

Dans le cas de septicémie grave et rapide, n'oubliez pas la possibilité d'une collection purulente péri-utérine; le pus est la source non soupçonnée des accidents.

21. TUMEURS DE L'OVAIRE ET DU VOISINAGE. — Toute tumeur de l'abdomen est susceptible d'amener une entrave au cours normal de la grossesse et de l'accouchement; parmi elles, je mentionnerai surtout les *kystes de l'ovaire et du ligament large*, à cause de leur importance relative

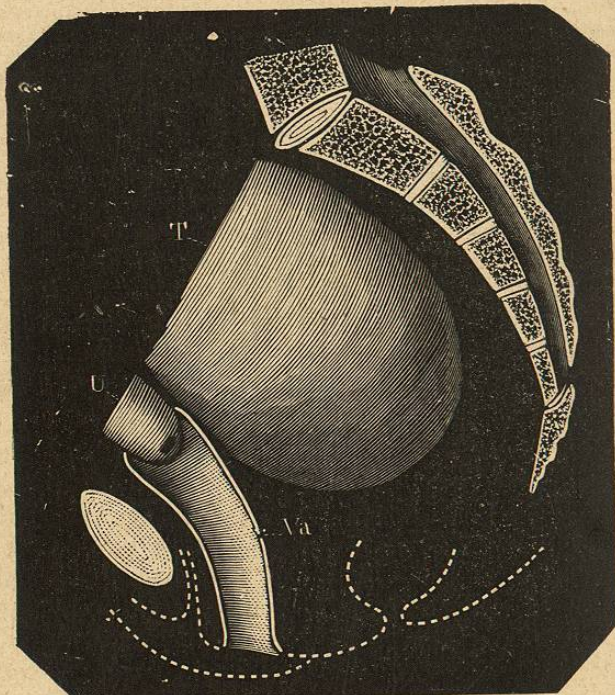


Fig. 381. — Kyste du ligament large. — U., col de l'utérus. — Va., vagin. (BUDIN.)

Le kyste peut, en plongeant dans la cavité de Douglas, mettre obstacle à l'accouchement (fig. 381), la ponction permettra de lever l'obstacle.

Pendant la grossesse, si le kyste est volumineux et fait craindre des complications sérieuses, on pourra l'enlever par l'ovariotomie.

Aphorisme.

Parmi les tumeurs, les kystes à contenu séreux sont les moins graves au point de vue de l'accouchement, car la ponction permet de lever l'obstacle sans danger pour la vie.

VII

PLACENTA

SOMMAIRE

1. Placentite. — 2. Atrophie et hypertrophie. — 3. Apoplexie, hémorragie. — 4. Œdème. — 5. Dégénérescence fibro-graisseuse, sclérose. — 6. Dégénérescence calcaire. — 7. Altérations albuminuriques. — 8. Altérations syphilitiques. — 9. Kystes. — 10. Tumeurs solides. — 11. Adhérences. — 12. Môle hydatiforme. — 13. Insertion vicieuse du placenta.

1. **Placentite.** — L'inflammation du placenta, si elle existe, est encore fort mal connue.

2. **Atrophie et hypertrophie.** — L'atrophie et l'hypertrophie, qui peuvent exister pour l'ensemble du placenta ou pour chaque élément en particulier, sont sans conséquence, à moins d'être accompagnées d'un autre état pathologique.

3. **Apoplexie et hémorragie.** — Les hémorragies ou apoplexies placentaires, d'origine maternelle, se présentent sous trois formes : 1° infiltration sanguine mal limitée ; 2° foyer à parois irrégulières ; 3° foyer nettement circonscrit. — Le sang ainsi épanché subit l'évolution habituelle en pareil cas, transformation progressive en une masse granulo-graisseuse ; à la coupe de certains placentas, on trouve parfois une série de noyaux fibro-granulo-graisseux, qui ne sont autres que les restes d'anciennes hémorragies. — CAUSES : cardiopathie, albuminurie, maladie infectieuse, traumatisme, fluxion coïncidant avec l'époque menstruelle ; souvent pas de cause appréciable. — RÉSULTAT : arrêt du développement de l'enfant, sa mort possible, avortement. — TRAITEMENT : à peu près nul, sinon la thérapeutique qui s'adresse à la cause supposée. — Chez les femmes qui, pendant la grossesse, ont mensuellement une poussée congestive du côté de l'utérus, on pourra faire une saignée de 150 à 200 grammes, qu'on répétera à chaque période des règles, si l'apoplexie a amené l'interruption de grossesses antérieures.

4. **Œdème.** — Cet œdème existe, mais est mal connu ; importance pratique nulle.

5. **Dégénérescence fibro-graisseuse. — Sclérose.** — Sous l'influence de l'endométrite, de la syphilis, ou le plus souvent d'une cause inconnue, on voit les villosités chorionales être envahies par la dégénérescence fibro-graisseuse ; le processus est analogue à celui qui détruit physiologiquement les villosités en dehors de la zone placentaire. Le placenta est ainsi partiellement ou complètement envahi de la périphérie vers le centre. Le résultat en est l'affaiblissement ou la mort du fœtus avec avortement consécutif. Cer-

taines femmes font ainsi, avec une ténacité désespérante, une série de fausses couches de quatre à six mois, et ce, par le fait exclusif de cette dégénérescence. — Au point de vue histologique et pathogénique, cette dégénérescence diffère de l'apoplexie placentaire, où l'hémorragie est le phénomène initial, mais le résultat est analogue ; souvent les deux processus se combinent pour amener la destruction placentaire et la mort de l'enfant.

TRAITEMENT : remédier à l'endométrite et à tout état pathologique des organes génitaux : traitement général tonique, iodure de potassium, qui peut quelquefois exercer une heureuse influence, même en dehors de la syphilis.

6. Dégénérescence calcaire. — Sorte de pétrification à points disséminés qui envahit souvent le placenta, surtout au niveau de sa face utérine. — Cause inconnue. — Influence nulle sur le développement du fœtus.

7. Altérations albuminuriques. — Plaques blanchâtres, dues à des territoires de dégénérescence fibro-graisseuse.

8. Altérations syphilitiques. — Hypertrophie des villosités. — Dégénérescence fibreuse. — Ilots caséux. — Gommès.

9. Kystes. — Les kystes sont fréquents à la face fœtale du placenta ; volume de noisette à mandarine. — Les uns, d'origine hématique, les plus fréquents, sont compris dans l'épaisseur du chorion. — Les autres, séreux, formés par une substance analogue à la gélatine de Wharton, siègent entre le chorion et l'amnios. Importance clinique nulle.

10. Tumeurs solides. — Fibromes. — Fibromes angiomateux¹. — Myxomes fibreux. — Sarcomes. — Tumeurs mal connues. — Grande rareté.

11. Adhérences. — Quand l'expulsion a eu lieu avant terme, à la suite d'hémorragies, de dégénérescence, et le plus souvent sans cause appréciable, il existe une adhérence anormale entre l'utérus et le placenta, de telle sorte que la séparation est difficile, presque impossible. L'adhérence est parfois telle que, sur la table d'autopsie, après ouverture de l'utérus, il est impossible de détacher le placenta, autrement qu'à l'aide d'un instrument tranchant. — La conduite à tenir sera vue à propos des complications de la délivrance.

Aphorismes.

Toute l'anatomie pathologique du placenta, sauf la môle hydatiforme, n'existe encore qu'à l'état d'ébauche ; c'est un chapitre à étudier complètement.

La difficulté à trouver les lésions du placenta vient de la difficulté même qu'on a à bien connaître sa structure.

¹ Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. I, p. 163 et 327.

12. Môle hydatiforme (Myxome chorio-placentaire).

SOMMAIRE

Définition et divisions. — Symptomatologie. — Anatomie pathologique. — Pathogénie. Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

Môle. « Masse charnue qui se forme quelquefois dans l'utérus, sous l'influence de la fécondation. » (Dict. Littré et Robin.).

Il existe trois variétés de môles :

1^o La *môle tératologique*, monstre acéphale, où le corps est très incomplètement formé ;

2^o La *môle charnue*, faux germe, masse compacte, formée du placenta plus ou moins dégénéré et enveloppé dans des caillots fibrineux ; le tout ayant séjourné un certain temps dans l'utérus, ou après expulsion de l'embryon, ou alors qu'il n'a pas existé (œuf abortif) ;

3^o La *môle vésiculaire* ou *hydatiforme*, dégénérescence kystique ; c'est cette dernière variété qui sera seule étudiée ici.

On désigne sous le nom de môle hydatiforme une dégénérescence spéciale du placenta et des membranes, dont l'aspect rappelle celui des vésicules d'un kyste hydatique ; nous verrons toutefois que ce n'est là qu'une apparence, et qu'il n'y a aucune parenté avec cette dernière maladie.

La môle hydatiforme, résultat d'une conception comme la grossesse ordinaire, se manifeste par trois symptômes principaux :

Le *développement anormal de l'utérus* : tantôt l'utérus est bosselé, comme s'il était distendu par une masse inégale ; tantôt son développement diffère en plus ou en moins de celui qui devrait exister, étant donnée l'époque de la grossesse ;

Les *hémorragies utérines* qui surviennent d'habitude à une époque peu éloignée de la conception, et qui se montrent très capricieuses comme régularité et comme abondance ;

L'*émission de vésicules* : quelques-unes des vésicules qui constituent la môle hydatiforme peuvent se détacher et être expulsées par l'orifice vulvaire. Toutefois cette émission est rare, malheureusement pour le diagnostic.

Les autres symptômes sont ceux de la grossesse, toutefois on ne constate localement aucune trace de fœtus, et par conséquent aucun signe de certitude ; cependant dans quelques cas exceptionnels, l'enfant peut se développer et vivre ; témoin BÉCLARD, le père, qui naquit au milieu d'une môle hydatiforme.

L'expulsion totale a lieu à la suite d'une ébauche de travail, soit avant terme, soit à terme, à neuf mois, soit quelque temps après le terme normal (cas de M^{me} BOIVIN, 12 mois).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La môle expulsée se présente, tantôt sous la forme d'un amas de vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une

noisette, non réunies sous une même enveloppe (môle sans enveloppe); tantôt au contraire, comme l'indique la figure 382, entourée des membranes ordinaires de l'œuf.

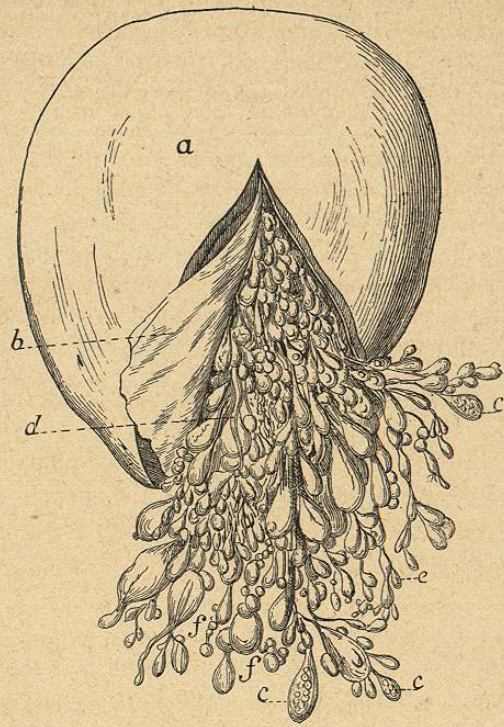


Fig. 382. — Môle hydatiforme (M^{me} BOIVIN).

a, caduque; — b, chorion et amnios; — d, vaisseaux; — c, c, f, vésicules de différents volumes et formes.

Quant au contenu, on peut distinguer trois variétés :

1^o *Môle embryonnée* : au milieu des vésicules se trouve un fœtus qui peut être vivant et viable (grande rareté);

2^o *Môle creuse* : au centre des vésicules un espace rempli de liquide;

3^o *Môle en masse* : la cavité centrale a disparu; les vésicules occupent toute l'épaisseur de la poche.

Les vésicules sont disposées sous forme de *grappes*; chacune d'elles se compose d'une membrane d'enveloppe renfermant un liquide transparent.

La paroi utérine est tantôt séparée des vésicules par les membranes de l'œuf, tantôt directement à leur contact; dans quelques cas exceptionnels, les vésicules s'insinuent dans le tissu utérin, se frayant plus ou moins loin un chemin à travers les fibres : forme grave à cause des complications qu'elle peut amener.

PATHOGÉNIE. — On a discuté longtemps pour savoir si cette môle hydatiforme dépendait ou non du développement d'un ovule fécondé, s'il s'agissait

d'un simple néoplasme utérin ou d'un œuf dégénéré; les auteurs se sont ainsi divisés en *conceptivistes* et *anticonceptivistes*. — Les conceptivistes ont triomphé, car il est admis aujourd'hui sans conteste que la môle hydatiforme est le résultat d'une dégénérescence des annexes de l'œuf, en particulier des villosités choriales (membranes et placenta, ces différentes villosités recouvrant tout l'œuf dans les premiers temps de la grossesse). Toutefois l'accord n'est pas encore complet sur la nature même de cette altération de la villosité.

Pour ROBIN, il y a *hydropisie de chaque villosité*; chacune des villosités est percée à son centre d'un canal, dont la distension arrive à former un petit kyste analogue à un grain de raisin.

Pour VIRCHOW, il s'agit d'un *myxome* se développant aux dépens des éléments de la villosité et amenant la dégénérescence kystique.

L'explication de VIRCHOW (myxome chorio-placentaire) est la plus généralement acceptée à l'heure actuelle.

DIAGNOSTIC. — Chez une femme qui présente tous les signes d'une grossesse, dont l'utérus est inégal ou de volume peu en rapport avec l'époque supposée de la conception, qui a des hémorragies abondantes ou répétées, il faut penser à une môle hydatiforme; mais le diagnostic ne deviendra certain que lorsqu'une ou plusieurs vésicules auront été expulsées. Cette émission étant rare, le diagnostic reste souvent en suspens jusqu'à l'expulsion totale de la môle.

PRONOSTIC. — Grave pour l'embryon, qui succombe presque toujours ou ne se développe pas.

Réservé pour la mère, à cause des complications sérieuses (surtout hémorragies) qui peuvent survenir. Réservé aussi pour l'avenir, à cause des tumeurs malignes (déciduomes malins) qui peuvent en résulter.

TRAITEMENT.

1^o *Avant l'expulsion.* — Simple expectation; si l'hémorragie devenait abondante, on aurait recours au tamponnement vaginal, pratiqué comme nous le verrons tout à l'heure pour le placenta prævia. La provocation du travail n'est jamais indiquée.

2^o *Pendant l'expulsion.*

Col non ouvert. — Même conduite que tout à l'heure.

Col ouvert. — Laisser l'expulsion se faire spontanément, à moins qu'il n'y ait une hémorragie grave; auquel cas on introduirait la main dans l'utérus pour détacher et enlever toute la masse pathologique. Si le tissu utérin était envahi par les vésicules, et l'hémorragie persistante, le tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée serait nettement indiqué; sinon on aurait recours aux moyens hémostatiques habituels.

3^o *Après l'expulsion.* — Antisepsie rigoureuse; si l'écoulement était fétide et entraînait des débris restés dans l'utérus, il faudrait recourir à des irrigations antiseptiques intra-utérines, et au besoin au curage, complété ou non par le tamponnement intra-utérin.

Aphorismes.

Quand une femme vous paraît enceinte, sans que vous puissiez trouver aucun signe de certitude de la grossesse alors qu'ils devraient exister, pensez à la môle hydatiforme.

N'affirmez la môle que quand vous l'avez en main par l'expulsion d'un fragment caractéristique.

13. Insertion vicieuse du placenta. — Placenta prævia.

SOMMAIRE

Définition et divisions. — Fréquence. — Anatomie pathologique. — Symptômes : a, grossesse; b, accouchement. — Diagnostic : pendant la grossesse; pendant le travail; après la délivrance. — Étiologie. — Pronostic. — Traitement : des différentes méthodes de traitement. De leur application : a, pendant la grossesse; b, pendant le travail; c, pendant la délivrance; d, traitement excitant et réparateur.

A l'exemple de BARNES, divisons l'utérus en trois régions par deux plans parallèles :

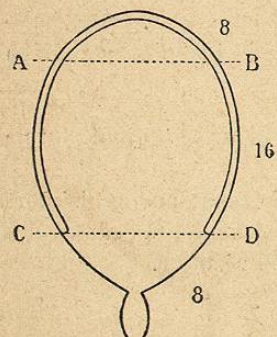


Fig. 383.

A B constitue le cercle polaire supérieur; — C D, le cercle polaire inférieur.

L'inférieur passant à 8 centimètres de l'orifice interne, c'est le siège même du cercle utérin (anneau de Bandl);

Le supérieur à 8 centimètres du pôle supérieur de l'utérus.

Ces deux plans sont représentés par le schéma 383.

Tout placenta qui, par une partie quelconque de sa surface, s'insère au-dessous du plan CD, c'est-à-dire qui empiète sur le cercle utérin, est un placenta polaire inférieur, ou prævia.

De même tout placenta qui, par une partie quelconque de son étendue, s'insère au-dessus

du plan A B situé à 8 centimètres du pôle supérieur, est un placenta polaire supérieur.

Tout placenta s'insérant entre ces deux plans, et n'empiétant pas sur eux, peut être dit moyen ou équatorial, car il s'implante sur l'équateur de l'utérus ou dans son voisinage.

On peut donc, d'après l'insertion, distinguer trois variétés :

Placenta polaire supérieur;

Placenta équatorial;

Placenta polaire inférieur ou prævia.

Or¹, dans le tiers des cas, le placenta est polaire inférieur ou prævia.

¹ Voir mes *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 368.

Dans les deux tiers des cas, polaire supérieur. (Insertion normale ou physiologique.)

Il est tout à fait exceptionnel que le placenta soit franchement équatorial. On voit donc que le *placenta prævia*, encore désigné sous le nom d'*insertion vicieuse du placenta*, est loin d'être rare, et que dans un tiers des cas

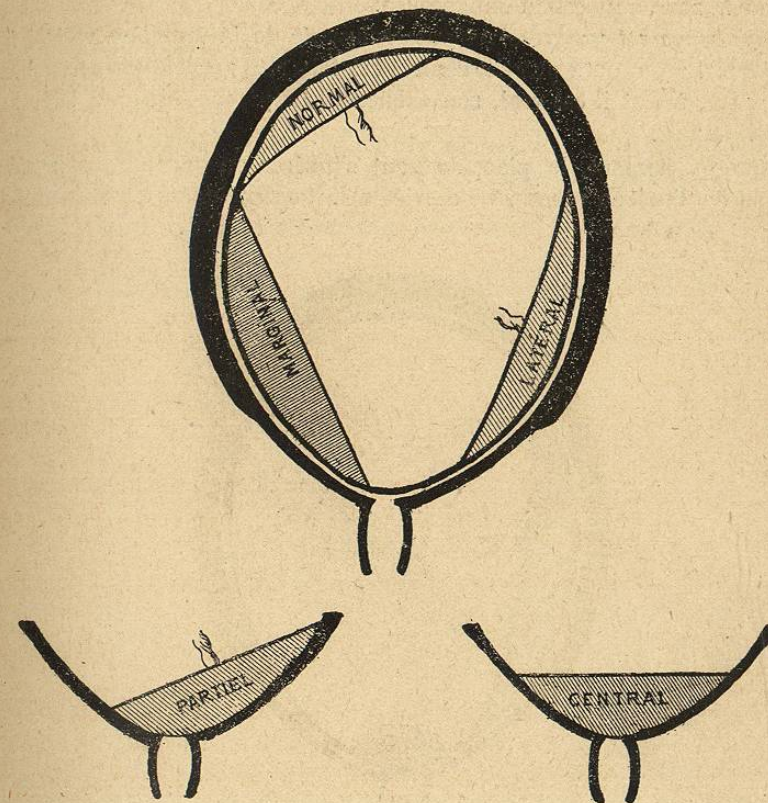


Fig. 384. — Différentes variétés d'insertion placentaire.

environ, cet organe s'insère sur la voie utérine que le fœtus doit suivre pour arriver au dehors des organes génitaux. C'est justement cette dernière circonstance qui fait le danger de l'insertion vicieuse, et qui lui vaut une place importante dans la pathogénie puerpérale.

Il y a quatre variétés de placenta prævia :

1° Le *placenta prævia central*. — Le centre du placenta correspond à l'orifice interne de l'utérus. — La plus grande partie du placenta est insérée dans le segment inférieur, dans l'aire enfermée par le cercle utérin¹.

2° Le *placenta prævia partiel*. — Un point quelconque du placenta, intermédiaire entre son centre et son bord, correspond à l'orifice interne de l'utérus.

¹ Ce qui indique que ce segment inférieur se développe progressivement pendant toute la grossesse, et non brusquement au voisinage de l'accouchement.

3° Le *placenta prævia marginal*. — Le bord du placenta affleure l'orifice interne de l'utérus.

4° Le *placenta prævia latéral*. — Le bord du placenta se trouve de 1 à 8 centimètres de l'orifice interne. — Tout le segment inférieur qui s'étend circulairement à 8 centimètres de l'orifice interne (limite cercle utérin), constitue la zone d'insertion dangereuse.

La fréquence est progressivement croissante de la première variété à la quatrième. Le placenta prævia central est très rare; quelques accoucheurs nient même, à tort il est vrai, son existence. Le placenta prævia latéral est le plus commun.

Exceptionnellement, le placenta peut s'insérer en partie dans la cavité cervicale de l'utérus (grossesse cervicale)¹. Les accidents et la conduite à tenir sont les mêmes que dans le placenta prævia central.

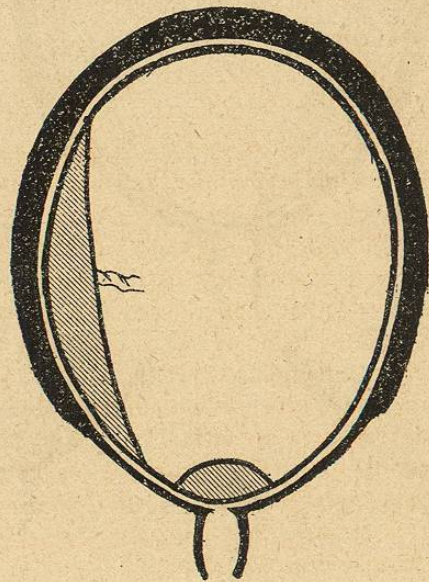


Fig. 385. — Cotylédon accessoire prævia.

Je ne ferai également que mentionner le cas où il y a insertion vicieuse d'un cotylédon accessoire² (fig. 385); la conduite à tenir étant la même que dans le placenta prævia ordinaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le placenta vicieusement inséré s'étend en nappe;

¹ Voir Thévenot. *De la grossesse cervicale* (*Union médicale*, 1881). L'insertion partielle du placenta dans la cavité cervicale, ce qu'on a désigné sous le nom de grossesse cervicale, n'est autre chose qu'un stade de l'avortement, pendant lequel l'œuf est retenu plus ou moins longtemps dans la partie inférieure de l'utérus, au voisinage de l'orifice externe. Le col de l'utérus ne donne abri que secondairement à l'œuf et non primitivement; le nom de grossesse cervicale ne saurait donc convenir.

² Voir mes *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 436.

il gagne en surface ce qu'il perd en épaisseur, à l'exemple de ces arbres qui, plantés en terrain maigre ou au voisinage du roc, étendent leurs racines au loin pour pouvoir suffire à leur subsistance.

Sur le placenta, de préférence au voisinage du bord, on rencontre souvent de petits territoires membraneux. — La partie correspondante de l'orifice interne est d'habitude moins épaisse que celle qui l'entoure (godet orificiel).

Quand on examine un placenta prævia partiel ou central, peu après son expulsion, on trouve souvent sur sa face utérine trois zones de coloration différente: une centrale correspondant à l'orifice interne, pâle et jaunâtre; une intermédiaire, rougeâtre; une périphérique plus claire. Ces différentes zones sont dues aux modifications circulatoires du placenta et aux hémorragies ayant eu lieu pendant la grossesse.

Le fœtus présente d'habitude un développement moindre qu'à l'état normal.

SYMPTÔMES.

a. Grossesse.

Hémorragie, — *rupture prématurée des membranes*, — *présentation vicieuse du fœtus*, — *expulsion prématurée de l'œuf*, sont les quatre conséquences possibles du placenta prævia.

Toute *hémorragie*¹ abondante qui survient pendant les trois derniers mois de la grossesse, alors que pendant les six premiers il n'y a eu aucun écoulement de sang, est le résultat d'une insertion vicieuse du placenta. Les exceptions sont rares. — Cette hémorragie se produit à un moment quelconque, souvent le matin; la femme se réveille baignant dans une mare de sang. — Tantôt l'écoulement s'arrête spontanément, tantôt continue avec une abondance suffisante pour être mortel. — Cette hémorragie peut se répéter plusieurs fois pendant le dernier trimestre de la grossesse. Elle est d'autant plus grave et plus précoce que l'insertion se rapproche davantage de la variété centrale. Il est rare que l'hémorragie se produise pendant le second trimestre de la grossesse.

Dans les derniers temps de la gestation, les membranes ovulaires, par le fait de l'ampliation du segment inférieur, se décolent à partir de l'orifice interne, plus ou moins loin sur la paroi utérine; c'est ce même décollement qui se continue pendant le travail, et s'achève au moment de la délivrance. Or, si une adhérence quelconque empêche le décollement, et le placenta

¹ On a longuement discuté sur la pathogénie de cette hémorragie; il est incontestable qu'elle résulte du *décollement du placenta*. — Pendant le travail, ce décollement s'explique facilement par l'ouverture du col, mais durant la grossesse la pathogénie n'est pas aussi claire. — LEVRET incriminait l'effacement du col, mais son existence est relativement rare pendant la grossesse. — LEGROUX et JACQUEMIER ont invoqué le manque de parallélisme entre le développement du placenta et celui du segment inférieur; — pour JACQUEMIER, l'utérus subit une ampliation plus rapide que le placenta; — LEGROUX admet le contraire. — DUNCAN considère le décollement comme un simple accident. — Parmi ces diverses théories celle de JACQUEMIER est peut-être la plus satisfaisante, mais le débat sur ce point ne saurait nous passionner, car il ne conduit à aucune conséquence pratique.