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

puisse faire reconnaître son existence d'une manière certaine, de sorte qu'il est souvent trop tard pour y remédier quand on s'en aperçoit.

Lorsque le sang s'accumule dans la cavité utérine, cette accumulation ne peut avoir lieu sans décoller une nouvelle portion du placenta, et ce décollement secondaire devient une nouvelle cause de rupture vasculaire, qui par conséquent augemente les chances de perte. En supposant que l'hémorrhagie s'arrête, soit spontanément, soit sous l'influence des moyens employés, il n'en reste pas moins dans l'utérus un caillot plus ou moins volumineux, véritable corps étranger dont la présence irritera les parois utérines, y excitera des contractions prématurées, une fluxion sanguine plus considérable, et pourra devenir la cause d'une perte nouvelle.

Enfin, pendant le travail, l'hémorrhagie interne sera moins à craindre avant qu'après la rupture des membranes. Dans le premier cas, en effet, l'utérus, déjà distendu par le liquide amniotique, se prêtera moins facilement à une nouvelle distension, et s'opposera à un épanchement considérable du sang ; de plus, l'intégrité des membranes permettra de pratiquer leur rupture artificielle, qui, par la rétraction salutaire dont elle est suivie, est une des ressources les plus précieuses de l'art dans ces cas malheureux. Il est inutile de dire qu'elle nous manque quand les eaux se sont écoulées prématurément.

Ce n'est pas tout, pour la femme, d'échapper au danger qui la menace pendant la durée de l'hémorrhagie, et il ne faut point croire que sa constitution et sa santé ne soient pas, et pour longtemps, fortement ébranlées par ces graves accidents. Le travail de l'accouchement est ordinairement languissant, les douleurs sont courtes et rares, et l'inertie de l'utérus est une conséquence de la faiblesse générale. Après l'accouchement, quand toute hémorrhagie est arrêtée, quelques femmes sont tellement épuisées qu'elles tombent en syncope à chaque instant ; qu'elles vomissent chaque fois qu'un aliment solide ou liquide est introduit dans l'estomac, et souvent elles succombent quelques heures ou même quelques jours après la délivrance. Lorsque, en effet, les malades ont le bonheur de ne pas y succomber, elles languissent habituellement très-longtemps : elles sont tourmentées par des maux de tête habituels : la digestion est pénible, la vue et l'ouïe sont faibles [1] ; il existe souvent des douleurs vagues dans les membres, des tremblements, etc. Pendant les suites de couches, les femmes qui ont été affectées d'hémorrhagies abondantes sont beaucoup plus prédisposées que toutes les autres aux inflammations aiguës, et surtout à la péritonite; et ces inflammations ont une marche d'autant plus rapidement funeste alors, que l'état général de la malade ne permet pas de leur opposer le traitement antiphlogistique.

La céphalalgie, notée par tous les observateurs, et que j'ai eu moi-même souvent occasion de constater, ne disparaît en général qu'au bout d'un temps très-long, et lorsque la répartition du sang et le rétablissement des forces ont lieu.

[1] Dans un cas rapporté par Ingleby, la malade devint subitement aveugle. Elle resta cinq jours sans pouvoir rien distinguer. La vision ne fut rétablie qu'au bout de six mois.

Baudelocque croit avoir remarqué que la douleur a surtout son siége à la partie postérieure de la tête. Leroux attribuait cette céphalalgie à la diminution de la quantité du sang renfermé dans les vaisseaux, qui en est la conséquence immédiate. J'aimerais mieux l'expliquer, avec Baudelocque, par l'influence que la perte doit exercer sur le système nerveux.

La mort du fœtus n'est pas une conséquence nécessaire de l'hémorrhagie ; quand celle-ci est peu abondante, la grossesse n'en continue pas moins son cours. On a même vu le sang couler au point d'inspirer de justes craintes pour la vie de la mère, et l'avortement ne pas avoir lieu.

Mais alors même qu'il résiste à la violence des premiers accidents, il ne faut pas croire qu'il n'en subit aucune influence fâcheuse. Si peu considérable que soit la portion décollée du placenta, le fœtus n'en est pas moins désormais privé d'une partie de ses éléments de respiration et de nutrition, et cette privation même partielle peut, à la longue, nuire à son complet développement, et même le faire périr avant le terme de la grossesse. Aussi, quand il est expulsé vivant, est-il assez souvent grêle et plus faible que dans les conditions ordinaires, et cette faiblesse congénitale généralement considérée par les auteurs comme la conséquence de l'état anémique de la mère, doit être bien plus attribuée, à mon avis, au décollement partiel du placenta.

Lorsque la mère a le bonheur d'échapper au danger dont elle était menacée, et que la grossesse continue son cours, comment s'arrête l'hémorrhagie ? Le mode de terminaison varie un peu, suivant la cause qui avait produit l'accident. Lorsque la perte a été précédée d'une pléthore, d'une congestion utérine, il peut arriver que l'écoulement de sang fasse cesser cet état de congestion, et remédie lui-même aux accidents. Il en doit être presque toujours ainsi lorsque la perte a été le résultat d'une exhalation sanguine. Lorsqu'il y a eu crevasse d'un des vaisseaux utéro-placentaires, on conçoit que l'écoulement faisant cesser l'état de distension de ces vaisseaux, ceux-ci se laissent facilement aplatir et déprimer par la double pression de l'œuf et de la matrice, et que dès lors l'hémorrhagie s'arrête. Lorsque le placenta a été décollé seulement dans une petite partie de son étendue, l'hémorrhagie ne peut cesser que par la formation d'un caillot qui, placé entre l'utérus et le placenta, met lui-même obstacle à l'issue ultérieure du sang. Pendant que le sang s'efforce de glisser vers le col, dit M. Velpeau, un point plus ou moins étendu de la masse placentaire s'en imbibe : un premier caillot se forme, puis un second, puis un troisième, et les dernières couches sont bientôt assez épaisses et assez nombreuses, si l'énergie de la fluxion hémorrhagiqne se ralentit, pour exercer une pression qui aide à retenir le sang dans les vaisseaux. Tous les tubes vasculaires correspondant au point où s'est formé ce caillot, deviennent inutiles à la circulation utéro-placentaire, qui ne peut plus évidemment s'opérer que par ceux qui n'ont pas été déchirés.

Les auteurs du *Dictionnaire de médecine* (art. HÉMORRHAGIE UTÉRINE) paraissent croire, d'après une observation citée par Noortwyk, que la portion du placenta décollée peut contracter de nouvelles adhérences avec la paroi de l'utérus. D'après ce que nous venons de dire sur la formation du caillot dont la pré-

sence met fin aux accidents, il est impossible d'admettre que ce recollement puisse avoir lieu sans l'intermédiaire d'un caillot fibrineux, qui rend évidemment impossible le rétablissement des rapports circulatoires. Il est d'ailleurs facile de s'en convaincre au moment de l'accouchement; car, en examinant alors la surface utérine du placenta, on peut y remarquer une ou plusieurs plaques fibrineuses d'une largeur variable et d'une dégénération variable aussi, suivant l'époque à laquelle s'est fait le décollement; souvent aussi on trouve la portion du placenta qui avait été détachée, atrophiée, privée de sucs : en un mot, un état de flétrissure complète de toute l'épaisseur des cotylédons placentaires correspondants.

Pronostic de l'hémorrhagie produite par insertion vicieuse du placenta.

Relativement à la cause qui produit l'hémorrhagie, celle qui est due à l'implantation du placenta sur le segment intérieur est la plus grave de toutes. Grave pour la mère, parce qu'elle se renouvelle plusieurs fois pendant les derniers mois de la grossesse, avec une abondance de plus en plus grande; et parce que, se reproduisant toujours pendant le travail, elle nécessite le plus souvent l'intervention de l'art; grave pour le fœtus, car cette intervention n'est pas sans danger pour lui, et l'interruption de la circulation utéro-placentaire résultant du décollement du placenta l'expose à une asphyxie rapidement mortelle (1). J'emprunte au docteur Simpson le résultat suivant, qui prouve toute la gravité de cette complication. Sur 399 femmes sur lesquelles fut observée cette insertion vicieuse du placenta, 134 succombèrent.

Lorsque le placenta sera inséré centre pour centre sur le col, il est évident que l'hémorrhagie devra être beaucoup plus abondante que dans le cas où il n'est en contact avec l'orifice que par un des points de sa circonférence. Ajoutons, avec M. Dunal, que l'œuf ne pouvant alors se diviser que très-difficilement, parce que la partie du chorion qui porte les vaisseaux ombilicaux est très-résistante, le travail se prolonge outre mesure, les contractions inutiles finissent par s'affaiblir, et l'inertie de la matrice vient encore faciliter l'hémorrhagie.

Dans les cas d'insertion centrale, il peut se présenter une circonstance fort singulière. La dilatation graduelle du col peut opérer le décollement complet du placenta, et l'œuf s'étant divisé sur un point plus ou moins éloigné de la circonférence du délivre, celui-ci peut être chassé au dehors de la vulve plusieurs heures

(1) Le fœtus meurt alors par asphyxie, et non par hémorrhagie, comme on l'a dit et comme on l'a répété tout récemment dans le livre de M. Gendrin. Le fœtus ne peut perdre du sang qu'autant que la cause de l'hémorrhagie est une lésion des vaisseaux ombilicaux. Dans le cas de décollement simple de la face utérine du placenta, le fœtus ne meurt que parce que la circulation étant interrompue dans les vaisseaux utéro-placentaires, la respiration fœtale ne peut plus s'opérer (voyez *Fonctions du fœtus*) : le sang renfermé dans les vaisseaux ombilicaux ne peut plus se mettre en contact médiat avec le sang maternel; dès lors le fœtus se trouve placé dans la position d'un adulte privé d'air respirable; il doit, comme lui, mourir par asphyxie. L'autopsie permet, en effet, de constater, dans ces cas, les caractères anatomo-pathologiques de l'asphyxie.

avant que s'opère l'expulsion du fœtus. Cet accident, au premier abord, semble devoir avoir les conséquences les plus graves, et pourtant, en consultant les faits connus, on voit que s'il est le plus souvent mortel pour le fœtus, il ne compromet que rarement la vie de la mère (1).

Il est quelques cas rares dans lesquels la tête, violemment poussée par des contractions énergiques, a perforé le placenta par son centre et s'est frayé un passage à travers cette perforation centrale. Les choses se passèrent ainsi dans la 29e observation de Portal; et M. W. Withe rapporte, que, dans un cas où le placenta paraissait inséré centre pour centre sur le col, la femme éprouva deux ou trois douleurs très-intenses, pendant lesquelles la tête perfora le placenta et fut expulsée. L'enfant naquit mort, mais la femme s'est rétablie. Enfin le docteur Ingleby ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme morte d'hémorrhagie au moment où l'enfant allait être expulsé, trouva la tête engagée dans le vagin et sortie à travers une déchirure centrale du placenta.

(1) Chapman rapporte un fait dans lequel le placenta fut ainsi expulsé quatre heures avant le fœtus. Perfect cite un cas à peu près semblable. « Je fus consulté, dit Merriman, pour une femme récemment accouchée et affectée d'une fièvre puerpérale. L'accoucheur me raconta que le placenta avait été chassé au dehors plusieurs heures avant la naissance de l'enfant; que l'on n'avait employé aucun moyen pour terminer l'accouchement, suivant le conseil d'un autre confrère, qui avait jugé convenable de se confier complétement à la nature. Dans un cas semblable, ajoute Merriman, serait-il toujours prudent de repousser l'intervention de l'art ? » (*Synopsis.*)

Smellie a cité trois cas semblables; Lamotte, trois (obs. 321, 322, 323); Lee, trois (*Med. Gaz.*, 1839; Ramsbotham père, cinq (*Practic. observ.*, cas 153); Baudelocque et Barlow, chacun un. M. Collins (*Practic. Treatise*, p. 91) raconte un fait dans lequel le placenta fut expulsé dix-huit heures environ avant le fœtus. Les membranes s'étaient rompues, et les eaux écoulées quinze jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital : depuis ce moment jusqu'à la veille de son entrée, la perte avait toujours continué avec plus ou moins d'abondance. « Nous nous assurâmes alors, dit-il, que le placenta avait été extrait la veille au soir, par la sage-femme qui lui donnait des soins. Cette femme se rétablit bien, et quitta l'hôpital le treizième jour. »

Ces faits sont d'ailleurs beaucoup plus fréquents qu'on ne pourrait le penser; ainsi, le docteur Simpson en a réuni 141 observations bien authentiques, et pour mieux apprécier l'influence de ce décollement prématuré, il a classé tous ces faits en quatre catégories. Dans les faits de la première, qui sont au nombre de 47, il y eut 41 mort-nés et 10 enfants sur lesquels les renseignements manquent, mais toutes les femmes, excepté trois, se rétablirent. Dans tous, l'hémorrhagie cessa ou diminua beaucoup immédiatement après l'expulsion du délivre, bien qu'il se fût écoulé dix heures au plus, et dix minutes au moins, entre l'expulsion du délivre et la naissance de l'enfant. Dans la seconde, sont rangés 24 faits. Dans tous, il s'est écoulé un peu moins de dix minutes entre l'expulsion du placenta et celle du fœtus; 9 enfants mort-nés, 2 putréfiés, 11 vivants, pas de renseignements sur les 2 autres. Toutes les mères se rétablirent, excepté trois. La troisième contient 29 observations dans lesquelles l'expulsion de l'enfant suivit immédiatement celle du délivre : 14 mort-nés, 11 enfants vivants; pas de renseignements sur les autres. Toutes les mères, excepté une, se rétablirent. Enfin, dans 10 cas, le temps qui a séparé la sortie du délivre n'a pas été noté. Trois mères seulement moururent, et 9 enfants survécurent.

Ainsi d'après ces faits, le décollement prématuré du placenta, qui ne paraît pas avoir eu sur les mères une influence bien grave, est excessivement fâcheux pour le fœtus, puisque tous les enfants de la première série ont succombé, la moitié seulement de la seconde, et 11 de la troisième catégorie ont vécu.

Nous reviendrons plus tard sur ces chiffres pour apprécier les conséquences pratiques que le docteur Simpson croit pouvoir en déduire.

Lorsque le placenta sera situé seulement au voisinage du col, la perte pourra ne pas se montrer pendant le travail, bien qu'elle ait eu lieu plusieurs fois pendant les derniers temps de la grossesse. Si en effet les membranes se rompent prématurément, et que la tête se présente, celle-ci, en s'engageant, pourra exercer sur les vaisseaux déchirés une compression suffisante pour s'opposer à l'écoulement du sang [1].

ARTICLE V

TRAITEMENT

Le traitement des hémorrhagies peut être divisé en traitement préservatif et traitement curatif. Les moyens prophylactiques sont aussi nombreux que les causes prédisposantes; ils consistent à prévenir l'action de ses causes, et ce serait nous obliger à des répétitions que de vouloir en faire l'histoire. Ils rentrent tous d'ailleurs dans les moyens hygiéniques et la thérapeutique générale de la grossesse. Nous ne nous y arrêterons pas davantage.

Mais, soit que, malgré tous les moyens employés pour la prévenir, l'hémorrhagie se manifeste, soit qu'elle survienne sous l'influence des causes qu'on ne pouvait prévoir, que faut-il faire pour la combattre? La fréquence de cet accident, sa gravité dans certains cas, ont de tout temps éveillé l'attention des médecins. Pour faciliter l'étude des nombreux moyens proposés contre l'hémorrhagie, nous les diviserons en moyens généraux et en moyens spéciaux. Les premiers, applicables dans tous les cas, sont à peu près toujours les mêmes; les seconds varient suivant que la perte survient pendant la grossesse ou pendant le travail, suivant l'abondance ou le peu de gravité de la perte.

Les moyens destinés à combattre une hémorrhagie ne doivent pas être appliqués au hasard; chacun d'eux a une action particulière qu'on doit bien connaître avant d'y avoir recours. C'est ainsi que la saignée et les moyens généraux, tels que les boissons acidulées, le repos absolu, l'abaissement de la température, ont pour but de modérer l'activité de la circulation générale. Cette sédation est utile dans les hémorrhagies utérines comme elle le serait dans toute autre perte de sang. L'application du froid sur l'hypogastre et les cuisses, les lavements froids, l'élévation du siége sur un coussin, s'adressent, au contraire, directement à la circulation utérine qu'elles amoindrissent. Le seigle ergoté, dont l'usage est excellent, peut être employé dans un double but : pour quelques auteurs, en effet, il agit comme un véritable spécifique qui aurait la propriété de modifier les qualités du sang ou d'exciter la contractilité des vaisseaux; pour d'autres, le seigle ergoté n'aurait d'action hémostatique qu'en faisant contracter l'utérus; or, nous savons que la circulation utérine est amoindrie quand la matrice se contracte. La rupture des membranes,

[1] Quand l'orifice, dit Plenk, est à moitié couvert par le placenta adhérent, il faut abandonner cette circonstance à la nature; car la tête de l'enfant pousse de côté la portion du placenta qui se présente, comprime les vaisseaux sanguins, et empêche ainsi l'hémorrhagie. Ce précepte trop absolu prouve au moins que Plenk avait déjà fait la remarque que nous venons de mentionner.

en donnant issue au liquide amniotique, provoque la rétraction des parois utérines, qui se resserrent et rétrécissent par conséquent le calibre des vaisseaux qu'elles contiennent; l'écoulement du liquide amniotique devient ainsi un moyen précieux à opposer aux hémorrhagies. Nous avons déjà dit, en traitant de l'avortement (voyez *Avortement*), que le laudanum employé en lavement pouvait arrêter les contractions utérines; ce médicament pourrait donc rendre des services incontestables, si l'hémorrhagie était produite par des contractions irrégulières de la matrice. Enfin, le tampon est une sorte de digue artificielle qu'on oppose à l'écoulement du sang, qui se coagule de proche en proche et oblitère les vaisseaux déchirés.

Chacun des moyens que nous venons d'énumérer trouve son application spéciale suivant le but que l'on veut atteindre; il ne faut pas les appliquer au hasard. Ce que nous venons de dire suffira, je pense, pour guider dans le choix que l'on devra faire, et simplifier l'exposé des détails du traitement que nous voulons décrire complétement.

§ I. — Moyens thérapeutiques généraux.

Toutes les fois qu'on est appelé auprès d'une femme enceinte affectée de perte, il faut prendre certaines précautions que nous allons d'abord indiquer.

On donnera à la femme une position horizontale, en ayant soin d'élever un peu plus le bassin que le reste du tronc. On la couchera, autant que possible, sur un matelas de crin un peu dur; on enlèvera tout le lit de plume. Son lit sera placé dans une chambre vaste et bien aérée, et de manière qu'on puisse facilement circuler autour. En été, on pourra même arroser la chambre. La malade sera médiocrement couverte. Il est avantageux d'entretenir dans la chambre un peu d'obscurité. On doit recommander aux personnes chargées du service de le faire sans bruit et de garder le plus grand silence. On doit chercher à rassurer la femme sur son état, à éloigner d'elle tout chagrin et toute contrariété; car le calme de l'âme n'est pas moins essentiel que le repos du corps, surtout quand la perte a été déterminée par des passions violentes ou par des affections morales vives.

Les boissons froides, légèrement acidulées avec le sirop de limon, de vinaigre, de groseille, ou bien avec les sucs de citron, d'orange, sont celles qui conviennent. On doit épargner à la femme les efforts qu'elle pourrait faire en allant à la garderobe, parce qu'ils augmenteraient la perte : dans ce but, on lui tiendra le ventre libre par des lavements ou par des laxatifs doux, si les lavements ne suffisaient pas pour remédier à la constipation. Pour peu que la femme eût quelque difficulté à uriner, il faudrait aussi avoir soin de vider la vessie en pratiquant le cathétérisme.

§ II. — Moyens thérapeutiques spéciaux.

Ils varient, ayons-nous dit, suivant l'abondance ou le peu de gravité de l'écoulement, et suivant que la perte se montre pendant la grossesse ou pendant le travail. Nous les examinerons d'abord pendant la grossesse.