

sesse ; l'enfant était mort ; la femme mourut quelques heures après l'intervention. Kaltenbach (de Halle) y a eu recours avec succès pour la femme et pour l'enfant. Halberstma a pratiqué six fois l'opération césarienne chez des éclamptiques avec cinq résultats favorables. — L'opération césarienne ne peut être pratiquée que d'une manière tout à fait exceptionnelle, lorsque, l'état de la mère étant désespéré, le fœtus est vivant et que le travail n'est pas suffisamment avancé pour permettre l'extraction rapide du fœtus par les voies naturelles.

AFFECTIONS CUTANÉES AU COURS DE LA GROSSESSE

Nombreuses sont les éruptions (*éphélides*, *pityriasis versicolor*) qu'on peut observer chez la femme enceinte particulièrement sujette aux éruptions prurigineuses et même aux démangeaisons les plus vives sans éruption.

Signalons une éruption assez intéressante, appelée par certains auteurs *herpes gestationis*, *hydroa gestationis*, *erythema gestationis*, et que Brocq¹ a qualifiée « dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse ».

Fournier (*Bull. méd.*, 1892) en a fait ressortir les rapports étroits avec la gravidité, en montrant que l'*herpes gestationis* survient le plus habituellement au cours de la grossesse, plus rarement aussitôt après l'accouchement, ou dans la nuit qui suit la délivrance ; on voit alors survenir de la fièvre, des sueurs, du prurit généralisé et enfin l'éruption caractéristique. Lorsqu'elle existe au cours de la grossesse, la maladie peut s'atténuer pendant le dernier mois ; mais elle subit généralement une exacerbation après l'accouchement, pour diminuer et disparaître quinze, vingt ou trente jours après. Cette affection, qui disparaît complètement dans l'intervalle des grossesses, revient chaque fois que la femme est enceinte.

Pendant les quelques heures qui précèdent l'éruption, la malade éprouve des sensations pénibles de prurit, de cuisson, de chaleur, localisées aux régions cutanées où va se produire l'éruption, ou bien généralisées à toute la peau. En même temps, il existe un mouvement fébrile plus ou moins marqué : frisson, fièvre, sueurs, troubles sympathiques divers. L'éruption se produit surtout sur les membres supérieurs, au niveau des mains, des avant-bras, sur les membres inférieurs ; plus rarement, elle débute par la poitrine, le visage, l'abdomen. Elle peut se généraliser ou bien rester localisée aux points primitivement envahis. — Quant à l'éruption, les caractères en sont très variables : c'est une éruption polymorphe à forme vésiculobulleuse prédominante ; elle est constituée par des plaques érythémateuses plus ou moins étendues, par des plaques érythémato-papuleuses, des vésicules, des bulles phlycténoïdes, plus rarement des pustules.

L'éruption est symétrique. Les phénomènes subjectifs, tels que sensation de brûlures, de cuisson, de prurit, sont intenses et constants (Brocq).

Cette éruption disparaît habituellement en même temps que cesse l'état

¹ Brocq. De la dermatite herpétiforme de Daring. *Annales de dermatologie*, 1888.

puerpéral ; cependant il est possible qu'après plusieurs attaques successives coïncidant avec des grossesses elle persiste pendant longtemps, alors que l'utérus ne renferme plus le produit de la conception. Elle a une tendance marquée à récidiver et à s'aggraver à chaque grossesse nouvelle comme durée, comme étendue et comme intensité de l'éruption ; cependant, dans certains cas, des grossesses intermédiaires aux poussées peuvent se passer sans qu'il survienne aucun symptôme morbide du côté des téguments (Brocq).

Fournier a rapporté¹ l'observation d'une femme enceinte pour la huitième fois et qui dès le second mois, sans fièvre, sans prodrome, présenta de l'*herpes gestationis* ; les quatre premières grossesses ont évolué sans manifestation cutanée ; aux grossesses suivantes l'éruption a débuté quarante-huit heures après la délivrance (cinquième grossesse), au quatrième mois (sixième grossesse), puis au sixième mois dans la septième grossesse.

Le pronostic n'est pas grave pour la mère ; on ne connaît qu'un cas suivi de mort (Coignet). Dans quelques faits la maladie a passé à l'état chronique. Le plus habituellement la guérison complète a lieu peu de temps après l'accouchement ; Bar² a noté que l'amélioration coïncidait avec la polyurie et avec une augmentation du chiffre de l'urée. Quant au pronostic pour le fœtus, il est assez sérieux ; dans quelques cas il est expulsé prématurément ou il naît macéré. « Il est à remarquer, dit Perrier³, que l'éruption qui débute au cours de la gestation est particulièrement nuisible à l'enfant et que ses chances de vie diminuent surtout à chacune des récidives de l'affection. »

D'après les recherches de Leredde et de Perrier, la maladie de Duhring « semble liée à la présence dans le sang, puis dans la peau, d'une substance que fixent les globules blancs, sous forme de granulations acidophiles. La toxicité du liquide des vésicules paraît due à cette substance. C'est elle qui produit les effets nouveaux de l'affection et peut-être la mort des enfants chez les femmes enceintes qui en sont atteintes. »

Le traitement de cette affection consiste dans l'usage du lait à l'intérieur et par l'emploi des bains, des lotions chaudes et calmantes. Brocq conseille l'arséniate de soude, la quinine, la belladone, le fer, l'huile de foie de morue, suivant les cas.

MALADIES DE L'APPAREIL GÉNITAL

Vulve et vagin. — C'est à dessein que nous réunissons dans un même chapitre les manifestations particulières qu'on observe du côté de la vulve et du vagin au cours de la grossesse.

Prurit vulvaire. — Les femmes enceintes éprouvent souvent au niveau des organes génitaux externes des démangeaisons assez fortes ; tantôt ces démangeaisons sont causées par des liquides qui s'écoulent du vagin et cau-

¹ Société de dermatologie et de syphiligraphie, 12 mars 1896.

² *Bulletin de la Soc. obst. de France*, février 1895.

³ De la dermatose de Duhring au cours de la grossesse. G. PERAZZA. Th. Paris, 1895.

sent de l'irritation au niveau de la muqueuse vulvaire, qui est rouge et tuméfiée; tantôt les démangeaisons surviennent sans qu'on constate au niveau de la vulve d'autres lésions que celles produites par le grattage.

Le prurit vulvaire peut être assez intense pour troubler le sommeil et même donner lieu à de l'inappétence et à des troubles nerveux.

Le traitement consiste dans l'emploi local et général des calmants : on a recours aux injections vaginales, aux lotions vulvaires avec l'eau très chaude, ou mieux avec la liqueur de van Swieten ou avec une solution de chloral à 1 pour 100. En même temps on prescrit les grands bains, le repos, etc.

Leucorrhée. Vaginite granuleuse. — La leucorrhée est très fréquente chez les femmes enceintes : elle est due à l'hypersécrétion de la muqueuse vaginale. Le liquide qui s'écoule est tantôt peu épais, lactescent, tantôt crémeux, parfois jaunâtre.

Chez certaines femmes la muqueuse vaginale est épaissie, rugueuse et présente des granulations plus ou moins volumineuses qui donnent au doigt qui pratique le toucher la sensation d'une râpe : il existe de la *vaginite granuleuse* (Delille). Le liquide qui s'écoule alors est généralement épais, de couleur verdâtre, quasi purulent et d'odeur désagréable.

Cette vaginite granuleuse doit être soignée par les irrigations vaginales fréquentes (5 ou 4 par 24 heures) avec une solution de biiodure de mercure à 1 pour 4 000 ou avec une solution de chloral à 1 pour 100. — On prescrit en même temps des bains alcalins.

Vaginite végétante et végétations vulvaires. — On observe parfois au cours de la grossesse, sur la muqueuse vaginale et vulvaire, de petites saillies, irrégulières, donnant au doigt la sensation de verrues : ce sont des *végétations* qui forment des sortes de petits choux-fleurs. Elles sont semées çà et là ou bien forment par leur réunion de véritables petites tumeurs.

Elles siègent sur la paroi vaginale et peuvent même recouvrir le col, mais elles existent surtout au niveau de la vulve, sur le rebord des grandes lèvres, dans le sillon de séparation des grandes et des petites lèvres; on en trouve également au niveau de la commissure vulvaire, au pourtour de l'anus et même dans le sillon interfessier.

Elles présentent une *coloration* différente suivant le siège qu'elles occupent : tantôt elles sont rosées, blanchâtres, tantôt elles sont bleuâtres, livides.

Elles produisent habituellement un *suintement fétide* qui est une cause de prurit et d'érythème de la zone génitale; rarement leur volume est suffisant pour devenir une cause de dystocie légère au moment de l'accouchement.

Bien qu'on ne connaisse pas exactement la pathogénie de ces lésions, bien qu'on ne puisse préciser leurs rapports avec l'infection blennorrhagique qui les cause le plus habituellement, il est certain qu'elles ne sont nullement liées à la syphilis (Thibierge) et qu'elles sont sous la dépendance directe de la grossesse; quel que soit en effet leur volume, elles ne disparaissent qu'après l'accouchement.

Il est dangereux ou tout au moins inutile d'instituer contre les végétations

un traitement chirurgical (grattage, excision, cautérisation, etc.) pendant la grossesse; il faut se contenter de pansements désinfectants et d'injections vaginales faites avec des solutions de sels mercuriques ou de chloral. Cependant Porak¹, se basant sur ce que les végétations ne disparaissent pas habituellement tout à fait après l'accouchement, est d'avis d'opérer les femmes qui, au cours de la grossesse, ont des végétations très développées; il touche d'abord ces végétations avec les caustiques énergiques, nitrate acide de mercure ou acide chromique, plus tard il les enlève à l'aide de l'instrument tranchant et de la curette.

Après l'accouchement on hâtera leur chute et leur disparition en les saupoudrant largement avec un mélange à parties égales de poudre de tanin et de sabine.

Prolapsus de l'utérus. — C'est une complication rare de la grossesse : lorsqu'en effet le prolapsus est très accusé, il détermine en dehors de la gravidité des phénomènes douloureux assez intenses pour que la femme réclame une intervention.

Cependant l'utérus prolapsé peut devenir gravis : on observe alors des symptômes différents suivant que cet utérus s'abaisse de plus en plus ou suivant qu'il s'élève dans la cavité abdominale. Dans le premier cas, on peut voir survenir des phénomènes de compression, d'étranglement dus à ce que l'utérus est entravé dans son développement : d'où la possibilité d'avortement et même d'accidents mortels (Hüter).

Quelques auteurs admettent qu'un accouchement à terme ou près du terme peut avoir lieu lorsque l'utérus se développe en faisant saillie à travers la vulve entre les cuisses de la femme; ces faits sont rares.

Le plus habituellement, lorsque l'utérus prolapsé devient gravis, il détermine pendant les premiers temps des phénomènes de pesanteur du côté de la vulve, du périnée, du rectum, puis bientôt l'utérus s'élève et la grossesse suit un cours normal. Quelquefois au moment de l'accouchement l'utérus s'abaisse à nouveau et ne se contracte pas d'une façon suffisamment efficace : il faut aider l'expulsion au moyen d'une application de forceps.

Dans les premiers temps de la grossesse, il est utile, si l'abaissement semble s'accroître, de conseiller le repos au lit et même d'appliquer de gros tampons dans le vagin, de manière à soutenir l'utérus et à faciliter son ascension progressive dans l'abdomen. Exceptionnellement on est obligé de réduire l'utérus prolapsé et de le maintenir réduit. L'usage des pessaires doit être très restreint.

Hernies de l'utérus. — Les hernies de l'utérus gravis sont encore beaucoup plus rares que les abaissements du même organe : la plupart des observations signalées se rapportent à des cas d'éventration de la paroi abdominale permettant à l'utérus gravis de se mettre dans une antéversion exagérée.

On aurait cependant observé des faits dans lesquels l'utérus gravis aurait

¹ Société obst. et gynec., 11 octobre 1894.

distendu les anneaux inguinal ou crural; dans certains cas, une corne d'un utérus bicorne aurait constitué la hernie.

W. Rosanoff a observé¹ un cas de hernie inguinale de l'utérus gravide: la tumeur descendait jusqu'à 6 centimètres du genou, mesurant 40 centimètres de haut en bas et 80 centimètres de largeur maxima; par suite de la rupture prématurée des membranes et de l'écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique, la tumeur utérine diminua beaucoup. Deux heures après l'écoulement du liquide amniotique commencèrent des contractions utérines qui purent être minutieusement observées, et qui, non douloureuses, suffirent à l'expulsion d'un fœtus du poids de 2 200 grammes. Le lendemain de l'accouchement, l'utérus et une partie des annexes purent être réduits dans la cavité abdominale, l'ovaire gauche et une partie de la trompe gauche du même côté résistèrent au taxis. Les suites de couches furent normales; mais les anses intestinales ayant descendu dans le sac herniaire, on fit deux mois et demi après l'accouchement la cure radicale de la hernie. La malade sortit guérie. W. Rosanoff pense qu'au début le sac herniaire était occupé par l'ovaire, la trompe gauche et des anses intestinales et que ce n'est que peu à peu que l'utérus y pénétra.

Allongement hypertrophique du col. — Le col hypertrophié n'entrave point d'une manière absolue la fécondation; sous l'influence de la grossesse, cette augmentation de volume ne fait que s'accroître. « Lorsque la grossesse survient chez une femme atteinte d'allongement hypertrophique de la portion vaginale, elle évolue jusqu'à terme, n'entraînant pour la femme qu'une sensation de gêne, de pesanteur, et quelquefois un certain degré de hernie du col qui apparaît au niveau de la vulve sous la forme d'une tumeur rouge et dans certains cas saignante et ulcérée. » (Pinard.)

Cette hypertrophie apporte-t-elle un obstacle sérieux au moment de l'accouchement? S'il existe quelques difficultés, elles ne sont point en tous cas suffisantes pour justifier la conduite de Schröder, qui a pratiqué avec succès d'ailleurs l'amputation du col au début de la gestation.

L'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col ne semble pas non plus troubler la marche de la grossesse.

Œdème du col. — Il s'observe surtout dans les derniers mois de la grossesse (Guéniot); tantôt le col présente une simple augmentation de volume œdémateuse, tantôt l'œdème est très accusé et constitue une véritable tumeur du col. L'œdème du col peut être fugace ou au contraire persister pendant tout le temps de la grossesse. Il peut n'être qu'une manifestation locale d'un œdème généralisé; le plus habituellement il est produit par la compression du segment inférieur entre la paroi pelvienne et la tête fœtale.

Déviations utérines. — Elles sont de deux ordres: latérales et antéro-postérieures. Ce sont ces dernières que l'on rencontre le plus habituellement.

Déviations latérales. — Elles sont rares et ne produisent que des troubles légers pendant la grossesse. La déviation à droite est presque normale;

¹ Arch. f. klin. Chir., XLIX, 4.

dans certains cas où la déviation latérale, droite ou gauche, est très marquée, on peut observer des phénomènes de compression (douleurs, œdème, varices) du côté du membre inférieur correspondant. Quelquefois même la marche devient difficile ou impossible; l'avortement peut survenir (Lazarowitch).

Lorsque la déviation latérale est très accusée, elle gêne l'accommodation pelvienne — ou tout au moins ne la sollicite pas. Aussi n'est-il pas rare en pareil cas de constater des présentations vicieuses.

Les déviations latérales ralentissent un peu la marche du travail: la contraction utérine est moins efficace parce que la direction de l'axe utérin est oblique. Aussi est-il souvent nécessaire de redresser l'utérus et de le ramener presque sur la ligne médiane; on voit alors l'engagement de la partie fœtale s'accélérer et l'accouchement se terminer assez rapidement.

Déviations antéro-postérieures. — Ces déviations (*réetroversion, antéversion*) sont plus importantes que les déviations latérales: la *réetroversion* peut donner lieu pendant la grossesse à des accidents assez graves pour que nous la décrivions avec quelques détails.

RÉTROVERSION

La *réetroversion* de l'utérus gravide consiste dans le renversement en arrière de cet organe dans l'excavation pelvienne: le fond de l'utérus est plus ou moins abaissé tandis que le col est remonté derrière la symphyse pubienne. Il existe souvent en même temps un certain degré de rétroflexion, c'est-à-dire que le corps de l'utérus s'infléchit sur le col de manière à couder davantage l'axe de l'utérus.

C'est une complication assez rare de la grossesse pour qu'il soit impossible d'en déterminer exactement la fréquence.

Causes. — Elles sont nombreuses et souvent plusieurs d'entre elles concourent à produire la déviation utérine.

La *multiparité* y prédispose, soit parce que les ligaments et les aponévroses qui soutiennent l'utérus n'ont plus toute leur tonicité, soit parce qu'une rétroversion s'est produite à la suite d'un accouchement antérieur et persiste au début de la grossesse. D'après la statistique de Charles (de Liège), sur 79 femmes présentant une rétroversion de l'utérus gravide, on trouve 15 primipares et 66 multipares, c'est-à-dire 1 primipare pour 5 multipares.

La rétroversion s'observe chez des femmes dont le bassin est large ou chez lesquelles le sacrum présente une concavité exagérée de sa face antérieure; pour peu que la face postérieure de l'utérus se développe davantage au début de la grossesse, cet organe pourra basculer facilement en arrière.

D'autres causes agissent en empêchant l'ascension de l'utérus. C'est ainsi que dans certains rétrécissements du bassin l'angle sacro-vertébral saillant empêcherait l'utérus de s'élever hors du bassin; moins problématique est l'action que peuvent exercer dans le même sens, les tumeurs abdominales provenant des annexes, l'accumulation des matières fécales dans

l'intestin, les adhérences dues à une péritonite ancienne, etc. Ces adhérences, dont la présence a été signalée par Amussat, Bernutz, Hubert (de Louvain), Pinard et Varnier, etc., agissent de deux manières : les unes en immobilisant pour ainsi dire *in situ* l'utérus, les autres, plus rares, en formant au niveau du détroit supérieur une sorte de couvercle, assez résistant non seulement pour produire la rétroversion, mais encore pour en rendre la réduction impossible.

Le prolapsus utérin, les tumeurs fibreuses de la paroi postérieure de l'utérus, prédisposent à la rétroversion de l'utérus gravide.

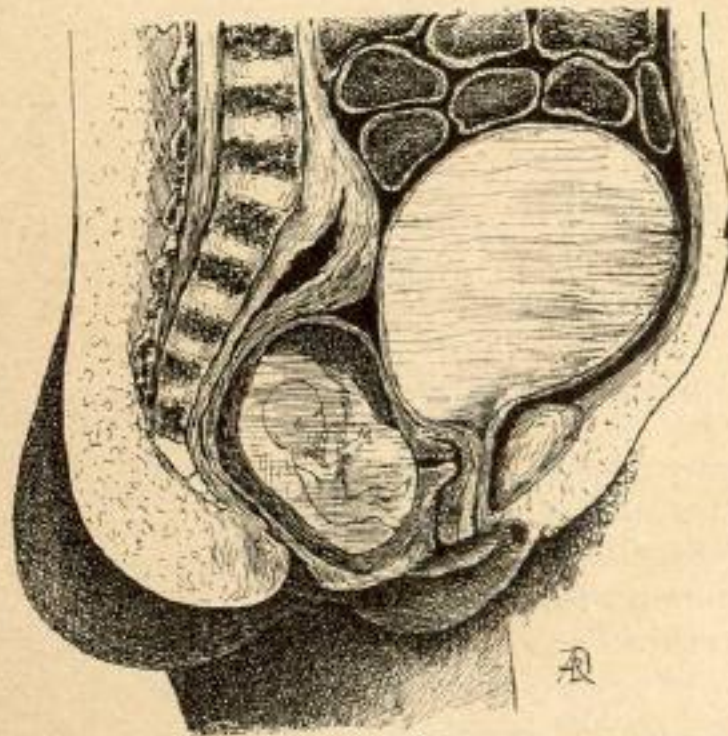


Fig. 553. — Schéma représentant la vessie distendue faisant saillie au niveau de la région hypogastrique et l'utérus à demi rétroversé.

Le col est déjà remonté derrière la symphyse pubienne près du cul-de-sac antérieur du vagin.

L'influence de la rétention d'urine sur la rétroversion de l'utérus gravide est manifeste : Jacquemier a montré que la vessie distendue par l'urine refoule le corps de l'utérus en arrière ; en même temps le col de l'utérus est entraîné en haut, derrière la symphyse pubienne. Chez quelques femmes ayant une rétroversion, il suffit de pratiquer le cathétérisme d'une manière régulière pendant quelques jours pour voir l'utérus se redresser et prendre une situation normale. Dans certains cas cependant la rétention d'urine

n'est pas la cause, mais l'effet de la rétroversion.

Ces différentes causes peuvent suffire à produire la rétroversion lente ; pour que la rétroversion à début brusque se montre, il faut qu'une autre cause intervienne (traumatisme, coup, chute, effort violent dû au vomissement, à la miction, à la défécation, effort pour porter une charge ou pour soulever un fardeau).

La rétroversion apparaît généralement du troisième au quatrième mois de la grossesse : elle est rare avant le troisième et après le cinquième, en raison du volume de l'utérus, trop petit dans le premier cas et trop gros dans le second.

Symptômes. — Ils sont variables suivant le degré de la rétroversion, suivant qu'elle débute lentement ou brusquement, suivant le volume de l'utérus.

A. Dans la forme lente, la femme accuse d'abord quelques douleurs dans le bas-ventre, des tiraillements dans les aines, dans les reins ; la marche

est douloureuse ainsi que la station debout prolongée. Bientôt surviennent des troubles de la miction et de la défécation, caractérisés d'abord par du ténésme, puis par une difficulté grande pour l'évacuation des réservoirs. De plus la femme éprouve presque constamment dans le petit bassin une sensation pénible de pesanteur qui n'est soulagée que par le décubitus horizontal.

B. Dans la forme à début brusque, cette période prodromique fait défaut : c'est tout d'un coup que la femme éprouve une douleur vive à l'hypogastre, qu'elle a la sensation d'un organe qui se déplace dans le bas-ventre en même temps qu'elle y perçoit parfois une sorte de craquement.

La rétention d'urine

est un symptôme important de la rétroversion lente ou brusque ; cette rétention est plus ou moins complète ; tantôt la femme urine par regorgement ; tantôt il y a incontinence d'urine par distension de la vessie. La miction est tantôt seulement pénible, difficile, parfois elle est complètement impossible. L'urine que contient la vessie est souvent rougeâtre, d'odeur forte, parfois elle est mélangée de sang. Presque toujours il existe une constipation plus ou moins opiniâtre.

En examinant l'abdomen d'une femme atteinte de rétroversion de l'utérus gravide, on constate

généralement la présence d'une tumeur faisant plus ou moins saillie au niveau de la région hypogastrique ; cette tumeur est située sur la ligne médiane ; elle est fluctuante, mate à la percussion et durcit parfois sous la main qui l'explore (Tarnier). C'est la vessie distendue par l'urine ; on peut s'en rendre compte par le cathétérisme, qui présente parfois quelques difficultés.

Au toucher, on trouve dans l'excavation une tumeur plus ou moins volumineuse, lisse, rénitente ; c'est l'utérus gravide, dont on atteint avec le doigt la face postérieure ; quelquefois on sent le fond de l'organe qui est situé dans la concavité du sacrum et qui peut descendre jusque sur le plancher périnéal. Le col est difficilement accessible ; il est caché derrière la symphyse pubienne ; lorsque la rétroversion s'accompagne de rétroflexion, le col est généralement facile à atteindre ; dans le cas contraire, on peut être obligé d'avoir recours au toucher manuel sous le chloroforme pour arriver

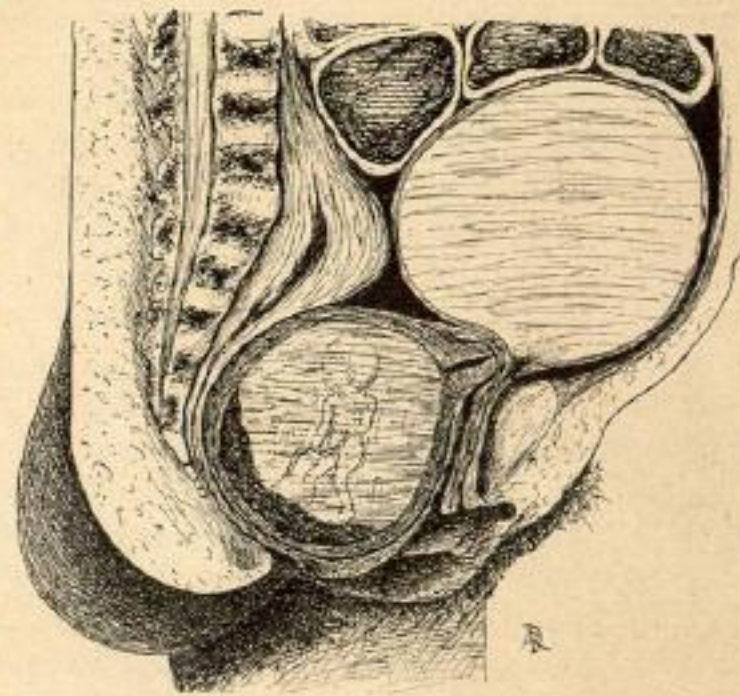


Fig. 554. — La rétroversion de l'utérus est plus accentuée que sur la figure 553.

Le col est difficilement accessible, à hauteur du bord supérieur de la symphyse.

avec le doigt sur le col. Le palper et le toucher combinés facilitent l'exploration de la tumeur constituée par l'utérus gravide et permettent d'en constater l'augmentation de volume, la consistance, etc. Par le toucher rectal on peut explorer la tumeur utérine sur une certaine étendue et reconnaître la hauteur à laquelle se trouve le fond de l'utérus.

L'auscultation, pratiquée au niveau de la région hypogastrique, ne fournit presque jamais de renseignement utile; elle permet parfois d'entendre le souffle utérin, qui peut être également perçu en auscultant par le vagin à l'aide d'un métroscope.

La rétroversion se réduit parfois spontanément: l'utérus une fois redressé, continue à se développer comme dans une grossesse normale. Le même résultat peut encore être obtenu lorsqu'on intervient à temps et qu'on peut maintenir l'utérus réduit. — Parfois la réduction n'a pas lieu et l'utérus augmente de volume par suite d'une extension particulière de sa face antérieure. Une partie de l'utérus rétroversé reste dans l'excavation (rétroversion partielle) et le développement de l'organe se fait aux dépens de sa paroi antérieure. La grossesse peut aller jusqu'à terme; dans d'autres cas elle se termine par un avortement ou un accouchement prématuré.

Lorsque la rétroversion n'a pas été diagnostiquée et lorsque la réduction n'a été faite ni spontanément ni artificiellement, l'utérus s'enclave, ce qui donne lieu à des *phénomènes de compression* qui peuvent être très graves. On observe de l'œdème de la vulve, des membres inférieurs et même un œdème généralisé; dans des cas rares la femme fait des efforts d'expulsion et il se produit une rupture du vagin et du périnée; le fond de l'utérus vient faire saillie au dehors (Mayor de Lausanne). — La paroi utérine peut se sphacéler et le fœtus peut être expulsé à travers la paroi rectale; une péritonite, ayant pour point de départ les plaques de sphacèle, emporte la malade.

C'est surtout du côté de l'appareil urinaire que les accidents sont les plus nombreux et plus variés. Tantôt la cystite est légère; tantôt elle est intense, *gangreneuse*: l'urine est extrêmement fétide, sanieuse, et contient des débris membraneux. Parfois la muqueuse vésicale gangrenée se détache en entier; dans quelques cas, même, toute la paroi vésicale s'est sphacélée, donnant lieu à l'une des variétés de ruptures vésicales qui se produisent d'autres manières dans la rétroversion. Parfois c'est à la suite d'un traumatisme ou d'un cathétérisme maladroit que la paroi vésicale malade se rompt; tantôt c'est à la suite d'une infiltration d'urine qui dissocie peu à peu les différentes couches du réservoir urinaire.

Les désordres du côté de l'appareil urinaire amènent des troubles généraux plus ou moins graves; les douleurs sont vives; les frissons et la fièvre surviennent; la malade tombe dans une adynamie profonde; si l'avortement ne se produit pas, la femme ne tarde pas à succomber d'urémie ou d'infection urinaire. Dans le cas de rupture vésicale, la femme peut échapper à la mort grâce aux adhérences qui existent entre la vessie et les organes voisins. Lors même que la malade guérit, elle conserve des troubles plus ou moins graves de cystite et même des lésions rénales (pyonéphrose, pyélite, etc.) consécutives aux lésions vésicales.

La grossesse est souvent compromise par la rétroversion; l'avortement survient soit par le seul fait de la rétroversion, soit après la mort du fœtus; quelquefois il se produit à la suite des manœuvres ayant pour but de réduire l'utérus rétroversé; il aurait lieu dans plus du tiers des cas d'après une statistique de Charles (47 fois sur 128).

Pronostic. — C'est dire que le pronostic est sérieux pour le fœtus: il l'est aussi pour la mère, surtout lorsque la rétroversion n'est pas diagnostiquée de bonne heure et convenablement traitée. La rétroversion à début brusque comporte un pronostic plus grave que la rétroversion qui s'établit lentement; les dangers de compression sont plus grands lorsque la grossesse est déjà assez avancée et l'utérus volumineux.

Diagnostic. — Le diagnostic présente des difficultés variables suivant les cas: tantôt il est des plus simples, s'il s'agit d'une femme dont la grossesse a d'abord évolué normalement et chez laquelle les accidents dus à la rétroversion se développent peu à peu. Lorsque les différents moyens d'exploration sont mis en usage, il est généralement facile de reconnaître que la tumeur qui occupe le cul-de-sac postérieur est l'utérus. Parfois cependant on est embarrassé lorsque les différents symptômes de la grossesse ne sont pas manifestes; l'utérus peut être en effet simplement augmenté de volume et entraîné en arrière par des tumeurs fibreuses; ces tumeurs s'accompagnent généralement d'hémorragies et ne déterminent pas du côté des organes génitaux le ramollissement causé par la grossesse.

Les difficultés du diagnostic augmentent encore lorsque la rétroversion se produit dans un utérus qui est à la fois gravide et fibromateux. C'est en se basant sur les différents caractères de la tumeur, sur les renseignements fournis par la malade qu'on arrive au diagnostic.

On peut confondre l'utérus rétroversé avec toutes les tumeurs qui viennent occuper le cul-de-sac postérieur, fibromes pédiculés, kystes de l'ovaire, hématocele rétro-utérine, etc.; c'est toujours en cherchant à délimiter l'utérus qu'on arrive à le distinguer d'une tumeur de voisinage.

Lorsque le col est en effet élevé derrière la symphyse pubienne, l'utérus doit être accessible par le palper ou par le toucher.

C'est en cherchant à déterminer la situation de l'utérus qu'on arrive à résoudre le diagnostic le plus difficile: celui de la rétroversion de l'utérus gravide avec la grossesse extra-utérine dans laquelle le kyste fœtal vient faire saillie dans le cul-de-sac postérieur. Suppression des règles, signes fonctionnels de la grossesse, douleurs abdominales, troubles de la miction et de la défécation, etc.: autant de symptômes communs. Il n'est pas jusqu'à la rétroversion à début brusque qui ne puisse être confondue avec un kyste fœtal venant de se rompre. Le diagnostic présente alors des difficultés grandes: lorsque la femme souffre beaucoup, l'anesthésie chloroformique devient nécessaire pour délimiter l'utérus, qui, dans ces cas de grossesse extra-utérine, est presque toujours refoulé en avant et par conséquent accessible à la main qui palpe.

Traitement. — Le traitement varie suivant le degré de la rétroversion et surtout suivant l'intensité des accidents. Lorsque la rétroversion est peu

marquée, il suffit de veiller à la vacuité de la vessie et du rectum. S'il y a rétention d'urine, on pratique le cathétérisme avec toutes les précautions aseptiques d'usage : cette évacuation régulière de la vessie suffit parfois à faire disparaître la rétroversion. On peut éprouver quelques difficultés à sonder la femme : il est alors nécessaire de se servir de sondes molles pour pénétrer plus facilement dans la vessie. On lutte contre la constipation au moyen de lavements administrés avec une canule un peu longue, et au besoin avec les laxatifs et même les purgatifs.

Lorsque la rétroversion ne se réduit pas spontanément, il faut intervenir et tenter la réduction artificielle à l'aide d'une des trois méthodes suivantes dont la première est de beaucoup préférable.

a. *Réduction manuelle.* — Elle est pratiquée par le vagin, par le rectum ou par les deux voies à la fois.

Le procédé le plus usuel consiste à faire mettre la femme dans la situation obstétricale, et à introduire deux ou trois doigts ou mieux toute la main dans le vagin; on presse sur la face postérieure de l'utérus et on le repousse lentement en haut et en avant, en ayant soin de le diriger suivant l'un des diamètres obliques du bassin, de manière à éviter la saillie du promontoire. Il est utile, pour peu que la réduction semble présenter quelques difficultés, de soumettre la femme à l'anesthésie chloroformique.

Lorsqu'on opère par le rectum, on essaie de faire basculer l'utérus avec un ou deux doigts; Amussat conseille, après avoir introduit deux doigts dans le rectum, de mettre le pouce dans le vagin, pour déprimer fortement le périnée et faire pénétrer la main plus profondément.

La méthode qui consiste à agir à la fois par le rectum et par le vagin n'est guère usitée.

La position qu'on fait prendre à la femme n'est pas sans importance : sans parler de la situation obstétricale qui est habituellement employée, certains opérateurs ont conseillé de faire mettre la femme dans le décubitus dorsal ou latéral; d'autres, de la faire mettre sur les genoux et sur les coudes (Hunter).

b. *Réduction par la position genu-pectorale.* — Quelques accoucheurs sont ainsi parvenus à réduire un utérus rétroversé en faisant mettre la femme dans la situation genu-pectorale (Solger, Mundé, Campbell, etc.) : la malade est à genoux sur le bord du lit, la partie antérieure et supérieure de la poitrine est à hauteur des jambes; on introduit dans le vagin un spéculum de Sims; l'air pénètre dans la cavité vaginale; l'utérus est entraîné en bas et se réduit. Si cette méthode ne suffit pas, on profite de la situation de la femme pour tenter la réduction manuelle.

c. *Réduction instrumentale.* — Cette méthode de réduction est peu employée, parce que l'instrument le plus sûr est la main : elle consiste à introduire par le rectum ou le vagin une tige plus ou moins rigide, suffisamment garnie pour ne pas blesser les parties molles. C'est ainsi qu'on a employé une sorte de baguette de tambour rembourrée d'ouate à son extrémité (Évrat), une branche de forceps enveloppée de linge, etc. Ces moyens de réduction sont complètement abandonnés.

On se sert des sacs en caoutchouc, ballons à air, pessaires de Gariel, ballon de Champetier de Ribes, etc., qu'on remplit d'air ou d'eau et qu'on introduit dans le rectum. C'est là un procédé de réduction qui agit lentement.

Lorsque l'utérus est réduit, quelles sont les précautions à prendre? Faut-il maintenir l'utérus en bonne position à l'aide d'un pessaire (Baudelocque)? Tarnier n'est pas très partisan de ce moyen, craignant que la présence de ce corps étranger n'éveille prématurément la contraction utérine.

Lorsque la réduction est facilement obtenue, on se contente de surveiller la femme, en lui recommandant d'éviter tout effort; si, au contraire, la rétroversion est difficile à réduire, il est prudent de soutenir pendant quelques jours l'utérus avec un gros tampon ou avec un petit ballon pour l'empêcher de basculer de nouveau en arrière. Un ballon de Petersen introduit dans le rectum serait peut-être utile et moins dangereux qu'un tampon vaginal.

Avortement provoqué. — Lorsque la rétroversion est impossible à réduire, soit par suite du volume trop considérable de l'utérus, soit en raison des adhérences qui fixent l'utérus dans cette situation anormale, il faut provoquer l'avortement. Lorsque le col est accessible, cette opération n'est pas difficile; dans le cas contraire, on peut être obligé de pratiquer la ponction de l'utérus par le vagin ou par le rectum. Cette évacuation du liquide amniotique diminue les phénomènes de compression; elle est généralement suivie de l'apparition des contractions utérines et de l'avortement.

ANTÉVERSION

L'inclinaison de la matrice en avant est assez fréquente au cours de la grossesse; toutefois ce déplacement en avant peut être trop accusé et rentrer dans le cadre de la pathologie de la grossesse. L'antéversion peut être marquée dans les premiers mois de la grossesse ou au contraire à la fin de la gestation.

A. *Antéversion des premiers mois.* — Elle est fréquente, mais ne donne le plus souvent lieu qu'à des symptômes légers. L'antéversion présente trois degrés : suivant que le fond de l'utérus est plus élevé que la symphyse pubienne; suivant qu'il atteint la face postérieure de la symphyse pubienne, ou suivant qu'il se cache derrière elle (Hüter) : dans ce dernier cas, il peut y avoir incarceration de l'utérus.

Bon nombre de causes d'antéversion de l'utérus sont les mêmes que celles de la rétroversion : bassin agrandi suivant le diamètre antéro-postérieur, tumeurs au voisinage de l'utérus, ascite, adhérences fixant l'utérus, etc. Il faut y ajouter l'antéversion de l'utérus préexistant à la grossesse, le prolapsus de la paroi antérieure du vagin et la cystocèle.

L'antéversion, comme la rétroversion, se produit lentement ou brusquement, donnant lieu à des symptômes différents, suivant l'un ou l'autre cas. Dans la forme lente, la femme éprouve seulement quelques douleurs vagues et une sensation de pesanteur dans le bas-ventre avec besoins fréquents d'uriner. Les phénomènes douloureux, le ténesme vésical sont plus accusés

dans l'antéversion à début brusque; les symptômes graves, douleurs constantes, vomissements, prostration des forces, n'apparaissent que dans le cas où l'utérus est incarcerated derrière la symphyse pubienne.

Le palper abdominal montre que l'utérus ne fait pas saillie au-dessus du détroit supérieur, alors qu'il devrait le dépasser en raison de l'âge de la grossesse; au toucher, on sent le corps de l'utérus plus ou moins incliné en avant avec un col dirigé en arrière et qui n'est facilement accessible que lorsque l'antéversion s'accompagne d'antéflexion. A l'aide du toucher et du palper combinés, on apprécie nettement le volume de l'utérus et son degré de réductibilité.

Les troubles de la miction sont extrêmement variables: tantôt il y a de la cystite; tantôt il y a de la rétention d'urine.

Le plus habituellement, les troubles fonctionnels liés à l'antéversion sont légers et disparaissent rapidement, l'utérus se redressant peu à peu spontanément. Quelquefois des hémorragies surviennent et s'accompagnent de l'expulsion du fœtus. Aussi doit-on « prescrire à toute femme enceinte atteinte d'antéversion, surtout s'il y a eu des fausses couches antérieures, d'éviter les fatigues, les efforts et de garder la situation horizontale pendant les premiers mois de la gestation » (Tarnier et Budin).

Il faut, comme dans la rétroversion, surveiller la déplétion régulière de la vessie et du rectum.

Si l'utérus s'enclave et s'il y a des phénomènes graves de compression, on pratiquera la réduction manuelle sous le chloroforme.

Lorsque la déviation est corrigée, on maintient la femme au lit dans la situation horizontale.

B. *Antéversion des derniers mois.* — Elle est fréquente chez les multipares en raison du relâchement de la paroi abdominale et de l'éventration causée par l'écartement des muscles grands droits. Elle peut encore être produite par les dimensions trop petites de la cavité abdominale qui ne permettent pas à l'utérus de s'y développer jusqu'à terme, comme on l'observe chez les femmes de petite taille, présentant de la lordose lombaire avec inclinaison exagérée du bassin en avant. Tantôt l'utérus est distendu soit par le défaut d'engagement de la partie fœtale dans un bassin rétréci, soit par une exagération de la quantité du liquide amniotique.

L'antéversion donne lieu à de la gêne, à des douleurs, à des tiraillements dans les reins lorsque la femme est debout; la marche est pénible, difficile; tous ces troubles disparaissent lorsque la femme est dans la situation horizontale ou lorsque son utérus est convenablement soutenu à l'aide d'une ceinture.

Pour bien se rendre compte du degré d'antéversion, il est utile de faire mettre la femme debout ou sur son séant. Tantôt l'abdomen, au lieu de présenter la forme globuleuse, est saillant; l'utérus pointe en avant (*ventre en obusier*); tantôt l'utérus est encore plus saillant et pend en avant (*ventre pendulus*). Enfin, dans un degré extrême, l'utérus a complètement basculé et vient s'appuyer sur la face antérieure des cuisses (*ventre en besace*).

Il est une variété d'*antéversion*, créée pour ainsi dire, que l'on observe

chez des femmes enceintes chez lesquelles une hystéropexie a été pratiquée avant la grossesse. Lepage a rapporté¹ l'observation d'une femme à terme chez laquelle l'antéversion était telle que le col était remonté au-dessus du plan du détroit supérieur; pour l'atteindre il fallait introduire la main dans le vagin. Cette situation anormale de l'utérus est due à la fixation de cet organe à la paroi abdominale.

Outre les troubles fonctionnels dont nous avons parlé, cette disposition de l'utérus gêne l'accommodation du fœtus: il est souvent utile, pendant les derniers temps de la grossesse, de faire porter aux femmes présentant cette antéversion une ceinture qui les soulage, en même temps qu'elle facilite l'engagement de la partie fœtale.

Cette déviation peut également ralentir le travail de l'accouchement, comme nous le verrons à propos de la dystocie due aux parties molles.

Relâchement des symphyses du bassin. — Nous avons vu (page 176) que, sous l'influence de la grossesse, il se produisait du côté des articulations du bassin, un certain ramollissement qui était plutôt un fait favorable au point de vue de l'accouchement, puisqu'il permet un écartement léger des os du bassin.

Quelquefois le ramollissement dépasse les limites physiologiques et produit le *relâchement pathologique* des symphyses, dont l'existence a été nettement démontrée en 1597 par Séverin Pineau.

Symptômes et diagnostic. — C'est généralement dans les deux derniers mois de la grossesse que surviennent les troubles causés par cet état: la femme accuse un sentiment de lassitude, de malaise, des douleurs qui siègent dans les reins, dans les aines et au niveau des symphyses sacro-iliaques et même au niveau de la symphyse pubienne.

Bientôt la marche devient pénible, difficile; la femme éprouve de très grandes difficultés pour monter les escaliers; à un degré plus accusé, la malade a conscience de la réalité, c'est-à-dire qu'il lui semble que les os du bassin s'écartent; elle marche en se balançant et en appuyant les mains sur la région lombaire; les douleurs dans les membres inférieurs sont plus ou moins accusées.

Dans certains cas la marche devient impossible, la malade est obligée de rester assise, parfois même la douleur causée par le moindre mouvement est telle que la femme préfère garder le lit.

La pression au niveau des articulations atteintes est douloureuse; quelquefois on détermine seulement de la douleur en cherchant à imprimer des mouvements à l'articulation. En pratiquant le toucher, on éveille de la sensibilité si l'on applique le doigt derrière la face postérieure de la symphyse; il existe parfois un certain écartement entre les deux branches horizontales du pubis. On engage alors la femme à fléchir alternativement l'une et l'autre cuisse sur le bassin: ces mouvements montrent que les deux pubis se déplacent l'un par rapport à l'autre.

Cette constatation est encore plus nette, lorsqu'elle est faite sur la femme

¹ TH. LEPAGE. Paris, 1895. Étude de quelques opérations de l'utérus et les annexes dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement.

debout et qu'en touchant avec deux doigts, on fait piétiner la femme sur place (Depaul, Budin). On reconnaît ainsi non seulement la mobilité, mais un certain degré d'écartement au niveau de la symphyse pubienne.

Le relâchement des symphyses s'accroît habituellement jusqu'au moment de l'accouchement; la santé générale reste bonne, à moins que cependant les douleurs ne soient trop accusées et n'empêchent les femmes de dormir.

Après l'accouchement, il suffit généralement que la femme reste un mois au lit pour que les troubles causés par le relâchement diminuent ou disparaissent; la marche ne tarde pas à redevenir normale. Dans certains cas, les symptômes fonctionnels persistent pendant plusieurs mois et peuvent réapparaître à une nouvelle grossesse.

Pathogénie. — Il n'est guère de cause qui n'ait été invoquée pour expliquer le relâchement des symphyses: on a tour à tour incriminé la santé générale des femmes, la primiparité et la multiparité, le jeune âge et l'âge avancé, etc. Il nous semble que c'est surtout chez les multipares à grossesses répétées et rapprochées qu'on voit survenir cette complication.

Traitement. — Pendant la grossesse, le traitement consiste surtout à fortifier les malades; si le relâchement est très accusé, il faut conseiller le repos à la chambre et même au lit. — Les préparations ferrugineuses, les sels de chaux sont indiqués. — Il est bon d'immobiliser tant bien que mal le bassin à l'aide d'une ceinture, d'un bandage de corps; c'est surtout après l'accouchement, lorsque la malade commence à se lever, que ces moyens de contention sont utiles; ils facilitent la marche et favorisent la consolidation du bassin.

On a eu recours aux appareils plâtrés, à des ceintures de cuir, à des ceintures de gymnastique, etc. Un appareil très utile est la ceinture de Martin, qui se compose d'un cercle métallique, très résistant, qui enserre le bassin en totalité; les deux extrémités de ce cercle en sont unies par une courroie qui s'attache à un anneau correspondant.

Inflammations des symphyses. — Elles étaient surtout observées autrefois chez les femmes accouchées et infectées; quelquefois cependant il peut se développer des lésions inflammatoires du côté des symphyses sacro-iliaques ou du côté de la symphyse pubienne. Le plus habituellement ces lésions sont précédées de relâchement au niveau des articulations.

CHAPITRE I

MALADIES DE L'ŒUF

Bien que les lésions qui frappent l'œuf puissent en atteindre à la fois les différentes parties constituantes, nous allons étudier séparément:

- 1° Les lésions de la caduque;
- 2° Les lésions du chorion et du placenta;
- 3° Les lésions de l'amnios;
- 4° Les variations pathologiques du liquide amniotique;
- 5° Les altérations du cordon;
- 6° Les maladies du fœtus. Nombre de points sont encore à élucider dans cette question si importante, puisque toute maladie de l'œuf ou du moins des membranes retentit plus ou moins sur le développement du fœtus.

I

MALADIES DE LA CADUQUE

Les lésions les plus caractérisées sont l'*atrophie*, l'*inflammation de la caduque* ou *endométrite*, puis une lésion particulière qui donne naissance à un écoulement liquide au cours de la grossesse, *hydropisie déciduale*.

Atrophie de la caduque. — Elle est rare et peut porter sur les différents points de la caduque; il va de soi que celle qui présente le plus de gravité pour le fœtus est l'atrophie de la caduque utéro-placentaire.

Endométrite. — On distingue deux variétés d'inflammation de la caduque au cours de la grossesse: *a. l'endométrite aiguë* et *b. l'endométrite chronique*.

a. L'endométrite aiguë n'est habituellement qu'une manifestation locale d'une maladie infectieuse générale et s'accompagne souvent d'expulsion de l'œuf. La forme hémorrhagique est fréquente. On l'a observée dans le choléra (Slavjanski), dans la variole.

b. L'endométrite chronique s'observe avec toutes les variétés anatomiques possibles, suivant que les lésions portent principalement sur tel ou tel élément de la caduque; elle est le plus souvent la suite d'une inflammation de la muqueuse utérine préexistante à la grossesse. Si elle est très marquée, elle peut nuire au développement du fœtus; dans les cas les plus habituels il y a seulement épaissement de la muqueuse. Lorsqu'il existe des lésions