

sous. Le bout périphérique saigne peu, sauf en certaines régions où les anastomoses sont larges, à plein canal et abondantes; la gravité des plaies de la main tient précisément à ces trois causes.

Si l'orifice cutané de la plaie est trop étroit pour laisser passer le sang, il se produit un *hématome pulsatile*; le sang ne sort qu'en bavant, mais s'accumule dans la profondeur, se creuse une loge aux dépens du tissu cellulaire, refoule les muscles et les aponévroses, et bientôt apparaît une tumeur fluctuante, animée de mouvements d'expansion, de battements, et siège d'un bruit de souffle. Cette tumeur cesse de battre quand on comprime l'artère à la racine du membre et s'affaisse. De graves complications peuvent en résulter, et la gangrène du membre peut suivre un hématome volumineux, qui comprime les autres vaisseaux, supprime toute circulation dans le segment sous-jacent et peut être le point de départ d'embolies dans les collatérales appelées à rétablir la circulation.

L'hémorragie secondaire apparaît, quand il y a suppuration, en général 6 à 8 jours après le traumatisme; elle peut être fort grave en raison de la difficulté d'en tarir la source, et parce que le saignement peut passer inaperçu quand la plaie est recouverte d'un volumineux pansement ouaté, ou au repos dans une gouttière.

b) *Hémorragie veineuse*. — Souvent la solution de continuité des téguments est trop petite pour se laisser forcer par le passage du sang, celui-ci s'épanche dans le tissu cellulaire sous-cutané, et donne une *ecchymose* ou un *hématome*; hématome parfois énorme, entraînant la gangrène, comme dans les fractures de l'extrémité supérieure du tibia. Si le sang coule à l'extérieur, il s'échappe en bavant, rouge foncé, presque noir; l'écoulement est continu et non en jet comme dans l'hémorragie artérielle. La respiration le modifie; il augmente par l'expiration qui élève la pression intra-veineuse, diminue au contraire dans l'inspiration. La contraction musculaire favorise l'écoulement, en comprimant et exprimant les veinules intra-musculaires.

La compression au-dessus augmente l'hémorragie, la compression au-dessous l'arrête. Le bout central ne saigne point, sauf insuffisance valvulaire, ou veines avalvulées, comme nous l'avons vu plus haut. L'asphyxie augmente l'hémorragie, et le chirurgien qui opère s'aperçoit quand le malade respire mal.

c) *Hémorragie capillaire*. — Le sang s'écoule en nappe des bords de la plaie; sa couleur est moins vive que celle du sang artériel, moins foncée que celle du sang veineux; l'hémorragie, sauf le cas d'hémophilie, est rarement abondante; cependant l'inflammation peut lui donner une certaine gravité. Enfin, certaines régions sont très vasculaires, la face, la langue, le col utérin; aussi les plaies qui s'y produisent nécessitent une hémostase soignée.

Traitement. — L'hémostase peut être *temporaire* en cas d'extrême urgence; c'est la compression au niveau de la plaie, l'élévation de la partie blessée, le repos absolu; c'est la compression à distance, à la racine du membre, compression manuelle sur l'artère elle-même, lien circulaire de fortune autour de la cuisse, du bras, etc....

L'hémostase *définitive* varie avec le vaisseau blessé.

Les artères doivent être *liées*; on emploie un fil résorbable, catgut, tendon de renne; ou non résorbable, fil de lin, soie. La ligature doit porter sur les deux segments de vaisseau coupé, surtout quand les anastomoses rendent probable

le retour du sang par le bout périphérique; ainsi à la main. Si les dégâts nécessités par la recherche de l'artère devaient être trop importants, si l'hémorragie se produisait en milieu septique, que la source du sang enfin ne puisse être découverte, il serait indiqué de lier l'artère principale du membre, ou du segment de membre, au-dessus de la plaie.

En l'absence de fil à ligature, la *forcipressure* peut suffire, aidée surtout de la *torsion* du vaisseau; pour cela, on saisit l'extrémité sectionnée dans une pince, puis on maintient l'artère à quelques millimètres au-dessus, et on tord l'extrémité du vaisseau jusqu'à ce qu'elle s'étire et se sépare. On peut encore laisser des *pincés à demeure*, 48 heures en moyenne, qui saisissent en masse les *tissus*, si l'artère ne peut être isolée.

Enfin, dans les plaies de certaines grosses artères, la suture latérale, si la plaie est partielle, ou circulaire si l'artère est complètement divisée, pourrait être utilisée [V. ARTÈRES (PLAIES)].

Pour les *veines*, le simple *tamponnement* suffit souvent; la *ligature* peut être employée, mais surtout sur le bout périphérique; le bout central ne sera lié qu'en cas de conditions spéciales déjà mentionnées; enfin la *forcipressure*, la *suture* ont été employées sur les grosses veines.

Les *capillaires* se ferment par la simple compression temporaire, par l'accolement des lèvres de la plaie; si l'hémorragie en nappe était trop abondante, on pourrait usiter un des nombreux moyens suivants, thermo-cautère au rouge sombre, irrigation d'eau froide, et application de glace, irrigations d'eau à 50 degrés; lavage avec des solutions d'antipyrine, de cocaïne, d'eau oxygénée. Si l'état général favorisait le retour des hémorragies, il faudrait instituer un traitement contre la diathèse causale. Enfin dans toute plaie, la désinfection, l'ablation des corps étrangers, préviendront les hémorragies secondaires.

Pour les *opérations* sur les tissus vascularisés, et pour celles où la plaie doit être absolument nette de tout écoulement sanguin, on fera l'hémostase *préventive*, *provisoire* ou *définitive*; c'est la compression digitale de l'artère à la racine du membre, la bande d'Ermarch. En certaines régions on fait la ligature de l'artère, la carotide externe par exemple, pour l'ablation de la langue; au crâne, un bandeau circulaire de caoutchouc comprime sur l'os le cuir chevelu, dont l'hémostase est difficile. L'hémostase des branches osseuses est réalisée par l'écrasement ou par l'application d'un mastic spécial. Enfin l'hémostase des sinus de la dure-mère peut être fort difficile à réaliser, et nécessite l'emploi de pelotes de catgut, de bouchons de pâte adhésive, qui oblitèrent la lumière du sinus et sont le point de départ d'une coagulation sanguine.

AMÉDÉE BAUMGARTNER.

HÉMORRAGIES dans les différents organes. — V. CERVEAU, INTESTIN, MÉLÈNA, MÉNINGÉES, HÉMOPTYSIE, GASTRORRAGIE, HÉMATÈMESE, ÉPISTAXIS, etc.

HÉMORRAGIES DE LA PUERPÉRALITÉ. — La question des hémorragies de la puerpéralité est pour l'accoucheur une des questions les plus angoissantes qu'il puisse imaginer, puisque quelquefois, en dépit de toute prévision et malgré la thérapeutique la plus éclairée et la plus active, une jeune femme peut mourir en quelques instants.

Au point de vue pratique les hémorragies puerpérales doivent être divisées de la façon suivante : hémorragies de la grossesse, hémorragies du travail, hémorragies de la délivrance. Nous allons ici nous occuper des deux premiers groupes, le troisième trouvant naturellement sa place à l'article DÉLIVRANCE (ACCIDENTS).

Hémorragies de la grossesse. — Les causes capables d'engendrer des hémorragies génitales au cours de la gestation, sont excessivement nombreuses. Mais certaines d'entre elles tiennent à des causes tellement spéciales qu'elles doivent faire l'objet d'articles spéciaux (V. MÔLE HYDATIFORME, GROSSESSE ECTOPIQUE, FIBROME ET GROSSESSE, CANCER DU COL ET GROSSESSE). Nous ne nous occuperons ici que des hémorragies survenant au cours d'une grossesse relativement avancée (les hémorragies des tout premiers mois se confondant avec les symptômes de l'Avortement (v. c. m.), et encore ne conserverons-nous que celles qui au point de vue pratique présentent un réel intérêt par leur soudaineté, leur importance et leur gravité.

Ces hémorragies importantes de la grossesse peuvent se diviser en deux groupes : 1° celles dont le point de départ est hors de l'utérus ; 2° celles dont le point de départ est l'utérus lui-même. Dans le premier on trouve simplement les hémorragies par rupture de varices génitales. Dans le deuxième peuvent prendre place, les hémorragies par insertion basse du placenta et les hémorragies par décollement du placenta inséré au-dessus du segment inférieur.

Hémorragies par rupture de varices génitales. — Cet accident est peu connu de la généralité des praticiens et cela est fort regrettable car il rachète son peu de fréquence par son extrême gravité.

La présence de dilatations variqueuses au niveau des organes génitaux externes est, pendant le cours de la grossesse, chose assez commune. On les rencontre indifféremment sur les grandes lèvres, sur les petites lèvres, au pourtour de l'orifice vaginal, dans la région vestibulaire, mais leur siège d'élection est le sillon interlabial droit ou gauche. La rupture des vaisseaux variqueux se produit soit spontanément à la suite d'un effort, soit à l'occasion d'un traumatisme local, ce qui est le cas le plus fréquent. Dans un cas comme dans l'autre l'hémorragie qui en résulte est soudaine, abondante. Le sang de couleur spéciale au sang veineux s'écoule en large nappe et l'hémorragie n'a que peu de tendance à s'arrêter, quoique cela ait été noté dans quelques rares observations. Plus souvent l'hémorragie, profuse, peut être mortelle, si la femme n'est pas secourue à temps et d'une façon rationnelle. Une statistique portant sur 18 cas relève 11 cas rapidement mortels. Nous croyons utile de rappeler ici que toute rupture de varices des membres inférieurs, chez une femme enceinte, est un accident grave, qui peut rapidement devenir mortel, s'il n'est convenablement traité. La rupture d'une veine variqueuse des membres inférieurs pendant la grossesse équivaut par l'abondance de l'hémorragie à l'ouverture d'une artère (Pinard).

Le pronostic sévère est lié à la rapidité du diagnostic.

Hémorragies tenant à l'insertion basse du placenta. — Ces hémorragies, dues à l'empiètement du placenta sur le segment inférieur, peuvent être beaucoup plus précoces qu'il n'est dit classiquement (V. AVORTEMENT). Il

n'en est pas moins vrai qu'elles sont un peu plus fréquentes et surtout plus redoutables dans les derniers mois.

Si l'on consulte ce que nous avons dit à l'occasion du placenta prævia (v. c. m.), on comprendra que l'hémorragie a tendance à se montrer de bien meilleure heure chez les primipares que chez les multipares, la sollicitation à l'engagement étant beaucoup plus précoce chez les premières.

Les anciens accoucheurs, partant de ce fait erroné que l'affacement du col s'effectuait progressivement dans les trois derniers mois, prétendaient que toutes les fois que l'insertion du placenta était *recouvrante*, pour employer l'expression dont nous nous sommes déjà servi (V. PLACENTA PRÆVIA), l'hémorragie était inévitable pendant la grossesse. En réalité elle n'est pas inévitable au cours de la gestation, elle est seulement beaucoup plus probable. Elle ne sera dans ce dernier cas inévitable qu'au moment du travail, c'est-à-dire au moment de l'effacement du col.

Il n'est pas besoin ici d'insister sur les causes qui déterminent le décollement placentaire (V. PLACENTA PRÆVIA).

Qu'il nous suffise de rappeler que le tiraillement *des membranes restant intactes* décolle la partie la plus déclive de la languette placentaire, en intéressant parfois tout d'abord le sinus circulaire. Les sinus utéro-placentaires béants du fait du décollement placentaire laissent échapper le sang en abondance, et l'on comprend sans peine que l'importance de l'hémorragie sera en relation directe avec l'étendue de ce décollement.

Pendant la grossesse cette désunion se produisant sans contractions douloureuses, il en résulte que l'hémorragie n'est précédée d'aucune douleur. Elle est *silencieuse* pour employer le terme consacré. Quelquefois, tout en continuant sa vie habituelle, la femme constate un petit suintement insignifiant ; elle marque sa chemise d'une petite tache rouge. Dans d'autres circonstances, l'écoulement est plus accusé : pendant la nuit, ou en se livrant assise à un travail de couture par exemple, brusquement la femme se sent mouillée par un liquide chaud qui s'écoule.

Bien qu'exceptionnellement on puisse assister à une hémorragie d'emblée très grave, la première, d'habitude, n'est ni très abondante ni très prolongée. L'écoulement s'atténue spontanément avec le repos, puis se transforme en suintement qui lui-même disparaît bientôt. Un caillot s'est formé obturant les sinus utérus. Si cet accident s'est produit à une époque assez avancée de la grossesse, il se peut que plus rien ne se montre jusqu'au moment du travail. Mais si cette première manifestation de l'insertion basse apparaît d'assez bonne heure, à un moment donné un autre décollement va pouvoir se produire et une seconde hémorragie en résulter. Et ainsi de suite pendant les derniers mois de la grossesse. L'hémorragie silencieuse a donc pour second caractère d'être à *répétition*.

A ces deux caractères on pourrait en ajouter un troisième : elle est *progressivement croissante*, car les décollements placentaires presque toujours sont chaque fois un peu plus étendus.

Chose importante à se rappeler enfin : une série d'hémorragies peut être coupée par un brusque écoulement de liquide amniotique [V. MEMBRANES (RUPTURE PRÉMATURÉE)].

Le sang qui s'écoule est du sang rouge et liquide ne contenant que peu ou pas de caillots; la raison en est qu'il s'épanche au dehors au fur et à mesure qu'il est déversé hors des sinus. Il peut cependant former quelquefois dans la cavité vaginale où il s'accumule des caillots assez volumineux, mais alors *caillots consistants et mêlés à du sang rouge*.

L'hémorragie par insertion basse du placenta constitue un événement grave de la puerpéralité, mais dont le pronostic est très variable selon la façon dont elle est combattue. Non traitée, ou traitée par les méthodes anciennes, la mortalité maternelle est de 26 à 27 pour 100; la mortalité fœtale énorme oscille entre 60 et 90 pour 100. Comme le faisait remarquer Simpson, le placenta prævia tue presque une femme sur trois, plus que le choléra et la fièvre jaune. A l'heure actuelle, le traitement rationnel appliqué à temps ne donne plus qu'une mortalité maternelle de moins de 2 pour 100 et une mortalité fœtale de 30 pour 100.

Hémorragies par décollement du placenta inséré au-dessus du segment inférieur. — Le décollement du placenta inséré au-dessus du segment inférieur, longtemps méconnu et même, assez près de nous, nié par des cliniciens de valeur est un accident à l'heure actuelle absolument démontré aussi bien par les pièces anatomo-pathologiques que par nombre de faits cliniques irréfutables.

Il est indistinctement désigné sous le nom d'*Hémorragie par décollement du placenta normalement inséré* ou *Hémorragie rétro-placentaire*; c'était l'hémorragie occulte des anciens accoucheurs.

Cet accident, assez rare, peut se montrer à toute époque de la grossesse; mais sa fréquence et son importance clinique sont incontestablement plus grandes dans le courant des derniers mois. Les causes qui déterminent le décollement du placenta inséré au-dessus du segment inférieur sont aujourd'hui bien connues. Celle qui vient immédiatement à l'esprit est le traumatisme, traumatisme extérieur qui portant sur un point correspondant à l'insertion du placenta amène le décollement de celui-ci à ce niveau. Si ce fait ne peut pas être nié (Obs. de Champetier de Ribes et de Lepage), il faut cependant savoir qu'il est absolument exceptionnel et qu'il doit être relégué très au dernier plan dans l'histoire des hémorragies rétro-placentaires; une tout autre importance a le traumatisme intra-utérin représenté par le tiraillement du placenta par le cordon ombilical naturellement ou accidentellement trop court. Ce tiraillement suffisant pour décoller le placenta est le fait ou bien d'un violent mouvement actif du fœtus ou bien d'un déplacement passif brusque de l'enfant, provoqué par un grand mouvement de la mère, tel que le fait de se courber vivement en avant par exemple.

Mais ce ne sont là encore que des causes secondaires, et la clinique nous enseigne que *presque toutes les femmes ayant des hémorragies rétro-placentaires sont des albuminuriques*. C'est une complication qui est loin d'être rare chez les éclampsiques.

La cause en est facile à comprendre: la lésion propre au placenta albuminurique est l'hémorragie intra-cotylédonaire [V. GROSSESSE (PATHOLOGIE)]; or, si le foyer hémorragique interstitiel, franchissant la caduque, fuse entre celle-ci et la paroi utérine, le décollement placentaire sera amorcé. Parfois les choses

peuvent en rester là, et au moment de la délivrance l'examen de l'arrière-faix décèle la présence d'un petit caillot plus ou moins régulièrement lenticulaire, logé dans une dépression en godet de la face utérine du placenta. Mais souvent aussi cette amorce, en rupturant quelques sinus utéro-placentaires, va déclencher une grosse hémorragie en arrière du placenta. On comprendra l'importance et la soudaineté que peuvent revêtir ces hémorragies, si l'on songe que plus le placenta se décolle plus l'hémorragie est abondante, et que d'autre part plus l'hémorragie est copieuse plus le placenta se sépare d'avec la paroi utérine.

Lorsque le point de départ de l'hémorragie est vers le centre du placenta, celui-ci peut se décoller presque complètement ne restant adhérent qu'au niveau de son pourtour. L'hémorragie reste alors à l'état d'hématome strictement rétro-placentaire; c'est l'hémorragie uniquement interné, l'hémorragie occulte. Cela est rare; habituellement l'hémorragie née en arrière du placenta décolle celui-ci jusqu'à un point quelconque du bord; le sang s'insinue entre la paroi utérine et les membranes de l'œuf, franchit le conduit cervical et s'épanche au dehors. L'hémorragie est alors mixte, pouvant être à prédominance externe ou interne.

Les symptômes de l'hémorragie rétro-placentaire sont tout à fait caractéristiques. Nous n'insisterons pas sur la douleur brusque ressentie au moment où le placenta se décolle, pas plus que sur la mollesse pâteuse que présenterait l'utérus au niveau même du siège de l'hématome; ce sont là des signes que l'on peut très exceptionnellement rencontrer.

Il en est d'autres, *constants*, qui ont une importance capitale. Tout d'abord apparaissent avec plus ou moins de brusquerie les signes d'une hémorragie interne: pâleur du visage, tendance à la syncope, petitesse et rapidité du pouls. Cet état général alarmant peut ne s'accompagner que d'un suintement sanguin insignifiant; dans tous les cas la quantité de sang qui s'écoule n'est pas en rapport avec l'anémie aiguë que présente la malade. Le sang qui s'écoule a un aspect bien particulier: il est épais, poisseux, de couleur rouge noirâtre, mêlé à des caillots noirs diffluent.

Quant à l'utérus il présente, lui aussi, une physionomie très spéciale: une chose frappe tout d'abord c'est son extrême dureté. Il est comme ligneux dans toute son étendue, à tel point que le palper du contenu est absolument impossible. A cette consistance anormale qui ne manque jamais vient se joindre d'une façon constante aussi l'augmentation de volume provoquée par l'accumulation de sang dans la cavité utérine. Il va de soi que ce dernier symptôme sera plus ou moins accusé selon que l'on se trouve en présence d'une hémorragie à prédominance interne ou à prédominance externe.

Le toucher vaginal fera reconnaître un segment inférieur dur et tendu, comme le reste de l'utérus. Il s'enfonce dans l'excavation comme une *séville de bois* (Pinard).

L'auscultation fœtale sera presque toujours négative, car dans tous les cas où l'hémorragie rétro-placentaire est autre chose qu'une curiosité anatomo-pathologique découverte après la délivrance, le décollement a été assez considérable pour tuer brusquement le fœtus.

C'est dire que pour ce dernier le pronostic est extrêmement grave; il l'est également pour la mère dont la mortalité est environ de 50 pour 100.

Diagnostic différentiel des hémorragies de la grossesse. — Les hémorragies de la grossesse que nous venons de passer en revue ont des caractères suffisamment tranchés pour qu'on puisse rapidement les distinguer les unes des autres. Ce diagnostic a une importance capitale, car à chacune d'elles répond un traitement spécial.

Tout d'abord lorsqu'on est appelé auprès d'une femme enceinte pour une hémorragie, jamais on ne doit oublier la possibilité d'une hémorragie par rupture de veine variqueuse des organes génitaux externes. Nombre de femmes ayant un accident de cette nature sont mortes parce qu'elles ont été traitées pour une hémorragie utérine. Donc, règle générale : chez toute femme enceinte qui perd du sang, examiner soigneusement les organes génitaux externes en détergeant au fur et à mesure avec un tampon d'ouate aseptique imbibé d'un liquide aseptique. Déplisser les grandes et les petites lèvres, la région vestibulaire sans oublier le sillon interlabial (siège d'élection). S'il s'agit d'une rupture de veine variqueuse, l'œil découvrira le point qui saigne. Dans certaines circonstances la région est si souillée, le sang qui s'écoule est en telle abondance que l'on usera avec avantage du tour de main suivant. Un petit tampon d'ouate ou de gaze est vivement introduit au-dessus de l'orifice vaginal; dans le cas d'hémorragie provenant des organes génitaux externes le sang continue à s'écouler sans le moindre temps d'arrêt, et le tampon peut être retiré, taché, mais non imbibé; si l'hémorragie est utérine, il y a un léger temps d'arrêt, puis le tampon rougit peu à peu, s'imbibe, et l'écoulement de sang reprend comme auparavant.

Mais ce sera là un moyen d'exception, et le plus souvent la vue seule permettra d'affirmer que la source de l'hémorragie est une rupture de veine variqueuse.

Si cet examen, rapidement et consciencieusement fait, affirme au contraire qu'il s'agit d'une hémorragie utérine, il n'y aura plus qu'à différencier l'hémorragie par insertion basse du placenta de l'hémorragie rétro-placentaire. Ici encore le diagnostic sera facile, tellement sont tranchés les caractères de chacune d'elles.

Aspect du sang.	Rouge. Sang liquide seul ou mélangé à des caillots consistants.	Hémorragie par insertion basse.
	Noir. Épais, poisseux, contenant des caillots diffluent.	Hémorragie rétro-placentaire.
Quantité de sang épanché.	Plus ou moins abondante, mais toujours en rapport avec l'état d'anémie aiguë constatée chez la malade	Hémorragie par insertion basse.
	Souvent très modérée. — Quelquefois insignifiante par rapport aux signes d'hémorragie aiguë très accusée. — Parfois nulle malgré ces signes . . .	Hémorragie rétro-placentaire.
Palper.	Utérus de dimension normale et de consistance habituelle. — Examen possible du fœtus par le palper. Jamais d'engagement	Hémorragie par insertion basse.
	Utérus volumineux. — Augmentation subite. — Dureté ligneuse. — Impossibilité de palper le contenu utérin	Hémorragie rétro-placentaire.
Toucher vaginal.	Segment inférieur souple et élevé. — Col dévié sans relation avec l'inclinaison utérine. — Quelquefois empatement d'une portion du segment inférieur.	Hémorragie par insertion basse.
	Segment inférieur tendu, refoulé dans l'excavation comme une sébille de bois	Hémorragie rétro-placentaire.

Traitement. — Comme nous le disions tout à l'heure, à chacune de ces trois sortes d'hémorragies de la grossesse correspond un traitement approprié.

Hémorragies par rupture des varices vulvaires. — Ici la conduite à tenir est d'une simplicité extrême; c'est le traitement chirurgical de la plaie des veines. Comme traitement d'attente, la compression digitale, ou le pincement entre deux doigts du vaisseau rompu. Mais ne pas s'en tenir à cette simple compression même si l'écoulement est momentanément tari. Le caillot formé peut après le départ du médecin se déplacer, et une seconde hémorragie peut tuer la malade. On ne sera en sûreté qu'après avoir posé une ligature au fil résorbable ou non au niveau du vaisseau rompu. Ceci, bien entendu, avec tous les soins d'asepsie désirables.

Hémorragies par insertion basse du placenta. — Dans le cas où le diagnostic d'insertion basse du placenta a été fait avant tout accident (V. PLACENTA PREVIA), songer que l'on peut dans une très large mesure prévenir les complications et en particulier l'hémorragie. Ce traitement préventif ou prophylactique consistera à faire tous ses efforts pour que le segment inférieur ne soit ni distendu ni descendu pendant la grossesse. Ceci sera réalisé au mieux en écartant les présentations du tronc et en empêchant dans la mesure du possible la sollicitation à l'accommodation pelvienne.

Pour cela on devra exiger le repos absolu au lit. En agissant ainsi on arrivera; on ne peut pas dire toujours, mais dans un assez grand nombre de circonstances, à mener des grossesses à terme même chez des primipares ayant un placenta empiétant largement sur le segment inférieur.

Le même traitement sera appliqué à titre curatif aux hémorragies à répétition, assez espacées et de faible importance. Cette temporisation a un très gros intérêt quand la grossesse est encore assez éloignée du terme et elle peut être prolongée sans danger, tant que le pouls maternel, à l'état de calme, bat moins de cent fois par minute (Pinaré). Mais si l'hémorragie se répète à intervalles rapprochés, si chaque fois l'écoulement devient plus important et enfin et surtout si le pouls maternel ayant tendance à s'accélérer arrive à cent d'une façon permanente, la temporisation n'est plus de mise et l'on doit recourir sans hésiter à la rupture large des membres (procédé de Pinaré), qui est le moyen le plus rapide et le plus efficace pour tarir l'écoulement sanguin et en même temps le moins dangereux au point de vue de l'infection.

Au préalable, on essaiera de se rendre compte par le palper et par le toucher du degré d'empiètement du placenta sur le segment inférieur. S'il s'agit sans doute d'une insertion latérale on aura avantage à laisser ou à mettre en bas la tête fœtale, présentation d'un meilleur pronostic pour l'enfant. Dans le cas d'insertion marginale et à fortiori d'insertion recouvrante, il sera préférable de ramener le siège en bas, si la chose est possible.

Ceci fait on se mettra alors immédiatement en mesure de rompre les membranes. C'est souvent très simple. Pendant que la main gauche contient et abaisse l'utérus, l'index de la main droite franchit le canal cervical plus ou moins facilement selon son degré de perméabilité, et arrive au contact des membranes. En faisant pousser légèrement la malade ou en attendant une contraction indolente, les membranes de l'œuf se tendront et un coup de doigt les rompra; puis par un mouvement de va-et-vient l'index les dilacérera aussi lar-

gement que possible. Si les membranes sont fuyantes, résistantes, en un mot inattaquables par le doigt, un perce-membranes quelconque, pourvu qu'il soit assez mince, assez long et bien aseptisé, sera glissé à côté du doigt. Un petit coup légèrement donné encochera le faisceau membraneux et le doigt achèvera en agrandissant la déchirure.

Une certaine difficulté est représentée par ce fait que les membranes quelquefois ne sont pas directement accessibles; le doigt trouve au-dessus de l'orifice interne des caillots et des cotylédons placentaires. En se dirigeant du côté opposé à celui où doit se trouver la majeure partie du placenta (ce que l'exploration du segment inférieur par le palper et le toucher ont montré) et en tâtonnant un peu, le doigt finit par arriver sur le bord du placenta, prend contact avec les membranes et les déchire comme tout à l'heure, soit seul, soit avec l'aide d'un perce-membranes.

Ce procédé, très simple, suffit le plus souvent à conjurer le danger; l'hémorragie s'arrête, et dans les cas d'insertion latérale tout au moins, la grossesse n'en est pas fatalement interrompue. Après la rupture artificielle des membranes, comme après la rupture spontanée, on a vu s'écouler encore plusieurs semaines avant la déclaration du travail, ce qui est pour le fœtus un avantage appréciable, si on intervient à un moment encore assez éloigné du terme. Néanmoins la règle est que les premières contractions du travail suivent de près l'ouverture de l'œuf.

On peut donc, après la rupture des membranes, temporiser, mais cette expectation sera toujours une expectation *attentivement armée*. Si à la suite de cette rupture large l'hémorragie persiste, même en petite quantité, si l'enfant donne des signes de souffrance, et enfin par-dessus tout si le pouls de la mère, s'accéléralant progressivement, arrive à être d'une façon permanente au-dessus de 100, quel que soit l'âge de la grossesse, on doit instituer le traitement curatif définitif représenté par l'évacuation totale de l'utérus.

Le moyen le plus sûr et le moins traumatisant pour arriver à ce but est l'emploi du ballon de Champetier de Ribes. Celui-ci introduit en entier au-dessus de l'orifice utérin et gonflé, s'accommode admirablement au segment inférieur et comprime contre lui la portion décollée du placenta. Il fait donc l'hémostase par compression en même temps qu'il met en train les contractions utérines. S'insinuant en coin comme une poche d'eau à travers le col, il l'efface puis dilate l'orifice utérin. Au bout d'un temps variable la dilatation complète est effectuée. Au moment où l'orifice utérin est traversé par le ballon bien gonflé, celui-ci sera enlevé. S'il s'agit d'une présentation du sommet qui s'est engagée derrière le ballon, l'accouchement sera terminé par une application de forceps. Si la tête resté élevée, mobile, ayant au-devant d'elle une plus ou moins grande partie de placenta, ou s'il y a une procidence du cordon, la version sera certainement préférable.

Mais il peut se faire que le praticien, négligent, ne possède pas de ballon de Champetier, ou que, malheureux, le seul qu'il a dans sa trousse, éclate au moment où il le gonfle, ou avant qu'il ait terminé son office. L'indication pressante de vider l'utérus n'en persiste pas moins.

Si l'enfant n'est pas viable ou a succombé, on devra tâcher d'amener le siège en bas soit par manœuvres externes, soit par manœuvres mixtes; un pied

sera attiré dans le vagin, et le pôle pelvien faisant office de tampon interne sera appliqué sur le segment inférieur. A partir de ce moment on sera maître de l'hémorragie, et le sacrifice de l'enfant étant fait, on termine peu à peu l'extraction du fœtus avec la lenteur et la douceur que réclament les parties maternelles, en songeant que dans les cas de ce genre le segment inférieur très vascularisé et très friable est tout disposé à la rupture.

Si l'enfant est vivant et viable, le mieux sera, avant de songer à l'extraction fœtale, d'ouvrir l'utérus avec l'instrument que l'accoucheur a toujours avec lui. La dilatation sera effectuée avec un, deux, trois, quatre doigts, puis avec la main entière, doucement, progressivement, en tenant compte toujours de la résistance du pourtour de l'orifice utérin.

Après cette dilatation manuelle, l'extraction du fœtus se fera comme après la dilatation au ballon, ainsi que nous venons de l'exposer. Sauf chez les grandes multipares, cette extraction sera d'ordinaire moins rapide et moins facile qu'après la dilatation au ballon, car après l'emploi de ce dernier la dilatation est véritablement complète, tandis qu'elle reste toujours approximative à la suite de la dilatation manuelle, de quelque façon qu'elle soit faite.

Il sera prudent ensuite de poursuivre jusqu'au bout la déplétion utérine totale et de terminer par la délivrance artificielle, car dans les cas graves, il faut à tout prix éviter une hémorragie nouvelle.

Dans l'hémorragie par insertion vicieuse l'accouchement accéléré restera un procédé d'exception; la rupture des membranes seule, ou associée au ballon de Champetier, reste la base du traitement de cette redoutable complication.

Hémorragie rétro-placentaire. — Le traitement prophylactique se confondra le plus souvent avec le traitement de l'auto-intoxication gravidique, dès ses premières manifestations. Lorsque l'hémorragie est de très faible intensité, reconnaissable seulement à l'écoulement de sang noir caractéristique, mais ne déterminant chez la mère que des troubles nuls ou insignifiants, le traitement pourra consister dans la simple rupture des membranes. Mais aux hémorragies rétro-placentaires, dont nous avons décrit les symptômes alarmants, il faut opposer un traitement radical, l'évacuation utérine rapide représentée par l'accouchement accéléré.

Si dans l'hémorragie par insertion basse du placenta, l'accouchement provoqué accéléré est un procédé d'exception, au contraire dans l'hémorragie rétro-placentaire, il sera d'emblée le procédé de choix. Je dis d'emblée car ici toutes les autres méthodes sont illusoires, et les essayer serait perdre un temps précieux.

Le ballon de Champetier lui-même, de même que le tampon pelvien appliqué contre le segment inférieur auront une influence nulle sur l'arrêt de l'hémorragie, puisque c'est au-dessus que cela saigne.

Le médecin devra donc, aussitôt son diagnostic posé, recourir à l'accouchement accéléré, non pas au ballon trop lent, mais à la main qui souvent en quelques minutes peut ouvrir suffisamment l'utérus pour laisser passer un fœtus dont il n'y a du reste aucun inconvénient à réduire le volume, puisque dans tous les cas graves la mort de l'enfant suit presque instantanément le décollement placentaire.

Mais quelquefois l'hémorragie rétro-placentaire est un accident si brutal que

l'accouchement accéléré *sans violence* n'est pas capable de répondre à l'urgence de la situation. Pendant que l'on s'attaque au col utérin, l'état général de la femme devient de plus en plus mauvais, on insiste pour accélérer la dilatation mais les tissus maternels résistent et on sent que l'on est tout près de provoquer une rupture utérine. Mieux vaut alors abandonner la voie basse et puisque la nécessité de vider l'utérus reste non seulement impérieuse, mais absolument immédiate, on devra recourir à la voie haute (Pinard), sûrement rapide et certainement aussi moins grave que les efforts vains de pénétration ou que la rupture qui va en résulter.

Cette détermination extrême, très rationnelle du reste, ne sera imposée très vraisemblablement que d'une façon exceptionnelle, et le plus souvent la dilatation manuelle permettra d'ouvrir l'utérus sans violence et avec une rapidité suffisante.

Hémorragies du travail. — De même que pour les hémorragies de la grossesse, nous devons éliminer ici les hémorragies tenant à un fibrome utérin, à un cancer du col, voire même celles qui sont la conséquence d'une rupture utérine, grave accident qui fait l'objet d'un article spécial (V. RUPTURE UTÉRINE).

Cette élimination va nous permettre d'être très bref, car nous allons rencontrer pendant le travail les mêmes causes d'hémorragie que pendant la grossesse, et même si nous supprimons les ruptures de veines variqueuses qui au point de vue pratique n'offrent plus maintenant d'intérêt qu'après l'accouchement, nous restons en présence seulement des hémorragies par insertion basse et des hémorragies rétro-placentaires.

Or, les unes et les autres présentent pendant le travail des symptômes identiques à ceux que nous venons d'étudier pendant la grossesse, et le diagnostic différentiel se basera sur les mêmes caractères distinctifs que pendant la gestation. Quelques mots peuvent être cependant ajoutés à l'occasion du traitement qui au moment du travail sera d'une façon générale plus facile et comme détermination à prendre et comme exécution.

Traitement de l'hémorragie par insertion basse pendant le travail. — Ainsi que nous venons de le dire, la détermination à prendre est plus facile que pendant la grossesse, puisqu'il n'y a pas à discuter la question de son interruption. Le tout est de combattre l'hémorragie, en faisant naître l'enfant dans les meilleures conditions.

On devra tout d'abord se préoccuper de la présentation du fœtus et exiger toujours une présentation longitudinale. Si l'enfant est vivant, viable, et si l'on possède un ballon de Champetier (indispensable dans toute trousse d'accoucheur), la présentation du sommet devra être réalisée de préférence. Si l'enfant est non viable ou a déjà succombé lorsqu'on est appelé auprès de la malade qui perd du sang, si l'on n'a pas à sa disposition le ballon que l'on devrait avoir, la présentation du siège est plus avantageuse.

Cette question de présentation étant résolue, on doit rompre les membranes, ce qui pendant le travail est presque toujours très facile. Si les cotylédons placentaires recouvrent complètement l'orifice, on doit s'orienter comme nous l'avons déjà exposé à propos des hémorragies de la grossesse, rechercher le bord du placenta le plus rapproché, le refouler et déchirer largement les mem-

branes. Ce moyen est *toujours préférable* au procédé qui consiste à aller de l'avant, tout droit en passant au travers de la portion recouvrante du placenta.

Si à la suite de la rupture des membranes, l'hémorragie s'arrête complètement et si l'enfant ne donne aucun signe de souffrance, ce qui arrive presque toujours s'il s'agit d'une insertion latérale, on laissera le travail poursuivre son cours et s'achever spontanément. Si l'hémorragie persiste, à la rupture des membranes feront suite ou l'application du ballon, ou l'extraction progressive du siège, en tenant compte des circonstances déjà exposées à propos des hémorragies de la grossesse.

Quant à l'accélération du travail par dilatation manuelle et extraction immédiate *sans violence*, elle trouvera sa place toutes les fois que l'on sera appelé auprès d'une parturiente chez laquelle l'insertion basse a provoqué des hémorragies profuses et des phénomènes d'hémorragie aiguë qui commandent une déplétion utérine aussi rapide que possible (pâleur cireuse, sueurs froides, état du pouls notablement au-dessus de 100).

Traitement de l'hémorragie rétro-placentaire pendant le travail. — Si cette hémorragie s'annonce par des phénomènes généraux graves, il ne faut pas compter sur la rupture des membranes, ni s'attarder aux injections chaudes, au ballon de Champetier. Puisque pendant la grossesse l'accouchement provoqué accéléré est le traitement de choix, l'accélération du travail devient ici la seule méthode capable de donner des succès. La dilatation sera achevée aussi rapidement que le permettra la résistance des lésions maternelles. Si l'orifice utérin ne cède que lentement et avec difficulté, au lieu de poursuivre une dilatation absolument complète, on devra s'arrêter à une dilatation suffisante pour permettre le passage du fœtus réduit dans son volume par embryotomie.

La délivrance artificielle et l'évacuation totale du sang accumulé devront suivre immédiatement l'extraction fœtale.

Enfin, comme pendant la grossesse, il resterait encore la dernière ressource de l'attaque par voie haute du foyer de l'hémorragie. L'action chirurgicale serait certainement moins grave que ne le seraient les délabrements consécutifs à une extraction véritablement forcée.

Si les diverses sortes d'hémorragie de la grossesse et du travail possèdent chacune leur traitement direct pour ainsi dire spécifique, elles comportent toutes une même thérapeutique générale, celle de l'hémorragie aiguë qui sera instituée selon l'urgence, antérieurement, conjointement ou postérieurement au traitement direct. Je rappelle simplement ici le thé, le café, l'alcool à haute dose et particulièrement le vin de Champagne frappé, les injections hypodermiques d'éther et de caféine.

L'immobilité absolue, la tête basse, sera rigoureusement ordonnée. Enfin on fera bénéficier les malades de l'action puissante du sérum salé sous forme très simple et très active de transfusion hypodermique. G. FIEUX.

HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE, DE L'AVORTEMENT, DU NOUVEAU-NÉ. —

V. DÉLIVRANCE, AVORTEMENT, NOUVEAU-NÉ.