



UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 49

DE LA
MORTI-NATALITÉ ET DE LA MORTALITÉ FŒTALE
CONSÉCUTIVE A L'ACCOUCHEMENT

A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1923

PAR

Marie-Jean DARRIEUX-JUSON

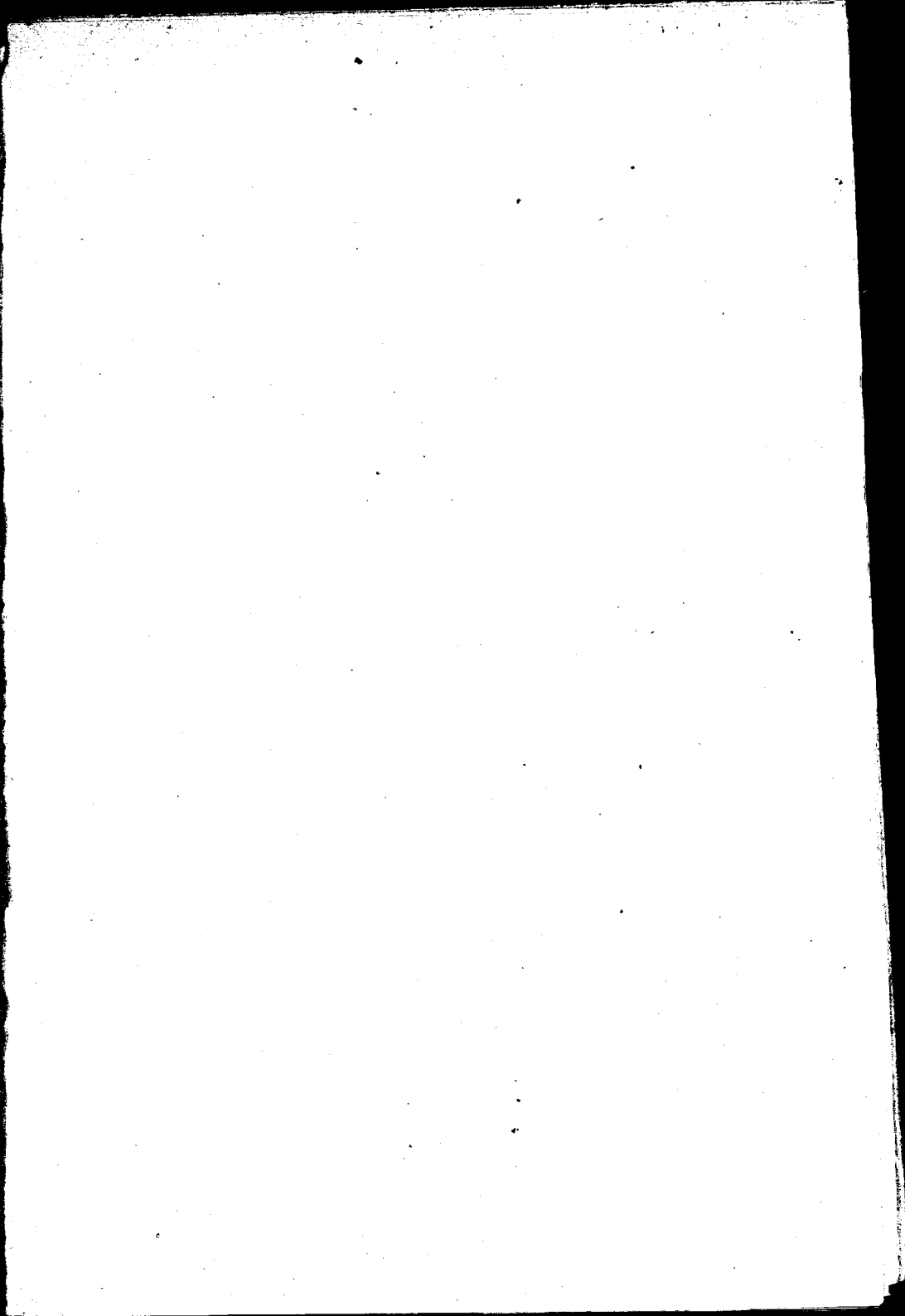
Né à Labastide-Clairence (Basses-Pyrén.), le 19 Octobre 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIERE, professeur.....	Président.
		PRINCETEAU, professeur.....	
		ANDÉRODIAS, agrégé.....	Juges.
		DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1923





UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924 — N° 49

DE LA
MORTI-NATALITÉ ET DE LA MORTALITÉ FŒTALE
CONSÉCUTIVE A L'ACCOUCHEMENT
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Décembre 1923

PAR

Marie-Jean DARRIEUX-JUSON

Né à Labastide-Clairence (Basses-Pyrén.), le 19 Octobre 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIERE, professeur.....	<i>Président.</i>
		PRINCETEAU, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		ANDERODIAS, agrégé.....	
		DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSEON.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHE.	Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expér.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIX.	Médecine générale.....	MICHELEAU
Histologie.....	LACOSTE.		BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
	N.		DUVERGEY
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	Obstétrique.....	PÉRY.
	MAURIAC.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophthalmologie.....	TEULIÈRES.
	DUPERIE.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
	GREYN.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PÉRY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDERODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Sa vie sera toujours un exemple pour
nous.*

A MA MÈRE

*Qu'elle reçoive ici l'hommage de mon
affection et de ma grande reconnaissance.*

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL D'ANGOULÊME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer nos études médicales, il nous est un devoir de témoigner à tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux notre bien sincère gratitude.

Revenu à Bordeaux après quatre années d'absence, nous fûmes d'abord reçu dans les services hospitaliers de MM. les Professeurs Micheleau, Carles, Guyot et Bégouin; puis dans les services de clinique de MM. les Professeurs Cassaët et Villar; nous leur exprimons ici notre grande reconnaissance.

Plus tard, nous eûmes la bonne fortune de passer un an à l'Hôpital d'Angoulême et de pouvoir ainsi nous familiariser avec le malade. Nous adressons nos plus sincères remerciements à MM. les Docteurs Godineau, Duroselle et Troussel, pour leurs conseils éclairés et la constante bienveillance qu'ils nous ont témoignée.

Nous remercions aussi M. le Docteur Marc Rivière, chef de clinique d'accouchements, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a bien voulu nous guider dans ce travail.

Nous prions M. le Professeur Rivière d'agréer notre reconnaissance pour son précieux enseignement et pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

DE LA MORTI-NATALITÉ ET DE LA MORTALITÉ FŒTALE CONSÉCUTIVE A L'ACCOUCHEMENT

à la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine
de Bordeaux

I

Devant les statistiques nous montrant le dépeuplement progressif de notre pays et voyant le peu d'efficacité des moyens employés, le corps médical s'est efforcé à son tour de lutter contre la mortalité infantile. Des œuvres de protection de l'enfance se sont formées de tous côtés et ont créé consultations gratuites, crèches et gouttes de lait qui assurent à l'enfant une hygiène meilleure, une alimentation plus rationnelle ; et on a vu ainsi cette mortalité baisser dans de grandes proportions.

Mais une grande cause aussi de cette dépopulation est la morti-natalité ; et c'est uniquement ce sujet que nous essayerons de traiter dans ce modeste travail.

Par morti-natalité, nous entendrons :

- 1° Les enfants morts pendant la grossesse, du septième mois jusqu'au terme ;
- 2° Les enfants morts pendant l'accouchement ;
- 3° Les enfants morts dans les premiers jours qui ont suivi la naissance.

Nous basant sur les observations de trois années (1920 à 1923) prises à la Clinique Obstétricale de Bordeaux, nous avons dans un premier chapitre rapporté ces observations; puis, après avoir établi le pourcentage de cette mortalité, nous avons essayé d'en rechercher les causes et d'en indiquer les remèdes.

OBSERVATIONS

Les chiffres entre parenthèses indiquent le numéro d'ordre dans les archives de la Clinique obstétricale de Bordeaux.

Année 1920.

N° 1 (6). — Dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl retenant les épaules : application de forceps ; enfant mort-né.

La mère, âgée de 25 ans, a eu deux grossesses antérieures normales.

Poids de l'enfant : 3 kil. 160 ; des annexes : 660 gr.

N° 2 (52). — Placenta prævia ; enfant mort-né.

La mère, âgée de 36 ans, a eu deux grossesses antérieures normales.

Poids de l'enfant : 3 kil. 100 ; des annexes : 485 gr.

N° 3 (57). — Présentation de l'épaule négligée ; version par manœuvres internes : enfant mort-né.

La mère, âgée de 25 ans, a eu deux accouchements antérieurs ; le deuxième en présentation de l'épaule.

Poids de l'enfant : 3 kil. 180 ; des annexes : 580 gr.

N° 4 (67). — Accouchement prématuré à huit mois ; grippe à la fin de la grossesse : l'enfant, né en état de mort apparente, meurt le deuxième jour.

La mère, âgée de 28 ans, a eu deux grossesses antérieures normales.

Poids de l'enfant : 1 kil. 720 ; des annexes : 336 gr.

N° 5 (69). — Accouchement en siège décomplété mode des fesses (S.I.D.T.) ; forceps sur tête dernière pour ankylose de l'articulation sacro-coccygienne : enfant mort le lendemain d'hémorragie méningée.

La mère, âgée de 32 ans, aurait eu une enfance difficile, mais ne présente rien de particulier, si ce n'est un accouchement antérieur difficile mais avec enfant vivant.

Poids de l'enfant : 3 kil. 600 ; des annexes : 530 gr.

N° 6 (82). — Accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$: enfant mort et macéré.

La mère est une primipare de 23 ans.

Poids de l'enfant : 1 kil. 630 ; des annexes : 300 gr.

N° 7 (91). — Accouchement prématuré à 6 mois ; grossesse gémellaire bi-vitelline avec albuminurie (1^{re} 50 par litre) : enfants mort-nés.

La mère, âgée de 38 ans, a eu deux grossesses antérieures normales.

Poids des fœtus : 900 et 1.500 gr. ; la masse placentaire présentait quelques rares foyers hémorragiques.

N° 8 (99). — Accouchement normal avec albuminurie (0^{re} 25 par litre) et hémorragie rétro-placentaire : enfant mort-né.

La mère est une primipare de 29 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 457 ; des annexes : 430 gr.

N° 9 (105). — Version par manœuvres internes après échec de forceps pour disproportion entre la tête et le bassin ; le bassin paraît normal, mais on a affaire à un gros enfant de 4 kil. 240 chez une primipare de 22 ans : enfant mort-né.

N° 10 (108). — Embryotomie pour présentation transversale avec fœtus mort.

La mère, âgée de 37 ans, a eu cinq grossesses antérieures normales.

Poids de l'enfant : 2 kil. 600 ; des annexes : 640 gr.

N° 11 (117). — Bassin peu vicié, mais volume exagéré du fœtus ; accouchement provoqué presque à terme par une sonde intra-utérine, puis par ballon ; expulsion naturelle pénible : l'enfant meurt le lendemain d'hémorragie méningée.

La mère est une primipare de 26 ans.

Poids de l'enfant : 3 kil. 950 ; des annexes : 535 gr.

N° 12 (123). — Accouchement provoqué à 8 mois $\frac{1}{2}$, pour bassin rétréci (diamètre promonto-sous-pubien : 11 cent.).

La mère, primipare de 37 ans, est petite (1^m43) et présente des parties molles résistantes et musclées. L'opération césarienne a été faite à la période de dilatation complète. L'enfant fait quelques inspirations, mais ne peut être ranimé.

Poids de l'enfant : 3 kil. 450 ; des annexes : 850 gr.

N° 13 (132). — Accouchement normal à terme.

La mère, âgée de 27 ans, a présenté il y a trois ans des accidents spécifiques, pour lesquels elle n'a reçu qu'un traitement très insuffisant.

L'enfant, pesant 2 kil. 290, meurt le troisième jour malgré un traitement mercuriel ; poids des annexes : 700 gr.

N° 14 (140). — Accouchement avec procidence du cordon et insertion basse du placenta ; application de forceps dans l'excavation : enfant mort-né.

La mère est une primipare de 19 ans.

Poids de l'enfant : 3 kil. 260 ; des annexes : 600 gr.

N° 15 (145). — Grossesse gémellaire bi-vitelline avec accouchement prématuré à 7 mois : enfants pesant 1 kil. 700, morts le lendemain et le surlendemain ; poids des annexes : 780 gr.

La mère est une primipare de 20 ans.



N° 16 (148). — Accouchement provoqué à 8 mois pour luxation congénitale de la hanche ; dilatation difficile ; basiotripsie avec échec de l'application de forceps.

La mère est une primipare de 26 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 100 ; des annexes : 400 gr.

N° 17 (149). — Accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$, avec enfant mort et macéré.

La mère, primipare de 24 ans, a eu une roséole traitée en 1916 mais, depuis, n'a reçu aucun traitement.

Poids de l'enfant : 800 gr. ; des annexes : 300 gr.

N° 18 (171). — Accouchement prématuré à 7 mois, avec un enfant mort et macéré.

La mère, âgée de 25 ans, a présenté il y a un mois des accidents spécifiques non douteux (érosion unique à la vulve, céphalées, roséole) ; n'a pas été traitée.

Poids de l'enfant : 2 kil. 160 ; des annexes : 800 gr.

N° 19 (209). — Accouchement prématuré à 8 mois, avec un enfant mort et macéré.

La mère, primipare de 29 ans, a présenté, trois mois avant, un accident primitif non traité ; son Wassermann est positif.

Poids de l'enfant : 2 kil. 280 ; des annexes : 300 gr.

N° 20 (218). — Accouchement avec latérocidence du cordon ; application de forceps au détroit inférieur pour souffrance fœtale : enfant mort 24 heures après.

La mère est une primipare de 25 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 420 ; des annexes : 500 gr.

N° 21 (227). — Application de forceps dans l'excavation pour infection amniotique : enfant mort une heure après la naissance.

La mère est une primipare de 32 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 640 ; des annexes : 450 gr.

N° 22 (237). — Accouchement normal à terme.

Enfant mort de broncho-pneumonie quelques jours après la naissance.

N° 23 (242). — Accouchement normal avec enfant mort et macéré. Albuminurie (1^{re} 20 par litre).

La mère est une primipare de 31 ans.

Poids de l'enfant : 1 kil. 500; le placenta, pesant 305 gr., est dégénéré.

N° 24 (254). — Accouchement normal avec enfant mort le sixième jour, présentant du pemphigus plantaire.

La mère, âgée de 26 ans, n'avoue aucun antécédent spécifique.

Poids de l'enfant : 2 kil. 600 ; des annexes : 500 gr.

N° 25 (263). — Accouchement prématuré à 7 mois, avec enfant mort et macéré.

La mère, âgée de 21 ans, a eu deux grossesses antérieures : la première avec accouchement à 7 mois d'enfant mort, la deuxième avec avortement à 3 mois. Son Wassermann est faiblement positif.

Poids de l'enfant : 2 kil. 200 ; des annexes : 820 gr. ; placenta dégénéré.

N° 26 (271). — Accouchement prématuré à 7 mois $\frac{1}{2}$; enfant mort et macéré.

La mère est une primipare de 28 ans.

Poids de l'enfant : 1 kil. 745 ; des annexes : 440 gr.

N° 27 (283). — Accouchement normal : enfant mort le sixième jour.

La mère, âgée de 23 ans, a fait un avortement en 1919.

Poids de l'enfant : 1 kil. 840 ; des annexes : 460 gr.

N° 28 (302). — Accouchement prématuré à 8 mois : enfant mort le douzième jour.

La mère est une primipare de 17 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 260 ; des annexes : 400 gr.

N° 29 (331). — Accouchement normal : enfant mort le huitième jour.

La mère est une primipare de 21 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 700 ; des annexes : 545 gr.

N° 30 (337). — Accouchement normal : enfant mort le huitième jour de péritonite généralisée.

La mère est une primipare de 24 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 850 ; des annexes : 480 gr.

N° 31 (370). — Accouchement normal : enfant mort-né.

La mère, primipare de 21 ans, a reçu, six mois avant, un traitement très insuffisant pour accidents secondaires.

Poids de l'enfant : 3 kil. 400 ; des annexes : 550 gr. ; placenta blanchâtre.

N° 32 (371). — Accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$; enfant mort et macéré.

La mère est une primipare de 16 ans.

Poids du fœtus : 960 gr. ; du placenta : 350 gr.

N° 33 (390). — Bassin rétréci (diamètre promonto sous-pubien : 9 cent. $\frac{1}{2}$). Présentation du siège : application de forceps sur la tête dernière. Enfant mort quatre heures après.

La mère est une primipare de 20 ans.

Poids de l'enfant : 3 kil. 050 ; des annexes : 680 gr.

N° 34 (401). — Bassin généralement rétréci (diamètre promonto sous-pubien : 8 cent. $\frac{1}{2}$). Basiotripsie.

La mère est une primipare de 23 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 920 ; des annexes : 600 gr.

N° 35 (402). — Accouchement normal : enfant mort et macéré.

La mère, âgée de 23 ans, a eu une grossesse antérieure normale.

Poids de l'enfant : 2 kil. 055 ; des annexes : 325 gr. ; placenta dégénéré.

N° 36 (437). — Basiotripsie sur enfant hydrocéphale.

La mère est une primipare de 32 ans ; son Wassermann est négatif.

Poids de l'enfant : 2 kil. 460 (sans liquide céphalo-rachidien) ; des annexes : 650 gr.

N° 37 (443). — Accouchement prématuré à 8 mois : enfant mort.

La mère, âgée de 22 ans, a eu deux grossesses antérieures normales.

Poids de l'enfant : 2 kil. 260 ; des annexes : 375 gr.

N° 38 (452). — Accouchement prématuré à 7 mois $\frac{1}{2}$: enfant mort 20 jours après.

La mère est une primipare de 18 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 100 ; des annexes : 360 gr.

N° 39 (453). — Application de forceps dans l'excavation pour infection amniotique : enfant mort-né.

La mère est une primipare de 27 ans.

Poids de l'enfant : 3 kil. 800 ; des annexes : 560 gr.

N° 40 (462). — Grossesse gémellaire uni-vitelline : accouchement de deux enfants. Le premier, vivant, pesait 2 kil. 110 ; le deuxième, mort-né, 1 kil. 600 ; poids des annexes : 630 gr.

La mère, âgée de 44 ans, a eu 13 grossesses antérieures normales, avec enfants vivants.

N° 41 (463). — Accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$; bassin rétréci (diamètre promonto sous-pubien : 7 cent. $\frac{1}{2}$) : enfant mort.

La mère, âgée de 36 ans, a eu 3 grossesses antérieures : la première avec enfant mort ; les deux autres terminées par des césariennes.

Poids de l'enfant : 1 kil. 200 ; des annexes : 280 gr.

N° 42 (501). — Accouchement prématuré à 7 mois $\frac{1}{2}$: enfant mort et macéré.

La mère, âgée de 34 ans, a eu 4 grossesses antérieures : les trois premières normales ; la quatrième terminée à 6 mois $\frac{1}{2}$ avec enfant mort et macéré.

Poids de l'enfant : 1 kil. 410 ; des annexes : 300 gr. ; placenta dégénéré.

N° 43 (513). — Accouchement en siège décompleté mode des fesses (S.I.G.A.) : dilatation du col par ballons ; accouchement laborieux. Enfant mort un jour après la naissance.

La mère est une primipare de 38 ans.

Poids de l'enfant : 3 kil. 470 ; des annexes : 440 gr.

N° 44 (522). — Accouchement à terme : enfant mort vite après la naissance.

La mère est une primipare de 16 ans.

Poids de l'enfant : 1 kil. 950 ; des annexes : 400 gr.

N° 45 (530). — Accouchement en siège décompleté mode des fesses ; abaissement prophylactique du pied ; application de forceps sur la tête dernière : enfant mort-né.

La mère est une primipare de 27 ans.

Poids de l'enfant : 3 kil. ; des annexes : 430 gr.

N° 46 (572). — Présentation de l'épaule (acromio-iliaque gauche, dorso-postérieure) ; version par manœuvres internes : enfant mort-né.

La mère est une primipare de 26 ans.

Poids de l'enfant : 3 kil. 170 ; des annexes : 500 gr.

N° 47 (583). — Accouchement en siège complet : l'enfant paraissait mort depuis déjà quelque temps.

La mère, âgée de 37 ans, a fait deux avortements antérieurs ; elle a des antécédents spécifiques et son Wassermann est positif.

N° 48 (592). — Accouchement provoqué à 7 mois pour éclampsie et coma ; dilatation par la méthode de Bonnaire et application de forceps : enfant mort.

Poids du fœtus : 1 kil. 600 ; des annexes : 300 gr.

N° 49 (602). — Présentation de la face en M.I.G.A. et procidence du cordon ; enfant mort ; basiotripsie.

La mère est une primipare de 30 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 800 ; des annexes : 520 gr.

N° 50 (605). — Accouchement normal : enfant mort dans la journée.

La mère, âgée de 33 ans, a eu deux grossesses antérieures : le premier enfant est sourd-muet ; le deuxième est mort huit jours après la naissance ; son Wassermann est négatif.

Poids de l'enfant : 2 kil. 030 ; des annexes : 615 gr.

Année 1921.

N° 51 (557). — Grossesse bi-vitelline. Accouchement normal.

La mère, âgée de 42 ans, a eu deux grossesses antérieures normales.

Le premier enfant, en présentation du sommet, pesait 1 kil. 800 ; le deuxième, en siège décomplété, 2 kil. 750 ; les deux sont morts le deuxième jour.

N° 52 (559). — Accouchement normal à terme : enfant mort quelques heures après la naissance.

La mère, primipare de 21 ans, se plaignait de courbature les derniers jours de sa grossesse ; sa température allait jusqu'à 39°.

Poids de l'enfant : 3 kil. 200 ; des annexes : 425 gr.

N° 53 (564). — Accouchement prématuré à 7 mois $\frac{1}{2}$. Utérus fibromateux, insertion basse du placenta. Dilatation du col par ballon, version par manœuvres internes sous anesthésie au chloroforme, manœuvre de Mauriceau. Enfant mort-né.

La mère, âgée de 35 ans, a eu deux grossesses antérieures normales et une troisième avec accouchement prématuré consécutif à une chute.

Poids du fœtus : 2 kil. 160 ; des annexes : 310 gr.

N° 54 (573). — Grossesse gémellaire bi-vitelline. Accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$ de deux fœtus morts et macérés, en présentation du siège.

La mère, primipare de 21 ans, a un Wassermann positif.

Poids des fœtus : 1 kil. 300 et 1 kil. 470 ; des annexes : 840 gr.

N° 55 (575). — Application de forceps dans l'excavation pour inertie utérine. Episiotomie : gros enfant mort-né. Les bruits du cœur fœtal avaient cessé pendant la dilatation.

La mère est une secondipare de 27 ans.

Poids de l'enfant : 4 kil. 875 ; des annexes : 580 gr.

N° 56 (450). — Application de forceps dans l'excavation pour mauvais état de la mère (début de bacilliose pulmonaire). L'enfant est mort le treizième jour d'intolérance gastrique absolue ; il présentait à la nécropsie un examen macroscopique normal.

La mère est une primipare de 28 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 360 ; des annexes : 465 gr.

N° 57 (456). — Accouchement prématuré à 7 mois : enfant mort deux jours après la naissance.

La mère est une primipare de 18 ans.

Poids de l'enfant : 1 kil. 600 ; des annexes : 400 gr.

N° 58 (465). — Accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$ avec enfant mort quelques instants après la naissance.

La mère, âgée de 35 ans, a mené, il y a un an, une grossesse à terme, mais avec enfant mort huit jours avant l'accouchement sans cause connue ; depuis lors, elle se plaint d'avoir eu des règles plus abondantes et plus douloureuses. La grossesse actuelle a été normale jusqu'à 5 mois $\frac{1}{2}$; mais, depuis lors, elle a eu des pertes de sang ; elle est atteinte de fibrome de l'utérus ; son Wassermann est négatif.

Poids de l'enfant : 1 kil. 200.

N° 59 (498). — Accouchement en siège décompleté mode des fesses. Expulsion assez pénible d'un gros enfant mort-né. Hémorragie rétro-placentaire.

La mère, âgée de 44 ans, a eu deux grossesses antérieures normales.

Poids de l'enfant : 3 kil. 710 ; des annexes : 500 gr.

N° 60 (553). — Accouchement normal à terme : enfant mort-né.

La mère, primipare de 23 ans, ne sentait plus les mouvements actifs du fœtus depuis quinze jours ; son Wassermann est positif.

Poids de l'enfant : 2 kil. 635 ; des annexes : 400 gr.

N° 61 (363). — Accouchement prématuré à 7 mois avec un enfant mort quelques instants après la naissance.

La mère, âgée de 35 ans, a eu 12 grossesses antérieures : les 9 premières avec accouchements à 6 et 7 mois et enfants morts quelques instants après ; les 3 dernières avec enfants vivants et à terme ; sa réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang.

Poids de l'enfant : 1 kil. 500 ; des annexes : 500 gr. ; placenta avec cotylédons dégénérés et blanchâtres.

N° 62 (368). — Accouchement provoqué à 8 mois $\frac{1}{2}$ pour bassin aplati et généralement rétréci. Basiotripsie sur enfant mort après échec du forceps au détroit supérieur.

La mère est une primipare de 25 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 060 ; des annexes : 500 gr.

N° 63 (377). — Accouchement à terme avec enfant mort et macéré.

La mère, âgée de 25 ans, a fait deux avortements antérieurs ; elle a été traitée, il y a deux ans, par des piqûres de benzoate de Hg pour affection oculaire.

Poids de l'enfant : 2 kil. ; des annexes : 1 kil. 500.

N° 64 (404). — Accouchement prématuré à 7 mois avec enfant mort-né. Albuminurie (3 grammes par litre).

La mère, âgée de 37 ans, a eu deux grossesses antérieures normales.

Poids de l'enfant : 2 kil. 230 ; des annexes : 400 gr. ; placenta blanchâtre avec foyers hémorragiques .

- N° 65 (440). — Accouchement avec perte des eaux prématurée et contractions énergiques et rapprochées ; enfant mort-né.

La mère, âgée de 31 ans, a eu deux grossesses antérieures normales ; son Wassermann est négatif.

Poids de l'enfant : 2 kil. 420. ; des annexes : 440 gr.

- N° 66 (332). — Présentation de l'épaule ; version par manœuvres internes : enfant mort et macéré.

La mère est une primipare de 21 ans.

Poids de l'enfant : 1 kil. 160 ; des annexes : 230 gr.

- N° 67 (342). — Accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$, en présentation du siège. Insertion basse du placenta.

La mère, âgée de 27 ans, a eu une grossesse antérieure normale, mais avec hémorragie placentaire.

Poids de l'enfant : 1 kil. 300 ; des annexes : 465 gr.

- N° 68 (343). — Accouchement provoqué à 8 mois $\frac{1}{2}$ pour bassin rétréci (promontoire à 11 cent. $\frac{1}{2}$; faux promontoire à 10 cent.). Application de forceps au détroit supérieur pour inertie utérine ; enfant mort deux heures après la naissance.

Poids de l'enfant : 2 kil. 580 ; des annexes : 630 gr.

- N° 69 (346). — Présentation du sommet avec procidence d'un bras et du cordon ; version par manœuvres internes : enfant mort-né.

Poids de l'enfant : 4 kil. 300 ; des annexes : 490 gr.

- N° 70 (355). — Accouchement en présentation du siège décomplété mode des fesses. Abaissement prophylactique du pied ; application de forceps sur la tête dernière : enfant mort le lendemain d'hémorragie méningée.

La mère est une primipare de 21 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 830 ; des annexes : 640 gr.

N° 71 (351). — Grossesse gémellaire bi-vitelline. Anasarque et albuminurie de la mère. Le premier enfant, en présentation du siège complet, est mort deux heures après ; le deuxième, extrait après version podalique, est mort six heures après la naissance.

La mère est une primipare de 32 ans.

Poids des enfants : 2 kil. 200 et 2 kil. 700 ; des annexes : 740 gr.

N° 72 (77). — Bassin juxta-minor. Rigidité secondaire du col : incisions du col ; application de forceps au détroit supérieur ; enfant mort le huitième jour de péritonite.

La mère est une primipare de 23 ans.

Poids de l'enfant : 3 kil. 400.

N° 73 (151). — Application de forceps au détroit supérieur pour inertie utérine. Disproportion entre le bassin et la tête très ossifiée ; déchirure du périnée ; durée de l'expulsion : 7 heures.

La mère est une primipare de 21 ans, sans antécédents.

Poids du fœtus : 4 kil. 290 ; des annexes : 970 gr.

N° 74 (159). — Accouchement prématuré à 6 mois avec un enfant mort et macéré ; présentation du siège complet.

La mère est une primipare de 20 ans.

Poids du fœtus : 390 gr. ; des annexes : 580 gr.

N° 75 (196). — Accouchement prématuré à 6 mois avec un enfant mort-né.

La mère, âgée de 34 ans, a dans ses antécédents des céphalées nocturnes : une grossesse normale et 4 avortements antérieurs.

Poids du fœtus : 680 gr. ; des annexes : 135 gr.

N° 76 (208). — Accouchement prématuré à 7 mois $\frac{1}{2}$ avec fœtus mort et macéré.

La mère, âgée de 24 ans, a accouché en 1914 d'un enfant mort-né à terme, a fait deux accouchements normaux en 1916 et 1920.

Poids du fœtus : 1 kil. 380 ; des annexes : 460 gr.

N° 77 (281). — Application de forceps au détroit supérieur pour bassin rétréci (diamètre promonto sous-pubien : 10 cent. $\frac{1}{2}$) ; l'enfant, qui présentait une fracture du maxillaire inférieur, est mort deux heures après la naissance.

La mère, âgée de 28 ans, a eu trois accouchements antérieurs avec application de forceps.

Poids de l'enfant : 2 kil. 980 ; des annexes : 500 gr.

N° 78 (592). — Bassin rétréci au détroit supérieur (diamètre promonto sous-pubien : 10 cent. $\frac{1}{2}$) ; présentation du siège, version par manœuvres externes à la fin de la grossesse. Dilatation longue et difficile. Application de forceps au détroit supérieur ; descente et rotation difficiles. L'enfant est extrait mort avec un circulaire du cordon autour du cou et une hémorragie sous-conjonctivale.

La mère est une primipare de 27 ans.

Poids de l'enfant : 3 kil. 100 ; des annexes : 635 gr.

N° 79 (603). — Accouchement normal : enfant mort une heure après la naissance.

La mère, primipare de 23 ans, a eu une grossesse antérieure normale et un avortement à 3 mois.

Poids de l'enfant : 1 kil. 770 ; des annexes : 300 gr.

N° 80 (606). — Accouchement à terme d'un enfant mort et macéré ; les mouvements du fœtus avaient cessé un mois avant.

La mère, âgée de 23 ans, a eu deux grossesses antérieures normales avec l'un des enfants mort mais à terme.

Poids du fœtus : 1 kil. 500 ; des annexes : 300 gr.

N° 81 (619). — Accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$ d'un enfant mort le sixième jour.

La mère est une primipare.

Poids du fœtus : 1 kil. 250.

N° 82 (646). — Application de forceps au détroit supérieur pour bassin rétréci ; l'enfant, qui présentait une fracture du crâne, est mort au bout de 36 heures.

La mère est une primipare de 35 ans.

Poids de l'enfant : 4 kil. ; des annexes : 770 gr.

N° 83 (648). — Accouchement en siège décomplété mode des fesses ; extraction difficile. Enfant mort quatre heures après.

La mère, âgée de 29 ans, a fait en 1920 un avortement à deux mois, consécutif, dit-elle, à une émotion.

Poids de l'enfant : 2 kil. 900 ; des annexes : 560 gr.

N° 84 (660). — Accouchement à terme d'un enfant mort le cinquième jour d'hémorragie méningée.

La mère, primipare de 22 ans, a une réaction de Wassermann négative.

Poids de l'enfant : 2 kil. 760 ; des annexes : 370 gr.

N° 85 (667). — Basiotripsie pour bassin rétréci.

La mère a fait deux avortements antérieurs à 3 mois ; dans la grossesse actuelle, un peu de glucosurie vers le cinquième mois. Après avoir subi des applications de forceps pendant deux heures à Arcachon, la malade est amenée à la clinique ; après échec d'une nouvelle application de forceps au détroit supérieur, on pratique la basiotripsie sur l'enfant mort.

Poids de l'enfant : 3 kil. 050 (sans matière cérébrale) ; des annexes : 610 gr.

N° 86 (669). — Accouchement provoqué à 6 mois pour albuminurie et pré-éclampsie.

La mère, âgée de 40 ans, a eu trois grossesses antérieures ; depuis, elle a toujours présenté de l'albuminurie et de l'œdème des membres inférieurs.

Poids de l'enfant : 1 kil. 030 ; des annexes : 300 gr.

N° 87 (673). — Placenta prævia ; accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant mort-né.

La mère, âgée de 23 ans, a eu une grossesse antérieure normale.

Poids du fœtus : 2 kil. ; des annexes : 550 gr.

Année 1922.

N° 88 (24). — Accouchement provoqué à 8 mois $\frac{1}{2}$ pour bassin rétréci. Laminiaire, puis dilatation manuelle sous chloroforme et forceps au détroit supérieur.

La mère est une primipare de 21 ans, ayant 1^m38 de taille, mais pas de rachitisme ; un bassin juxta-minor.

L'enfant mort-né pesait 2 kil. 230 ; les annexes : 485 gr. : la durée totale du travail a été de 58 heures.

N° 89 (51). — Accouchement au forceps au détroit supérieur pour souffrance fœtale (circulaire du cordon) et bassin rétréci (diamètre promonto sous-pubien : 10 cent. $\frac{1}{2}$).

La mère, âgée de 34 ans, a eu une grossesse antérieure il y a deux ans avec accouchement à terme par forceps, et fille mort-née pendant le travail.

L'enfant mort-né pesait 4 kil. 020. La durée du travail a été de 9 heures : l'extraction très pénible pour la tête et pour le tronc.

N° 90 (63). — Accouchement prématuré à 6 mois. Grossesse gémellaire avec présentation du siège pour les deux fœtus.

La mère, âgée de 26 ans, a eu deux grossesses antérieures avec accouchement normal et enfant vivant. Elle est rentrée à la clinique à 6 mois ; elle perdait des eaux depuis déjà un mois, mais pas de sang.

Les deux fœtus mort-nés pesaient : 690 et 920 gr. ; les annexes : 420 gr., ne présentant qu'une masse placentaire.

N° 91 (65). — Accouchement avec embryotomie thoracique, due à une dystocie du col par dégénérescence fibreuse de l'utérus. Dilatation au ballon, échec d'une application de forceps au détroit supérieur ; version et perforation de la tête dernière.

Gros enfant de 4 kil. 900, à diamètre bi-pariétal de 10^{cm}.

N° 92 (101). — Accouchement prématuré à 8 mois avec un enfant mort et macéré.

La mère, soudeuse, ne présente pas de signes de saturnisme, mais présente une réaction de Wassermann positive dans le sang ; elle a eu en 1905 et 1909 deux grossesses avec accouchements à termes et enfants vivants, et, en 1913 et 1914, deux autres grossesses avec accouchements à 6 mois et 7 mois et enfants morts et macérés ; n'a jamais été traitée.

Dans la grossesse actuelle, les mouvements du fœtus étaient devenus plus faibles, puis avaient disparu depuis quinze jours : l'auscultation fœtale était négative.

Le fœtus macéré pesait 2 kil. 200 ; le placenta : 530 gr., était œdédié, dégénéré et blanchâtre.

N° 93 (111). — Accouchement normal à terme.

La mère, primipare de 20 ans, a présenté une longue période d'expulsion. Durée du travail : 13 heures ; durée de l'expulsion : 2 heures $\frac{1}{2}$.

L'enfant, pesant 3 kil. 570, est né étonné ; ranimé au bout de quinze minutes, mais ne criant pas et respirant mal, il est mort au bout de 24 heures. Le poids des annexes était de 650 gr.

N° 94 (112). — Accouchement prématuré à 7 mois ; enfant mort-né.

La mère, âgée de 21 ans, a eu en 1918 un accouchement à terme, mais sans témoins, avec enfant mort-né ; en 1919, un accouchement à terme avec enfant vivant et bien portant ; en 1921, un avortement à deux mois sans cause apparente ; la réaction de Wassermann est négative.

Pour la grossesse actuelle, l'arrêt de l'accouchement a été essayé infructueusement.

L'enfant pesait : 1 kil. 925 ; les annexes : 500 gr.

N° 95 (125). — Accouchement prématuré à 7 mois avec un enfant mort et macéré.

La mère, âgée de 35 ans, a eu une grossesse en 1918 avec accouchement à terme et enfant vivant et bien portant ; elle ne déclare aucun accident spécifique, mais son Wassermann est nettement positif dans le sang.

L'enfant pesait : 2 kil. 620 ; les annexes : 400 gr.

N° 96 (141). — Accouchement prématuré à 6 mois 1.

La mère, primipare de 23 ans, ne présente rien de particulier.

L'enfant, qui est mort le lendemain, pesait 1 kil. 300 ; les annexes : 300 gr.

N° 97 (154). — Accouchement prématuré à 7 mois avec rupture prématurée des membranes, procidence du cordon et insertion basse du placenta.

La mère, âgée de 36 ans, a présenté de 1903 à 1916 trois grossesses normales ; en 1920, une grossesse avec accouchement à huit mois et enfant mort quinze jours après. Dans la grossesse actuelle, la malade prétend avoir fait une chute assez forte quinze jours avant son accouchement.

L'enfant pesait 1 kil. 700 ; le placenta, du poids de 500 gr., était œdématisé et avec des zones de dégénérescence. Le père était différent pour les deux dernières grossesses.

N° 98 (184). — Accouchement prématuré à 7 mois.

La mère, âgée de 22 ans, a eu une première grossesse normale en 1919 ; mais, en 1920, elle a eu de l'alopecie, une angine, et a gardé pendant assez longtemps une plaque muqueuse de la lèvre inférieure ; son Wassermann est nettement positif.

L'enfant, du poids de 1 kil. 730, est mort quelques instants après la naissance ; les annexes pesaient 900 gr. ; le placenta était dégénéré, le liquide amniotique très abondant.

N° 99 (190). — Accouchement normal chez une primipare avec engagement pendant le travail (à la fin de la dilatation). La durée du travail a été de 24 heures. L'enfant, né avec deux circulaires serrés du cordon, présentait un bon état physique, mais est mort le quatrième jour d'hémorragie méningée.

La mère, âgée de 24 ans, n'offre rien de particulier ; sa réaction de Wassermann est négative.

Poids de l'enfant : 3 kil. 200 ; des annexes : 500 gr.

N° 100 (196). — Accouchement prématuré à 8 mois avec un enfant mort deux heures après la naissance.

La mère, primipare de 18 ans, n'offre rien à signaler.

Poids de l'enfant : 2 kil. ; des annexes : 470 gr.

N° 101 (208). — Accouchement prématuré à 8 mois : grossesse gémellaire uni-vitelline. Application de forceps en O.I.D.T. pour le premier fœtus, qui meurt le lendemain ; version par manœuvres internes pour le deuxième fœtus, mort-né.

Poids des enfants : 1 kil. 500 et 1 kil. 440 ; poids des annexes : 750 gr.

N° 102 (214). — Bassin légèrement aplati (promonto sous-pubien : 11 cent. $\frac{1}{2}$). Gros enfant. Echec du forceps sur la face au détroit supérieur. Version. Manœuvre de Champetier de Ribes. Forceps sur tête dernière.

La mère est une primipare de 22 ans.

L'enfant, mort-né, pesait 3 kil. 990.

N° 103 (221). — Accouchement prématuré à 7 mois.

La mère, primipare de 37 ans, ne présente rien à signaler.

L'enfant, né en mauvais état, meurt le lendemain. Son poids était de 2 kil. 060 ; celui des annexes, de 310 gr.

N° 104 (223). — Accouchement prématuré à 8 mois $\frac{1}{2}$ avec enfant mort le troisième jour d'hémorragie méningée.

La mère, primipare de 36 ans, présente une réaction de Wassermann négative.

Poids de l'enfant : 4 kil. 440 ; des annexes : 430 gr.

N° 105 (246). — Accouchement prématuré à 6 mois avec enfant mort et macéré.

La mère, âgée de 30 ans, a eu en 1920 une grossesse avec accouchement prématuré à 8 mois et enfant mort huit jours après : son Wassermann est positif.

Poids de l'enfant : 0 kil. 750 ; des annexes : 180 gr. ; placenta dégénéré.

- N° 106 (283). — Accouchement avec application de forceps au détroit supérieur en droite transverse pour longueur du travail.

La mère, âgée de 33 ans, a eu trois accouchements normaux en 1907, 1908 et 1909 ; elle présente de l'obésité très marquée.

L'enfant, ranimé au bout de trois quarts d'heure, meurt dix heures après la naissance ; son poids était de 3 kil. 100 ; celui des annexes : 600 gr.

- N° 107 (292). — Accouchement prématuré à 6 mois avec enfant mort et macéré.

La mère, âgée de 22 ans, a eu une grossesse antérieure avec accouchement à terme (?) et enfant mort ; sa réaction de Wassermann est positive.

Poids de l'enfant : 1 kil. 600 ; des annexes : 420 gr. ; placenta dégénéré et blanchâtre.

- N° 108 (423). — Accouchement normal avec enfant mort pendant l'expulsion.

La mère est une primipare de 24 ans ; son Wassermann est positif.

Poids de l'enfant : 3 kil. 200 ; des annexes : 680 gr.

- N° 109 (436). — Accouchement prématuré à 7 mois avec enfant mort et macéré.

La mère, âgée de 20 ans, a eu en 1920 une grossesse avec accouchement à terme et enfant vivant et bien portant ; son Wassermann est négatif.

Poids de l'enfant : 1 kil. 300 ; des annexes : 340 gr.

- N° 110 (453). — Accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$ avec procidence du cordon ; dilatation par ballon.

La mère, âgée de 26 ans, a eu une grossesse en 1920 avec accouchement à terme et enfant mort 8 jours après, de cause inconnue ; pendant sa grossesse actuelle, elle avait dû, vers le quatrième mois, garder le lit un mois pour menace d'avortement.

Poids de l'enfant : 1 kil. 250 ; des annexes : 325 gr.

N° 111 (507). — Accouchement normal, avec enfant mort-né.

La mère, âgée de 36 ans, a eu deux grossesses antérieures en 1920 et 1921, avec pour la première un enfant vivant et à terme, pour la deuxième un enfant à terme, mais mort-né.

Poids de l'enfant : 3 kil. 430 ; des annexes : 600 gr.

N° 112 (508). — Accouchement prématuré à 7 mois avec enfant mort 36 heures après la naissance.

La mère est une primipare de 18 ans.

Poids de l'enfant : 2 kil. 400 ; des annexes : 500 gr.

N° 113 (575). — Accouchement normal avec enfant mort de broncho-pneumonie le deuxième jour.

La mère, âgée de 29 ans, a eu deux grossesses antérieures normales.

Poids de l'enfant : 2 kil. 500 ; des annexes : 300 gr.

N° 114 (591). — Accouchement provoqué par ballon pour bassin rétréci (promontoire à 11 cent. $\frac{1}{2}$; faux promontoire à 10 cent.).

La mère, qui présente des sommets suspects de bacillose, à un Wassermann positif ; elle a fait une fausse couche à 2 mois $\frac{1}{2}$.

L'enfant, mort deux heures après la naissance, ne présentait pas de lésions ; son poids était de 2 kil. 270 ; celui des annexes, de 520 gr.

N° 115 (605). — Accouchement en siège décomplété mode des fesses.

La mère, âgée de 38 ans, a eu quatre grossesses antérieures normales.

L'enfant, né en état de mort apparente, puis ranimé, est mort deux jours après : à l'autopsie, il présentait un léger état congestif des bases et surtout du cerveau.

Son poids était de 3 kil. 200 ; celui des annexes, de 485 gr.

N° 116 (612). — Dystocie due à une présentation du flanc et à une hernie ombilicale du fœtus ; expulsion du contenu de la hernie avant le fœtus ; enfant mort-né.

La mère, primipare de 28 ans, n'offre rien à signaler.

Poids du fœtus : 2 kil. 200 ; des annexes : 450 gr.

N° 117 (641). — Accouchement normal avec enfant mort et macéré.

La mère, âgée de 36 ans, a fait deux fausses couches à six semaines ; son Wassermann est positif.

Poids de l'enfant : 3 kil. 020 ; des annexes : 400 gr.

N° 118 (646). — Basiotripsie pour bassin aplati et généralement rétréci avec fibrome utérin.

La mère, âgée de 38 ans, a été opérée deux ans avant pour grossesse tubaire ; son diamètre promonto sous-pubien est de 9 centimètres.

Après dilatation du col par les ballons et échec du forceps au détroit supérieur, on pratique la basiotripsie.

N° 119 (664). — Accouchement normal avec enfant mort aussitôt après la naissance.

La mère, âgée de 39 ans, a eu deux accouchements antérieurs normaux et une fausse couche.

Poids de l'enfant : 3 kil. ; des annexes : 620 gr.

N° 120 (609). — Accouchement prématuré à 6 mois ; présentation de l'épaule gauche en dorso-antérieure ; version par manœuvres internes ; enfant mort-né.

La mère, primipare de 17 ans, a fait une assez forte chute la veille.

Poids de l'enfant : 1 kil. 030 ; des annexes : 270 gr.

N° 121 (707). — Hydramnios ; accouchement par forceps au détroit supérieur ; enfant mort après la naissance.

La mère, primipare de 25 ans, n'a jamais fait de fausses couches ; son Wassermann est négatif.

Poids de l'enfant : 4 kil. 050 ; des annexes : 800 gr.

Si nous étudions les causes de morti-natalité que nous révèlent ces nombreuses observations, nous voyons que nous pouvons envisager :

- 1° Les morts pendant la grossesse ;
- 2° Les morts pendant l'accouchement ;
- 3° Les morts pendant les suites de couches.

Pendant la grossesse. — Nous trouvons 33 morts et, parmi elles, 22 dues à la syphilis, 4 dues à une insertion basse du placenta, 4 dues à l'albumine dont une avec grossesse bi-vitelline.

Pendant l'accouchement. — Nous avons 43 morts, dont 12 par bassin rétréci, 8 par présentation vicieuse, 9 par syphilis, 2 par placenta prævia, 8 par anomalie de l'accouchement, telle que rupture prématurée de la poche des eaux, inertie utérine, procidence du cordon, rétraction de l'anneau de Bandl, etc.

Pendant les suites de couches. — Nous avons 45 morts pour des causes beaucoup plus variées, parmi lesquelles se détachent surtout la syphilis, les hémorragies méningées, les bassins rétrécis et les accouchements laborieux.

Nous avons dressé trois tableaux correspondant à ces trois catégories, et y avons énuméré avec leur pourcentage les causes de la mortalité. Après quoi, suivant le même plan, nous ferons l'étude de ces causes et de leur prophylaxie.

I. — Morts pendant la grossesse.

Par morts et macérés (syphilis certaine).....	10
morts et macérés (syphilis probable).....	12
insertion basse du placenta	4
grossesse gémei. bi-vitelline avec albuminurie	1
grossesse " " avec syphilis	1
albuminurie	3
éclampsie	1
cause inconnue.....	1
TOTAL.....	33

II. — Morts pendant l'accouchement.

Par bassins rétrécis	12
présentations vicieuses	8
syphilis certaine	6
» probable	3
placenta prævia	2
rétraction de l'anneau de Bandl	1
inertie utérine (application de forceps)	2
procidence du cordon	1
rupture prématurée de la poche des eaux	1
dystocie du col	1
gros enfant (application de forceps)	1
albuminurie	1
grossesse gémellaire uni-vitelline	2
infection amniotique (forceps)	1
cause inconnue	1
TOTAL	43

III. — Morts après la naissance.

Par syphilis certaine	3
syphilis probable	9
hémorragie méningée	6
bassin rétréci	3
accouchement laborieux	6
procidence du cordon	1
infection amniotique	1
hydramnios (non spécifique)	1
fibrome utérin	1
grossesse gémel. bi-vitelline avec albuminurie	1
grossesse gémellaire bi-vitelline	2
état infectieux chez la mère (grippe)	2
bacillose pulmonaire de la mère	1
primipare jeune	1
broncho-pneumonie	2
péritonite généralisée	2
cause inconnue	3
TOTAL	45

Prenant des statistiques à diverses sources et à différentes époques, nous trouvons les résultats suivants :

De 1896 à 1906 (statistiques du Ministère de l'Intérieur).

A Paris.....	9,3 % de mort-nés
Dans les grandes villes (au-dessus de 100.000).....	6,9 % »
» moyennes villes (de 30 à 100.000) ...	6,1 % »
» petites villes (de 5.000 à 30.000).....	5,3 % »
A la clinique Baudelocque en 1893	9,756 % »

Mais avec les progrès de l'hygiène, le meilleur fonctionnement des maternités, la création de nombreuses œuvres d'assistance et de protection des femmes enceintes, le taux de la mortinatalité s'est sensiblement amélioré et nous avons, dans les statistiques publiées par le Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale :

En 1912, à Paris.....	7,5 % de mort-nés
En 1912, dans les grandes villes.....	6 % »
De 1913 à 1914, à Paris.....	7,69 % »
En 1921, à Baudelocque	9,75 % »

Nous remarquons aussi que, d'une façon générale, la mortinatalité atteint son taux maximum dans les grandes villes, et que ce taux est d'autant plus élevé que la ville est plus peuplée.

Prenant maintenant des chiffres qui nous touchent de plus près, nous avons à Bordeaux :

En 1882, une mortinatalité de	8 %
En 1910, » » »	6,6 %
En 1913, » » »	6 %
En 1914, » » »	6,5 %
En 1917, » » »	5,3 %
En 1918, » » »	6 %

Nous avons aussi recherché le taux de la mortalité pendant les trois années (1920, 1921, 1922) que nous avons étudiées à la clinique d'accouchements de Bordeaux, et comptant non seulement les enfants mort-nés, mais encore ceux morts dans les premiers jours qui ont suivi l'accouchement, nous arrivons à 121 décès sur 2.021 accouchements, ce qui nous donne un taux de 6,036 %. Et nous sommes heureux de faire remarquer que ce chiffre est très encourageant, puisque la clinique reçoit la plupart des cas difficiles de la ville, et souvent même du département.

II

Des causes de la morti-natalité.

I. — Pendant la grossesse.

Les causes de la morti-natalité peuvent agir de deux façons pendant la grossesse, soit par action directe sur le produit de conception, soit par action indirecte en modifiant la marche de la grossesse.

Comme causes de la mort du fœtus, nous trouvons la syphilis, l'albuminurie, les maladies infectieuses.

La plus grave et la plus fréquente de beaucoup est la syphilis : d'après Fournier, la syphilis anté-conceptionnelle tue le fœtus dans 60 % des cas quand la mère est malade, dans 65 % des cas quand le père et la mère sont malades.

Quand l'enfant survit, il présente des lésions dans 92 % des cas.

Nous trouvons, en effet, sur 33 cas de morts pendant la grossesse, 10 dues à une syphilis certaine, 12 à une syphilis probable, ce qui nous fait 22 sur 33. Nous avons attribué à une syphilis certaine tous les cas où la mère présentait soit des antécédents spécifiques non douteux, soit une réaction de Wassermann franchement positive. Mais nous avons trouvé aussi de nombreux cas d'enfants morts et macérés et nés avant terme, avec mère niant tout antécédent et analyse du sang qui n'avait pu être faite. Ces cas, nous les avons étiqueté « *syphilis probable* », nous basant sur les avortements antérieurs d'une part et, d'autre part, sur le rapport entre le poids placentaire et le poids du fœtus qui normalement doit être de 1/6°. Et, quand il y a défaut de parallélisme entre le poids du placenta et celui du fœtus, il faut, dit Pinard, se méfier de la syphilis.

La syphilis, qu'on a traitée de grande avorteuse, ne produit d'ailleurs pas à proprement parler l'avortement, mais elle cause la mort prématurée du fœtus laquelle est suivie, plus ou moins rapidement, de son expulsion : elle doit surtout être incriminée dans les cas où on observe une série de fœtus morts ou d'avortements chez une même femme. De plus, l'infection syphilitique est souvent aggravée par la grossesse qui rend ainsi évidente une syphilis méconnue jusqu'alors.

Il ne faudrait pas cependant considérer comme syphilitiques tous les enfants qui meurent pendant la grossesse. Les compressions du cordon par des circulaires ou des procidences produisent parfois l'asphyxie du fœtus. Les maladies infectieuses, survenant chez une femme enceinte, en plus de la gravité habituellement plus grande qu'elles présentent par le fait même de la grossesse, constituent aussi un grand danger pour le fœtus. Il est démontré aujourd'hui que les microbes peuvent infecter le fœtus à travers le placenta (cas de pneumonies et de varioles congénitales ; présence de spirochètes dans les organes du fœtus hérédo-syphilitique) ; mais, dans d'autres cas, les toxines qu'ils éliminent passant à travers le placenta jouent le même rôle et, alors, le fœtus présentera de la débilité congénitale et des signes d'intoxication.

L'insertion basse du placenta, sur l'étiologie de laquelle nous ne savons rien de bien précis, provoque des hémorragies les derniers mois, la rupture prématurée des membranes et, par suite, l'accouchement avant terme.

L'albuminurie, complication fréquente de la grossesse, se voit souvent chez des femmes bien portantes, n'occasionnant aucun accident ; il faut la déceler, non par des signes cliniques, mais par la recherche de l'albumine dans les urines. Dans une forme plus grave, elle se traduira par de l'œdème de la face et des membres inférieurs, quelques phénomènes nerveux et troubles de la vue. Mais elle peut aussi prendre une allure beaucoup plus grave : elle peut

produire des infarctus et des hémorragies placentaires, diminuant ainsi l'hématose fœtale ; d'où débilité et mort du fœtus. De plus, une autre complication peut se produire chez l'albuminurique : l'éclampsie, affection très grave et pour la mère et pour le fœtus.

Toutes les maladies peuvent d'ailleurs agir tant sur le produit de conception que sur la marche de la grossesse et toute naissance avant terme indique souvent un vice originel dont il importe de rechercher la cause.

II. — Pendant l'accouchement.

L'accouchement normal, en présentation du sommet, donne une mortalité fœtale presque nulle (0,25 %). Mais l'accouchement peut être rendu dystocique par plusieurs facteurs : le fœtus poussé par la contraction utérine subit d'abord certaines modifications plastiques pour permettre son passage dans la filière pelvienne ; il doit dilater les parties molles, souvent même aider la poche des eaux dans son rôle de dilatateur du col ; aussi son expulsion ne se fait généralement pas sans qu'il soit fortement comprimé, parfois même traumatisé, et la longueur seule du travail peut suffire à tuer le fœtus.

Nous aurons donc d'abord des causes d'ordre mécanique, telles que longueur du travail, inerties utérines, manœuvres obstétricales, pouvant influencer fâcheusement le fœtus.

L'accouchement peut être encore rendu dystocique par une cause maternelle, telle que malformation du bassin osseux et des parties molles.

Nous aurons aussi des dystocias fœtales provenant de vices de présentation (présentation du siège et surtout de l'épaule, d'excès de volume ou de malformations fœtales (hydrocéphalie), d'anomalies dans la disposition de l'œuf (procidence du cordon, circulaires).

III. — Après la naissance.

Les mêmes causes que nous avons vues pendant la grossesse et pendant l'accouchement, nous les retrouverons toutes après la naissance, mais à un degré d'intensité moindre.

Après de nombreux accouchements prématurés, et à mesure que la syphilis vieillit, la mère finira par avoir des enfants vivants : le nouveau-né présentera alors les signes de l'hérédo-syphilis (pemphigus, coryza, hypertrophie de la rate et du foie) ; il pourra même ne présenter aucun accident spécifique.

De même, dans les infections ou intoxications ; dans l'albuminurie, le fœtus pourra ne pas avoir succombé, mais il naîtra en état de débilité congénitale.

Dans les bassins rétrécis et présentations vicieuses, l'accouchement n'aura pas été assez laborieux ni la manœuvre obstétricale assez traumatisante pour tuer le fœtus pendant l'accouchement, mais il pourra présenter une hémorragie méningée qui entraînera sa mort dans les premiers jours ayant suivi la naissance.

III

De sa prophylaxie.

I. — Pendant la grossesse.

Les maladies infectieuses ont en général une marche et une évolution déterminée que notre médication ne peut guère faire varier. De même nous ne pourrions modifier une insertion basse du placenta. Mais il n'en est pas de même pour les maladies chroniques et surtout la syphilis, contre laquelle notre thérapeutique est vraiment spécifique.

Laissant aux syphiligraphes le soin de décider des périodes de contagiosité de cette maladie et d'autoriser ou non le mariage, nous nous contenterons d'ajouter qu'un traitement énergique peut permettre à la femme malade de mener à terme sa grossesse et d'avoir des enfants bien portants. Pendant la guerre, la syphilis avait pris une grande extension ; mais la lutte anti-vénérienne a été organisée d'une façon vraiment efficace : de nombreux dispensaires ont été créés, de nouveaux médicaments employés, et, grâce aux méthodes actuelles, on a pu arriver à supprimer rapidement les accidents contagieux. Il y a à compter aussi avec la syphilis héréditaire, avec la syphilis latente, insoupçonnée, qui ne se traduit par aucun accident.

Sous l'impulsion du Professeur Rivière, la Société protectrice de l'enfance a créé à Bordeaux deux consultations avec traitement pour dépister et traiter la syphilis chez les femmes enceintes : ces consultations ont lieu : rue Cabirol, tous les vendredis, sous la direction du Professeur agrégé Andérodias et du Docteur David-Chaussée, chef de clinique dermatologique; cours Saint-Louis, tous les mercredis, sous

la direction du Docteur Marc Rivière, chef de clinique d'accouchements, et du Docteur David-Chaussée.

Le traitement de l'albuminurie nous donne aussi des résultats encourageants : à chaque examen de femme enceinte, en ville, à la campagne comme dans les cliniques, on analyse systématiquement les urines; on fait la recherche de l'albumine et son dosage, le cas échéant. Aussi, dans nos observations, ne trouvons-nous que 6 cas dans lesquels l'albuminurie puisse être incriminée et un seul cas de mort du fœtus par éclampsie.

II. — Pendant l'accouchement.

Pour éviter les accouchements dystociques, un service de consultations gratuites, à l'Hôpital Saint-André (les mardis à 16 heures) et à la Clinique Obstétricale (les lundis, mercredis et vendredis à 15 heures) a été organisé, et les femmes viennent nombreuses s'y faire examiner durant le cours de leur grossesse. La Société de l'enfance a également ouvert rue Cabirol, à la Maison de l'Enfance, cours Saint-Louis, à la 1^{re} Maison de Secours du Bureau de Bienfaisance, et à la Crèche de La Bastide, des consultations hebdomadaires de femmes enceintes auxquelles sont contraintes de se présenter régulièrement toutes les femmes assistées par le Bureau de Bienfaisance.

Cet examen porte d'abord sur l'âge de la grossesse, leurs antécédents (accouchements ou avortements antérieurs), leur état général. Puis l'examen se localise à l'appareil génital; les parties molles et le bassin osseux (détroit supérieur, excavation, détroit inférieur) sont soigneusement examinés en vue d'un rétrécissement ou vice de conformation du bassin. Pour le fœtus, ce sont l'auscultation des bruits du cœur, le diagnostic de présentation et le palper mensurateur. Le médecin ayant pu ainsi prévoir une dystocie, pourra lui opposer un traitement approprié:

version par exemple pour une présentation du siège et surtout de l'épaule ; accouchement prématuré provoqué ou bien opération césarienne pour bassin rétréci. Il saura aussi prévoir une complication possible et se tenir prêt à la combattre.

III. — Après la naissance.

Nous avons ici affaire au nouveau-né pathologique.

Nouveau-né traumatisé pendant l'accouchement, la ponction lombaire pourra nous déceler une hémorragie méningée.

Nouveau-né prématuré et débile, nous savons qu'il est prédisposé au refroidissement, aux troubles digestifs, à toutes les infections. Aussi nous lui assurerons des soins de propreté minutieux ; nous le mettrons si possible dans une couveuse ; sinon, nous tâcherons de le réchauffer par des moyens de fortune (enveloppements de coton, bouillottes) ; nous aurons à employer des téterelles bi-aspiratrices ou succi-pompes, à l'alimenter à la cuillère ou par gavage, à suppléer même à l'alimentation par des injections de sérum de Quinton.

Nouveau-né syphilitique, en plus des antécédents tirés de la mère, l'examen du placenta et les symptômes constatés sur le nouveau-né lui-même pourront guider notre diagnostic ; et, si la mère n'a pas été traitée ou ne l'a été que de façon insuffisante, nous aurons à instituer d'emblée le traitement spécifique.

Et nous terminerons par quelques mots touchant les conditions de la vie de la mère pendant la grossesse. Pinard a montré que les enfants des femmes reçues pendant

la grossesse dans des refuges où elles peuvent se reposer sont plus gros, plus beaux et plus forts que ceux des femmes n'ayant cessé de travailler qu'au moment de l'accouchement. Bordeaux possède à cet effet : le Repos maternel de Gradignan, qui appartient au Bureau de Bienfaisance de Bordeaux et qui peut recevoir 45 femmes et 50 enfants ; l'Asile de Cholet, mais qui, lui, est plus spécialement réservé aux femmes accouchées et qui allaitent leurs enfants.

CONCLUSIONS

La morti-natalité reconnaît donc surtout deux grandes causes : la syphilis et l'accouchement dystocique, contre lesquels la lutte est déjà efficacement organisée.

Il y aurait lieu cependant :

- 1° De demander soit l'agrandissement, soit la création de nouveaux asiles-refuges pour femmes enceintes. ;
- 2° De continuer l'éducation du public sur le rôle néfaste de la syphilis, sur les avantages et la nécessité pour les femmes enceintes de venir se faire examiner dans le cours de leur grossesse.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

MAURICE RIVIÈRE.

Vu :

Le Doyen,

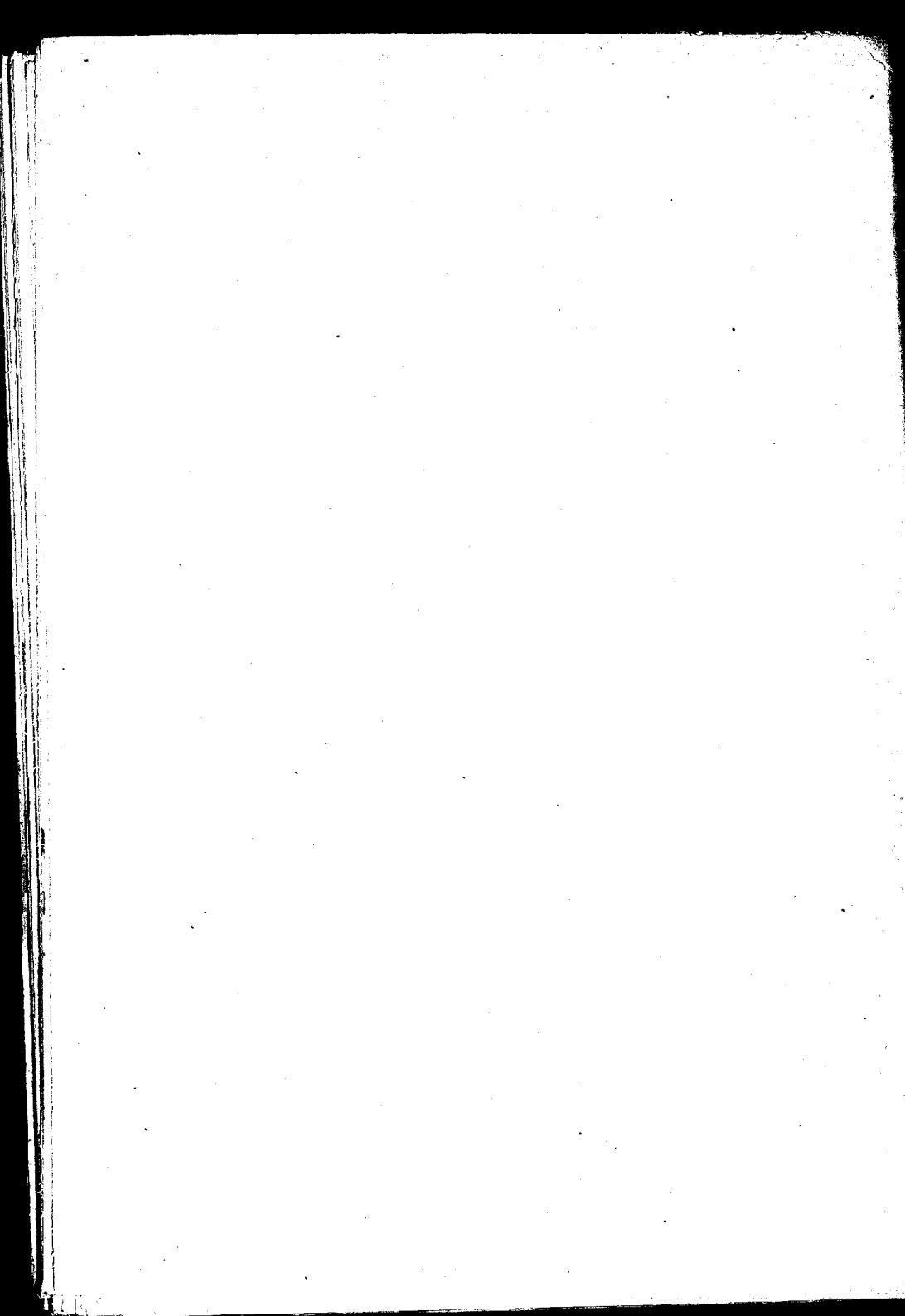
C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 Décembre 1933.

Le Recteur de l'Académie

F. DUMAS.



BIBLIOGRAPHIE

Archives de la Clinique Obstétricale de Bordeaux.

LENIEFF (Charles). — De la morti-natalité à la Clinique Baudelocque. (Thèse de Paris, 1893-1894.)

SENTEX (Jacques). — Des causes de la mort du produit de conception pendant la grossesse. (Thèse de Paris, 1900-1901.)

JOB ALAIN. — Sur le fonctionnement de la Clinique Obstétricale de Baudelocque. (Thèse de Paris, 1923.)

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.

PINARD. — Note pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine. (Académie de Médecine, 24 octobre 1895.)

1220



