



UNIVERSITE DE PARIS. — FACULTE DE MEDECINE

FONCTIONNEMENT
de la **199**
CLINIQUE OBSTÉTRICALE
BAUDELOCQUE

pendant l'année 1921

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

Alain-Pierre JOB

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Répétiteur d'Obstétrique de la Faculté de Médecine
à la Clinique Baudelocque

—oOo—

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

—«O»—



PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel

—
1923

231

150

11

FONCTIONNEMENT

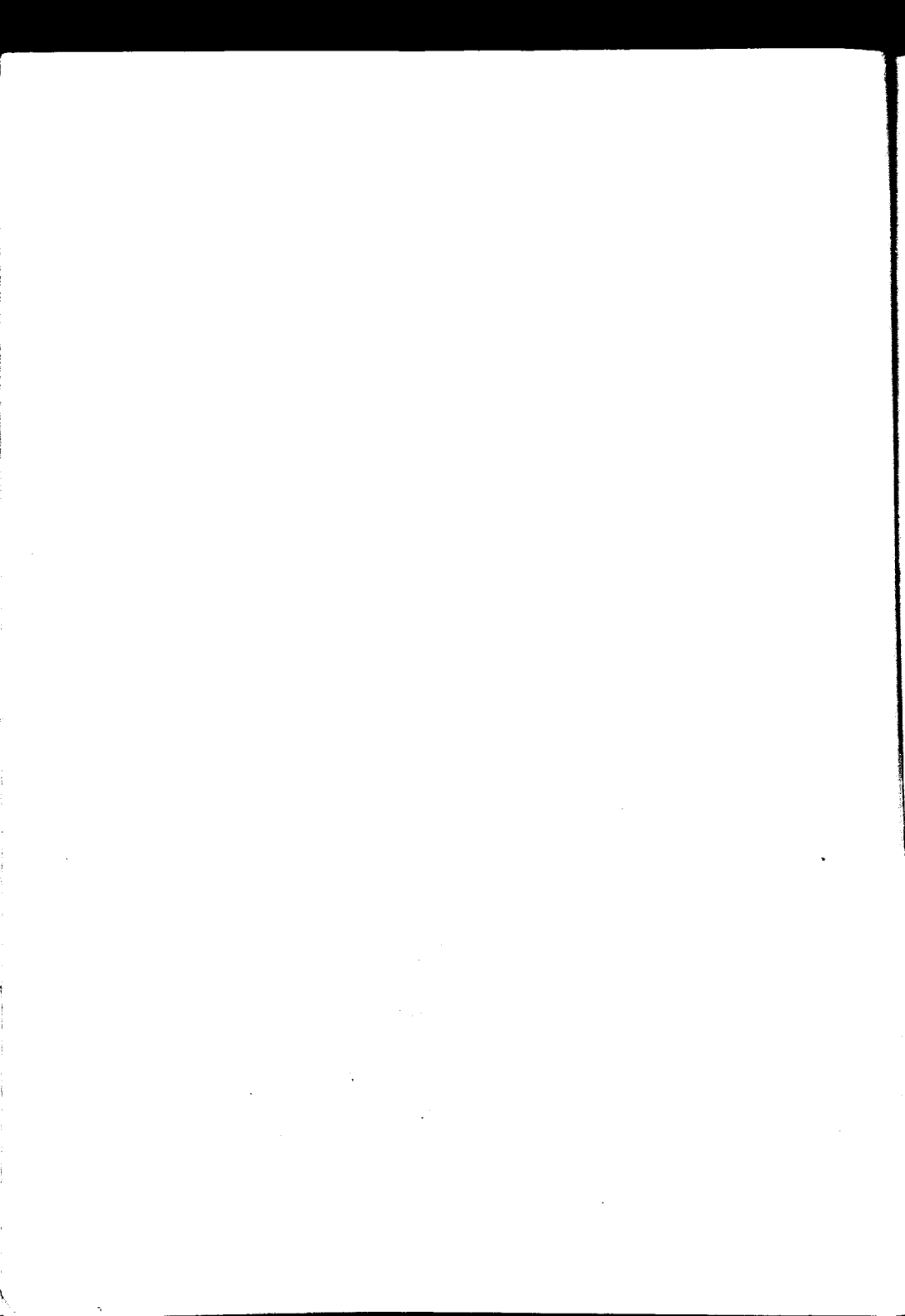
de la

Clinique Obstétricale
Baudelocque

pendant l'année 1921

PAR

Alain-Pierre JOB



FONCTIONNEMENT
de la
CLINIQUE OBSTÉTRICALE
BAUDELOCQUE

pendant l'année 1921

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

Alain-Pierre JOB

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Répétiteur d'Obstétrique de la Faculté de Médecine
à la Clinique Baudelocque

—oOo—

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

—«O»—



PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

LE DOYEN

M ROGER

PROFESSEURS

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Clinique médicale
 Hygiène et clinique de la première enfance..
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des mala-
 dies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
 Clinique des maladies du système nerveux ..
 Clinique des maladies contagieuses
 Clinique chirurgicale
 Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique d'accouchements
 Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique

MM.
 NICOLAS.
 GUNEO.
 Ch. RICHET.
 André BROCA.
 DESGREZ.
 BEZANÇON.
 BRUMPT.
 Marcel LABBE.

LECENE.
 LETULLE
 PRENANT.
 RICHAUD.
 CARNOT.
 BERNARD.
 BALTHAZARD.
 MENETRIER.
 ROGER.
 ACHARD.
 VIDAL.
 GILBERT.
 CHAUFFARD.
 MARFAN.
 NOBECOURT.

CLAUDE.
 JEANSELME.
 P. MARIE.
 TEISSIER.
 DELBEI.
 LEJARS.
 HARTMANN.
 GOSSET.
 De LAPERSONNE.
 LEGUEU.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN
 J.-L. FAURE
 Auguste BROCA.
 VAQUEZ.
 SEBILLEAU.
 DUVAL.
 SERGENT.

AGREGES EN EXERCICE

MM.
 ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOUIN
 BLANCHETIERE
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CHIRAY
 CLERC
 DEBRE
 DESMAREST

MM.
 DUVOIR
 FIESSINGER
 GARNIER
 GOUGEOT
 GREGOIRE
 GUENIOT
 GUILLAIN
 HEITZ-BOYER
 JOYEUX.
 LABBE (Henri)
 LAIGNEL-LAVASTINE
 LANGLOIS
 LARDENNOIS

MM.
 LE LORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEBEBOULLET
 LERI
 LEVY-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON
 OKINCZYC
 PHILIBERT
 RATHERY

MM.
 RETTERER
 RIBIERRE
 RICHAUD
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ
 STROHL
 TANON
 TERRIEN
 VILLARET
 TIFFENEAU

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine
Chevalier de La Légion d'Honneur

En témoignage de notre profonde reconnaissance
et de notre respectueuse affection.

A MON MAITRE

M. le Professeur P. CARNOT

Professeur de Thérapeutique
à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

A M. LE DOCTEUR CH. PAUL

Médecin-expert près les Tribunaux de la Seine
Médecin Inspecteur de l'Institut Médico-légal
Officier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR C. LIAN

Médecin des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES AUTRES MAITRES

MM. le Professeur MENETRIER
le Docteur HERSCHER
le Docteur WIART.

A MES MAITRES ET AMIS

MM. les D^{rs} POWILEWICZ, PORTES, CHAMPEAU.

A MES AMIS

INTRODUCTION

Dès la création de la « Maison d'Accouchements Baudelocque, Clinique de la Faculté », en 1890, M. le Professeur Pinard considéra comme un devoir de faire publier, chaque année, le compte rendu du fonctionnement de son service.

Ces « Fonctionnements », rédigés par M. le Docteur Lepage, puis par MM. les Docteurs Lepage et Mouchotte, parurent régulièrement de 1890 à 1908.

Les années suivantes étaient en préparation, lorsque la guerre éclata.

Désireux de reprendre la série de ces publications, dont il est inutile de souligner l'intérêt, M. le Professeur Couvelaire a bien voulu nous confier le soin de rédiger le Fonctionnement de la « Clinique Obstétricale Baudelocque » pendant l'année 1921.

Nous en avons fait le sujet de notre thèse.

Ce travail ne prétend pas à l'originalité; ce n'est qu'une étude statistique dans laquelle nous nous sommes efforcés de donner une image aussi fidèle que possible de l'activité d'une grande Maternité parisienne tant au point de vue médical qu'au point de vue social.

Nous avons divisé ce travail en quatre parties :

Première Partie. — *Les consultations.*

Consultation pour femmes enceintes.

Consultation pour mères-nourrices et nourrissons.

Consultation de gynécologie.

Dispensaire anti-syphilitique.

Deuxième Partie. — *Le service d'accouchement.*

Troisième Partie. — *Le service de gynécologie.*

Quatrième Partie. — *Le service social.*

PREMIÈRE PARTIE

CONSULTATIONS

1^o CONSULTATION DES FEMMES EN ETAT DE GESTATION.

(Tous les jours, de 8 heures à 18 heures)

Consultations données 20.961

Nombre de consultantes 10.345

Femmes traitées par la consultation :

Versions :	Sièges	221
	Présentations de l'épaule...	119
Albuminurie		530
Fibromes		51
Pertes de sang		329



Femmes hospitalisées par la consultation :

Versions :	Sièges	37
	Présentations de l'épaule...	49
Albuminurie		98
Bassins rétrécis		49
Tumeurs :	Kystes	2
	Fibromes	11
Pertes de sang		107
Causes diverses		48
(vomissements, cardiaques, tuberculeuses, etc...)		

*Femmes dirigées sur la consultation de
syphilis* 453

2^o CONSULTATION DES MERES-NOURRICES ET DES NOURRISSONS.

(Le mercredi à 9 heures, le lundi et le vendredi
à 14 heures.)

Consultations données	8.116
Enfants présentés aux consultations	1.445
Enfants allaités au sein	1.260
Enfants nourris au lait de vache..	185

3^o DISPENSAIRE ANTISYPHILITIQUE.

(Le mercredi à 15 heures, le vendredi à 9 heures.)

Nombre des inscriptions nouvelles :

Femmes	904
Nourrissons	103
Enfants de plus d'un an.....	35
Pères	76

Réactions sérologiques pratiquées 1.056

		Réaction +	Réaction —
Femmes gravides	330	148	182
Femmes accouchées antérieure- ment	574	181	193
Nourrissons	42	12	30
Enfants de plus d'un an	35	17	18
Pères	76	31	45

Ont été soumis au traitement régulier :

Femmes	290
Nourrissons	72
Enfants de plus d'un an	17
Pères	11

Nombre des injections intravei-
neuses de néo-salvarsan (adultes).... 3.064

Nombre des injections sous-cuta-
nées de sulfarsénol (nourrissons).... 1.077

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Depuis le 2 décembre 1920 jusqu'au 31 décem-
bre 1921, nous avons observé : 102 accouchements
de femmes soignées avant et pendant ou seulement
pendant la gestation. En bloc, nous relevons :
88 enfants vivants, 12 enfants morts, soit pendant
la gestation, soit peu après la naissance.

Ces observations se décomposent en plusieurs
groupes :

21 femmes traitées avant et pendant la ges-
tation :

Enfants vivants	21
Enfants morts	0

29 femmes traitées régulièrement pendant la gestation :

Enfants vivants	37
Enfants morts	2

36 femmes ayant reçu une seule série complète de néo-salvarsan pendant la gestation :

Enfants vivants	33
Enfants morts	3

16 femmes insuffisamment traitées (moins d'une série complète de néo-salvarsan) :

Enfants vivants	9
Enfants morts	7

4^e CONSULTATION DE GYNECOLOGIE.

(Le mardi à 9 heures, le samedi à 14 heures.)

Consultations données	1.583
Nombre des consultantes	900

DEUXIÈME PARTIE

SERVICE D'ACCOUCHEMENT

STATISTIQUE GÉNÉRALE

1° Clinique Baudelocque

<i>Femmes reçues dans le service d'accouchement</i>	2.159
Avortements	85
Accouchements par les voies naturelles ..	2.031
dont 35 gémellaires.	
Opérations césariennes	31
Hystérectomie en bloc	1
Opération césarienne <i>post-mortem</i>	1
Gestations ectopiques	8
Femmes mortes avant l'accouchement	2
Mortalité maternelle totale	13
Mortalité maternelle par infection	2
<i>Accouchée dans le service</i>	1
<i>Accouchée avant l'entrée dans le service</i>	1
Chiffre total des naissances d'enfants.....	2.097
(dont 272 pesaient moins de 2.500 gr.)	
Fœtus morts pendant la gestation.....	53

Fœtus morts pendant l'accouchement	81
Enfants morts pendant leur séjour à la clinique	77
Enfants sortis vivants	1.945

2° Service des sages-femmes agréées :

Accouchements	1.282
Mortalité maternelle	0
Enfants morts pendant l'accouchement	7
Enfants morts dans les 10 premiers jours..	12
Enfants sortis vivants	1.263

3° Total général :

Accouchements et avortements	3.447
Mortalité maternelle totale	13
Mortalité maternelle par infection	2
Enfants sortis vivants de la clinique	3.208

I

AVORTEMENTS

85 Observations

(N^{os} 125 *bis*, 119, 139 *bis*, 69, 209, 215, 218, 226, 227, 248, 264, 266, 273, 317, 421, 460, 314 *bis*, 434, 466, 472, 474, 520, 562, 569, 619 *bis*, 643, 687 *bis*, 767, 688, 706, 756, 799, 821, 846, 848, 883 *bis*, 945 *bis*, 1.004, 1040 *bis*, 1.110 *bis*, 1.147, 1.220, 1.236, 1.246, 1.248, 1.304, 1.327, 1.354, 1.419, 1.494, 1.495, 1.274, 1.502, 1.579, 1.533 *bis*, 1.605, 1.618, 1.627, 1.687, 1.698 *bis*, 1.717, 1.733, 1.738 *bis*, 1.751, 1.779, 1.866, 1.871, 1.823, 2.058, 1929, 2.006, 2.070, 2.016, 2.037, 2.008, 1.752, 2.105, 104, 1.752, 971, 1.104 *bis*, 831, 1.271, 1.840.)

Les causes de l'avortement n'ont été retrouvées que dans un peu moins de la moitié des cas.

20 fois, il semble qu'on doive incriminer l'endométrite.

15 fois, la syphilis (réaction de Hecht positive) fut certainement la cause de l'interruption de la gestation.

Dans 10 autres cas, elle paraît également devoir être mise en cause sans qu'on ait de certitude scientifique.

Une fois (ob. 767), l'avortement fut le fait de l'insertion basse du placenta (voir ce chapitre, p. 39).

Une fois (obs. 2.008), d'une laparotomie pour pyo-salpinx (voir opérations chirurgicales au cours de la gestation, p. 69).

Dans tous les autres cas, la cause n'a pu être retrouvée avec certitude.

L'avortement eu lieu 48 fois dans les trois premiers mois (16 fois en un temps, 32 fois en deux temps).

37 fois au cours des 4^e, 5^e ou 6^e mois (8 fois en un temps, 29 fois en deux temps).

Dans 28 cas, on dut intervenir pour l'extraction du placenta. Dans tous ces cas, on pratiqua le curage digital.

Dans deux cas (Ob. 139 bis et 317), on dut accélérer l'avortement. Nous résumons ces deux observations :

OBSERVATION 139 bis

I Pare.

Gestation au cours du troisième mois.

Frissons répétés pendant 4 jours.

A l'entrée : Température 39 ; Pouls 120.

Utérus gros, se contractant. Col déhiscent. Pose d'une laminaire.

Le lendemain, on parachève la dilatation aux bougies de Hégar.

Extraction d'un fœtus frais de trois mois environ.

On extrait le placenta par curage digital. Injection intra-utérine. Mèche au peroxyde de Zn.

Suites. — Température à 38° pendant 8 jours, puis normale.

OBSERVATION 317

I Pare. 26 ans.

Gestation de 5 mois. Pendant les deux premiers mois, pertes rosées. Au début du 5^e mois, douleurs lombaires et abdominales. Puis pertes de sang rouge, peu abondantes.

A l'entrée : Température 39°2 ; Pouls 110.

B. d. C. perçus. Utérus rétracté. Col fermé.

1 heure plus tard : température 39,9 ; Pouls 120.

Utérus se contractant de façon permanente. Col toujours fermé. Anesthésie au chloroforme. Dilatation du col aux bougies de Hégar (N° 11 au n° 24). Ballon de Champetier (de 200 gr.) : 8 heures après, expulsion du ballon, suivie peu après de l'expulsion du fœtus. Délivrance naturelle 1/4 d'heure après. Suites normales. Hecht = + +.

II

RETENTIONS DE FŒTUS MORTS

53 Observations

(N^{os} 4, 6, 35, 59, 105, 186, 212, 259, 283, 320, 418, 448, 395, 514, 555, 579, 689, 691, 228, 705, 714, 745, 802, 831, 832, 850, 859, 864, 903, 926, 996, 1.008, 1.020, 1.055, 1.123, 1.127, 1.136, 1.205, 1.232, 1.404, 1.064, 1.491, 1.508, 1.544, 1.647, 1.764, 1.767, 1.874, 1.907, 1.966, 1.965, 2.004, 2.117.)

52 gestations simples ;
1 gestation gémellaire.

Dans 24 cas, nous avons trouvé la syphilis.

Dans 6 cas, il s'agissait d'albuminuriques, dont le placenta était en grande partie dégénéré.

Dans 12 cas, la syphilis est probablement en cause, mais il n'y avait pas de signes de certitude.

Dans 11 cas, la cause de la rétention n'a pu être déterminée.

Dans toutes ces observations, l'expulsion du fœtus et du placenta ne présenta rien de particulier. Les suites furent normales dans tous les cas.

III

ACCOUCHEMENTS

1° PRESENTATIONS

Sommet 3.221

Acc. spontanés 3.080

Acc. opératoires par les voies naturelles 141

(129 forceps, 5 versions, 7 basiotripsies.)

Face 15

Acc. spontanés 11

Acc. opératoires par les voies naturelles 4

(4 forceps).

Front 1

Acc. spontané.

Siège 106

Acc. spontanés 90

Acc. opératoires par les voies naturelles 16

(15 grandes extractions et 1 basiotripsie
sur tête dernière).

Epaule 5

Acc. opératoires par les voies naturelles 5

(3 versions, 1 basiotripsie après version, et
1 embryotomie).

2° PRÉSENTATIONS ANORMALES

a) PRÉSENTATION DU SIEGE

106 Observations

(N° 9, 19, 76, 77, 100, 168, 193, 53, 61, 63, 247, 271, 297, 320, 392, 416, 429, 436, 442, 307, 311, 340, 376, 383, 468, 505, 548, 559, 565, 573, 623, 634, 640, 758, 765 (2), 783, 811, 821 (2), 867, 914, 931, 948, 951, 973, 986, 1.016, 1.022, 1.024, 1.071, 1.087, 1.054, 1.095, 1.122, 1.128, 1.180, 1.204, 1.211, 1.215, 1.242, 1.269, 1.310, 1.313, 1.408, 1.425, 1.486, 1.492, 1.440, 1.554, 1.504, 1.556, 1.517, 1.575, 1.545, 1.657, 1.619, 1.635, 1.703, 1.719, 1.732, 1.742, 1.754, 1.842, 1.803 (2), 1.856, 1.802, 1.816, 1.826, 1.911, 1.926, 1.985, 1.994, 2.059, 2.067 (2), 2.079, 2.022, 2.024, 2.027, 2.043, 2.051, 2.038, 2.045, 2.115.)

59 primipares, 47 multipares.

Dans un certain nombre de cas, nous avons trouvé, comme facteur étiologique :

15 fois, la gémellité ;

5 fois, la grande multiparité avec présentations anormales lors d'accouchements antérieurs ;

4 fois, une malformation de l'utérus ;

4 fois un rétrécissement léger du bassin ;

2 fois, l'hydramnios ;

2 fois, la présence des fibromes de l'utérus.

Dans 74 cas, la cause de la présentation du siège n'a pu être retrouvée.

91 de ces femmes n'avaient pas consulté pendant leur gestation et la présentation du siège ne fut reconnue qu'à leur arrivée à la clinique en travail.

15 avaient été suivies et subirent à la clinique plusieurs tentatives de version par manœuvres externes sans résultat (12 primipares, 3 multipares).

La présentation du siège décomplété fut observée 4 fois, celle du siège complet 52 fois.

Chez toutes les primipares, un ballon de Champetier de Ribes fut placé dans le vagin à la dilatation de 5 francs-petite paume pour réaliser la dilatation vaginale pré-fœtale.

L'expulsion du fœtus fut, le plus souvent, spontanée et on se contenta de faire la manœuvre de Mauriceau-Pinard sur la tête dernière (90 cas).

Dans 16 cas, on dut pratiquer la grande extraction (11 fois pour souffrance fœtale, 5 fois pour défaut de progression).

Dans un cas (observation 1.492), on pratiqua une basiotripsie sur la tête dernière (voir basiotripsie, p. 80).

Deux fois, au cours de l'extraction (ob. 1.016, 2.027), une des clavicules du fœtus fut fracturée.

Les résultats furent bons pour les mères. Nous n'avons noté que 13 lésions périnéales sans gravité.

En ce qui concerne le fœtus, nous avons relevé :

1 enfant mort avant le travail ;

3 enfants morts pendant la période de dilatation ;

16 enfants naquirent en état de mort apparente ;

6 seulement furent ranimés ;

4 moururent pendant leur séjour à la clinique ;

88 sortirent vivants.

b) PRESENTATION DE LA FACE

15 Observations

(N^{os} 594, 452, 720, 869, 929, 1.056, 1.076, 1.124, 1.683, 1.726, 1.746, 1.777, 1.794, 2.005).

9 primipares, 6 multipares.

Chez toutes ces femmes, le bassin était normal ; aucune des multipares n'avait eu de présentations anormales lors des accouchements antérieurs.

Dans 9 cas, le placenta était inséré sur le segment inférieur.

Dans 1 cas, il y avait excès de liquide.

11 fois, l'accouchement fut spontané.

4 fois, il y eut application de forceps (1 fois pour défaut de progression, 3 fois pour souffrance fœtale).

Dans ces trois cas, l'enfant ne put être ranimé.

11 enfants pesaient entre 2.500 et 3.500 gr., 4 au-dessus de 3.500 grammes.

Une déchirure centrale du périnée fut observée
(Ob. 594 — Forceps).

c) **PRESENTATION DU FRONT**

1 Observation (N° 359)

Multipare à bassin paraissant normal ayant
accouché antérieurement d'enfants vivants se pré-
sentant par le sommet.

Accouchement spontané en N. I. D. P.

Enfant vivant. Poids, 3.070 grammes.

d) **PRESENTATION DE L'ÉPAULE**

5 Observations

(N° 755, 1.723, 1.849, 1.970, 1.988.)

2 fois (Ob. 1.849, 1.988), il s'agissait de gesta-
tions gémellaires ; la présentation de l'épaule se pro-
duisit pour le 2° fœtus.

Nous résumons ces 5 observations :

L'observation 755, au chapitre: Basiotripsies
(p. 79).

L'observation 1.970, au chapitre : Embryotomie
(p. 81).

Les observations 1.723, 1.849 et 1.988, au cha-
pitre: Versions par manœuvres internes (p. 77 et 78).

3° GESTATIONS MULTIPLES :

a) GESTATIONS GEMELLAIRES

35 Observations

(N^{os} 67, 132, 157, 162, 271, 283, 392, 487, 502, 532, 611, 623, 685, 821, 907, 916, 976, 988, 1.094, 765, 1.122, 1.215, 1.260, 1.328, 1.402, 1.408, 1.440, 1.504, 1.556, 1.562, 1.803, 1.849, 1.826, 1.988, 2.067.)

17 primipares, 18 multipares.

Nous avons trouvé 32 gestations bi-choriales, 3 uni-choriales (Ob. 283, 916, 1.988).

Dans l'observation 283, la réaction de Hecht était positive, les deux fœtus, morts et macérés, furent expulsés au début du septième mois.

Dans l'observation 916, réaction de Hecht négative. Accouchement au cours du neuvième mois. Enfants sortis vivants de la clinique.

Pour l'observation 1.988 (hydramnios aigu avec Hecht négatif), voir accouchement prématuré pro-
voqué (p. 66).

Dans les 32 cas de gestation bi-choriale, l'accouchement se produisit 23 fois au voisinage du terme d'après les D. R., 9 fois au cours du huitième mois.

Dans l'une de ces observations (1.440), après l'accouchement d'un enfant vivant, de 2.590 gr., on assista à l'expulsion d'un œuf complet de 540 gr.

contenant un fœtus ayant subi un début de momification.

Au point de vue des présentations, nous avons relevé :

Pour le 1^{er} jumeau : 25 sommets ;

10 sièges.

Pour le 2^e jumeau : 23 sommets ;

9 sièges ;

2 épaules

(1 œuf complet).

Dans 24 cas, l'expulsion des deux fœtus fut spontanée.

Dans 8 cas, on dut intervenir :

1 fois pour les deux fœtus ;

4 fois pour le premier fœtus ;

2 fois pour le deuxième fœtus.

Nous avons relevé :

3 applications de forceps ;

2 extractions du siège ;

4 versions par manœuvres internes (2 épaules, 2 têtes).

5 fois, il y eut hémorragie de la délivrance et la délivrance artificielle fut pratiquée.

IV

COMPLICATIONS DE LA GESTATION

1° UTÉRUS

a) MALFORMATIONS UTERINES

8 Observations

(N° 193, 468, 755, 1.016, 1.664, 1.686, 1.775, 1.898.)

Dans ces 8 observations, il s'agissait d'utérus cordiformes.

Dans un cas (Ob. 1.664), l'accouchement se produisit au cours du septième mois. Dans les 7 autres cas, au voisinage du terme.

5 fois, il existait une présentation anormale (4 sièges, 1 épaule).

La durée de la période de dilatation ne semble pas avoir été influencée par la malformation.

5 fois, l'accouchement se produisit spontanément.

3 fois, une intervention fut nécessaire :

Dans l'observation 1.016, on pratiqua la grande extraction du siège, pour défaut de progression.

L'observation 755 sera résumée au chapitre :
Basiotripsie (p. 79).

L'observation 1.775 au chapitre : Opérations
césariennes suivies d'hystérectomie (femme ayant un
rétrécissement du bassin et ayant subi antérieurement
une opération césarienne, p. 97).

Dans trois cas, il se produisit une hémorragie
de la délivrance et la délivrance artificielle fut pratiquée.

b) **FIBROMES DE L'UTERUS GRAVIDE**

29 Observations

(N^{os} 23, 85, 127, 152, 177, 371, 418, 383, 396,
398, 541, 907, 914, 959, 1.011, 1.089, 1.005, 1.151,
1.309, 1.430, 1.639, 1.784, 1.806, 1.864, 1.880,
1.972, 1.992, 2.064, 2.116.)

20 primipares, 9 multipares.

De ces 20 primipares, 13 étaient âgées de plus
de 30 ans, 5 de plus de 40.

Des 9 multipares, 4 avaient été fécondées, pour
la première fois, après 30 ans ; deux avaient eu une
longue période de non-fertilisation après leur première
gestation (16 et 17 ans).

Trois de ces femmes accouchèrent prématurément
(une syphilis, deux endométrites). Les autres
accouchèrent au voisinage du terme.

Nous n'avons trouvé que deux présentations anormales (2 sièges).

Dans 27 cas de fibromes du corps, il n'y eut pas de dystocie notable :

8 fois, on dut terminer artificiellement l'accouchement par application de forceps.

Dans un cas, l'insertion basse du placenta donna lieu à des hémorragies abondantes au cours du travail. Cette observation (152) sera résumée au chapitre : « Insertion du placenta sur le segment inférieur » (p. 38).

Deux hémorragies de la délivrance se produisirent et on pratiqua la délivrance artificielle.

Dans deux autres cas, on fit la délivrance artificielle immédiate après application de forceps pour lenteur du travail.

Dans deux cas (observations 541, 1.151) de fibromes praevia, on pratiqua l'opération césarienne (1 conservatrice, 1 suivie d'hystérectomie). Voir ces chapitres (p. 84 et 95).

c) ENDOMETRITES

53 Observations

(N^o 17, 87, 114, 54, 45, 65, 215, 220, 239, 371, 460, 396, 420, 434, 464, 466, 468, 472, 523, 561, 635, 643, 659, 688, 724, 747, 753, 794, 820, 835, 846, 848, 1.050, 1.072, 1.191, 1.271, 1.304, 1.357, 1.495,

1.605, 1.669, 1.623, 1.633, 1.806, 1.871, 1.823,
1.887, 1.917, 1.989, 2.058, 2.025, 2.050, 2.119.)

Dans ces 53 cas, l'examen du placenta et des membranes a montré des lésions nettes d'endométrites (placenta Chateaubriand, caduque épaissie partiellement retenue).

Dans la majorité des cas, la gestation n'évolua pas jusqu'au terme. Nous avons relevé :

Avortements	20
Accouchements prématurés au cours des 7° et 8° mois	19
Accouchements au voisinage du terme	14

Sur les 39 observations d'avortements ou d'accouchements prématurés, l'endométrite semble, la plupart du temps, devoir seule être mise en cause. Cependant, dans 5 observations (ob. 87, 396, 525, 420, 1.072), la mère présentait une réaction de Hecht positive.

Les suites de couches furent normales, sauf dans 5 cas.

2° ŒUF

a) MOLE VESICULAIRE

1 Observation (N° 170 bis)

Nous résumons cette observation ainsi que celle (824) d'une femme qui accoucha spontanément à terme, mais qui avait présenté une môle vésiculaire lors d'une gestation antérieure.

OBSERVATION 170 bis

Môle vésiculaire chez une syphilitique.

VII Pare. 36 ans.

(1^{er} accouchement à terme avec enfant vivant. 5 accouchements prématurés, enfants morts.)

Gestation marquée dès le 2^e mois par des pertes de sang d'odeur fétide. Au 4^e mois, Hecht = + +.

A la fin du 5^e mois, début de travail. Hémorragie abondante.

Expulsion d'une môle de 15 cent. sur 7 cent. pesant 280 grammes. On n'arrive pas à retrouver de façon nette de cavité ovulaire ni de débris fœtaux.

Suites normales. Sortie au 12^e jour. Utérus presque complètement revenu sur lui-même. Annexes imperceptibles à droite, à gauche tumeur de la grosseur d'une noix.

OBSERVATION 824

Accouchement au voisinage du terme. Môle vésiculaire, lors de la première gestation.

II Pare. 34 ans.

Première gestation en 1919.

Au début du 3^e mois, pertes de sang, d'abord peu abondantes, puis hémorragies importantes. Amaigrissement, état cachectique avec poussées fébriles (38-38,3), signes de bronchite faisant penser à la tuberculose.

Au début du 4^e mois, expulsion d'une môle vésiculaire, non embryonnée (constatation de M. LÉVY-SOLAL). Hémorragie persistante après l'expulsion de la môle. Curetage. Suites simples.

2^e gestation sans incident.

Enfant vivant : 3.250 grammes.

Placenta : 580 grammes (sans altération).

Suites normales.

b) HYDRAMNIOS

54 Observations.

(N^o 23, 30, 46, 57, 100, 120, 157, 168, 195, 234, 298, 331, 371, 342, 345, 471, 751, 797, 849, 902, 922, 954, 972, 1.067, 1.121, 1.165, 1.375, 1.426, 1.438, 1.534, 1.601, 1.640, 1.716, 1.734, 1.735, 1.744, 1.748, 1.774, 1.813, 1.833, 1.884, 1.921, 1.937, 1.901, 1.951, 1.969, 1.988, 1.974, 2.007, 2.011, 2.024, 2.080, 2.081, 2.083.)

23 primipares, 31 multipares, dont 2 gémellaires (157, 1.988), chez lesquelles il n'existait de l'hydramnios que de l'un des œufs.

6 fois, l'accouchement se produisit prématurément au cours du huitième mois.

Dans trois cas (ob. 751, 1.969, 1.988), l'hydramnios évolua d'une façon aiguë et l'accouchement prématuré dut être provoqué. (Voir p. 64 et suivantes).

Dans 45 cas, l'accouchement se produisit au voisinage du terme ou au cours du neuvième mois.

Dans toutes ces observations, la syphilis a été recherchée d'une façon systématique. Dans 14 cas seulement, on peut affirmer la syphilis ; dix fois, elle n'avait pas été traitée et la réaction de Hecht fut positive ; quatre fois, elle avait été traitée pendant ou avant la gestation et la réaction de Hecht fut négative.

Dans deux cas, la réaction de Hecht fut douteuse. Il n'existait aucun stigmate de spécificité. Dans tous les autres cas, elle fut négative.

Cependant, dans 19 observations, il semble que la syphilis puisse être soupçonnée, malgré la réaction sérologique négative (multipares ayant eu des enfants prématurés morts-nés, ou décédés en bas âge).

Dans 19 cas, la cause de l'hydramnios n'a pu être retrouvée.

Au point de vue présentation, si nous mettons à part les deux gestations gémellaires, nous ne

notons que trois présentations anormales (deux sièges, une face).

Aucune procidence n'a été notée.

L'expulsion du fœtus fut spontanée dans 48 cas.

6 applications de forceps ont été faites.

Dans 3 cas, il y eut hémorragie de la délivrance et la délivrance artificielle fut pratiquée.

En ce qui concerne les résultats, nous notons : 5 enfants morts pendant le travail, 2 morts quelques heures après la naissance.

Un enfant présentait du pemphigus. Un autre était anencéphale.

43 enfants sortirent vivants de la clinique.

**c) INSERTION DU PLACENTA SUR LE SEGMENT
INFERIEUR**

50 Observations

(N° 87, 142, 66, 238, 484, 452, 578, 582, 152, 327, 652, 767, 868, 960, 758, 929, 1.012, 1.050, 1.066, 1.124, 1.302, 1.357, 1.683, 1.794, 1.568, 1.575, 1.742, 1.648, 1.661, 1.671, 1.686, 1.639, 1.707, 1.797, 1.767, 1.854, 1.872, 1.985, 2.065, 1.834, 1.951, 1.809, 1.873, 1.923, 2.072, 2.009, 2.010, 2.087, 2.108, 2.110.)

Dans la majorité des cas, l'insertion vicieuse du placenta ne donna lieu à aucun incident notable.

27 fois, la gestation évolua jusqu'au voisinage

du terme ; 13 fois, elle fut interrompue (un avortement, 12 accouchements prématurés).

12 présentations anormales (6 faces, 7 sièges) ;
9 procidences du cordon.

Dans 5 cas (ob. 152, 652, 767, 960, 1.854), l'insertion basse donna lieu à des incidents sérieux au moment de l'accouchement. Dans deux de ces cas, le placenta était véritablement *praevia*.

Nous résumons ces 5 observations :

OBSERVATION 152

II Pare. 36 ans.

(1^{er} accouchement spontané à terme, enfant vivant.)

Utérus fibromateux. Placenta *praevia*. Hémorragie légère de la gestation (5^e et 7^e mois).

Hémorragie abondante au début du travail.

Tentative infructueuse de rupture des membranes et tamponnement vaginal (en ville).

Arrêt spontané de l'hémorragie après décollement total spontané du placenta constaté à l'entrée à la clinique.

Extraction du placenta avant le fœtus.

Application de forceps. Enfant mort, 3.300 grammes. Placenta, 560 gr.

Expulsion spontanée des membranes une demi-heure après. Suites normales.

OBSERVATION 652

I Pare. 21 ans.

Hémorragie de la gestation (6^e mois).

Accouchement prématuré au cours du 8^e mois. Hémorragie au début du travail. Rupture spontanée des membranes à

la 4^e heure. Persistance de l'hémorragie, sans altération de l'état général. Pouls 65.

Ballon de Champetier. Arrêt de l'hémorragie.

Application de forceps à la dilatation complète.

Enfant mort, 2.020 gr.

Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 520 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 767

V Pare. 28 ans

Avortement au cours du 5^e mois.

Hémorragie abondante au début du travail.

Rupture large des membranes (le bord placentaire est nettement senti). Persistance de l'hémorragie. Ballon de Champetier de 400 gr. Arrêt de l'hémorragie.

Expulsion spontanée d'un fœtus frais de 130 gr. Placenta, 220 gr. (expulsé quelques minutes après).

Suites normales.

OBSERVATION 960

I Pare. 22 ans.

Placenta praevia.

Hémorragies légères de la gestation (6^e et 8^e mois). Hémorragie abondante au début du travail. Rupture large de l'œuf qui intéresse les cotylédons placentaires. Arrêt de l'hémorragie.

Mort du fœtus pendant le travail (un vaisseau funiculaire a été déchiré). Extraction du fœtus se présentant par le siège à la dilatation complète.

Enfant mort : 2.630 gr.

Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 340 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 1.854

II Pare. 25 ans.

Hémorragies légères de la gestation (8^e et 9^e mois).

Hémorragie grave au début du travail. Rupture large des membranes. Ballon de Champetier de 500 gr. Arrêt de l'hémorragie.

Expulsion spontanée d'un enfant mort de 2.800 gr.

Délivrance naturelle. Placenta 480 gr. Membranes 38/0.

Suites normales.

3^e ÉTATS PATHOLOGIQUES GRAVIDIQUE

a) ALBUMINURIE DE LA GESTATION

92 Observations

(N^{os} 3, 56, 60, 107, 136, 173, 184, 217, 239, 248, 249, 260, 276, 282, 313, 333, 343, 389, 443, 447, 461, 486, 514, 538, 544, 584, 589, 590, 613, 647, 670, 690, 693, 695, 734, 735, 744, 746, 748, 790, 806, 851, 863, 904, 926, 955, 1.008, 1.027, 1.066, 1.075, 1.088, 1.109, 1.153, 1.170, 1.189, 1.105, 1.261, 1.269 ; 1.286, 1.359, 1.434, 1.436, 1.562, 1.578, 1.527, 1.648, 1.663, 1.672, 1.674, 1.677, 1.634, 1.689, 1.720, 1.722, 1.730, 1.770, 1.809, 1.836, 1.870, 1.949, 1.951, 1.957, 1.965, 1.974, 2.030, 2.032, 2.042, 2.047, 2.056, 2.029, 2.094, 2.117.)

61 primipares, 31 multipares.

Dans 73 cas, l'accouchement se produisit au voisinage du terme. Dans 19 cas, prématurément, au cours du 7^e ou du 8^e mois.

La date de l'apparition de l'albumine dans les urines est difficile à préciser, sauf pour les femmes ayant consulté régulièrement la clinique. Chez ces dernières, le traitement diététique institué amena la disparition ou la diminution très notable du symptôme.

La tension artérielle de toutes ces femmes fut prise au Pachon pendant le travail. 13 fois, une

hypertension notable a été notée : 17-18 de T. A. maxima au Pachon.

Dans 4 cas, où la tension maxima dépassa 20 au Pachon, une saignée de 5 à 600 gr. fut faite.

Sur ces 92 abuminuriques, 27 ne présentèrent aucun autre symptôme net de toxémie.

65 présentèrent soit des œdèmes, soit de la céphalée, soit des troubles légers de la vue. Une seule de ces femmes (observ. 584) présenta des crises d'éclampsie après l'accouchement.

6 fois, on nota une hémorragie notable de la délivrance. Dans 4 cas, on fit la délivrance artificielle.

Dans 38 cas, le placenta présentait des lésions marquées (infarctus). Dans 54 cas, l'examen de l'arrière-faix ne montra rien de particulier.

Au point de vue des résultats, nous avons trouvé :

7 états de rétention, dont 1 avec réaction de Hecht positive. Dans six de ces cas, le placenta présentait de très nombreux infarctus anciens, 2 fois, il était complètement dégénéré. Une seule fois, il ne présentait aucune lésion.

5 enfants sont morts pendant le travail, 3 sont morts le premier ou le deuxième jour après l'accouchement.

Chez une de ces femmes (ob. 695), l'albuminurie persistait à la sortie de la clinique. Cette femme présentait une albuminurie de cause inconnue, antérieure à la gestation. Elle accoucha au voisinage du

terme, d'un enfant vivant. L'arrière-faix ne présentait aucune lésion.

Une femme (ob. 613) mourut deux heures après la délivrance (dégénérescence hépatique aiguë). Voir « Mortalité maternelle ». (p. 111).

b) **ECLAMPSIE**

Quatre femmes accouchées à la clinique ont présenté des crises d'éclampsie :

Deux au cours du travail (ob. 1.611, 2.034).

Deux après l'accouchement (ob. 68 bis, dix heures après ; ob. 584, onze heures après).

Chez une de ces femmes (ob. 584), on avait constaté de l'albuminurie pendant la gestation.

Nous résumons ces 4 observations.

OBSERVATION 68 bis

Accouchement spontané au cours du 9^e mois. Crises éclamptiques 10 heures après l'accouchement. Albuminurie passagère sans hypertension. Guérison.

I Pare. 25 ans.

Femme sans antécédents pathologiques. Gestation sans incidents. Les urines examinées deux fois ne contenaient pas d'albumine.

Accouchement normal chez une sage-femme agréée le 10 janvier 1921, à 9 heures 15. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines examinées au début du travail.

Durée du travail, 7 heures 15. Poids de l'enfant, 2.550 gr.

Délivrance naturelle, 1 heure après l'accouchement. Placenta sans altérations macroscopiques, poids 520 gr.

A 12 heures, la femme se plaint de céphalée et présente des vomissements bilieux. A 17 heures, céphalée augmentant en intensité, légère agitation. Persistance des vomissements. A 19 heures, au cours d'un effort de vomissement, la femme glisse de son lit et tombe. Elle présente alors une crise convulsive caractéristique. Durée de la crise : 5 minutes.

De 19 heures 15 à 20 heures 30, trois autres crises en tous points semblables sont observées. A la suite de la dernière crise, la femme reste dans le coma avec respiration stertoreuse jusqu'à 22 heures. A 22 heures 30, elle est ramenée à la clinique : femme agitée, mais répondant aux questions qu'on lui pose. Température : 36°8. Pouls 76. T. A. (Pachon) 14/8. Cathétérisme : 1 litre d'urine acajou (albumineuses, 2 gr. au tube d'Esbach). 2 gr. de chloral par voie rectale. La femme s'endort, et repose toute la nuit.

Suites normales.

OBSERVATION 584

Accouchement spontané à terme. Albuminurie de la gestation et du travail. Hypertension artérielle pendant et après l'accouchement. Crises éclamptiques 11 heures après. Guérison.

III Pare. 26 ans.

Antécédents pathologiques: rougeole à 6 ans, grippe grave à 23 ans.

1^{er} accouchement spontané à terme.

2^e gestation terminée par un avortement au cours du 3^e mois (grippe).

Albumine dans les urines à partir du 3^e mois de la gesta-

tion actuelle. Régime lacto-végétarien. L'albumine persiste (quantité non dosable).

Au début du 9^e mois (mars 1921), l'albuminurie devient brusquement importante (3 grammes par litre). La malade est soumise au régime lacté absolu.

A l'entrée : H. U. : 30 centim. Tête fixée. B. d. C. perçus. Albumine : 3 gr. T. A. (Pachon), 14—9,5. Pas d'œdèmes Pas de céphalée. Pas de troubles visuels.

Régime lacté absolu du 16 au 29 mars. Diurèse oscillant entre 1.500 et 2.000. Albuminurie décroissante (de 2 gr. à 0 gr. 50).

Le 30 mars, à 8 heures, début du travail. Rupture précoce des membranes. A 10 heures, dilatation petite paume. T. A. (Pachon) 17—12.

A 10 heures 45, accouchement spontané. Fille vivante de 2.750 gr. Délivrance naturelle une heure après l'accouchement. Placenta sans altérations macroscopiques, 470 gr.

A 22 heures, la femme se plaint de céphalée intense et de troubles visuels (amaurose).

T. A. (Pachon) 22—15.

A 22 heures 15, la femme présente quelques convulsions toniques et cloniques.

5 minutes après, 2^e crise convulsive, suivie d'une période de coma de 10 minutes environ. Saignée : 700 gr., 4 gr. de chloral par voie rectale.

T. A. (Pachon) 15—11.

La femme passe une nuit calme. Le 31 mars, à 9 heures, la céphalée et les troubles visuels ont disparu. T. A. (Pachon) 13—8.

Suites normales.

OBSERVATION 1.611

Accouchement à terme. Œdème des membres inférieurs pendant le 9^e mois. Hypertension artérielle. Crise éclamptique pendant la période d'expulsion. Application de forceps en O. P. Guérison.

I Pare. 18 ans.

Antécédents pathologiques sans signification.

Gestation surveillée. Evolution sans incidents. Urines constamment normales.

Cependant, pendant le dernier mois, œdème des membres inférieurs et céphalée matutinale. Aucun régime alimentaire spécial n'a été suivi.

Entrée à la clinique en travail le 23 septembre à 12 heures. On constate l'œdème des membres inférieurs. Pas de céphalée. Urines normales.

Le 23 septembre, à 22 heures 30, la femme est en période d'expulsion depuis 1 heure 30, la tête est à la vulve, lorsque brusquement, crise d'éclampsie caractéristique. Pouls 116. T. A. (Pachon) 18—10.

Extraction du fœtus (forceps en O. P.) sous anesthésie chloroformique. Enfant vivant, 3.890 gr.

Délivrance naturelle quelques minutes après l'accouchement. Placenta sans altérations : 600 gr.

Après l'accouchement T. A. (Pachon) 14—7. En raison de cet abaissement de la tension, on ne fait pas de saignée.

La femme passe une nuit agitée et le lendemain elle ne se souvient plus de ce qui s'est passé.

Suites normales. L'albumine disparaît en quelques jours. Sortie au 20^e jour.

OBSERVATION 2.034

Accouchement au cours du 9^e mois. Albuminurie du travail.

Hypertension artérielle. Crises éclamptiques au cours du travail. Applications de forceps à la dilatation complète.

Coma prolongé. Guérison.

I Pare. 20 ans.

Pas d'antécédents pathologiques, sauf rougeole pendant l'enfance.

Gestation surveillée. Urines constamment normales.

Entre à la clinique au début du travail, le 11 décembre 1921, à 18 heures : sommet engagé en D. P. Dilatation 1 franc. Membranes intactes. Enfant vivant.

OEdème sus-pubien et malléolaire. Bouffissure de la face. Urines : grande quantité d'albumine.

Aussitôt après l'entrée, crise d'éclampsie de courte durée. On administre quelques bouffées de chloroforme en attendant les préparatifs d'une saignée. T. A. (Pachon) 22—?

A 18 heures 15, 2^e crise. Saignée, 700 gr., 4 gr. de chloral par voie rectale. Après la saignée, T. A. (Pachon) 16,5—10,5. Pouls 104.

Le 12 décembre à 1 heure 10, rupture des membranes, dilatation 5 francs. La femme restée dans le sub-coma depuis sa 2^e crise, répond maintenant aux questions qu'on lui pose. Elle indique qu'elle a souffert de douleurs dans la région épigastrique et de céphalée violente dans la journée du 11 décembre. Elle n'a pas eu de troubles visuels.

De 3 heures 10 à 4 heures 30, 4 crises caractéristiques, d'une durée de 3 à 5 minutes. Coma profond après la dernière crise.

A 5 heures, la dilatation est complète. Application de forceps en O. P. Enfant vivant, 3.140 gr.

Délivrance naturelle 45 minutes après. Placenta sans altérations, 540 gr.

Après la délivrance T. A. (Pachon) 15—2. Poids 120.

La femme reste dans le coma pendant 24 heures.

Le 13 décembre, à 8 heures, elle commence à répondre aux questions qu'on lui pose. T. A. (Pachon) 15—6.

Première émission d'urines fortement albumineuses le 14 décembre dans la matinée. Quantité : 1.500 gr.

Suites : disparition rapide de l'œdème des membres inférieurs et de la face. Diminution de la quantité d'albumine, qui tombe à 0 le 12^e jour.

c) **APOPLEXIE UTERINE**
ET HÉMORRAGIE RETRO-PLACENTAIRE

1 Observation

(N° 431.) Voir « Mortalité maternelle » (page 110).

4^o ÉTATS PATHOLOGIQUES GÉNÉRAUX

a) SYPHILIS

124 Observations

(N^{os} 6, 35, 91, 100, 105, 175, 57, 212, 218, 225, 243, 259, 283, 286, 317, 320, 321, 342, 389, 393, 415, 418, 439, 448, 459, 496, 497, 500, 520, 522, 555, 579, 628, 630, 645, 648, 654, 676, 682, 689, 691, 706, 652, 710, 750, 751, 756, 768, 803, 823, 859, 902, 903, 947, 972, 982, 1.020, 1.055, 1.086, 1.072, 1.102, 1.123, 1.127, 1.136, 1.163, 1.165, 1.194, 1.232, 1.254, 1.256, 1.322, 1.349, 1.361, 1.404, 1.442, 1.443, 1.447, 1.485, 1.544, 1.555, 1.511, 1.573, 1.579, 1.581, 1.595, 1.602, 1.608, 1.666, 1.618, 1.672, 1.679, 1.630, 1.637, 1.698, 1.717, 1.733, 1.735, 1.782, 1.751, 1.790, 1.854, 1.862, 1.802, 1.813, 1.874, 1.877, 1.890, 1.832, 1.895, 1.897, 1.941, 1.905, 1.957, 1.969, 1.974, 1.985, 1.999, 1.934, 2.004, 2.019, 2.028, 2.041, 2.048, 2.073.)

Nous avons groupé, dans ce chapitre, les observations de femmes syphilitiques, certaines présentant ou ayant présenté une réaction de Hecht positive.

Sur ces 124 femmes, 58 avaient été traitées, 66 ne l'avaient pas été ou l'avaient été très insuffisamment. Dans les 58 observations de femmes traitées,

15 fois la réaction de Hecht fut positive au moment de l'accouchement.

Dans ces 58 cas, la gestation évolua le plus souvent jusqu'au voisinage du terme.

Nous avons trouvé :

Avortement	1
Mort du fœtus pendant la gestation après le 6 ^e mois	2
Accouchement prématuré	1
Accouchements au voisinage du terme	54

2 enfants seulement moururent dans les premiers jours.

53 enfants traités dès leur naissance sortirent vivants de la clinique.

Dans les 66 cas de femmes non traitées, avec réaction de Hecht positive, nous avons trouvé :

Avortements	14
Mort du fœtus pendant la gestation après le 6 ^e mois	22
Accouchements prématurés	13
Accouchements au voisinage du terme	17

9 enfants (5 prématurés, 4 à terme) moururent dans les premiers jours.

1 pendant le travail.

20 enfants sortirent vivants de la clinique.

b) TUBERCULOSE PULMONAIRE EN EVOLUTION

7 Observations

(N^{os} 667, 1.344, 1.888, 1.927, 1.949, 2.077, 2.102.)

Deux de ces femmes moururent à la clinique, l'une (Ob. 667) dans les suites de couches, l'autre (Ob. 1.888) avant l'accouchement, et la césarienne *post-mortem* fut pratiquée ; ces deux observations seront résumées au chapitre : « Mortalité maternelle » (p. 112 et 116).

Dans les 5 autres cas, l'accouchement se produisit au voisinage du terme ; 4 fois spontanément, 1 fois avec application de forceps, le mauvais état général de la mère ayant fait décider ne pas lui imposer les efforts expulsifs.

Les suites de couches furent fébriles dans 3 cas et on observa une recrudescence des symptômes pulmonaires.

Toutes ces femmes à leur sortie de la clinique furent dirigées sur des services spéciaux pour y être suivies.

Les 5 enfants, nés vivants, furent dès leur naissance séparés de leurs mères et quittèrent la clinique en bon état. L'un d'eux (2.077) mourut quelques jours après sa sortie de la clinique.

Depuis la fin de 1921, une liaison s'est établie pour le placement des enfants nés de mères tuber-

culeuses avec le service de M. Léon Bernard à l'Hôpital Laënnec, et avec l'œuvre de placement familial des tout petits, présidée par Mme Seligmann.

c) **CARDIOPATHIES**

26 Observations

(N^{os} 57, 138, 189, 256, 324, 406, 519, 640, 888, 965, 1.098, 1.101, 1.182, 1.313, 1.336, 1.494, 1.587, 1.658, 1.706, 1.738, 1.808, 1.838, 1.855, 1.871, 1.924, 1.991.)

11 primipares, 15 multipares.

Dans 22 cas, il s'agissait de lésions de l'orifice mitral.

Dans 4 cas, de lésions de l'orifice aortique.

Une seule de ces femmes présenta des accidents gravido-cardiaques pendant la gestation (Ob. 640).

21 fois, l'accouchement se produisit à terme.

3 fois, prématurément, au cours du huitième mois, sans qu'aucune cause probable de la prématuration ait été notée.

2 fois il y eut avortement au 3^e mois, mais la cardiopathie ne semble pas devoir être mise en cause.

Dans 23 cas, l'accouchement fut spontané ; dans trois cas, l'extraction du fœtus fut jugée nécessaire (Ob. 1.808, 1.838, 1.855).

3 de ces femmes présentèrent des accidents dans les suites de couches. Ces trois femmes étaient atteintes de lésions mitrales.

Dans un cas, il s'agissait d'une crise d'œdème aigu du poumon (Ob. 1.738).

Dans les deux autres cas, d'accidents hyposystoliques, avec dyspnée légère, congestion des bases (Ob. 1.838, 1.855).

Toutes ces femmes sortirent en bon état de la clinique.

d) PYELONEPHRITES AU COURS DE LA GESTATION

22 Observations

(N^o 90, 263, 351, 360, 523, 567, 604, 663, 675, 709, 749, 909, 918, 975, 1.044, 1.144, 1.285, 1.619, 1.710, 1.810, 1.998, 2.100.)

13 primipares, 9 multipares.

Dans toutes ces observations, la présence de pus dans les urines recueillies par cathétérisme, fut constatée par la réaction à l'ammoniaque.

Dans 16 cas, l'examen bactériologique fut pratiqué. Cinq fois, on constata la présence du colibacille.

L'accouchement se produisit 20 fois au voisinage du terme.

Deux fois (Ob. 975, 2.100) prématurément au cours du 8^e mois.

Dans ces deux cas, il semble que la pyélonéphrite fut la cause de l'accouchement prématuré.

14 fois, le rein droit semble avoir été le siège de l'infection.

Dans les autres cas, il semble que la pyélonéphrite ait été bilatérale.

Toutes ces femmes furent soignées à la clinique ou par la consultation.

Le traitement fut purement diététique.

Dans 2 cas, le pus disparut des urines avant l'accouchement.

Dans tous les autres cas, il persista, mais disparut rapidement dans les suites de couches.

Les symptômes de pyélonéphrite apparurent 19 fois au cours du 8^e ou du 9^e mois.

Trois fois au cours du 6^e mois.

e) GOITRE EXOPHTALMIQUE

OBSERVATION 2.041

III Pare. 37 ans.

Avortement au cours du 2^e mois à une première gestation. B. W. = + + à cette époque.

Traitée au cours d'une deuxième gestation, accouche spontanément à terme d'un enfant vivant pesant 3.000 gr.

A la suite de ce deuxième accouchement, début du goitre exophtalmique traité d'abord pendant 2 ans par la radiothérapie, sans résultat. Opérée en Suisse en 1917 (thyroïdectomie, suivie d'une amélioration).

Troisième gestation bien supportée (il ne persiste comme signes de goître exophtalmique qu'un peu de tachycardie et de l'exophtalmie).

Accouchement spontané au voisinage du terme. Enfant vivant, 3.150 gr.

Délivrance artificielle pour défaut de décollement. Placenta, 500 gr.

Suites normales. Hecht = + +. Sortie au 2^e jour. Enfant en bon état, traité.

V

COMPLICATIONS DE LA PARTURITION.

1° ŒDÈME DU COL

6 Observations

(N^{os} 21, 350, 432, 890, 1.718, 1.920.)

4 primipares, 2 multipares.

Dans deux cas, on dut pratiquer des incisions du col (Ob. 21, 432). Voir ce chapitre (p. 82).

Dans un cas (Ob. 890), des incisions du col et des tentatives d'application de forceps avaient été faites en ville. On fit une basiotripsie. (Voir ce chapitre, p. 80).

2° PROCIDENCES

a) PROCIDENCES DES MEMBRES

4 Observations

(N^{os} 157, 405, 973, 1.911.)

Dans ces quatre observations, le membre procident fut le membre supérieur.

Dans l'observation 157 (gémellaire), il y avait excès de liquide du premier œuf. Rupture spontanée des membranes à dilatation complète. Procidence d'une main. Application de forceps. Enfant vivant, 1.330 gr.

Dans l'observation 405, la femme entre à la clinique, membranes rompues, dilatation 1 franc. Une main procidente impossible à réduire. Pose d'un ballon de Champetier, intra-cervical de 600 gr. Le ballon est expulsé une heure plus tard. La procidence ne se reproduit pas et l'accouchement se produit spontanément. Enfant vivant, 3.800 gr.

Dans l'observation 973 (gémellaire), on fit une version par manœuvres internes (voir ce chapitre) ; l'enfant fut extrait vivant. Poids, 2.700 gr.

Dans l'observation 1.911, la procidence coexistait avec une présentation du siège. La période d'expulsion fut longue, les B. d. C. se modifièrent ; on pratiqua l'extraction sans difficulté. Enfant vivant, 3.900 gr.

b) PROCIDENCES DU CORDON

16 Observations

(N^{os} 501, 541, 758, 821, 868, 1.568, 1.575, 1.671, 1.742, 1.767, 1.834, 1.951, 2.027, 2.055, 2.120.)

La procidence a été observée 10 fois dans des

présentations céphaliques, 5 fois dans des présentations du siège.

6 fois, la procidence se produisit avant la dilatation complète.

Dans un cas, la reposition manuelle fut possible. Le travail suivit ensuite son cours normal. L'enfant naquit vivant.

Dans trois cas, la reposition fut impossible. On posa un ballon de Champetier. Les trois enfants moururent au cours du travail.

Dans un cas (Ob. 541), fibrome praévia, on pratiqua l'opération césarienne. (Voir ce chapitre, p. 84).

Dans un cas, l'enfant était mort avant que la procidence se produisit. Toute intervention fut jugée inutile.

En résumé : 2 enfants vivants, 4 enfants morts.

9 fois, la procidence se produisit à la rupture tempestive des membranes. 8 fois, on pratiqua l'extraction du fœtus (4 extractions du siège, 2 forceps, 1 version).

6 enfants vivants, dont 4 durent être ranimés, 2 enfants morts.

1 fois, on assista à l'expulsion du fœtus en quelques minutes. L'enfant était mort.

Dans ces 15 observations de procidence du cordon, nous avons trouvé 9 insertions basses du placenta avec (8 fois) une insertion marginale du cordon près du bord inférieur du placenta.

Deux fois, le cordon était anormalement long (93 et 98 centimètres).

3° VICIATIONS PELVIENNES

a) BASSINS RACHITIQUES

78 Observations

(N^{os} 10, 86, 95, 115, 149, 214, 338, 358, 379, 442, 479, 526, 527, 530, 574, 577, 592, 626, 642, 671, 556, 585, 686, 692, 693, 38, 755, 759, 770, 812, 914, 956, 963, 992, 999, 1.049, 1.114, 836, 887, 1.117, 1.140, 1.283, 1.314, 1.350, 1.492, 1.578, 1.661, 1.673, 1.622, 1.704, 1.739, 1.789, 1.798, 1.799, 1.804, 1.889, 905, 1.096, 1.898, 1.901, 1.956, 1.923, 1.971, 2.035, 2.104, 2.115, 2.040, 2.078, 1.775, 1.131, 1.317, 1.450, 1.430, 1.560, 1.976, 2.063, 2.046, 1.152.)

Nous divisons ces bassins en deux catégories :

1° Ceux dont le diamètre P. s. p. est inférieur à 10 cent. 5 ;

2° Ceux dont le diamètre P. s. p. est supérieur à 10 cent. 5.

Dans la première catégorie, 25 observations :

13 opérations césariennes ont été pratiquées, 12 conservatrices dont 3 itératives, 1 suivie d'hystérectomie.

13 accouchements par les voies naturelles, 9 spontanés, 4 avec application de forceps. (Parmi ces accouchements spontanés, un prématuré au 7^e mois. Enfant mort.)

Tous les autres enfants sortirent vivants de la clinique.

Dans la deuxième catégorie, 52 observations :

- 11 césariennes conservatrices, dont 2 itératives;
- 2 césariennes suivies d'hystérectomie ;
- 3 basiotripsies ;
- 7 applications de forceps ;
- 29 accouchements spontanés.

46 enfants sortirent vivants de la clinique, 6 moururent pendant le travail (3 basiotripsies, 2 accouchements spontanés, 1 forceps).

Une femme (Ob. 1.049) mourut quelques heures après l'accouchement (forceps). Voir « Mortalité maternelle » (p. 113).

b) LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE

8 Observations

(N^{os} 93, 202, 310, 358, 498, 1.314, 1.430, 2.119.)

5 luxations unilatérales (2 droites, 3 gauches).

3 luxations bilatérales.

7 accouchements spontanés au voisinage du terme, sans aucune dystocie.

1 opération césarienne conservatrice (Ob. 1.430) chez une femme présentant une luxation unilatérale et un rachitisme sévère.

c) **COXALGIE**

12 Observations

(N° 110, 225, 448, 426, 545, 657, 700, 938, 1.228, 2.072, 2.014, 2.116.)

Dans toutes ces observations, il s'agissait de coxalgie de l'enfance, sauf une (Ob. 225), où la coxalgie était apparue à l'âge de 21 ans.

Aucune dystocie n'a été signalée ; 11 accouchements spontanés au voisinage du terme. 10 enfants vivants, 1 enfant mort (5 circulaires autour du cou).

Un accouchement prématuré au 7^e mois : fœtus macéré. Hecht = (+).

d) **CYPHOSES PAR MAL DE POTT**

6 Observations

(N° 458, 543, 842, 1.856, 2.029, 2.111.)

2 observations (1.856, 2.029) de cyphoses dorsales. Aucun accident pendant la gestation. Accouchement spontané.

4 observations de cyphoses basses (3 dorso-lombaires, 1 lombo-sacrée).

Une de ces femmes (Ob. 458) présenta pendant

le dernier mois de sa gestation des crises de tachycardie qui nécessitèrent son hospitalisation. Elle accoucha au voisinage du terme. On fit une application de forceps à la dilatation complète.

Les trois autres accouchèrent spontanément. Chez celle (Ob. 2.III) qui présentait une cyphose lombo-sacrée avec bi-ischiatique de 8 centimètres, on observa un dégagement en O. S.

VI

COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

1° HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE

57 Observations

(N° 2, 32, 3, 70, 77 bis, 95, 144, 187, 193, 56, 63, 68, 71, 238, 430, 435, 327, 531, 568, 532, 614, 663, 668, 682, 694, 723, 758, 778, 811, 716, 907, 1.002, 1.101, 1.315, 1.409, 1.537, 1.767, 1.841, 1.872, 1.898, 1.900, 1.957, 2.085, 2.077, 2.109, 23, 432, 532, 635, 652, 868, 945, 1.705, 1.821, 1.969, 1.864, 2.064.)

Dans 43 cas, l'hémorragie nécessita une délivrance artificielle. (Voir ce chapitre, p. 98).

Dans les 14 autres cas, 6 fois, l'hémorragie se produisit entre 15 et 30 minutes après l'accouchement. La délivrance naturelle fut pratiquée immédiatement et l'hémorragie cessa. Des injections de sérum et d'huile camphrée furent faites.

8 fois, l'hémorragie se produisit après la délivrance. Ces hémorragies furent traitées par des injections intra-utérines à 50°.

3 fois, le placenta ne paraissant pas tout à fait complet, ont fit une revision manuelle de la cavité utérine. On ne trouva pas de cotylédons.

Toutes ces femmes sortirent de la clinique en bon état.

VII

OPERATIONS

1° GESTATION

a) ACCOUCHEMENT PREMATURE PROVOQUE

3 Observations

(N° 751, 1.969, 1.988.)

Dans ces 3 cas, il s'agissait d'hydramnios à marche aiguë. Nous résumons ces trois observations:

OBSERVATION 751

Hydramnios aigu au 7° mois. Rupture artificielle des membranes. Accouchement spontané. Enfant mort.

III Pare, 25 ans.

Femme ayant présenté une première gestation normale en 1914; une deuxième gestation terminée par un avortement au cours du deuxième mois en 1916.

Troisième gestation surveillée à la clinique, normale jusqu'au 6° mois. A la fin du 6° mois, H. U.: 26 centim. Au début du 7° mois, augmentation rapide du volume du ventre. Douleurs abdominales, dyspnée. H. U.: 32 centim.

Les douleurs deviennent plus violentes, la dyspnée augmente. 8 jours plus tard, H. U.: 44 centim., dyspnée accen-

tuée, abdomen surdistendu, douloureux. M. COUVELAIRE décide de provoquer le travail.

Rupture des membranes. On recueille 3 litres $1/2$ de liquide. 4 heures plus tard, début du travail.

Dilatation : 30 heures. Expulsion, 1 heure 30. Enfant mort-né : 2.490 gr., présentant du pemphigus plantaire et de l'ascite.

Délivrance naturelle. Placenta : 1.200 gr.

Suites normales. Hecht = + + .

OBSERVATION 1.969

Hydramnios aigu au 7^e mois. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier. Accouchement spontané. Enfant mort. Délivrance artificielle.

II Pare. 27 ans.

Première gestation terminée par un accouchement prématuré au 7^e mois d'un enfant mort et macéré.

Deuxième gestation non surveillée, marquée par des vomissements incessants du début de la gestation à la fin du 5^e mois.

Au début du 7^e mois, augmentation rapide du volume du ventre. Douleurs abdominales violentes.

A l'entrée H. U. : 35 centim. Utérus tendu et douloureux. Pas de fièvre. Pas de troubles respiratoires ou circulatoires. Les douleurs violentes dominent la scène.

M. COUVELAIRE décide de provoquer le travail.

Rupture des membranes. On recueille 2 litres 800 de liquide. 24 heures après, la femme n'a pas de douleurs, les B. d. C. ne sont plus perçus.

Anesthésie au chloroforme. Dilatation du col aux bougies de Hégar. Pose d'un ballon de Champetier de 300 gr. Les douleurs deviennent régulières 10 heures plus tard.

Après 38 heures de travail, expulsion d'un fœtus mort-né de 1.670 gr.

Une heure 30 après, délivrance artificielle pour hémorragie. Placenta, 330 gr.

Suites fébriles pendant 8 jours (38°, 39°), puis apyrétiques. Hecht = + + .

OBSERVATION 1.988

Gestation gémellaire uni-choriale. Hydramnios aigu d'un des œufs au 7^e mois. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier. Expulsion spontanée du 1^{er} fœtus mort. Présentation de l'épaule pour le 2^e fœtus. Version par manœuvres internes. Enfant vivant.

IV Pare, 42 ans.

Trois gestations antérieures terminées par des accouchements spontanés au voisinage du terme.

Le procréateur est différent pour la 4^e gestation.

Gestation mal supportée. Vomissements très fréquents.

Au début du 7^e mois, la femme se sent très fatiguée. Elle souffre du ventre.

A l'entrée : état général mauvais. Urines contenant des traces d'albumine.

Palpation très douloureuse. H. U. : 36 centim.

Gestation gémellaire probable. Un seul foyer d'auscultation.

4 jours après, aggravation de l'état général. Vomissements bilieux. Dyspnée. Douleurs abdominales violentes sans signes de travail. H. U. : 45 centim.

M. COUVELAIRE décide de provoquer le travail.

Rupture des membranes. On recueille 4 litres 700 de liquide. Mise en place immédiate d'un ballon de Champetier de 400 gr.

5 heures plus tard, apparition des premières douleurs. Après 7 heures de travail, expulsion d'un fœtus mort de 1.750 gr. non macéré.

Le 2^e fœtus se présente transversalement et il est impossible de le verticaliser en raison des contractions de l'utérus.

Rupture des membranes, version par manœuvres internes et extraction facile. Enfant vivant, 1.350 gr.

Délivance naturelle, 1 heure après l'accouchement. Suites normales. Hecht : 00.

b) OPERATIONS CHIRURGICALES AU COURS DE LA GESTATION

8 Observations

(N^{os} 24 bis, 115 bis, 535, 791, 1.580, 1.919, 1.945 bis, 2.008.)

Nous résumons brièvement ces 8 observations :

(Pour les obs. 1.580 et 1.945 bis, voir « Mortalité maternelle » (pages 116 et 118).

OBSERVATION 24 bis

Gestation de 3 mois. Fibrome à accroissement rapide. Myomectomie. Guérison.

I Pare. 27 ans.

Douleurs lombaires et abdominales dès le début de la gestation. Apparition d'une masse à accroissement rapide dans la fosse iliaque droite, au début du deuxième mois.

M. COUVELAIRE diagnostique un fibrome de l'utérus gravide et décide d'intervenir.

Opérateur : M. LEVANT.

Anesthésie au chloroforme.
Ablation d'un fibrome pédiculé de la corne droite du
volume d'une grosse orange avec foyer de nécrose aseptique.
Suites simples. Sortie le 21^e jour.

OBSERVATION 115 bis

Ablation d'un kyste de l'ovaire au cours du 3^e mois.

I Pare.

Gros kyste de l'ovaire gauche au cours de la gestation
(3^e mois).

Intervention : Laparatomie. Ponction du kyste (évacua-
tion de 5 litres de liquide verdâtre). Ablation du kyste (poids :
4,450 grammes).

Suites simples.

Malade revue au 7^e mois de sa gestation, en état de reten-
tion. (Utérus du volume d'un utérus gravide de 4 mois).

OBSERVATION 535

I Pare. 36 ans.

Accouchement spontané au voisinage du terme. Enfant,
3.270 gr. Placenta, 400 gr.

Opérée au cours du 4^e mois.

Ovariectomie ? Opération pratiquée dans une clinique pri-
vée. Aucun renseignement complémentaire.

OBSERVATION 791

Appendicectomie et myomectomie au cours du 3^e mois.

I Pare. 39 ans.

Crises douloureuses abdominales violentes au début de la
gestation.

Consulte au 3^e mois à l'Hôpital Cochin dans le service du
D^r LAUNAY, qui fait le diagnostic d'appendicite chronique.

Appendicectomie. Découverte de deux masses fibromateuses de a grosseur d'une mandarine, l'une située dans la corne droite, l'autre au niveau du segment inférieur. Myomectomie. Suites simples.

Accouchement spontané au cours du 9^e mois. Enfant vivant, 2.460 gr. Placenta, 370 gr.

OBSERVATION 1.919

Appendicectomie au cours du 2^e mois.

IV Pare. 30 ans.

Crise d'appendicite chronique au 2^e mois de la gestation. Appendicectomie. Suites simples.

Accouchement spontané au voisinage du terme.

Enfant vivant, 4.050 gr. Placenta, 600 gr.

OBSERVATION 2.008

Pyo-salpinx au cours du 3^e mois. Laparotomie. Drainage. Avortement en deux temps.

II Pare. 23 ans.

Entre à la clinique au cours du 3^e mois de la gestation pour douleurs abdominales violentes durant depuis 15 jours accompagnées de pertes de sang d'odeur fétide.

Infection à la suite du 1^{er} accouchement. Métrorragies abondantes. Depuis, règles irrégulières. Amaigrissement considérable.

A l'entrée : température, 37°2. Pouls, 96. Mauvais état général. Au toucher, col dévié à gauche, utérus rejeté à gauche par une masse très douloureuse occupant toute la partie intérieure de la fosse iliaque droite.

M. COUVELAIRE, en raison de l'état général, décide d'intervenir d'urgence.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane. Dans la fosse iliaque droite, on tombe sur un agglomérat comprenant des anses intestinales, le cæcum, l'appendice et la trompe. Exploration. Issue de pus verdâtre. La poche pénètre profondément dans le bassin. Nettoyage à l'éther. Drainage à la Mickulicz, sans ablation de la poche.

6 heures après l'intervention, expulsion d'un embryon du poids de 50 gr. Expulsion du placenta 20 heures après.

Suites opératoires simples. Sortie le 50^e jour. Cicatrisation effectuée.

**c) HYSTERECTOMIES AU COURS DE LA GESTATION
SANS OUVERTURE PREALABLE DE L'UTERUS**

I Observation (N° 1.503)

Voir : « Mortalité maternelle » (p. 115).

2° PARTURITION

a) FORCEPS

134 Observations

(N° 2, 8, 21, 23, 32, 70, 86, 115, 125, 151, 157, 214, 257, 263, 276, 292, 308, 323, 331, 349, 362, 381, 315, 350, 352, 385, 404, 432, 449, 450, 457, 458, 471, 490, 491, 492 bis, 501, 518, 544, 564, 592, 594, 608, 610, 619, 625, 626, 633, 672, 680, 690, 720, 770, 777, 778, 779, 824, 829, 935, 946, 956, 1.040, 1.049, 1.074, 1.080, 1.889, 1.137, 1.149, 1.183, 1.186, 1.215, 1.221, 1.167, 1.260, 1.261, 1.263, 1.275, 1.298, 1.309, 1.338, 1.336, 1.377, 1.409, 1.417, 1.418, 1.466, 1.473, 1.433, 1.489, 1.439, 1.507, 1.559, 1.512, 1.518, 1.537, 1.541, 1.587, 1.598, 1.652, 1.611, 1.671, 1.680, 1.682, 1.639, 1.691, 1.721, 1.770, 1.746, 1.781, 1.748, 1.785, 1.796, 1.767, 1.806, 1.808, 1.855, 1.809, 1.883, 1.893, 1.833, 1.838, 1.951, 1.971, 1.979, 1.939, 2.005, 2.064, 2.085, 2.034, 2.047, 2.052, 2.104, 2.120, 2.077.)

Les applications de forceps ont été faites :

129 fois sur le sommet ;

4 fois sur la face ;

1 fois sur un anencéphale.

1° APPLICATIONS DE FORCEPS SUR LE SOMMET

a) *Applications au détroit inférieur.*

En O. P. 29
(24 primipares, 5 multipares).

Indications :

Défaut de progression 9

Souffrance fœtale 15

Etats pathologiques maternels 5

(2 éclamptiques, 3 cardiaques).

19 fois, il y eut déchirure du périnée sans lésion du sphincter.

Les suites de couches furent normales dans 26 cas, fébriles dans 3 cas.

27 enfants vivants, dont 3 durent être ranimés, 2 enfants morts.

En O. S. 6
(6 primipares).

Indications :

Défaut de progression 2

Souffrance fœtale 4

6 déchirures du périnée, dont une déchirure complète (Ob. 829).

Suites de couches fébriles dans un cas, normales dans 5 cas ; 6 enfants vivants.

b) *Applications dans l'excavation.*

En G. A. 32
(23 primipares, 9 multipares).

Indications :

Défaut de progression	17
Souffrance fœtale	14
Etats pathologiques maternels	1
(dyspnée et tachycardie).	

21 déchirures du périnée sans lésion du sphincter.

Suites de couches normales dans 28 cas, fébriles dans 4 cas. 28 enfants vivants, dont 5 durent être ranimés. 4 enfants morts.

En D. A.	6
(4 primipares, 2 multipares).	

Indications :

Défaut de progression	5
Souffrance fœtale	1

4 déchirures du périnée, sphincter intact.

Suites de couches normales dans les 6 cas. Cinq enfants vivants, dont un dut être ranimé. Un enfant mort.

En G. T.	21
(18 primipares, 3 multipares).	

Indications :

Défaut de progression	9
Souffrance fœtale	12

9 déchirures du périnée, sphincter intact.

Suites de couches normales dans 15 cas, fébriles dans 5 cas. Une femme (Ob. 1.049) mourut 8 heures

après l'accouchement. (Voir : « Mortalité maternelle », p. 113).

13 enfants vivants, dont 4 durent être ranimés ;
8 enfants morts.

En D. T. 27
(22 primipares, 5 multipares).

Indications :

Défaut de progression 13
Souffrance fœtale 13
Etats pathologiques maternels 1
(tuberculose).

16 déchirures du périnée, dont une déchirure
centrale (Ob. 462). Suites de couches normales dans
17 cas, fébriles dans 10 cas. 24 enfants vivants, dont
6 durent être ranimés. 3 enfants morts.

En G P. 2
(2 primipares).

Indications :

Défaut de progression 1
Souffrance fœtale 1

Dans un cas, on pratiqua la réduction en trans-
verse et on appliqua le forceps en G T. Dans l'autre
cas, la réduction fut impossible, on fit deux prises,
la première en G P, la seconde en G A.

2 déchirures du périnée, sphincter intact.

Suites de couches normales dans les deux cas.

2 enfants morts, l'un mort-né, l'autre (hydrocéphale), ranimé, est mort 3 heures après.

En D P..... 6
(5 primipares, 1 multipare).

Indications :

Défaut de progression 3
Souffrance fœtale 2
Etats pathologiques maternels 1
(rupture utérine pendant la période d'expulsion chez une multipare).

Quatre fois, on fit la réduction en transverse, et on appliqua le forceps en D T. Une fois, la réduction se fit jusqu'en O P. Une fois, elle fut impossible, on fit deux prises.

Trois déchirures du périnée, sphincter intact.

Suites de couches normales dans 5 cas. Une femme (Ob. 1.107), ramenée à la clinique avec une rupture utérine pendant l'expulsion, fut hystérectomisée et mourut (voir « Mortalité matern^{ne} », p. 114).

5 enfants vivants, dont 2 durent être ranimés.
Un enfant mort.

2° APPLICATION DE FORCEPS SUR LA FACE : 4

1 enfant vivant.

(3 enfants morts. (voir : « Présentation de la face », p. 26).

Une application sur un anencéphale pour défaut de progression (Ob. 471). (Vcir : « Malformations fœtales », p. 122).

Bassins normaux : 123. — Mortalité fœtale, 25.
Mortalité maternelle, 1 (rupture utérine au cours de
l'expulsion).

Bassins déformés : 11. — Mortalité fœtale, 1.
Mortalité maternelle, 1 (état de shock sans hémor-
ragie).

b) **VERSIONS PAR MANŒUVRES INTERNES**

9 Observations

(N^{os} 365, 355, 868, 973, 1.260, 1.723, 1.849,
1.988, 2.055.)

Nous résumons ces observations.

(Pour l'observation 755, voir : « Basiotripsie »
p. 79. Pour l'observation 1.988, voir : « Accouche-
ment prématuré provoqué », p. 66).

Mortalité maternelle	0
Mortalité fœtale	5

OBSERVATION 315

II Pare. 32 ans.

Souffrance fœtale pendant la période d'expulsion, tête au
niveau du D. S. Tentative d'application de forceps. Version
par manœuvres internes. Enfant vivant, 3.950 gr. Délivrance
artificielle immédiate, placenta 650 gr. Suites normales.

OBSERVATION 868

III Pare. 29 ans.

Accouchement prématuré au 8^e mois. Rupture prématurée des membranes. Procidence du cordon au début du travail. Ballon de Champetier. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant mort pesant 2.100 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 300 gr. Suites de couches : élévation de température à 39° au second jour, chute au 8^e jour. Sortie en bon état au 30^e jour.

OBSERVATION 973

I Pare. 29 ans.

Gestation gémellaire bichoriale. Accouchement spontané du premier jumeau : siège. Enfant vivant, 2.450 gr. Procidence d'une main avec présentation du sommet pour le second jumeau. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant vivant pesant 2.720 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 810 gr. Suites normales. Sortie le 15^e jour, enfants en bon état.

OBSERVATION 1.260

III Pare. 35 ans.

Gestation gémellaire bichoriale. Accouchement à terme. Forceps sur le premier jumeau : enfant vivant, 2.710 gr. Version par manœuvres internes sur le deuxième jumeau. Enfant vivant, 3.080 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 980 gr. Suites normales.

OBSERVATION 1.723

III Pare. 33 ans.

Présentation de l'épaule, rupture précoce des membranes:

2 fr. Ballon de Champetier. Mort du fœtus. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant mort, 3.510 gr. Délivrance artificielle, placenta 730 gr. Suites normales.

OBSERVATION 1.849

XI Pare. 40 ans.

Gestation gémellaire bichoriale. Accouchement spontané (sommet) du premier enfant vivant pesant 3.720 gr.

Présentation de l'épaule du deuxième fœtus. Version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant vivant pesant 2.400 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 1.050 gr. Suites normales.

OBSERVATION 2.055

IV Pare. 42 ans.

Accouchement à terme. Rupture précoce des membranes (grande paume). Procidence du cordon. Version par manœuvres internes difficile. Extraction d'un enfant mort, 4.520 gr. Délivrance spontanée, placenta 700 gr. Cordon mesurant 98 centim. et inséré sur le bord inférieur du placenta. Suites normales.

c) BASIOTRIPSIES

9 Observations

(N^{os} 38, III, 678, 755, 890, 1.492, 1.724, 1.878, 1.226.)

Mortalité maternelle : 0.

Nous résumons ces observations :

OBSERVATION 38

I Pare. 41 ans.

Bassin rachitique, P. sp. = 10,6. Rupture précoce des membranes. Mort du fœtus à la 72^e heure. Température, 40°. Craniotomie. Dilatation stationnaire. Incisions bilatérales du col et basiotripsie sur tête au D. S. à la 92^e heure. Délivrance artificielle immédiate. Hémorragie abondante. Vérification du col et suture des incisions au catgut (l'incision droite s'est prolongée jusqu'au cul-de-sac). Etat de shock après l'intervention. Suites : chute de la température au 8^e jour. Sortie au 20^e jour en bon état.

OBSERVATION 111

I Pare. 38 ans.

Bassin normal. Rupture prématurée des membranes deux heures avant le début du travail. Mort du fœtus au début du travail. Basiotripsie sur tête engagée, à la dilatation complète (28^e heure, Température, 38°,1). Enfant, 3.330 gr., placenta 720 gr. Délivrance artificielle immédiate. Suites normales. Hecht oo.

OBSERVATION 678

V Pare. 28 ans.

Bassin normal. Rupture prématurée des membranes. Mort du fœtus pendant le travail. Physométrie. Basiotripsie sur tête engagée à la 31^e heure. Température, 39°. Enfant, 2.520 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 450 gr. Suites normales. Hecht oo.

OBSERVATION 755

I Pare. 35 ans.

Bassin rachitique. Promontoire à bout de doigt. Malformation utérine. Présentation de l'épaule. Rupture prématurée des membranes 18 heures avant le début du travail. Fœtus

mort à l'arrivée dans le service. Ballon de Champetier. Physométrie. Température, 38°. Version par manœuvres internes à la dilatation complète (12^e heure). Basiotripsie sur tête dernière retenue au D. S. Enfant, 2.020 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 150 gr. (sans altérations macroscopiques). Suites normales. Hecht oo.

OBSERVATION 890

I Pare. 35 ans.

Rupture prématurée des membranes 36 heures avant le début du travail. Lenteur du travail. Incisions du col, et tentatives d'application de forceps en ville. Œdème du col et des voies génitales. Fœtus mort à l'arrivée à la clinique (60^e heure). Température, 38°,3. Basiotripsie sur tête au D. S. Dystocie des épaules. Enfant, 4.050 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 600 gr. Suites normales. Hecht oo.

OBSERVATION 1.226

I Pare. 34 ans.

Rupture précoce des membranes. Lenteur du travail. Mort du fœtus. Basiotripsie du tête au D. S. à la 37^e heure (dilatation grande paume). Température, 38°,5. Enfant, 3.180 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 560 gr. Suites : chute de la température au 3^e jour.

OBSERVATION 1.492

II Pare. 36 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci. P sp=10,5. Présentation du siège. Epreuve du travail. Rupture précoce des membranes. Grande extraction pour modification des B. d. C. Mort du fœtus. Basiotripsie sur tête dernière retenue au D. S. Enfant, 2.870 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 410 gr. Suites normales.

OBSERVATION 1.724

II Pare. 36 ans.

Bassin normal. Rupture prématurée des membranes 2 heures avant le début du travail. Tentatives d'application de forceps en ville. Fœtus mort à l'arrivée dans le service. Basiotripsie sur tête au D. S. à la 66^e heure. Température, 39°,5. Enfant, 3.850 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 720 gr. Suites : chute de la température au 8^e jour.

OBSERVATION 1.878

I Pare. 23 ans.

Bassin normal. Rupture précoce des membranes. Mort du fœtus pendant le travail. Dilatation stationnaire (petite paume). Basiotripsie sur tête engagée à la 63^e heure. Délivrance artificielle immédiate. Suites normales.

d) EMBRYOTOMIES

1 Observation

OBSERVATION 1.970

I Pare. 22 ans.

Présentation de l'épaule. Rupture des membranes à la dilatation de grande paume. Mort du fœtus.

Embryotomie cervicale à l'aide de l'embryotome de Ribemont-Dessaignes.

Enfant, 3.100 gr.

Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 580 gr.

Suites normales.

e) **INCISIONS DU COL**

3 Observations

(N^{os} 21, 38, 432.)

OBSERVATION 38

A été résumée au chapitre « Basiotripsies ».

OBSERVATION 21

(Société d'Obstétrique et de Gynécologie de janvier 1921,
MM. LÉVY-SOLAL et GLEISZ.)

I Pare. 29 ans.

Rupture prématurée des membranes, 12 heures avant le travail.

Oedème du col, débutant à la 24^e heure, à la dilatation de 5 francs. OEdème d'abord localisé à la lèvre antérieure, envahit bientôt tout le col.

Tête engagée en G. T. Dilatation stationnaire entre 5 fr. et petite paume. Col d'abord souple, ayant tendance à devenir rigide à la 50^e heure. Examen de M. COUVELAIRE, qui fait pratiquer des incisions bi-latérales de la portion vaginale du col, et une application de forceps.

Extraction d'un enfant vivant de 3.100 gr. Délivrance artificielle immédiate et réfection du col. Placenta, 430 gr.

Suites de couches : Elévation de la température à 39° après l'opération. Chute immédiate. Pas de nouvelle élévation de température.

OBSERVATION 432

I Pare. 28 ans.

Sommet engagé en O. I. D. P. Rupture précoce des membranes à la dilatation de 5 francs (40^e heure).

Apparition d'un oedème léger du col à la 55^e heure.

Dilatation stationnaire à petite paume.

A la 66^e heure, on constate que le col devient rigide.
Les B. d. C. sont rapides.

Incisions bi-latérales du col. Application de forceps.

Extraction d'un enfant du poids de 3.650 gr. en état de mort apparente et n'ayant pu être ranimé.

Délivrance artificielle immédiate. Placenta, 450 gr.

Réfection du col au catgut.

Suites de couches apyrétiques. Cependant les sutures du col se sont désunies.

1) OPERATIONS CESARIENNES CONSERVATRICES

25 Observations

(N^{os} 379, 527, 541, 556, 574, 585, 588, 642, 836, 887, 905, 1.096, 1.131, 1.152, 1.283, 1.430, 1.450, 1.622, 1.677, 1.976, 2.035, 2.040, 2.046, 2.063, 2.078.)

23 fois, l'opération césarienne fut pratiquée pour rétrécissement du bassin.

1 fois (Ob. 541), pour fibrome du segment inférieur avec procidence du cordon.

1 fois (Ob. 588), pour kyste de l'ovaire praevia.

Nous résumons ces 25 observations :

Mortalité maternelle	0
Mortalité fœtale	0

OBSERVATION 379

I Pare. 25 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci. P.S.P.: 11 centim.
Tête débordante.

Opération césarienne conservatrice 6 heures après le début
du travail; membranes intactes.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.100 gr. Placenta, 450 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 527

II Pare. 25 ans.

(1^{er} accouchement. Travail, 72 heures. Forceps. Enfant,
3.500 gr. Mort à 4 jours. Convulsions.)

Bassin rachitique. Promontoire à bout de doigt.

Tête débordant très légèrement. Epreuve du travail.

Césarienne conservatrice 16 heures après le début du tra-
vail. Membranes intactes.

Opérateur : M. CLEISZ.

Anesthésie au chloroforme.

Hémorragie assez abondante. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 4.200 gr. Placenta, 670 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 541

I Pare. 25 ans.

Fibrome du segment inférieur.

Tête fuyant dans la fosse iliaque gauche.

Procidence du cordon, lors de la rupture précoce des membranes.

Césarienne conservatrice immédiate.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 2.900 gr. Placenta, 570 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 556

II Pare. 22 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci P. s. P. : 8 cent. 6.

Césarienne itérative conservatrice au début du travail.

Membranes intactes.

Opérateur : M. CLEISZ.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 2.730 gr. Placenta (P).

Suites normales.

OBSERVATION 574

I Pare. 20 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci P. s. P. : 9 cent. 8.

Tête élevée au-dessus du D. S.

Césarienne conservatrice au début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. CLEISZ.

Anesthésie au chloroforme.

Hémorragie assez abondante. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.150 gr. Placenta, 480 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 585

I Pare. 33 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. P.: 9 cent. 5.
Femme entrée dans le service à dilatation complète.
Tête élevée. Débordement impossible à apprécier.
Rupture artificielle des membranes.
La tête déborde nettement.
Opération césarienne conservatrice immédiate.
Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.
Anesthésie au chloroforme.
Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.
Enfant vivant, 2.140 gr. Placenta, 400 gr.
Suites normales.

OBSERVATION 588

I Pare. 33 ans.

Kyste de l'ovaire praévia.
Opération césarienne conservatrice au début du travail,
une demi-heure après la rupture des membranes, ablation du
kyste.
Opérateur : M. CLEISZ.
Anesthésie au chloroforme.
Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.
Enfant vivant, 2.800 gr. Placenta, 450 gr.
Suites normales.

OBSERVATION 642

II Pare. 30 ans.

Bassin oblique ovalaire.
Présentation transversale.

Opération césarienne itérative conservatrice, deux heures après le début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. CLEISZ.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.200 gr. Placenta, 620 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 836

I Pare. 24 ans.

Bassin rachitique. Promontoire à bout de doigt.

Tête débordante.

Opération césarienne conservatrice au début du travail.

Membranes rompues depuis un quart d'heure.

Opérateur : M. CLEISZ.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.350 gr. Placenta, 420 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 887

I Pare. 20 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. P.: 10 cent.1.

Tête ne paraissant pas déborder. Epreuve du travail.

Opération césarienne conservatrice 20 heures après le début du travail. Membranes rompues depuis 11 heures.

Opérateur : M. COUVELAIRE.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.470 gr. Placenta, 550 gr.

Suites : 6, Température élevée (38°5-39°5) pendant dix jours. Sortie guérie au 25^e jour.

OBSERVATION 905

III Pare. 32 ans.

(Premier accouchement : Basiotripsie ; 2^e accouchement, spontané. Enfant vivant, 3.600 gr.)

Bassin rachitique P. s. P. : 10 cent. 8.

Tête débordante.

Opération césarienne conservatrice 3 heures après le début du travail. Membranes intactes.

Anesthésie au chloroforme.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.800 gr. Placenta, 600 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 1.096

II Pare. 24 ans.

(Premier accouchement : Basiotripsie.)

Bassin rachitique P. s. P. : 10 cent.

Opération césarienne conservatrice 6 heures après le début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Hémorragie assez abondante. Pas d'ergotine. Sérum physiologique.

Enfant vivant, 3.840 gr. Placenta, 620 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 1.131

I Pare. 27 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci.

Promontoire à bout de doigt.

Tête débordante.

Opération césarienne conservatrice 2 heures après le début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.130 gr. Placenta, 500 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 1.152

I Pare. 42 ans.

Bassin rachitique et asymétrique. (Paralysie infantile.)

P. s. P. : 10 cent. 2. Disposition oblique du fœtus.

Opération césarienne conservatrice 4 heures après le début du travail. Membranes rompues depuis 1 heure.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 2.920 gr. Placenta, 420 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 1.283

I Pare. 22 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. P. : 9 c. 9.

Opération césarienne conservatrice 16 heures après le début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.380 gr. Placenta, 500 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 1.430

I Pare. 22 ans.

Bassin rachitique. Luxation congénitale de la hanche droite. P. s. P. : 11 cent.

Tête en semblant pas déborder. Epreuve du travail.

Opération césarienne conservatrice 15 heures après le début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie à l'éther.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.720 gr. Placenta, 600 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 1.450

II Pare. 24 ans.

(1^{re} gestation terminée par un avortement au cours du 2^e mois.)

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. P. : 10 c. 6.

Tête débordant légèrement.

Opération césarienne conservatrice 4 heures après le début du travail. Membranes rompues depuis une heure.

Opérateur : M. MORISSON-LACOMBE.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.650 gr. Placenta, 720 gr.

Suites : Température à 40° le lendemain de l'intervention.

Phlébite droite le 5^e jour.

Parotide suppurée le 10^e jour. Incision. Chute de la température. Abscès multiples du membre inférieur droit (20^e au 40^e jour).

Sortie guérie le 70^e jour.

OBSERVATION 1.622

IV Pare. 32 ans.

(Avortement aux 3 premières gestations.)

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. P. : 11 c. 5.

Tête débordante.

Opération césarienne conservatrice 6 heures après le début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 2.930 gr. Placenta, 400 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 1.673

II Pare. 28 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci P. s. P. : 10 c. 1.

Tête débordante.

Opération césarienne itérative conservatrice au début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 2.930 gr. Placenta, 400 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 1.976

I Pare. 21 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. P. : 9 cent. 9.

Tête débordante.

Opération césarienne conservatrice au début du travail.
Membranes intactes.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.460 gr. Placenta, 420 gr.

Suites : Température élevée (38°5-40°) pendant 5 jours.

Sortie au 22^e jour.

OBSERVATION 2.035

II Pare. 32 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. P. : 10 cent. 8.

Tête débordante.

Opération césarienne itérative conservatrice au début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 2.650 gr. Placenta, 500 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 2.040

II Pare. 27 ans.

Bassin rachitique. P. s. P. : 11 cent.

Tête débordante.

Opération césarienne itérative conservatrice au début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.770 gr. Placenta, 540 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 2.046

I Pare. 29 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. P. : 10 c. 3.

Tête débordante.

Opération césarienne conservatrice au début du travail.
Membranes intactes.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 2.690 gr. Placenta, 470 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 2.063

II Pare. 28 ans.

(Avortement à la 1^{re} gestation.)

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. P. : 10 c. 3.

Tête débordante.

Opération césarienne conservatrice au début du travail.
Membranes intactes.

Opérateur : M. CLEISZ.

Anesthésie au chloroforme.

Pas d'incidents opératoires. Pas d'ergotine.

Enfant vivant, 3.550 gr. Placenta, 600 gr.

Suites normales.

OBSERVATION 2.078

II Pare. 20 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. P. : 8 cent. 4.

Opération césarienne conservatrice au début du travail.

Membranes intactes.

Opérateur : M. VIGNES.

Anesthésie au chloroforme.

Hémorragie abondante. 1 cent. cube ergotine.

Enfant vivant, 2.725 gr. Placenta, 650 gr.

Suites normales.

g) OPERATIONS CÉSARIENNES SUIVIES D'HYSTERECTOMIE

6 Observations

(N^{os} 431, 1.451, 1.317, 1.455, 1.560, 1.775.)

Nous résumons ces observations.

(Pour l'Ob. 431, hémorragie rétro-placentaire.

Voir « Mortalité maternelle », p. 110.)

Mortalité maternelle 1

Mortalité fœtale 1

OBSERVATION 1.151

I Pare. 38 ans.

Fibrome praevia remplissant l'excavation. Membranes rompues 40 heures avant le début du travail. Température, 38°,5. Opération césarienne suivie d'hystérectomie supra-vaginale.

Opérateur : M. COUVELAIRE. Anesthésie au chloroforme.
Pas d'incidents opératoires. Enfant vivant, 1.950 gr.
Suites apyrétiques. Sortie le 52^e jour.

OBSERVATION 1.317

I Pare. 27 ans.

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. P. : 10,5.
Tête ne semblant pas déborder. Epreuve du travail. Rupture des membranes à la 20^e heure.
29 heures après le début du travail.

Opération césarienne suivie d'hystérectomie supra-vaginale
Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.
Anesthésie au chloroforme.
Pas d'incidents opératoires.
Enfant vivant, 3.140 gr. Placenta, 450 gr.
Suites normales.

OBSERVATION 1.455

I Pare. 21 ans.

Sarcome du bassin remplissant l'excavation. Opération césarienne suivie d'hystérectomie 3 heures après le début du travail.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

1^{er} temps : Opération césarienne classique, suture de l'utérus suivant la technique habituelle ;

2^e temps : Extériorisation de l'utérus qu'on rabat en avant. On sent, dans la partie postérieure du petit bassin, une masse dure, arrondie. Pour arriver sur cette tumeur, il faut se créer un chemin entre de nombreuses adhérences. On n'arrive pas à faire le tour de la masse qui fait corps avec la paroi osseuse du bassin. L'extraction étant impossible, on fait l'hystérectomie. Cet agrandissement de la voie d'accès ne permet pas davantage l'extraction de la tumeur. Prélèvement d'un fragment. Fermeture en un plan. Enfant vivant, 2.680 gr.

Suites apyrétiques. Sortie le 24^e jour.

Examen histologique : il s'agit d'un sarcome du tissu conjonctif commun.

OBSERVATION 1.560

IV Pare. 29 ans.

(Trois césariennes antérieures.)

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. p. : 10 c. 3. Tête débordante. Opération césarienne suivie d'hystérectomie totale au début du travail. Membranes intactes.

Opérateur : M. LEVANT.

Anesthésie au chloroforme. Pas de grosses difficultés opératoires. Anses grêles adhérentes à la paroi à la limite supérieure de l'incision. Pas d'adhérences à l'utérus.

Enfant vivant, 2.980 gr. Placenta, 550 gr.

S^r normales.

OBSERVATION 1.775

(Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 2 février 1922.
M. CLEISZ.)

II Pare. 33 ans.

(Opération césarienne à la première gestation.)

Bassin rachitique. P. s. P. : 10 cent. 9. Rupture spontanée de l'utérus au voisinage du terme dans la région de la cicatrice. Opération césarienne suivie d'hystérectomie totale.

Opérateur : M. CLEISZ.

Anesthésie à l'éther. Pas d'incidents opératoires. Etat grave de la femme à la fin de l'intervention. Sérum intra-veineux. Enfant facilement ranimé : 4.400 gr. Placenta : 620 gr.

Suites normales.

3° DÉLIVRANCE

a) DELIVRANCE ARTIFICIELLE

81 Observations

(N° 2, 3, 21, 23, 32, 86, 95, 144, 151, 157, 187, 123, 56, 63, 71, 320, 435, 432, 445, 458, 492 bis, 510, 531, 594, 532, 626, 635, 652, 668, 678, 680, 682, 683, 694, 712, 720, 723, 755, 758, 778, 811, 890, 716, 868, 907, 935, 945, 910, 962, 973, 1.002, 1.074, 1.089, 1.191, 1.208, 1.260, 1.417, 1.418, 1.541, 1.705, 1.767, 1.821, 1.833, 1.898, 1.957, 1.969, 1.979, 1.989, 2.064, 2.005, 2.085, 2.041, 2.109, 2.077, 38, 111, 1.226, 1.492, 1.724, 1.878, 365.)

Cette intervention fut pratiquée 43 fois pour hémorragie de la délivrance ;

10 fois pour défaut de décollement du placenta 2 heures après l'expulsion du fœtus ;

28 fois immédiatement après l'accouchement, à la suite de manœuvres intra-utérines (basiotripsie, version, application de forceps après un travail prolongé).

Dans aucune observation, il n'a été noté de difficultés appréciables.

La délivrance artificielle fut toujours suivie d'une injection intra-utérine d'eau antiodolée (5 litres au minimum).

43 fois, les suites de couches furent normales.

38 fois, elles furent fébriles.

Toutes ces femmes sortirent guéries de la clinique.

VIII

GESTATIONS ECTOPIQUES

(8 Observations)

Les 8 femmes ont été opérées : laparotomie et ablation du sac fœtal. 7 sont sorties guéries; une femme est morte (n° 817), opérée pour un *kyste fœtal* au 6^e mois. (Voir : « Mortalité maternelle », p. 113.)

IX

PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES

1° INFECTION UTÉRINE

a) 106 femmes présentèrent, dans les suites de couches, des signes d'infection légère avec élévation de la température, utérus douloureux, lochies fétides.

La durée moyenne de ces infections fut de 8 jours ; 10 durèrent plus de 15 jours.

Le traitement fut purement médical (glace sur le ventre, sérum anti-streptococcique), sauf dans deux cas (Ob. 1.834, 1.391).

Dans l'observation 1.834, on pratiqua, au 2^e jour, une revision de la cavité utérine qui permit de ramener un cotylédon retenu.

Dans l'observation 1.381, on fit, au 6^e jour, un nettoyage à la compresse de la cavité utérine, suivie d'une injection intra-utérine.

Ces deux femmes guérirent simplement.

Sur ces 106 femmes, 47 avaient accouché spontanément et aucune manœuvre intra-utérine n'avait été pratiquée.

Dans 18 cas, on avait noté une rétention partielle de membranes.

59 avaient subi une intervention au cours de l'accouchement et de la délivrance.

Nous avons relevé :

Forceps	18
Délivrance artificielle (avec ou sans autre intervention)	38
Opérations césariennes	3

b) En dehors des 11 observations de phlébites des membres inférieurs, parmi lesquelles une femme est morte d'embolie, nous n'avons retrouvé qu'une seule observation d'infection grave parmi les femmes accouchées à la clinique. Nous résumons cette observation :

OBSERVATION 32

I Pare. 34 ans.

Durée du travail : 22 heures.

Rupture précoce des membranes 14 heures avant l'accouchement. Application de forceps en O. S. Délivrance artificielle. Température rectale avant l'accouchement : 38°2.

Suites de couches : au 3^e jour, température 39°. Pouls, 110. Rien du côté de l'utérus. Lochies normales. Pas de frissons. Mais, agitation extrême, délire de persécution.

Etat stationnaire pendant 10 jours avec température oscillante entre 38° et 39°,5 sans frissons, sans symptômes d'infection du côté de l'utérus.

Au 14^e jour, on transporta la femme dans un service d'agitées.

2° PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS

II Observations

(N° 54, 532, 368, 1.023, 1.032, 1.045, 1.450, 1.517, 1.563, 2.024, 2.099.)

Dans 9 cas, il s'agissait de femmes ayant accouché spontanément et ayant eu une délivrance naturelle.

Dans deux cas (Ob. 532, 1.032), on avait pratiqué la délivrance artificielle.

Dans un cas (Ob. 1.450), une opération césarienne conservatrice, membranes rompues depuis 1 heure.

Deux de ces femmes (Ob. 368, 2.024) présentèrent des symptômes d'embolie pulmonaire : l'une d'elles mourut (Ob. 2.024).

Nous résumons ces 11 observations :

(Pour l'observation 1.450, voir : « Opérations césariennes conservatrices », p. 90, et pour l'observation 2.024, voir « Mortalité maternelle », p. 118.)

OBSERVATION 54

Phlébite double le 7^e jour. Guérison.

III Pare.

Première gestation terminée par un accouchement prématuré au cours du 8^e mois (cause P).

Deuxième gestation, avortement au cours du 3^e mois. Curetage le lendemain. Depuis, pertes blanches abondantes.

Troisième gestation marquée par des pertes blanches abondantes, sans pertes sanglantes.

Accouchement spontané au cours du 8^e mois, rupture tempête des membranes. Délivrance naturelle.

Suites de couches : température normale jusqu'au 5^e jour. Pouls 90. Au 6^e jour, température 37°,8 ; Pouls 100.

Douleurs dans les mollets. Œdème léger des malléoles.

Au 7^e jour, phlébite bi-latérale nette. Immobilisation. Au 10^e jour, la température et le pouls sont normaux. Au 25^e jour, frissons de courte durée, sans modifications de la température ni du pouls. Au 28^e jour, nouveaux frissons, la température atteint 38°,5, le pouls 100. Au 32^e jour, tout est rentré dans l'ordre. Au 90^e jour, la femme sort guérie.

OBSERVATION 368

Embolie au 10^e jour. Phlébite droite. Guérison.

I Pare.

Accouchement spontané au voisinage du terme. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète.

Enfant vivant, 4.290 gr. Délivrance naturelle, 1 heure après. Placenta, 660 gr.

Suites de couches : Normales en apparence pendant les 9 premiers jours. Au 10^e jour, point de côté brusque à droite; dyspnée immédiate. Frissons. Cyanose légère de la face.

Pouls 140 ; Température 39°.

Le lendemain, expectoration sanglante. Etat général meilleur. Douleurs dans la jambe droite. Hyperthermie locale. Œdème léger. Immobilisation.

Au 25^e jour, tous les signes ont disparu. L'expectoration, d'abord abondante, sanglante, puis purulente, n'existe plus.

La femme sort guérie au 70^e jour.

OBSERVATION 532

Rupture prématurée des membranes. Délivrance artificielle.
Phlébite gauche au 20^e jour. Guérison.

I Pare. 27 ans.

Accouchement gémellaire au cours du 9^e mois. Rupture prématurée des membranes, 24 heures avant le début du travail.

1 heure après l'accouchement, délivrance artificielle pour hémorragie, sans incident.

Suites de couches : Au 3^e jour, la température s'élève à 38°,5 ; le pouls est à 120. L'utérus est douloureux. Glace sur le ventre.

La température descend lentement et est normale au 16^e jour. Mais le pouls reste fréquent : 90.

Au 20^e jour, la femme se plaint de douleurs dans la jambe gauche. On note de l'œdème, de l'hyperthermie locale. Immobilisation.

Au 30^e jour, le pouls retombe aux environs de 70. Aucun incident ne se produit.

La femme sort guérie le 72^e jour.

OBSERVATION 1.023

Infection sévère au 2^e jour. Phlébite gauche au 6^e jour. Guérison.

I Pare. 28 ans.

Accouchement spontané au voisinage du terme. Rupture précoce des membranes 10 heures avant l'accouchement Délivrance naturelle 40 minutes après.

Suites de couches : Au 2^e jour, la température atteint 39° ; le pouls 120. L'état général est mauvais.

Le 5^e jour, la femme a un frisson violent d'une durée de 20 minutes environ.

Le lendemain, phlébite de la jambe gauche. Immobilisation.

Pendant un mois, frissons répétés. Courbe de température rappelant celle d'une pyohémie.

Au 25^e jour, petite embolie.

La femme sort guérie le 70^e jour.

OBSERVATION 1.032

Délivrance artificielle. Phlébite double le 12^e jour. Guérison.

I Pare. 25 ans.

Accouchement spontané au voisinage du terme. Rupture spontanée tempestive des membranes. Une demi-heure après l'accouchement, délivrance artificielle pour hémorragie, sans incidents.

Suites de couches : Pas d'élévation de température pendant les 10 premiers jours, mais pouls accéléré (90-100).

Au 12^e jour, température 38°,5 ; pouls 110 ; pas de douleurs aux membres inférieurs, mais œdème net des deux jambes et hyperthermie locale. Immobilisation.

Pendant un mois, température oscillant entre 38° et 39°. Pouls 100-120. Sort guérie au 60^e jour.

OBSERVATION 1.045

Phlébite gauche au 6^e jour. Absès multiples. Guérison.

I Pare. 27 ans.

Accouchement spontané au cours du 9^e mois. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Délivrance naturelle une heure après l'accouchement.

Suites de couches : Apyrétiques pendant les premiers jours.
Au 10^e jour, élévation de la température à 38°,3. Pouls 110 ;
utérus gros et douloureux, lochies fétides. Glace sur le ventre.

Le 16^e jour, apparition d'une phlébite nette du membre
inférieur gauche. La température tombe, le pouls reste aux
environs de 90.

Au 30^e jour, la température s'élève à 40. Le bord gauche
de l'utérus est douloureux. Pendant 8 jours, température oscil-
lante (37°,5-38°,5). Puis, tout rentre dans l'ordre.

Sort guérie le 70^e jour.

OBSERVATION 1.517

Phlébite bi-latérale au 9^e jour. Guérison.

II Pare. 36 ans.

Accouchement spontané au voisinage du terme. Rupture
précoce des membranes 5 heures avant l'accouchement. Déli-
vrance naturelle une heure après.

Suites de couches : Apyrétiques pendant les 8 premiers
jours. Au 9^e jour, petite élévation de température à 38°. Appa-
rition d'une phlébite du membre inférieur gauche.

Le 12^e jour, la température s'élève à 38°,5 ; le pouls à 100.

Pendant 3 semaines, température oscillante (37°,5-38°,3).

Pouls 90-100.

Au 20^e jour, apparition d'une phlébite droite.

Sortie guérie le 60^e jour.

OBSERVATION 1.563

Phlébite gauche au 9^e jour. Guérison.

IV Pare. 29 ans.

Accouchement spontané au voisinage du terme. Rupture
tempestive des membranes. Délivrance naturelle une heure
après l'accouchement.

Suites de couches : Apyrétiques les 8 premiers jours.

Le 9^e jour, température 39° ; pouls 100. Douleurs dans le mollet gauche. Immobilisation.

Pendant un mois, température en plateau à 38°. Pouls à 100.

Le 35^e jour, douleur latéro-utérine à droite ; puis, œdème de la jambe droite.

Chute de la température au 50^e jour.

Sortie guérie le 90^e jour.

OBSERVATION 2.099

Phlébite gauche au 16^e jour. Guérison.

I Pare. 19 ans.

Accouchement prématuré au cours du 7^e mois ; peut-être dû à une insertion basse du placenta.

Rupture précoce des membranes 20 heures avant l'accouchement. Délivrance naturelle. Placenta se présentant par sa face utérine. Membranes en grande partie retenues.

Suites de couches : Température à 38° dès le premier jour. Lochies très fétides. Utérus douloureux.

Au 6^e jour, phlébite du membre inférieur gauche.

Pendant un mois, la température oscille entre 38° et 39°. Pouls 90-100.

Au 20^e jour, apparaissent des abcès des membres, de la paroi abdominale. L'examen du pus montre du staphylocoque.

7 abcès sont incisés en 15 jours.

Au 40^e jour, la température tombe.

La femme sort guérie au 80^e jour.

3° INFECTIONS MAMMAIRES

Nous avons retrouvé 77 observations de lymphangite mammaire dont la guérison fut obtenue très rapidement (pansements humides chauds renouvelés, injections de vaccin antistaphylococcique).

Dans 14 cas (Ob. 138, 201, 566, 606, 734, 837, 1.026, 1.054, 1.658, 1.684, 1.790, 1.801, 1.919, 2.038), il y eut abcès.

Ces abcès furent traités par de petites incisions permettant de drainer leur cavité à l'aide de faisceaux de crins de Florence et par la vaccination antistaphylococcique.

Dans tous les cas, la guérison fut obtenue rapidement. La durée moyenne du traitement fut de 15 jours.

X

MORTALITE MATERNELLE

13 femmes moururent à la clinique.

2 femmes sont mortes d'infection puerpérale ;

1 d'embolie, accouchée à la clinique ;

1 de septicémie, accouchée et délivrée au dehors et entrée à la clinique quatre jours après son accouchement dans un état grave.

Nous résumons ces treize observations :

OBSERVATION 431

(Société d'Obstétrique et de Gynécologie. — Avril 1921.
M. CLEISZ.)

Apoplexie utérine et Hémorragie rétro-placentaire ; opération
césarienne suivie d'hystérectomie. Mort.

V Pare. 29 ans.

(2 premiers accouchements prématurés au 8^e mois ; 3^e et
4^e au cours du 9^e mois ; trois enfants vivants ; jamais d'albumine.)

Gestation surveillée, sans incidents, pas d'albumine.

Au cours du 9^e mois, la femme est prise brusquement dans la nuit de violentes douleurs lombaires et abdominales. A l'entrée, utérus uniformément tendu. B. d. C. non perçus ; femme pâle ; pouls 96 ; température 37° ; T. A. (Pachon) = 14—8 ; albumine, 2 gr.

Quelques instants après l'entrée, vomissements marc de

café. Ecoulement léger de sang par la vulve. Six heures après, M. COUVELAIRE examine la femme : utérus remontant au niveau de l'appendice xyphoïde, tendu mais sans dureté ligneuse. Col déhiscent. Il décide d'évacuer l'utérus.

Opération césarienne suivie d'hystérectomie.

Opérateur : M. COUVELAIRE.

Anesthésie à l'éther. Léger épanchement sanguinolent intra-péritonéal. Utérus présentant des zones ecchymotiques. A l'ouverture, issue de liquide sanglant et de caillots sous pression.

Enfant mort, 1.700 gr. Placenta, 370 gr.

20 minutes après l'intervention, la femme meurt.

Autopsie refusée.

OBSERVATION 613

(Société d'Obstétrique et Gynécologie. — Juin 1921.
MM. COUVELAIRE et AUBERTIN.)

Mort rapide après l'accouchement par dégénérescence hépatique aiguë.

V Pare. 45 ans.

Gestation actuelle surveillée à la clinique depuis le cinquième mois. Semble avoir été normale jusqu'au cours du neuvième mois. Présence d'albumine (0,20 au tube d'Esbach), constatée deux jours avant le début du travail.

Au cours du travail, aspect particulier de la femme : cyanose des lèvres et des mains, pâleur, sueurs profuses, frisson sans élévation de température, légère dyspnée. T. A. 14/8. Faible quantité d'albumine dans les urines.

Après un travail d'une durée totale de 4 heures 35, expulsion d'un enfant vivant pesant 3.870 grammes.

Délivrance naturelle 1 heure après l'accouchement. Placenta pesant 530 grammes. Une demi-heure après la déli-

vance, légère hémorragie. Utérus bien contracté. Pouls à 115, mais femme haletante, pâle, baignée de sueurs froides. Ergotinine. Huile camphrée. Injection intra-utérine. Cependant l'état général devient de plus en plus grave (sueurs profuses, refroidissement des extrémités) et la femme meurt deux heures après la délivrance.

Autopsie : Utérus : aucune lésion ; foie d'aspect chamois clair, sans hémorragie ; poids : 1.800 gr.

Examen histologique du foie. Hépatite dissociante monocellulaire et dégénérescence graisseuse.

Les autres organes ne présentent aucune lésion macroscopique.

OBSERVATION 667

Tuberculose pulmonaire unilatérale. Laryngite ulcéreuse.
Accouchement spontané au voisinage du terme. Mort neuf jours après l'accouchement.

I Pare. 20 ans.

Malade soignée depuis un mois à l'hôpital Laënnec pour tuberculose pulmonaire unilatérale gauche et laryngite ulcéreuse à forme dysphagique. Un pneumothorax artificiel commencé n'avait pu être continué en raison d'une symphyse pleurale.

Accouchement spontané. Enfant vivant : 2.880 gr. Délivrance naturelle. Placenta, 380 gr.

Suites de couches : La température de la femme s'élève le deuxième jour à 38°, le cinquième jour à 39° et s'y maintient. Aucun signe d'infection puerpérale. Agitations. Délire. Mort le neuvième jour.

Autopsie : Poumon gauche présentant une caverne de grandes dimensions. Nombreuses granulations tuberculeuses dans tout le reste de l'étendue du poumon.

Poumon droit : quelques granulations.

Foie : présente de nombreux petits tubercules.

Cerveau : semis de granulations dans la zone fronto-pariétale.

Autres organes sains en apparence.

OBSERVATION 817

Kyste fœtal au 6^e mois. Laparotomie. Mort 4 heures après l'intervention.

I Pare, 36 ans.

Femme en observation à la clinique pour tumeur abdominale.

Intervention. Opérateur : M. COUVELAIRE.

Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Adhérences épiploïques à la paroi et à la partie supérieure de la tumeur. Tumeur tendue, rénitente, violacée, avec de gros vaisseaux. Incision de la tumeur : hémorragie importante, issue de liquide amniotique, verdâtre. Extraction d'un fœtus frais pesant 850 grammes. En raison de l'hémorragie et du décollement déjà effectué de la plus grande partie du placenta, on procède à l'ablation en masse du sac dont la partie juxta-utérine est facile à pédiculiser. Drainage à la Mikulicz. Fermeture en un plan. Mort de la femme quatre heures après l'intervention.

Autopsie refusée.

OBSERVATION 1.049

Bassin rachitique généralement rétréci. P. s. p.=10,8. Application de forceps pour modification des B. d. C. Déliv-

vrance naturelle. Mort de la femme 8 heures après l'accouchement : Etat de shock sans hémorragie.

I Pare. 26 ans.

Au début du travail, la tête est au-dessus de l'aire du D. S., légèrement débordante. On décide de laisser le travail évoluer. Dilatation complète en 16 heures 45. Tête engagée. Rupture spontanée des membranes. Liquide fortement teinté. Dix minutes après, modification des B. d. C. — Application de forceps en G. T. à la partie haute de l'excavation. Anesthésie au chloroforme. Extraction d'un enfant vivant pesant 2.580 gr. Délivrance naturelle un quart d'heure après l'extraction. Placenta, 400 gr. Une heure après l'intervention, état syncopal sans hémorragie, refroidissement des extrémités. Utérus bien rétracté. Injection de sérum artificiel, huile camphrée, éther, spartéine. Mort huit heures après l'accouchement.

Autopsie : refusée.

OBSERVATION 1.107

Rupture utérine au cours de la période d'expulsion. Application de forceps. Hystérectomie. Mort une heure après l'intervention.

VII Pare. 38 ans.

Douleur brusque dans l'abdomen après deux heures d'efforts expulsifs. Etat de shock immédiat. Pouls 130, petit à la palpation. Utérus ne se contractant plus ; petits membres perçus au contact immédiat de la paroi abdominale. Disparition des B. d. C.

Application de forceps sur tête engagée en D. P. Extraction d'un enfant mort.

Hystérectomie.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Extraction du placenta, libre dans la cavité abdominale.

Découverte d'une rupture oblique de la face intérieure du segment inférieur. Hystérectomie.

Après l'intervention, sérum artificiel intra-veineux, huile camphrée, éther. Mais l'état de shock va en s'aggravant. Une heure après l'intervention la femme meurt. Autopsie refusée.

OBSERVATION 1.503

Hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus, au cours du neuvième mois. Mort 3 jours après l'intervention.

II Pare. 34 ans.

(Césarienne à la première gestation.)

Entre à la clinique au cours du neuvième mois parce qu'elle vient de ressentir un violent frisson. Température, 39°,9, pas de signe de travail. Urines normales. Enfant vivant. Le lendemain, nouveau frisson. Vomissements bilieux. Tension permanente de l'utérus. Col fermé. B. d. C. non perçus.

Hystérectomie supra-vaginale sans ouverture préalable de l'utérus.

Opérateur : M. LÉVY-SOLAL.

Anesthésie au chloroforme.

Une petite quantité de liquide amniotique verdâtre, d'odeur fétide, s'écoule au moment de la section du col.

Suites : l'état de la femme ne s'améliore pas ; la température reste à 40°. Le troisième jour, chute de la température à 38°. Pouls 150. Mort.

Autopsie : léger épanchement séro-sanguinolent dans l'abdomen. Anses intestinales très distendues.

OBSERVATION 1.580

Péritonite appendiculaire au cours du neuvième mois. Appendicectomie. Accouchement spontané sept heures après l'intervention. Enfant mort. Mort de la femme le 11^e jour.

II. Pare. 39 ans.

(Premier accouchement spontané au voisinage du terme.)

Entre à la clinique au cours du neuvième mois, se plaignant de douleurs abdominales violentes accompagnées de vomissements. A l'entrée, ventre dur, difficilement palpable. Température 37°. La femme est mise en observation. 24 heures après, frisson violent; température 39°,2. Vomissements bilieux. Facies grippé. Abdomen douloureux à la palpation, contracté, surtout dans la fosse iliaque droite.

Appendicectomie.

Opérateur : M. LECÈNE.

Anesthésie au chloroforme.

A l'ouverture du péritoine, issue d'une assez grande quantité de liquide séro-purulent. Appendice complètement gangrené.

Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Suites : 7 heures après l'intervention, expulsion d'un enfant mort pesant 3.600 grammes. Délivrance naturelle une demi-heure après l'accouchement. L'état général ne se modifie pas. Onze jours après l'intervention, la femme meurt. Autopsie refusée.

OBSERVATION 1.888

(Société d'Obstétrique et de Gynécologie. — 8 janvier 1922. M. POWILEWICZ.)

Tuberculose laryngée. Mort subite. Césarienne post-mortem.

VII Pare. 38 ans.

Aurait été bien portante jusqu'à sa dernière gestation qui aurait été bien supportée jusqu'au début du neuvième mois.

A cette date, brusque apparition d'une dyspnée continue avec crises paroxystiques. Vomissements. Quelques crachats sanglants. Pas d'élévation notable de la température. Mais état général mauvais. Début du travail 15 jours après la disparition de la dyspnée. A l'entrée à la clinique, dyspnée extrême, surtout respiratoire. Ralentissement du rythme respiratoire (13 respirations à la minute). Voix éteinte, pas de cornage, tirage sus-sternal et épigastrique très marqué. Température 37°. Pouls 90. T. A. 14/8 (Pachon). Dilatation entre 1 et 2 fr. Enfant vivant (sommet). On fait 1 centigr. de morphine. Inhalations d'oxygène ; on applique des compresses chaudes sur le larynx. La respiration devient moins pénible pendant une demi-heure, puis brusquement, dyspnée extrême. Au cours d'une inspiration prolongée, la respiration s'arrête, la femme devient blanche et meurt. Les B. d. C. sont perçus. Dix minutes après la mort de la mère. M. POWILEWICZ pratique une opération césarienne *post-mortem*. Enfant né en état d'apnée. Désobstruction des voies respiratoires et insufflations. Au bout de 35 minutes, apparition de mouvements respiratoires ; les soins sont continués pendant deux heures et demie, mais peu à peu l'enfant se cyanose et meurt.

Autopsie : adhérences pleurales bilatérales. Adhérence du péricarde au plastron sterno-costal. Plaques dépolies et rugueuses sur le péricarde séreux. Très nombreux nodules tuberculeux dans les deux poumons, surtout au niveau du sommet gauche. Lésion bilatérale du larynx. Caverne au niveau de la corde vocale supérieure droite. Enclavement du récurrent gauche dans une masse ganglionnaire au niveau de son passage au-dessous de l'aorte.

OBSERVATION 1945 bis

**Fibrome dégénéré de l'utérus gravide. Myomectomie. Mort
3 jours après l'intervention.**

I Pare. 35 ans.

Gestation de 3 mois et demi environ.

Tumeur para-utérine du volume d'une tête de fœtus, douloureuse.

Accroissement rapide de la tumeur.

Intervention. Opérateur : M. COUVELAIRE.

Anesthésie au chloroforme.

Ablation d'un fibrome « lie de vin » implanté sur le fond de l'utérus (surface d'implantation de 2 centim. de diamètre).

Pas d'incidents opératoires.

Mort 3 jours après l'intervention qui a été suivie de symptômes toxiques (subictère, assurie, coma), sans réaction péritonéale.

OBSERVATION 2.024

**Présentation du siège. Accouchement spontané. Phlébite droite
le cinquième jour. Embolie le 18^e jour. Mort.**

I Pare. 25 ans.

Rupture précoce des membranes, sept heures avant l'accouchement. Pose d'un ballon vaginal. Manœuvre de Mauriceau Pinard sur tête dernière. Délivrance naturelle une heure après l'accouchement.

Suites de couches : le 4^e jour, température 38°. Lochies fétides. Le 5^e jour, phlébite droite. Immobilisation. Le 12^e jour, dyspnée légère, douleur dans le côté droit du thorax. Les jours suivants, gêne dans les inspirations profondes. Pas de crachats hémoptoïques. Le 18^e jour, douleur rétro-sternale brusque, avec dyspnée intense. Pouls filiforme. Huile camphrée. Digitaline. 20 minutes après le début des accidents, la dyspnée augmente d'intensité, cyanose de la face, sueurs froides. Mort. Autopsie refusée.

OBSERVATION

Septicémie puerpérale. Mort 8 jours après l'accouchement.

I Pare. 23 ans.

Femme entrée à la clinique quatre jours après son accouchement en ville. Température 39°,5. Pouls 130. Facies tiré, anxieux. Ventre douloureux. Utérus dur. Lochies non fétides. L'hémoculture faite au 6^e jour est positive (streptocoque).

En dépit du traitement (sérum antistreptococcique, sérum physiologique, huile camphrée, glace), la température se maintient élevée (39°,5-40°,4), ainsi que le pouls. L'état général s'aggrave et la femme meurt le huitième jour. Autopsie refusée.

OBSERVATION

Syphilitique traitée. Crises convulsives répétées au cours du huitième mois de la gestation. Coma. Mort.

IV Pare. 37 ans.

(2 avortements, 1 accouchement prématuré.)

Syphilis décelée au cours du septième mois de la quatrième gestation (prise de sang faite en raison des antécédents obstétricaux. Hecht ++). Une série de novarsénobenzol est commencée (0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45). La femme est amenée à la clinique au cours du 8^e mois. A l'entrée, enfant vivant, col en voie d'effacement, pas d'albumine. Température 37°. Femme agitée, ne semblant pas comprendre les questions qu'on lui pose. 12 heures après l'entrée, excitation intense, crise épileptiforme. 3 crises analogues sont observées. T. A. (Pachon) = 16/8 (prise plusieurs fois);

Traces d'albumine dans les urines.

12 heures après le début des accidents on note une paralysie faciale droite, de l'exagération des réflexes rotuliens, puis de la contracture du membre inférieur droit. On tente d'accélérer le travail en posant des ballons de Champetier. Avant qu'on ait obtenu une dilatation suffisante, les B. d. C. cessent d'être perçus. Cependant, la femme entre dans le coma et meurt 20 heures après le début des accidents.

Autopsie : Foie dégénéré, gras. Reins petits. Cerveau, cervelet et bulbe sans lésion apparente.

XI

PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NE

1° MALFORMATIONS FŒTALES

8 Observations

(N°s 468, 471, 457, 783, 1.183, 1.727, 1.842, 2.059.)

Nous résumons brièvement ces 8 observations :

OBSERVATION 468

II Pare. 20 ans.

(Première gestation terminée par un avortement au cours du troisième mois.)

Accouchement spontané au cours du 9^e mois. Enfant vivant, 2.180 gr. Placenta, 320 gr.

Malformation : exostose bilatérale siégeant sur la crête tibiale à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur qui est dévié en arrière et en dehors. Peau mobile à leur niveau. Quatre orteils à chaque pied. A droite, deux orteils sont réunis.

Enfant vivant à la sortie.

OBSERVATION 471

I Pare. 20 ans.

Hydramnios. Accouchement au cours du 9^e mois. Applications de forceps.

Fœtus anencéphale, mort au cours de l'extraction. Poids, 2.450 gr. Placenta, 500 gr. Hecht : 00.

OBSERVATION 757

I Pare. 23 ans.

Accouchement spontané au cours du 9^e mois.

Enfant vivant, 2.580 gr. Placenta, 500 gr.

Malformations :

1^o Absence de luvette ;

2^o Absence de soudure du voile du palais ;

3^o Ulcération suspecte au niveau du sillon linguo-labial ;

4^o Ictère léger.

Enfant sorti vivant. Hecht à la mère : 00.

OBSERVATION 783

II Pare. 26 ans.

(Premier accouchement, fœtus mort et macéré de 1.000 gr.)

Accouchement spontané au cours du 8^e mois, enfant vivant 1.920 gr. Placenta, 400 gr.

Malformation : pied gauche en varus équin. Enfant décédé le 8^e jour. Hecht à la mère : 00.

OBSERVATION 1.183

I Pare. 21 ans.

Accouchement au cours du 8^e mois. Application de forceps. Enfant mort pendant l'extraction, 2.620 gr. Placenta, 500 gr.

Enfant achondroplasique et hydrocéphale.
Hecht à la mère ? . Chorée dans les antécédents.

OBSERVATION 1.727

I Pare. 23 ans.

Accouchement spontané au voisinage du terme. Enfant vivant, 3.150 gr. Placenta, 530 gr.

Malformations : Avant-bras gauche brusquement terminé par un moignon à l'intérieur duquel on ne sent pas de squelette, et présentant quatre bourgeons sessiles et un bourgeon pédiculé. Pieds bots talus valgus. Légère asymétrie frontale. Enfant vivant à la sortie. Hecht à la mère : oo.

OBSERVATION 1.842

I Pare. 22 ans.

Accouchement spontané au voisinage du terme. Enfant vivant, 3.400 gr. Placenta, 700 gr.

Malformations : enfant achondroplasique et hydrocéphale, mort le premier jour. Hecht à la mère : oo.

OBSERVATION 2.059

III Pare. 27 ans.

(2 premières gestations terminées par des accouchements à terme, enfants actuellement vivants. Procréateur différent pour la troisième gestation.)

Accouchement spontané au cours du 8^e mois. Enfant vivant, 2.450 gr. Placenta, 350 gr.

Malformations : Spinabifida. Pieds bots. Léger degré d'hydrocéphalie. Enfant vivant à la sortie. Hecht à la mère : oo.

2^o MORTALITÉ INFANTILE

Fœtus morts pendant la gestation	53
Fœtus morts pendant l'accouchement	81

A terme ou au voisinage du terme 61

21 acc. spontanés (17 sommets, 4 sièges).

40 acc. opératoires (21 forceps, 2 versions, 8 extractions du siège, 8 basiotripsies, 1 embryotomie).

Prématurés 20

14 acc. spontanés (10 sommets, 4 sièges).

6 acc. opératoires (2 forceps, 1 basiotripsie, 1 version, 1 extraction du siège, 1 césarienne suivie d'hystérectomie).

Enfants morts pendant leur séjour à la clinique 71

Nés à terme ou au voisinage du terme 24

1^{er} jour 5

2^e et 3^e jour 10

Du 3^e au 10^e jour 6

Après le 10^e jour 3

Nés prématurément 47

1^{er} jour 13

2^e et 3^e jour 15

Du 3^e au 10^e jour 11

Après le 10^e jour 8

TROISIÈME PARTIE

SERVICE DE GYNÉCOLOGIE

140 malades ont été hospitalisées.

50 ont été opérées.

Hystérectomie pour annexite	7
— — kystes ovariens bilatéraux	2
— — fibrome	7
— — cancer du corps utérin ...	1
Myomectomie	2
Ablation unilatérale des annexes	16
Ligamentopexie	1
Curetage utérin	5
Ablation de la glande de Bartholin	1
Colpoperineorrhaphie	8

Mortalité : 2

Hystérectomie pour fibrome	1
— — cancer	1

QUATRIÈME PARTIE

SERVICE SOCIAL

SOCIÉTÉ D'ASSISTANCE MATERNELLE ET INFANTILE DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

La Société d'Assistance maternelle et infantile de la Clinique Baudellocque a été créée en 1919, dans le but d'annexer à la Maternité Baudellocque une œuvre permanente d'assistance sociale.

Cette œuvre assure :

1° Le service médico-social de la Clinique Baudellocque en liaison avec le service médico-social des Maternités, branche du Service social à l'hôpital, et avec les œuvres privées d'assistance, en particulier l'œuvre d'assistance maternelle et infantile de Paris ;

2° Le fonctionnement de la Villa Hélène, 14, boulevard d'Auteuil, à Boulogne-sur-Seine, qui recueille temporairement les enfants des femmes indigentes venant accoucher ou se faire soigner à la Clinique Baudellocque, spécialement les enfants tout petits de 10 mois à 5 ans.

I. — Service médico-social de la Clinique Baudellocque

Ce service a pour objet de compléter l'action médicale des consultations et du service d'hospitali-

sation de la Clinique Baudelocque par une assistance sociale aussi efficace que possible.

Toute femme qui se présente, femme en état de gestation ou mère nourrice, est l'objet d'une enquête destinée à établir ses conditions d'existence matérielles et morales, ses besoins personnels et familiaux, tant au point de vue social qu'au point de vue médical.

On lui apporte, sous la condition qu'elle voudra bien accepter l'indispensable surveillance médicale qui lui est nécessaire à elle et à son enfant, toute l'assistance matérielle possible.

On lui facilite les moyens de recevoir les allocations auxquelles elle a droit.

On l'aide, soit par des secours directs donnés le plus souvent en nature, soit en cherchant pour elle et les siens des possibilités de travail en rapport avec sa situation.

On lui épargne éventuellement le souci de ses enfants tout petits en les gardant pendant la durée de son hospitalisation à la Villa Hélène.

Si elle est seule, privée d'aide et de protection, on la dirige avant l'accouchement vers les refuges de femmes enceintes, particulièrement le refuge de l'avenue du Maine (Société de l'Allaitement maternel) et après l'accouchement vers les asiles de convalescence de l'Assistance Publique ou vers les refuges de

mères nourrices, en particulier à la Maison maternelle nationale de Saint-Maurice.

Au point de vue médical, l'assistante sociale joue un rôle de premier plan dans la réalisation de la lutte contre la mortalité infantile, contre la syphilis et contre la tuberculose. Elle établit une liaison constante avec les Dispensaires et les œuvres. C'est ainsi que pour les tuberculeuses, elle réalise la liaison avec les Dispensaires et avec le centre de placement familial des tout petits. (Léon Bernard et Mme A. Seligman.)

II. — *Asile temporaire infantile de la Clinique Baudelocque (Villa Hélène)*

L'établissement est situé à Boulogne-sur-Seine, boulevard d'Auteuil, N 14, au milieu d'un jardin planté de grands arbres, proche du Bois de Boulogne. Il est dirigé par le Docteur Paquy, ancien chef de clinique de la Faculté, assistant de l'Institut de puériculture de la Clinique Baudelocque.

La maison est assez grande pour l'effectif habituel de trente à trente-cinq enfants.

Dans le jardin, et complètement séparé du bâtiment principal, se trouve un pavillon composé d'un rez-de-chaussée de 14 mètres de longueur où sont installés six boxes, une chambre d'infirmière et une salle de toilette.

Chaque enfant doit, à son entrée à la villa Hé-

lène, faire une quarantaine de quinze jours. On évite ainsi la propagation des maladies contagieuses qui pourraient être accidentellement importées.

De plus, dans le bâtiment central, une salle spéciale, pourvue de quatres boxes d'isolement, permet éventuellement d'isoler les enfants qui, au cours de leur séjour, deviendraient malades.

Le personnel se compose d'une surveillante et de 7 infirmières. Les infirmières ne sont admises qu'à la condition d'être, lors de leur entrée, mères d'un enfant qu'elles allaitent au sein. Elles peuvent donc élever leur enfant et le conserver avec elles tant qu'elles sont au service de l'établissement.

122 enfants ont été gardés pendant l'année 1921, avec 7.398 jours de présence.

Il s'est produit 1 décès par méningite tuberculeuse.

CONCLUSIONS

Une maternité doit comprendre :

1° Un service d'hospitalisation pour femmes gravides, femmes accouchées et leur enfant, et femmes atteintes d'affections gynécologiques ;

2° Un service de Polyclinique comprenant 4 dispensaires :

a) Dispensaire pour femmes en état de gestation ;
b) Dispensaire pour mères nourrices et nourrissons ;

c) Dispensaire pour le traitement familial de la syphilis ;

d) Dispensaire pour les affections gynécologiques ;

3° Un service d'assistance sociale, en liaison avec les Dispensaires d'hygiène sociale et les œuvres d'assistance, en particulier avec les Dispensaires antituberculeux et le centre de placement familial des nourrissons nés de mères tuberculeuses.

Vu : le Doyen,
H. ROGER.

Vu : le Président de Thèse,
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.



610

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CONSULTATIONS	13
1° Consultation des femmes en état de gestation ..	13
2° Consultation des mères-nourrices et des nourris- sons	14
3° Dispensaire antisyphilitique	14
4° Consultation de gynécologie	16
SERVICE D'ACCOUCHEMENT	17
STATISTIQUE GENERALE	17
I. — Avortements	19
II. — Rétentions de fœtus morts	22
III. — Accouchements	23
1° PRÉSENTATIONS	23
2° PRÉSENTATIONS ANORMALES	24
a) <i>Présentation du siège</i>	24
b) <i>Présentation de la face</i>	26
c) <i>Présentation du front</i>	27
d) <i>Présentation de l'épaule</i>	27
3° GESTATIONS MULTIPLES	28
a) <i>Gestations jumeaux</i>	28
IV. — Complications de la gestation	30
1° UTERUS	30
a) <i>Malformations utérines</i>	30
b) <i>Fibromes de l'utérus gravide</i>	31
c) <i>Endométrites</i>	32

2° OEUFS	34
a) Môle vésiculaire	34
b) Hydramnios	35
c) Insertion du placenta sur le segment inférieur	37
3° ETATS PATHOLOGIQUES GRAVIDIQUES	41
a) Albuminurie de la gestation	41
b) Eclampsie	43
c) Appoplexie utérine et hémorragie rétro-placentaire	48
4° ETATS PATHOLOGIQUES GÉNÉRAUX	49
a) Syphilis	49
b) Tuberculose pulmonaire en évolution	51
c) Cardiopathies	52
d) Pyélonéphrites au cours de la gestation	53
e) Goutte exophtalmique	54
V. — Complications de la parturition	56
1° OÈDÈME DU COL	56
2° PROCIDENCES	56
a) Procidences des membres	56
b) Procidences du cordon	57
3° VICIATIONS PELVIENNES	59
a) Bassins rachitiques	59
b) Luxation congénitale de la hanche	60
c) Coxalgie	61
d) Cyphoses par mal de Pott	61
VI. — Complications de la délivrance	63
1° HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE	63
VII. — Opérations	64
1° GESTATION	64
a) Accouchement prématuré provoqué	64
b) Opérations chirurgicales au cours de la gestation	67
c) Hystérectomies au cours de la gestation sans ouverture préalable de l'utérus	70

2° PARTURITION	71
a) <i>Forceps</i>	71
b) <i>Versions par manœuvres internes</i>	76
c) <i>Basiotripsies</i>	78
d) <i>Embryotomies</i>	81
e) <i>Incisions du col</i>	82
f) <i>Opérations césariennes conservatrices</i>	83
g) <i>Opérations césariennes suivies d'hystérectomie</i>	94
3° DÉLIVRANCE	98
a) <i>Délivrance artificielle</i>	98
VIII. — Gestations ectopiques	100
IX. — Pathologie des suites de couches	101
INFECTION UTÉRINE	101
2° <i>PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS</i>	103
3° <i>INFECTIONS MAMMAIRES</i>	109
X. — Mortalité maternelle	110
XI. — Pathologie du nouveau-né	121
1° <i>MALFORMATIONS FŒTALES</i>	121
2° <i>MORTALITÉ INFANTILE</i>	124
SERVICE DE GYNECOLOGIE	125
SERVICE SOCIAL	127
CONCLUSIONS	131



Les Presses Universitaires de France. — PARIS

