

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-

esses multiples modifiant les conditions ordinaires d'accommodation de l'œuf; — la métrite du corps (simple ou néoplasique) en empêchant la greffe normale de l'œuf.

Variétés. — Au point de vue de la situation sur le segment inférieur, le placenta peut occuper deux positions, d'où deux variétés de placenta vicieusement placé.

L'une d'elles est *commune*, et constitue la presque tota-

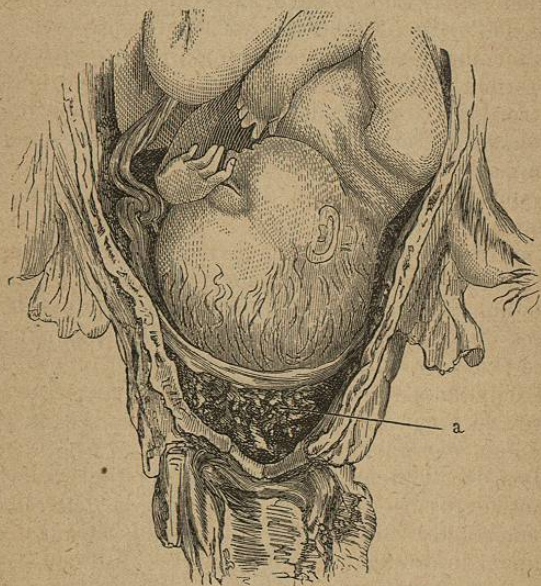


Fig. 89. — Placenta à insertion centrale. (Placenta en a).

lité des cas : c'est la variété *périphérique* ou *marginale*, où le placenta ne recouvre pas l'orifice interne du col.

L'autre est extrêmement rare : c'est la variété *centrale*, centre pour centre, où le placenta couvre l'orifice interne du col (1). On est souvent induit en erreur par une disposition particulière du placenta, placenta bi-lobé.

(1) Pinard, sur 45,000 accouchements, ne l'a pas rencontrée une

Anatomie pathologique. — Le placenta n'a pas sa forme régulièrement arrondie; ses cotylédons sont irréguliers aussi, de forme et d'épaisseur variables.

Parfois le placenta est bilobé, la grosse masse placentaire est d'un côté de l'orifice, et de l'autre côté, se trouve un tout petit lobe; les deux parties sont réunies par un pont de membrane. Il est probable qu'il y avait primitivement insertion centre pour centre, mais la portion située au-dessus de l'orifice, sans racines, s'est atrophiée.

Les membranes sont épaissies.

Le cordon présente aussi quelquefois une insertion anormale (cordon marginal, placenta en raquette), ou une disposition qui le rend plus friable, toutes causes prédisposant aux tiraillements et aux hémorragies.

Physiologie pathologique. — A. L'irrégularité de développement du gâteau placentaire a pour résultat un trouble de la nutrition fœtale, d'où chétivité ou mort du fœtus.

B. De la disposition anormale du placenta sur l'utérus résulte une gêne dans l'évolution et dans les rapports réciproques du placenta et de l'utérus, d'où, comme conséquence :

1° Excitation utérine pouvant aboutir à l'expulsion prématurée de l'œuf. Le placenta prævia est une cause très fréquente d'avortement.

2° Des décollements irréguliers du placenta survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou la délivrance, et des hémorragies consécutives d'autant plus abondantes que le segment inférieur, très mince et très distendu est peu rétractile et peu contractile.

Ces hémorragies, qui ne sont pas pourtant absolument fatales, sont d'autant plus à craindre que l'insertion placentaire est plus près de l'orifice utérin.

seule fois. (Leçon du 10 juin 1890 citée par M^{lle} Bertin-Dyllion in *thèse* 1890). On a fait bien d'autres distinctions et on décrit dans la variété périphérique deux sous-variétés, v. latérale et v. marginale, suivant l'éloignement du rebord utérin, et dans la variété centrale, deux sous-variétés (v. incomplète ou v. complète), suivant que le couvercle placentaire recouvre en totalité ou partiellement l'orifice.

3° La rupture avant le travail ou rupture prématurée des membranes, qui est une des conditions de l'œuf exposant à la septicémie utérine et tout particulièrement lorsque le fœtus est mort.

C. L'attache anormale du fœtus sur l'utérus gêne les phénomènes de l'accommodation, d'où la fréquence des présentations vicieuses, épaule et siège.

Symptômes. — L'insertion vicieuse du placenta s'accuse surtout par les hémorragies et par la rupture prématurée des membranes.

La *rupture prématurée* des membranes, avant le travail, est presque toujours symptomatique de l'insertion vicieuse du placenta. Sur 193 cas de rupture prématurée, Pinard a trouvé 143 fois une insertion sur le segment inférieur (1).

Les *hémorragies* (2), sans être fatales, sont le symptôme le plus redouté, le plus redoutable, de l'insertion vicieuse. Elles peuvent survenir : a) pendant la grossesse; b) pendant l'accouchement; c) pendant la délivrance.

Pendant la grossesse. — C'est surtout au huitième et au début du neuvième mois qu'on les observe. L'hémorragie survient au moment où l'on s'y attend le moins, la femme étant au repos ou pendant son sommeil; d'emblée, elle est abondante, puis elle s'arrête spontanément. La femme se tranquillise de nouveau, elle n'y songe plus, lorsqu'une nouvelle hémorragie se produit dans les mêmes conditions; et plus ces hémorragies se répètent, plus elles deviennent graves.

Les hémorragies dues à l'insertion vicieuse et survenant pendant la grossesse sont *insidieuses* — *silencieuses* — à *répétition*.

Pendant le travail, l'hémorragie apparaît avec une intensité variable, et sa gravité est en rapport avec son abondance et avec l'état de la femme.

Pendant la délivrance. — Ce sont les hémorragies les plus redoutables; on les a encore nommées *hémorragies paralytiques*. Elles sont dues, en effet, ordinairement, à

(1) Pinard. In *Annales Gynécologie*, 1886.

(2) On voit des femmes qui ont des insertions vicieuses arriver jusqu'au bout de leur grossesse sans accidents.

l'absence ou à la faiblesse de la rétraction du segment inférieur; elles tiennent parfois à des adhérences placentaires anormales s'opposant au décollement total et par suite à la rétraction utérine.

Ces hémorragies, qui peuvent amener la mort, se font souvent en nappe.

Pronostic. — Il varie suivant l'abondance de l'hémorragie et l'état de santé de la femme.

Diagnostic. — On peut faire ce diagnostic avant tout signe dénonciateur.

Le doigt introduit dans le vagin sent des battements rythmés, *pouls vaginal*; si, avec une main sur l'abdomen, on abaisse la partie fœtale, surtout dans les derniers temps, on trouve le segment inférieur anormalement épais.

Il y a hémorragie. — Les caractères de l'hémorragie — *insidieuse, silencieuse, à répétition* — permettent d'avoir de fortes présomptions; et, s'il n'y a ni varices, ni cancer, la présomption est presque une certitude. On n'a guère alors qu'à se préoccuper de la grossesse molaire; mais cette affection est rare; le sang, dans ce cas, est moins rouge, plus séreux; souvent, il y a des vésicules; enfin, on ne trouve pas de fœtus dans l'utérus.

Dans le doute, l'on doit conclure à une insertion vicieuse et agir en conséquence.

Quand on pratique le toucher on trouve un segment inférieur épaissi, et, en introduisant le doigt très doucement dans le col, on peut toucher le gâteau placentaire.

Pendant le travail, il ne faut pas confondre une hémorragie placentaire avec une hémorragie venant du col ou du périnée. Il suffit d'y penser.

Influence de l'insertion vicieuse sur la marche de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance. — La *grossesse* est très souvent interrompue; le plus souvent, c'est pendant le huitième et le commencement du neuvième mois: il y a accouchement prématuré.

Le pronostic de l'*accouchement* est influencé par la fréquence, dans ce cas, des positions vicieuses, siège et tronc.

Le placenta est quelquefois expulsé avant le fœtus.

La terminaison de l'accouchement se fait parfois spontanément, mais nécessite fréquemment une intervention, soit à cause de l'existence d'une présentation vicieuse, soit par suite de la lenteur du travail ou d'une grande hémorragie.

La *délivrance* peut être absolument normale; mais, ordinairement, elle est compliquée d'hémorragies graves.

Suites de couches. — Les suites de couches, dans l'insertion vicieuse, dépendent de l'anémie consécutive à la perte de sang et du traitement de l'hémorragie. Autrefois, elles étaient à redouter non seulement pour elles-mêmes, mais encore comme causes d'infection; on nettoyait mal l'utérus et le vagin où croupissaient des caillots, terrain de culture éminemment favorable à la septicémie.

Pronostic. — Il est grave pour la mère et pour l'enfant, mais dépend beaucoup d'une bonne thérapeutique.

Traitement. — Le traitement de l'insertion vicieuse est celui des accidents: jusqu'au moment où ils surviennent, si on a fait le diagnostic auparavant, il n'y a qu'à conseiller le repos — et à surveiller.

1° *Rupture prématurée des membranes.* — La rupture prématurée des membranes ne s'accompagne pas, en général, d'hémorragie. Il faut craindre pour la vie de l'enfant; on suivra de très près sa vitalité pour provoquer, en temps utile, — si l'on est à une période assez avancée de la grossesse, — un accouchement avant terme; on doit, en second lieu, redouter la porte d'entrée ouverte aux germes septiques: il faudra condamner la femme au repos, faire une antiseptie soigneuse du vagin et de la vulve, et placer un matelas aseptique sur l'ouverture vulvaire.

2° *A. Hémorragies pendant la grossesse.* — Si c'est la première hémorragie, on ne s'effraiera pas trop, mais averti, on sera très sévère pour l'hygiène de la femme enceinte, et en particulier on interdira absolument toute promenade en voiture. Pour l'instant on mettra la femme au repos absolu dans le décubitus dorsal, le siège élevé et on fera donner une injection vaginale chaude à 45 degrés.

Pas de tamponnement; les tampons masquent l'hémorragie en absorbant le sang et ils sont inutiles: si

l'hémorragie est peu abondante, elle s'arrêtera par les moyens indiqués plus haut; si elle est grave, ils sont insuffisants et il faut avoir recours à un autre traitement (1).

On restera ou l'on placera à côté de la malade, une garde à laquelle on recommandera de surveiller le *facies* (pâleur, sueurs) — le *pouls*, — l'état général (malaises, frissons), tous signes d'une hémorragie interne — et l'écoulement vulvaire. On prévendra l'entourage de la possibilité de la continuation d'un suintement sanglant; en cas de perte grave, comme intervention immédiate et d'urgence, on ordonnera d'avoir recours aux injections à 45 degrés.

Le mieux, c'est de ne pas s'absenter ou de placer un aide capable d'intervenir activement.

L'hémorragie est grave. — Il faut juger de cette gravité non seulement par la quantité de sang perdue, mais par le résultat de la perte sur l'état général de la femme.

On examine la présentation; s'il est nécessaire, on fait la version par manœuvres externes pour tâcher de ramener le sommet en bas, puis, le vagin étant nettoyé, on ira à la recherche du col; celui-ci est, dans ces cas, plus ou moins perméable et que ce soit une primipare ou une multipare, on introduira dans le canal cervical un doigt, deux doigts si c'est possible, et puis l'on déchirera *le plus largement qu'on pourra* les membranes (2).

(1) Pourtant nombre d'accoucheurs, et non des moindres, préconisent l'emploi des tampons. Un tamponnement *bien fait* est long et minutieux; il faut un *nombre considérable* de tampons « plein un chapeau haute forme » (Pajot). La femme étant mise en position obstétricale, on appliquera un spéculum et l'on arrangera *methodiquement* (l'on arrimera) ces tampons dans les culs-de-sac, puis, couche par couche, jusqu'à ce que le vagin soit plein. Ces tampons seront particulièrement aseptiques. On peut, pour être sûr de leur asepticité, employer le procédé recommandé par M. Lermoyez, les tremper dans une solution alcoolisée saturée d'acide borique et les flamber. Quand le tamponnement est serré, les femmes ont souvent de la difficulté à uriner; il faut y veiller et les sonder, car la vessie pleine provoque l'inertie utérine.

(2) Cette conduite à tenir, fondée sur la physiologie de l'hémorragie est celle préconisée par le professeur Pinard. Voir la Th. C. Dylion, Paris, 1890.

La déchirure *large* est une condition essentielle de l'efficacité de l'intervention.

Les précautions aseptiques consécutives seront minutieuses.

A la suite de la rupture, le travail se déclare ou ne se déclare pas.

Rien de spécial dans le premier cas. Dans le second, si l'hémorragie a cessé, si rien ne menace, attendre; mais si la femme est très anémiée, s'il y a intérêt à en terminer au plus vite, introduire un ballon de Tarnier ou de Champetier qui remplira une double fonction: celle de tampon intra-utérin et celle d'agent provocateur du travail.

B. Hémorragies pendant le travail. — Transformation de la présentation, s'il est nécessaire et s'il est encore temps. Déchirure large des membranes; puis attendre l'expulsion spontanée du fœtus si rien ne presse, ou terminer hâtivement par la version, le forceps, après dilatation artificielle du col si nécessaire.

C. Hémorragie pendant la délivrance.

Dans toute insertion vicieuse, qu'il y ait un accident menaçant ou non, on introduit la main dans l'utérus, on pratique la délivrance artificielle, on nettoie soigneusement la cavité utérine, on l'excite de la main et on y fait une large irrigation chaude à 45 degrés contenant une certaine quantité de chlorure de sodium et préalablement bouillie.

Toutes les fois qu'il y aura anémie hémorragique menaçante, faire une injection de sérum artificiel.

CHAPITRE II

PROCIDENCE DU CORDON

On dit qu'il y a procidence du cordon, quand le cordon devance la présentation.

Quand le cordon se présente simplement au-devant de la présentation, il y a *procubitus du cordon*; il n'y a procidence que s'il y a sortie *complète d'une anse du cordon*.

La procidence du cordon est un peu plus fréquente que la procidence des membres; on la trouve environ une fois sur cinquante-six accouchements.

Étiologie. — Les causes de la procidence sont:

1° Toutes les causes déjà citées de procidence des membres;

2° La longueur exagérée du cordon;

3° L'insertion vélamenteuse du cordon;

4° L'insertion vicieuse du placenta;

5° Dans la présentation du siège, l'interposition du cordon entre les jambes du fœtus, qui est ainsi à cheval dessus.

Symptômes et diagnostic. — On peut reconnaître la procidence du cordon: *A.* Avant la rupture des membranes; *B.* Après la rupture des membranes.

A. Avant la rupture des membranes. — Quand il y a procubitus du cordon on sent à travers les membranes un corps cylindrique flottant, animé de battements quand l'enfant est vivant. Il ne faut pas confondre ces battements du cordon avec le pouls vaginal. Dans l'insertion vélamenteuse on peut prendre pour le cordon un des vaisseaux qui rampent sur les membranes et se rendent au placenta.

B. Après rupture des membranes. — Quand les membranes sont rompues, le cordon est facile à reconnaître, soit au toucher, soit même à la vue, et il se présente alors soit flasque et sans battements, soit turgide et animé de pulsations.

Il ne faut pas, d'après ces seules constatations; conclure trop hâtivement et trop absolument. Le cordon peut être inerte et le fœtus vivre encore; on pourra donc simplement dire après cet unique examen: le fœtus est *probablement* mort, et il conviendra pour compléter le diagnostic d'ausculter les bruits du cœur; d'autre part, dans des cas plus exceptionnels, il est vrai, le fœtus étant mort, on a observé des battements du cordon, dus au reflux dans ce dernier du sang du sinus circulaire chassé par la contraction utérine.

On recherchera aussi dans cet examen s'il y a en même temps une procidence des membres avec laquelle on ne la

confondra pas. On a vu, lors de rupture utérine, des anses vides d'intestin grêle venir faire saillie dans le vagin ; il importe de se rappeler ces faits pour ne pas les confondre, le cas échéant avec ceux de procidence du cordon.

Pronostic. — Le pronostic, bénin pour la mère, est très grave pour le fœtus. On perd en moyenne un enfant sur trois ou quatre. Le cordon procident risque d'être comprimé et quand cela se produit l'enfant meurt par asphyxie. Le pronostic est particulièrement grave si le cordon procident est tout à fait en avant ou tout à fait en arrière ; dans ces conditions la compression est à peu près fatale, mais s'il est situé le long de la symphyse sacro-iliaque, il peut y échapper.

Conduite à tenir. — A. *Les membranes ne sont pas rompues* et la dilatation est insuffisante : il faut alors maintenir la femme couchée, le bassin *relevé*, et faire tout son possible pour éviter la rupture des membranes.

Quand la dilatation est complète on met la femme dans la position obstétricale et l'on pratique la version.

B. *Les membranes sont rompues.* — Il y a procidence. Il faut immédiatement vérifier l'état de vitalité de l'enfant ; s'il est mort, comme la procidence n'aggrave pas le pronostic maternel, il n'y a qu'à attendre ; s'il est vivant, il faut intervenir.

Deux cas peuvent alors se présenter : ou la dilatation est complète ou à peu près complète — ou elle est très incomplète.

La dilatation est complète. — Si l'on arrive alors que la version est encore possible, il faut la pratiquer ; c'est l'intervention de choix ; sinon on appliquera le forceps, en ayant bien soin de ne pas prendre le cordon dans une des cuillers.

La dilatation est incomplète. — On essaie la rétropulsion du cordon, c'est-à-dire qu'on saisit ce dernier entre deux doigts et on le remonte dans l'utérus. Le plus souvent, cette manœuvre n'a qu'un succès transitoire. On peut alors, pour faciliter la stabilité de la réduction, mettre la femme dans le décubitus latéral ou dans la position genu-pectorale. On a conseillé de fixer le cordon autour d'un pied ; mais

lorsque la main peut remonter jusque-là, mieux vaut pratiquer la version.

On a inventé des instruments pour rétropulser le cordon ; on les emploie quand la poche étant rompue, le col



Fig. 90. — Omphalo-sauteur.

n'est pas assez dilaté pour permettre le passage des doigts. L'instrument le plus connu est l'*omphalo-sauteur* de Collin modifié par Tarnier ; c'est une baleine terminée par un crochet fermé par une tige à coulisse ; on saisit le cordon, on le remonte, puis on descend la coulisse, le cordon lâche le crochet et on retire l'appareil. On peut faire un omphalo-sauteur avec une sonde en gomme bien aseptisée. On passe dans son intérieur un fil doublé dont l'anse ressort par l'œil de la sonde. On introduit les deux bouts

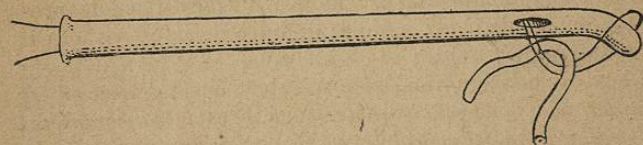


Fig. 91. — Omphalo-sauteur pratique.

Un long fil doublé a été placé dans une sonde en gomme ; les deux chefs libres, *a a* pendant au dehors du pavillon de la sonde tandis que l'anse est sortie par l'œil ; cette anse *b* a été passée dans l'anse du cordon, puis ouverte, et, dans son ouverture, on a passé le bec de la sonde ; il n'y a plus qu'à tirer sur les chefs libres et à les maintenir pour appliquer solidement le cordon contre la sonde.

réunis de l'anse du fil dans l'anse du cordon ; puis ouvrant l'anse du fil on y passe la pointe de la sonde ; on tire en bas sur les chefs libres, et le cordon est ainsi solidement fixé contre le conducteur en gomme.