



DE LA
RUPTURE PRÉMATURÉE

DITE SPONTANÉE

DES

MEMBRANES DE L'ŒUF HUMAIN

PAR

Le Docteur A. PINARD

Professeur agrégé,
Accoucheur de Lariboisière.



PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1886



DE LA
RUPTURE PRÉMATURÉE
DITE SPONTANÉE
DES
MEMBRANES DE L'ŒUF HUMAIN

DE LA
RUPTURE PRÉMATURÉE

DITE SPONTANÉE

DES

MEMBRANES DE L'ŒUF HUMAIN

PAR

Le Docteur A. PINARD

Professeur agrégé,
Accoucheur de Lariboisière.



PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-EDITEUR

2, RUE CASIMIR - DELAVIGNE, 2

1886

Biblioteka Główna WUM

Br.6544



000027616



www.dlibra.wum.edu.pl

**Biblioteka Główna
WUM**



DE LA
RUPTURE PRÉMATURÉE
DITE SPONTANÉE
DES
MEMBRANES DE L'OEUF HUMAIN

Si la rupture des membranes de l'œuf humain s'effectue le plus souvent pendant le travail, sous l'influence des contractions utérines, alors que la dilatation est complète, et que, suivant la juste expression du professeur Tarnier, « la pression intra-amniotique est suffisante pour triompher de leur résistance », il arrive aussi que la rupture se produit dès le début du travail, ou même plus ou moins longtemps avant l'apparition de toute contraction utérine douloureuse.

De là les dénominations de *rupture tempestive*, de *rupture précoce*, de *rupture prématurée*, suivant que la déchirure des membranes se produit au temps d'élection, c'est-à-dire à la dilatation complète, ou au début du travail, ou pendant la grossesse.

Les causes de la rupture tempestive, la force nécessaire

pour l'effectuer, le mécanisme suivant lequel elle se produit, les aspects divers que présente la solution de continuité, sont aujourd'hui bien connus ; les quelques lacunes qui existaient à ce sujet ont été comblées, grâce aux belles recherches expérimentales de mon collègue et ami le D^r Ribemont Dessaigne (1).

Mais il n'en est pas ainsi de la rupture prématurée, comme on pourra s'en convaincre d'après le rapide exposé qui suit.

Le fait est connu assurément depuis longtemps, car Hippocrate en parle, ainsi que de ses conséquences, mais pendant longtemps aussi, on se contenta de penser et de dire que les membranes se rompaient prématurément *parce qu'elles étaient trop faibles*.

Et aujourd'hui, malgré les leçons cliniques de Dubois (2), de Depaul (3), de Guéniot (4), malgré les travaux de Marcar Kiatib (5), de Hugenberger (6), de Garipuy (7), de Roulin (8), la lumière n'est pas faite sur ce point. Car tandis que les uns se rallient à la théorie hippocratique et accusent la minceur et la fragilité des membranes, les autres reconnaissent comme cause occasionnelle ou prédisposante de la rupture prématurée des membranes : l'hydropisie de l'amnios, les grossesses gémellaires, les rétrécissements du bassin, les mauvaises présentations, l'insertion vélamenteuse du cordon, les efforts (vomissements,

(1) *Arch. de tocol.*, nov. 1879.

(2) Dubois. *Courrier médical*, 1856.

(3) Depaul. *Clinique obstétricale*, p. 539, et *Gazette obstétricale*, 1874.

(4) Guéniot. *Gazette des hôpitaux*, 1872.

(5) Marcar Kiatib. Thèse de Paris, 1864.

(6) Hugenberger. *Saint-Petersburg medicin Zeitschrift*, 1872.

(7) Garipuy. Thèse de Paris, 1873.

(8) Roulin. Thèse de Paris, 1878.

quintes de toux, coït, etc.), la multiparité, l'hérédité, la chaleur du lit, la mauvaise alimentation, le chagrin, etc., etc.

Si quelques-unes de ces causes sont vraies, elles ne sont applicables qu'à un nombre restreint de faits, car l'on observe bien souvent la rupture prématurée des membranes alors qu'il n'y a ni hydropisie de l'amnios, ni grossesse gémellaire, ni rétrécissement du bassin, ni mauvaise présentation, ni insertion vélamenteuse du cordon, etc. Aussi comme dans les cas où aucune de ces causes ne peut être incriminée, il n'a pas encore été possible de démontrer avec évidence la *minceur* et la *fragilité des membranes*, j'ai pensé que de nouvelles recherches sur la cause de la rupture prématurée des membranes pouvaient être de quelque utilité et, depuis 1881, j'ai spécialement étudié ce sujet.

Ce sont les résultats de ces recherches que je vais exposer brièvement avec leurs conséquences.

Déjà l'un de mes externes, le D^r Lacaille, a consigné dans sa thèse inaugurale quelques-unes de mes observations et de mes idées. (*De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus. 1883, Paris.*)

Je crois devoir donner ici les conclusions du D^r Lacaille. On verra en quoi mes recherches postérieures doivent les faire modifier.

« 1^o Quand le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, la femme perd de l'eau ou du sang, et la rupture des membranes ainsi que l'accouchement se font prématurément.

« 2^o Lorsque le placenta est inséré au-dessus de douze centimètres à peu près de l'orifice utérin, c'est-à-dire au moins dans le segment moyen de l'utérus, la grossesse est dans les conditions voulues pour aller à terme, et la rupture des membranes ne

doit se faire qu'à la dilatation complète (sauf, bien entendu, les cas où d'autres causes *étrangères* viendraient y mettre obstacle).

« 3° Le placenta est-il inséré au-dessous de douze centimètres, c'est-à-dire empiète-t-il sur le segment inférieur, la grossesse pour ce seul fait sera entravée dans son évolution à dater du septième mois, et la rupture des membranes précédera toujours la dilatation complète et souvent même tout travail.

« 4° Le lieu d'insertion du placenta le plus favorable au développement et à la nutrition du fœtus est le fond ou tout au moins le tiers supérieur de l'utérus. »

Le point de départ de nos recherches a été l'observation suivante :

M^{me} P..., 24 ans. Premier accouchement à terme. Il fallut rompre les membranes à la dilatation complète.

Enceinte pour la deuxième fois. Dernières règles le 3 septembre 1880. Grossesse normale. Le 23 mai, dans la nuit, au milieu du plus profond sommeil, rupture des membranes et issue d'une certaine quantité de liquide amniotique. Présentation du sommet. Tête engagée. Le liquide continua à s'écouler jusqu'au 26 mai. A 5 heures du soir, premières contractions douloureuses; à 7 heures, accouchement d'une fille vivante du poids de 2 kil. 800. Lors de la délivrance je reconnus que la poche s'était rompue tout à fait au bord du placenta. *Il n'y avait pas 1 centimètre de membranes à ce niveau.*

Deux faits semblables observés en un laps de temps assez rapproché me firent penser que peut-être il existait un rapport entre l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et la rupture prématurée des membranes. Je cherchai alors à faire, aussitôt après la délivrance, dans tous les cas où cela était possible, un diagnostic rétrospectif au point de vue de l'insertion du placenta.

Je dis dans tous les cas où cela était possible, car lorsque les membranes sont déchirées, le diagnostic devient difficile, ou le plus souvent même impossible.

Mais lorsque la délivrance est normale, les membranes présentent habituellement une ouverture assez régulière à travers laquelle le fœtus est sorti et qui correspond à *peu près* au pôle inférieur.

Si donc on mesure les distances qui séparent les bords de cette ouverture des bords correspondants du placenta, l'on aura assez *approximativement* les distances qui séparaient le placenta des bords de l'orifice utérin.

Si l'on suppose un arrière-faix présentant, entre les bords de l'ouverture des membranes et les bords correspondants du placenta, une distance de 5 centimètres d'un côté et de 25 de l'autre, on pourra en conclure que vraisemblablement le placenta était inséré à 5 centimètres de l'orifice utérin. Si, au contraire, nous trouvons de tous les points du pourtour de l'orifice membraneux des distances se rapprochant sensiblement de 20 centimètres, on pourra en conclure que le placenta était inséré à égale distance de tous côtés de l'orifice utérin, c'est-à-dire au fond de la cavité utérine.

Je sais bien que cette manière de procéder offre prise à la critique, et que l'on peut m'objecter avec raison que les membranes ne se rompent pas toujours de la même façon, que la déchirure peut s'étendre à droite, à gauche, en avant, en arrière, que les membranes ne se rompent pas au même niveau, que l'amnios peut glisser sur le chorion et présenter une ouverture ne correspondant pas à celle du chorion et de la caduque. Mais j'avouerai que je n'ai pas trouvé d'autre moyen pouvant me conduire à la connaissance de l'insertion du placenta. Lorsque les membranes étaient déchirées, je lais-

sais de côté le cas. J'agissais de même lorsque l'amnios était décollé et était retroussé sur la face fœtale du placenta et *a fortiori* jusque sur le cordon.

Enfin, j'ai pensé qu'en employant ce procédé, même imparfait, dans tous le cas, je pourrais obtenir des résultats comparables.

J'ai ainsi observé et mesuré 1,394 placentas.

Sur ces 1,394 accouchements, 147 fois la rupture des membranes fut constatée avant l'apparition des douleurs.

Ce nombre de 147 ruptures prématurées sur 1,394 accouchements pourra paraître exagéré. Effectivement, il ne peut donner une idée de la fréquence absolue de la rupture prématurée et voici pourquoi. Toutes les femmes qui viennent pour accoucher dans mon service sont examinées; celles qui présentent des conditions normales sont envoyées chez les sages-femmes, tandis que celles qui présentent une anomalie quelconque sont retenues dans le service, où elles accouchent. Or, toutes celles chez lesquelles un écoulement prématuré de liquide amniotique était constaté, restaient dans le service.

J'ai résumé dans le tableau ci-contre les éléments les plus importants de chaque observation.

Si nous analysons maintenant chaque colonne de ces tableaux, nous arrivons aux particularités suivantes :

Les mensurations des membranes nous donnent, sur 147 cas, 105 fois le bord des membranes s'étendant de l'ouverture au placenta mesurant de 0 à 10 centimètres.

Au point de vue de la primiparité et de la multiparité, les 147 cas se divisent ainsi :

Primipares.....	54	} 147
Multipares.....	93	



Tableau 1.

Rupture spontanée des membranes avant les premières douleurs.

N ^o d'ordre	Moment de la rupture avant les premières douleurs	Menstruation des membranes	Nombre de grossesses		Époque de l'accouchement		Présentation et Position	État de l'enfant à la naissance vivant. V. mort. M.	Poids de l'enfant	Observations
			Primipares P	Multipares	à terme T	avant terme				
1	3 b	6-30		3		8 1/2	Somme	V	2500	
2	1 b	20-25		2	T		OJGA	V	3200	
3	9 j	0-40	P		T		OJGE	V	3130	
4	8 j	4-40		2	T		OJGA	V	3400	
5	12 b	8-30	P		T		OJGA	V	3400	
6	2 j	18-20	P			7 1/2	OJGA	V	1850	
7	13 b	10-30		8	T		OJGP	V	2250	
8	7 j	4-30	P			7 1/2	OJOP	V	1950	
9	12 b	12-30		6	T		OJGE	V	3500	
10	2 j	3-30		5	T		OJGP	V	2300	
11	1 b	8-30	P		T		Somme	V	2210	
12	2 b	7-25	P			8	SJGA	V	2250	
13	1 j	7-30		2	T		Somme	V	3600	
14	1/2 b	10-25		3	T		Somme	V	3040	
15	1 j	2-30	P		T		OJOP	V	4000	
16	2 b	2-25	P			7 1/2	OJOP	V	2200	
17	<small>Artificielle avant le début du travail</small>	0-30		3		8 1/2	OJOB	V	2500	Basiotripsie
18	2 j	3-30		4		7	Somme	V	2200	
19	2 j	12-25		5		8 1/2	OJGA	V	1900	
20	2 j	6-35		2	T		OJGA	V	2400	
21	1 j	12-30		3	T		Somme	V	3025	
22	10 b	10-25	P		T		OJGE	V	2600	
23	2 b	2-30		7		7 1/2	SJGA	M	1700	
24	1 j	3-30		5	T		OJGA	V	2850	
25	12 b	10-30		2	T		OJGA	V	3900	
26	9 b	5-25	P			7	SJGA	V	1700	
27	1 j	7-30	P			6 1/2	OJGA	V	1290	
28	6 b	8-40		2	T		OJOP	V	3620	
29	1 j	12-30	P		T		OJOP	V	3400	
30	1 j	20-25	P			7	Somme	V	1000	
31	10 b	3-30	P			8	OJGP	V	3150	
32	7 b	6-30		2		8	OJGA	V	2300	
33	2 j	4-30		6		8	Somme	V	2450	
34	3 j	4-35	P		T		OJGA	V	3400	

35	1 j	0-46		4	8	OJGE	V	3300
36	1 j	10-30		5	8	OJDP	V	3800
37	1 b	0-40		3	8	OJGE	M	2900
38	1 b	6-30	P		8 1/2	OJGA	V	2900
39	2 b	15-35		4	8	OJDE	V	4270
40	1 j	5-35		2	8	SJDP	V	3160
41	1 j	6-30		4	8	OJDE	V	2725
42	1 j	15-25	P		8	OJDE	V	2400
43	1 j	8-30		2	8	OJGE	V	3145
44	7 b	10-30	P		8	OJGA	V	2850
45	2 j	5-30		2	8	OJGA	V	3320
46	4 b	15-25		3	8	OJDP	V	3600
47	8 b	7-30	P		8	OJGA	V	2750
48	1 j	20-25	P		8 1/2	OJDP	V	2470
49	8 b	15-25		2	8	OJGA	V	2960
50	<i>Outillage avam leçon de main</i>	0-40		6	8	OJGA	V	3000
51	15 j	4-30		4	8	OJGA	V	4300
52	14 j	10-30		7	8	OJGA	V	4000
53	9 j	4-31		4	7 1/2	AJG	M	2100
54	8 j	5-28	P		8 1/2	OJGA	V	2400
55	7 j	7-20		3	6 1/2	Epaule gauche	M	1300
56	5 j	2-35		4	8	OJDE	M	3220
57	4 j	8-30	P		8 1/2	OJGA	V	2450
58	3 j	6-30		2	7	OJGA	V	2300
59	3 j	4-25		2	6	?	V	1570
60	3 j	15-32	P		8	SJMA	V	3100
61	2 j	3-35		7	7	OJGA	V	1900
62	2 j	8-25	P		8	<i>Siege, varié avec</i>	V	3200
63	2 j	7-25		2	6	OJDP	V	1400
64	2 j	0-23		2	6 1/2	OJGP	V	1300
65	1 j 1/2	4-30		2	8 1/2	OJDP	M	2500
66	1 j	10-20		3	8	SJGA	M	2400
67	1 j	12-30	P		8	SJGA	V	4030
68	1 j	6-25		6	8	OJGA	V	3350
69	1 j	7-15		2	5 1/2	Sommel	M	800
70	1 j	10-30	P		8	OJDP	V	3500
71	1 j	13-41	P		8	OJGA	V	2950
72	1 j	10-20		2	8 1/2	Sommel	V	2800
73	1 j	15-25		2	8	OJGA	V	?
74	1 j	20-25		2	8	SJGA	V	4200
75	1 j	15-20		7	8	SJGA	V	3100

Tableau 1 (suite)

N ^o D'ordre	Moment de la rupture avant les premières douleurs	Ménstruation des membranes	Nombre de grossesses.		Epoque de l'accouchement		Présentation et Position	Etat de l'enfant à la naissance visant V mora M	Poids de l'enfant	Observations
			Similaires P	Multiples	à terme S	avant terme				
76	1 j	4-30	P			8	S.I.G.A	M.p. létal		
77	1 j	10-30		2		8 1/2	O.I.G.A	V	2650	
78	1 j	5-20		2		6	O.I.O.P	V	1430	
79	1 j	6-39		9		8 1/2	O.I.G.A	V	2650	
80	1 j	8-39	P			8	O.I.G.A	V	2200	
81	1 j	7-39		2		7 1/2	O.I.O.P	V	2450	
82	1 j	3-38		2	z		O.I.G.A	V	2700	
83	1 j	8-27	P			8	O.I.O.P	V	2650	
84	1 j	10-20	P			5 1/2	Sommel	V	1030	
85	1 j	1-33	P			8 1/2	O.I.G.A	V	3200	
86	1 j	8-30		3		8 1/2	O.I.O.P	V	2650	
87	1 j	3-20		4		8	Sommel	V	2350	
88	1 j	8-25	P		z		O.I.O.P	V	3420	
89	1 j	15-20		3		6 1/2	O.I.G.A	V	1680	
90	1 j	0-39		2		8 1/2	O.I.G.A	V	2850	
91	1 j	15-17		2		6 1/2	O.I.G.A	V	1750	
92	1 j	13-30	P		z		O.I.G.A	V	3500	
93	1 j	3-30		3		7	O.I.O.P	V	2470	
94	1 j	9-34	P		z		O.I.G.A	V	3250	
95	20 h	2-23		5		7 1/2	S.I.G.A	V	1900	
96	20 h	7-34		4	z		O.I.O.P	V	3060	
97	18 h	9-33		2		8 1/2	O.I.G.A	V	2950	
98	15 h	0-20		7		7	O.I.O.P	V	1900	
99	14 h	11-30		2	z		O.I.G.A	V	3100	
100	12 h	8-30		2		8 1/2	Siège	V	2500	
101	12 h	15-25		2		8	O.I.G.A	V	3400	
102	12 h	15-25	P			7 1/2	Sommel	V	2200	
103	12 h	6-35		4	z		O.I.G.A	V	3900	
104	11 h	12-36		8	z		O.I.O.P	V	2950	
105	11 h	15-20	P		z		O.I.G.A	V	2950	
106	11 h	12-30		2		8 1/2	Sommel	V	2400	
107	10 h	4-40		4	z		O.I.G.A	V	4720	
108	10 h	12-30		2	z		S.I.O.A	V	3250	
109	9 h	7-30	P		z		O.I.G.A	V	2960	
110	8 h	15-32		3	z		O.I.G.A	V	4100	

111	7 b	11-31	P		8	OJGA	V	3100
112	7 b	0-37	P			Sommer	V	3000
113	7 b	7-25	P			OJGA	V	3800
114	6 b	12-30		3		JWA	V	4000
115	6 b	10-20		2	8	OJGA	V	2100
116	5 b	5-35	P			OJGP	V	3550
117	5 b	15-25	P			OJOP	V	3500
118	5 b	15-20		2		OJGA	V	?
119	5 b	6-33		4		OJGA	V	3150
120	5 b	6-30		3	7 1/2	OJOP	V	2250
121	4 b	15-30		2		OJGE	V	2650
122	4 b	10-26		7		OJOP	V	2850
123	4 b	6-32		6		OJGA	V	2380
124	4 b	11-30		2	8	OJOP	V	3000
125	3 b	3-45		2	8 1/2	OJOP	V	2850
126	3 b	5-37	P			OJOP	V	3350
127	3 b	15-30		3		OJGA	V	3050
128	3 b	10-20		2	8 1/2	OJGA	V	2720
129	3 b	12-35		5		OJOP	V	3020
130	3 b	6-29	P		8	Sommer	V	2740
131	2 b	15-36	P			OJGA	V	2550
132	2 b	15-27	P			OJOP	V	2980
133	2 b	8-25	P		8	OJOP	V	2450
134	2 b	15-20	P		8 1/2	OJGA	V	2500
135	2 b	18-25	P			MJOP	V	3400
136	2 b	1-30	P		8	OJOP	V	2750
137	2 b	0-35		2	7 1/2	OJOP	V	2650
138	2 b	0-35		3		JWA	V	3050
139	2 b	9-30		2		Sommer	V	2900
140	1 b	3-30		2	8 1/2	Sommer	V	3050
141	1 b	15-20		2		JGA	V	2650
142	1 b	6-30	P		8	OJGA	V	2700
143	1 b	7-35		2		OJOP	V	4000
144	1 b	5-32		2		Sommer	V	3900
145	1 b	6-30		2	8 1/2	OJGA	V	2880
146	1 b	12-37	P			JOP	M	2850
147	1/2 b	5-38	P		8 1/2	OJOP	V	2700

Syphilitis

Sur les 147 cas, il y eut :

72 accouchements prématurés.
75 — à terme.

Au point de vue de la présentation, les 147 cas se décomposent ainsi :

Présentation du sommet. 127	Présentation de la face.. 1
— du siège... 18	— de l'épaule. 1

Les dix-huit présentations du siège donnent les mensurations suivantes :

S. I. G. A..... 15 — 32	S. I. D. A..... 12 — 30
Variété sacrée. 8 — 15	S. I. D. A..... 12 — 30
S. I. G. A..... 10 — 20	S. I. D. A..... 0 — 35
S. I. G. A..... 12 — 30	S. I. G. A..... 15 — 20
S. I. G. A..... 20 — 25	S. I. D. P... .. 12 — 37
S. I. G. A..... 15 — 20	S. I. G. A... .. 7 — 25
S. I. G. A..... 4 — 30	S. I. G. A..... 2 — 30
S. I. G. A..... 2 — 23	S. I. G. A..... 5 — 25
Siège..... 8 — 30	S. I. D. P..... 5 — 35

Sur ces dix-huit cas, il y en a neuf dans lesquels les membranes mesurent, de l'ouverture au bord du placenta, de 0 à 10 centimètres.

Si, sur les 1,394 observations que je possède, je cherche les cas dans lesquels les membranes mesurent, du bord de l'ouverture au placenta, de 0 à 10 centimètres sans qu'il y ait eu de rupture prématurée, je trouve 245 cas.

Ainsi, dans 245 cas, la rupture s'est faite à 10 centimètres ou au-dessous du placenta, et il y eut *rupture tempestive*,

Mais sur ces 245 cas, l'accouchement eut lieu prématurément 95 fois, comme le témoigne le tableau ci-contre.

De plus, nous remarquons que, sur ces 245 cas, il y a :

79 primipares,
166 multipares.

Que conclure de ces tableaux?

La première des conclusions qu'on doive en tirer, celle qui se dégage de la façon la plus évidente, est la suivante : *le placenta s'insère très souvent sur le segment moyen et sur le segment inférieur de l'utérus*. Je ne peux donner, même écourtées, mes 1,394 observations, mais je puis affirmer que le placenta est plus souvent inséré sur le segment moyen et le segment inférieur de l'utérus que sur le segment supérieur.

De plus, il est impossible de ne pas admettre l'importance du rôle que joue la multiparité au point de vue de son influence sur le lieu d'insertion du placenta. En effet, en réunissant les deux tableaux nous trouvons :

Dans le premier.... 147 cas.

— second... .. 245 —

Total..... 392 cas dans lesquels

la rupture s'est produite de 6 à 10 centimètres du placenta.

Or, sur ces 392 cas, il y a :

Primipares... 54 + 79 = 133

Multipares... 93 + 166 = 259

Total..... 392

Tableau 2.

*Placenta inséré sur le segment inférieur
Rupture des membranes à la dilatation complète.*

Imp. Mouton, 3, Rue Singer, Paris.

N ^o d'ordre	Mesuration des membranes	Nombre de grossesses.		Epoque de l'accouchement.		Présentation et position	Etat de l'enfant à la naissance Vivant Y Mort. M.	Poids de l'enfant	Observations.
		Simple	Multi-pares	à terme	avant terme				
1	4-32		3		8½	OIGA	V	3300	
2	7-30	P			6	Somme	V	2650	
3	10-30		3		6	OIGA	V	3250	
4	9-32		2		8½	Somme	V	2900	
5	7-31	P			8½	OIGA	V	2550	
6	4-30		3		8½	OIGA	V	3000	
7	3-35		2		6	OJOP	V	4100	
8	10-40		3		8	OIGA	V	2880	
9	9-35	P			8½	OIGA	V	3120	
10	3-40		2		8½	Somme	V	2200	
11	10-35		3		8½	OJOP	V	2670	
12	6-40	P			8½	OIGA	V	2880	
13	8-28	P			8½	OJOP	V	2900	
14	10-32		2		6	OIGA	V	2850	
15	10-30		4		8½	Siège	V	2720	
16	6-32		2		6	OIGA	V	2880	
17	10-29	P			8½	OJOP	V	2700	
18	7-36		2		8½	OIGA	V	2950	
19	3-30	P			6	OJOP	V	3350	
20	6-25		3		7	OJOP	V	1700	
21	6-28		2		6	OJGE	V	3510	
22	10-37		2		6	MJOP	V	3420	
23	10-37		2		8½	Somme	V	2950	

24	4-36	P	6	6	OJOP	V	2820
25	7-36		6	6	OJOE	V	3500
26	10-29		2	6	OJGA	V	2800
27	0-44		9	6	OJGP	M	4150
28	6-32		2	6	OJGA	V	2950
29	10-36	P		6	OJOP	V	4000
30	7-39	P		6	OJGA	V	4000
31	4-37	P		6	MJOP	V	3050
32	10-29		4	8	OJGA	V	2760
33	10-26	P		6	OJGA	V	3600
34	8-36		3	6	OJGA	V	3200
35	8-26	P		6	OJGA	V	2950
36	10-32	P		6	OJGP	V	3800
37	9-31	P		8 1/2	OJOP	V	2720
38	7-38		2	6	OJGA	V	3500
39	10-32		3	6	OJOP	V	3050
40	10-29		2	6	OJGA	V	3200
41	6-36		2	6	OJOP	V	3380
42	7-40	P		6	OJGA	V	2720
43	10-42		3	6	OJOP	V	4950
44	5-39	P		6	OJOP	V	2900
45	10-20	P		8 1/2	OJGE	V	2850
46	0-42	P		8	OJGA	V	2300
47	10-34	P		6	OJGE	V	3500
48	8-36		3	6	OJGA	V	3930
49	0-41		5	6	OJGA	V	3150
50	10-33		4	6	OJOP	V	3150
51	6-32		2	8 1/2	OJGA	V	2700
52	10-35		2	8 1/2	Tommel	V	2950
53	6-39		2	6	OJOP	V	3500
54	6-37		4	6	OJOP	V	3650

Tableau 2 (suite.)

N ^{os} ordre	Mensuration des membranes	Nombre de grossesses		Epoque de l'accouchement		Présentation et position	Etat de l'enfant à la naissance Moult. V Mort. M.	Poids de l'enfant	Observations
		Similaires P	Multipares	à terme E	avant terme				
55	10-33		4	E		VJWP	V	3250	
56	10-35		2		8	Somme	V	2600	
57	10-32	P		E		OJGA	V	3260	
58	9-30		3		6½	Somme	V	1500	
59	5-44		6	E		OJWP	V	3100	
60	3-36		2	E		OJWP	V	3300	
61	2-39	P		E		OJGA	V	3300	
62	5-34	P			8	OJGA	V	2100	
63	10-15	P			6½	JJGA	V	1620	
64	10-20		2		6	Siege	V	1250	
65	6-32	P		E		OJGA	V	3450	
66	0-39		4	E		OJGA	V	3600	
67	4-27	P			8	OJGA	V	2260	
68	7-39		2	E		OJWP	V	3470	
69	10-28	P		E		Somme	V	3150	
70	7-25		3	E		OJGA	Macie	2420	
71	7-20		4		8	OJGA	V	2500	
72	10-20		3		8	OJGA	V	2200	
73	9-25		4	E		OJWP	V	2850	
74	10-40	P		E		OJGA	V	2900	
75	8-25	P		E		OJWP	V	3500	
76	0-35		8		8	OJGA	V	2600	
77	10-25	P			8½	OJGA	V	2950	
78	2-30	P			8½	Somme	V	2950	
79	10-30	P		E		Somme	V	2700	
80	10-25		2	E		OJGA	V	3100	
81	6-30	P		E		OJGE	V	3830	
82	10-40		2		8	OJWP	V	2620	
83	10-25		3	E		OJGA	V	2950	
84	7-30		5	E		OJGA	V	3250	

85	7-30		3	3	OJGA	V	3700
86	10-25	P			Sommel	V	1700
87	10-25		3	3	OJGA	V	3400
88	10-30		2		OJGA	Macci	?
89	10-20		2		OJGA	V	?
90	4-30		8	3	OJGA	V	?
91	10-25	P			OJGA	V	?
92	7-35		7	3	OJGA	V	?
93	10-20		3	3	OJOP	V	3650
94	10-30		2	3	MOOP	V	3980
95	1-39	P			Sommel	V	2200
96	10-54		3	3	OJOP	V	5000
97	5-35		6	3	OJGA	V	3650
98	0-40		5	3	OJOP	V	3500
99	10-28		2	3	OJOP	V	3500
100	10-30		11	3	Sommel	V	3150
101	5-35		2	3	OJGA	V	3250
102	10-30		6	3	OJOP	V	3150
103	1-35		2	3	OJGA	V	2850
104	10-30	P			OJGA	V	3250
105	10-28	P			OJDE	V	2260
106	7-25		3	7	OJGA	V	2750
107	10-20		6	8 1/2	Sommel	V	2750
108	3-35	P			OJGA	V	2820
109	3-20	P			Sommel	V	2020
110	10-32		2	8 1/2	OJGA	V	2850
111	8-27		2	7 1/2	OJOP	V	2300
112	10-37		2	3	OJGA	V	3500
113	10-34		6	3	OJGA	V	3250
114	5-25		4	7	OJOP	V	2500
115	10-30		4	3	OJGA	V	3020
116	10-35		2	3	OJGA	V	3400
117	8-25		2	3	OJGA	V	3850
118	6-37		8	3	OJGA	V	3700

Syphilia

Tableau 2 (suite.)

N ^o N ^o ordre	Mensuration des membranes	Nombre de grossesses		Epoque de l'accouchement		Présentation ou position	Etat de l'enfant à la naissance Vivant V Mort M	Poids de l'enfant	Observations.
		Primipares P	Multipares	à Terme T	avant terme				
119	0-35		2	T		?	V	3500	
120	2-35		4		7	?	Maceré	1580	
121	6-36		2	T		OISE	V	3350	
122	10-35		2	T		OISE	V	2800	
123	4-42		2	T		OISA	V	3630	
124	3-35	P			8 1/2	OISE	V	2800	
125	10-30		3	T		OJOP	V	3000	
126	10-25	P			8	OISA	Maceré	1800	syphtis
127	7-30	P		T		OJDA	V	2950	
128	10-25	P		T		Somme	V	3000	
129	3-35		5		8 1/2	OISA	V	3150	
130	10-30		4		7	AJD	M	1700	hydatarios
131	10-30		3	T		OISA	V	3250	
132	2-30		2		6	Somme	M	850	syphtis
133	10-25		3	T		OJOP	V	2750	
134	6-30	P		T		OISA	V	3400	
135	6-30		2	T		OJOP	V	3120	
136	7-28		4	T		OISA	V	3200	
137	10-28		2	T		OISA	V	3820	
138	10-35	P			8	OISA	V	2850	
139	4-36		3	T		OJDA	V	2800	
140	3-30		7		6	Siège	M	1750	
141	6-35	P		T		Siège varié macé	V	3850	
142	0-30	P			5	Siège	V	?	
143	9-20	P		T		OJDA	V	2620	
144	6-40	P			7	OISA	V	1780	hydatarios
145	10-25	P			8 1/2	OISA	V	2600	
146	10-30		7	T		OISA	V	3100	
147	3-30		6		6 1/2	OISA	V	1800	
148	7-25		3		6	Siège	V	950	



149	7-30		7	8 1/2	JJA	V	2900
150	10-20		5	8 1/2	JJA	V	2520
151	5-30	P		8	JJA	V	2450
152	10-20	P		7	JJA	V	1730
153	10-25		2	6 1/2	Niege	Maree	
154	10-35		5	5 1/2	JJA	V	1250
155	6-30		4	6	OJA	V	3370
156	7-25		2	8	OJA	V	2450
157	4-30		2	6	OJOP	V	3100
158	7-40		3	6	OJOP	V	4200
159	10-30	P		8	OJOP	V	2900
160	3-25		2	8	Sommer	V	2700
161	10-25		2	6	Sommer	V	3250
162	10-40		10	6	OJOP	V	3050
163	10-30		2	6	OJOP	V	3500
164	3-30		4	6	OJOP	V	3950
165	10-20	P		7	OJOP	V	1830
166	10-20		9	6	OJA	V	2770
167	10-30		2	6	OJOP	V	3500
168	10-20		2	6	OJA	V	3500
169	10-30		3	6	OJSE	V	3700
170	10-25		3	6	OJOP	V	3975
171	10-20	P		6	OJOP	V	3400
172	10-30	P		8	OJA	V	2250
173	10-30		2	6	OJA	V	4050
174	10-20		3	8 1/2	OJA	V	2500
175	10-30		4	6	OJA	V	5000
176	8-35		4	6	OJOP	V	2750
177	5-25		2	6	Sommer	V	2800
178	10-35	P		6	OJA	V	3300
179	4-36	P		6	OJOP	V	3420
180	8-30	P		8 1/2	OJOP	M. J. J. J.	1730
181	10-25	P		6	OJOP	V	3400
182	8-36		2	8 1/2	OJA	V	2470

symphilis



Tableau 2 (suite)

N ^o d'ordre	Nomenclature des membranes.	Nombre de gravesses		Epoque de l'accouchement		Présentation ou position	Etat de l'enfant à la naissance Vivant V Mort M	Poids de l'enfant	Observations.
		Simple &	Multiplées	à Terme &	Avant Terme				
183	2-37		7		8½	OIG A	V	3200	
184	10-30		2	♂		OIOE	V	3000	
185	10-20	P			5½	OIG A	Marée	1300	
186	5-25	P		♂		Sommel	V	3450	
187	10-25		2		8½	?	V	2520	
188	6-37		3	♂		OIG A	V	4050	
189	10-25	P		♂		OIG P	V	2850	
190	2-37	P			8	OIG A	V	2350	
191	5-30		2	♂		OIG E	V	3100	
192	8-30	P		♂		OIG A	V	3420	
193	10-30		6	♂		OIOE	V	3500	
194	10-30		2	♂		OIG A	V	3770	
195	0-30	P		♂		OIG A	V	3450	
196	0-38		6	♂		OIG A	V	3250	
197	8-30		3	♂		OIG E	V	3850	
198	10-20		4		8	OIG A	V	2350	<i>Hydramnios .yphilo</i>
199	10-30		2		8	OIG A	V	2670	
200	8-30		3		8½	OIG A	V	2950	
201	4-30	P		♂		OIG A	V	3000	
202	3-35	P			8	OIG P	V	3150	
203	10-30		3	♂		Sommel	V	3920	
204	10-20		3		5	Siège	V	?	
205	10-30		2	♂		OIG A	V	3250	
206	10-20	P		♂		OIG A	V	3050	
207	10-25	P		♂		OIO P	V	3080	
208	10-30		2	♂		OIG A	V	2650	
209	6-30		2	♂		Sommel	V	3450	
210	0-15		3		4½	Epaule	V	550	
211	8-30	P		♂		OIG E	V	3250	
212	5-35		6	♂		OIG A	V	4850	



213	9_30		3	8	019E	V	2950
214	6_25	P			6 1/2	019A	Macie 1340
215	6_30		2	8	019A	V	3150
216	10_30		2	8	019E	V	2870
217	10_30		2	8	019A	V	3250
218	5_30		3		7 1/2	010P	V 2200
219	4_30	P			7	019A	V 1360
220	6_30		2		8 1/2	019A	V 2350
221	6_25		4	8	019A	V	3100
222	4_35		2	8	Somme	V	2800
223	10_30		2	8	019A	V	3200
224	10_28		5	8	019A	V	2900
225	10_28		4	8	019A	V	3400
226	10_30	P				010P	V 2950
227	6_30		2	8	019A	V	3270
228	2_35		3		8 1/2	019A	V 2350
229	10_25		2	8	Somme	V	3050
230	0_35		2		8	019A	V 1770
231	9_30		8		8	010P	V 2600
232	10_32		6	8	119A	V	4050
233	10_35	P				019A	V 3650
234	5_25	P			6	019A	V 1270
235	10_35		3	8	010P	V	3900
236	10_25		3		8	Epaule	V 2200
237	5_30		2	8	Somme	V	3250
238	10_30		2		8	010P	V 2150
239	6_40		2	8	019A	V	3900
240	10_20		2		7 1/2	010P	Macie 2700
241	10_35		2	8	019A	V	3000
242	10_30		2		8 1/2	019A	V 3350
243	10_35		3		8 1/2	019A	V 2950
244	6_30		4	8	019A	V	3050
245	10_30	P				010P	V 2800

sypilis

Je ferai remarquer de suite un fait sur lequel je reviendrai, c'est que les ruptures prématurées sont plus fréquentes chez les primipares que chez les multipares, le placenta étant inséré au même niveau.

Maintenant suis-je autorisé à formuler ainsi une deuxième conclusion : *la rupture prématurée des membranes est causée, le plus souvent, par l'insertion du placenta sur le segment inférieur?*

Etant données les observations contenues dans les tableaux ci-dessus, je crois être absolument dans le vrai en formulant ainsi ma deuxième conclusion.

Si le Dr Lacaille avait continué à observer les faits, je ne doute pas qu'il eût ainsi modifié ses conclusions, dans ce qu'elles ont d'excessif.

Une troisième conclusion me paraît non moins évidente que les deux premières, c'est la suivante : *l'accouchement prématuré est très souvent provoqué par la présence du placenta sur le segment inférieur, soit qu'il y ait hémorrhagie, soit qu'il y ait rupture prématurée des membranes, soit qu'on n'observe ni l'un ni l'autre de ces accidents.*

En effet, en additionnant les cas où il y a eu rupture prématurée et les cas où il y eut rupture tempestive, mais où le placenta était à 10 centimètres et au-dessous, on trouve :

147 cas..	{	72 accouchements prématurés.
		75 à terme.
245 cas..	{	95 accouchements prématurés.
		150 à terme.

D'où, sur 392 accouchements :

Prématurés....	167
A terme.....	225

Ces recherches démontrent suffisamment l'influence minime de l'hydropisie de l'amnios, de la grossesse gémellaire et des rétrécissements du bassin comme cause de la rupture prématurée des membranes.

Quant aux mauvaises présentations, seules les présentations du siège sont assez nombreuses. Mais je ferai remarquer que sur les 18 cas que j'ai observés, 9 fois le placenta était sur le segment inférieur de l'utérus.

Il me reste à rechercher maintenant : 1° pourquoi il y a souvent rupture prématurée des membranes lorsque le placenta est sur le segment inférieur de l'utérus ; 2° pourquoi cette rupture ne se produit pas toujours ; 3° quelle influence la rupture prématurée peut avoir sur la production ou la cessation de l'hémorrhagie, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus.

Pourquoi la rupture prématurée des membranes se produit-elle souvent lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus ?

Pendant le cours de la grossesse, il y a généralement un développement parallèle de la paroi utérine et des membranes de l'œuf, développement nécessité par l'extension croissante du contenu utérin : liquide amniotique et fœtus.

Lorsque dans les trois derniers mois, ainsi que l'a si bien exposé Jacquemier, le développement de la cavité utérine s'effectue surtout aux dépens du segment inférieur, la souplesse et l'élasticité des membranes (chorion et amnios) leur permet de suivre ce mouvement d'expansion et de rester accolées à la caduque utérine. Cette dernière, malgré sa friabilité, son manque de consistance et de résistance, faisant corps avec la

paroi utérine, participant à sa vie, suit d'une façon synergique l'extension des parois de l'utérus.

De cette façon, pendant toute la durée de la grossesse, il y a des rapports constants de contiguité et de continuité entre les membranes maternelles et fœtales de l'œuf.

Lorsque le col s'efface, c'est-à-dire lorsque, au début de l'accouchement, l'œuf pénètre dans la cavité cervicale, soit par suite du « *glissement de l'œuf le long de la paroi utérine* », soit, comme le veut mon savant ami le professeur Léon Dumas (1), et comme je le crois aussi, par suite du « *glissement de la paroi utérine le long des membranes de l'œuf* », il y a rupture du faisceau membraneux.

Le chorion et l'amnios se séparent de la caduque. Cette dernière, qui fait défaut au niveau de l'orifice interne, est tellement adhérente au niveau des parties qui avoisinent l'orifice, que son glissement devient impossible. J'ai constaté, nombre de fois, en étudiant les rapports des membranes sur des utérus contenant des produits de conception et appartenant à des femmes mortes aux différentes époques de la grossesse : 1° l'absence de la caduque au niveau même de l'orifice interne où il ne se trouve qu'un bouchon gélatineux directement en rapport avec le chorion (Peut-être l'examen histologique démontrerait-il en ce point les restes de la caduque réfléchie atrophiée) ; 2° l'adhérence de la caduque à la paroi utérine dans une étendue qui varie de 6 à 10 centimètres et qui va en décroissant au fur et à mesure qu'on s'éloigne des bords de l'ori-

(1) *Nouvelles considérations sur la dilatation præ-fœtale de la vulve, accompagnée d'une étude sur la formation et la rupture de la poche des eaux.* (Annales de gynécologie, 1885.)

fice interne. De plus, il suffit d'examiner avec des valves une femme en travail et chez laquelle les membranes font hernie à travers l'orifice pour constater l'absence de caduque à ce niveau. Enfin, après la délivrance, il est facile de voir, en examinant les membranes au niveau de la déchirure, que sur une étendue plus ou moins considérable, la caduque ne double pas le chorion. Assez souvent même, les bords de l'orifice sont constitués par l'amnios seul, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, puis on trouve le chorion et plus loin encore la caduque. — Il résulte de là : 1° que le chorion et l'amnios pénètrent seuls dans la cavité du col ; 2° que les liens qui unissent la caduque au chorion se rompent et que des lambeaux de caduque, et seulement des lambeaux, peuvent être et sont assez souvent entraînés par le chorion.

Bientôt, sous l'influence de la contraction, les deux membranes (chorion et amnios) vont se trouver au niveau de l'orifice externe, qui lui-même va s'ouvrir et découvrir progressivement un segment de plus en plus considérable de ces membranes, qui seules supportent alors l'effort de la contraction utérine. Si leur résistance et leur élasticité leur permettent de lutter pendant un certain temps, elles finissent par être vaincues : — M. Duncan nous a donné la mesure de leur élongation et Ribemont-Dessaigues celle de leur résistance, -- et c'est alors que « la pression intra-amniotique étant suffisante pour triompher de leur résistance, la rupture se produit. » Je dois faire remarquer que parfois à ce moment l'amnios glisse sur le chorion et se décolle sur une étendue plus ou moins considérable.

De ce qui précède, il résulte que, pendant la grossesse, les membranes doivent conserver constamment des rapports de contiguité et de continuité, rapports qui ne sont troublés,

rompus qu'au moment de l'accouchement. En est-il toujours ainsi ? Nous ne le croyons pas, et c'est ce que nous allons essayer de démontrer.

Pendant les derniers mois de la grossesse, le chorion et l'amnios ne peuvent suivre le segment inférieur de l'utérus dans son mouvement expansif qu'en raison de leur extensibilité. Et il suffit de constater l'amincissement de la paroi utérine recouvrant la tête profondément engagée, pour comprendre combien cette élasticité est mise à l'épreuve dans certains cas. De plus cette extension ne porte pas toujours sur toute l'étendue du segment inférieur, mais est souvent partielle et localisée, soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure, soit aux parties latérales de ce segment, suivant la région fœtale qui se trouve en rapport avec ce segment, suivant son degré d'engagement. La paroi utérine, en raison de sa dilatabilité, se prête admirablement à ces distensions localisées exagérées ; il se produit des ondées musculaires qui permettent ces dilatations.

Mais lorsque les membranes fœtales (amnios et chorion) subissent une pression localisée, que se produit-il ou que peut-il se produire ?

Tout d'abord elles s'amincissent, elles s'étendent, et cette tension retentit ou doit retentir sur la totalité des membranes. On comprend, lorsque le placenta est inséré au fond de l'utérus, que l'élasticité totale de ces membranes étant mise en jeu, les tiraillements exercés sur le placenta seront peu accusés ; que la distension augmente encore et des tractions de plus en plus énergiques vont s'exercer sur le placenta, en même temps que le décollement, le glissement des membranes les unes sur les autres vont se produire. L'amnios peut glisser sur le chorion dans toute son étendue et ce fait se produit

assez souvent, ce qui explique comment, dans certains cas, on trouve l'amnios décollé sur une étendue plus ou moins considérable de la face fœtale du placenta et retroussé jusqu'au cordon. Mais le chorion ne peut glisser sur la caduque qu'en tirant sur le placenta. Toute pression exercée en un point du chorion retentira plus ou moins sur le placenta, suivant que cette pression s'exercera en un point plus ou moins éloigné de ce dernier.

Or, quand le placenta est sur le segment inférieur de l'utérus, toute la portion de la paroi utérine correspondant à son insertion ne peut prendre part au développement; aussi l'ampliation se fait aux dépens d'une partie du segment inférieur seulement, et cette partie subit une distension considérable. D'un autre côté, l'élasticité du chorion est beaucoup moindre à ce niveau, car le chorion est extrêmement adhérent au niveau de la face du placenta; il ne peut prêter de ce côté, il tire sur le placenta et, si celui-ci ne cède pas, bientôt il se rompt. L'amnios peut résister encore plus ou moins longtemps; mais, comme il est seul alors à supporter la pression intra-anniotique, il se rompt le plus souvent consécutivement.

C'est ainsi que je crois pouvoir expliquer le mécanisme suivant lequel se produit la rupture prématurée des membranes lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur. Ainsi : expansion considérable de la portion du segment inférieur de l'utérus laissée libre par l'insertion placentaire, distension anormale du chorion, défaut d'élasticité de celui-ci à ce niveau, par suite de la résistance du placenta, résistance du placenta, d'où rupture du chorion et consécutivement de l'amnios.

Pourquoi la rupture prématurée des membranes ne se produit-elle pas toujours lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus ?

Les raisons qui font que la rupture prématurée des membranes ne se produit pas toujours lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus sont de deux ordres : ou bien la pression exercée par le chorion est insuffisante, ou bien le placenta se décolle. Lorsque le segment inférieur subit peu de distension dans les derniers mois de la grossesse, la rupture a peu de tendance à se produire.

Chez les multipares, le segment inférieur s'amincit moins que chez les primipares, l'engagement est moins prononcé, l'accommodation pelvienne se produit plus tardivement. Aussi je crois que Cazeaux, en remarquant que la rupture prématurée coïncidait avec une présentation du sommet fortement engagée dans l'excavation, était dans le vrai. Il semble, d'après ce qui précède, que les ruptures prématurées devraient être plus fréquentes chez les primipares que chez les multipares et cependant c'est le contraire qu'on observe.

Ainsi, sur 308 cas, Garipuy a trouvé 189 multipares et 119 primipares seulement. Le Dr Azaïs, dans son remarquable travail (1), sur 936 ruptures spontanées a noté 524 multipares et 402 primipares. Mes observations concordent avec les précédentes puisque, dans les 147 cas de rupture prématurée que j'ai observées, il y a 54 primipares et 93 multipares (page 10). Seulement, je crois avoir démontré également (page 11) que l'insertion vicieuse du placenta est bien plus fréquente chez les multipares que chez les primipares.

(1) *De la rupture prématurée spontanée des membranes de l'œuf.* (Montpellier, 1882.)

De sorte que, toutes choses égales d'ailleurs, je crois la rupture prématurée plus fréquente chez les primipares que chez les multipares.

La présentation du fœtus joue également un rôle en ce sens qu'elle détermine une distention plus ou moins considérable et irrégulière du segment inférieur de l'utérus et par conséquent des membranes. Hubert (de Louvain), en disant : « J'ai cru remarquer que la rupture des membranes avant le travail survenait surtout quand l'enfant se présente par l'extrémité pelvienne », avait, selon son habitude, observé avec sagacité, mais je ne crois pas que l'explication qu'il donne de ce fait soit exacte dans tous les cas. En dehors des pressions exercées par un pied, ce qui je crois peut fortuitement se produire, je pense que le siège, en raison de son volume et de sa forme irrégulière, détermine des pressions localisées qui le plus souvent entraînent la rupture des membranes ou le décollement du placenta.

L'observation suivante me paraît être démonstrative à ce sujet.

OBSERVATION I.

(Rédigée par M. Lepage, interne du service.)

Insertion vicieuse du placenta; hémorrhagie au début du travail; irrigations chaudes à 43°; présentation du siège en S. I. D. P.; rupture artificielle des membranes; arrêt de l'hémorrhagie; enfant mort; bec-de-lièvre double; hernie diaphragmatique.

La nommée Müller, Elisa (femme Schaf), âgée de 40 ans, cultivatrice, entrée le 18 avril 1886, salle Sainte-Anne, lit n° 26, dans le service de M. le Dr Pinard, hôpital Lariboisière.

Père mort à 56 ans d'étranglement herniaire.

Mère morte à 56 ans d'une affection cardiaque.

A eu quatre frères, dont trois vivants et un mort à 13 mois.

A quatre sœurs vivantes et bien portantes. Aucun vice de conformation.

Née en Alsace, qu'elle a toujours habitée jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital; à 22 ans aurait eu une fluxion de poitrine à la suite de laquelle elle serait restée malade pendant seize mois. Pas d'autre maladie.

Réglée à 14 ans. Menstruation régulière, durant quatre jours, non douloureuse, abondante. Jamais de fleurs blanches. Au moment de sa maladie à 22 ans, la malade n'a pas été réglée pendant seize mois.

Mariée à 27 ans, première grossesse à 28 ans; les autres à 29, 31, 33, 35, 37, 38 ans. Tous les enfants sont venus par la tête et à terme; ils ont été nourris par la mère et sont bien portants, trois garçons et quatre filles. Les accouchements ont toujours été normaux ainsi que les suites de couches; la femme se levait quelquefois deux ou trois jours après l'accouchement.

Cette femme travaillait aux champs; elle était d'une bonne santé. Tous les enfants sont du même père.

Les dernières règles ont eu lieu le 20 juin; jamais, depuis cette époque, la femme n'a perdu de sang, sauf au moment de son entrée à l'hôpital. A été très fatiguée pendant sa grossesse, mais n'a jamais été obligée de garder le lit.

A senti remuer l'enfant en janvier.

Part le 17 avril d'Alsace pour venir habiter Paris; voyage pendant six heures en chemin de fer. Arrivée à Paris, est prise de douleurs à 9 heures du matin. Perd du sang de suite en grande abondance. Un médecin et une sage-femme sont appelés et conseillent l'entrée à l'hôpital, où elle arrive à 1 heure de l'après-midi. Elle perd à ce moment une quantité de sang considérable; des caillots tombent sur l'escalier et les endroits par où la femme se rend à la salle d'accouchements sont marqués par des traces de sang. Les linges sont remplis de sang.

Au moment de son entrée dans la salle d'accouchements, on con-

state que l'orifice utérin présente une dilatation d'un franc environ; on trouve à droite le placenta qui fait en partie hernie hors de l'utérus; par le palper on constate une présentation du siège en S. I. D. P. Pas de battements fœtaux. Malgré les irrigations d'eau chaude à 48°, cette femme continue à perdre un peu de sang; on rompt les membranes à 1 heure 10; à partir de ce moment la femme, qui était très pâle, ne perd plus que des quantités insignifiantes de liquide sanguinolent. Les douleurs sont fortes et rapprochées; on fait à la femme trois irrigations d'eau chaude; à 3 heures, la dilatation est complète, le siège est profondément engagé, on ne sent plus le placenta. A 3 heures 1/2, la femme accouche spontanément d'un enfant mort, du sexe masculin, pesant 1 kil. 10 gr. bec-de-lièvre double avec gueule de loup; hernie diaphragmatique.

La délivrance se fait spontanément à 3 heures 50 du soir; le placenta s'est présenté par un de ses bords, il est normal; les membranes sont entières, mais déchirées. La rupture a été faite près du bord placentaire à l'endroit où l'on constate la présence d'un gros caillot.

Les suites de couches sont normales; la femme demande à sortir le 25 avril; le maximum de la température a été de 37°,4 le soir du deuxième jour après l'accouchement.

L'involution utérine paraît complète.

La présentation du tronc détermine, plus encore que la présentation du siège, des distensions exagérées, mais je reviendrai sur ce point.

En résumé, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur, tantôt les membranes se rompent prématurément, tantôt elles résistent et le placenta se décolle. La résistance plus ou moins grande des membranes produit l'un ou l'autre de ces résultats.

Enfin, dans certains cas, on n'observe ni rupture prématurée, ni décollement placentaire, en raison de la résistance des

membranes, de la résistance du placenta, de la présentation du fœtus, et des circonstances qui font que les pressions et les distensions localisées ne se produisent qu'au moment du travail, où d'autres facteurs entrent en jeu.

Quelle est l'influence de la rupture prématurée sur la production ou la cessation de l'hémorrhagie, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur?

Dans tous les cas où j'ai observé la rupture prématurée des membranes, je n'ai jamais observé consécutivement la production de l'hémorrhagie.

Dans tous les cas où l'hémorrhagie s'était montrée la première, j'ai toujours vu la rupture prématurée, spontanée ou artificielle, faire cesser l'hémorrhagie, excepté lorsque le fœtus se présentait par le tronc, et encore, dans plusieurs cas de présentation du tronc, ai-je vu la rupture des membranes faire cesser l'hémorrhagie, ainsi que le démontrent plusieurs observations qui suivent.

C'est après avoir observé l'absence d'hémorrhagie dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, alors qu'il y avait rupture prématurée, que j'ai été conduit à rompre artificiellement les membranes, même avant tout début de travail.

La rupture artificielle des membranes a été conseillée et pratiquée depuis longtemps dans les cas d'insertion vicieuse, puisque Mauriceau la conseillait. Connue sous le nom de méthode de Puzos, elle a été employée par les uns et rejetée par les autres. Je ferai remarquer que Puzos ne commençait pas par rompre les membranes. Il provoquait d'abord le travail, puis rompait les membranes lorsque le travail était commencé et dans le but d'accélérer ce dernier. Le passage suivant du fameux mémoire de Puzos ne laisse aucun doute à cet égard.

Après avoir établi un parallèle entre l'accouchement forcé et l'accouchement naturel dans les cas de pertes de sang, et montré les avantages de l'accouchement naturel, Puzos reconnaît que ce dernier a un inconvénient : la lenteur avec laquelle il s'effectue ordinairement. Aussi dit-il :

« Le moyen de remédier à la lenteur de l'accouchement naturel est d'emprunter quelque chose de l'accouchement forcé; l'expérience m'en a souvent fait connaître la possibilité. Il s'agit d'augmenter la dilatation de l'orifice avec le travail des doigts, dans le même ordre et avec autant de douceur que la nature a coutume de s'y employer dans les cas ordinaires. Il est rare que la perte de sang causée par le décollement de quelques portions de placenta ne fasse ouvrir la matrice plus ou moins : la quantité de sang qui imbibe l'orifice et les caillots qui s'y forment sont comme autant de coins qui le dilatent et le disposent à fléchir sous le poids des corps renfermés; ce commencement de dilatation détermine l'accouchement ; il s'y joint quelquefois de légères douleurs; mais comme les faiblesses, même les évanouissements qui sont des accidents ordinaires à la perte, sont souvent des obstacles à la continuation des douleurs et à l'action de la matrice pour chasser l'enfant, on est obligé de les rappeler lorsqu'elles manquent, ou de les augmenter lorsqu'elles sont trop faibles. Pour cet effet, il faut introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice avec lesquels on travaille à l'écarter par des degrés de force proportionnés à sa résistance : cet écartement gradué, interrompu de temps en temps par des repos, fait naître des douleurs, il met la matrice en action et l'un et l'autre font gonfler les membranes qui contiennent les eaux de l'enfant : l'attention pour lors doit être d'ouvrir les membranes le plus tôt qu'on peut, pour procurer l'écoulement des eaux, parce que

leur écoulement diminue déjà l'écartement de la matrice, qu'il fournit à cette partie le moyen de se contracter et de s'emparer de l'espace qu'elles occupaient dans sa cavité. La matrice ainsi réduite et tendant à l'être davantage presse l'enfant du fond vers son orifice ; elle y excite de plus fortes douleurs, les efforts volontaires et involontaires s'y joignent. Les douleurs et les efforts mis à profit par la malade, secondés par l'action des doigts portés circulairement dans l'orifice pour l'écarter, réussissent pour l'ordinaire et font avancer l'enfant : le sang qui s'échappait se trouve retenu dans les vaisseaux par la compression générale et par le resserrement de la partie ; enfin la nature et l'art concourent ensemble pour avancer l'accouchement ; il se fait, pour l'ordinaire, en assez peu de temps, et l'on a presque toujours la satisfaction de sauver la vie à la mère et à l'enfant, qu'ils auraient infailliblement perdue par l'accouchement simplement naturel et qu'ils auraient extrêmement risquée par l'accouchement forcé. » (Puzos. *Mémoire sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses, etc.*)

Contrairement à Puzos, je crois qu'il faut débiter par rompre les membranes.

Il est bien évident, et je pense que personne ne peut plus discuter sur ce point, qu'il faut dans les cas de présentation du tronc transformer la présentation transversale en présentation longitudinale, soit par manœuvres externes, soit par manœuvres combinées internes et externes, avant de pratiquer la rupture des membranes.

Je crois que la méthode dite de Braxton Hicks, préconisée surtout dans ces cas par Hofmeier et depuis par Behm, Lomer, etc., donne de bons résultats, en ce sens qu'elle entraîne

la rupture prématurée des membranes. La question du tampon agissant de dedans en dehors est extrêmement importante, mais elle est secondaire, car il faut avant tout empêcher le décollement placentaire, ce qu'on n'obtient qu'en déchirant le chorion.

La présentation du sommet pas plus que la présentation du siège n'empêche la production de l'hémorrhagie. Avec une présentation longitudinale, l'hémorrhagie sera moindre, je le veux bien, je le reconnais, mais elle survient ainsi que le démontre le fait suivant :

OBSERVATION II.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Multipare ; insertion vicieuse du placenta ; accouchement prématuré à 8 mois ; hémorrhagies pendant les quinze derniers jours de la grossesse ; hémorrhagie pendant toute la durée du travail ; les membranes intactes et le placenta coiffent la tête au moment de l'expulsion ; l'enfant meurt une heure après la naissance.

Caubet, 37 ans, couturière, entre à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Pinard, le 9 mai 1885, à 9 heures du soir. Cette femme, bien conformée, habituellement bien réglée, est accouchée trois fois spontanément à terme d'enfants vivants se présentant par le sommet. Elle a eu ses règles pour la dernière fois, le 23 septembre 1884. La grossesse actuelle a évolué normalement jusqu'à six mois et demi. A cette époque, sans cause appréciable, la nuit, elle eut une métrorrhagie abondante qui s'arrêta spontanément au bout de quelques heures. A deux reprises différentes, dans l'espace de quinze jours, deux nouvelles hémorrhagies se montrèrent dans les mêmes conditions, mais moins abondantes que la première.

Le 9 mai à 4 heures du soir C... ressent les premières douleurs ; en

même temps l'hémorrhagie se reproduit et c'est à cause d'elle que C... se décide à entrer à l'hôpital à 9 heures du soir. Son état général est bon ; elle ne paraît pas très anémiée. L'enfant vivant se présente par le sommet en O. I. G. A. ; la tête est bien engagée. Au toucher on trouve le col effacé, l'orifice externe dilaté comme une pièce de 1 franc ; ses bords sont épais, ainsi que la partie avoisinante du segment inférieur à gauche et en arrière. Pouls vaginal à gauche. Les membranes sont intactes et épaisses.

L'écoulement sanguin continue, modérément abondant ; il augmente au moment des contractions.

Nous faisons une irrigation chaude à 48° durant une demi-heure ; l'hémorrhagie s'arrête. Les contractions augmentent de force et de fréquence.

Une demi heure après on voit apparaître à la vulve, coiffant la tête, les membranes intactes et le bord du placenta ; nous rompons les membranes et immédiatement la femme expulse spontanément un garçon en état de mort apparente pesant 2,000 grammes. Ranimé et placé dans la couveuse, l'enfant meurt une heure après. Aussitôt après le fœtus le placenta est expulsé ; il s'est présenté par un de ses bords, est irrégulier, à cotylédons atrophiés. Les membranes entières mesurent 0/30.

La présentation du tronc favorise l'hémorrhagie en distendant le segment inférieur de l'utérus, c'est-à-dire en produisant à son maximum le décollement du placenta.

Aussi je pense que dans les cas d'hémorrhagie causée par insertion vicieuse du placenta assez grave pour nécessiter une intervention, la conduite à tenir est la suivante :

1° S'assurer que la présentation est celle du sommet ou du siège. Si c'est une présentation du tronc transformer cette présentation en présentation longitudinale, siège ou sommet,

sui^vant la facilité avec laquelle on peut abaisser l'un ou l'autre de ces pôles fœtaux ;

2° Déchirer largement les membranes, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas un début de travail.

Les observations suivantes donnent les résultats de cette méthode.

OBSERVATION III.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Secondipare ; insertion vicieuse du placenta ; avortement à 6 mois 1/2 ; hémorrhagie au début du travail cessant après la rupture artificielle des membranes à la dilatation comme 1 franc ; terminaison spontanée sans hémorrhagie.

La femme Raymond, 22 ans, ménagère, entre le 19 mai 1885, à 3 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Anne, lit n° 21, service de M. le D^r Pinard.

Secondipare, bien réglée tous les mois pendant quatre jours, cette femme a eu ses dernières règles le 15 novembre 1884. Sa grossesse a été bonne jusqu'à 6 mois 1/2.

Le 19 mai à 2 heures du soir elle est prise d'une forte hémorrhagie et entre à l'hôpital une heure après, perdant du sang en faible quantité.

Par le toucher on trouve le col non effacé, perméable et en pénétrant jusqu'à l'orifice interne on sent les membranes épaisses. Le segment inférieur de l'utérus est très épais à gauche. Pas de battements.

Le fœtus très mobile est vivant. La femme n'est pas en travail.

Nous pratiquons des irrigations vaginales à 48° pendant une demi-heure. L'hémorrhagie s'arrête.

Le 20 au matin on n'entend plus les battements du cœur fœtal.

Le 20 à 2 heures du soir apparaissent les premières douleurs ; l'hé-

morrhagie recommence et persiste. A 3 heures le col est effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 1 franc; le doigt sent au niveau de la partie gauche de l'orifice le bord du placenta décollé dans une petite étendue. A travers les membranes épaisses on arrive sur un pied.

L'hémorrhagie continuant malgré les irrigations chaudes, nous rompons les membranes. Immédiatement l'hémorrhagie s'arrête, et, quelques minutes après, expulsion spontanée d'un garçon pesant 750 grammes, mort et commençant à desquamer, qui se présente par le siège.

Délivrance naturelle aussitôt après, sans hémorrhagie. Le placenta présente, au niveau de sa face utérine, de nombreux caillots récents. Les membranes entières mesurent 0/20.

Suites de couches normales.

OBSERVATION IV.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Treizième grossesse; insertion vicieuse du placenta; présentation du plan latéral droit; hémorrhagie depuis le début du travail jusqu'au moment de la rupture de la poche, qui se produit spontanément avant la dilatation complète; enfant mort; version podalique.

La nommée B..., 38 ans, ménagère, entre le 21 juin 1885, à 3 heures du matin, à l'hôpital Lariboisière, service de M. le D^r Pinard, salle d'isolement, n^o 3.

Elle est enceinte pour la treizième fois; 8 grossesses à terme; 6 enfants sont vivants, 2 sont morts à 18 mois. Un avortement gémellaire à 6 mois; les jumeaux étaient mort-nés. Un avortement à 4 mois, un à 5 mois, un à 3 mois. B... est jumelle.

Irrégulièrement réglée, B... a eu ses règles pour la dernière fois le 20 septembre 1884. Sa grossesse, arrivée à terme, a été normale jusqu'au 15 juin. A partir du 15 juin elle a perdu tous les jours un peu de sang.

Le 20 juin à 6 heures du matin apparaissent les premières douleurs. A 6 heures du soir survient une hémorrhagie très abondante. Une sage-femme de la ville appelée près de B... conseille de la transporter à l'hôpital où elle arrive à 3 heures du matin. L'hémorrhagie, qui avait persisté toute la soirée et la nuit, s'était arrêtée à partir du moment où « les eaux avaient percé » à 2 heures du matin.

Le fœtus mort se présente par l'épaule droite en A. I. G. Au toucher on sent dans l'orifice complètement dilaté une portion du placenta et une petite extrémité qu'on attire aisément au dehors ; c'est le membre supérieur droit.

Immédiatement l'interne pratique la version podalique ; l'extraction se fait sans difficulté, sans hémorrhagie. L'enfant du sexe féminin est mort et pèse 2,400 grammes.

Délivrance naturelle dix minutes après. Placenta irrégulier. Les membranes entières mesurent 0/30. Le cordon formait autour du cou deux circulaires très serrés.

Suites de couches normales.

OBSERVATION V (résumée).

A. Belot, 26 juin 1885, troisième grossesse, à terme. Hémorrhagie débutant une heure et demie après l'apparition des premières douleurs ; une demi-heure après, à l'arrivée à l'hôpital, l'hémorrhagie continue ; la dilatation est complète, sommet O. 1. D. P. On rompt les membranes, l'hémorrhagie s'arrête. Expulsion spontanée, vingt minutes après, d'une fille vivante, de 2,700 grammes. Membranes, 6/30.

OBSERVATION VI (résumée).

L. Brossard, 30 juin 1885, sixième grossesse, enceinte de 7 mois 1/2. Hémorrhagies quinze jours avant l'accouchement, tous les jours ; hémorrhagie débutant quelques heures avant l'apparition des premières douleurs. L'hémorrhagie continuant, on rompt artificiellement les

membranes à la dilatation comme 2 francs; l'hémorrhagie s'arrête. Quatre heures après, expulsion d'un fœtus très macéré (pas de syphilis). Membranes, 5/25. Sortie huit jours après.

OBSERVATION VII (résumée).

Malmain, 3 juillet 1885, primipare, 8 mois. Sommet O. I. D. P. Hémorrhagies pendant les quatre premiers jours qui précèdent l'accouchement. Hémorrhagie au début du travail arrêtée par rupture artificielle à la dilatation comme 1 franc. Enfant vivant, pesant 2,800 grammes. Membranes 3/25.

OBSERVATION VIII.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Quatrième grossesse ; insertion vicieuse du placenta ; hémorrhagie au sixième mois ; accouchement prématuré ; hémorrhagie pendant le travail ; présentation de l'épaule droite en A. I. D. ; rupture artificielle des membranes à la dilatation comme la paume de la main ; arrêt de l'hémorrhagie ; version podalique ; enfant mort trois heures après la naissance.

La femme Thein, 31 ans, ménagère, entre le 8 juillet 1885 à 4 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Pinard, chambre d'isolement n° 2.

Bien conformée, d'une bonne santé habituelle, cette femme a déjà accouché deux fois à terme d'enfants vivants se présentant par le sommet, et une fois à 7 mois d'un enfant mort. Habituellement bien réglée, elle ignore à quelle époque elle a eu ses dernières règles. Elle paraît être enceinte de six mois.

Elle n'a rien présenté de particulier pendant les six premiers mois de la grossesse actuelle. Le 1^{er} juillet vers minuit, elle est prise d'une hémorrhagie abondante qui s'arrête spontanément au bout de quelques heures.

A midi le 8 juillet, apparaissent les premières douleurs et presque

aussitôt T... commence à perdre du sang assez abondamment. L'hémorragie augmentant de gravité, T... se présente à l'hôpital à 4 heures du soir. Nous la trouvons dans l'état suivant :

Présentation de l'épaule droite en A. I. D. ; orifice dilaté comme la paume de la main et dilatable. Poche des eaux intacte. On sent au travers des membranes la main et l'avant-bras droits. L'hémorragie continue.

Immédiatement nous rompons les membranes; l'hémorragie s'arrête. Nous faisons la version podalique qui s'exécute sans difficulté et sans perte de sang. L'enfant, du sexe masculin, vivant, pèse 1700 gr.

Le travail a duré quatre heures. La délivrance naturelle se fait une heure après. Le placenta était inséré sur le segment inférieur; les membranes ont été rompues juste au niveau de son bord. Elles mesurent 0/25.

L'enfant a vécu cinq heures.

Suites de couches normales. Thein est sortie, sur sa demande expresse, le 16 juillet.

OBSERVATION IX.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Insertion vicieuse du placenta ; présentation du siège en S. I. D. A. ; hémorragies répétées pendant les quinze derniers jours de la grossesse ; hémorragie grave au début du travail ; rupture artificielle de la poche des eaux à la dilatation comme 50 centimes ; accouchement spontané sans hémorragie nouvelle ; enfant mort ; septicémie ; irrigation continue intra-utérine ; guérison.

Femme R..., 27 ans, ménagère, entre le 30 octobre 1885, à 2 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, chambre d'isolement n° 3.

D'une bonne santé habituelle, régulièrement réglée tous les mois pendant trois jours; elle a accouché une première fois à terme d'un enfant vivant, qui s'est présenté par le sommet, et a été élevé au bi-

beron par la grand'mère, en Allemagne (mai 1878). Cet enfant est actuellement bien portant.

R... a eu ses dernières règles à la fin de janvier. La grossesse actuelle a évolué normalement jusqu'au terme de 8 mois. A cette époque, il y a quinze jours, elle fut prise une nuit d'une hémorrhagie abondante qui s'arrêta spontanément vers le matin. L'hémorrhagie reparut la nuit suivante et pendant quinze jours R... perdit du sang presque tous les jours en quantité variable. Pendant tout ce temps elle fut assistée par une sage-femme qui méconnut l'insertion vicieuse, et ne fit rien pour arrêter l'hémorrhagie que des examens répétés.

Le 2, à 8 heures du soir, apparaissent les premières douleurs; en même temps survient une nouvelle perte plus inquiétante que les précédentes.

Le 3, vers midi, la sage-femme fait appeler un médecin qui, après avoir en vain essayé d'arrêter l'écoulement sanguin, fait transporter la malade à l'hôpital, à 2 heures du soir.

Nous la trouvons à son arrivée dans l'état suivant: peau et muqueuses entièrement décolorées, pouls petit et très rapide, état syn-copal.

L'hémorrhagie continue. Par le palper on n'a pas nettement la sensation des parties fœtales; l'utérus, plus volumineux que ne le comporte l'âge de la grossesse, est constamment tendu. Il y a excès de liquide amniotique.

On n'entend pas les bruits du cœur. R... ne sent plus remuer depuis ce matin.

Au toucher on trouve le col effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 50 centimes, et un siège amorcé en S. I. D. A. M^{lle} Carrier, sage-femme de garde, a recours, pour arrêter l'hémorrhagie, à la méthode recommandée par M. Pinard; elle rompt les membranes et immédiatement l'écoulement sanguin cesse. Il s'écoule environ un litre et demi de liquide amniotique d'apparence normale.

P.

La dilatation est complète à 3 heures du soir, le 3. Terminaison spontanée à 3 h. 1/2. L'enfant, du sexe masculin, mort, mais non macéré, pèse 3,000 grammes. Le travail a duré 19 heures.

Délivrance naturelle un quart d'heure après sans hémorrhagie. Le placenta, de forme irrégulière, était inséré sur le segment inférieur. Les membranes ont été rompues sur le bord même du placenta. Elles mesurent 0-35.

Immédiatement après la délivrance, on fait une grande irrigation intra-utérine d'un quart d'heure de durée avec la solution de biiodure à 1/2000^e. R... est placée dans le décubitus dorsal, la tête basse; on l'enveloppe de linges chauds. Rhum. L'état syncopal se prolonge jusqu'au soir. Température normale. P. 140.

Le 4 et le 5, le traitement se borne à des injections vaginales faites toutes les deux heures; le 4 au soir, T., 39°,4; le 5, à 8 heures, 40°,2. Pouls 160.

A 8 heures du soir, le 4, la température étant à 39°,6, nous faisons une injection intra-utérine. A 10 h. 1/2 du soir, grand frisson qui dure un quart d'heure, avec claquement de dents; début de l'irrigation continue intra-utérine.

A 1 heure du matin la température est revenue à 38°, et pendant toute la journée du 6 elle oscille entre 37°,5 et 38°,3. P. 160. Pas de frissons. Aucun symptôme inquiétant du côté de l'abdomen.

De minuit à 4 heures du matin, le 7, l'appareil à irrigation cesse de fonctionner; la sonde intra-utérine est alors retirée, nettoyée et réintroduite; mais cet arrêt suffit pour amener une réascension de la température qui, le 7 à 7 heures du matin atteint 39° et à 10 heures 39°,4. P. 140.

Le 7 au soir, 37°,8, et le 8 le maximum ne dépasse pas 38°,6.

A midi, le 9, nous trouvons la sonde presque entièrement sortie du vagin, et nous la réintroduisons dans l'utérus. Il ne s'écoule pas de sang, bien que le col ait offert un peu de résistance. Les lochies n'ont aucune odeur. P. 152. Céphalalgie frontale violente. A 4 heures du

soir, ascension brusque, 39°,6, mais la température redescend bientôt, ne dépassant pas 38°,5 le 10, 39° le 11 et 38°,6 le 12.

Le 12 l'état général étant excellent, en l'absence de toute réaction locale, nous substituons à la sonde intra-utérine une sonde vaginale à l'aide de laquelle l'irrigation continue est reprise. Pendant la nuit du 12 au 13, surviennent quelques frissonnements, une céphalalgie intense. La face est congestionnée, le pouls bat 160 fois par minute. A 10 heures du matin, le 10, la température atteignait 40°, chiffre que nous n'avions encore jamais observé depuis le début de l'irrigation. Immédiatement nous réintroduisons une sonde dans l'utérus, mais le col est fermé, et nous sommes obligé de forcer légèrement. Dès que nous avons ouvert le col et introduit la sonde, il s'écoule environ un verre de pus extrêmement fétide. C'est évidemment à cette rétention qu'est due la rechute à laquelle nous assistons. L'examen de la courbe pendant les jours suivants le prouve. L'irrigation est définitivement suspendue le 22 octobre, après *17 jours de durée*.

OBSERVATION X (résumée).

Femme Poirey. 3 novembre 1885. Sixième grossesse, 9 mois; hémorragie au début du travail, arrêtée par rupture artificielle des membranes à l'arrivée à l'hôpital quelques instants après l'apparition des premières douleurs. Sommet O. I. D. P., fille vivante 3,200. Membranes, 8/30.

OBSERVATION XI (résumée).

Marie Perny. 21 novembre 1885. Troisième grossesse, 7 mois; sommet O. I. G. A. Hémorragie au début du travail; la femme perdant du sang à son arrivée à l'hôpital on rompt artificiellement les membranes 1 heure 1/2 avant la dilatation complète. L'accouchement se termine sans hémorragie deux heures après. Enfant mort pendant le travail et pesant 1600 gr. Membranes, 3/25.

OBSERVATION XII.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Secondipare ; grossesse de 7 mois ; hémorrhagies ; tamponnement incomplet en ville ; l'hémorrhagie continue ; rupture artificielle des membranes avant toute dilatation ; l'hémorrhagie s'arrête immédiatement.

Claudine Ch..., 21 ans, ménagère, entre le 8 décembre 1885. à 5 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, chambre d'isolement, n° 2.

Secondipare, bien réglée, cette femme a eu ses règles pour la dernière fois le 22 juin ; elle est enceinte de six mois et demi à sept mois.

A plusieurs reprises, pendant sa grossesse, elle a eu des métrorrhagies abondantes.

Le 7 décembre au soir, elle est prise d'une nouvelle métrorrhagie qu'une sage-femme de la ville, appelée à ce moment, essaye en vain d'arrêter. Dans la matinée du 8, un médecin, appelé en consultation, pratique un tamponnement très incomplet. L'hémorrhagie continuant, Ch... est apportée à l'hôpital dans un état d'anémie profonde, à cinq heures du soir. Elle a des contractions douloureuses depuis deux heures de l'après-midi.

L'examen, pratiqué à ce moment, après ablation d'une dizaine de bourdonnets de charpie exhalant une odeur infecte, révèle les particularités suivantes :

Présentation du siège S. I. D. A. Col encore long, perméable. *Par le toucher vaginal, on sent les cotylédons placentaires.* On n'entend plus les battements du cœur fœtal. L'hémorrhagie est abondante.

Immédiatement, les membranes sont rompues artificiellement (5 h. 1/4). L'hémorrhagie s'arrête. Grand lavage du vagin avec la solution de biiodure à 48°.

A 6 heures, expulsion spontanée d'un fœtus du sexe féminin, mort non macéré, pesant 1,570 grammes. Le travail a duré quatre heures dix.

La délivrance se fait spontanément à 7 h. 10 ; les membranes restent en totalité et on y applique une ligature.

Aussitôt après la délivrance, la femme est soumise à l'irrigation continue vaginale, et, à 10 heures du soir, les membranes sont expulsées spontanément ; elles sont très épaisses. Le placenta présente des traces d'anciens foyers hémorragiques.

Septicémie. Morte le septième jour.

OBSERVATION XIII.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Sixième grossesse ; insertion vicieuse du placenta ; présentation du sommet O. I. G. A. ; hémorrhagie grave avant tout début du travail ; rupture artificielle des membranes suivie de l'arrêt de l'hémorrhagie ; accouchement sans nouvelle hémorrhagie ; enfant vivant.

Joséphine M..., 39 ans, journalière, entre le 10 janvier 1886, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Anne, lit n° 24. Cette femme perd du sang en abondance.

Déjà, il y a quinze jours, elle avait été prise d'une métrorrhagie grave pour laquelle elle était entrée dans le service. M. Pinard avait diagnostiqué une insertion vicieuse du placenta et maintenu la femme au repos pendant quatre jours. L'hémorrhagie s'était arrêtée. M... avait, malgré les conseils de M. Pinard, voulu retourner chez elle.

Ce matin, 19 janvier, étant encore au lit, elle eut une nouvelle métrorrhagie qui a continué et augmenté d'intensité pendant qu'on transportait M... à l'hôpital.

L'examen pratiqué à l'entrée par M. Pinard donne les résultats suivants :

La grossesse paraît arrivée à son terme ; les dernières règles remontent au 8 avril 1885.

Le fœtus vivant se présente par le sommet en O. I. G. A. ; la tête est mobile au détroit supérieur qui n'est pas rétréci. Pas de contractions douloureuses.

Au toucher, on sent le col très long, perméable; le segment inférieur est notablement plus épais à droite et en arrière. A travers le col on sent, au niveau de l'orifice interne, les cotylédons placentaires et les membranes épaisses.

Malgré une irrigation vaginale à 48°, d'un quart d'heure de durée, l'hémorrhagie continue, abondante.

M. Pinard, à l'aide du perce-membranes, introduit dans le col et guidé sur la face palmaire de l'index, rompt les membranes qu'il déchire ensuite aussi largement que possible. La tête qui, pendant cette manœuvre, a glissé dans la fosse iliaque gauche est ramenée au-dessus du détroit supérieur, où on la fixe à l'aide d'un bandage fortement serré. A partir du moment où les membranes sont rompues (10 heures 1/2 du matin) l'hémorrhagie s'arrête complètement.

A 11 heures du matin apparaissent les premières douleurs. Le travail marche rapidement. La dilatation est complète à 1 heure 45 du soir et l'accouchement se termine spontanément à 2 heures, après trois heures de travail.

L'enfant, du sexe masculin, vivant, pèse 3,000 grammes.

La délivrance naturelle a lieu une demi-heure après, sans hémorrhagie.

Le placenta a présenté un bord ; il est normal. La rupture des membranes a été faite juste au niveau du bord du placenta. Les membranes entières mesurent 0/34.

Suites de couches normales. La mère et l'enfant sortent en bon état le dixième jour.

Je n'ai, dans aucun de ces cas, pratiqué le tamponnement. Mais, dans l'observation suivante, en raison du rétrécissement du bassin, craignant qu'après la rupture des membranes la tête se trouvant suspendue au niveau du détroit supé-

rieur ne pût s'appliquer sur le segment inférieur, j'eus encore recours à la méthode classique et je pratiquai le tamponnement. Mais en raison même du rétrécissement, cette méthode ne put donner de bons résultats, tandis que la rupture des membranes fit cesser l'hémorrhagie.

OBSERVATION XIV.

(Rédigée par M. Varnier, interne du service.)

Troisième grossesse ; rétrécissement du bassin ; diamètre promonto-pubien minimum, 7 1/2 ; insertion vicieuse du placenta ; hémorrhagies à 8 mois 1/2 ; accouchement prématuré ; hémorrhagie grave au moment du travail ; version par manœuvres externes ; application de la ceinture eutocique ; tamponnement ; l'hémorrhagie continuant, rupture artificielle des membranes ; arrêt de l'hémorrhagie ; enfant mort ; basiotripsie faite par M. Pinard ; délivrance par expression.

La femme Girard, 32 ans, cuisinière, entre le 11 juillet 1885 à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Pinard, chambre d'isolement n° 1.

De petite taille, sans déformation notable du squelette, elle ignore à quelle époque elle a marché. Ses deux premiers accouchements, qui ont eu lieu à terme, ont nécessité une intervention. Pour le premier, on fit une craniotomie qui fut suivie de l'expulsion spontanée du fœtus. La seconde fois, G... est venue accoucher dans le service de M. Pinard, au mois de septembre 1883 ; après un travail de vingt-cinq heures, il fallut terminer l'accouchement par une application de forceps au détroit supérieur (O. I. G. T.). L'enfant, du sexe masculin, vivant, pesait 3,300 grammes et présentait, au niveau de la bosse frontale gauche, un enfoncement produit par la pression du promontoire. Les principaux diamètres de la tête étaient les suivants : O. F., 11 1/2 ; O. M., 12 1/2 ; B. P., 8 1/2 ; B. T., 9 1/2 ; S. O. B., 10. Suites de

couches normales. La mère et l'enfant sortent en bon état le 9^e jour. L'enfant, élevé au sein par une nourrice, vit et est bien développé.

G... est enceinte pour la troisième fois. Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 26 octobre. Sa grossesse est arrivée sans accident au terme de 8 mois 1/2. A cette époque, dans la nuit du 6 au 7 juillet, sans cause appréciable, sans douleurs, G... a une hémorrhagie peu abondante qui ne tarde pas à s'arrêter spontanément. Dans la nuit du 8 au 9, survient une nouvelle hémorrhagie plus abondante et plus persistante. Effrayée, G... se décide à venir à la consultation de M. Pinard, le 11 juillet. L'examen révèle les particularités suivantes : ventre en obusier, utérus à grand diamètre transversal. L'enfant, vivant, se présente par l'épaule gauche, en A. I. D.

Au toucher, on trouve l'excavation vide. Le col est très élevé, difficile à explorer dans toute son étendue ; il a toute sa longueur, est perméable, mais on ne peut aller jusqu'à l'orifice interne. Le promontoire est très saillant. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 centimètres.

M. Pinard porte le diagnostic placenta prævia et décide G... à rester dans le service.

Vers 5 heures du soir, elle a une hémorrhagie peu abondante qui cède rapidement à une irrigation vaginale chaude. Pas de contractions douloureuses, pas de modifications du col.

A 11 heures du soir, l'hémorrhagie se reproduit et prend rapidement un caractère inquiétant. Une irrigation vaginale très prolongée avec de l'eau à 48° ne produit aucun effet. Nous faisons la version par manœuvres externes et nous appliquons la ceinture eutocique, qui est fortement serrée de façon à appliquer la tête fœtale sur le segment inférieur de l'utérus. Mais la tête reste très élevée et le rétrécissement l'empêche d'agir à la façon d'un tampon interne. L'hémorrhagie continue. Nous pratiquons alors le tamponnement du vagin.

Une demi-heure après l'application du tampon apparaissent les premières douleurs. A 2 heures du matin, le tampon est fortement imbibé, la femme pousse. Le tampon est enlevé ; nous trouvons le

col en partie effacé, très perméable et en portant l'index très profondément, on arrive à sentir la tête fœtale, qui reste élevée. Au niveau de l'orifice interne, on sent, à droite, le bord du placenta, et à gauche, les membranes, très épaisses, qu'on rompt artificiellement à l'aide du perce-membranes, conduit sur la face palmaire de l'indicateur. Il s'écoule une notable quantité de liquide amniotique, la tête descend un peu et avec elle le cordon, qui ne bat plus. L'hémorragie, qui avait continué malgré le tamponnement et qui devenait tout à fait inquiétante, s'arrête. L'état général est grave ; à chaque instant surviennent des lipothymies ; le pouls est petit et très rapide ; la peau et les muqueuses sont complètement décolorées. La malade est placée la tête basse ; on applique des ligatures à la racine des membres. Injections sous-cutanées d'éther. Champagne.

A partir du moment où nous avons rompu les membranes, l'écoulement sanguin a cessé et on peut attendre sans inconvénient que le col soit suffisamment dilatable pour permettre une intervention. A 5 heures du matin, M. Pinard termine l'accouchement par une basiotripsie. L'orifice externe, dilaté comme la paume de la main, est en partie occupé par le placenta décollé. La tête, très élevée et mobile, est maintenue par un aide en O. I. D. T. M. Pinard fait la perforation au niveau de la fontanelle postérieure ; la branche gauche du basiotribe est laissée volontairement en arrière pour éviter de décoller davantage le placenta. L'application de la branche droite et le broiement s'exécutent aisément. Il n'y a pas d'hémorragie pendant l'opération. Après rotation, la tête est amenée au dehors, lentement, par des tractions douces et soutenues, et elle abaisse avec elle la lèvre antérieure du col, qui vient faire saillie à la vulve. L'extraction du fœtus se complète sans difficulté.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 2,500 grammes.

La délivrance est faite très lentement, par expression, à 6 heures du matin.

Le placenta a présenté sa face utérine ; vu par sa face fœtale, il a une forme discoïdale ; vu par sa face utérine, il est moins irrégulier

que ne le sont d'habitude les placentas prævia. Cependant, quelques cotylédons sont atrophiés et l'un d'eux tend à s'isoler.

Les membranes entières mesurent 0.30.

Suites de couches normales. G... sort en parfait état le 25 juillet.

On remarquera que tous les cas relatés ci-dessus sont relatifs à des cas d'insertion marginale. Or, si la méthode que je préconise réussit dans ces circonstances, est-elle applicable aux cas d'insertion centrale ?

Je dois avouer que je n'ai pas encore rencontré un seul cas d'insertion dite *centrale* ou *complète*. Pendant mon internat à la Maternité, pendant mon clinicat, dans ma clientèle de la ville, depuis que je dirige le service d'accouchements de Lariboisière, je n'ai jamais vu que des insertions marginales. Plusieurs fois, il est vrai, on me dit que l'insertion était centrale, mais un examen plus complet me permit de reconnaître qu'à côté des cotylédons qui paraissaient être au centre de l'orifice, se trouvaient des membranes.

Donc, sans vouloir nier en aucune façon l'existence de l'insertion dite *centre pour centre*, je la crois excessivement rare puisque, en ne prenant que les chiffres fournis par la statistique de Lariboisière, depuis que je dirige le service, on trouve sur 6,960 accouchements, 26 insertions vicieuses du placenta, ayant donné lieu à des hémorrhagies. Et dans ces 26 cas, l'insertion était marginale.

N'ayant aucune expérience personnelle à propos de la conduite à tenir dans les cas d'insertion dite centrale, je ne puis avoir d'opinion à ce sujet, et il se peut que l'indication du tampon trouve un dernier refuge dans ces circonstances.



G. STEINHEIL, ÉdITEUR, 2, rue Casimir

En Vente

THÈSES D'AGRÉGATION

(CONCOURS 1886)

DUBREUILH

DES IMMUNITÉS MORBIDES

Prix..... 5 fr.

MOUSSOUS

DE LA MORT CHEZ LES PHTISIQUES

Prix..... 4 fr. 50

- H. WEBER. — *Traitement de la phtisie par l'hygiène et le climat*. Conférences faites au collège royal des médecins de Londres, traduites par le docteur Brachet, d'Aix-les-Bains. Prix..... 1 fr. 50
- A. BROCA, ancien interne des hôpitaux. — *Lésions cutanées des membres variqueux* (Eczéma, Syphilis, Ecthyma), 237 pages. Prix..... 6 fr. »
- L. PERRIN, ancien interne des hôpitaux. — *De la Sarcomatose cutanée*, 295 pages et planche lithographiée en 4 couleurs. Prix..... 6 fr. »
- MOREL-LAVALLÉE, ancien interne des hôpitaux. — *De la Symphyse cardiaque*. Prix..... 4 fr. »
- H. SCHAFIER, ancien interne de l'hôpital Rothschild. — *Etudes cliniques sur les maladies des femmes*. Prix..... 5 fr. »
- J. MANRIQUE. — *Opération d'Alexander* (Raccourcissement des ligaments ronds. 160 pages. Prix..... 5 fr. »
- P. DALCHE, ancien interne des hôpitaux. — *De l'Ovarite* (prix Duparcque). Prix..... 3 fr. »
- PINARD, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, et VARNIER, interne du service. — *De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales*. Grand in-8 avec 16 tableaux de température et 2 héliogravures. Prix..... 5 fr. »
- A. POUPON, ancien interne des hôpitaux. — *Des pseudo-étranglements par péritonite primitive*. Prix..... 4 fr. »
- DENUCE, ancien interne des hôpitaux. — *Pathogénie et anatomie pathologique de l'érysipèle*. Prix..... 5 fr. »
- P. JARDET, ancien interne des hôpitaux. — *Des lésions rénales consécutives à la lithiase urinaire*. Prix..... 3 fr. »
- MONNIER, ancien interne des hôpitaux. — *Physiologie du membre inférieur*. Etude sur la coxalgie, avec six figures. Prix..... 3 fr. »
- DESCHAMPS, ancien interne des hôpitaux. — *De la péritonite périhépatique enkystée* 200 pages. Prix..... 5 fr. »
- MARCIGUEY, ancien interne des hôpitaux. — *Régénération des nerfs périphériques*. Prix..... 2 fr. 50
- BOURSIER, ancien interne des hôpitaux. — *De la tuberculose de la vessie*. Prix..... 4 fr. »
- BESNIER. — *De la revaccination des jeunes sujets*. Prix..... 1 fr. »
- BARRAUD. — *Traitement du bec de lièvre congénital*. Prix..... 1 fr. »
- LATOUCHE, ancien interne des hôpitaux. — *Des ruptures du péinée et de leur traitement*. Prix..... 2 fr. 50
- TERRILLON. — *Note sur les kystes para-ovariques et leur traitement*. Prix..... 1 fr. »
- HERBLAND-MORIN, ancien interne des hôpitaux. — *Variété d'exanthème observé dans l'embarras gastrique aigu*. Prix..... 1 fr. 50
- COURTADE, ancien interne des hôpitaux. — *Polypes papillomateux des voiles du palais*. Prix..... 1 fr. 50
- H. VARNIER. — *Des cystocèles vaginales compliquées de calculs*. Figures et deux planches lithographiées. Prix..... 2 fr. 50
- HITIER. — *De l'amblyopie liée à l'hémianesthésie*. 10 figures. Prix.. 3 fr. »

Paris. — Typ. A. FARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine,
32, rue Madame et rue Cornelle, 3

