

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.

n'en est pas de même lorsque, après l'expulsion du fœtus, la délivrance tardant, on veut préciser le moment exact où cesse l'état physiologique pour faire place à l'état pathologique, c'est-à-dire la rétention.

Cette difficulté toutefois ne s'applique pas à la *rétention isolée des membranes*, qui existe toutes les fois qu'après l'expulsion du placenta, partie ou totalité de leur étendue restée dans l'utérus, mais seulement à celle du placenta.

Or, on peut dire qu'il y a *rétention du placenta*, toutes les fois que l'orifice interne (cercle utérin), ou un orifice accessoire accidentellement formé dans l'utérus (voir *Enchatonnement*) est suffisamment *fermé et rigide* pour empêcher soit le passage du placenta, soit celui de la main destinée à aller l'extraire.

C'est donc l'orifice interne (ou accessoirement un orifice accidentel formé dans l'utérus), qui donne la mesure à la rétention placentaire :

Tant qu'il est ouvert, pas de rétention.

Quand il est fermé, la rétention existe.

Mais à quel degré faut-il que cet orifice soit fermé pour amener la rétention ? — Une réponse mathématique est ici impossible à faire. Il faut que

Fig. 441.
Pas de rétention.

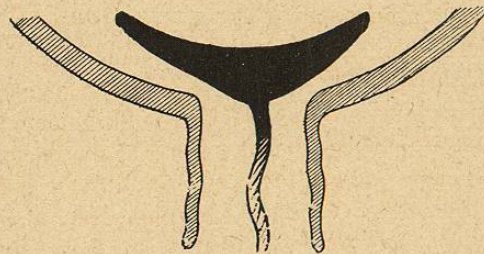


Fig. 442.
Limite.

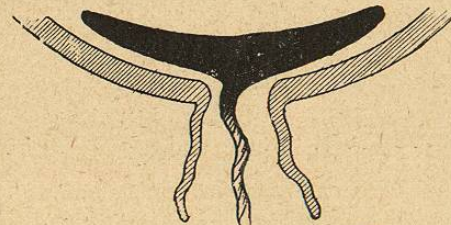


Fig. 443.
Rétention.



l'orifice soit revenu sur lui-même à un degré suffisant pour mettre obstacle au passage du placenta ou de la main de l'accoucheur ; c'est par conséquent le placenta, ou mieux la main (car elle nécessite une ouverture plus grande) qui constitue la mesure, le critérium. — Je reconnais que cette donnée manque de précision, qu'elle peut varier avec l'accoucheur, qu'elle est parfois difficilement appréciable, mais il faut s'en contenter faute de meilleure.

Symptômes et diagnostic.

1° *Rétention totale des annexes*. — On reconnaîtra et diagnostiquera cette rétention totale quand, en pratiquant le toucher un certain temps après l'accouchement, on trouvera l'orifice interne, ou cercle utérin, dans lequel passe le cordon (à moins qu'il n'ait été rompu et arraché), suffisamment *fermé et rigide* pour empêcher le passage du placenta ou de la main s'il était nécessaire de l'introduire. — *Fermé et rigide* sont les deux conditions indispensables de la rétention, car avec un orifice fermé mais souple, la rétention n'existe pas, l'ouverture étant possible sans difficulté sous l'influence d'une dilatation mécanique (placenta attiré, ou main introduite).

2° *Rétention partielle des annexes*. — Le diagnostic se fera par l'examen des annexes et par celui de la femme.

a. *Rétention du placenta*. — La rétention totale du placenta ne s'observant pas sans rétention simultanée des membranes, il n'y a lieu d'envisager ici que la rétention partielle du placenta, soit d'un cotylédon détaché de la masse totale, soit d'un cotylédon accessoire (voir p. 41).

On s'apercevra, à l'*examen des annexes*, qu'une partie de la substance placentaire fait défaut, quand, sur la surface utérine du placenta, on verra une région déprimée, déchiquetée, une sorte de godet inégal analogue à celui qu'on produirait en saisissant un fragment de l'organe entre les doigts et en l'arrachant ; toutefois, sur les placentas qui ont été déchiquetés, maltraités pendant l'extraction, le diagnostic est souvent difficile à poser nettement. La rétention d'un cotylédon accessoire se reconnaîtrait à l'existence de deux vaisseaux, cheminant dans la même direction sur les membranes, et brusquement interrompus au niveau de la déchirure des enveloppes ovulaires. En cas de doute, l'*introduction de la main dans l'utérus*, et l'exploration de toute la surface interne de cette cavité permettrait de découvrir et aussi de recueillir le cotylédon retenu, qui est en général adhérent.

b. *Rétention des membranes*. — La rétention isolée des membranes est facile à discerner par l'examen des annexes expulsées, lorsqu'elle est complète (placenta découronné) ou étendue ; mais dans le cas où elle est peu importante, si par exemple un simple fragment des enveloppes est resté dans l'utérus, le diagnostic sera parfois hésitant ; on supposera cette rétention, quand en essayant de reconstituer les membranes dans la position qu'elles devaient occuper dans l'utérus, on ne peut y arriver complètement. Il sera au contraire plus facile de reconnaître, quand un lambeau de la caduque ou de chorion font défaut, laissant à nu et isolée la membrane qu'il recouvrait. — *A l'examen de la femme*, on cherchera par le toucher, soit dans le vagin, soit dans le col, ou au niveau du cercle utérin, un lambeau membraneux flottant, dont la présence ne laissera aucun doute sur le diagnostic, mais la rétention peut exister sans que les enveloppes soient accessibles, alors, par exemple, qu'elles sont complètement enfermées dans l'utérus.

Marches et complications.

La rétention des membranes n'amène aucun accident immédiat, mais peut

être, pendant les suites de couches, cause d'hémorragies, de septicémie ou de tranchées utérines.

La rétention partielle ou totale du placenta devient parfois la source des mêmes accidents, mais à un degré de fréquence et de gravité beaucoup plus grand. — En l'absence de complications, cette rétention est susceptible de durer un temps variable, plusieurs heures, plusieurs jours; le placenta est alors expulsé à la suite d'un nouveau travail, soit en bloc, soit par fragments successifs.

Pronostic.

Le pronostic de la rétention isolée des membranes est en général bénin à la condition qu'une antiseptie rigoureuse soit observée pendant les suites de couches; l'expulsion spontanée est la règle. — Celui de la rétention placentaire est plus sérieux, car la femme est exposée à la septicémie et parfois à des hémorragies graves. Aussi verrons-nous, à propos de la thérapeutique, qu'il est nécessaire d'intervenir dans la rétention du placenta, alors que l'expectation est la meilleure méthode pour celle des membranes.

Étiologie.

SOMMAIRE

- | | | |
|--|---|------------------------------|
| 1° Causes maternelles. | } | 1. Inertie utérine. |
| a. Utérus | | 2. Spasme utérin. |
| | | 3. Rupture. |
| | | 4. Malformations. |
| | | 5. Tumeurs. |
| b. Vulve, vagin | | 6. Tumeurs. |
| 2° Causes ^{anxiales} artérielles. | } | 7. Excès de volume. |
| a. Placenta | | 8. Adhérences. |
| | | 9. Placentas accessoires. |
| | | 10. Placentas géminaires. |
| | | 11. Adhérences. |
| b. Membranes | | 12. Caillots. |
| | | 13. Tractions intempestives. |
| | | 14. Gracilité. |
| | | 15. Insertion vicieuse. |
| c. Cordon | | 16. Brièveté. |
| | | 17. Accouchement debout. |
| | | 18. Tractions intempestives. |

1. Inertie utérine.

L'inertie de l'utérus, consécutive à l'accouchement, empêche le décollement du placenta, et fait qu'il n'est pas expulsé. — L'inertie utérine est surtout une cause d'hémorragie dangereuse et sera étudiée plus longuement avec cet accident.

2. Spasme utérin.

C'est à tort qu'on a admis le spasme de l'orifice externe; celui de l'orifice interne (cercle utérin) ou d'un orifice de nouvelle formation, placée au-dessus du précédent, sont seuls prouvés.

a. SPASME DE L'ORIFICE INTERNE. — Emprisonnement. — Hour-glass.

Quand le placenta est complètement au-dessus de l'orifice interne, on dit qu'il y a *enkystement*; quand il est plus ou moins engagé dans cet orifice, *encadrement*.

1° L'*enkystement* peut exister :

Soit avec un spasme total du corps de l'utérus (fig. 444);

Soit avec un spasme de l'orifice interne seul (fig. 445);

Soit avec un spasme irrégulier du corps utérin (fig. 446).



Fig. 444.
Spasme total.

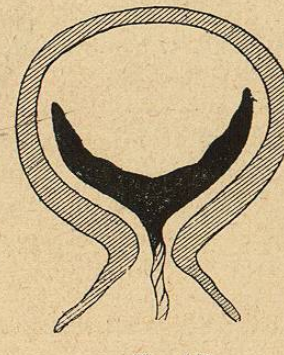


Fig. 445.
Spasme de l'orifice interne.

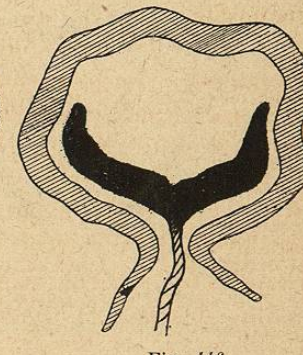


Fig. 446.
Spasme irrégulier.

2° L'*encadrement* peut être :

Prononcé (fig. 447);

Moyen (fig. 448);

Faible (fig. 449).

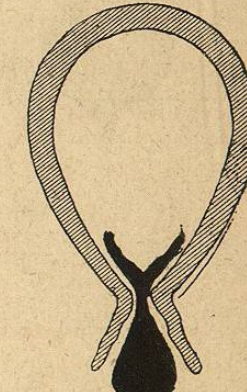
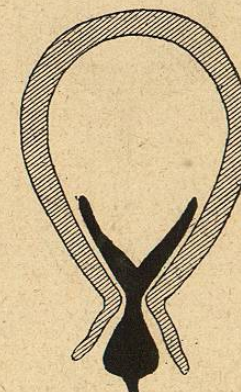


Fig. 447. — Encad. prononcé. Fig. 448. — Encad. moyen. Fig. 449. — Encad. faible.

b. SPASME D'UN ORIFICE DE NÉOFORMATION. — Enchatonnement. — Incarcération.

Dans l'intérieur de l'utérus, au-dessus de l'orifice interne ou cercle utérin, il se forme, soit par *paralysie* de l'utérus au niveau de l'insertion placentaire

soit par contracture d'une région limitée et annulaire du muscle utérin, un rétrécissement, divisant la cavité du corps de l'utérus en deux loges, dont la supérieure contient et retient le placenta enchatonné.

Dans l'emprisonnement, le placenta était arrêté par l'orifice interne, il l'est ici par un orifice de nouvelle formation, dont l'existence n'est que temporaire.

Cet enchatonnement, dont les exemples sont d'ailleurs très rares, se montre de préférence dans les utérus à fond bifide¹. Les figures 450 et 451 rendent compte de son mode de formation en pareil cas.

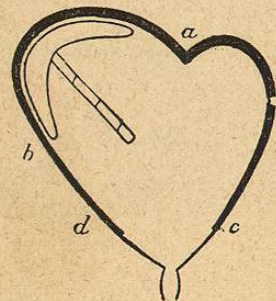


Fig. 450.

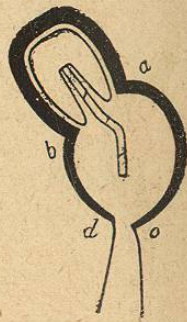


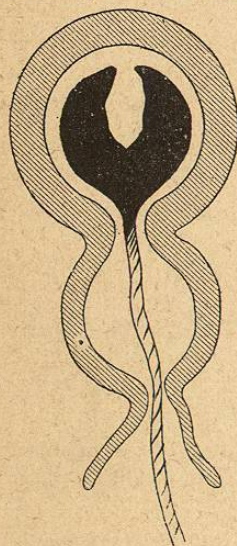
Fig. 451.

a, b, orifice de néo-formation (a. éperon de l'utérus bifide). — c, d, orifice interne du postpartum (cercle utérin.)

L'enchatonnement peut d'ailleurs présenter les mêmes variétés d'enkystement et d'encadrement que l'emprisonnement, à savoir :

1° *Enkystement.*

Avec spasme total du corps (fig. 452) ;

Fig. 452.
Spasme total.Fig. 453.
Spasme de l'orifice néo-formé.Fig. 454.
Spasme irrégulier.

¹ Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 300. — M. Gaulard a, en 1891, publié un fait intéressant confirmant cette pathogénie. *Soc. obst. et gynéc. de Paris*, 12 février 1891.

Avec spasme du néo-orifice (fig. 453) ;

Avec spasme irrégulier (fig. 454) ;

2° *Encadrement.*

Prononcé (fig. 455) ;

Moyen (fig. 456) ;

Faible (457).

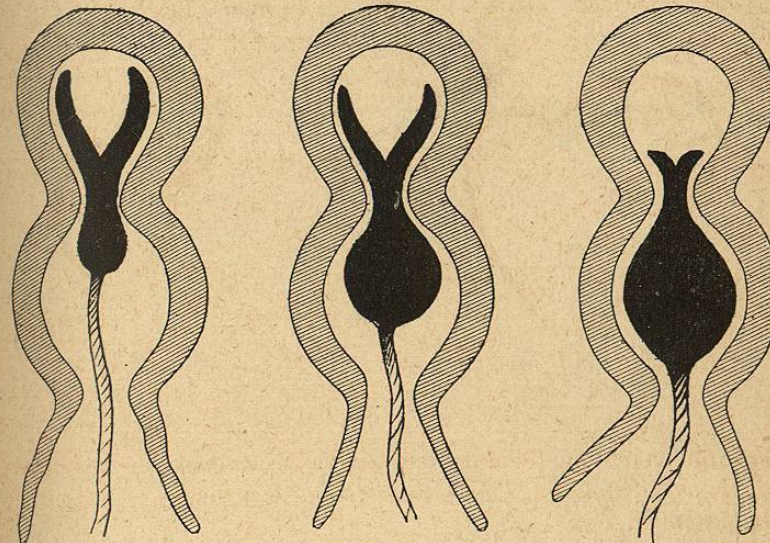


Fig. 455. — Encad. prononcé. Fig. 456. — Encad. moyen. Fig. 457. — Encad. faible.

Si nous résumons dans une vue d'ensemble le résultat du spasme utérin, nous avons donc :

A. Spasme orifice interne. — Emprisonnement. — Hour glass.

1° Enkystement.

2° Encadrement.

B. Spasme orifice néoformé. — Enchatonnement. — Incarcération.

1° Enkystement.

2° Encadrement.

3. *Rupture utérine.*

La rupture de l'utérus, avec ou sans passage du placenta dans la cavité péritonéale, est une cause de rétention, soit par le fait même de ce passage, soit par l'inertie utérine, qui se produit en pareil cas.

4. *Malformation utérine.*

La bifidité plus ou moins accentuée de l'utérus, gênant la rétraction après l'accouchement, peut favoriser la rétention du placenta et des membranes.

5. Tumeurs utérines.

Toute tumeur se trouvant sur le trajet du placenta, par exemple un polype fibreux, est capable d'empêcher la sortie des annexes (fig. 458).

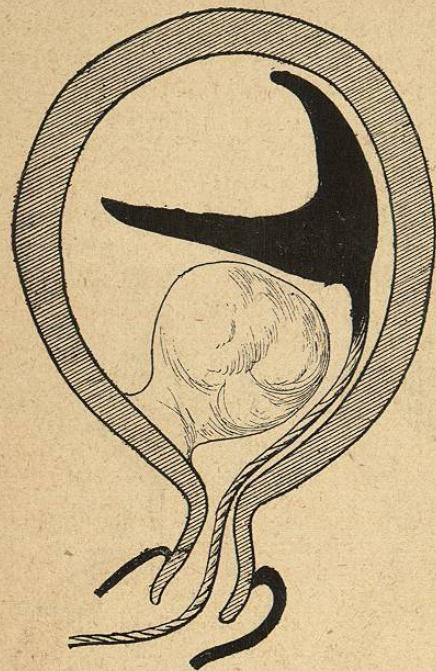


Fig. 458. — Fibrome utérin gênant la sortie du placenta.

6. Tumeurs de la vulve et vagin.

Le même obstacle sera parfois causé par une tumeur, siégeant sur le vagin ou la vulve.

7. Excès du volume du placenta.

Cet excès de volume peut être dû, soit au volume même du placenta, soit à l'addition de caillots accolés à la face utérine, soit à la surdistension exercée par le sang contenu dans l'organe même; on conçoit que plus le placenta est gros, plus il a de peine à franchir le cercle utérin.

8. Adhérences du placenta.

VARIÉTÉS.

a. Étendue :

Adhérence partielle;
Adhérence totale.

b. Degré :

Accolement du placenta à l'orifice utérin par l'intermédiaire de la *pression atmosphérique*¹.

Simple exagération de l'état physiologique et normal, que l'utérus suffit à vaincre la plupart du temps, en se contractant avec énergie.

Adhérence plus intime, et telle que l'introduction de la main dans l'utérus peut seul rompre les liens, unissant le placenta à la paroi utérine.

Véritable fusion. — Il est impossible avec la main de détacher le placenta, et sur la table d'autopsie il faut avoir recours au *bistouri*, pour le séparer de l'utérus, tant la fusion est intime.

ÉTIOLOGIE.

Inflammation utéro-placentaire, suite d'endométrite conduisant à une véritable selérose, qui unit fibreusement le placenta à l'utérus.

¹ Dans un intéressant mémoire Cavilan (*Archives de Tocologie*, 1892, p. 195) a démontré le rôle important que semble jouer la pression atmosphérique dans la rétention du placenta : il n'y a en pareil cas qu'une pseudo-adhérence; la preuve, c'est qu'en perforant le placenta avec le doigt et en permettant ainsi à l'air de pénétrer entre l'utérus et le placenta, la délivrance se fait immédiatement sans difficultés. D'après l'auteur, les vraies adhérences seraient excessivement rares, et la plupart seraient fausses et dues à l'action de la pression atmosphérique.

Hémorragie utéro-placentaire. — Le caillot, qui se forme entre le placenta et l'utérus, joue par sa transformation le rôle d'un pain à cacheter, qui relierait intérieurement les deux organes.

Exagération de l'adhérence physiologique, admise sans qu'il soit possible d'expliquer son mécanisme, ou en supposant que l'adhérence, plus marquée au 5^e ou 6^e mois de la grossesse, a persisté anormalement jusqu'à terme.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC.

Toutes les fois que, par le toucher, on ne rencontre pas le gâteau placentaire au niveau de l'orifice interne, on peut en conclure qu'il est encore adhérent. L'adhérence est l'obstacle même de la descente. Toutefois, la réciproque n'est pas exacte et on peut parfois (placenta prævia) trouver le placenta à l'orifice interne, sans qu'il soit complètement décollé. Dans ce dernier cas, l'introduction de la main dans l'utérus permettra le diagnostic, en même temps qu'elle accomplira l'intervention thérapeutique.

Outre la rétention, l'adhérence, quand elle est partielle, est une source importante d'hémorragie.

9. Placenta accessoire.

L'existence d'un placenta accessoire encore adhérent, ou détaché (fig. 459),

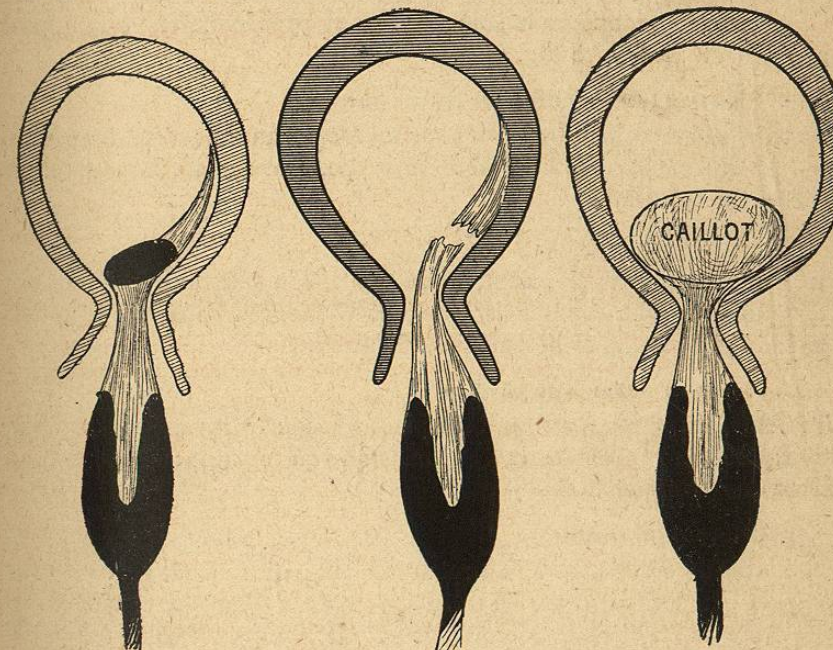


Fig. 459. — Rétention d'un cotylédon accessoire.

Fig. 460. — Rétention partielle des membranes par adhérence.

Fig. 461. — Rétention des membranes par l'intermédiaire d'un caillot.

est une cause de rétention; le cotylédon, ainsi isolé, restant dans l'utérus avec un lambeau plus ou moins considérable de membranes.