

est franchi, avec ou sans effacement suivant l'époque de l'expulsion, les chances d'arrêt diminuent, tout en existant encore. — Alors même que l'orifice externe commence à s'ouvrir, le travail peut s'arrêter, le col se refermer, l'œuf remonter dans la cavité utérine, et la grossesse continuer son cours normal (rétrocession du travail); toutefois cette circonstance est exceptionnelle. — On voit donc qu'il est impossible de tirer des conclusions mathématiquement précises de l'état du col : *plus l'œuf est engagé dans le col, moindres sont les chances d'arrêt; mais tant que l'orifice externe n'est pas franchi, il y a lieu de conserver quelque espoir.*

**c. — L'expulsion est-elle complète ou incomplète ?**

Ce diagnostic est d'autant plus difficile que l'expulsion a lieu à une période moins avancée de la grossesse, aisé par conséquent avec l'accouchement prématuré, souvent ardu au contraire à la suite de l'avortement des trois premiers mois.

On se basera pour la solution de cette question sur l'examen de ce qui a été expulsé et sur celui de la femme.

*Examen de ce qui a été expulsé.* — Si au milieu de caillots sanguins on découvre l'embryon et ses enveloppes, l'évacuation de l'utérus ne fait pas de doute, à moins du cas exceptionnel de grossesse gémellaire.

Parfois on trouve simplement les enveloppes ovulaires ou des débris de ces enveloppes, qu'on peut confondre facilement avec des caillots fibrineux; le microscope sera d'un heureux secours en révélant en cas de membranes, leur structure fibreuse, et la présence de villosités qui pendant les trois premiers mois, époque où le diagnostic est seul difficile, recouvrent tout le chorion. L'embryon manque ou parce qu'il fait réellement défaut (œuf clair), ou parce qu'il a été expulsé inaperçu, ou parce qu'il est encore dans l'utérus; cette dernière circonstance est très rare. *Quand les annexes sont expulsées, on peut ordinairement conclure à la vacuité de l'utérus.*

Enfin, dans certains cas, les caillots ayant été jetés ainsi que les débris qu'ils peuvent emprisonner, on n'a aucun renseignement sur l'évacuation utérine et l'examen de la femme reste comme unique ressource de diagnostic.

*Examen de la femme.* — Quand l'hémorragie et les coliques utérines persistent sans diminuer d'intensité, il est vraisemblable que l'utérus n'est pas encore évacué.

Si l'exploration directe de l'utérus par le toucher combiné au palper révèle un organe plus petit que ne le comporte l'époque de la grossesse<sup>1</sup> ou si, à deux examens successifs à quelques jours d'intervalle, on trouve l'utérus nettement diminué de volume, on est en droit de supposer que l'avortement a eu lieu sans qu'on puisse cependant affirmer qu'il est complet.

Enfin, quand en suivant la femme pendant un certain nombre de jours, on assiste au retrait progressif de l'utérus, à la cessation de l'écoulement

<sup>1</sup> Cause d'erreur : avortement suspendu (missed abortion).

général, et de tous les phénomènes sympathiques attribuables à la grossesse, puis au retour de la menstruation, on est certain que l'utérus est vide et que l'avortement est complètement fait.

Comme on le voit, l'examen de la femme donne des renseignements bien moins précis que celui des produits évacués par les organes génitaux, mais on y aura recours faute de mieux et sans oublier qu'une observation prolongée est souvent indispensable, avant qu'on puisse se prononcer catégoriquement.

**3° CAS SPÉCIAUX**

*Grossesse gémellaire.* — Un œuf étant expulsé, l'autre peut continuer à se développer dans l'utérus, ou être chassé peu de temps après le premier.

*Avortement et accouchement suspendus* (missed abortion, labour). — Difficulté de diagnostiquer la grossesse, quand l'œuf, mort peu après la conception, est retenu un long temps dans l'utérus.

*Môle hydatiforme.* — (Voir p. 505.)

*Grossesse extra-utérine.* — Possibilité d'un pseudo-travail pendant lequel des débris de caduque sont expulsés de l'utérus. (Voir p. 566.)

**4° DIAGNOSTIC DE L'ÂGE DE L'ŒUF**

Sans s'attarder aux nombreux caractères dont on donne le détail en médecine légale, pour reconnaître l'âge approximatif de l'œuf, je m'arrêterai simplement au diagnostic pratique qui, pendant les trois premiers mois, se fait par le volume total de l'œuf (d'habitude expulsé en entier) et ultérieurement par la longueur du fœtus.

1 <sup>er</sup> mois; volume de l'œuf,	1 <sup>re</sup> semaine. . .	grain de groseille
—	2 <sup>e</sup> —	— raisin
—	3 <sup>e</sup> —	cerise
—	4 <sup>e</sup> —	prune
2 <sup>e</sup> —	1 <sup>re</sup> quinzaine . .	abricot
—	2 <sup>e</sup> —	pêche
3 <sup>e</sup> —	1 <sup>re</sup> —	orange
—	2 <sup>e</sup> —	grenade

De 4 à 9 mois, diviser la longueur du fœtus par 5 et on a son âge approximatif. — Exemples : un fœtus de 30 centimètres est arrivé vers le milieu du 6<sup>e</sup> mois; de 40 centimètres, au milieu du 8<sup>e</sup> mois; c'est dire que le fœtus mesure :

Vers le milieu du 4 <sup>e</sup> mois. . . . .	20 centimètres
— 5 <sup>e</sup> — . . . . .	25 —
— 6 <sup>e</sup> — . . . . .	30 —
— 7 <sup>e</sup> — . . . . .	35 —
— 8 <sup>e</sup> — . . . . .	40 —
— 9 <sup>e</sup> — . . . . .	45 —
A 9 mois complets. . . . .	50 —



## 5° DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Pour établir ce diagnostic on parcourra successivement toutes les causes mentionnées au chapitre *Étiologie*, en recherchant celle qui est plus particulièrement applicable au cas observé.

## PRONOSTIC

Le pronostic pour la *mère* varie essentiellement avec la conduite suivie par l'accoucheur; les trois principaux dangers sont la septicémie, l'hémorragie et la rétention des annexes, dont le péril peut être grand en cas de thérapeutique mal conduite. — D'une façon générale, l'avortement du 4<sup>e</sup> mois (début du 2<sup>e</sup> trimestre) est considéré comme le plus dangereux, parce qu'il expose davantage à l'hémorragie et à la rétention.

Pour l'*enfant* le pronostic varie suivant que l'avortement peut être ou non évité. — Quant à l'accouchement prématuré, l'enfant a d'autant plus de chances de survie que l'expulsion se rapproche davantage du terme normal de la grossesse.

## TRAITEMENT

## SOMMAIRE

- 1° Traitement prémonitoire.
- 2° Traitement prophylactique.
- 3° Traitement curatif.
  - a. Avant l'expulsion.
  - b. Après l'expulsion incomplète.
  - c. Après l'expulsion complète.

1° TRAITEMENT PRÉMONITOIRE'. — Une femme a eu une série de grossesses terminées par des expulsions prématurées, elle est de nouveau enceinte, que faire pour éviter la répétition du même accident?

Avant tout traiter la cause supposée de l'expulsion prématurée (syphilis, intoxication saturnine, etc.).

Parmi les causes les plus fréquentes de l'avortement et surtout de l'avortement à répétition, je signalerai la fièvre intermittente, les maladies du cœur, les tumeurs abdominales et en particulier celles de l'ovaire et les fibromes utérins: mais les deux causes qui semblent avoir la priorité sur toutes les autres sont la syphilis (paternelle ou maternelle) et les affections inflammatoires du système génital. C'est donc contre ces deux dernières causes que la thérapeutique devra être dirigée avec une attention toute particulière.

Chez la femme dont l'alimentation est défectueuse, mal réglée, instituer un hygiène sévère à cet égard.

En cas de mort habituelle du fœtus pendant les trois derniers mois de la grossesse (voir p. 540), provoquer l'accouchement quelques jours avant

l'époque où l'enfant cesse ordinairement de vivre. Dans quelques faits de ce genre, on voit également le traitement antisyphilitique réussir.

Enfin, en l'absence des différentes causes connues et nettement déterminables, il est des grossesses dont l'interruption semble être due soit à l'*irritabilité*, soit à la *congestion* de l'utérus, ces deux états de l'organe gestateur aboutissant aux contractions exagérées du muscle utérin et à l'expulsion prématurée de l'œuf.

L'*irritabilité* de l'utérus se reconnaît à la facilité avec laquelle se produiront les contractions douloureuses de l'organe, et sera combattue par le repos absolu au lit, pendant une durée variable; certaines femmes ne peuvent conduire leur grossesse à terme qu'en restant étendues depuis la conception jusqu'à l'accouchement. — Recommander également l'emploi des opiacés et de la teinture de viburnum prunifolium, enfin l'absence de rapports sexuels et de toute excitation génésique.

La *congestion* utérine se traduit par des pesanteurs dans la région inférieure de l'abdomen, s'exagérant surtout à l'époque correspondant à la menstruation, et s'accompagnant souvent de coliques utérines, ainsi que d'hémorragies génitales tantôt périodiques, et survenant à l'époque des règles, tantôt irrégulières. — Traitement: repos dans la position assise et mieux horizontale; laxatifs intestinaux; si la femme est pléthorique, des saignées répétées et périodiques de 200 à 300 grammes peuvent être utiles et nécessaires.

2° TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Il y a menace d'expulsion prématurée (coliques utérines ou hémorragie), quel traitement convient-il d'instituer pour prévenir l'avortement ou l'accouchement?

*La mort de l'enfant.* — En cas de doute, se comporter comme s'il était vivant.

*La rupture de l'œuf.* — Le diagnostic est-il hésitant, agir comme si l'œuf était intact; d'ailleurs, la rupture de l'œuf n'est qu'une contre-indication relative, car au 7<sup>e</sup> mois de la grossesse, par exemple, on peut, avec une rupture prématurée des membranes, prolonger la grossesse de quelques semaines et donner ainsi à l'enfant beaucoup plus de chances de vie au moment de la naissance. Il y a une réserve à faire pour l'infection possible de la cavité amniotique, auquel cas il faudrait non retarder, mais favoriser l'expulsion du produit.

*L'engagement trop marqué de l'œuf dans le canal cervical et surtout dans l'orifice externe.* — Ne pas oublier qu'on observe parfois la rétrocession du travail, alors qu'elle semblait inespérée.

Pour l'exécution de ce traitement prophylactique on exigera le repos absolu au lit, et on administrera soit le viburnum prunifolium, soit les opiacés.

Le *viburnum prunifolium* se donne en extrait mou ou de préférence en teinture (à  $\frac{1}{2}$ ) à la dose maximum de 100 gouttes en vingt-quatre heures, 40 gouttes toutes les heures. Son action est très heureuse et efficace chez certaines femmes. Cependant les préparations opiacées, semblant agir d'une façon plus énergique et plus sûre, seront préférables dans les cas graves.



L'*opium* sera administré sous forme de laudanum (en lavement), ou de morphine (injection hypodermique). — On donnera un premier lavement de 20 gouttes de laudanum de Sydenham (après avoir préalablement débarrassé le rectum de son contenu), et un nouveau lavement de 10 gouttes toutes les deux heures jusqu'à production de la sédation utérine. Dans l'état puerpéral, le laudanum est très bien supporté, et on peut sans inconvénient aller jusqu'à 60 gouttes en vingt-quatre heures, quelquefois même à 80, 100 gouttes et même davantage; toutefois on surveillera l'action du médicament de manière à en cesser l'administration, s'il y avait des phénomènes d'empoisonnement (picotements de la peau, engourdissement général). — Au cas où on aura besoin d'une action rapide, on préférera une injection de 1 centigramme de morphine associée ou non aux lavements de laudanum. — La constipation, amenée par les opiacés, sera combattue par des moyens appropriés.

### 3° TRAITEMENT CURATIF.

#### a. — Avant l'expulsion.

N'intervenir qu'en cas d'accident. L'hémorragie est le principal et le plus fréquent; le meilleur traitement à lui opposer est le tamponnement vaginal à l'aide d'un pessaire GARIEL, de bourdonnets de charpie, ou mieux de gaze iodoformée (voir page 318). Le tampon est laissé douze heures en place, et le plus souvent au moment où on l'enlève, l'œuf est dans le vagin, s'il s'agit d'un avortement embryonnaire, ou sur le point d'être expulsé, si la grossesse est plus avancée. — En cas d'accouchement prématuré, l'hémorragie étant presque toujours due à un placenta prævia, voir pour le traitement page 314, où la thérapeutique de l'insertion vicieuse est exposée en détail.

Pas d'ergot de seigle.

*Avoir soin pendant l'expulsion de l'œuf de ne pas chercher à entraîner la partie engagée dans le col, sans quoi on peut déchirer l'œuf et amener la rétention du fragment qu'on n'aura pu extraire.*

Pendant un accouchement prématuré, la conduite à tenir est semblable à celle indiquée pour l'accouchement à terme.

Inutile d'insister sur la nécessité de l'antisepsie vulvo-vaginale, dont la recommandation devient banale.

#### b. — Après l'expulsion incomplète.

S'il s'agit d'un accouchement prématuré, même conduite en présence de la rétention du placenta qu'après un accouchement à terme (voir plus loin).

Mais si la grossesse est moins avancée au moment de l'expulsion prématurée et s'il y a rétention du placenta, ou, avant sa formation, des membranes ovulaires, quelle devra être la ligne de conduite?

En l'absence d'accidents (septicémie ou hémorragie), l'expectation avec antisepsie rigoureuse est préférable, car, dans la grande majorité des cas, l'expulsion des membranes ou du placenta a lieu spontanément après quelques heures ou quelques jours.

Mais s'il survient des accidents, le danger devient pressant, et il faut intervenir sous peine de voir la femme emportée à bref délai par la septicémie

ou l'hémorragie. — Les thérapeutes se divisent en deux camps : les *évacuateurs* et les *anti-évacuateurs* de l'utérus.

Les *évacuateurs*, en cas d'hémorragie ou de septicémie, après avoir au besoin dilaté le canal cervical à l'aide de laminaire, d'éponge préparée ou d'un instrument, attirent le col à la vulve avec des pinces à griffe (voir p. 416), et enlèvent le placenta et les membranes, retenus dans l'utérus, à l'aide des



Fig. 432. — Pince placentaire.

doigts, ou de pinces analogues à celles représentées par la figure 432, ou de la curette, celle par exemple qui a été décrite page 415.

L'intervention est terminée à l'aide d'un grand lavage, et au besoin par un tamponnement intra-utérin avec de la gaze iodoformée.

Les *anti-évacuateurs*, effrayés d'une intervention qu'ils considèrent comme dangereuse et inutile, combattent l'hémorragie par le tamponnement vaginal, qui n'expose pas à l'accumulation en quantité dangereuse du sang dans l'utérus comme avec l'accouchement prématuré ou à terme, et la septicémie par des injections vaginales fréquentes, voire même par des injections intra-utérines, répétées deux ou trois fois par jour.

Ces deux méthodes ont leurs avantages et leurs inconvénients.

L'évacuation utérine, pour être complète et sans danger, demande une certaine habileté de main, et une habitude assez grande de ce genre d'opérations. — D'autre part, quand elle est pratiquée avec toutes les précautions voulues, ses dangers sont à peu près nuls et, l'utérus débarrassé, la femme se trouve placée dans de bien meilleures conditions pour guérir qu'avec la méthode adverse.

Le tamponnement vaginal, les injections vaginales et utérines, qui composent le bagage opératoire des anti-évacuateurs, est sans conteste d'une application bien plus facile, à la portée de tous les médecins et de la plupart des sages-femmes, mais malgré les bons résultats que donnent ces moyens doux dans un certain nombre de cas, ils offrent moins de sécurité pour la guérison. Avec l'emploi du tamponnement vaginal, l'hémorragie peut persister à un degré suffisant pour inspirer de sérieuses inquiétudes; et quand une femme est atteinte de septicémie avec des débris placentaires putréfiés dans l'utérus, on ne peut contester que leur ablation soit plus sûre que toutes les injections intra-utérines, ne produisant qu'un nettoyage relatif.

De telle sorte que, sans trancher complètement le différend entre les deux camps, je conseillerai à tout médecin, qui est habitué aux interventions intra-utérines, d'évacuer l'utérus, et à celui au contraire qu'un manque d'éducation chirurgicale doit rendre à juste titre timide, d'avoir recours aux moyens doux, qui, s'ils n'amènent pas toujours la guérison, au moins n'exposent pas l'existence de la malade.



Voici d'ailleurs pour plus de détail, d'après MM. Maygrier<sup>1</sup> et Lucas<sup>2</sup>, le cas où l'intervention serait plus particulièrement indiquée :

D'après eux, il y a lieu d'intervenir :

1° Toutes les fois que la rétention placentaire s'accompagne d'accidents, tels que : hémorragies, fièvre, odeur des lochies, signes d'infection même légère ;

2° Dans les cas d'avortements géminaires, car ici la rétention prolongée du délivre peut donner lieu rapidement aux accidents les plus graves en raison du volume considérable de la masse placentaire qui l'expose davantage à la putréfaction ;

3° Dans certains cas, où l'on a des doutes sur l'origine de l'avortement, et où il y a lieu de supposer qu'il est le résultat de manœuvres abortives. A la suite de ces manœuvres pratiquées en général sans aucune précaution antiseptique, l'infection est fréquente, et il est prudent d'agir vite, même en dehors de tout accident apparent ;

4° Toutes les fois enfin, tout au moins dans la pratique hospitalière, que la rétention se prolonge au delà de trois ou quatre jours, bien que sans accidents, lorsqu'il n'y a plus de tendances à l'expulsion et que le col se reforme.

L'intervention préférée est le curage digital suivi de l'écouvillonnage de la cavité utérine. La curette ne doit être employée qu'exceptionnellement et toujours sous le contrôle du doigt.

**c. — Après l'expulsion complète.**

Quand l'utérus est complètement évacué, la régression se fait normalement, à moins de complications analogues à celles qui surviennent dans les suites de couches ordinaires et qui seront combattues par des moyens identiques. — La femme devra garder le lit pendant le même temps qu'après un accouchement à terme.

**Aphorismes :**

*Dans tout avortement, ne jamais arracher la portion d'œuf engagée dans le col utérin, à moins qu'on ne veuille ensuite procéder à l'évacuation complète de l'utérus. En arrachant cette avant-garde, on s'expose à tous les dangers de la rétention.*

*Les causes de l'expulsion prématurée sont tellement nombreuses, qu'il est souvent difficile de bien établir le diagnostic étiologique.*

*Dans le public l'habitude est de n'attacher aucune importance à l'avortement des premières semaines; c'est une erreur, car il est une cause fréquente de maladie génitale.*

*Les chances de septicémie à la suite de l'avortement sont tout aussi grandes qu'à la suite de l'accouchement; la même antiseptie est donc de rigueur dans les deux cas.*

<sup>1</sup> Maygrier. *Société obst. et gyn. de Paris*, 8 juillet 1897.

<sup>2</sup> Lucas. *Thèse de Paris*, 1896.

**XIV**

**ACCIDENTS DE L'ACCOUCHEMENT**

**SOMMAIRE**

- 1° Ruptures et déchirures du périnée, du vagin et de l'utérus.
- 2° Hémorragies.
- 3° Procidence des membres et du cordon.
- 4° Physométrie.
- 5° Emphysème sous-cutané et fractures.
- 6° Rétention de la tête fœtale.

**1° RUPTURES ET DÉCHIRURES DU PÉRINÉE, DU VAGIN ET DE L'UTÉRUS**

**SOMMAIRE**

- a. Ruptures et déchirures du périnée et du vagin.
- b. Ruptures et déchirures de l'utérus.
  - Anatomie pathologique.
  - Etiologie et pathogénie.
  - Symptomatologie.
  - Diagnostic.
  - Pronostic.
  - Traitement.

Le terme *rupture*, à peu près synonyme de *déchirure*, indique cependant une lésion plus grave, plus importante. — *Déchirure* convient plus particulièrement aux solutions de continuité, qui, partant du bord libre de l'organe, ne dépassent pas l'insertion vaginale ; et *rupture*, à celles qui intéressent la portion sus-vaginale de l'utérus. — Toutefois, la distinction entre ces deux termes n'est pas assez tranchée pour nécessiter une description séparée.

**a. Ruptures et déchirures du périnée et du vagin.**

Les ruptures et déchirures de la partie inférieure du vagin se confondent avec celles du périnée et de la vulve ; elles ont déjà été étudiées page 226, il est donc inutile d'en reparler ici ; il n'en est pas de même de celles de la partie supérieure du vagin.

Les solutions de continuité du fond du vagin : — tantôt *incomplètes* (déchirures), — tantôt *complètes* et pénétrant soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire des ligaments larges (ruptures), — tantôt *compliquées*, c'est-à-dire intéressant un organe voisin, le rectum, la vessie, l'utérus (ruptures compliquées).

Au point de vue *étiologique*, on les divise en deux catégories : *spontanées*, c'est-à-dire produites par le passage d'un fœtus trop volumineux, qui n'arrive au dehors que grâce à une véritable effraction des organes génitaux ; *trauma-*