être produit avant la rupture des membranes par des mouvements désordonnés du fœtus, mouvement suscités probablement par la gêne même que les circulaires du cordon lui font éprouver. Après l'écoulement des eaux et pendant l'expulsion du fœtus, le cordon, raccourci, se trouve tendu comme une corde; sa tension augmente à mesure que la tête se rapproche de la vulve, et alors sa rupture peut seule, le plus souvent, permettre à cette expulsion de se compléter [1].

La brièveté trop grande du cordon peut, suivant la plupart des accoucheurs, produire une perte, en déterminant le décollement prématuré du placenta. Ce décollement par tiraillement du cordon me paraît assez difficile à concevoir. Pendant la contraction utérine, en effet, le placenta est fortement pressé en dehors par l'utérus, en dedans par la liqueur amniotique, ou mieux encore par

ont été très-heureuses, et ses enfants sont tous nés vivants et très-forts. Sur le point d'accoucher du cinquième, madame H... me fit appeler le 17 janvier dernier, à six heures du matin. J'appris, à mon arrivée, que les eaux s'étaient écoulées et qu'au moment de la rupture des membranes il était sorti du sang avec les eaux. Les mouvements de l'enfant s'étaient fait sentir la veille jusqu'au soir; madame H..., avait dormi toute la nuit, et ne s'était éveillée qu'au moment de la rupture des membranes. Je pratiquai le toucher, et je trouvai le sommet de la tête en position occipito-iliaque gauche postérieure, et une dilatation de 3 centimètres. Le travail marcha d'une manière régulière, mais un peu lente; l'écoulement du sang continua, mais avec peu d'abondance, et à dix heures du matin madame H... mit au monde un enfant mort qui se dégagea en position antérieure.

» Etonné de la mort de cet enfant dont la face était peu colorée, dont le développement était parfait, dont les mouvements n'avaient cessé d'être sentis qu'au moment où la mère s'était endormie, je cherchai la cause de cet accident, et je la trouvai dans le cordon ombilical, aussitôt que j'eus extrait le placenta. En effet, ce cordon était inséré sur les membranes à 8 centimètres du placenta : les vaisseaux qui le constituaient, s'étant séparés, rampaient dans les membranes et venaient se rendre à la circonférence du placenta : un de ces vaisseaux appartenant à la veine ombilicale était déchiré à 3 centimètres de son insertion au placenta, c'était précisément en cet endroit que les membranes elles-mêmes avaient été rompues. Je conclus dès lors que la mort était due à l'hémorrhagie causée par la rupture du vaisseau veineux, et je m'expliquai alors pourquoi cet écoulement de sang avait commencé au moment même de la rupture des membranes. J'ai conservé cette pièce, qui sera placée dans le musée de l'école de médecine de Reims. »

Ce fait, quoique très-rare, pourrait cependant se reproduire, puisque cette disposition des vaisseaux du cordon a été mentionnée déjà un assez bon nombre de fois. Il ne peut amener de danger pour l'enfant qu'autant que la rupture de la poche a lieu sur le trajet d'une des ramifications veineuses ou artérielles. Si, comme dans le cas qui nous occupe, le rameau vasculaire existait sur la portion de membrane engagée dans le col, on pourrait prévoir ce qui va arriver; mais alors quel moyen employer pour éviter la perte ? Eh bien ! retarder autant que possible la rupture des membranes, si elles sont intactes, et terminer l'accouchement le plus promptement possible, aussitôt après leur rupture, nous paraît être ce qu'il y a de plus convenable. Dans le premier cas, on permettra au col de se dilater suffisamment; dans le second, on cherchera à terminer l'accouchement avant que la perte ait été assez abondante pour causer la mort de l'enfant. On conçoit que l'on devrait apporter encore beaucoup plus de soin ou d'activité, si, au lieu d'un rameau veineux sans pulsation, c'était un rameau artériel, reconnaissable d'ailleurs à ses battements, qui, par sa position sur les membranes, était menacé de déchirure.

[1] Voyez, pour les détails relatifs à la rupture du cordon, les observations de Portal, *Pratique des accouchements*, p. 267; Lamotte, *Traité des accouchements*, p. 362; Levret, *Accouchements laborieux*, p. 199; Baudelocque, *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. III, p. 1; Nægele, *Annales cliniques d'Heidelberg*, 1826; Busch, *Siebold's Journ.*, année 1828.

le tronc du fœtus après l'écoulement des eaux. Or, ces parties doivent évidemment réagir sur la face fœtale du placenta, de toute la force d'impulsion qui leur est imprimée par la contraction. Le fœtus ne peut progresser, et par conséquent la tension du cordon ne peut avoir lieu que sous l'influence de cette contraction; et, je le répète, pendant cette contraction, le placenta est moulé et fortement pressé contre les parties renfermées dans la poche, et ne peut, par conséquent, être décollé. Pendant la contraction, je crois donc ce décollement du placenta par tiraillement du cordon à peu près impossible; mais avant le travail ou pendant le travail, et avant la sortie des eaux, ce décollement peut avoir lieu, si, le cordon étant très-court, le fœtus se livre à des mouvements violents.

Dans le cas où, comme on le dit vulgairement, l'enfant naît coiffé, cas où la tête du fœtus pousse devant elle les membranes, il peut arriver que le tiraillement éprouvé par les membranes se prolongeant jusqu'au placenta, puisse, surtout lorsque ce corps n'est pas implanté directement au fond de l'utérus, donner lieu à sa séparation prématurée et à une hémorrhagie utérine.

3° Rétraction brusque de l'utérus.

La *rétraction brusque et rapide de l'utérus* peut encore, en détruisant les attaches cellulo-vasculaires du placenta, produire une hémorrhagie fâcheuse. Cette rétraction, en effet, qui, renfermée dans des limites convenables, est une condition physiologique de l'accouchement, devient une cause du décollement prématuré du placenta, quand elle s'opère trop brusquement et à une époque encore peu avancée du travail. Or, c'est ce qui arrive lorsque, dans un cas d'hydropisie de l'amnios, il s'écoule tout à coup une grande quantité de liquide amniotique; l'utérus passe alors dans un état d'ampliation exagéré au volume beaucoup plus circonscrit que comportent les dimensions du fœtus sur lequel il s'applique. C'est ce qui arrive encore après l'expulsion d'un premier fœtus dans les grossesses gémellaires; la rétraction qui suit cette expulsion peut, décollant le placenta de l'autre jumeau, causer une hémorrhagie qui deviendra funeste pour la mère et l'enfant, si un long intervalle s'écoule entre les deux accouchements.

Quant aux hémorrhagies qui compliquent si souvent la rupture du corps ou du col de l'utérus, celles qui constituent les thrombus de la vulve et du vagin, il en a été question dans autant d'articles distincts : nous n'en parlerons pas ici.

ARTICLE II

SYMPTÔMES DE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE

Les symptômes des hémorrhagies utérines peuvent être distingués en *symptômes généraux* et *symptômes locaux*.

1° *Symptômes généraux.* — Dans quelques cas, la perte débute d'une ma-

nière brusque et soudaine; l'écoulement du sang est le premier phénomène qui se manifeste. C'est ce qui arrive dans quelques-uns des cas où l'hémorrhagie survient à la suite de l'action violente d'une cause externe. Mais le plus souvent la femme éprouve, pendant les jours qui précèdent l'accident, des inquiétudes dans les membres, un malaise général et inaccoutumé, de la pesanteur, de l'engourdissement dans le bassin, une douleur obtuse et gravative dans les lombes, les aines, et la partie supérieure des cuisses; douleur qui augmente pendant la station, dans les efforts pour uriner et aller à la garderobe. Dans beaucoup de cas il survient de fréquentes envies d'uriner. Ces phénomènes, qui annoncent une pléthore locale utérine, s'accompagnent assez souvent des symptômes de la pléthore générale, c'est-à-dire douleurs de tête, vertiges, éblouissements, coloration de la face, fréquence et plénitude du pouls. Il n'est pas rare, lorsque les troubles généraux ont duré pendant quelques jours, que les mouvements actifs du fœtus deviennent plus rares et plus faibles, et cessent d'être perçus par la femme. Après une durée qui varie depuis quelques heures jusqu'à plusieurs jours, ces phénomènes précurseurs font place aux symptômes généraux de l'hémorrhagie. Ce sont ceux qui accompagnent toute perte de sang: pâleur de la peau, faiblesse du pouls, froid des extrémités; et il n'est pas besoin de dire que leur intensité varie suivant l'abondance et la rapidité de la perte, les forces de la femme. etc.

2° *Symptômes locaux.* — Sous le rapport des symptômes locaux qui signalent son existence, l'hémorrhagie utérine a été distinguée en externe et en interne. La perte est dite externe, quand le sang s'écoule à l'extérieur; on l'appelle interne quand le sang s'épanche à l'intérieur des organes. Nous verrons plus tard qu'elle peut être à la fois perte externe et perte interne.

A. *Perte externe.* — L'écoulement du sang à l'extérieur est à lui seul un signe suffisant pour caractériser l'hémorrhagie pendant la grossesse ou le travail de l'accouchement; mais il est quelques caractères particuliers qui se rapportent aux diverses causes que nous avons indiquées plus haut. Nous les exposerons avec détail dans l'article suivant (voy. *Diagnostic*).

B. *Perte interne.* — Si pendant la grossesse, et surtout dans les premiers mois, la perte interne est très-peu abondante, elle passe souvent inaperçue: pour peu cependant que la quantité du sang épanché soit considérable, le caillot qu'il forme constitue, en se coagulant, un corps étranger dont la présence entretient les coliques, les douleurs de reins, et le sentiment de pesanteur vers le fondement; de sorte que ces accidents persistent avec opiniâtreté jusqu'au moment où s'effectue la fausse couche. Du reste, comme le fait remarquer M. Baudelocque, il est des circonstances où les symptômes des hémorrhagies occultes sont précédés, accompagnés ou suivis d'un écoulement extérieur du sang.

Dans le premier cas, le sang, trouvant une issue libre au dehors, s'échappe jusqu'à ce que la formation du caillot, s'opposant à sa sortie, le force de s'accumuler à l'intérieur; dans le second cas, le sang s'épanche à l'intérieur, jusqu'à ce qu'il soit parvenu à l'orifice de la matrice, en décollant petit à petit les membranes; enfin, la perte externe accompagne la perte cachée, quand une partie du sang a une issue libre, l'autre ayant plus de facilité à séjourner à l'intérieur.

A une époque avancée de la gestation, aux signes précurseurs, il faut ajouter, quand l'hémorrh gie est très-abondante, un développement considérable et rapide du ventre, une résistance, une tension et une dureté plus grandes de l'utérus. Quelquefois même il présente une forme très-irrégulière, et semble partagé en deux parties, l'une occupée par l'œuf, l'autre par le sang épanché; dans certains cas, on a pu constater une fluctuation bien évidente, le plus souvent les mouvements actifs du fœtus cessent de se faire sentir.

Enfin, lorsque la perte survient pendant le travail, l'intervalle de chaque douleur est signalée par la sortie de caillots plus ou moins abondants. Cette sortie de caillots a lieu, en effet, parce que, dans l'intervalle de chaque douleur, la tête de l'enfant ne bouche plus aussi hermétiquement le col, laisse libre son orifice et permet au sang de s'écouler.

Siége de l'épanchement. — Le lieu où se fait l'accumulation du sang, dans les hémorrhagies internes qui surviennent à une période avancée de la grossesse, doit nécessairement varier, suivant le point de l'appareil vasculaire utéro-fœtal qui a été la source de la perte.

1° le sang peut s'épancher d'abord entre la face utérine du placenta et la paroi utérine correspondante; puis la perte continuant, il décolle ordinairement le placenta jusqu'à un des points de sa circonférence, et s'épanche, en décollant es membranes, tout autour de l'œuf; mais il peut arriver aussi que toute la circonférence du placenta reste adhérente, sa portion centrale étant complétement décollée, et l'épanchement est alors limité par les bords du placenta. Le fait de Laforterie prouve, quoi qu'on dise, que, dans ces cas, l'hémorrhagie peut être assez abondante pour tuer très-rapidement la femme.

On lit dans le *New medical and physical Journal* (1813) un fait qui, moins connu en France que celui de Laforterie, n'en est pas moins extraordinaire. Une femme d'une constitution faible et délicate, arrivée au dernier mois de sa grossesse, eut, par la vulve, un léger écoulement de sang. Il s'en était à peine écoulé 32 grammes qu'elle eut une syncope; le col de l'utérus était à peine dilaté de la largeur d'un *sixpence* (un centimètre), et offrait une telle rigidité, que l'introduction de la main fut complétement impossible. La malade mourut, et à l'autopsie on trouva que le centre du placenta était seul décollé des parois utérines, pendant que les bords étaient encore complétement adhérents, de manière à former un cul-de-sac, dans lequel une pinte et demie de sang coagulé se trouvait renfermé. (*On examination after death, it was found that a separation of the centre of the placenta — from the parietes of the uterus had taken place, whilst its edges were completly adherent, forming a kind of* cul-de-sac, *into which blood had been pourred*, etc.)

2° Le sang peut s'épancher dans le tissu même du placenta, et constituer ces foyers sanguins désignés dans ces derniers temps sous le nom d'*apoplexie placentaire.* La vie de la femme n'est jamais compromise par une semblable perte,

mais la mort du fœtus, et par suite, son expulsion prématurée, en est bien souvent la conséquence.

3° Le sang peut s'épancher à la face fœtale du placenta, comme dans l'observation que j'ai citée plus haut. Ici évidemment la perte a pu être interne avant d'être externe : d'ailleurs plusieurs observateurs ont dit avoir trouvé des caillots entre le chorion et une portion de cette face fœtale du placenta.

4° Les nombreuses observations citées dans ce mémoire de M. C. Baudelocque prouvent que, à toutes les époques de la grossesse, du sang peut s'épancher entre les divers feuillets membraneux qui constituent la poche amniotique.

5° Enfin, malgré les critiques dont ils ont été l'objet, les faits racontés par Delamotte, Levret, Nægele, Baudelocque, etc., nous obligent à admettre les ruptures partielles ou complètes du cordon ombilical, à la suite desquelles l'épanchement du sang s'est fait dans l'intérieur même de l'amnios.

ARTICLE III

DIAGNOSTIC

A. — Perte externe.

A une époque avancée de la grossesse, les difficultés que nous avons signalées (voy. *Avortement*, article *Diagnostic*) dans le diagnostic de l'hémorrhagie des six premiers mois, ne se présentent guère plus. Il est tellement rare, en effet, de voir des femmes réglées jusque dans les trois derniers mois, qu'à cette époque on peut considérer tout écoulement de sang par la vulve comme un accident qu'il faut combattre. On ne pourrait d'ailleurs confondre tout au plus qu'une hémorrhagie très-légère avec un retour d'écoulement menstruel, et dans ces deux cas, les précautions à prendre sont les mêmes; ou du moins, sans inconvénients dans l'un, ces précautions pourraient être très-utiles dans l'autre.

Lorsqu'une hémorrhagie survient dans les trois derniers mois de la grossesse, ou pendant le travail, quelle en est la cause ? Cette question, très-importante sous le rapport du pronostic et du traitement, est quelquefois fort difficile à résoudre. Nous avons vu que souvent, et même le plus souvent, suivant quelques auteurs, elle est due à l'insertion du placenta sur le col utérin ou sur un point voisin du col. La plupart se sont attachés à indiquer quels étaient les signes au moyen desquels on pouvait reconnaître cette situation anormale du délivre; quand ils manquent, on est en droit de penser que l'hémorrhagie est due à un simple décollement du placenta, ou à la rupture de quelques vaisseaux utéro-placentaires. Pour qu'on puisse établir ce diagnostic par exclusion, il nous reste à décrire les signes de l'insertion vicieuse du placenta.

Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta.

On peut distinguer les signes qui annoncent l'existence de cette anomalie en signes rationnels et en signes sensibles. Les premiers résultent de l'examen du

mode de développement de l'accident et des circonstances qui l'accompagnent; les seconds sont fournis par le toucher.

Lorsque la perte survient à une époque avancée de la gestation, et surtout chez une femme qui a déjà eu des enfants, il est le plus souvent possible de constater par le toucher la présence du placenta sur l'orifice. Alors, dit Levret, on a quelquefois de la peine à trouver le col, quoiqu'il soit en quelque sorte à la portée du doigt : on trouve ordinairement dans le vagin une grande quantité de caillots dont une partie est adhérente, au fond de cette gaîne, à une tumeur charnue, molle, comme pulpeuse; on fait augmenter la perte en les détachant [1]. Si avec l'extrémité du doigt on fait des recherches sur cette tumeur, il semble que l'on touche la tête d'un petit chou-fleur, et l'on y reconnaît ces anfractuosités qui sont propres à la face utérine du placenta. Si l'on cherche la circonférence de la tumeur, on trouve l'orifice de la matrice, qui l'entoure vers sa partie supérieure. Si l'on fait des tentatives pour passer le doigt entre la tumeur et l'orifice, on ne peut y réussir sans faire violence et décoller la tumeur du lieu où l'on tente de passer le doigt; ou bien, si l'on trouve un point libre, il n'en est pas de même sur tout le pourtour du col.

Un caillot un peu volumineux situé dans le col pourrait en imposer et faire croire à la présence du placenta. Mais, avec un peu d'attention, on verra assez facilement que le caillot est en général beaucoup moins résistant, plus friable et plus mobile que la masse placentaire , dont on peut difficilement changer la position, et dont il est difficile de séparer une partie. Quelquefois une couche assez épaisse de sang coagulé recouvre la surface externe du placenta, et ne permet pas au doigt d'arriver sur son propre tissu. Avec quelques légers efforts, on parvient toujours à détacher le caillot et à distinguer les intervalles intercotylédonaires. Des tumeurs fongueuses ou cancéreuses du col, des végétations syphilitiques, des polypes, des tumeurs hydatiques plus ou moins considérables, ont pu être pris pour le placenta inséré sur le col; mais le souvenir des antécédents de la malade, les symptômes généraux qu'elle aura éprouvés et surtout un examen minutieux et attentif feront, je crois, éviter facilement de pareilles erreurs.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la perte peut être due à l'insertion vicieuse du placenta, et celui-ci être assez éloigné de l'orifice interne, pour que le doigt introduit dans le col ne puisse sentir que les membranes à nu : il faut alors, si l'on examine la femme pendant le travail, contourner, avec l'extrémité de l'index, toute la partie voisine de l'orifice. Le plus souvent on sentira le bord du placenta ou du moins on trouvera des membranes plus épaisses que de

[1] Il faut mettre, en général, dans cet examen, la plus grande réserve. Souvent en effet, le décollement des caillots cause le retour de l'hémorrhagie. Si le col de l'utérus n'était pas encore assez dilaté pour ne pas permettre, sans efforts, l'introduction du doigt, il faudrait attendre que la perte eût duré assez longtemps pour en produire le relâchement. En général, à moins que l'hémorrhagie ne soit assez abondante pour rendre l'accouchement prématuré inévitable, qu'il n'y ait un commencement de travail, ou que la femme ne soit très-près du terme régulier de sa grossesse, il faut suspendre toute exploration, et employer les moyens généraux propres à enrayer les accidents.

coutume, et surtout un épichorion plus mou et d'une épaisseur triple et quadruple, vers un des côtés de l'orifice utérin, celui où est inséré le placenta.

Dans certain cas, l'examen de la partie inférieure du corps de l'utérus peut, même quand le col ne permet pas l'introduction du doigt, faciliter encore le diagnostic. Chez une femme qui servait au toucher dans mon cours, et qui était arrivée au cinquième mois de sa grossesse, je remarquai les particularités suivantes : Toute la partie supérieure de l'excavation était occupée par une tumeur épaisse, charnue, assez molle, et qui présentait à peu près la consistance des parois utérines dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse. Quel que fût le point du détroit supérieur vers lequel mon doigt se dirigeât, je trouvai partout la même résistance, et il me fut impossible de sentir le ballottement ni aucune partie du fœtus. Sur ce seul fait je soupçonnai l'insertion du placenta sur le col. Je n'ai pu vérifier moi-même mon diagnostic, mai j'ai appris que cette femme était accouchée six semaines après, à la suite d'une perte peu abondante. M. Gendrin paraît du reste avoir fait, de son côté, la même remarque, car il dit que, dans le cas d'implantation du placenta sur le col, le seul phénomène insolite que l'on puisse recueillir, c'est l'absence du ballottement.

Lorsque l'hémorrhagie survient chez une primipare, ou à une époque peu avancée de la grossesse, l'orsqu'en un mot le col n'est pas assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt, on pourra encore, à l'aide des signes suivants, reconnaître la cause de la perte :

1° L'hémorrhagie causée par l'insertion du placenta sur le col ne survient presque jamais avant la fin du sixième mois, le plus souvent même elle n'apparaît que dans les quatre ou six dernières semaines de la grossesse.

Il est, du reste, infiniment probable que l'époque à laquelle survient l'hémorrhagie est le plus souvent subordonnée à l'étendue plus ou moins grande du placenta qui correspond au col; que, dans le cas d'insertion centrale, elle se manifeste beaucoup plus tôt que dans ceux où le placenta correspond seulement par un de ses bords à l'orifice. Toutefois il y a d'assez nombreuses exceptions à cette règle, que M. Nægele considère comme à peu près générale; car, dans un assez grand nombre de cas d'insertion centrale, l'hémorrhagie ne s'est montrée qu'au début du travail.

2° Elle débute spontanément, sans cause appréciable et sans phénomènes précurseurs. C'est assez souvent au milieu de la nuit que la femme est réveillée tout à coup par le sang qui s'écoule des parties génitales.

3° La première fois qu'elle se manifeste, elle est, en général, peu abondante, dure peu; après avoir cessé complétement, elle revient quelquefois au bout de quelques jours, quelquefois au bout de quelques heures seulement : à chaque récidive, la perte est un peu plus abondante et dure un peu plus longtemps.

4° Le col utérin, vu l'époque de la grossesse, est en général plus épais, plus mou, plus spongieux, parce que le placenta, en se fixant sur ce point, détermine un afflux de liquide considérable.

5° Si le travail est commencé, et les membranes encore intactes, la perte augmente constamment pendant les contractions utérines; elle diminue dans l'intervalle des douleurs. Le contraire arrive lorsque la perte est occasionnée par un décollement du placenta inséré sur tout autre point : alors, en effet, la matrice, en se contractant, oblitère les vaisseaux, soit par le resserrement de son propre tissu, soit par la compression qu'exercent sur eux les parties renfermées dans sa cavité ; mais, dans le cas qui nous occupe, les contractions, opérant la dilatation du col, détruisent de plus en plus les adhérences vasculaires qui l'unissent au placenta, et multiplient les sources de l'hémorrhagie. Ce signe est d'une assez grande valeur, mais seulement avant la rupture des membranes ; car, après l'écoulement des eaux, la tête du fœtus presse sur l'orifice pendant la contraction, et empêche le sang de s'écouler.

6° Dans les cas d'insertion complète ou centrale, la poche des eaux ne se forme pas comme dans le travail ordinaire : car l'insertion du placenta sur le col bouche son orifice, empêche le segment inférieur de l'œuf de s'y engager et d'être accessible au doigt. Mais, lorsque le placenta ne recouvre qu'une partie de l'orifice, le doigt retrouve les membranes sur une étendue plus ou moins considérable ; un seul point de l'orifice est occupé par le bord du placenta.

7° Enfin, suivant Dewees, au début de l'hémorrhagie, le sang a une couleur plus vermeille que lorsqu'il provient de l'utérus, et jamais il ne s'échappe de caillots que lorsque la perte dure déjà depuis longtemps ou est sur le point de cesser.

Hémorrhagies par rupture de vaisseaux ombilicaux.

Dans le cas que j'ai cité, et où la perte était produite par la rupture des vaisseaux ombilicaux, causée elle-même par la séparation du chorion d'avec la face fœtale du placenta, les symptômes ont ressemblé beaucoup à ceux qui accompagnent l'hémorrhagie produite par insertion du placenta sur le col. Ainsi, la perte avait commencé vers le milieu de la grossesse, s'était renouvelée plusieurs fois à intervalles inégaux, et toujours avec plus d'abondance; elle s'était manifestée de nouveau au début du travail. Le toucher, permettant de constater l'absence du placenta sur le col, pouvait seul éclairer le diagnostic.

Enfin dans l'observation de Benckiser, avant la rupture des membranes, on avait remarqué une espèce de corde qui croisait à angle aigu l'ouverture du col. Cette corde était sans battements; mais elle eût certainement offert des pulsations, si, au lieu d'un rameau veineux, c'eût été une des ramifications des artères ombilicales. Si un cas semblable se représentait, la présence de ce cordon vasculaire sur les membranes devrait éveiller l'attention et faire croire à la possibilité d'une hémorrhagie.

B. — Perte interne.

Plus la grossesse avance, plus le diagnostic des hémorrhagies internes devient facile. Les phénomènes généraux qui accompagnent toutes les pertes abondantes éveilleront d'abord l'attention, et le développement brusque et rapide du ventre,

quelquefois sa forme irrégulière, viendront confirmer les soupçons. Toutes les fois que l'hémorrhagie offrira quelque danger pour la mère, elle sera facilement reconnue. Mais il faut avouer qu'il peut s'épancher entre la matrice et le placenta une quantité de sang assez considérable pour opérer le décollement presque entier du placenta, pour faire périr l'enfant, sans qu'il en résulte d'autre phénomène que la manifestation du travail. Les pertes internes sont surtout redoutables après la rupture de la poche des eaux, parce que le sang peut s'épancher en abondance dans l'intérieur de l'œuf ou refouler aisément les membranes. On serait, dans ce cas, averti du danger, par les symptômes généraux; le diagnostic serait ensuite confirmé si l'utérus, qui s'était rétracté après l'écoulement du liquide amniotique, reprenait son volume primitif ou un volume exagéré.

Le développement considérable du ventre est un signe de première valeur; seulement il ne faut pas oublier qu'il peut être dû à toute autre cause. Ainsi la tympanite, l'hydropisie de l'amnios, peuvent le produire; mais la sonorité dans le premier cas, la lenteur du développement du ventre dans le second, jointes à l'absence des phénomènes généraux de l'hémorrhagie, suffiront toujours pour éviter l'erreur. Pendant le travail, les femmes peuvent éprouver des syncopes complétement étrangères à toute perte de sang; mais alors le volume du ventre n'augmentera pas. Ainsi, en résumé, phénomènes généraux, augmentation rapide du volume du ventre, sont les deux signes caractéristiques de l'hémorrhagie interne qui survient dans les derniers temps de la grossesse ou pendant le travail.

Enfin, pendant le travail, l'hémorrhagie interne est suivie assez souvent de l'affaiblissement et même de la suspension des douleurs. Le ventre devient quelquefois douloureux (Levret), et, dans certains cas, on peut sentir une fluctuation sourde (Leroux).

Toutefois M. Henning a fait observer que, dans certaines circonstances, le ballonnement du ventre pouvait manquer, et la syncope être bien due à une hémorrhagie interne. La malade, dit-il, est d'abord prise de violentes douleurs utérines qui se produisent à certains intervalles, et dont chacune amène après elle un léger écoulement de sang par la vulve; puis, au moment où l'on s'y attend le moins, on voit survenir les symptômes d'une syncope des plus alarmantes; cependant on trouve à peine du sang sur les draps, et l'utérus est à peine distendu. Mais, par un examen attentif, on reconnaît que si cet organe ne contient qu'un caillot volumineux, et si le sang ne s'est pas abondamment écoulé au dehors, c'est qu'il existe dans le vagin distendu un caillot du volume de la tête d'un enfant. « Je crois nécessaire, ajoute-t-il, d'insister, dans ces cas d'hémorrhagie *intra-vaginale* sur l'existence des douleurs; car on les regarde, en général, comme indiquant qu'on n'a rien à craindre de l'hémorrhagie, tandis que souvent, au contraire, elles sont un caractère distinctif de l'hémorrhagie dont il s'agit. »

ARTICLE IV

PRONOSTIC

Pronostic des hémorrhagies externes et internes.

En général, le pronostic d'une hémorrhagie est toujours fâcheux. Dans un seul cas, peut-être, la perte qui survient chez une femme enceinte est avantageuse: c'est lorsque cette femme, étant fatiguée par tous les symptômes d'une pléthore générale ou locale, il survient une perte peu abondante qui débarrasse du surplus qui causait tous ces accidents. Mais, comme on n'est pas toujours le maître de modérer à son gré une perte déjà commencée, il vaudrait mieux que des saignées révulsives vinssent à la fois soulager la femme et prévenir la ménorrhagie.

La gravité du pronostic dépend beaucoup de l'époque à laquelle survient l'hémorrhagie, de son abondance, ainsi que de la rapidité avec laquelle elle se fait. Dans tous les cas, elle est d'autant plus fâcheuse pour la mère et pour l'enfant que le sang s'écoule en plus grande quantité. Mais, toutes choses étant égales d'ailleurs, la vie de l'enfant sera plus gravement compromise si l'hémorrhagie survient à une époque plus rapprochée de la conception; pour la mère, le pronostic est en général beaucoup plus grave à une époque avancée. Il est bon de remarquer pourtant que cette gravité est plus grande dans les septième et huitième mois qne vers la fin du neuvième. Ainsi, sur 137 cas observés dans les septième et huitième mois, 38 furent mortels; tandis que sur 78 femmes, chez lesquelles l'hémorrhagie se manifesta dans le courant du neuvième mois, 10 seulement succombèrent. La lenteur avec laquelle s'opère la dilatation du col dans le premier cas est certainement la cause du résultat.

Pendant le travail de l'enfantement, cet accident sera plus grave et pour la mère et pour l'enfant, quand il arrivera à une époque plus éloignée du moment où doit s'opérer l'expulsion du fœtus; plus grave encore chez une primipare que chez une femme qui a déjà eu des enfants. On conçoit, en effet, que si la perte survient dès le début du travail, longtemps avant la dilatation complète du col, avant que les parties extérieures de la génération soient convenablement préparées pour le passage libre et facile du fœtus, les moyens convenables et propres à terminer l'accouchement seront d'une application beaucoup plus difficile, plus longue, et que, par conséquent, il pourra s'écouler une plus grande quantité de sang. Enfin la gravité dépend de la résistance différente des malades: la même quantité de sang perdue peut être peu dangereuse chez une femme très-vigoureuse, tandis qu'elle sera très-grave pour une femme plus faible.

L'hémorrhagie interne est, en général, plus fâcheuse que l'externe, parce que, passant le plus souvent inaperçu à son début, elle peut, dans le commencement de la grossesse, tuer le fœtus, et à une époque plus avancée, compromettre la vie de la mère, avant d'avoir donné lieu à quelque symptôme qui