

tent de reconnaître la brièveté du cordon, sont très obscurs. On a indiqué la progression de la tête à chaque contraction et son ascension pendant le relâchement; mais à moins qu'au moment de la contraction on ne constate la dépression du fond utérin en cul-de-lampe ce signe n'a pas grande valeur.

Parfois en pratiquant le toucher on peut trouver des circulaires autour du cou de l'enfant.

Dès que l'enfant a opéré sa sortie partielle, la main ou tout au moins deux doigts peuvent remonter le long du plan ventral et s'assurer de l'état de tension de la tige funiculaire.

**Conduite à tenir.** — Quand la tête n'est pas dégagée et qu'on trouve des circulaires autour du cou, il faut essayer de les dégager : cela est souvent difficile. Le mieux est de prendre deux pincés, et de sectionner le cordon entre leurs deux prises; on peut remplacer les pincés par des ligatures.

On pratiquera une manœuvre analogue — section entre deux pincés — lorsque l'on constatera une brièveté du cordon, absolue ou relative, s'opposant à l'expulsion du fœtus, *et on terminera rapidement l'accouchement*, car l'enfant séparé de sa mère vit de sa vie propre et pourrait périr asphyxié.

## LIVRE VI

### COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT

#### ET DE LA DÉLIVRANCE

Des accidents peuvent survenir, qui modifient le pronostic de l'accouchement; ils surviennent soit pendant la période d'expulsion du fœtus, soit pendant l'expulsion des annexes. Ces accidents peuvent dépendre soit des organes maternels — soit du fœtus — soit des annexes; ils ont tous pour résultat de compromettre la vie de la mère ou de l'enfant et de nécessiter une intervention rapide et efficace.

#### PREMIÈRE SECTION

#### COMPLICATIONS MATERNELLES

#### RUPTURES ET DÉCHIRURES DES ORGANES MATERNELS

##### I. — RUPTURES DE L'UTÉRUS

L'utérus peut se rompre soit pendant la *grossesse* soit pendant *l'accouchement*.

A. *Les ruptures de la grossesse* sont extrêmement rares; elles surviennent parfois à la suite d'un traumatisme (l'utérus devenant accessible par la paroi abdominale à partir du quatrième mois), ou spontanément sous l'influence d'altérations pathologiques qui amènent l'amincissement ou la



friabilité des parois (cancer corps fibreux, anciennes cicatrices de section).

*B. Les ruptures de l'accouchement* peuvent porter sur le col ou sur le corps.

*Les ruptures du col* consistent en général en déchirures de l'orifice externe peu importantes; elles ne deviennent plus graves que lorsqu'elles s'étendent jusqu'à l'orifice interne à cause de l'hémorragie.

Le traitement consiste dans le pincement des lèvres de la plaie ou mieux dans le placement d'un ou deux points de suture.

*Les ruptures du corps* sont les plus importantes, celles dont on entend surtout parler quand on cite les ruptures de l'utérus.

Elles sont assez rares.

Cette déchirure est traumatique ou spontanée. Les ruptures traumatiques sont surtout dues à des manœuvres obstétricales et en particulier à la version tentée dans un utérus rétracté; on l'a vue survenir à la suite de la céphalotripsie, de l'application de forceps.

Les ruptures spontanées sont les plus fréquentes; elles résultent d'une disproportion entre la puissance expultrice et la résistance utérine.

Tantôt c'est la paroi utérine qui présente un lieu de moindre résistance, cicatrice (opération ancienne), corps fibreux, cancer; — distension partielle exagérée dans les grossesses gemellaires ou l'hydramnios, dans l'utérus bicorne.

Tantôt la paroi utérine a sa vigueur normale, mais la résistance à vaincre est augmentée: rétrécissement du bassin, obliquité utérine, enclavement du fœtus; ajouter comme cause déterminante l'administration intempestive du seigle ergoté.

**Anatomie pathologique.** — La rupture siège au niveau du *locus minoris resistentiæ* si l'organe est malade; si l'organe est sain, c'est surtout en arrière et en bas, au niveau du segment inférieur.

La rupture est plus ou moins simple et grande; ordinairement les trois tuniques sont intéressées; parfois le péritoine reste intact. La déchirure peut s'étendre aux organes voisins, vagin, rectum, vessie.

Le fœtus passe en totalité ou en partie dans la cavité abdominale; lorsqu'il y a intégrité du péritoine il peut rester dans l'utérus. Il se fait en même temps un épanchement sanguin d'abondance variable.

**Symptômes.** — Ils se manifestent brusquement. La femme est prise d'une douleur suraiguë, d'une sensation de déchirure souvent accompagnée d'un bruit sourd, et elle a la sensation du corps de l'enfant qui se déplace. Puis les contractions cessent, le ventre s'affaisse; l'utérus est très douloureux, on sent le fœtus, et l'on peut percevoir ses mouvements.

**Symptômes.** — Ils se manifestent brusquement. La femme est prise d'une douleur suraiguë, d'une sensation de déchirure souvent accompagnée d'un bruit sourd, et elle a la sensation du corps de l'enfant qui se déplace. Puis les contractions cessent, le ventre s'affaisse; l'utérus est très douloureux, on sent le fœtus, et l'on peut percevoir ses mouvements.

Le ventre qui s'était d'abord affaissé, se ballonne; un écoulement sanguinolent ou sanglant se fait par la vulve; au toucher la partie fœtale qui se présentait a disparu: on peut arriver parfois jusque sur la déchirure.

En même temps apparaissent les signes d'une hémorragie interne, lipothymie, syncope, nausées, vomissements, dyspnée — stertor — mort.

**Pronostic.** — Il dépend de l'intervention; laissée à elle-même, la rupture utérine est fatale pour l'enfant et la mère.

**Conduite à tenir.** — En présence d'une rupture utérine, il est interdit de se borner à l'expectation.

Deux conduites ont été proposées.

*A. L'extraction par la voie abdominale.*

*B. L'extraction par les voies naturelles.*

*A. Extraction par la voie abdominale.* — C'est le procédé de choix, celui qui actuellement sauvegarde le mieux l'intérêt de l'enfant, et surtout celui de la mère, permettant de traiter la plaie utérine et la plaie péritonéale (toilette du péritoine).

Cette laparotomie doit être aussi précoce que possible: c'est là une condition primordiale de succès complet.

*B. Extraction par les voies naturelles.* — Ce procédé jusqu'ici le plus employé, doit céder le pas au premier dans



l'immense majorité des circonstances : il n'est guère admissible que dans le cas où l'enfant serait resté dans la cavité utérine.

## II. — RUPTURES DU VAGIN

Elles accompagnent assez souvent les ruptures utérines. Lorsqu'elles se produisent à la partie *moyenne* ou *inférieure* du vagin on ne s'en aperçoit qu'après l'accouchement.

Lorsqu'elles siègent à la partie *supérieure*, elles sont souvent spontanées; transversales, d'étendue variable, elles peuvent parfois permettre le passage de l'enfant dans la cavité abdominale.

**Conduite à tenir.** — Les déchirures seront réparées séance tenante par suture en surjet de catgut à deux étages.

S'il y a une vaste rupture et passage de l'enfant, on tentera, mais sans obstination, d'extraire ce dernier par les voies naturelles, sinon on fera la laparotomie. Toilette du péritoine et du vagin, suture de tout ce qui sera possible; tamponnement iodoformé.

## III. — DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

Le conduit vagino-périnéal peut être déchiré pendant l'accouchement, que celui-ci se soit terminé naturellement ou qu'il y ait eu intervention instrumentale.

**Etiologie.** — Le *volume exagéré* de la tête, rare; on a même montré que les déchirures sont plus fréquentes quand les dimensions céphaliques sont plus petites que la normale (à cause de la rapidité d'expulsion); — un défaut de rotation de la tête; — la présentation du front, de la face : dans ces cas les grands diamètres céphaliques s'opposent aux petits diamètres du défilé inférieur; — déchirure au passage des épaules. Cette dernière variété doit être retenue. Couramment on n'envisage la déchirure qu'en rapport avec le passage de la tête. Or, assez souvent la tête passe sans causer de dégâts et c'est à la sortie des épaules que le périnée craque. Parfois il est vrai la tête

avait déterminé une lésion vaginale, qui ne s'est étendue au périnée que sous la pesée des épaules.

Le plus souvent, la déchirure dépend de ce que l'accommodation du conduit vagino-périnéal au volume de la partie fœtale ne s'est pas faite, l'élasticité n'ayant pas eu le temps d'être mise en jeu, comme lorsque l'accouchement est trop rapide; d'où la nécessité de ralentir la sortie de la présentation.

Il se peut que cette élasticité vagino-périnéale manque, soit naturellement (vice de conformation, état spécial de rigidité), soit par altération pathologique (cicatrices).

Dans l'accouchement artificiel, les ruptures tiennent ordinairement au défaut d'accommodation dû à ce que l'on précipite la sortie de la partie fœtale. Elles sont quelquefois causées par la pression du forceps, du basiotribe.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions peuvent n'intéresser que l'anneau vulvaire: ce sont alors de simples fissures ou éraillures qu'on trouve souvent après les accouchements laborieux. Ces éraillures ne méritent point le nom de *déchirures*.

Les déchirures dues à l'expulsion siègent très rarement juste sur la *ligne médiane*: lorsqu'elles portent sur le raphé, elles sont produites par des instruments. Elles sont ordinairement ou *postéro-latérales*, cas le plus fréquent, ou *antéro-latérales*.

La lésion est unique ou multiple; dans le cas de déchirures multiples, celles-ci peuvent être indépendantes ou bien se rejoindre.

Les déchirures sont dites *incomplètes* lorsqu'elles s'arrêtent à la cloison recto-vaginale, *complètes*, quand elles s'étendent jusqu'au rectum.

Les *déchirures incomplètes* sont seulement vaginales, vulvo-périnéales ou vagino-vulvo-périnéales. La plaie descend plus ou moins loin vers l'aîne.

Dans les *déchirures complètes*, le sphincter anal est intéressé.

Il est des cas où le périnée se rompt alors qu'il y a intégrité du conduit vagino-vulvaire: c'est la *déchirure cen-*



*trale*, rare du reste. Dans cette variété, le périnée est éventré par une brèche étoilée qui peut laisser passer le fœtus et le placenta.

La classification précédente se rapporte surtout aux dégâts morphologiques. Ils s'accompagnent ordinairement, de la lésion, dans la profondeur, du releveur de l'anus qui constitue le vrai plancher périnéal. Les plus fréquents des accidents consécutifs à la rupture du périnée sont sous la dépendance de l'étendue de sa déchirure. L'étendue de la lésion du releveur n'est pas toujours proportionnelle à celle des lésions cutané-muqueuses; une petite déchirure extérieure peut être accompagnée d'une déchirure importante du releveur. Il y a même des cas où sans blessure du conduit vagino-vulvaire et avec une intégrité extérieure du périnée il y a pourtant une déchirure du releveur, déchirure musculaire sous-muqueuse; l'anneau pubo-coccygien surdistendu se fend comme une étoffe au niveau du raphé tandis que le vagin, la vulve, les parties molles périnéales suffisamment élastiques cèdent sans se rompre. Pourtant, en général, à une large déchirure extérieure répond une lésion grave du releveur et *vice versa*.

**Accidents et inconvénients.** — Ils sont *prochains* ou *tardifs*.

*Prochains.* — Les uns sont immédiats comme l'hémorragie, les autres secondaires, phénomènes infectieux.

*Tardifs.* — Le plancher pelvien et particulièrement le releveur étant intéressés l'utérus est mal soutenu, d'où les prolapsus, les déviations utérines; dans les déchirures complètes, la rupture du sphincter amène l'incontinence des matières fécales.

**Pronostic.** — Il est sérieux moins pour les accidents immédiats — à part les déchirures complètes plus difficiles à préserver de l'infection — que pour les accidents consécutifs. Il varie en général suivant l'étendue de la déchirure. Le pronostic des déchirures complètes est particulièrement grave, mais les déchirures incomplètes, même limitées *extérieurement* qui exposent aux accidents de déplacement utérin et à tous leurs inconvénients, doivent être envisa-

gées sérieusement et traitées. Ce qu'il faut considérer surtout dans ces cas, c'est l'intégrité du releveur, puisque les déviations s'observent même lorsque les parties cutané-muqueuses sont intactes.

**Diagnostic.** — Le diagnostic entre une déchirure complète et une incomplète est facile : il suffit d'un peu d'attention.

Dans les déchirures incomplètes il faut bien se rendre compte de l'étendue des dégâts et en particulier ne pas se borner à considérer la plaie de l'anneau vulvaire, mais vérifier l'état du conduit vaginal; c'est là que le plus souvent débute la déchirure.

Enfin, on doit songer aux déchirures sous-vaginales du releveur; parfois on entend un *craquement*, et l'accouchement terminé l'on ne trouve pas de lésion vagino-périnéale apparente; mais si l'on touche on trouve en arrière une région douloureuse ou une dépressibilité spéciale de l'anneau pubo-coccygien, d'autant plus remarquable que, ordinairement, il s'agit d'une primipare. A la suite de tout accouchement surtout laborieux et plus spécialement chez les primipares explorer l'anneau pubo-coccygien.

**Conduite à tenir.** — Il y a un traitement *préventif* : c'est la *protection* du périnée (V. p. 122). La déchirure étant faite, arrêter l'hémorragie s'il y en a une, puis pratiquer la *réparation immédiate* par la suture.

Cette suture se fera au catgut, à l'aide d'une aiguille courbe, tenue avec un porte-aiguille : ces aiguilles sont plus commodes, plus propres, qu'une aiguille à manche. La suture sera faite non à points séparés, mais en surjet. Le fil d'argent est excellent pour la réunion extérieure.

On commencera par un lavage très soigné de toutes les parties déchirées, mais avec une solution antiseptique faible, non caustique, qui nuirait à la réunion.

Si la déchirure est simple on piquera les points à 1/2 centimètre des bords de la plaie, passant à un centimètre de profondeur environ, en commençant par la déchirure vaginale.

Si la déchirure est profonde on fera deux plans de



sutures : un plan profond interstitiel et perdu et, par dessus, un plan superficiel comme le précédent.

Pansement et tamponnement iodoformés. Toilette vaginale une fois par jour, s'il y a des écoulements assez abondants. Il faut craindre les irrigations trop abondantes et caustiques qui macèrent et altèrent tissus et sutures. Il importe que l'urine ne vienne pas souiller le pansement, aussi est-il bon de sonder la malade ; lors de déchirure complète, il est préférable qu'il n'y ait pas de véritable selle avant le troisième jour. Pour éviter la tension déterminée par le passage d'un bol fécal, on administrera alors un lavement. L'évacuation terminée, on lavera l'intestin à l'eau boricuée.

Dans les cas de déchirures complètes, il vaut mieux endormir la malade : dans les cas limités, on se passe d'anesthésie ou bien l'on se contente de badigeonnages cocaïnés avec une solution aqueuse à 1/10<sup>e</sup> (1). Quant aux *écaillures* ou fissures un simple pansement et le rapprochement des jambes suffit à les guérir.

## ÉCLAMPSIE

### ALBUMINURIE GRAVIDIQUE

L'éclampsie est une des complications de l'albuminurie chez la femme enceinte. L'albuminurie peut préexister à la grossesse, ou apparaître pendant le cours de celle-ci, soit durant l'évolution de la gestation — *albuminurie gravidique* — soit pendant la période d'expulsion — *albuminurie du travail*.

L'éclampsie s'observe pendant la grossesse, le travail, les suites de couches.

Les *accidents convulsifs* apparaissent plus fréquemment pendant le travail qu'aux autres moments de l'évolution de

(1) Voir *Traité de Gynécologie* de S. Pozzi.

la grossesse ; mais ils ont été souvent précédés pendant la grossesse de prodromes. C'est en tenant compte de ces faits que Pinard par ordre de fréquence classe l'éclampsie de la grossesse, l'éclampsie du travail, l'éclampsie des suites de couches.

Les accidents éclamptiques du travail surviennent le plus souvent à *la période de dilatation* ; l'éclampsie des *suites de couches* quelques heures après la délivrance, mais parfois 2, 3, 4 jours après l'accouchement.

**Étiologie.** — L'albuminurie de la femme enceinte est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares et, d'une façon générale, s'observe aussi plus souvent chez une femme jeune que chez une mère plus âgée : primiparité, jeunesse, sont deux facteurs très importants à se rappeler. Ajouter l'influence de la misère, du froid humide. Elle apparaît surtout dans les deux derniers mois de la grossesse ; elle est rare pendant les six premiers.

**Pathogénie.** — Autrefois attribuée à l'excès de tension vasculaire résultant de l'état gravidique (Andral et Gavarret) elle dépend d'une véritable toxémie (Pinard) et les accès éclamptiques qui compliquent l'albuminurie de la grossesse sont dus à une excitation cérébro-spinale d'ordre toxique analogue à celle qui produit le tétanos.

**Anatomie pathologique.** — Dans l'albuminurie simple, sans complications éclamptiques, les altérations rénales, inconstantes et encore mal définies, semblent se réduire à de la simple congestion.

Les lésions rencontrées à l'autopsie de femmes mortes à la suite d'accès éclamptiques sont plus complexes. Du côté des reins, quoiqu'il y ait encore divergence d'opinion entre les auteurs, les lésions sont celles de la néphrite chronique à différents degrés.

Le foie est de coloration jaunâtre ou gris ardoisé présentant par places, à sa surface, des taches ou un piqueté hémorragique.

Au microscope on trouve les capillaires intra-lobulaires dilatés, des lésions nécrobiotiques plus ou moins étendues. La rate, le pancréas sont altérés de même façon.



L'utérus est toujours rempli de caillots; les ovaires présentent des foyers hémorragiques.

Du côté du système nerveux on trouve surtout des lésions d'hypérémie, foyers hémorragiques, œdème, hydro-pisie ventriculaire.

Le sang, violacé, contient de notables quantités de carbonate d'ammoniaque.

**Symptômes.** — L'*albuminurie* peut passer inaperçue et son existence n'être révélée que par l'examen des urines. Cet examen doit être systématiquement pratiqué et répété chez toutes les femmes enceintes, plus spécialement encore chez les primipares.

L'on décèle la présence de l'albumine en recherchant sa coagulation par la *chaleur* ou par l'*acide nitrique*. Dans chacun de ces procédés on peut être induit en erreur. La chaleur précipite des sels alcalins et trouble l'urine; l'addition d'acide acétique dissipera ce nuage trompeur.

L'acide nitrique lui, lorsqu'il y a des urates, détermine la formation d'un dépôt d'acide urique qui peut simuler un dépôt albumineux; le chauffage fait disparaître ce précipité urique.

Certains signes servent à mettre sur la voie: l'œdème des membres (inférieurs sans oublier pourtant que les varices si fréquentes dans la grossesse peuvent donner lieu à ce phénomène), l'œdème des grandes lèvres, la bouffissure du visage.

Des maux de tête, des vertiges, des troubles de la vue sont aussi des signes dénonciateurs.

Pendant la grossesse l'*albuminurie* peut être une cause d'avortement qui est alors dû à des hémorragies placentaires diminuant ainsi la surface utile de cet organe vital pour le fœtus.

Au moment de la *délivrance* les femmes albuminuriques sont plus prédisposées que d'autres aux hémorragies *post partum*.

Mais, la complication la plus redoutable, celle qu'on voit d'avance et celle qu'on vise lorsqu'on a une femme ayant de l'albumine, ce sont les *convulsions éclamptiques de l'albuminurie*.

La fréquence de cette complication, difficile à fixer, paraît être environ de 1 sur 200 accouchements.

On l'observe surtout: 1° à la fin de la grossesse (vers huit mois); 2° pendant le travail, et dans ce cas surtout, dans la période de dilatation; 3° dans les suites de couches, quelques heures en général mais parfois aussi quelques jours après l'accouchement.

**Symptômes.** — Le début est très rarement foudroyant quand on a su observer sa malade; outre les signes positifs d'*albuminurie* la femme a présenté des vertiges, des troubles de la vue, mais surtout la *douleur épigastrique* particulière aux toxémies, de la dyspnée, dyspnée non pas d'ordre respiratoire à proprement parler, mais dyspnée d'intoxication. Elle est inquiète, agitée, ou bien, au contraire, elle a des tendances à somnoler.

L'attaque d'éclampsie comporte trois périodes appelées: 1° Période d'invasion; 2° Période de convulsions toniques; 3° Période de convulsions cloniques.

1° Les accès *débutent* par les muscles de la face. Le regard s'immobilise, les yeux semblent agrandis, puis survient une série de battements rapides des paupières; le globe oculaire se convulse dans l'orbite et se porte en haut ne laissant voir que le blanc de la sclérotique ce qui donne au visage un aspect impressionnant. Les ailes du nez ouvrent et ferment vivement les narines, les lèvres se pincent et souvent un des coins de la bouche est tiré en dehors et en haut. Des mouvements fibrillaires agitent la langue.

La tête est projetée à droite, à gauche; enfin, elle s'arrête, pivote vers la gauche et reste fixée de trois quarts.

Tous ces mouvements, simultanés ou successifs, se passent en moins de temps qu'il n'en faut pour les décrire et au bout d'une demi-minute ou d'une minute la période dite d'invasion a évolué.

2° La tête se renverse alors brusquement en arrière, le tronc se cambre, les membres se raidissent par extension, la respiration s'arrête, la face devient livide, violacée, la



langue pointée entre les arcades dentaires fortement rapprochées qui la meurtrissent, et une salive sanguinolente s'écoule au dehors.

Pais tout se calme : cette scène a duré quinze secondes ; mais ce n'est pas fini, le troisième acte commence.

3° Tous les muscles de la face se mettent à danser ; les globes oculaires roulent en tous sens, la langue pend, longue, au dehors ; en même temps, la figure devient rouge, violette, turgescence, énorme, bouffie comme celle d'un cadavre de noyé, macéré dans l'eau (Charpentier). Les membres exécutent des contorsions en tous sens ; rarement le corps entier de la femme se déplace en un mouvement convulsif total.

La respiration est irrégulière, scandée par le va-et-vient des mucosités déplacées par les mouvements inspiratoires et expiratoires. La température s'élève à 40, 41 degrés ; cela dure de trois à cinq minutes.

La femme peut alors se réveiller, mais dans un état de demi-inconscience qui se dissipe progressivement ; elle ne se rappelle rien. D'autres fois aux accès cloniques succède un sommeil comateux qui peut durer jusqu'à la mort, interrompu seulement par des accès ; dans d'autres cas, après quelques heures de cet état, elle revient petit à petit à elle-même.

Ces accès sont d'intensité variée ; s'ils sont très rarement isolés, leur répétition est plus ou moins espacée ; on peut voir deux, trois accès ; on en a observé une centaine chez une femme. L'intervalle des accès présente l'un ou l'autre des tableaux de fin de crise décrits plus haut. Parfois les accès se répètent sans intervalles.

**Marche et pronostic.** — La gravité de l'éclampsie albuminurique est d'une façon générale en rapport avec la fréquence des accès ; quand ils sont subintrants le pronostic est toujours fatal.

La mort est due dans la grande majorité des cas à une asphyxie toxique ; parfois on peut incriminer un œdème aigu du poumon, une hémorrhagie cérébrale. Quand la crise

éclamptique prend une tournure favorable, les accès diminuent d'intensité et s'espacent, la température s'abaisse.

La mortalité maternelle est d'environ 30 p. 100.

L'éclampsie est *grave* pour le *fœtus* ; celui-ci peut être expulsé prématurément vivant, et, ceci, avec d'autant plus de chances que, cette complication survient plus tardivement. Mais fréquemment il vient au monde en mauvais état, et meurt dans les premiers jours de sa naissance.

Souvent, il meurt empoisonné par l'accumulation d'urée dans le sang maternel (Charpentier et Butte) (1).

La mortalité fœtale est environ de 32 p. 100.

**Traitement.** — *Traitement préventif.* — Tarnier a démontré que l'on pouvait mettre les albuminuriques à l'abri des complications éclamptiques si on les soignait à temps ; toute femme enceinte soumise pendant *deux mois au régime lacté absolu* évite les convulsions éclamptiques. Donc dès qu'on décèle chez une femme enceinte la présence de l'albumine, prescrire la diète lactée.

*Traitement de l'éclampsie elle-même.* — L'expérience ayant montré que les accès d'éclampsie cessaient souvent dès que le produit de la conception était expulsé, on a songé, pour guérir les femmes à provoquer cette expulsion.

Deux cas sont à considérer : *a*) la femme est dans le cours de sa grossesse, ou *b*) elle est en travail.

*Premier cas.* Si les crises éclamptiques sont légères, instituer un traitement calmant (voir plus bas) et attendre. Si au contraire les accès se répètent et sont menaçants, ou si tout en étant légers, ils se prolongent sans être atténués par le traitement, provoquer l'accouchement.

*Deuxième cas.* La femme étant en travail, il y a tout intérêt pour l'enfant à l'accoucher au plus vite, et pour la mère à débarrasser l'utérus de tout ce qu'il contient, faix et arrière-faix.

Mais pendant qu'on attend, dans un cas comme dans l'autre, il faut parer à l'orage éclamptique.

*Pendant l'accès,* on fera maintenir la malade et on lui

(1) Voir notre *Anatomie et Physiologie génitales et obstétricales.*



donnera à respirer du chloroforme; veiller à ce que la langue ne soit pas trop meurtrie soit en écartant la mâchoire à l'aide d'un écarteur ou en interposant entre les maxillaires un coin de bois (pas de liège trop peu résistant) ou mieux le bord replié en deux ou plusieurs doubles d'une compresse.

Entre les accès, administrer un quart de lavement contenant 2 à 3 grammes d'hydrate de chloral; on aura soin de faire précéder le lavement médicamenteux d'un lavement de lavage. On peut ainsi suivant les cas donner par doses fractionnées de 2 et 3 grammes jusqu'à 10 et 12 grammes de chloral dans les vingt-quatre heures.

Chez une femme vigoureuse, la saignée, surtout lorsque le coma est persistant, est indiquée, et elle a donné de très bons résultats.

## DEUXIÈME SECTION

### COMPLICATIONS DUES AUX ANNEXES

#### CHAPITRE PREMIER

##### INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

On dit qu'il y a insertion vicieuse du placenta lorsqu'il s'insère sur le *segment inférieur* de l'utérus; il trouble alors par sa présence le développement de la grossesse et il est, pendant la période d'effacement ou de dilatation, une cause d'accidents.

**Fréquence.**—L'insertion vicieuse du placenta se rencontre assez fréquemment, sans qu'il soit possible de donner une moyenne même approximative de sa fréquence: elle est beaucoup moins rare qu'on ne le pense généralement. Elle est plus souvent observée chez les multipares que chez les primipares.

**Etiologie.**— Les malformations ou les déformations utérines, comme celles qui résultent de gros-

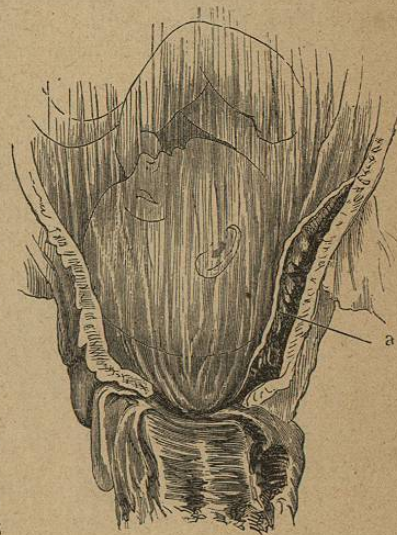


Fig. 88. — Placenta à insertion périphérique ou marginale.  
Le fœtus est vu à travers les membranes; le placenta est en a.

comme celles qui résultent de gros-