

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 hémorragique 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

de la muqueuse, la séparation de la caduque se fait difficilement et ce peut être là une cause de rétention des membranes dans la délivrance à terme.

L'endométrite au cours de la grossesse peut amener l'expulsion prématurée (avortement ou accouchement prématuré).

Hydrorrhée. — L'hydrorrhée consiste dans l'écoulement hors des organes génitaux d'une certaine quantité de liquide provenant de l'utérus.

C'est cet écoulement que Guillemeau et Mauriceau décrivaient sous le nom de « fausses eaux » des femmes enceintes. Nægélé le premier l'a dénommé *hydrorrhée*.

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer la provenance du liquide qui s'écoule : les uns l'attribuaient à la rupture d'une hydatide; les autres à la déchirure des membranes d'un œuf jumeau ayant cessé de se développer (Gardien); enfin Boivin et Dugès pensaient que le liquide provenait de la rupture de l'allantoïde et proposaient le nom d'*hydrallante*. Toutes ces théories sont aujourd'hui abandonnées.

On admet que le liquide qui s'écoule ainsi pendant la grossesse provient tantôt de la *caduque*, tantôt de la *cavité amniotique* : d'où les deux variétés d'*hydrorrhée déciduale* et d'*hydrorrhée amniotique* que l'on décrit séparément.

A. *Hydrorrhée déciduale.* — C'est une rareté; elle apparaît généralement dans les derniers mois de la grossesse; on l'observe même dès les premiers mois et même dans les premières semaines de la grossesse; Tarnier donne le nom d'*hydropérionie* à cette variété d'hydrorrhée signalée par Mauriceau; cette appellation indique que la collection liquide siège dans la cavité virtuelle qui sépare les caduques utérine et réfléchie. — À partir du quatrième mois, la caduque utérine se dédoublerait comme au moment de la délivrance, et le liquide occuperait la cavité résultant de ce dédoublement (Tarnier).

La rareté des cas d'*hydrorrhée*, le petit nombre des autopsies expliquent pourquoi on est encore mal fixé sur la pathogénie de cet accident. — Un des faits les mieux observés est celui de Duclos, rapporté dans la thèse de Basset : il s'agit d'une fille, enceinte de six mois, qui vint consulter Duclos pour un écoulement jaunâtre qui se produisit tout d'un coup. Trois semaines après elle se suicida; à l'autopsie, Duclos trouva que les membranes étaient intactes, mais qu'il y avait « entre la face interne de l'utérus et les membranes, deux poches situées sur les parties latérales et à quelque distance l'une de l'autre. Elles étaient remplies d'un liquide transparent, d'un jaune citron.... C'était évidemment un décollement partiel des membranes et le liquide que l'on trouvait était une exhalation de la paroi interne de l'utérus.... On remarquait encore sur la surface interne de l'utérus une place de la largeur d'une soucoupe de 6 à 7 centimètres de diamètre. Les membranes n'adhéraient pas en ce point; il y avait une poche qui s'était affaissée, ne contenant plus qu'une légère couche de liquide semblable à celui des deux autres.... Les eaux qu'avait perdues cette femme avaient été certainement renfermées dans cette poche et c'est par le décollement qui en partait, se prolongeant jusqu'au col, qu'elles s'étaient échappées. » Le liquide hydrorrhéique s'était

donc accumulé entre la paroi utérine et les membranes, ainsi que l'ont indiqué Mauriceau et Nægélé.

Depaul expliquait l'hydrorrhée déciduale par la rupture de quelques capillaires qui laissaient suinter la sérosité du sang.

Aujourd'hui l'on tend à admettre, d'après les recherches d'Hegar, Schröder, Cohnstein, que la production du liquide hydrorrhéique est due à l'inflammation des glandes de la caduque, qu'elle résulte en un mot d'une endométrite séreuse (*endometris decidua catarrhalis*). C'est en raison de cette cause prédisposante que l'hydrorrhée serait plus fréquente chez les multipares que chez les primipares.

Symptômes. — L'hydrorrhée survient généralement sans prodromes; tout d'un coup, sans cause appréciable, la femme perd une certaine quantité de liquide par les organes génitaux; la quantité de liquide varie suivant les cas et surtout suivant l'âge de la grossesse. Au début les femmes perdent seulement une ou deux cuillerées de liquide; plus tard la quantité peut s'élever à 100, 200 et même à 400 grammes.

Ce liquide n'offre pas de caractères très nets; ce qui rend justement le diagnostic d'hydrorrhée difficile : il est généralement clair, d'odeur fade, un peu visqueux; il empêche fort peu le linge, mais forme des taches dont le bord est légèrement rosé. Ce liquide est albumineux et ne présente au microscope aucun caractère spécial.

L'écoulement hydrorrhéique peut ne pas se reproduire; rarement il existe un suintement persistant. Il est plus fréquent de voir le flot hydrorrhéique apparaître à intervalles plus ou moins éloignés jusqu'à une époque assez avancée de la grossesse; ces flots, suivant les cas, augmentent ou diminuent de quantité. Dans une observation de Tarnier (in *Thèse d'agrég.* de Stapfer, 1880) l'écoulement se montra du deuxième au cinquième mois de la grossesse, cessa pendant le sixième et le septième mois pour reparaitre pendant les derniers mois. Chez quelques femmes cet écoulement est précédé d'un sentiment de tension dans l'abdomen qui disparaît lorsque le liquide s'écoule. Généralement l'examen obstétrical ne révèle rien de particulier, sauf que le vagin est humide. Dans certains cas cependant l'expulsion du liquide est suivie de menace d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Diagnostic. — Le premier point à établir est de savoir si la femme est enceinte; on pourrait en effet prendre pour de l'hydrorrhée les écoulements qui proviennent de l'utérus — non gravide — mais augmenté de volume par le cancer, les tumeurs fibreuses, etc.

La grossesse reconnue, il faut différencier le liquide hydrorrhéique d'autres liquides qui s'écoulent par la vulve. L'urine — que les femmes enceintes perdent parfois involontairement — se reconnaît à son odeur et à ce que le linge ne présente pas de tache à liséré rosé.

Une erreur grossière consisterait à prendre pour de l'hydrorrhée le liquide d'une injection vaginale; il arrive en effet que chez les primipares à périnée résistant, le vagin fait cuvette : le liquide introduit par le lavage ne sort qu'incomplètement ou ne s'échappe que lorsque la femme se lève.

Les écoulements vaginaux se reconnaissent à leur consistance plus épaisse, à leur coloration blanchâtre ou verdâtre, et à l'état du vagin qui est un peu enflammé. Les liquides provenant d'une pollution nocturne ou d'une hyper-sécrétion des glandes vulvo-vaginales se reconnaissent en cherchant dans quelles circonstances ils sont projetés au dehors.

Lorsqu'on est sûr que le liquide vient de la cavité utérine, il faut encore savoir si ce liquide vient de l'intérieur ou de l'extérieur de l'œuf, si l'hydrorrhée est amniotique ou déciduale. Le diagnostic n'est pas sans difficultés; d'après Pinard, le liquide amniotique pourrait être facilement reconnu à ce qu'il renferme des débris de *vernix caseosa*.

Si l'écoulement est abondant d'emblée, s'il dépasse 500 grammes, il y a lieu de penser qu'il s'agit du liquide amniotique; il en est de même lorsque l'écoulement persiste par petites ondées quotidiennes ou lorsque l'accouchement se déclare peu de temps après l'apparition du premier flot, ou encore lorsque cet écoulement apparaît pendant les derniers temps de la grossesse. Les conditions inverses feront au contraire penser à l'existence d'une hydrorrhée déciduale.

Pronostic. — Le pronostic de l'hydrorrhée déciduale en elle-même est en général bénin pour la mère et l'enfant: la grossesse n'est pas compromise par elle. L'enfant naît vivant et bien portant à terme. Dans certains cas cependant le cours de la grossesse peut être interrompu, soit en raison d'une prédisposition de la femme à avorter ou à accoucher prématurément, soit parce que l'hydrorrhée est symptomatique d'une endométrite étendue qui nuit à la nutrition du fœtus.

Le pronostic est d'autant plus favorable que l'écoulement est unique, peu abondant, ou bien lorsque, malgré sa répétition, il diminue peu à peu de fréquence et d'intensité. Par contre, si les flots hydrorrhéiques se succèdent coup sur coup et sont abondants, si dans leur intervalle il persiste un suintement, si enfin la teinte du liquide devient de plus en plus foncée en se rapprochant des caractères habituels du sang, on peut affirmer que la caduque est très malade et l'on doit faire de grandes réserves au point de vue de l'avenir de la grossesse (Bonnaire).

Traitement. — Le traitement consiste à chercher à éviter l'expulsion prématurée de l'œuf en tenant la femme au repos au lit, même lorsque l'écoulement hydrorrhéique est peu abondant; s'il y a des contractions utérines, il faut avoir recours aux opiacés (lavements laudanisés ou injections de morphine, etc.). — L'iodure de potassium a paru donner dans certains cas de bons résultats.

B. Hydrorrhée amniotique¹. — Elle est plus fréquente que l'hydrorrhée déciduale: rare pendant les six premiers mois de la grossesse, elle survient surtout pendant les trois derniers mois.

Nous avons vu, à propos du diagnostic différentiel des deux variétés d'hydrorrhée, en quoi consistait l'hydrorrhée amniotique: elle est caractérisée par ce fait que l'écoulement est continu, qu'il présente parfois des petits jets

¹ C'est pour ne point scinder l'histoire de l'hydrorrhée que nous plaçons ici l'étude de l'hydrorrhée amniotique.

successifs et que le liquide amniotique peut être dans certains cas reconnu parce qu'il contient des débris de l'enduit sébacé du fœtus.

Pathogénie. — Plusieurs théories ont été émises pour expliquer la production de l'hydrorrhée amniotique.

a. Baudelocque pensait que le liquide s'écoulait par transsudation à travers « les pores de l'amnios et du chorion ». Stapfer a fait remarquer que cette transsudation, qui existe au moment du travail, ne se produit pas pendant la grossesse. Pinard a observé en 1894 un cas dans lequel l'amnios n'existait pour ainsi dire pas et où le liquide amniotique s'écoulait d'une manière intermittente probablement par filtration à travers le chorion.

b. L'hydrorrhée proviendrait de la rupture du chorion dans une poche amnio-choriale (Puzos, Hildebrandt); le liquide s'accumulerait dans cette poche soit par filtration, soit en passant à travers une fissure de l'amnios.

c. Presque toujours l'hydrorrhée provient de la rupture simultanée des deux membranes de l'œuf (chorion et amnios). Cette rupture se fait au voisinage du col; d'abord petite, elle s'agrandit au moment du passage de l'enfant et se confond avec la solution de continuité qui se produit sur la poche des eaux. — Dans certains cas la déchirure se fait en un point assez élevé de l'œuf et peut être retrouvée sur les membranes après la délivrance; ce fait signalé par Mauriceau, Mme Lachapelle, Capuron, etc., a été contrôlé par Bouchacourt, Cazeaux, Tarnier, qui ont recueilli des membranes sur lesquelles on trouvait une ou plusieurs ouvertures plus ou moins grandes (fig. 555).

Pronostic. — Il est plus sérieux que celui de l'hydrorrhée déciduale.

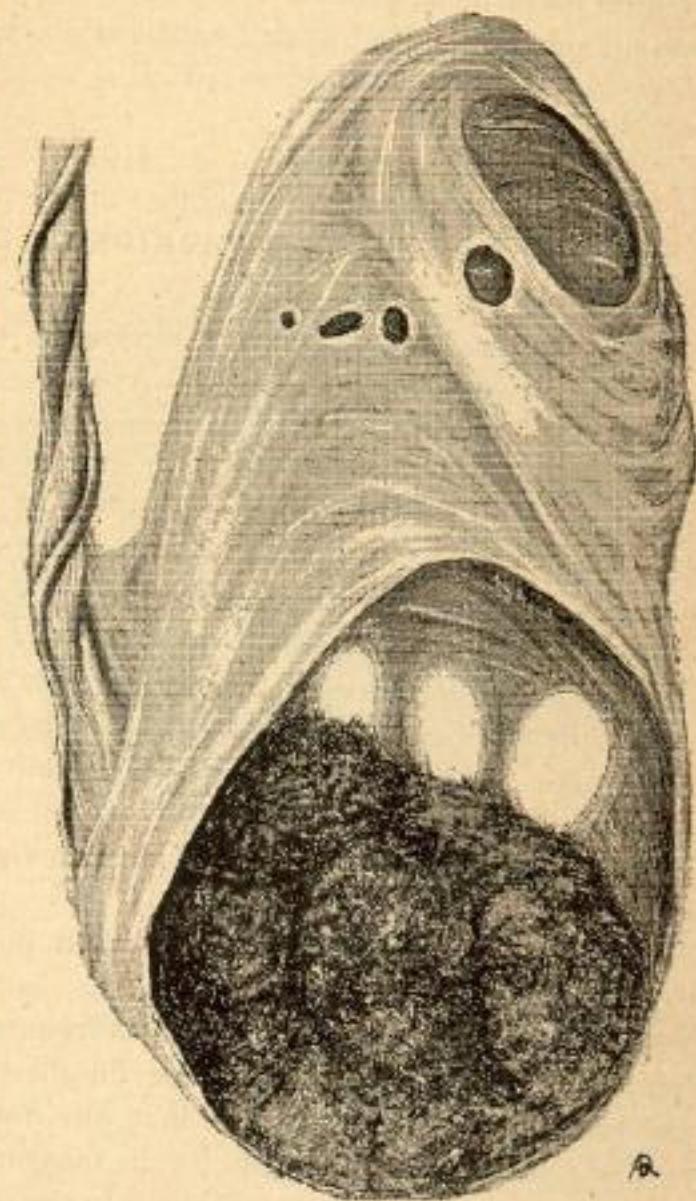


Fig. 555. — Délivrance d'une femme ayant eu de l'hydrorrhée pendant sa grossesse (recueilli par Ribemont-Dessaignes à la Maternité).

A la partie inférieure de la figure se trouve le gâteau placentaire, immédiatement au-dessus, trois trous de dimensions inégales siégeant sur les membranes. On voit encore d'autres solutions de continuité à la partie supérieure de la figure. Le cordon est dessiné à gauche.

puisque l'issue du liquide amniotique est suivie très fréquemment au bout de quelques jours de l'expulsion du produit de conception.

Le pronostic pour le fœtus varie suivant l'époque de la grossesse, à laquelle survient l'accident et suivant le degré de développement du fœtus.

Le traitement consiste à tenir la femme, sinon au lit, du moins au repos complet; on tâche de prolonger la grossesse en calmant les contractions utérines à l'aide du laudanum, de l'opium et du chloral.

II

MALADIES DU CHORION ET DU PLACENTA

Lorsqu'on examine la masse placentaire, on peut constater différentes lésions dont quelques-unes ont une réelle importance, dont les autres ne semblent guère influencer sur le développement du fœtus. — Cette étude des lésions placentaires est d'ailleurs loin d'être complète; nous décrirons seulement ici les *kystes*, les *tumeurs solides*, la *dégénérescence calcaire*, les *lésions placentaires causées par l'albuminurie*, les *lésions dues à la syphilis*, le *décollement prématuré du placenta inséré normalement*. L'insertion du placenta sur le segment inférieur pouvant causer différents troubles pendant la grossesse et en particulier des hémorrhagies, doit être ici décrite; n'en parler qu'au chapitre de la dystocie non osseuse pourrait faire croire que c'est seulement au cours du travail que cette insertion donne lieu à des accidents, alors qu'en réalité la grossesse en est souvent troublée ou même compromise. Enfin nous terminerons par la description de la *môle hydatiforme*.

Kystes. — Les kystes du placenta sont de deux sortes, les uns séreux, les autres hématiques.

A. *Kystes séreux.* — Ils ne sont pas fréquents et ont été ainsi décrits par Robin en 1861: « A la face fœtale du placenta il n'est pas rare de rencontrer des kystes du volume de la moitié d'un œuf de pigeon dont le contenu est une substance analogue à celle du cordon, substance qui existe entre le chorion et l'amnios. La paroi de ces kystes est formée de tissu lamineux ou fibreux à faisceaux plus ou moins serrés. La paroi est souvent tapissée de mamelons blanchâtres, pédiculés, parfois composés de trame fibreuse accompagnée de matière amorphe. Le contenu est transparent, gélatiniforme, opalin, de consistance muqueuse, fréquemment filant; il est homogène et sans trace d'éléments anatomiques. »

B. *Les kystes hématiques* sont plus communs: ils siègent sur la face fœtale du placenta. Leur nombre est variable: tantôt on ne trouve qu'un ou deux kystes plus ou moins rapprochés de l'insertion du cordon sur le placenta; d'autres fois on trouve 5 à 10 kystes de dimensions variables, semés à la surface du placenta.

L'amnios recouvre ces kystes, mais s'en détache facilement. Leur aspect diffère suivant leur contenu: le liquide qui s'écoule lorsqu'on incise le kyste

est habituellement de couleur citrine, parfois un peu lactescent; il contient des globules de sang et renferme une notable quantité d'albumine. Lorsque ce liquide est écoulé, le fond du kyste est recouvert par une substance blanchâtre ou jaunâtre d'épaisseur variable et qui est constituée par de la fibrine stratifiée. Ce dépôt de fibrine repose directement sur le tissu placentaire.

Ces kystes sont la conséquence d'un épanchement sanguin qui se produit sous le chorion: la partie liquide du kyste résulte de la présence du sang qui s'épanche immédiatement, ou bien de l'afflux du sang qui se produit secondairement. On n'a pas noté de rupture des vaisseaux qui avoisinent les kystes.

Tumeurs du placenta. — Les véritables tumeurs du placenta sont exceptionnelles; il est évident qu'on a décrit sous le nom de tumeurs du placenta un certain nombre de lésions placentaires liées à l'albuminurie; lorsque l'épanchement sanguin est considérable, lors-

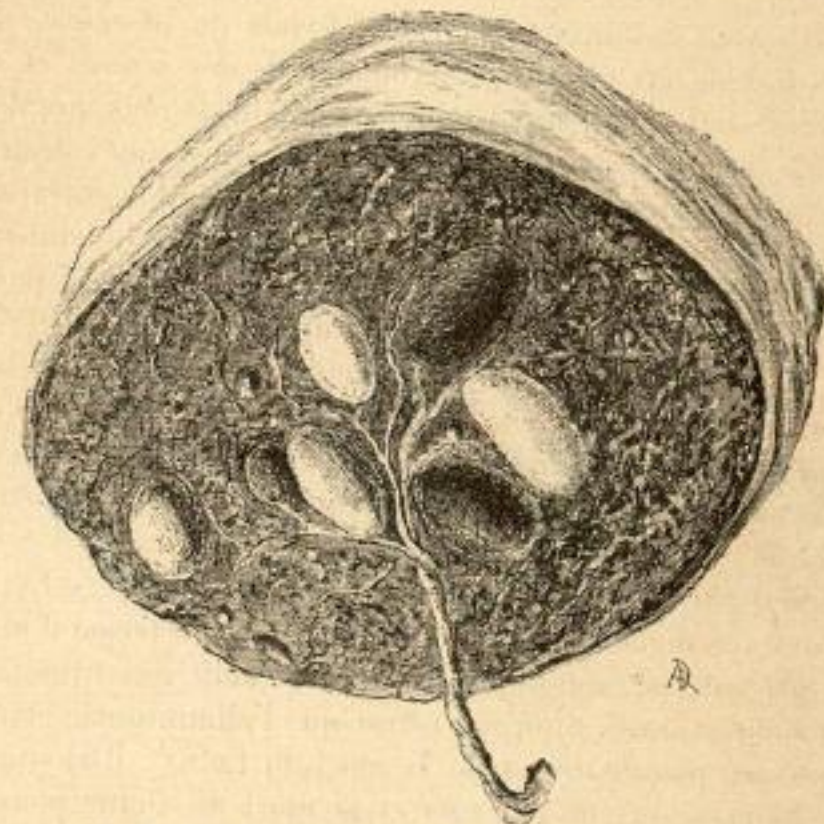


Fig. 556. — Kystes multiples de la face fœtale du placenta. L'amnios a été décollé et enlevé pour que ces kystes soient plus visibles.

qu'il se fait en masse, il peut subir dans son aspect des modifications assez importantes pour faire croire à tort à l'existence d'une tumeur.

Cependant on a signalé des myxomes fibreux, des adénomes (Klotz), des sarcomes (Hyrtl) siégeant dans le placenta; ce sont des faits rares. E. Blanc¹ a décrit une tumeur du placenta formée par la prolifération des éléments de la caduque et qu'il appelle *déciduo-sarcome*, rapprochant ces faits de ceux de Chiari et de Sänger.

Il ne faut pas prendre pour une tumeur du placenta les fibro-myomes qui sont expulsés hors de l'utérus pendant les jours qui suivent l'accouchement (Hüter).

Dégénérescence calcaire du placenta. — Le placenta présente parfois du côté de sa face utérine une altération qu'on désigne sous le nom de *dégénérescence calcaire*, d'ossification du placenta.

¹ Soc. obst. et gynec., déc. 1891.