

Fréquence : $\frac{1}{100}$, comme la procidence du cordon environ.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Causes et pathogénie sont identiques à celles qui ont été exposées pour la procidence du cordon (voir p. 621).

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — Comme pour le cordon, la procidence peut être *intra* ou *extra-ovulaire*, suivant que la poche des eaux est intacte ou rompue.

Il existe trois degrés dans la procidence des membres, suivant le segment qu'on trouve placé sur le côté de la partie fœtale qui se présente.

1 ^{er} degré.	Main. (Procubitus ¹ .)	Pied.
2 ^e —	Avant-bras.	Jambe.
3 ^e —	Bras.	Cuisse.

Le troisième degré est excessivement rare et ne peut exister qu'à la suite de tractions exercées par l'accoucheur sur le membre procident.

Avec une présentation de l'ovoïde céphalique, il peut y avoir procidence des membres supérieurs ou inférieurs (un, deux, trois, et même exceptionnellement quatre) ; complication possible de la chute du cordon.

Avec une présentation de l'ovoïde cormique, s'il s'agit du *siège*, il peut y avoir procidence des membres supérieurs, ou du *thorax*, procidence des membres inférieurs.

Dans les cas de grossesses multiples, les procidences sont susceptibles d'être bien plus compliquées.

Le DIAGNOSTIC se fait par le toucher, le doigt arrivant à reconnaître le membre situé à côté de la partie fœtale qui se présente.

PRONOSTIC.

Le membre procident, venant joindre son volume à celui de la partie fœtale qui se présente, gêne l'accoucheur et nécessite parfois une intervention active. Toutefois, la source de la dystocie est due plus souvent à la cause de la procidence (pelviciciation par exemple) qu'à la procidence elle-même.

TRAITEMENT.

1^o *Membranes intactes*. — Simple expectation ; il arrive souvent qu'une procidence, reconnue au début de l'accouchement, a disparu spontanément à la dilatation complète.

2^o *Membranes rompues*. — Quand la dilatation est suffisante pour permettre l'accès du ou des petits membres, essayer de les refouler avec l'extrémité des doigts. — Si la réduction est impossible, attendre la dilatation complète, et si l'expulsion est entravée, avoir recours, suivant les cas, soit à la version, soit au forceps. — Avec une présentation du sommet, le forceps sera glissé entre la tête et le membre procident, au cas où les doigts introduits pour guider la cuiller n'auraient pu obtenir la réduction de ce dernier, l'extraction sera opérée comme si la procidence n'existait pas.

¹ Procubitus, couché à côté de la partie fœtale qui se présente.

Aphorismes :

La procidence des membres est rarement une cause de dystocie sérieuse. La crainte qu'inspire la procidence des membres vient, pour beaucoup de médecins, de celle qui résulte de la procidence du cordon ; mais autant celle du cordon est périlleuse pour l'enfant, autant celle des membres est indifférente.

4^o PHYSOMÉTRIE

Sous le nom de physométrie, on entend la distension de la cavité utérine par les gaz.

La physométrie est très exceptionnellement un accident de la grossesse, ou elle se produit après des tentatives d'avortement ou d'accouchement provoqué ; la plupart du temps elle survient pendant l'accouchement et se montre :

Tantôt après la mort du fœtus ;
Tantôt avec un fœtus vivant.

Le premier cas est le plus habituel, et la production des gaz est le résultat de la décomposition fœtale. — Dans le second, la production des gaz est due à la pénétration de l'air par les voies génitales jusque dans l'utérus, d'où fermentation du liquide amniotique, dont les gaz se mélangent à l'air, qui a déjà pénétré pour produire la physométrie.

La putréfaction intra-utérine peut exceptionnellement se développer avec un *fœtus vivant*, soit par la décomposition des membranes et d'une partie du placenta, soit par celle d'un caillot ancien ou récent, dont les modifications se produisent à la suite de la pénétration de l'air dans la cavité utérine.

Le *diagnostic* se fait par le palper qui fait constater une tension utérine exagérée, combiné à la percussion qui donne du tympanisme utérin. En soulevant la partie fœtale qui se présente et qui obture l'orifice utérin, on peut en certains cas déterminer le départ des gaz, dont le passage à la vulve sera perçu par l'ouïe.

Le *traitement* consiste, alors que le fœtus est mort, à terminer le plus tôt possible l'accouchement, en ayant recours à l'embryotomie si elle est nécessaire. Quand le fœtus est vivant, cas relativement très rare, il faudra aussitôt la dilatation complète intervenir par l'extraction manuelle ou le forceps suivant la présentation ; avant la complète dilatation, s'il y avait distension très marquée de l'utérus, on pourrait introduire une sonde molle entre la partie fœtale et l'utérus, de manière à favoriser l'évacuation des gaz.

5^o EMPHYÈME SOUS-CUTANÉ ET FRACTURES

Sous l'influence des efforts excessifs faits par la femme pendant la période d'expulsion, on a noté comme curiosité pathologique des *fractures du ster-*

num et l'*emphysème sous-cutané*, qui, ayant pour point de départ la rupture des vésicules pulmonaires, se manifeste au cou, à la face ou au thorax (tuméfaction et crépitation caractéristique). Ordinairement sans gravité, l'emphysème peut cependant causer la mort des malades.

6° RÉTENTION DE LA TÊTE FŒTALE

A la suite de l'extraction du fœtus en présentation du siège, la tête fœtale, maintenue par la *rétraction* de l'isthme utérin ou par un rétrécissement du bassin, peut être retenue dans la cavité utérine après déchirure et rupture du cou et si elle n'est pas immédiatement extraite par le forceps ou l'embryotomie, l'utérus se referme, et elle séjourne dans l'utérus amenant le plus souvent des accidents septicémiques et la mort. Toutefois la tolérance de l'utérus à cet égard est parfois remarquable : tel le cas de LOISNEL¹ où une tête de fœtus a séjourné cent douze jours après l'accouchement dans l'utérus sans provoquer de septicémie ; extraite à ce moment, la femme se rétablit fort bien. En présence de semblable accident, il faut dilater le col à l'aide de laminaires et de ballons, et aussitôt que le passage est suffisant, saisir la tête avec l'embryotome céphalique, puis l'amener au dehors.

XV

ACCIDENTS DE LA DÉLIVRANCE

SOMMAIRE

ACCIDENTS GÉNÉRAUX,
ACCIDENTS LOCAUX :

- I. — *Rétention des annexes de l'œuf.*
Divisions et définitions. — Symptômes et diagnostic. — Marche et complications. — Pronostic. — Étiologie.
- II. — *Hémorragies de la délivrance.*
Divisions et définitions. — Symptômes et diagnostic. — Marche et complications. — Pronostic. — Étiologie.
- III. — *Traitement des accidents de la délivrance.*
 - 1° La rétention existe seule.
 - 2° L'hémorragie existe seule.
 - 3° La rétention et l'hémorragie existent simultanément.
 - 4° Cas spéciaux.

L'habitude est de diviser les accidents de la délivrance en *généraux* et *locaux*.

Les *accidents généraux*, qui peuvent également être observés à toute autre

¹ Société obstétricale de France, avril 1892.

période de la puerpéralité, et que je me contenterai de mentionner ici sont :

<i>Système nerveux</i>	$\left\{ \begin{array}{l} 1^{\circ} \text{ Coma.} \\ 2^{\circ} \text{ Convulsions (Éclampsie, épilepsie, hystérie, hémorragie cérébrale, etc.).} \end{array} \right.$	
<i>Système circulatoire</i>		$\left\{ \begin{array}{l} 1^{\circ} \text{ Asystolie. . .} \\ 2^{\circ} \text{ Syncope . . .} \end{array} \right.$
<i>Système respiratoire</i>		Asphyxie (affections pulmonaires, cardiaques).
<i>État général</i>		Fièvre (maladies diverses, septicémie).

Indication : terminer l'accouchement et la délivrance aussi promptement que possible.

A côté de ces accidents généraux, dont l'étude ne peut être faite ici en détails, existent les *accidents locaux*; la connaissance de ces derniers est de première importance en obstétrique, j'en aborde de suite la description.

Les nombreux accidents locaux, susceptibles de survenir au moment de la délivrance, peuvent se grouper autour des deux suivantes :

- 1° *La rétention des annexes de l'œuf*;
- 2° *Les hémorragies*.

J'étudierai donc successivement ces deux accidents, autour desquels je rangerai les divers autres, que la plupart des auteurs décrivent isolément. Un chapitre spécial sera réservé au traitement de ces complications, englobées dans une vue d'ensemble.

J'ai pensé que cette division, quoique passible de certaines objections, était plus clinique, et c'est pour ce motif que je l'ai adoptée. Cette étude comprendra donc trois chapitres distincts :

- I. Rétention des annexes de l'œuf ;
- II. Hémorragies ;
- III. Traitement des accidents de la délivrance.

I. — RÉTENTION DES ANNEXES DE L'ŒUF

SOMMAIRE

Divisions et définitions. — Symptômes et diagnostic. — Marche et complications. — Pronostic. — Étiologie.

Divisions, définitions.

La rétention peut être :

- 1° *Totale*, c'est-à-dire de toutes les annexes ;
- 2° *Partielle* :
 - Soit d'une partie du placenta ;
 - Soit des membranes en totalité¹ ;
 - Soit d'une partie des membranes.

La rétention des annexes semble au premier abord facile à définir ; quand en effet, dix à douze heures après l'accouchement, placenta et membranes sont encore dans l'utérus, le diagnostic n'est pas malaisé à établir ; mais il

On n'observe pas de rétention totale du placenta avec expulsion des membranes.