

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

au delà. Le plus souvent la grossesse est interrompue par rupture ou fissure du kyste, par un obstacle au développement du placenta.

Le placenta moulé sur la région est irrégulier, ramassé sur lui-même, très épais.

Organisme maternel. — Là où l'œuf s'arrête, il agit comme corps étranger : les tissus bourgeonnent, se vascularisent et forment une véritable caduque sur laquelle il se greffe.

L'utérus subit — muscle et muqueuse — quoique vide, une augmentation de volume pendant les premiers temps, dépasser les dimensions d'un utérus de trois mois; le col se ramollit, mais pas aussi complètement que lorsqu'il s'agit de grossesses utérines.

Souvent, et sans que cela indique la mort de l'œuf, la muqueuse est expulsée sous forme de caduque et peut faire croire à un avortement.

Symptômes. — Pendant les premiers temps (1^{er} et 2^e mois), on a tous les signes de présomption et de probabilité de grossesse; mais bientôt surviennent des symptômes importants et tout particuliers :

1° Des douleurs; 2° Un écoulement de sang.

Les douleurs rappellent celles de l'accouchement; elles peuvent disparaître puis reparaitre. Tantôt généralisées dans le bas-ventre, elles se localisent parfois et restent constamment fixées dans le bassin, vers l'aîne, dans la région ombilicale. Elles peuvent aller en augmentant, devenir insupportables et persister ainsi.

Parfois, c'est tout d'un coup qu'elles s'aggravent et prennent une allure suraiguë, s'accompagnant d'une sensation de déchirement; il y a alors une complication, le kyste vient de se rompre.

Dans quelques cas, les douleurs sont périodiques, ne se manifestent qu'au moment correspondant à la période normale de congestion utéro-ovarienne et sont accompagnées d'un écoulement sanglant.

Écoulement de sang. — Les règles supprimées pendant les premiers mois reparaissent quelquefois sous forme de

métrorrhagies. Le sang est assez souvent altéré; un écoulement noir ou séro-purulent peut s'établir en permanence.

A ajouter *des phénomènes de compression* du côté des organes de la miction, du rectum.

A l'examen local, on trouve dans le bassin au palper — parfois de bonne heure — deux tumeurs dont l'une est souvent plus douloureuse que l'autre.

Au toucher, le col est plus ou moins mou, l'utérus est dévié; ceci est particulièrement appréciable quand on complète le toucher par le palper (exploration bimanuelle). Dans quelques cas, on atteint la deuxième tumeur.

Au quatrième mois, le ventre est gros, distendu irrégulièrement. Mais l'utérus, lui, n'a pas augmenté beaucoup de volume; son col, très haut, est très en avant au-dessus de la symphyse. Par contre, si la tumeur utérine est restée stationnaire, l'autre a beaucoup grossi.

Marche. — La mort du produit de conception est la règle dans la grossesse extra-utérine laissée à elle-même.

Quant au kyste, il peut soit se rompre — *rupture du kyste* — terminaison fatale pour la mère, soit persister après la mort du fœtus, *rétenion fœtale*.

Rupture du kyste. — Elle est brusque. Spontanée ou provoquée par un traumatisme, elle peut dépendre d'une cause parfois insignifiante : la femme tout d'un coup éprouve une douleur extrêmement vive qui s'irradie dans tout le ventre, sa figure pâlit, elle est prise de hoquets, vomissements, tombe dans le collapsus et meurt, subitement ou au bout de quelques jours. A l'autopsie, on trouve la cavité abdominale remplie de sang, au milieu duquel on retrouve l'œuf.

Une fois, dans un cas de grossesse tubaire, le kyste s'est ouvert dans l'utérus.

La rupture du kyste est due à la gêne dans son développement : aussi est-elle la règle dans la grossesse tubaire, (8/10); elle est d'autant plus rapide à se produire que le kyste est plus profondément engagé dans la trompe; elle arrive vers deux mois dans la variété interstitielle, vers trois mois dans la variété tubo-ovarique (pavillon).

Persistence du kyste : rétention du fœtus mort. — Dès que le fœtus est mort, la femme entre dans la période de régression au point de vue de la grossesse : le ventre diminue de volume et par contre, fait remarquable, les seins gonflent et la montée du lait se produit.

Mais d'autres phénomènes, conséquences locales de la présence de cet organisme mort, surviennent : tantôt le fœtus mort est retenu sans accidents, tantôt des accidents se manifestent.

Rétention sans accident. — Le liquide amniotique se résorbe, le kyste se flétrit et se rétracte; le fœtus subit soit la dégénérescence graisseuse, soit la momification, ou bien une transformation très intéressante, la calcification, et forme ce qu'on appelle un *lithopédion*. Les lithopédiions se présentent sous trois aspects : 1° le fœtus est sorti des annexes et est revêtu d'une couche calcaire; 2° les membranes sont intactes et seules subissent l'incrustation tandis que le fœtus momifié reste enfermé dans « son cercueil de pierre »; 3° les membranes et le fœtus sont incrustés.

Rétention avec accidents. — Ce sont des accidents septémiques : le kyste suppure, et amène une péritonite. Elle peut être suraiguë ou aiguë et rapidement mortelle; dans d'autres cas l'inflammation péritonéale est moins vive, des fausses membranes se forment, l'abcès ovulaire est limité et s'ouvre soit au niveau de la paroi abdominale antérieure, soit dans l'intestin, dans le vagin, dans la vessie; une fois même il s'est ouvert dans l'utérus : ce sont des modes d'évacuation. Mais il peut s'ouvrir dans le péritoine et la péritonite suraiguë à laquelle la malade avait une première fois échappé ne tarde pas à l'emporter.

Diagnostic. — Il est difficile en lui-même et surtout parce que l'on n'a pas l'attention éveillée vers la grossesse extra-utérine.

Tout au début la question se pose ainsi : 1° y a-t-il grossesse; 2° est-elle ectopique?

La constatation de phénomènes sympathiques de la grossesse, la déviation de l'utérus et l'apparition simultanée d'une grosseur voisine, permettent de faire un diagnostic

sinon absolument ferme, au moins très probable. Le sondage intra-utérin qui semblerait devoir trancher définitivement la difficulté est en réalité un moyen diagnostic infidèle : s'il y a grossesse extra-utérine, on trouvera une augmentation de la cavité, tout comme dans le cas de grossesse vraie, car à cette période il est difficile, à moins de faire un cathétérisme illusoire, d'être arrêté à temps par les membranes; ajoutez que les risques du cathétérisme sont graves.

A ce moment — quatre ou cinq premiers mois — le diagnostic différentiel se fait soit avec l'hématocèle rétro-utérine, soit avec une rétro-version.

Plus tard on a les signes de certitude d'une grossesse. Alors la question se pose ainsi : la grossesse est-elle utérine ou ectopique? Le diagnostic *approximatif*, possible d'après l'ensemble des constatations est très difficile à établir d'une façon *précise*; on peut alors pratiquer le toucher digital intra-utérin de Tarnier, qui malheureusement s'il renseigne lorsqu'il permet de sentir le contenu utérin ne permet pas d'éliminer la grossesse extra-utérine lorsqu'il ne donne rien.

Lorsque le fœtus est mort, l'on a pour faire le diagnostic les commémoratifs, les constatations directes, parfois quelques signes plus particuliers comme le ballottement de la tumeur extra-utérine, la crépitation des os du crâne (Pinard, un cas).

Pronostic. — La grossesse extra-utérine *laissée à elle-même* est toujours fatale pour l'enfant; quant à la mère, le pronostic très grave, n'est pas strictement aussi régulièrement mortel; mais *cliniquement, pratiquement*, le pronostic maternel doit être toujours considéré comme *régulièrement fatal*, que l'enfant soit mort ou vivant : c'est dire qu'il ne faut jamais compter sur les événements; mais en présence d'une grossesse extra-utérine agir et cela dès sa constatation, car il est impossible de faire le diagnostic du *siège précis* de la grossesse; or, la *grossesse tubaire* peut tuer subitement de très bonne heure.

Conduite à tenir. — En présence d'une grossesse extra-

utérine il n'y a qu'une seule et unique conduite à tenir : pratiquer la laparotomie.

A quelle époque?

Si on fait le diagnostic au début, on enlèvera au plus tôt le kyste fœtal comme une tumeur.

A partir du cinquième mois on peut songer à l'enfant, et temporiser jusqu'au septième ou au huitième mois, mais prêt à intervenir; on sera guidé par l'état de la mère (1).

Le danger et la difficulté de l'enlèvement du kyste ont fait naître deux procédés de traitement de la poche fœtale.

Conservation du sac. — On tamponne jusque sur le sac; on unit celui-ci aux téguments par une rangée de sutures en ayant bien soin de ne pas pénétrer dans le sac mais de cheminer dans l'épaisseur des parois : on ouvre le sac, on retire le fœtus par les pieds, puis on lave la poche à la solution saturée de naphthol et l'on bourre de gaze.

La guérison par exfoliation du placenta et granulation de la poche est longue (procédé de choix).

Ablation du sac. — On va sur le sac et on le suture provisoirement aux lèvres de la plaie: On l'incise en évitant les vaisseaux; extraction du fœtus, ligature du cordon, puis décortication du placenta et du sac en se rendant maître de l'hémorragie par des pinces, la compression temporaire, etc. (Voir S. Pozzi, *Traité de gynécologie.*)

Toutes les fois que survient un accident du côté du kyste, recourir à la laparotomie rapidement.

Quand le kyste est suppuré on le traite comme un abcès pelvien.

Bien d'autres procédés de guérison ont été proposés : la cure de la faim, l'injection de morphine dans le sac, l'électrisation pour tuer l'enfant, la ponction, enfin, comme opération, l'extraction par le vagin ou élytrotomie.

(1) *Société de chirurgie*, janvier 1896.

LIVRE VIII

DES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES

Ce livre comprend deux sections: les manœuvres et les opérations obstétricales.

Les **manœuvres**, comme leur nom l'indique, sont des interventions qui ne nécessitent que l'emploi de la main, elles sont permises à tous les praticiens, médecins et sages-femmes.

Les **opérations** obstétricales réclamant l'usage d'instruments sont du ressort exclusif du médecin.

PREMIÈRE SECTION

MANŒUVRES OBSTÉTRICALES

PERMISES AUX SAGES-FEMMES

Elles sont au nombre de deux principales :

La délivrance artificielle.

La version.

CHAPITRE PREMIER

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

La délivrance artificielle, rangée ordinairement dans la classe des opérations, est une manœuvre obstétricale, dont la pratique doit être familière.

Manuel opératoire. — La femme est placée dans la position obstétricale, le vagin est détergé par une injection antiseptique.