

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 rétro-pulsion 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

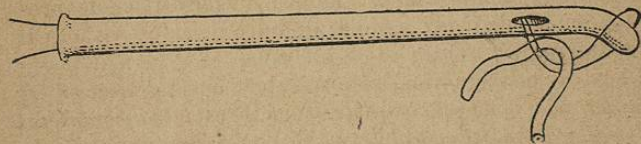


Fig. 91. — Omphalo-sauteur pratique.

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.

TROISIÈME SECTION

ACCIDENTS DE LA DÉLIVRANCE

I. — RUPTURE DU CORDON

Le cordon peut se rompre : ou il est de consistance normale — et c'est qu'alors on a tiré trop fort — ou il est grêle, inséré sur les membranes et plus fragile qu'à l'ordinaire.

Faire la délivrance artificielle.

II. — INERTIE UTÉRINE

L'inertie utérine, consistant dans l'absence de contractions et de rétraction toniques de l'utérus est un accident grave. Elle s'observe lorsque l'utérus a été surdistendu (grossesses multiples, hydramnios) lorsque le travail a été particulièrement long, quand une disposition anatomique (utérus bicorne), ou une altération pathologique (corps fibreux) a modifié l'état normal du muscle utérin.

Elle peut se produire *avant* ou *après* l'expulsion de l'arrière-faix.

Deux grands signes la caractérisent : 1° la mollesse de l'utérus, qui à l'état normal devient dur, ligneux, et 2° l'écoulement sanglant. Cet écoulement est variable comme quantité; la perte est quelquefois énorme et peut amener très rapidement la mort de la malade.

Cette hémorragie se manifeste parfois à l'extérieur et c'est alors un véritable déluge de sang; ou bien elle est interne, renfermée dans l'utérus que le col soit bouché par des caillots ou par le placenta, ou que contracturé, il soit imperméable. On a alors les signes d'une hémorragie interne, — pâleur, sueurs, lipothymies, — et en même temps l'utérus gonfle, se distend énormément.

Le plus souvent l'hémorragie est mixte, extra et intra utérine, les voies d'échappement ne permettant pas à tout le sang de s'écouler au fur et à mesure de sa production.

L'hémorragie est due à l'inertie accompagnée de décollement placentaire, ordinairement partiel; quand le placenta est adhérent partout, alors même qu'il y aurait inertie de l'utérus, il n'y a pas de perte sanglante.

Conduite à tenir. — S'il n'y a pas d'hémorragie interne ou externe, s'abstenir de rien faire.

S'il y a hémorragie, pratiquer la délivrance artificielle rapidement conduite, suivie d'injection chaude à 45 degrés, et de nettoyage complet de la cavité utérine.

Ce nettoyage parfait est une condition indispensable pour arrêter l'hémorragie actuelle et prévenir les *hémorragies secondaires*.

Exciter l'utérus à l'aide de la main introduite dans sa cavité et par des frictions abdominales. Quand le nettoyage est complet faire — si l'hémorragie persiste — une injection d'ergotine.

Comme dernière ressource ajouter aux moyens précédents la compression de l'aorte abdominale, les injections de sérum artificiel.

III. — RÉTRACTION UTÉRINE

La rétraction utérine peut porter soit sur l'orifice externe, soit sur l'orifice interne du col, soit sur une portion du corps de l'utérus, et dans ce cas l'utérus prend la forme d'un sablier, présentant deux parties renflées séparées par un étranglement. Il en résulte l'emprisonnement ou l'enchatonnement du placenta. Tout le placenta peut être contenu dans la loge supérieure ou bien une partie du placenta décollé déjà est emprisonnée dans l'étranglement. Quand la rétraction porte sur l'orifice interne, ce qui est le cas le plus fréquent, une partie du placenta est dans la cavité utérine, l'autre dépasse l'orifice externe.

Herrgott a signalé une variété spéciale d'enchatonnement; une portion de paroi utérine en état d'inertie forme une sorte de cellule surajoutée au reste de l'utérus contracté normalement et cette cellule retient le placenta.

Conduite à tenir. — Faire la délivrance artificielle; pour cela suivre la tige funiculaire qui conduit jusqu'à l'entrée

de la prison placentaire, y introduire le bout des doigts réunis en cône, les pousser doucement et fermement de façon à dilater lentement, comme par un coin, l'anneau utérin; on arrive enfin jusque sur le placenta qu'on décolle, qu'on saisit et qu'on ramène. Quelquefois il est impossible de pénétrer dans l'orifice d'entrée; l'on doit alors attendre à la porte et les doigts par leur pression finissent par lasser

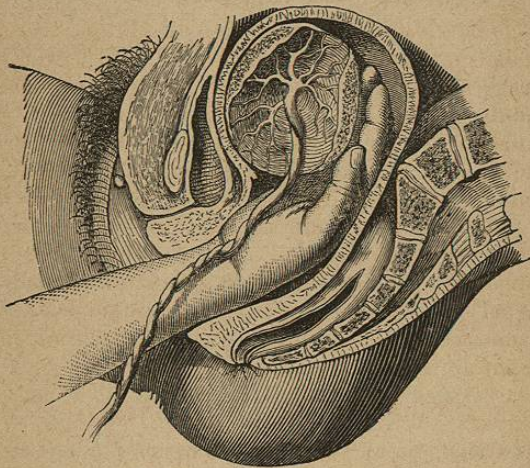


Fig. 92. — Délivrance artificielle.

la contracture utérine. Il est parfois cependant impossible d'y arriver: on est réduit à l'expectative.

IV. — ADHÉRENCE DU PLACENTA

Elle peut être partielle ou quelquefois totale; elle est due soit à une placentite de la grossesse, soit à une hémorragie interstitielle survenue pendant la grossesse. (Voir *Pathologie de la grossesse*, p. 169.)

Si l'adhérence est partielle, on a une hémorragie utérine et on intervient comme dans ce cas.

Si l'adhérence est totale, on attendrait vainement le décollement: faire la délivrance artificielle.

V. — INVERSION UTÉRINE

Elle est le plus souvent produite par une intervention trop hâtive ou maladroite: traction lorsque le placenta est encore adhérent, surtout s'il y a inertie utérine et si on n'a pas, à l'aide de la main placée sur le fond de l'utérus, suivi la dépression qu'on produisait ainsi. En tirant sur le placenta on retourne l'utérus comme un doigt de gant (utérus en *cul-de-bouteille*); cette inversion est plus ou moins complète: dans le cas de retournement complet, ou bien le placenta reste accolé au fond de l'utérus ou bien il s'en détache.

Conduite à tenir. — Si le placenta est adhérent, il faut immédiatement réduire pour éviter que la grande cavité utérine ne soit étranglée dans la bague du col et, pour prévenir les hémorragies dues à un décollement partiel.

Si le placenta est à moitié décollé, on achève son décollement et on réduit.

On opère la réduction, non en refoulant le fond, mais en plaçant un doigt de chaque côté, au niveau de la portion retournée, formant une gorge circulaire, et en repoussant lentement de façon à réduire petit à petit.

VI. — RÉTENTION DES ANNEXES

Nous avons déjà eu l'occasion d'en parler plusieurs fois. Le danger immédiat à craindre est l'hémorragie, les dangers consécutifs, l'hémorragie secondaire et la septicémie.

Conduite à tenir. — Délivrance artificielle et nettoyage de la cavité utérine soit manuel soit instrumental. (V. Curage, Écouvillonnage de l'utérus.)

VII. — HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE

Ces hémorragies ne sont qu'un symptôme de causes diverses que nous avons déjà étudiées et auquel nous renvoyons (placenta prævia, inertie utérine, rétention de l'arrière-faix). On peut dire d'une façon générale que toutes ces hémorragies ont une même origine: l'inertie utérine soit totale, soit partielle, ce qui est plus fréquent, après décollement incomplet de l'arrière-faix, cette inertie

partielle est due soit à la présence du reste, encore adhérent, du placenta, soit d'un lambeau de membrane ou à la présence d'un caillot; à ce niveau la contracture utérine fera défaut pour *ligaturer* les vaisseaux déchirés et l'hémorragie se produira, continue ou intermittente. Elle est intermittente pour la raison suivante: un caillot se forme, fait une hémostase provisoire; mais, ou ce caillot cède, ou bien lorsqu'il acquiert un certain volume il excite le reste de l'utérus qui se contracte et le détache, d'où nouvelle hémorragie.

L'hémorragie de la délivrance est presque toujours due à la présence d'un corps étranger dans l'utérus.

L'état général de quelques femmes, l'albuminurie, l'hémophilie prédisposent à ces hémorragies.

L'hémorragie est primitive ou secondaire.

Primitive et externe elle se révèle au dehors par l'écoulement de sang; parfois, l'hémorragie est interne: la face devient pâle, les extrémités se refroidissent, le pouls est filiforme et l'utérus se développe.

Les hémorragies *secondaires* s'annoncent surtout par les phénomènes généraux, énumérés tout à l'heure; elles sont accompagnées souvent de coliques et fréquemment dénoncées par un frisson précurseur; si l'écoulement n'est pas visible ou peu en rapport avec la perte l'utérus est gros et douloureux.

Conduite à tenir. — *Préventive*, ne jamais rien laisser dans l'utérus. *Curative*, débarrasser l'utérus de tout ce qu'il contient à l'aide de la main, d'injections détersives, de l'écouvillon ou de la curette et faire une injection chaude à 45 degrés.

L'hémorragie arrêtée, il faut relever les forces de la malade à l'aide de toniques, potion de Todd, thé au rhum, champagne, injections de caféine, d'éther comme stimulant immédiat; l'envelopper de draps chauds et placer autour d'elle des boules d'eau chaude.

Si l'hémorragie a été très abondante, faire une injection de sérum artificiel, intra-veineuse si le danger est très pressant, ou simplement interstitielle.

LIVRE VII

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Il y a grossesse extra-utérine lorsque le produit de la conception évolue en dehors de la cavité de l'utérus. L'évolution peut se faire dans l'abdomen: *grossesse abdominale*. Lorsqu'elle évolue dans la trompe, c'est la *grossesse tubaire*, dite *interstitielle* lorsqu'elle se développe dans la longueur du canal tubaire et *tubo-ovarique* lorsque c'est au niveau du pavillon.

Causes. — Le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine est, en général, dû à un obstacle à son cheminement le long des trompes vers l'utérus: tumeurs comprimant les trompes, adhérences les fixant, inflammation qui les obstrue.

Parfois l'œuf s'est échappé de l'utérus par une plaie faite à cet organe; dans un cas (Lecluyse) l'œuf s'échappa par une section utérine non complètement cicatrisée, nécessitée par une opération césarienne, et, dans l'observation de Kœberlé, ce fut par la fistule d'un moignon d'amputation sus-vaginale.

Anatomie pathologique. — *Produit de conception.* L'œuf est invariablement entouré de ses membranes propres, le chorion et l'amnios avec son liquide; parfois les parois de ces membranes sont recouvertes d'une troisième enveloppe qui porte le nom de *paroi du kyste* et qui est formée en partie par le péritoine et en partie par les tissus des organes au voisinage desquels il s'est développé, trompe, ligament large, ovaire, réunis et complétés par des membranes de nouvelle formation; cette paroi est d'épaisseur variable.

Le fœtus peut évoluer jusqu'au terme, mais jamais