la crâniotomie, s'il était mort, ou s'il avait dû souffrir beaucoup de la lenteur du travail.

B. *L'enfant est passé en partie dans la cavité abdominale.* — Toutes les fois qu'une partie de l'enfant est renfermée dans l'utérus, l'autre étant engagée dans l'abdomen à travers la crevasse, on doit encore chercher à l'extraire par les voies naturelles, en agissant sur la partie qui est restée dans l'utérus, ou qui est déjà engagée dans le col ou dans le vagin. Si la partie qui se présente était très-éloignée et que la main ou les instruments n'eussent pas sur elle une prise suffisante, il faudrait aller, à travers la crevasse, chercher les pieds de l'enfant que l'on ramènerait dans le vagin. Le passage des eaux et d'une partie du fœtus peut avoir déterminé la rétraction de la matrice, et les bords de la rupture, participant à cette rétraction, peuvent se trouver resserrés sur le tronc de l'enfant et rendre le passage de la main impossible; on pourrait alors, suivant le conseil de quelques accoucheurs, se servir de l'instrument tranchant et agrandir la plaie de l'utérus pour se frayer un passage: mieux vaudrait cela que de pratiquer l'opération césarienne.

C. *L'enfant est tombé complétement dans la cavité abdominale.* — Si l'organe n'est pas revenu sur lui-même, si le col est suffisamment dilaté ou dilatable, si la rupture utérine est assez large encore pour laisser passer la main et le fœtus, conditions qui ne se rencontrent guère que quand la rupture s'est faite au col de l'utérus, on doit, comme dans le cas précédent, aller chercher les pieds jusque dans la cavité du ventre, les ramener par la crevasse, le col, le vagin, et extraire le fœtus par les voies naturelles. Après cette extraction, la main serait introduite de nouveau dans la cavité utérine, pour extraire le délivre, déterminer la rétraction de l'organe, et prévenir l'étranglement d'une anse intestinale, s'il en restait une portion engagée dans la crevasse.

Si par hasard le placenta était tombé dans la cavité péritonéale, il faudrait s'empresser de l'en extraire en introduisant de nouveau la main par la crevasse. Il faudrait aussi en même temps chercher à extraire les caillots sanguins formés dans le ventre.

Dans les cas où une pareille manœuvre est impossible, on n'a de ressource que dans l'opération césarienne, à moins que, effrayé par les conséquences fâcheuses de cette opération, on n'aime mieux abandonner le fœtus dans la cavité péritonéale, et laisser courir à la femme tous les dangers auxquels l'expose une pareille détermination. La mort de l'enfant bien constatée, l'arrêt de l'hémorrhagie pourrait *peut-être* légitimer cette dernière façon d'agir, surtout si l'on n'arrivait auprès de la femme que quelques heures après l'accident: elle ne serait jamais excusable si le fœtus était vivant, et si l'on n'avait pas la conviction que l'utérus, complétement rétracté, ait oblitéré les vaisseaux qui fournissaient le sang; la gastrotomie devra être pratiquée sur-le-champ.

2° *Pendant les derniers mois de la grossesse.* — L'extraction de l'œuf est encore ici ce qu'il y a de plus sage à faire. Elle est même impérieusement indiquée quand l'enfant est vivant et que la grossesse a dépassé le septième mois. La gastrotomie, la dilatation forcée du col, les débridements pratiqués sur le col, sont alors les moyens proposés. L'opération césarienne sera pratiquée lorsque le fœtus aura été déplacé (voy. *Opérations césariennes*). S'il est resté dans la cavité utérine, on cherchera à dilater artificiellement le col, ce qui sera souvent possible lorsque la femme sera près du terme, lorsque surtout elle aura déjà eu plusieurs enfants. On pourait encore rendre plus facile l'introduction de la main, par des incisions pratiquées sur le pourtour du col. Mais ces tentatives doivent être faites avec la plus grande prudence, et pour peu qu'elles offrent de difficultés et qu'elles nécessitent un temps très-long, il faut y renoncer et se frayer un passage à travers la paroi abdominale.

3° *Pendant les premiers mois de la grossesse.* — La plupart de nos maîtres donnent le conseil d'abandonner, dans ce cas, la malade aux ressources de la nature, de s'abstenir de toute opération, et de se borner à combattre les accidents consécutifs. Or, dit M. Duparcque, trois nouvelles indications se présentent: 1° prévenir ou arrêter les troubles de l'innervation, en relevant le moral de la femme instinctivement frappée de craintes et d'inquiétudes, en administrant les antispasmodiques diffusibles par la bouche, la peau et les voies respiratoires; 2° combattre ou prévenir l'hémorrhagie par la compression abdominale, la compression de l'aorte, les réfrigérants, etc.; 3° prévenir et combattre l'inflammation qui succède ordinairement aux déplacements de l'œuf par l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux.

ARTICLE II

DES RUPTURES DU VAGIN

Les parois du vagin peuvent se déchirer pendant l'accouchement. Mais, à cause des différences qu'elles présentent suivant le point du canal que ces ruptures occupent, on a l'habitude d'étudier séparément les déchirures de l'extrémité supérieure de la partie moyenne et de l'extrémité inférieure.

Les deux dernières sont assez peu graves en général, ou du moins les dangers et les indications qu'elles présentent sont plutôt du ressort du chirurgien que de l'accoucheur. A l'exception, en effet, du thrombus de la vulve, qui peut, comme nous l'avons vu, nécessiter pendant le travail l'intervention de l'art, toutes les autres déchirures ne sont fâcheuses pour la femme qu'autant qu'elles l'exposent à des fistules vésico- ou recto-vaginales, dont nous ne devons pas traiter ici d'une manière spéciale. Au contraire, les déchirures qui occupent l'extrémité supérieure du canal vulvo-utérin méritent de fixer un instant notre attention, car elles peuvent, comme les ruptures de la partie inférieure de l'utérus, devenir causes de la dystocie.

Les déchirures de la partie supérieure du vagin peuvent être le résultat de tractions ou de pressions directes. Les tractions exercées sur la partie supérieure du vagin peuvent être dues à la contraction utérine, au refoulement artificiel de la matrice ou de la partie de l'enfant qui se présente; enfin, à tout acte des

parois abdominales ou tout mouvement du tronc ayant pour effet de redresser, de remonter la matrice. Voilà comment, suivant M. Duparcque, la contraction utérine peut seule produire une déchirure transversale du vagin. La tête de l'enfant étant bloquée sur le détroit supérieur ou plus ou moins engagée dans l'excavation, et ne pouvant pénétrer plus avant à cause des résistances qu'elle rencontre, la matrice, continuant de se contracter, se retire, pour ainsi dire, de l'enfant. Les bords de l'orifice, attirés vers le fond de l'organe, remontent donc et abandonnent graduellement et quelquefois complétement la tête engagée. Il en résulte conséquemment que le vagin se trouve soumis à une traction active, proportionée à l'énergie des contractions utérines, et que, n'opposant qu'une résistance passive, peu à peu affaiblie par la distension et la compression qu'il subit, il finit par céder en se rompant.

Il est facile de comprendre comment agissent, dans la production de ces déchirures, les efforts que l'on pratique quelquefois dans la version pour refouler la partie qui se présente, ou pénétrer de vive force dans le col, et porter la main jusqu'au fond de l'utérus; du reste, une fois commencée, cette rupture transversale peut aller au point de séparer presque en entier l'utérus du vagin. Quant aux déchirures et perforations vaginales, résultats de pression directe, elles sont ordinairement produites par une application de forceps mal faite, ou par le séjour longtemps prolongé de la tête à la partie supérieure de l'excavation.

Les signes de cette rupture et les accidents auxquels elle donne lieu sont les mêmes que ceux de la rupture utérine, seulement ils sont moins graves et moins intenses. La douleur est moins vive au moment où l'accident se manifeste: quelquefois même elle est confondue avec la douleur causée par la contraction, et l'on ne se doute de l'existence de déchirures qu'en recherchant un peu plus tard quelle peut être la cause de l'arrêt du travail. Du reste, l'enfant peut encore ici conserver la place qu'il occupait, passer en partie ou en totalité dans l'abdomen. Si la tête est déjà engagée dans l'excavation, et que la rupture aît lieu au point de jonction du vagin avec le col, ou seulement dans un point plus élevé que celui où se trouve la tête, le plus souvent il n'y a pas de déplacement. Toutefois, quand la déchirure est très-étendue, la tête peut rester fixée dans l'excavation; mais le tronc peut être repoussé dans la cavité du ventre par le retrait subséquent de la matrice, dont l'orifice, n'étant plus retenu par les liens vaginaux, remonte et se retire vers le fond de l'organe, abandonnant ainsi le fœtus qu'il ne peut expulser. Quant au passage complet de l'enfant dans l'abdomen, il a rarement lieu, et il est toujours la conséquence du refoulement de la tête par les tentatives mal exécutées de délivrance. Dans tous les cas, ce passage, qu'il soit complet ou incomplet, a ordinairement lieu de manière que l'extrémité pelvienne s'engage le premier dans la crevasse.

On a vu quelquefois une portion assez considérable d'intestin s'échapper à travers une déchirure du vagin; il est évident que la réduction de la portion herniée doit être pratiquée le plus tôt possible. Malgré la facilité que la réduction paraît devoir présenter dans ces cas, elle a parfois été impossible, et Bruns cite, d'après le docteur Kerver, une rupture du vagin compliquée d'une hernie intestinale qui avait une aune de long. La réduction fut impossible, et l'intestin se gangrena. Les matières fécales passaient par le vagin; mais au bout de quelque temps, elles sortirent par l'anus. La malade se rétablit.

Le pronostic est beaucoup moins grave que celui des ruptures utérines. L'hémorrhagie et les inflammations consécutives sont, en effet, beaucoup moins à craindre; et, de plus, il sera toujours possible d'extraire le fœtus par les voies naturelles.

Cette extraction par le vagin est alors la seule indication qui se présente. Si la tête est restée en place, il faut appliquer le forceps. Si ce n'est pas elle qui se présente, on ira chercher les pieds à travers la crevasse du vagin, que l'on agrandirait au besoin avec l'instrument, si elle n'était pas assez étendue ou si elle offrait quelque résistance. On ne doit avoir recours à l'opération césarienne, même quand le fœtus est passé tout entier dans la cavité péritonéale, qu'autant qu'un rétrécissement du bassin rend impossible le passage du fœtus par les voies naturelles.

CHAPITRE XI

DE L'HÉMORRHAGIE PUERPÉRALE

L'hémorrhagie est certainement un des accidents les plus fréquents et en même temps les plus graves qui puissent se manifester chez les femmes enceintes, avant, pendant ou après le travail de l'accouchement. Le plus souvent mortelle pour le fœtus, quand elle survient à une époque peu avancée de la grossesse, elle expose toujours la femme aux plus grands dangers, quelle que soit l'époque à laquelle elle se manifeste. Sous le double rapport du salut de la mère et de la vie de l'enfant, c'est donc un phénomène pathologique qui doit intéresser au plus haut degré, non-seulement tout médecin qui se livre spécialement à la pratique des accouchements, mais encore tous ceux qui exercent la médecine, car tous peuvent être appelés dans un danger pressant, et tous peuvent, par des soins mal ou bien administrés, compromettre ou sauver les jours de deux êtres également chers. L'importance du sujet légitime donc les détails dans lesquels nous nous proposons d'entrer au sujet de l'hémorrhagie.

Nous nommons *hémorrhagie puerpérale* (ou hémorrhagie qui survient pendant l'état puerpéral) tout accident hémorrhagique dont les femmes peuvent être atteintes pendant la grossesse comme pendant le travail et les suites de couches, comprenant sous cette dénomination, non-seulement les pertes de sang qui ont leur source et leur siége dans les organes génitaux, le fœtus et ses annexes, mais encore tous les épanchements qui peuvent se faire dans le tissu des principaux viscères, et qui reconnaissent pour cause l'exagération des modifications que la grossesse imprime à la circulation générale. Nous avons déjà