie et en proie à de fréquentes

syncope, que cette femme fut enfin conduite à l'hôpital. Son état général était grave : décolorée et refroidie, elle avait le pouls à peine perceptible et semblait à tout instant sur le point de perdre connaissance. L'examen obstétrical nous montra un utérus plus volumineux que d'habitude, à cause d'une exagération notable dans la quantité du liquide amniotique. Le fœtus était très mobile, la tête au-dessus du détroit supérieur. Il y avait des contractions utérines, et le travail était commencé. Au toucher, on arrivait sur un col effacé et dilaté comme une pièce de un franc : dans l'orifice, le doigt sentait des cotylédons placentaires qui recouvraient tout le col ; l'événement a d'ailleurs prouvé qu'il s'agissait d'une insertion centrale. Pendant qu'on pratiquait cet examen, une nouvelle hémorragie se produisit ; on l'arrêta immédiatement par le tamponnement. Il était alors trois heures du matin.

Le 31, à dix heures du matin, je retire le tampon ; la dilatation du col est seulement de la grandeur d'une pièce de 5 francs. J'entends à ce moment très nettement les battements réguliers du cœur de l'enfant. Mais une hémorragie survient encore qui oblige à refaire le tamponnement. La journée et la nuit se passent sans incidents. L'état général se relève. Le 1^{er} novembre, à dix heures du matin, j'enlève le second tampon, et je trouve une dilatation complète. Je me dispose alors à intervenir, et je fais administrer du chloroforme. En introduisant la main dans le col, je trouve du tissu placentaire partout ; pour atteindre les membranes, je suis obligé de décoller environ 3 centimètres de cotylédons. J'arrive enfin aux

membranes que je déchire ; un flot de liquide s'échappe. A ce moment précis, la femme est prise de syncope ; le pouls et la respiration s'arrêtent, et je sens l'utérus inerte sous mes doigts. Je fais alors très rapidement la version pelvienne et la délivrance. Pendant ce temps, on inverse le corps de la femme, et on pratique la respiration artificielle. Mais tous les efforts pour la rappeler à la vie furent inutiles. Quant à l'enfant, il avait succombé depuis peu. A l'autopsie, on constata nettement les traces de l'insertion centrale du placenta.

Enfin, le quatrième fait du même genre que j'ai vu s'est produit au mois de novembre 1890.

Une femme de vingt-deux ans, enceinte pour la sixième fois, eut, au huitième mois de cette grossesse, une hémorragie pour laquelle elle se présenta à la Maternité de Cochin où elle fut admise ; malheureusement, on ne put l'y garder plus de trois jours, faute de place. Rentrée chez elle, elle eut une nouvelle perte, du 10 au 11 novembre. Elle se représenta à l'hôpital Cochin d'où on l'envoya à la Pitié. A son entrée dans mon service, cette femme était d'une pâleur extrême. L'enfant, vivant, se présentait par le sommet en position droite ; la tête était au détroit supérieur. Le col, incomplètement dilaté, était recouvert, partiellement et à gauche, par un cotylédon décollé et flottant ; il y avait donc insertion vicieuse partielle.

L'état de la malade était grave : elle était pâle et refroidie, avait une température de 35°,5 et 128 pulsations.

On me fit aussitôt prévenir, et, pendant ce temps, on s'efforça de réchauffer la patiente, ; on lui administra du cognac, on lui fit des piqûres d'éther, on l'entoura de boules chaudes, et on l'enveloppa dans des couvertures de laine. On s'occupa en même temps de la désinfection des organes génitaux; mais, au moment où on lui faisait une injection vaginale, elle perdit un peu de sang et fut prise de lypothimie ; elle se plaignit de troubles visuels et eut du subdelirium, puis de la somnolence.

J'arrivai à une heure ; il n'y avait plus de battements fœtaux, et le col était dilaté comme une paume de main. La situation était si grave que je craignais à tout instant de voir la femme succomber. Je pratiquai rapidement la basiotripsie, sans anesthésie, et en évitant autant que possible de remuer la malade. Mais, au cours même de l'opération, alors que je terminais l'extraction, le cœur s'arrêta, il y eut deux ou trois inspirations saccadées, et la mort survint subitement.

Ne voulant pas laisser l'accouchement inachevé, je réintroduisis ma main dans l'utérus après la sortie de l'enfant pour faire la délivrance. Il se produisit alors un fait assez singulier. Le placenta était décollé, mais les membranes ne l'étaient pas. En saisissant le délivre par sa face fœtale pour l'entraîner au dehors, je sentis que les membranes ne cédaient pas, et que l'utérus, flasque et mou, s'inversait au fur et à mesure que je retirais ma main. Comme ce fait n'avait aucune importance, puisque j'opérais sur un cadavre, je continuai à attirer le placenta et laissai l'uté-

rus sortir en entier derrière lui. Nous eûmes alors sous les yeux une inversion totale avec adhérence des membranes. Quelques tractions sur le placenta ne réussirent qu'à déchirer un lambeau de ces membranes, dont la plus grande partie resta accolée à la face interne de l'utérus. Pour achever de les séparer, je dus les saisir avec l'extrémité des doigts et les décoller, comme on décortique un rein quand on sépare sa capsule fibreuse du parenchyme. Bien que l'adhérence des membranes ne fût pas anormale, je ne pus les détacher d'un seul coup, mais par grands lambeaux séparés.

Ce fait est des plus instructifs, car il montre bien l'importance qu'il y a à ne pas exercer, pendant la délivrance, de tractions sur le placenta avant qu'il ne soit engagé entièrement dans le vagin, si l'on ne veut exposer la femme à une déchirure et à une rétention des membranes; il démontre en outre *de visu* combien il est difficile de décoller entièrement les membranes avec la main dans la cavité utérine, dans les cas où elles y restent adhérentes, par exemple lorsque le placenta est venu découronné.

Je réduisis ensuite l'utérus inerte avec autant de facilité qu'il s'était inversé, et sans qu'il eût coulé une goutte de sang.

Tels sont les quatre faits, tristement concordants, que j'ai tenu à vous rapporter; ils comportent un grand enseignement pratique. Ils vous montrent que l'insertion vicieuse du placenta, par les hémorragies qu'elle provoque, plonge parfois les femmes dans une anémie

tellement grave que la mort peut survenir subitement, alors même que toute perte est arrêtée.

Je me propose d'étudier devant vous, dans ma prochaine leçon, le mécanisme de cette mort subite et les conditions dans lesquelles on peut l'observer, ainsi que la conduite à tenir pour prévenir autant que possible cette terrible éventualité.

DIXIÈME LEÇON

DE LA MORT SUBITE CHEZ LES FEMMES ATTEINTES D'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA ET DES MOYENS DE LA PRÉVENIR (*suite et fin*).

SOMMAIRE : Dangers de l'anémie progressive consécutive aux hémorragies répétées dues à l'insertion vicieuse du placenta. — Mort subite par syncope. — Causes qui favorisent la production de la syncope : choc de l'accouchement, déplétion trop rapide de l'utérus, chloroformisation, brusques changements d'attitude, etc.

Soins à donner pendant la grossesse à toute femme atteinte d'insertion vicieuse, dès les premiers accidents. — Tamponnement vaginal antiseptique : ses résultats. — Conduite à tenir pendant le travail : tamponnement, déchirure des membranes, version de Braxton Hicks. — Terminaison de l'accouchement.

Conduite à tenir lorsque la femme a eu plusieurs hémorragies graves, et qu'elle est dans un profond état d'anémie.

1° Pendant la grossesse : éviter la rupture des membranes ; tamponnement à la moindre perte ; soins généraux ;

2° Pendant le travail : tamponnement en cas d'hémorragie ; terminer l'accouchement à la dilatation complète, mais agir avec beaucoup de prudence et de lenteur pour éviter la décompression brusque de l'abdomen. Soins au moment de la syncope. Soins généraux.

MESSIEURS,

Ainsi que vous l'ont démontré les faits que je vous ai rapportés précédemment, la cause première de la mort

subite dans l'insertion vicieuse du placenta réside dans l'anémie profonde créée par les hémorragies répétées qui sont la caractéristique de cette anomalie de la grossesse.

Je ne crois nullement qu'il soit nécessaire d'invoquer l'entrée de l'air dans les sinus utérins pour expliquer le mécanisme de la mort dans ces circonstances, comme l'ont soutenu, en particulier, Olshausen et Kesmarsky. D'ailleurs, cette introduction de l'air dans les vaisseaux, dont je ne prétends pas nier la possibilité, exige pour se produire que la main soit introduite dans l'utérus pour décoller le placenta, et que les orifices vasculaires soient ainsi mis à nu ; or vous avez vu que la mort peut survenir à tout autre instant qu'à celui de la délivrance.

C'est, en réalité, à une syncope brusque que les femmes succombent, le plus souvent, et tous les signes observés, pâleur, refroidissement, suppression du pouls et de la respiration en sont la preuve évidente.

Le pronostic de l'insertion vicieuse est donc subordonné à l'abondance et au nombre des pertes sanguines ; mais il faut tenir compte aussi de la résistance personnelle des femmes et de leur état de santé antérieur.

L'insertion centrale est particulièrement fâcheuse ; dans ce cas, en effet, le décollement inévitable de plusieurs cotylédons expose à des pertes plus fréquentes et plus sérieuses : vous vous souvenez que de mes quatre observations deux se rapportent à des cas de placenta prævia central. Lorsque l'anémie ne va pas jusqu'à déterminer par elle-même une syncope mortelle, la faiblesse extrême dans laquelle elle plonge les femmes leur

enlève toute force de résistance, et, dans ces conditions, il est possible de voir la moindre atteinte amener rapidement une issue fatale.

Ainsi, le simple choc de l'accouchement peut suffire à déterminer la mort ; vous en avez eu un exemple dans la quatrième des observations que je vous ai citées ; c'est au moment même où je procédais à l'extraction du fœtus avec le basiotribe que la mère a succombé. La déplétion brusque de l'utérus peut aussi amener une syncope ; témoin la troisième de mes observations, dans laquelle l'accident a eu lieu au moment où le liquide amniotique s'échappait rapidement de l'utérus.

Les déplacements brusques, les changements d'attitude peuvent être également suivis de mort subite. M. Tarnier a vu une femme, épuisée par des hémorragies dues à une insertion vicieuse, mourir subitement pour avoir été simplement transportée d'un lit dans un autre, après la délivrance.

Il est encore une cause qui peut être invoquée comme déterminante à l'égard de la syncope, et sur laquelle j'appelle toute votre attention : je veux parler de l'administration du chloroforme.

C'est avec raison qu'on a proclamé l'innocuité du chloroforme chez les femmes enceintes, qu'il soit donné à dose analgésique ou à dose chirurgicale. Elles jouissent, à cet égard, d'une véritable tolérance, que Campbell a expliquée ainsi : l'action anémiante, démontrée par Claude Bernard, qu'exerce sur le cerveau l'agent anesthésique, est à chaque instant combattue par la congestion que

provoquent les efforts utérins, auxquels viennent se joindre à la fin ceux des muscles de l'abdomen. Quelle que soit d'ailleurs l'explication de cette tolérance, les accidents causés par l'anesthésie chloroformique pendant le travail sont à peu à peu près inconnus, quand il s'agit de femmes qui sont en bonne santé.

Mais il n'en est plus de même quand la parturiente est dans un état d'anémie plus ou moins grave, et je suis persuadé que, dans ces conditions, le chloroforme peut provoquer l'apparition d'une syncope. Je pense que, dans tous les cas où des hémorragies plus ou moins abondantes ont affaibli l'organisme, il faut s'abstenir de cet agent, même lorsque les femmes paraissent dans un état relativement satisfaisant.

Dans deux des faits que je vous ai rapportés, j'ai cru pouvoir endormir, pour terminer l'accouchement, des femmes dont l'état général, très grave, semblait s'être amélioré, et j'ai eu à déplorer deux morts subites... Au contraire, notre accouchée de la Clinique n'a pas été chloroformée, et elle a, quoique très anémiée, échappé à la syncope.

C'est que, chez les femmes débilitées par des pertes de sang, les contractions utérines sont généralement assez faibles ; le cerveau n'est plus, à chaque effort, irrigué aussi abondamment, et le chloroforme, en augmentant l'anémie cérébrale préexistante, peut alors provoquer des accidents syncopaux.

Les femmes anémiées par des pertes répétées résultant du décollement d'un placenta vicieusement inséré sont

donc exposées à de grands dangers au moment de l'accouchement ou immédiatement après. Je ne vous étonnerai pas en ajoutant qu'en raison de leur faible résistance elles offrent, en outre, un terrain propice au développement de la septicémie.

Est-il possible de les soustraire à ces périls ? Il me faut, pour répondre à cette question, invoquer deux éventualités différentes, suivant que le médecin est prévenu dès le début des accidents, ou qu'il n'est appelé qu'après des hémorragies répétées.

Voyons d'abord le cas où la femme a recours à notre assistance dès la première hémorragie. Pourrons-nous prévenir l'anémie grave par un traitement convenable ?

La réponse affirmative ne saurait être douteuse. Voici une femme qui est prise, pour la première fois, d'une hémorragie dans le dernier trimestre de sa grossesse. Vous la voyez à ce moment, et par votre interrogatoire et votre examen vous acquérez la certitude que cette perte est due à une insertion vicieuse du placenta.

Tout en donnant à cette femme les soins immédiats que réclame son état, votre grande préoccupation devra être de prévenir le retour de l'hémorragie, car vous savez que les décollements successifs du placenta sont de règle en pareil cas, et que les pertes qui en résultent amènent par leur répétition cette anémie grave dont je vous ai signalé tous les dangers. Loin de vous endormir dans une fausse sécurité lorsque l'hémorragie sera arrêtée, comme on le fait très souvent, vous préviendrez la femme et son entourage qu'elle est menacée de perdre de

nouveau du sang dans un laps de temps variable, et qu'il est indispensable de parer immédiatement à cet accident s'il vient à se produire.

Pour cela, vous n'avez qu'un moyen : placer auprès de votre cliente une garde instruite, qui, dès que l'hémorragie réapparaîtra, devra pratiquer le tamponnement vaginal. Si la femme n'est pas dans des conditions sociales qui lui permettent de recevoir chez elle les soins voulus, vous la convaincrez qu'il faut de toute nécessité qu'elle entre dans une Maternité pour y être tenue en surveillance et secourue dès la moindre perte de sang.

Le tamponnement vaginal, que nous devons à Leroux, de Dijon, a sauvé bien des existences, même lorsqu'il était appliqué sans aucune précaution antiseptique. Aujourd'hui, l'antisepsie a fait disparaître tout danger d'infection consécutif à l'application du tampon. C'est le moyen héroïque par excellence, le seul qui puisse prévenir efficacement la réapparition de l'hémorragie.

Le tamponnement est assez souvent mal fait ; on se borne à introduire dans le vagin quelques boulettes de ouate ou de charpie qui sont tout à fait insuffisantes. Il est mal connu et mal apprécié à l'étranger. Aussi, sans entrer dans les détails techniques sur la manière de le pratiquer, je crois devoir cependant vous rappeler les points essentiels de cette opération. Si vous voulez mettre une véritable digue au sang, il faut combler entièrement le vagin ; cet organe doit être dilaté transversalement jusqu'aux parois du bassin. Vous emploierez, pour faire ce tamponnement, de la gaze antiseptique, ou mieux de

la charpie ou de la ouate hydrophile. La quantité approximative de charpie nécessaire est de 500 grammes. Si c'est à cette dernière substance que vous avez recours, elle aura été désinfectée préalablement avec le plus grand soin : le meilleur procédé de désinfection est de la plonger un certain temps dans l'eau bouillante, puis dans une solution de sublimé à 10/00. Que vous vous serviez de charpie ou de ouate, ces substances seront disposées sous forme d'un grand nombre de bourdonnets du volume d'une noix ; les uns, au nombre de quinze à vingt, destinés à occuper le fond du vagin, seront armés d'un fil qui permettra de les retirer facilement ; les autres, qui rempliront le reste du vagin, seront libres. Il ne faut pas oublier non plus qu'un corps gras antiseptique, tel que de la vaseline sublimée, est nécessaire pour oindre largement toutes les pièces du tampon, qui forme ainsi une sorte de masse cimentée, impénétrable au sang.

Tout médecin qui se livre à la pratique des accouchements doit avoir chez lui des tampons tout préparés, conservés dans des bocaux remplis d'une solution de sublimé et hermétiquement bouchés.

Le tamponnement est souvent assez douloureux ; il provoque, en outre, de la dysurie et du ténesme rectal ; mais ce sont là de bien faibles inconvénients en comparaison des avantages que vous en retirerez. Il supprime l'hémorragie et, de plus, il provoque par sa présence des contractions utérines et hâte l'apparition du travail.

Quant aux accidents infectieux qu'il déterminait fréquemment jadis, il ne saurait plus en être question

aujourd'hui, avec toutes les précautions antiseptiques que je vous ai indiquées.

En voici d'ailleurs la preuve, fournie par les résultats obtenus avec le tamponnement fait antiseptiquement.

En 1885, M. Tarnier a fait connaître, dans son cours à la Faculté, une statistique de 30 cas de tamponnement pratiqué à la Maternité, et sur lesquels il n'y a eu que 3 morts. Et, sur ces 3 décès, 2 se rapportaient à des femmes qui avaient été tamponnées en ville, sans aucune mesure antiseptique ; ces deux cas doivent donc être éliminés, et il reste une mort sur 28 cas où le tamponnement a été pratiqué suivant toutes les règles de l'antisepsie ; or cette mort elle-même ne saurait être attribuée au tamponnement, car la femme avait été amenée exsangue à l'hôpital.

En réalité, aucun accident grave ne saurait désormais être mis à l'actif du tamponnement bien fait, bien appliqué et parfaitement aseptique. Or, pendant la grossesse, c'est, de tous les traitements qui ont été proposés dans l'insertion vicieuse, le meilleur et le plus efficace. C'est celui qui répond le mieux au but que je vous ai indiqué : éviter à la femme le retour d'une hémorragie qui pourrait l'anémier profondément et la conduire à la mort.

La déchirure large des membranes que préconise M. Pinard avant tout début de travail n'arrête pas constamment l'hémorragie, ainsi que l'ont démontré plusieurs observations. D'ailleurs, ce procédé, pour être applicable, exige un col entr'ouvert et des membranes facilement accessibles ; or le col n'est pas toujours

assez perméable pour qu'on puisse arriver sur les membranes; et, s'il l'est suffisamment, on peut ne rencontrer sous le doigt que des cotylédons placentaires s'il y a une insertion centrale.

Je reviens au tamponnement pour ajouter la recommandation suivante. Si, avant de le pratiquer, vous constatez que le fœtus ne se présente pas par le sommet ou le siège, mais plus ou moins obliquement, vous ferez la version par manœuvres externes pour ramener la tête en bas, et vous la fixerez au besoin à l'aide d'une ceinture ou d'un bandage approprié.

Mais il peut se faire que l'insertion vicieuse ne détermine pas de perte pendant la grossesse et que ce soit seulement au moment du travail que l'hémorragie apparaisse.

Sans vouloir traiter ici la question du traitement du placenta prævia pendant le travail, je vous dirai seulement que plusieurs méthodes peuvent alors être employées : la déchirure des membranes, la version mixte ou bipolaire de Braxton Hicks, qui a fourni d'excellents résultats entre les mains des accoucheurs allemands Behm, Hofmeier et Lomer; enfin le tamponnement vaginal. Chacune de ces méthodes a ses partisans; chacune aussi a ses indications. Mon intention n'est pas de les discuter, mais je ne vous cacherais pas que, lorsque le travail est peu avancé et que l'hémorragie est grave, c'est encore au tamponnement que je donne le plus souvent la préférence.

Il est évident que, lorsque la dilatation est complète,

on doit terminer l'accouchement le plus promptement possible.

J'ai maintenant à examiner la seconde éventualité, celle de beaucoup la plus grave et malheureusement trop fréquente, où des hémorragies successives et abondantes ont eu lieu et où la parturiente est plongée dans cette anémie profonde dont je me suis attaché à vous montrer toute la gravité.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien la femme n'est pas en travail, ou bien le travail est commencé et plus ou moins avancé.

La femme n'est pas en travail. Vous avez deux indications à remplir. La première, c'est d'empêcher qu'elle perde quelques gouttes de sang de plus, car une hémorragie nouvelle, si minime qu'elle soit, pourrait amener une mort immédiate. Dans ce but, vous vous garderez bien de rompre les membranes; l'écoulement brusque du liquide amniotique pourrait, vous le savez, occasionner une syncope. A la moindre apparition du sang, vous ferez immédiatement le tamponnement suivant les règles que je vous ai déjà indiquées.

La seconde indication est de remonter l'organisme par tous les moyens possibles. Vous entourerez la malade de chaleur, vous lui ferez prendre de l'alcool à haute dose. Elle devra rester immobile, la tête basse ; vous gagnerez du temps, et vous arriverez ainsi à lui rendre une certaine dose de force nécessaire pour qu'elle puisse supporter le choc du travail de l'accouchement.

assez perméable pour qu'on puisse arriver sur les membranes; et, s'il l'est suffisamment, on peut ne rencontrer sous le doigt que des cotylédons placentaires s'il y a une insertion centrale.

Je reviens au tamponnement pour ajouter la recommandation suivante. Si, avant de le pratiquer, vous constatez que le fœtus ne se présente pas par le sommet ou le siège, mais plus ou moins obliquement, vous ferez la version par manœuvres externes pour ramener la tête en bas, et vous la fixerez au besoin à l'aide d'une ceinture ou d'un bandage approprié.

Mais il peut se faire que l'insertion vicieuse ne détermine pas de perte pendant la grossesse et que ce soit seulement au moment du travail que l'hémorragie apparaisse.

Sans vouloir traiter ici la question du traitement du placenta prævia pendant le travail, je vous dirai seulement que plusieurs méthodes peuvent alors être employées : la déchirure des membranes, la version mixte ou bipolaire de Braxton Hicks, qui a fourni d'excellents résultats entre les mains des accoucheurs allemands Behm, Hofmeier et Lomer; enfin le tamponnement vaginal. Chacune de ces méthodes a ses partisans; chacune aussi a ses indications. Mon intention n'est pas de les discuter, mais je ne vous cacherai pas que, lorsque le travail est peu avancé et que l'hémorragie est grave, c'est encore au tamponnement que je donne le plus souvent la préférence.

Il est évident que, lorsque la dilatation est complète,

on doit terminer l'accouchement le plus promptement possible.

J'ai maintenant à examiner la seconde éventualité, celle de beaucoup la plus grave et malheureusement trop fréquente, où des hémorragies successives et abondantes ont eu lieu et où la parturiente est plongée dans cette anémie profonde dont je me suis attaché à vous montrer toute la gravité.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien la femme n'est pas en travail, ou bien le travail est commencé et plus ou moins avancé.

La femme n'est pas en travail. Vous avez deux indications à remplir. La première, c'est d'empêcher qu'elle perde quelques gouttes de sang de plus, car une hémorragie nouvelle, si minime qu'elle soit, pourrait amener une mort immédiate. Dans ce but, vous vous garderez bien de rompre les membranes; l'écoulement brusque du liquide amniotique pourrait, vous le savez, occasionner une syncope. A la moindre apparition du sang, vous ferez immédiatement le tamponnement suivant les règles que je vous ai déjà indiquées.

La seconde indication est de remonter l'organisme par tous les moyens possibles. Vous entourerez la malade de chaleur, vous lui ferez prendre de l'alcool à haute dose. Elle devra rester immobile, la tête basse ; vous gagnerez du temps, et vous arriverez ainsi à lui rendre une certaine dose de force nécessaire pour qu'elle puisse supporter le choc du travail de l'accouchement.

Aussi ne saurai-je trop vous répéter, en terminant, que vous devez, en cas d'insertion vicieuse du placenta, donner toute votre attention au traitement préventif de l'anémie et de la syncope, tel que je vous l'ai exposé dans cette leçon.

BIBLIOGRAPHIE

- LEROUX. — *Observ. sur les pertes de sang*. Dijon, 1876, p. 190.
 BRAXTON HICKS. — *Transact. of the obst. Society of London*, 1864, vol. V, p. 219.
 OLSHAUSEN. — *Monatschr. für Geb.*, B^d, XIV, 1864, p. 350.
 CAMPBELL. — *Considérations sur l'anesthésie obstétricale*. Paris, 1877, p. 118.
 KESMARSKY. — *Archiv. für Gyn.*, 1878, B^d XIII, p. 200.
 HOFMEIER. — *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1882, B^d VIII, p. 89.
 BEHM. — *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1883, B^d IX, p. 373.
 LOMER. — *Am. Journ. of Obst.*, 1884, p. 1235.
 PINARD. — *Annales de Gynécologie*, 1886, mars, p. 171, et mai, p. 322.
-

ONZIÈME LEÇON

VÉGÉTATIONS DE LA GROSSESSE ET SYPHILIS

SOMMAIRE : Observation : Grossesse de six mois et demi. — Syphilis secondaire : plaques muqueuses vulvaires et syphilide papuleuse. — Végétations de la grossesse affectant la forme d'un énorme papillome de la région anale. — Accouchement prématuré spontané, à sept mois et demi environ, d'un enfant vivant et sain.

Des végétations de la grossesse ; papillomes parfois très volumineux ; vaginite granuleuse et leucorrhée.

Traitement pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.
Appendice.

MESSIEURS,

La femme qui occupe le lit n° 7 de la salle de Gynécologie est entrée ici, le 3 septembre, pour des lésions de la région ano-génitale, à l'étude desquelles je me propose de consacrer cette leçon.

Voici son histoire : C'est une jeune primipare, qui a eu ses règles pour la dernière fois du 9 au 15 février 1891, et est actuellement enceinte de six mois et demi environ. Sa grossesse a été assez pénible jusqu'ici. Elle a eu des vomissements fréquents, et elle se plaint de ressentir des maux de tête, surtout la nuit. Depuis deux mois, elle a

vu apparaître à la région vulvaire et à l'anus des lésions qui l'ont fait assez vivement souffrir et l'ont décidée à se faire recevoir à la Clinique.

L'examen dont elle fut l'objet à son entrée dans le service révéla les particularités suivantes :

C'est une femme d'une constitution faible, à l'aspect anémié, débilité.

L'examen du ventre montra que l'utérus était distendu par une quantité exagérée de liquide amniotique. Le fœtus très mobile était et est resté vivant.

A l'inspection de la vulve, on reconnut l'existence d'ulcérations opalines, légèrement indurées et saillantes, occupant la face interne des grandes lèvres. Ces lésions présentaient tous les caractères des plaques muqueuses hypertrophiques. Il existait dans les deux aines une pléiade ganglionnaire manifeste. La syphilis était évidente; elle était d'ailleurs confirmée par des maux de gorge antérieurs avoués par la malade, par de la céphalée nocturne et une alopecie localisée par places, très caractéristique.

Mais, en dehors des lésions dont la vulve était le siège, la région anale était occupée par une tumeur du volume d'un œuf, sur les caractères de laquelle je vais revenir, mais qui fut dès lors considérée comme un papillome.

D'après la malade, cette tumeur avait fait son apparition depuis deux mois et aurait précédé la formation des plaques muqueuses.

Le toucher vaginal pratiqué avec soin ne permit de rien reconnaître de particulier en dehors des signes ordi-

naires de la grossesse : ni vaginite granuleuse, ni leucorrhée.

Le diagnostic porté fut donc : grossesse compliquée de syphilis et de végétations anales ; on institua d'abord un traitement général spécifique, dans le but d'éviter autant que possible l'interruption de la grossesse et de protéger la vie de l'enfant, espérance d'autant plus permise que la syphilis paraissait récente.

On prescrivit, en outre, de panser les végétations avec de l'iodoforme en poudre, et on soumit la malade à des lavages fréquents et antiseptiques de toute la région anovulvaire. Je dois ajouter, pour être complet, que cette femme avait encore des lésions évidentes de prurigo acarien, dont on la débarrassa par le traitement spécial usité en pareil cas.

Je pratiquai un nouvel examen de cette malade le 23 septembre, et je fus aussitôt frappé par l'aspect des organes génitaux externes. D'une part, les plaques muqueuses avaient presque disparu ; de l'autre, la tumeur anale avait considérablement grossi.

Cette dernière présentait maintenant les caractères que voici : elle constituait un énorme chou-fleur du volume de deux poings et occupait le raphé médian, depuis le coccyx jusqu'à la commissure postérieure de la vulve qu'elle dépassait même un peu. Ses dimensions étaient les suivantes : elle avait 13 centimètres de longueur ; sa largeur était plus grande en arrière, où elle mesurait 7 centimètres, qu'en avant où elle n'en avait que 4. Sa configuration était réniforme. Sa coloration était d'un

rose sale, son aspect luisant, et toute sa surface était suintante. Cette tumeur, de consistance molle, était mamelonnée ; elle était formée d'une série de lobes et de lobules constitués par des houppes nombreuses et des crêtes séparées par des sillons plus ou moins profonds. En la soulevant avec la main, on voyait qu'elle était insérée par un pédicule assez large sur le périnée, au pourtour de l'anus, et on apercevait au-dessous d'elle un grand nombre de végétations isolées, véritables crêtes de coq, surtout dans la région périnéale postérieure.

L'examen de cette masse déterminait de vives douleurs et un léger écoulement de sang. Rien de semblable n'existait du côté de la vulve ni du vagin. Quant à l'anus, il était invisible, perdu, pour ainsi dire, au milieu de cette production végétante. Cependant, on arrivait à pénétrer dans son orifice, après quelques tâtonnements, en enfonçant doucement le doigt à l'union du quart antérieur avec les trois quarts postérieurs de la tumeur.

Interrogée sur les troubles fonctionnels déterminés par la présence de cette tumeur, la malade accusait un prurit très incommode, des douleurs au moindre frottement et surtout au moment de la défécation ; par moments il y avait apparition d'un peu de sang.

Le diagnostic de cette tumeur n'était pas douteux, et, ainsi que je vous l'ai dit, il s'agissait d'un énorme papillome.

Notre malade était donc atteinte de deux affections différentes. Elle avait, d'une part, des lésions dues à la syphilis, et, d'autre part, des végétations simples de la grossesse,

réunies sous forme d'une tumeur volumineuse. Le traitement spécifique auquel elle avait été soumise avait fait disparaître les plaques muqueuses vulvaires, mais n'avait eu aucune action sur la tumeur anale qui avait triplé de volume. La simple constatation de ce fait aurait suffi, s'il y eût eu l'ombre d'un doute, pour démontrer que la tumeur n'était nullement d'origine vénérienne.

Les végétations de la grossesse n'ont, en effet, aucun rapport avec la syphilis, avec laquelle elles sont cependant trop souvent confondues. Ce fait a été bien démontré autrefois par Thibierge qui a donné une excellente description de ces productions. Ce sont de véritables papillomes bénins qu'on rencontre ordinairement dans la région vulvaire, et qui peuvent envahir le vagin et même le col utérin. Dans ce conduit, les végétations se présentent sous forme de granulations plus ou moins nombreuses, de volume variable, vaginite granuleuse ; elles se reconnaissent facilement au toucher, par la sensation d'inégalités rugueuses qu'elles donnent au doigt. Elles déterminent un suintement parfois très marqué, une véritable leucorrhée très incommode ; cet écoulement vaginal, d'une odeur souvent fétide, provoque des démangeaisons, des cuissons, une irritation locale qui se traduit par des rougeurs et des excoriations au niveau des grandes et des petites lèvres.

Dans le cas actuel, la vulve et le vagin sont entièrement indemnes, et les lésions sont localisées à la région anale. J'ajouterai qu'il est rare d'observer des masses

aussi considérables que celle que nous constatons chez notre malade.

Cette observation est donc intéressante, à plusieurs points de vue, par des particularités qui peuvent se résumer ainsi :

Coexistence de lésions qu'il faut se garder de confondre et d'attribuer à une même origine, car elles sont absolument distinctes : les unes spécifiques et dues à la syphilis ; les autres bénignes et développées sous l'influence de la grossesse ;

Disparition des accidents syphilitiques par le traitement spécifique ; au contraire, persistance et augmentation des productions végétantes dues à la gestation ;

Disposition singulière de ces végétations, qui se sont agminées de façon à former un volumineux papillome au voisinage de l'anus, sans que la vulve et le vagin soient le siège d'aucune lésion analogue.

Abordons maintenant la question du traitement des végétations de la grossesse, en particulier dans les cas où elles constituent par leur réunion de véritables tumeurs, comme chez notre malade.

En règle générale, ces masses, même lorsqu'elles sont volumineuses et qu'elles occupent la région vulvaire, n'apportent aucun obstacle à l'accouchement ; tout au plus, peut-il arriver qu'elles se fissurent, se déchirent et saignent, au moment de la sortie du fœtus. Au point de vue dystocique, elles ne paraissent donc pas passibles d'un traitement chirurgical pendant la grossesse.

Cependant quelques auteurs ont conseillé d'en faire l'ablation. M. Pozzi, entre autres, est partisan de cette intervention, dans la crainte de voir le papillome devenir, durant les suites de couches, le point de départ d'accidents septiques. Je vous ferai remarquer que, si on se décidait à intervenir chirurgicalement, il faudrait rejeter l'excision au bistouri, car les incisions faites dans la région génitale chez une femme enceinte peuvent l'exposer à de graves hémorragies ; l'écrasement même ne mettrait pas à l'abri de cet accident. Aussi Chassaignac avait-il autrefois proposé la ligature isolée des lobes de la tumeur, opération qu'il avait eu l'occasion de pratiquer une fois. On pourrait donc, en cas d'absolue nécessité, recourir au morcellement de la tumeur, la pédiculiser par places et en enlever séparément les fragments liés préalablement à leur base.

Mais la plupart des accoucheurs pensent qu'on peut éviter l'infection sans recourir à une intervention opératoire, en se bornant à des pansements astringents et antiseptiques. C'est ainsi qu'on peut recouvrir les papillomes de compresses fines imbibées de liqueur de Labarraque ou d'une solution de sublimé, d'acide phénique. On a préconisé encore les cautérisations superficielles et répétées au nitrate d'argent. M. Tarnier a proposé un mode de traitement qui donne des résultats excellents. Il consiste à faire plusieurs fois par jour, sur les tumeurs, des badigeonnages avec une solution très concentrée de tannin ; la consistance du liquide doit être sirupeuse. Sous l'influence de cet agent, les végétations se dessèchent

et se flétrissent; on y voit apparaître des points noirs, mortifiés, qui se détachent par parcelles; des papillomes volumineux peuvent ainsi disparaître rapidement.

C'est à ce dernier traitement que nous avons eu recours, ces jours-ci, chez notre malade. Malheureusement, le temps nous a manqué pour en obtenir des résultats suffisants; nous avons, en effet, été surpris par le travail de l'accouchement qui s'est déclaré hier inopinément.

Voici la fin de l'observation de cette femme. Le 25 septembre, à six heures et demie du matin, elle a été prise de quelques petites douleurs. A sept heures, les membranes se sont rompues prématurément, et il s'est fait un écoulement très abondant de liquide amniotique. A midi, le col était effacé, et la dilatation grande comme une pièce de 50 centimes: on sentait au toucher un sommet engagé en OI DP et recouvert d'une petite bosse séro-sanguine. Vers quatre heures, l'accouchement se terminait très facilement par la naissance d'un enfant vivant, du poids de 1,800 grammes; il paraissait sain et ne présentait aucune lésion spécifique. Nous pouvons donc espérer que, si nous n'avons pu empêcher l'accouchement de se produire prématurément au septième mois et demi, nous avons, tout au moins, par le traitement spécifique qui a été institué, préservé le fœtus de l'infection maternelle; c'est, du reste, ce que l'avenir nous apprendra avec plus de certitude.

Quant à notre tumeur, elle n'a été pendant l'accouchement l'occasion d'aucune complication; on pouvait craindre une déchirure du périnée, une hémorragie;

rien de tout cela ne s'est produit, grâce aux précautions qui ont été prises.

Quand la région ano-vulvaire est le siège de productions papillomateuses d'un certain volume, elle doit, en effet, être l'objet d'une surveillance toute particulière pendant le travail. Toute la région malade sera soumise à une antisepsie minutieuse : les grosses tumeurs seront isolées de la vulve par des pansements à l'iodoforme, au sublimé, etc. On protégera avec une grande attention le périnée pour éviter une déchirure qui pourrait s'étendre aux tumeurs.

Tous ces soins ont été donnés à notre parturiente. Aujourd'hui, un pansement très soigné et fréquemment renouvelé protège la vulve contre toute infection qui pourrait venir du papillome.

Pendant les suites de couches, en effet, on doit redoubler de précautions antiseptiques et n'épargner ni les lavages répétés, ni les injections fréquentes.

Que va-t-il, d'ailleurs, survenir maintenant du côté de la tumeur ? Habituellement, pendant les suites de couches, ces papillomes subissent une régression spontanée, un dessèchement pur et simple, et s'éliminent par parcelles plus ou moins volumineuses. Toutefois, quand la tumeur est aussi considérable que dans notre cas, son détachement complet est souvent très long, et il peut y avoir intérêt à intervenir. Au bout de quelques jours, on peut le faire sans danger ; je n'hésiterais pas à pratiquer l'ablation du papillome, si son élimination paraissait devoir traîner en longueur.

APPENDICE

Les suites de couches ont évolué très normalement ; mais, la tumeur ne diminuant pas d'une façon sensible, et continuant à être pour la malade une cause de gêne et de souffrance, M. Bar, mon collègue, qui prit le service en octobre, jugea qu'il était opportun d'en faire l'ablation. Il confia ce soin au Dr Tissier, chef de Clinique, qui pratiqua cette petite opération une quinzaine de jours après l'accouchement. L'extirpation fut faite sous le chloroforme avec la pointe du thermocautère. Tous les lobes de la tumeur furent sectionnés successivement, et on mit ainsi à découvert la région périnéale postérieure. L'orifice anal était absolument sain. Cette intervention ne donna lieu à aucun écoulement de sang. La guérison fut très rapide et eut lieu sans la moindre complication.

BIBLIOGRAPHIE

THIBIERGE. — *Archiv. de méd.*, 1856, t. VII, p. 573.

CHASSAIGNAC. — *Traité de l'écrasement linéaire*, 1856, p. 493.

CAZEAUX et TARNIER. — *Traité d'accouchements*, 1874, 9^e édit., p. 525.

TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements*, t. II (*Pathologie de la grossesse*), 1886, p. 194.

POZZI. — *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, 1890, p. 1014.

DOUZIÈME LEÇON

DE LA PRÉSENTATION DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE DÉCOMPLÉTÉE MODE DES FESSES

SOMMAIRE : Des diverses variétés de présentation du siège. — De la variété mode des fesses. — Son engagement pendant la grossesse. — Signes fournis par le palper, l'auscultation, le toucher.

Observation.

Pronostic de l'accouchement par le siège en mode des fesses. — Arrêt dans le dégagement du siège : enclavement possible dans l'excavation.

Conduite à tenir dans la présentation des fesses :

1° Pendant la grossesse.

Version par manœuvres externes ; ses difficultés. — Version par manœuvres vagino-abdominales ;

2° Pendant le travail :

Le siège n'est pas engagé : déflexion d'un membre inférieur, dès que la dilatation le permet. Le siège est engagé ; s'il est arrêté à la vulve, introduction des doigts dans les aines ; manœuvre de Ritgen ; manœuvre birectale.

Il est arrêté dans l'excavation :

Dans les positions antérieures, application d'un lacs dans l'aîne antérieure. — Manière de passer le lacs.

Dans les positions postérieures, employer le forceps de M. Tarnier. Manière de l'appliquer.

Résumé de la conduite à tenir.

MESSIEURS,

Plusieurs faits intéressants de présentation du siège en mode des fesses, que vous avez pu suivre récemment

dans cette Clinique, un cas analogue que j'ai observé hier dans mon service à la Pitié m'engagent à vous parler aujourd'hui de cette variété de présentation de l'extrémité pelvienne.

Vous savez que le siège peut se présenter de diverses manières. Tantôt les membres inférieurs sont complètement fléchis, et les talons accolés aux fesses : il y a alors présentation du siège complet. Tantôt les membres inférieurs ont subi une déflexion quelconque, et le siège est dit décomplété. Or il y a présentation du siège décomplété mode des fesses lorsque, les cuisses étant fléchies sur l'abdomen, les jambes sont en même temps étendues sur les cuisses, en sorte que les pieds du fœtus sont situés au voisinage de son extrémité céphalique.

Les signes auxquels cette dernière variété donne lieu pendant la grossesse sont variables. Tantôt, en effet, le siège reste plus ou moins mobile au détroit supérieur, et l'on constate alors tous les caractères des présentations du siège en général.

Mais, parfois aussi, l'extrémité pelvienne, en raison même de sa forme conique, peut s'engager dans l'excavation comme le sommet : la présentation du siège devient alors *définitive*. C'est là un fait qui a été bien démontré par M. Budin, en 1881. Aussi, ne doit-on pas, toutes les fois qu'on trouve à la fin de la grossesse le petit bassin occupé par une extrémité fœtale, se hâter de conclure à une présentation du sommet : il peut s'agir, quoique beaucoup plus rarement, d'un siège en mode des fesses engagé.

M. Budin a insisté avec raison sur les difficultés que peut présenter le diagnostic en pareil cas, et sur la nécessité d'apporter au palper, à l'auscultation et au toucher la plus grande attention.

Dans la présentation du sommet, comme dans celle du siège engagé, le palper permet de reconnaître que l'excavation est remplie par une partie fœtale; mais, quand il s'agit du siège, un examen soigneux démontre bien vite que la partie engagée n'a pas la rondeur, la dureté, la consistance uniformément la même du sommet, mais qu'elle est irrégulière, inégale. Si on reporte la main en haut, à l'autre extrémité de l'ovoïde fœtal, on trouve une partie arrondie et accompagnée de petits membres qu'on pourrait prendre pour le siège avec les pieds; mais on constate bientôt qu'elle est dure et surtout mobile : en appuyant légèrement sur elle avec le bout des doigts, on détermine le ballottement céphalique caractéristique; dès lors, les membres sentis au fond de l'utérus ne peuvent être que les pieds, situés à la hauteur de la tête par suite de l'extension forcée des jambes sur les cuisses.

L'auscultation fait entendre le maximum des bruits du cœur au-dessous de l'ombilic, comme lorsque le sommet est engagé. Aussi est-elle insuffisante, à elle seule, pour établir le diagnostic.

Quant au toucher, il fait reconnaître une extrémité fœtale arrondie, faisant plus ou moins saillie dans l'excavation, qui tout d'abord semble être la tête. Mais on ne tarde pas à s'assurer, en explorant mieux la région

qu'on a sous le doigt, qu'elle est loin d'avoir la régularité et la consistance uniforme du sommet. On y sent des inégalités; la résistance n'est pas la même partout; il y a des endroits mous et dépressibles.

Tels sont les caractères qui, appréciés avec soin, permettront d'affirmer que c'est l'extrémité pelvienne qui se présente, et qu'il s'agit de la variété mode des fesses plus ou moins profondément engagée.

Vous allez retrouver cette symptomatologie chez une femme qui est en ce moment dans le service. Elle est âgée de dix-neuf ans, enceinte pour la première fois, et arrivée près du terme de sa grossesse. On constate au palper que l'excavation est remplie par une partie fœtale, et que le fond de l'utérus est occupé par de petites extrémités, en sorte qu'on pourrait croire, en se bornant à un examen sommaire, qu'il s'agit d'une présentation du sommet. Mais, en y regardant de plus près, on s'aperçoit que la partie qui est engagée est irrégulière, inégale, au lieu d'avoir la rondeur et la dureté de la tête; le fond de l'utérus est occupé à droite par une autre extrémité arrondie et résistante, qui ballotte très nettement sous la main, et à gauche par de petites parties. Le plan résistant qui réunit les deux extrémités regarde en avant et à gauche. L'auscultation fait entendre les bruits du cœur en avant et à gauche au-dessous de l'ombilic. En pratiquant le toucher, on trouve l'excavation occupée par une partie fœtale non pas sphérique, mais plutôt conique, non pas dure partout, régulière, mais inégale, molle et dépressible par place... Tous ces signes permettent d'affirmer

firmement l'existence d'une présentation du pelvis engagée en mode des fesses, et en position SIGA. Le fœtus est plié pour ainsi dire en deux ; son tronc et ses membres inférieurs forment les deux branches d'un V dont les fesses occupent le sommet.

En présence de cette présentation, on a essayé de faire la version par manœuvres externes et de substituer le sommet au siège ; mais ces tentatives sont restées infructueuses. Je les ai moi-même renouvelées ; je n'ai pu arriver à mobiliser le siège, même en m'efforçant de le soulever avec un doigt introduit dans le vagin. L'utérus est, chez cette femme, doué d'une tonicité et d'une résistance particulières ; il est appliqué sur le fœtus ; le liquide amniotique est peu abondant. Nous n'avons pas insisté, et nous avons laissé les choses en l'état. L'accouchement se fera donc en présentation du siège.

Le pronostic de l'accouchement par le siège en général est, vous le savez, toujours sérieux pour l'enfant. Il devient plus grave encore dans la présentation des fesses. En effet, ainsi que l'a montré M. Tarnier, le redressement des jambes au-devant du corps du fœtus constitue au tronc deux sortes d'attelles rigides qui lui enlèvent toute flexibilité et gênent considérablement le mouvement d'incurvation latérale suivant lequel il doit se dégager. De plus, la situation élevée des pieds prive l'accoucheur d'un point d'appui sur lequel il pourrait exercer des tractions pour aider à ce dégagement. Il en résulte qu'un arrêt dans la descente du tronc n'est

pas rare, et cette situation peut, si elle se prolonge, faire courir au fœtus les plus grands dangers. Il devient alors nécessaire d'intervenir d'une certaine manière que je vous indiquerai bientôt.

En raison de ce pronostic spécial, vous comprenez quel intérêt il y aurait à transformer, pendant la grossesse, la présentation des fesses une fois reconnue en celle du sommet par la version par manœuvres externes, opération déjà indiquée dans les autres variétés de présentation de l'extrémité pelvienne.

Malheureusement, l'engagement du siège la rend souvent très difficile, surtout lorsqu'il est profond. Il faut, en effet, commencer par mobiliser le siège, et c'est le temps le plus ardu de l'opération; cette mobilisation devient même irréalisable quand la partie fœtale, coiffée du segment inférieur descend jusqu'au plancher du bassin, comme cela s'observe quelquefois. Toutefois, quand l'engagement n'est pas très prononcé, on peut au moins tenter l'opération. M. Pinard a conseillé, dans les cas où le siège est fixé au détroit supérieur, de s'aider, pour faire la version par manœuvres externes, d'un doigt introduit dans le vagin, et dont le rôle est de repousser le fœtus en haut. Mais ce moyen si simple peut échouer quand le siège proémine dans l'excavation. Aussi ai-je pensé qu'il pourrait y avoir avantage dans certains cas à introduire la main tout entière dans le vagin pour essayer de soulever le pelvis au-dessus du détroit supérieur, tandis que l'autre main agirait par des manœuvres externes.

En 1887, alors que je remplaçais comme aujourd'hui

M. le Prof. Tarnier pendant les vacances, dans cette même Clinique, j'eus l'occasion d'observer un cas de présentation du siège modérément engagé, pendant la grossesse. J'essayai, mais vainement, de mobiliser le fœtus par des manœuvres extérieures, afin de modifier la présentation. Je conseillai alors au chef de Clinique, qui était à cette époque le Dr Loviot, de mettre en pratique, à sa visite du soir, le procédé que je viens de vous indiquer, c'est-à-dire d'introduire toute la main dans le vagin et d'essayer de repousser sans violence le siège au-dessus du petit bassin. Pour éviter à la femme la douleur causée par cette manœuvre et pour supprimer toute résistance musculaire, l'emploi du chloroforme jusqu'à résolution complète était absolument indiqué. M. Loviot se conforma à mes avis. Lorsque la femme fut endormie et couchée en travers du lit, il introduisit sa main dans le vagin et fut surpris de la facilité avec laquelle il put refouler le siège au-dessus du détroit supérieur et faire ensuite évoluer le fœtus pour ramener la tête en bas. Depuis, il a renouvelé plusieurs fois cette opération, à laquelle il a donné le nom de version par manœuvres vagino-abdominales, et il en a obtenu de bons résultats¹.

¹ Dans la deuxième édition de son *Traité sur le palper abdominal*, qui date de 1889, M. Pinard a admis, après moi et M. Loviot, l'emploi de cette manœuvre pour mobiliser le fœtus. Voici en effet comment il s'exprime à ce sujet :

« Lorsque les fesses sont engagées, il faut avant tout les repousser de l'excavation et les élever au-dessus du plan du détroit supérieur.

« Pour cela, un doigt introduit dans le vagin suffit quelquefois.

« Dans certains cas, deux doigts sont nécessaires et même, exceptionnellement, peut-on être obligé d'introduire la main dans le vagin.

« Dans ces conditions, la patiente doit être anesthésiée, surtout si elle est primipare. » (*Traité du palper abdominal*, 2^e édition, Paris, 1889, p. 282.)

Cependant il faut bien savoir que ces manœuvres ne réussissent pas toujours. Certaines conditions, telles qu'un engagement trop profond, une tonicité exagérée des parois utérines, une trop faible quantité de liquide amniotique, une brièveté du cordon peuvent s'opposer au déplacement du fœtus, malgré l'usage du chloroforme. Enfin toutes les femmes ne s'y soumettent pas volontiers.

Je dois donc envisager maintenant le cas où la présentation n'a pas été modifiée pendant la grossesse et où le travail se déclare, le fœtus se présentant par le siège en mode des fesses.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien le siège est mobile au détroit supérieur, ou bien il est déjà plus ou moins engagé dans l'excavation.

Lorsque le siège est au détroit supérieur, et si les membranes sont intactes, on a proposé, en raison des difficultés qui peuvent survenir au cours de l'accouchement si l'engagement se fait en mode des fesses, de rompre les membranes, d'aller à la recherche d'un pied et de l'abaisser dans le vagin. Cette pratique, déjà conseillée autrefois par Mauriceau, l'a été de nouveau par M. Budin dans ses leçons et, plus récemment, par le D^r Mantel dans une thèse faite sous l'inspiration de M. Pinard.

M. Mantel recommande de procéder ainsi : Introduire la main dans l'utérus et suivre la cuisse antérieure jusqu'au creux poplité, puis appuyer avec l'extrémité des doigts sur le jarret pour rapprocher la cuisse de l'abdomen, et la fléchir ainsi au maximum. Cette flexion exa-

gérée amène la chute spontanée de la jambe qui était relevée, et le pied vient se mettre en contact avec la main, qui n'a plus qu'à le saisir et à l'attirer au dehors.

Toutefois cet abaissement prophylactique d'un pied ne peut être tenté que si le col est assez largement dilaté pour permettre l'introduction de la main. Or il peut arriver qu'avant que la dilatation soit suffisante le siège s'engage, et sa présence dans l'excavation rend presque impossible l'exécution de cette manœuvre.

Lorsqu'en effet le siège est engagé, et c'est là la seconde alternative que j'ai à envisager, il faut renoncer à aller chercher un pied, quoi qu'en ait dit Barnes, qui conseille encore à ce moment la déflexion d'un des membres inférieurs. La main comprimée ne peut progresser faute d'espace suffisant, et il faut avoir recours à d'autres procédés d'extraction.

Mais, fort heureusement, dans bon nombre de cas, on n'a pas à se préoccuper d'une intervention quelconque, car l'accouchement peut se terminer spontanément, et sans qu'aucun arrêt fâcheux ne se produise dans la descente et le dégagement du tronc. Nous en avons justement eu un exemple sous les yeux dans le service.

Une femme de vingt-cinq ans, enceinte pour la troisième fois, mais qu'on peut, au point de vue de l'accouchement, considérer comme primipare, car elle n'a eu antérieurement que deux fausses couches, l'une à deux mois, l'autre à cinq, est entrée à la Clinique le 10 septembre. Sa grossesse était de huit mois et demi environ, et on constata à son entrée une présentation du siège

qu'on tenta vainement de modifier par la version par manœuvres externes. Le travail commença le 28 septembre, et je l'examinai ce même jour à onze heures et demie du matin. La dilatation était de 3 centimètres $1/2$ environ ; les membranes bombaient fortement dans le vagin à chaque contraction. Pendant les intervalles des contractions je constatai qu'il s'agissait d'une présentation des fesses en SIDA ; les membres inférieurs étaient relevés, et on trouvait par le palper les pieds au fond de l'utérus. Le siège était au détroit supérieur, et l'on pouvait songer à rompre les membranes et à aller chercher un pied ; mais le col était encore trop peu dilaté pour permettre cette intervention. A trois heures, la dilatation était large comme une paume de main, mais, depuis le matin, le siège s'était abaissé ; il remplissait maintenant l'excavation, et il n'y avait plus à songer à l'abaissement d'un pied. Du reste, un peu plus tard, les membranes se rompaient ; à trois heures et demie, la dilatation était complète ; la période d'expulsion commençait, et, à quatre heures, le dégagement du siège se faisait spontanément. Le reste de l'accouchement n'offrait rien de particulier ; la tête était extraite facilement par la manœuvre de Mauriceau, et l'enfant respirait aussitôt. A la vérité, il n'était pas très gros ; c'était une fille du poids de 2,460 grammes.

Si les cas de ce genre ne sont pas très rares, il n'en est pas moins vrai qu'on se trouve parfois aux prises avec de grandes difficultés, surtout lorsqu'il s'agit de femmes primipares dont les tissus sont résistants, et que l'enfant est volumineux.

Ces difficultés peuvent se rencontrer dans toute la hauteur du canal pelvi-génital. J'envisagerai les deux alternatives suivantes :

Le siège a progressé jusqu'à l'orifice vulvaire ; arrivé là, il s'arrête, et l'expulsion n'a pas lieu, malgré les efforts de la femme.

Le siège s'est engagé au détroit supérieur, mais un arrêt survient dans sa descente, et il s'enclave dans l'excavation, soit à sa partie supérieure, tout près du détroit supérieur, soit à sa partie moyenne, soit en bas, à l'entrée du détroit inférieur.

Quelle est donc la conduite à tenir dans ces différentes circonstances ?

Le cas le plus simple est celui où les fesses sont immobilisées à l'orifice vulvaire.

Autrefois P. Dubois et, après lui, Depaul conseillaient d'administrer un peu d'ergot de seigle pour ranimer les contractions utérines et hâter l'expulsion. Mais cet agent est passible de si grands reproches, il est tellement dangereux que son emploi doit être formellement contre-indiqué pendant le travail. Il est évident que, lorsque le siège est à la vulve, l'action de l'ergot se manifeste très vite et très énergiquement, et Depaul avait remarqué qu'en très peu de temps l'accouchement était terminé ; mais, après la naissance de l'enfant, l'utérus peut se rétracter spasmodiquement sur le placenta et l'emprisonner dans sa cavité, et cette rétention peut donner lieu à des accidents de la dernière gravité. D'ailleurs, l'enfant lui-même peut souffrir de la tétanisation provoquée par

le seigle et mourir pendant l'expulsion, par suite des troubles graves apportés dans sa circulation. Tout dernièrement, vous avez pu voir une femme qui a été amenée à la Clinique en travail, avec une présentation du siège en mode des fesses, le siège à la vulve. Comme l'accouchement traînait en longueur, on lui avait fait prendre en ville 2 grammes de seigle ergoté, puis, comme l'expulsion tardait à se faire, on nous avait adressé la parturiente. A la suite de l'administration du médicament, l'utérus s'était tétanisé, et l'enfant avait succombé. M^{lle} Hanicot, la sage-femme en chef, a pu faire l'extraction assez facilement en exerçant quelques tractions sur les aines. Fort heureusement, la délivrance n'a pas souffert de difficultés.

Un moyen très simple d'extraction, lorsque le siège est arrêté à la vulve, consiste à aller introduire l'index recourbé en crochet dans une des aines du fœtus, de préférence dans la postérieure, ou à placer simultanément les deux index dans les deux aines. On peut ainsi exercer des tractions qui, prudemment faites, ne déterminent pas de lésions et suffisent ordinairement pour attirer le siège au dehors.

On peut avoir encore recours pour aider au dégagement du siège à la manœuvre de Ritgen. Deux doigts sont introduits dans l'anus assez profondément, et au moment d'une contraction et d'un effort de la femme ces doigts appuient sur le siège à travers la paroi antérieure du rectum, pour le repousser vers l'orifice vulvaire. La pression doit être exercée avec de grands

ménagements, afin d'éviter de léser la muqueuse rectale.

Si le fœtus était mort, vous pourriez vous servir d'un moyen d'extraction auquel le D^r Olivier a donné le nom de manœuvre birectale. Elle consiste dans l'emploi de la manœuvre de Ritgen combinée avec l'introduction d'un doigt de l'autre main dans l'anus de l'enfant. Vous exerceriez ainsi à la fois des pressions et des tractions directes sur le siège pour l'attirer en haut et en avant et le dégager. Bien que le D^r Bitot, de Bordeaux, ait employé ce procédé avec succès dans deux cas où l'enfant était vivant, je pense, avec le D^r Olivier, qu'il peut n'être pas sans inconvénients pour le fœtus et qu'il est préférable de n'y recourir que dans les cas où celui-ci a cessé de vivre.

Que convient-il maintenant de faire lorsque l'extrémité pelvienne se trouve arrêtée à différentes hauteurs dans l'excavation ? Quand le siège est ainsi enclavé, et quand les contractions utérines et les efforts abdominaux ne peuvent le faire progresser, l'attente ne saurait se prolonger sans préjudice pour l'enfant, qui ne tarde pas à souffrir; les battements de son cœur deviennent irréguliers, se ralentissent, et vous serez avertis par l'auscultation qu'il est menacé d'une mort prochaine si vous ne vous hâtez de terminer l'accouchement.

C'est surtout en pareil cas que vous devrez vous garder de l'ergot de seigle. P. Dubois et Depauleux-mêmes, qui préconisaient ce médicament lorsque le siège est à la vulve, en réprouvaient absolument l'usage quand le tra-

vail est moins avancé. C'est qu'en effet, en pareil cas, l'ergot, au lieu de produire l'expulsion du fœtus, tétanise l'utérus sur lui et l'emprisonne plus étroitement encore dans les voies génitales. De graves éventualités peuvent alors survenir. J'ai observé en 1881 un cas de rupture de l'utérus suivie de mort, consécutive à l'administration de 6 grammes de seigle ergoté chez une femme primipare, dont l'enfant, très volumineux, se présentait par les fesses. Cette observation a été rapportée par le Dr Olivier dans sa thèse.

C'est donc à des manœuvres manuelles ou instrumentales que vous devrez avoir recours pour dégager le siège ; et c'est là une besogne difficile si vous songez que les fesses forment dans l'excavation une saillie conique et glissante sur laquelle on ne peut prendre aucun point d'appui solide.

Si l'engagement du siège est assez profond, s'il est au détroit inférieur ou un peu au dessus, vous pourrez tenter encore de l'extraire avec les doigts introduits dans les plis de l'aîne, comme je vous ai indiqué de le faire lorsque la partie fœtale est à la vulve. Mais vous échouerez souvent ; vos mains glisseront, et vous ne parviendrez pas à entraîner le fœtus.

Force vous sera donc de recourir à d'autres moyens. Cette question du traitement a été très bien exposée par le Dr Olivier dans sa thèse de doctorat dont je vous ai déjà parlé. Il a prouvé, de par l'expérimentation et la clinique, qu'en pareil cas les deux moyens d'extraction par excellence sont le lacs ou le forceps.

Quant au crochet avec lequel on a souvent proposé de faire l'extraction du siège, c'est un instrument dangereux, qui a à son actif de nombreux méfaits et qui doit être complètement abandonné.

Le lacs, qu'il soit constitué par du galon de fil ou, ce qui est préférable, par de la mèche de fumeur chinée, suivant le conseil de M. Tarnier, est destiné à être appliqué sur l'aîne antérieure du fœtus pour exercer des tractions sur le siège.

En ce qui concerne le forceps, son application sur le siège avait déjà été préconisée par Levret et admise par le Prof. Pajot, mais seulement quand l'enfant est mort. M. Tarnier, le premier, a pensé qu'on pouvait l'appliquer sur l'extrémité pelvienne d'un enfant vivant; cette opération est sans danger pour le fœtus, surtout si on a soin de se servir du forceps Tarnier, avec lequel on n'a pas à craindre d'exercer sur le fœtus des compressions répétées qui pourraient n'être pas sans péril.

Ces deux moyens d'extraction, le forceps et le lacs, ne doivent pas être employés indifféremment dans tous les cas, et M. Olivier en a posé les indications d'une façon très précise.

Il a montré qu'il faut établir une distinction entre les positions antérieures et les postérieures.

Le forceps est particulièrement indiqué dans les positions sacro-iliaques postérieures. En effet, dans ce cas, les cuillers de l'instrument ont, en raison même de leur courbure pelvienne, leur extrémité appliquée sur les cuisses et non sur le bassin du fœtus; or le siège forme avec la

racine des cuisses un cône à base dirigée en bas et à sommet en haut; le forceps a donc une bonne prise et n'a aucune tendance à glisser.

Dans les sacro-iliaques antérieures, au contraire l'extrémité des cuillers du forceps répond aux os iliaques; l'instrument embrasse ainsi un cône formé par les fesses et le bassin, dont le sommet est en bas, la base en haut; il a donc une prise peu solide, et il dérape le plus souvent. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de vérifier l'exactitude de ce fait, et, en raison du glissement presque fatal du forceps, j'ai complètement renoncé à son emploi dans les positions antérieures.

Quant au lacs, il reconnaît des indications inverses de celles du forceps. Lorsqu'on l'applique dans les positions postérieures, les tractions sont défectueuses, car elles s'exercent directement, presque perpendiculairement sur le fémur, qu'on risque de fracturer. Par contre, dans les positions antérieures, les tractions faites sur le lacs portent exactement sur le pli de l'aîne et dans la direction voulue pour entraîner le siège en bas.

La conclusion pratique est qu'on doit préférer le forceps dans les positions postérieures et le lacs dans les antérieures.

Un mot maintenant sur le manuel opératoire de ces diverses interventions.

Le forceps doit être appliqué suivant les règles ordinaires. Lorsque le siège sera saisi, bien saisi, seul ainsi, on l'entraînera doucement jusqu'à ce que les hanches apparaissent à la vulve; on aura soin de ne tirer que

pendant les contractions utérines, et de faire exercer simultanément des pressions sur le fond de l'utérus au niveau de l'extrémité céphalique, afin d'éviter autant que possible le glissement de l'instrument. Quand le siège sera dégagé, on désarticulera les branches du forceps et on terminera l'extraction du fœtus par les manœuvres habituelles.

Pour appliquer un lacs autour de l'aîne antérieure du fœtus, on peut se servir de la main ou d'un porte-lacs, et tous les auteurs conseillent d'introduire le lacs derrière la symphyse, de le glisser autour de l'aîne et de le faire descendre entre les cuisses du fœtus. Cette petite manœuvre est souvent très pénible, parfois même impossible, à effectuer avec la main qui peut se trouver très étroitement serrée entre le siège et le pubis ; aussi l'emploi d'un crochet porte-lacs, tel que celui du D^r Olivier, par exemple, facilite-t-il sans contredit le passage du lacs.

Toutefois on n'a pas toujours à sa disposition un instrument de ce genre, et son emploi ne me semble pas indispensable si l'on a soin de procéder d'une façon un peu différente de celle que je viens de décrire. Je vous conseille donc d'opérer de la façon suivante. Je saisis le lacs à l'une de ses extrémités, et je l'insinue avec le bout des doigts, non par derrière la symphyse, mais directement dans le sillon intercrural qui est très facilement accessible, et je le fais progresser ainsi, de bas en haut, jusqu'à ce qu'il ait pénétré assez profondément. Je porte alors l'index et le médius entre la symphyse et la hanche antérieure, et je rencontre immédiatement le lacs qui

fait saillie entre les cuisses du fœtus ; je le saisis entre les doigts et l'attire en bas.

J'ai eu maintes fois l'occasion d'user de ce petit procédé, et il m'a toujours réussi ; il a également réussi entre les mains d'autres personnes.

Un fait que j'ai observé hier à la Pitié, et auquel j'ai fait allusion en commençant cette leçon, vient à l'appui de cette assertion. Il démontre à la fois l'efficacité du lacs dans les sacro-iliaques antérieures, et la simplicité de la manœuvre que je vous indique. Une femme, prise des douleurs de l'enfantement depuis minuit, nous a été amenée au matin de chez une sage-femme. Le cordon pend à la vulve et n'a que de rares battements ; on trouve par le toucher que cette procidence coïncide avec une présentation du siège mode des fesses engagé dans la partie supérieure de l'excavation. Le col n'est dilaté que comme une pièce de cinq francs. En outre, le bassin est légèrement vicié, car, en contournant avec le doigt l'extrémité pelvienne, on arrive sur l'angle sacro-vertébral.

L'auscultation permettant d'entendre encore les bruits du cœur, bien que rares et sourds, on tente de réduire la procidence, et on y parvient.

Malgré ce résultat, les bruits du cœur ne tardent pas à disparaître complètement. La dilatation est complète à midi et demi, mais les contractions utérines restent inefficaces, et le siège enclavé dans l'excavation ne bouge pas. La femme est d'ailleurs tellement indocile qu'on est obligé de lui administrer du chloroforme. J'engage alors M. Lasserre, mon interne, à placer un lacs autour

de l'aîne antérieure suivant ma manière de procéder. Il se conforme à mes indications et exécute le passage du lacs avec la plus grande facilité. Quelques tractions maintenues suffisent ensuite à amener les hanches à la vulve. Le tronc et la tête sont dégagés rapidement. L'enfant était mort; il pesait 2,950 grammes.

Je résume brièvement la conduite à tenir dans la présentation du siège décomplété mode des fesses.

Pendant la grossesse faire la version par manœuvres, externes; si le siège est engagé, et que cet engagement ne soit pas trop profond, essayer encore cette opération, mais en s'aidant de la main introduite dans le vagin pour mobiliser le fœtus. Donner en ce cas du chloroforme.

Pendant le travail, si le siège est mobile au détroit supérieur, et si la dilatation est très large, rompre les membranes et aller chercher un pied qu'on abaissera dans le vagin.

Si le siège est engagé, surveiller attentivement l'accouchement, ausculter fréquemment, et, si, une fois la dilatation complète, l'expulsion ne peut avoir lieu, intervenir pour dégager l'extrémité pelvienne.

1° Le siège est arrêté à la vulve. On le dégagera avec les doigts introduits dans les aines, ou bien on aura recours à la manœuvre de Ritgen; ou enfin, si l'enfant est mort, à la méthode biréctale.

Le siège est arrêté dans l'excavation. S'il est trop élevé pour qu'on puisse l'abaisser avec les doigts placés en cro-

chets dans les régions inguinales, on aura recours au forceps ou au lacs.

Le forceps sera appliqué dans les positions sacro-iliaques postérieures, et on devra se servir de préférence du forceps Tarnier.

Le lacs est indiqué dans les positions sacro-iliaques antérieures. On le placera autour de l'aîne antérieure, en l'introduisant dans le sillon intercrural et en le faisant descendre entre la symphyse et la hanche antérieure.

Dans certains cas exceptionnels, lorsque le siège est enclavé dans l'excavation et que l'enfant est mort, on pourrait avoir recours pour l'extraire au cranioclaste ou au basiotribe, comme M. Ribemont-Dessaigues ¹ l'a fait avec succès.

¹ Voy. p. 110 et p. 131

BIBLIOGRAPHIE

LENOIR, SÈK et TARNIER. — *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements* (texte). Paris, 1865, p. 256.

BARNES. — *Leçons sur les opérations obstétricales*, trad. du Dr Cordes. Paris, 1873, p. 151.

DEPAUL. — *Leçons de clinique obstétricale*. Paris, 1876, p. 544.

PINARD. — *Traité du palper abdominal*. Paris, 1878, p. 187.

BUDIN. — *Du diagnostic pendant la grossesse de la présentation définitive de l'extrémité pelvienne*. *Progrès médical*, juin 1881, p. 515, et *Obstétrique et gynécologie*. Paris, 1886, p. 409.

OLIVIER. — *De la conduite à tenir dans la présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée mode des fesses*. Thèse, Paris, 1883.

LOVIOT. — *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 8 décembre 1887.

MANTEL. — *D'une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses*. Thèse, Paris, 1889.

MAYGRIER. — *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 10 juillet 1890, p. 232.

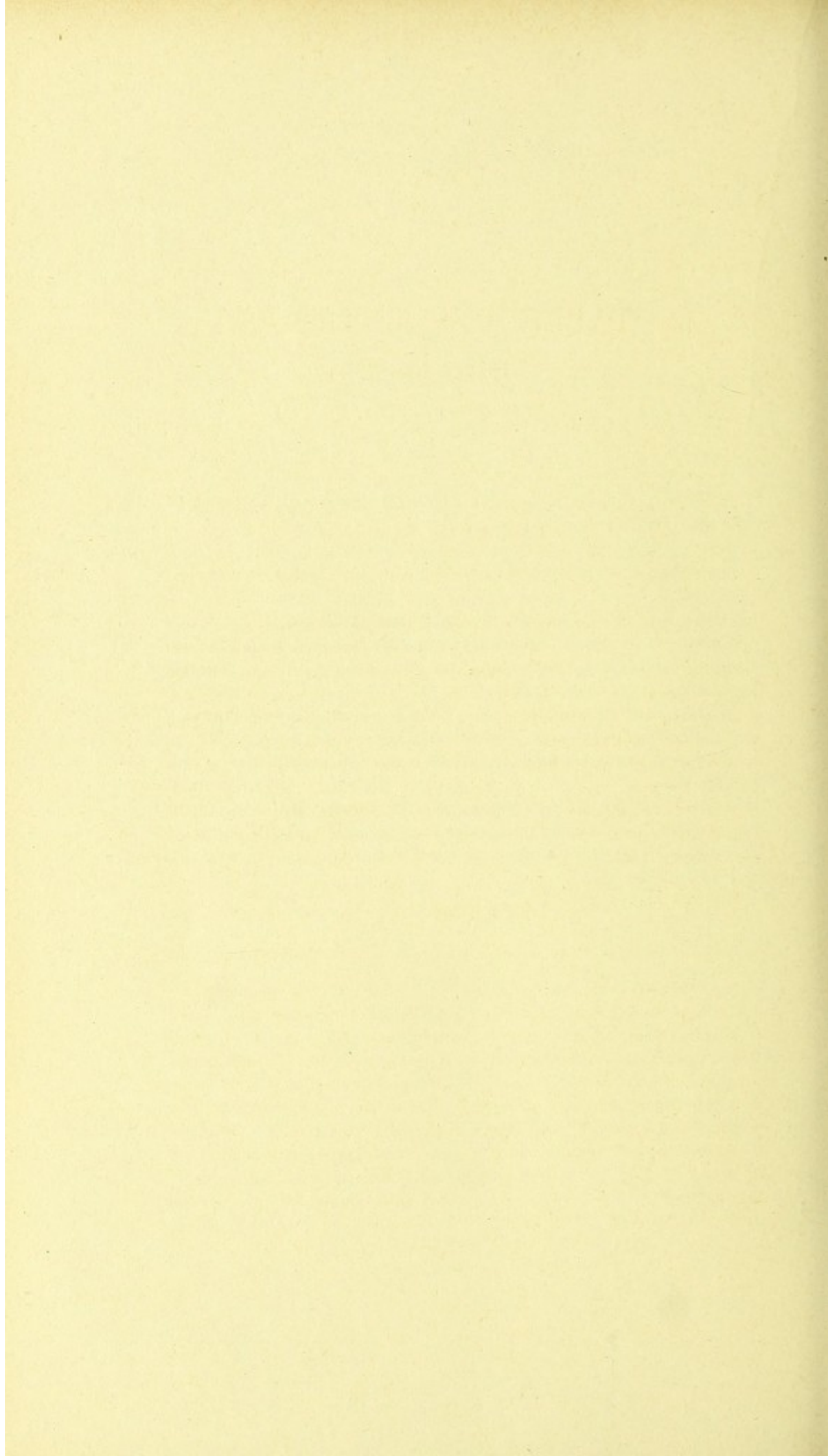


TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	VII
--------------------	-----

PREMIÈRE LEÇON

DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES BASSINS RACHITIQUES MOYENNEMENT VICIÉS

Ce qu'il faut entendre sous le nom de bassin moyennement vicié par le rachitisme. — Variabilité de la terminaison de l'accouchement dans ces sortes de bassins, chez des femmes qui présentent le même diamètre promonto-pubien. Variabilité identique chez la même femme à ses différents accouchements. Observations à l'appui. — L'accouchement peut se terminer spontanément ou artificiellement : 1° accouchement spontané, sa fréquence ; son mécanisme ; 2° accouchement artificiel ; sa fréquence ; forceps, version ; leurs résultats. — Les causes de ces terminaisons différentes doivent être recherchées du côté de la mère ou du côté de l'enfant ; elles peuvent être dues aussi à une conduite défectueuse tenue pendant le travail.....

1

DEUXIÈME LEÇON

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES BASSINS RACHITIQUES MOYENNEMENT VICIÉS

Conduite à tenir pendant la grossesse. — Nécessité de diagnostiquer exactement le degré du rétrécissement. Palper mensurateur. Toucher explorateur et pelvimétrie digitale ; causes d'erreurs. — De la provocation artificielle de l'accouchement. Comment peut-on déterminer l'époque à laquelle on doit provoquer le travail ? — Degré du rétrécissement, volume de la tête fœtale, âge de la grossesse. — Principaux procédés pour provoquer l'accouchement. Asepsie préparatoire des voies génitales. Méthode de Krause. Ballon excitateur de M. Tarnier. — Moyens propres à accélérer le travail ; ballons de Barnes, ballon de M. Champetier de Ribes, écarteur de M. Tarnier. — Appréciation des diverses méthodes de provocation de l'accouchement.....

15

TROISIÈME LEÇON

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES BASSINS RACHITIQUES MOYENNEMENT VICIÉS (*suite*)

De la dilatation digitale comme moyen de provoquer l'accouchement. — Marche et terminaisons variables de l'accouchement prématuré artificiel. — Pronostic de cet accouchement pour les mères et pour les enfants. Observations nouvelles. — Conduite à tenir pendant le travail. — Période de dilatation. Période d'expulsion. Cas dans lesquels il faut pratiquer l'expectation. — Cas dans lesquels il faut intervenir. — Forceps ou version. Cas où l'indication du forceps ou de la version est précise

9

QUATRIÈME LEÇON

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES BASSINS RACHITIQUES MOYENNEMENT VICIÉS
(*suite et fin*)

Parallèle entre le forceps et la version. Avantages et inconvénients du forceps. Lésions qu'on peut produire avec cet instrument. — Avantages et inconvénients de la version, avant terme et à terme. — Indications générales qui doivent guider dans le choix du forceps ou de la version. — Comment on doit appliquer le forceps au détroit supérieur : trois variétés d'application : directe, oblique, antéro-postérieure ; appréciation de chacune d'elles. — Manuel opératoire de la version ; manœuvre de Champetier de Ribes. — Résumé de la conduite à tenir pendant la grossesse et pendant le travail.....

41

Appendice..... 59

Bibliographie..... 61

CINQUIÈME LEÇON

DE LA RIGIDITÉ DU COL UTÉRIN PENDANT LE TRAVAIL, ET PARTICULIÈREMENT
DE LA RIGIDITÉ SYPHILITIQUE

Observation. — Ce qu'il faut entendre par rigidité du col en général. — Des diverses formes de rigidité. — Rigidité spasmodique, anatomique, pathologique. — Causes, pathogénie, symptômes des variétés spasmodique et anatomique. — Rigidité syphilitique. Historique. Anatomie pathologique. Sclérose spécifique du col : observation de Fasola. Caractères cliniques de la sclérose du col. — Diagnostic des diverses sortes de rigidité. — Marche du travail. Sa lenteur. Accidents qui peuvent survenir. Terminaisons variables de l'accouchement. Observations — Pronostic :

sa gravité pour la mère et pour l'enfant dans les formes anatomique et syphilitique. — Conduite à tenir dans les différentes variétés de rigidité du col : calmants et anesthésiques. Dilatation du col. Incisions du col : méthode de Dührssen, méthode française. — Résumé des indications du traitement.....	63
Bibliographie	85

SIXIÈME LEÇON

DE LA DYSTOCIE DUE AUX FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS. — DES FIBROMES DE L'UTÉRUS ET, EN PARTICULIER, DU SEGMENT INFÉRIEUR DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

Observation. — Historique. — De la fécondation et de la fécondité chez les femmes atteintes de fibromes utérins. — Influence de la grossesse sur les fibromes. Modifications subies par les tumeurs : hypertrophie, ramollissement, contractilité, déplacements. — Diagnostic de la grossesse compliquée de fibromes. Difficultés du diagnostic quand la tumeur siège sur la face postérieure de l'utérus : observations à l'appui. — Influence des fibromes sur la grossesse. Avortement, accouchement prématuré, insertion vicieuse, mort du fœtus. Autres complications.....

86

SEPTIÈME LEÇON

DE LA DYSTOCIE DUE AUX FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS (*suite*). — DES FIBROMES UTÉRINS DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'ACCOUCHEMENT

Influence des fibromes sur la marche du travail. — Absence du travail par suite de la rétention prolongée du fœtus mort : observation de M. Herrgott. — Diagnostic pendant le travail : ses difficultés. — Marche du travail : sa lenteur, ses irrégularités. Fréquence relative des présentations du siège et de l'épaule. — Accouchement spontané sans déplacement de la tumeur. — Déplacement de la tumeur, soit en bas, soit en haut. — Ascension des fibromes. Causes qui la favorisent. Deux observations d'ascension de tumeurs fibreuses pendant le travail. — Nécessité d'intervenir quand la tumeur ne se déplace pas. — De la délivrance : ses complications.....

102

HUITIÈME LEÇON

DE LA DYSTOCIE DUE AUX FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS (*suite et fin*). — CONDUITE A TENIR PENDANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES

Modifications des fibromes pendant les suites de couches. — Pronostic de l'accouchement. — I. Conduite à tenir pendant la grossesse compli-

quée de fibromes. Indications de l'intervention. Traitement de la rétroversion de l'utérus gravide fibromateux. — Avortement provoqué et accouchement prématuré artificiel. — Opération césarienne. — Ablation de la tumeur par le vagin. — Myomotomie par la voie abdominale. — Amputation supra-vaginale de l'utérus gravide. — Résultats comparés de ces différentes méthodes. — II. Conduite à tenir pendant l'accouchement. Expectation. — Refoulement de la tumeur. — Forceps et version. — Ablation de la tumeur par le vagin. — Perforation du crâne et basiotripsie. — Opération césarienne simple. — Opération de Porro. — Statistiques des résultats de ces opérations. — Résumé du traitement pendant le travail. — III. Conduite à tenir pendant la délivrance et les suites de couches. — Délivrance artificielle. — Ablation du fibrome par la voie vaginale. — Ablation de l'utérus	118
Appendice : histogenèse des fibro-myomes de l'utérus	135
Bibliographie	139

NEUVIÈME LEÇON

DU DANGER DE LA MORT SUBITE CHEZ LES FEMMES ATTEINTES D'INSERTION VICIEUSE
DU PLACENTA, ET DES MOYENS DE LA PRÉVENIR

Observation : Insertion vicieuse partielle du placenta. Hémorragies pendant le travail nécessitant le tamponnement à deux reprises. Extraction par la version d'un enfant mort. État grave de la mère. Guérison. — De l'anémie grave consécutive aux hémorragies de l'insertion vicieuse. — Dangers de la mort subite pendant l'accouchement ou aussitôt après. — Quatre observations personnelles à l'appui. — *Première observation* : Hémorragies répétées pendant les trois derniers mois de la grossesse. Nouvelle hémorragie pendant le travail. — Insertion partielle. Tamponnement. — Version et extraction d'un monstre sirénomèle. — Mort subite de la mère dix minutes après l'accouchement. — *Deuxième observation* : Insertion vicieuse centrale. Nombreuses hémorragies pendant les derniers mois de la grossesse et au début du travail. Mort du fœtus. Rupture artificielle des membranes. Anesthésie chloroformique. — Version et basiotripsie sur la tête dernière. Mort subite immédiatement après la délivrance. — *Troisième observation* : Placenta prævia central. Hémorragies au septième, huitième et neuvième mois et pendant le travail. Mort de l'enfant. Tamponnement. Chloroformisation et version. Syncope brusque et mort subite pendant l'opération. — *Quatrième observation* : Insertion vicieuse partielle. Hémorragies au huitième mois. Anémie profonde consécutive. Mort de l'enfant. Basiotripsie sans anesthésie. Mort subite pendant l'extraction. Délivrance artificielle *post mortem* : inversion de l'utérus produite par des tractions sur les membranes adhérentes. 141

DIXIÈME LEÇON

DE LA MORT SUBITE CHEZ LES FEMMES ATTEINTES D'INSERTION VICIEUSE
DU PLACENTA ET DES MOYENS DE LA PRÉVENIR (*suite et fin*)

Dangers de l'anémie progressive consécutive aux hémorragies répétées dues à l'insertion vicieuse du placenta. Mort subite par syncope. — Causes qui favorisent la production de la syncope : choc de l'accouchement, déplétion trop rapide de l'utérus, chloroformisation, brusques changements d'attitude, etc. — Soins à donner pendant la grossesse à toute femme atteinte d'insertion vicieuse, dès les premiers accidents. Tamponnement vaginal antiseptique : ses résultats. — Conduite à tenir pendant le travail : Tamponnement, déchirure des membranes. Version de Braxton Hicks. Terminaison de l'accouchement. — Conduite à tenir lorsque la femme a eu plusieurs hémorragies graves, et qu'elle est dans un profond état d'anémie. — 1 ^o Pendant la grossesse : Éviter la rupture des membranes. — Tamponnement à la moindre perte. — Soins généraux. — 2 ^o Pendant le travail : tamponnement en cas d'hémorragie. Terminer l'accouchement à la dilatation complète, mais agir avec beaucoup de prudence et de lenteur pour éviter la décompression brusque de l'abdomen. — Soins au moment de la syncope. — Soins généraux.....	156
Bibliographie.....	169

ONZIÈME LEÇON

VÉGÉTATIONS DE LA GROSSESSE ET SYPHILIS

<i>Observation</i> : Grossesse de six mois et demi. Syphilis secondaire : plaques muqueuses vulvaires et syphilide papuleuse. Végétations de la grossesse affectant la forme d'un énorme papillome de la région anale. Accouchement prématuré spontané à sept mois et demi d'un enfant vivant et sain. — Des végétations de la grossesse : papillomes parfois très volumineux. Vaginite granuleuse et leucorrhée. — Traitement pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.....	171
Appendice	179
Bibliographie	180

DOUZIÈME LEÇON

DE LA PRÉSENTATION DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE DÉCOMPLÉTÉE MODE DES FESSES

Des diverses variétés de présentation du siège. — De la variété mode des fesses. Son engagement pendant la grossesse. Signes fournis par le palper, l'auscultation, le toucher. — Observation. — Pronostic de l'accouchement par

le siège en mode des fesses. Arrêt dans le dégagement du siège : enclavement possible dans l'excavation. — Conduite à tenir dans la présentation des fesses. — 1° Pendant la grossesse. — Version par manœuvres externes. Ses difficultés. Version par manœuvres vagino-abdominales. — 2° Pendant le travail. — Le siège n'est pas engagé : déflexion d'un membre inférieur, dès que la dilatation le permet. — Le siège est engagé : s'il est arrêté à la vulve : introduction des doigts dans les aines ; manœuvre de Ritgen ; manœuvre birectale. — Il est arrêté dans l'excavation : dans les positions antérieures, application d'un lacs dans l'aîne antérieure : manière de passer le lacs. — Dans les positions postérieures, employer le forceps de M. Tarnier ; manière de l'appliquer. — Résumé de la conduite à tenir...	181
Bibliographie	201

