

dix heures); elle amène l'atténuation de la dyspnée qui accompagne l'état syncopal; facilement applicable dans la plupart des circonstances, elle constitue une précieuse ressource pour combattre les fâcheux effets de l'hémorragie.

Aphorismes.

Toute hémorragie de la grossesse doit faire penser au placenta prævia; ce doit être un réflexe obstétrical.

Du sang ou de l'eau (rupture des membranes), il faut l'un ou l'autre quand il existe un placenta prævia. — C'est dire que la rupture des membranes empêche l'hémorragie.

Une femme atteinte de placenta prævia doit être surveillée presque aussi attentivement qu'un aliéné dangereux, bien que ce ne soit pas pour les mêmes raisons.

Tamponnement vaginal et rupture des membranes, tels sont les deux pôles autour desquels gravite toute la thérapeutique du placenta prævia.

VIII

ENVELOPPES OVULAIRES. — CORDON. — LIQUIDE

SOMMAIRE

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Amnios | Amniotite. — Brides amniotiques. |
| 2. Chorion | Hypertrophie.
(Môle hydatiforme, précédemment étudiée). |
| 3. Caduques | Endométrite.
Atrophie.
Hydorrhée. |
| 4. Cordon | Anomalies de longueur.
Circulaires. — Rupture.
Nœuds.
Torsion.
Obstruction des vaisseaux. |
| 5. Liquide amniotique. | Hydramnios.
Défaut de liquide. |

1° AMNIOS

Amniotite. Brides amniotiques. — On admet généralement l'inflammation de l'amnios (amniotite), dont le résultat peut être l'augmentation du liquide amniotique (hydramnios) et la formation de *brides amniotiques*, qui relient la surface de l'amnios et du fœtus. Ces brides sont constituées par des sortes de bandes, analogues à celles qu'on rencontre à la surface des séreuses après leur inflammation; tirillées, elles sont susceptibles de se

détacher, soit de l'amnios, soit du fœtus, et forment ainsi des lambeaux libres par une de leurs extrémités; quand elles entourent et compriment un membre, elles en amènent la section (*amputation congénitale*).

2° CHORION

En dehors de la môle hydatiforme, qui a été précédemment étudiée, on observe, du côté du chorion, soit une hypertrophie des villosités (myxome non vésiculaire), soit une sorte d'hypertrophie en masse avec nodosités nombreuses (inflammation chronique).

3° CADUQUES

Endométrite. — L'inflammation de la trame conjonctive donne l'endométrite *diffuse*; celle des cellules de la caduque, l'endométrite *polypeuse*; celle enfin des glandes, l'endométrite *kystique*. Ces diverses variétés d'endométrite qui atteignent surtout les caduques utérine et utéro-placentaire sont une cause d'avortement. Le traitement est nul pendant la grossesse, où le diagnostic est d'ailleurs impossible; après un avortement, pour permettre le développement normal d'une nouvelle grossesse, on aura recours au traitement ordinaire de l'endométrite et surtout au curage de l'utérus.

Atrophie. — L'atrophie de la caduque, qui a été considérée comme une cause possible d'avortement, est à peine connue.

Hydorrhée (ὕδωρ, eau; ρεῖν, couler).

Symptômes. — A partir du deuxième mois de la grossesse, mais plus volontiers pendant les trois derniers mois, la femme peut, brusquement et sans cause appréciable, perdre un *flot* de liquide analogue à celui que renferme l'amnios et dont la quantité sera de quelques grammes à un demi-litre.

Ultérieurement, la perte continue d'habitude — tantôt *rémittente*, c'est-à-dire qu'il y a un suintement persistant, entremêlé de temps à autre par série de flots analogues au premier, mais dans leur intervalle la perte est série un écoulement plus abondant, — tantôt *intermittente*; il existe une série de flots analogues au premier, mais dans leur intervalle la perte est nulle.

Après chaque évacuation abondante de liquide, la femme accuse une diminution du volume du ventre.

Cette perte aqueuse, dont l'origine est dans l'œuf même, se termine de deux façons: tantôt l'écoulement cesse et la grossesse continue son cours jusqu'au terme normal; tantôt il y a expulsion prématurée de l'œuf (avortement ou accouchement prématuré).

Pathogénie. — Au point de vue pathogénique on s'accorde aujourd'hui à reconnaître deux variétés d'hydorrhée:

L'une, *sans rupture de l'œuf, hydorrhée déciduale*, causée par une inflammation plus ou moins localisée de la caduque et de ses glandes; il y aurait

là soit une *endométrite séreuse*, soit une *transsudation* de liquide contenu dans l'œuf, avec accumulation momentanée entre les deux caduques utérine et ovulaire; puis le liquide écartant ces deux membranes l'une de l'autre s'ouvrirait un chemin jusqu'à l'orifice de l'utérus, d'où il s'échapperait au dehors.

L'autre *avec rupture de l'œuf, hydorrhée amniotique*, constituée par une rupture prématurée des membranes, pouvant se faire au niveau ou à une certaine distance de l'orifice utérin.

Diagnostic et pronostic. — On ne confondra pas l'hydorrhée avec les *écoulements vulvo-vaginaux*, assez fréquents pendant la grossesse, le diagnostic avec l'*incontinence d'urine* sera parfois plus délicat. Cependant l'odeur du liquide perdu, au besoin l'application d'un tampon vaginal qui resterait sec en cas d'incontinence, empêcheraient l'erreur.

Bien plus difficile est le diagnostic entre les deux variétés d'hydorrhée: une grande abondance de liquide, un premier flot très copieux, 300 grammes ou plus, l'écoulement rémittent, indiqueront plutôt la rupture de l'œuf (hydorrhée amniotique), — au contraire, la faible abondance de liquide, l'écoulement franchement intermittent, plaideront pour l'intégrité ovulaire (hydorrhée déciduale).

Ce diagnostic a son importance, car si l'œuf est rompu, l'expulsion aura lieu en général dans les quinze jours qui suivent la rupture, quoique exceptionnellement elle puisse se faire attendre un peu plus longtemps, jusqu'à deux mois (fait de Poullet où l'intervalle a été de neuf semaines). Tandis qu'avec un œuf intact (hydorrhée déciduale) la grossesse arrivera le plus souvent sans trop de difficultés à son terme normal, quelle que soit l'époque où se produise l'hydorrhée.

En pratique, à moins que l'abondance de liquide ne rende la distinction relativement facile, il sera préférable de laisser le diagnostic en suspens; le temps seul apportera la solution, car, si après deux mois la grossesse n'est pas interrompue, on sera autorisé à croire à l'intégrité de l'œuf, c'est-à-dire à l'hydorrhée déciduale.

Cette incertitude du diagnostic n'a d'ailleurs d'importance qu'au point de vue du pronostic, car dans l'un et l'autre cas le traitement est le même.

Traitement. — Ce traitement consiste, d'une part, à imposer le repos soit dans le lit, soit dans un fauteuil, d'autre part, à calmer l'utérus avec le viburnum prunifolium ou des préparations opiacées, comme on le fait dans les menaces d'avortement, de manière à prolonger la grossesse aussi longtemps que possible. — Cette prolongation n'a d'intérêt que pour le fœtus et ne serait naturellement pas recherchée, s'il était mort. — Cependant il est des cas de rupture prématurée des membranes (hydorrhée amniotique), où l'expectation est contre-indiquée: c'est lorsque la cavité amniotique s'infecte; le liquide qui s'écoule devient fétide, la température s'élève; le fœtus et sa mère courent des dangers. En pareil cas, il est préférable de hâter l'accouchement, et le meilleur moyen consiste à placer dans l'utérus un gros ballon de Champetier. A la dilatation complète, on extrait l'enfant par la version ou à l'aide du forceps.

4^e CORDON

Anomalies de longueur. Circulaires. Ruptures. — La longueur du cordon, qui mesure en moyenne un demi-mètre, peut osciller entre 0 et 3 mètres.

L'excès de longueur expose à la procidence et aux circulaires, la brièveté a des conséquences plus sérieuses.

On distingue deux sortes de *brièvetés*: l'une *réelle* ou *absolue*, due à la faible longueur du cordon; l'autre *relative* et causée par l'enroulement de la tige funiculaire autour du cou ou du membre fœtal, *circulaires du cordon*.

Pendant la grossesse, la brièveté absolue ou relative du cordon peut être causée d'une douleur vive en une région localisée de l'utérus (tiraillements sur le placenta), de présentation vicieuse, et parfois du décollement du placenta, source d'hémorragie.

Pendant le travail, on pourra observer les mêmes inconvénients que durant la grossesse, et de plus une certaine lenteur dans la dilatation du col, due sans doute à ce que la partie fœtale ne s'abaisse pas librement; il faudra parfois aider l'accouchement manuellement ou avec le forceps. Conséquences possibles: la mort du fœtus et la rupture spontanée du cordon.

Cette rupture se produit le plus souvent au voisinage du placenta ou de l'ombilic, quelquefois sur le trajet du cordon. La rupture spontanée du cordon s'observe parfois sans brièveté, sous l'influence d'une projection trop brusque du fœtus hors des organes génitaux.

La brièveté du cordon pourra être, pendant la grossesse, une contre-indication de la version par manœuvres externes; on la soupçonnera à la difficulté même qu'on éprouvera à faire cette version. — Au moment du travail, après l'expulsion de la tête, il faut toujours s'assurer par le toucher de l'absence de circulaires autour du cou, et, au cas où ils existent, les libérer, soit en passant l'anse du cordon autour de la tête, soit en la faisant glisser sur les épaules, soit au besoin en pratiquant la section suivie d'une prompt extraction.

Nœuds. — Les nœuds du cordon, qui se forment sous l'influence des évolutions de l'enfant, peuvent présenter les aspects les plus variés (fig. 391). Leur importance pratique est nulle, car, contrairement à ce qu'on pourrait présumer, ils sont incapables d'interrompre complètement la circulation funiculaire.



Fig. 391. — Nœud de Baudelocque. (CHARPENTIER.)

Torsion. — La torsion *exagérée* du cordon sur lui-même est susceptible d'amener la mort du fœtus, mais cette cause doit être considérée comme très exceptionnelle¹.

Obstruction des vaisseaux funiculaires. — Parmi les différentes causes susceptibles d'amener l'obstruction des vaisseaux funiculaires, les unes sont *extrinsèques* et ont été mentionnées en partie : circulaires, nœuds, procidence, adhérences, torsion exagérée; les autres sont *intrinsèques* : phlébite de la veine ombilicale, malformation du cordon, brièveté, tumeurs, rétrécissement simple des vaisseaux.

5° LIQUIDE AMNIOTIQUE

Excès de liquide. Hydramnios. — La quantité normale du liquide amniotique est de 500 grammes ou un demi-litre; toutes les fois qu'elle dépasse 1.000 grammes ou un litre, on dit qu'il y a hydrométrie de l'amnios ou hydramnios. Entre un demi et un litre les variations dans la quantité du liquide amniotique sont considérées comme physiologiques; l'état pathologique ne commence qu'au delà.

FRÉQUENCE. — $\frac{1}{100}$ grossesses environ.

PATHOGÉNIE. — L'hydramnios est le résultat de l'exagération dans la sécrétion du liquide amniotique; or nous avons vu (p. 50) que ce liquide avait :

Tantôt une origine ovulaire : sécrété soit par l'AMNOS au *niveau du placenta* (*vasa propria* de Jungbluth), ou du *cordons*, soit par le FŒTUS, grâce à l'intermédiaire de la *peau* ou des *reins*;

Tantôt une origine maternelle : transsudation séreuse de l'utérus jusque dans la cavité amniotique à travers les parois ovulaires.

Or, tout trouble de la circulation fœtale ou maternelle est susceptible d'exagérer la sécrétion du liquide amniotique, et par conséquent de produire l'hydramnios. — L'hydramnios a donc une pathogénie analogue à toutes les hydrométies, dont la source est surtout dans une gêne circulatoire.

ÉTIOLOGIE.

a. *Causes fœtales.* — On ne connaît bien que trois causes :

1° La *syphilis*, qui agit soit par les lésions hépatiques ou placentaires qu'elle amène, les unes et les autres étant une source de troubles circulatoires;

2° Les *malformations*, indiquant un vice dans la constitution du fœtus, chez lequel la circulation doit par là même être insuffisante²;

3° La *gémellité*, où la circulation d'un fœtus est gênée par celle du voisin plus vigoureux; parfois les deux circulations s'entravent mutuellement, d'où hydramnios des deux œufs.

¹ Voir Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 498.

² Wilson. *Oblitération prématurée du conduit de Botal*. 2 cas. — *Am. J. of obstetrics*, 1887, p. 1.

D'une façon générale, on peut admettre que toute cause amenant la gêne de la circulation fœtale est susceptible de conduire à l'hydramnios; tels la sténose des vaisseaux funiculaires, les circulaires trop serrés, etc. (L'influence de l'amniotite, admise par quelques auteurs, est très hypothétique, comme d'ailleurs cette inflammation elle-même.)

b. *Causes maternelles.* — Les causes de cette maladie sont chez la mère les mêmes que celles qui amènent l'hydrométrie, l'œdème, l'anasarque. Aussi voit-on souvent l'hydramnios coïncider avec ces différentes maladies de la gestante.

SYMPTÔMES. — L'hydramnios se manifeste sous deux formes, l'une *chronique*, l'autre *aiguë*.

a. *Forme chronique.* — Début insensible; l'exagération dans la quantité de liquide devient notable à partir de cinq à six mois. Développement anormal de l'abdomen. Douleurs abdominales et lombaires. Gêne respiratoire. Sensation peu nette des mouvements actifs du fœtus.

Inspection : tension de la paroi abdominale, exagération du volume de l'abdomen; à une période avancée de la grossesse, œdème sus-pubien. — *Palpation* : sensation de *flot* observée en plaçant une main d'un côté de l'ombilic et en frappant brusquement l'utérus au point symétrique¹, sensation analogue à celle qui existe dans l'ascite. La palpation du fœtus est difficile à cause de l'abondance du liquide; l'enfant jouit d'une mobilité exagérée dans la cavité ovulaire. — *Auscultation* : bruits du cœur fœtal sourds, parfois impossibles à entendre. — *Toucher* : béance exagérée du col, effacement avant le début du travail.

L'hydramnios chronique se termine, tantôt par un accouchement prématuré, tantôt par un accouchement à terme. Le travail est d'habitude lent, les contractions utérines languissantes. Si le liquide qui s'écoule de l'œuf est recueilli, on pourra en mesurer directement la quantité et vérifier, sans contestation possible, l'existence ou l'absence de l'hydramnios supposée.

b. *Forme aiguë.* — Tantôt primitive, tantôt secondaire à la forme chronique. Développement rapide du ventre, donnant lieu aux mêmes symptômes physiques que précédemment. Mais les troubles fonctionnels prennent ici une gravité prononcée; les douleurs sont aiguës, la respiration difficile va parfois jusqu'à l'orthopnée; la face est bleuâtre, asphyxique, les vomissements fréquents et rebelles; enfin il y a souvent de la fièvre. La terminaison a lieu soit par la mort (asphyxie progressive) si on n'intervient pas, soit par l'expulsion de l'œuf, soit par transformation en forme chronique avec atténuation progressive des symptômes.

DIAGNOSTIC. — a. *Pendant la grossesse.*

Premier point : reconnaître la grossesse. — *Deuxième point* : diagnostiquer l'hydramnios.

On sera conduit à supposer l'hydrométrie de l'amnios, quand il y a exagé-

¹ A l'état normal, avec une quantité physiologique de liquide amniotique, la sensation de *flot* n'existe pas, ce qu'on attribue à ce que le fœtus fait écran entre les deux moitiés de l'utérus (voir p. 149).

ration du volume de l'abdomen par rapport à l'époque de la grossesse, et on la reconnaît à la *sensation de flot*, qui n'existe nettement que lorsque la quantité de liquide amniotique dépasse un litre.

Mais cette sensation de flot se rencontre également dans l'*ascite*, dans certains *kystes de l'ovaire*, dans la *surdistension de la vessie par l'urine*. — L'*ascite* est caractérisée par la matité dans les régions les plus déclives de l'abdomen, et par le déplacement de la matité avec le changement de position de la malade. — Le *kyste de l'ovaire* forme une tumeur distincte de l'utérus, dans laquelle on ne sentira aucune partie rappelant par sa forme le fœtus. En cas de kyste simulant la distension d'une corne de l'utérus, essayer de faire passer la partie fœtale voisine dans cette tumeur; si elle passe, c'est l'utérus; sinon, c'est vraisemblablement un kyste. — La *distension vésicale* sera aisément diagnostiquée par le cathétérisme, qu'il ne faudra jamais manquer de pratiquer en cas de doute.

Toutes les fois qu'on soupçonnera ou qu'on aura constaté de l'hydramnios, le diagnostic de la grossesse gémellaire doit être également posé, car on sait la coïncidence fréquente de la gémellité avec l'exagération du liquide amniotique, pouvant, lorsque les deux œufs sont distincts, n'en atteindre qu'un ou les deux à la fois.

Je me contente de mentionner la possibilité de l'hydramnios dans le cas de grossesse extra-utérine.

b. *Pendant le travail*. — Le diagnostic devient facile après la rupture de la poche des eaux; il suffit en effet de recueillir le liquide amniotique et d'en mesurer la quantité. — Avant l'écoulement du liquide, le diagnostic se fait de même que pendant la grossesse.

PRONOSTIC. — La *forme chronique* est relativement bénigne: toutefois elle expose à l'accouchement prématuré, aux présentations vicieuses, à la procidence du cordon au moment de la rupture de la poche des eaux, enfin à la lenteur du travail.

La *forme aiguë* est au contraire grave, car elle aboutit le plus souvent soit à la mort de la femme, soit à l'expulsion prématurée de l'œuf.

Dans toute hydramnios, redouter l'éclampsie et les hémorragies graves de la délivrance, causées par la surdistension de l'utérus.

Le pronostic pour l'enfant dépend plus de la cause de l'hydramnios (syphilis, malformations, etc.) que de l'hydropisie elle-même.

TRAITEMENT.

Forme chronique. — Simple expectation pendant la grossesse, ou se contenter de purgatifs, de diurétiques, dont l'utilité est d'ailleurs contestable. En cas de syphilis, donner le traitement mercuriel, ou mixte avec l'iodure de potassium.

Au moment du travail, rompre prématurément la poche des eaux au cas où les trois conditions suivantes sont réunies: contractions languissantes, présentation du sommet franchement engagé, col effacé et offrant une dilatation de deux travers de doigt au minimum. — On pratiquera cette rupture comme d'habitude, mais en ayant soin d'obstruer la vulve avec la main, pour empê-

cher la sortie trop brusque du liquide (crainte de procidence du cordon); on accomplit cette rupture avec une tige mousse, tout au voisinage de l'orifice utérin, de manière à n'offrir qu'une étroite issue au liquide amniotique.

Forme aiguë. — Si la rapidité des accidents menace l'existence de la femme, on sera autorisé à avoir recours, soit à la ponction capillaire de l'œuf par l'abdomen ou par le vagin, soit à l'accouchement provoqué. La ponction capillaire doit en général être préférée à l'accouchement provoqué, car outre qu'elle permet de confirmer le diagnostic, elle soulage immédiatement la femme, et si elle expose fréquemment à l'expulsion prématurée, la grossesse peut quelquefois continuer malgré elle, et arriver à son terme normal. Cette ponction est sans danger, à la condition d'être faite avec toutes les précautions antiseptiques connues.

Aphorismes.

L'hydramnios doit toujours faire penser à la syphilis, bien qu'elle puisse exister sans elle.

En cas d'hydramnios n'oubliez pas de prévenir quelqu'un de la famille, mais non la mère, de la possibilité d'une malformation de l'enfant.

Défaut de liquide amniotique. Hypoamnios. — L'insuffisance de liquide amniotique, dont la quantité peut être réduite à quelques grammes, prédispose à certaines déformations du fœtus par attitude vicieuse dans l'utérus, au manque de développement de l'enfant, et enfin, pendant le travail, à l'absence ou à la faible quantité de glaires, donnant lieu aux *couches sèches*, dans lesquelles la progression du fœtus est lente et difficile.

IX

FOETUS

[DYSTOCIE FOETALE]

SOMMAIRE

1. Excès de volume du fœtus.
2. Hydropisies: Hydrocéphalie. — Hydrothorax. — Ascite.
3. Maladies de l'appareil urinaire.
4. Maladies des os et articulations: Fractures. — Luxations. — Rachitisme. — Ankyloses.
5. Tumeurs diverses.
6. Amputations congénitales.
7. Mort du fœtus (réelle et apparente).
8. Mort du fœtus (réelle et apparente).
9. Tératologie.

}	Hémitéries.
	Hétérotaxies.
	Hermaphrodisme.
	Monstruosités.
10. Gémellité.