cet écartement gradué, interrompu de temps en temps par des repos, fait naître des douleurs; la matrice se contracte, et pendant sa contraction les membranes sont tendues et s'engagent un peu à la partie supérieure du col : l'attention alors doit être d'ouvrir celles-ci le plus tôt que l'on peut, pour procurer l'écoulement des eaux. Il faut avoir soin, surtout quand c'est la tête qui se présente, de soulever cette partie avec le doigt pendant quelques instants, afin de permettre au liquide de s'écouler. Le résultat qu'on se propose d'obtenir est facile à comprendre : c'est de provoquer l'écoulement des eaux, de réveiller par cette évacuation la contractilité du tissu de l'utérus, et de solliciter sa rétraction, grâce à laquelle les vaisseaux situés dans l'épaisseur de ses parois éprouvent des modifications favorables à l'arrêt de l'hémorrhagie. De plus, il est incontestable que, lorsque la matrice sera bien rétractée sur le tronc du fœtus, quelques parties de celui-ci, fortemement appliquées sur les vaisseaux ouverts qui fournissent le sang, pourront suspendre la perte par cette compression.

Cette méthode, adoptée par Rigby, en Angleterre, a été hautement blâmée par son compatriote Duncan Steward, qui cherche à défendre son opinion par les observations suivantes : En rompant les membranes avant que l'utérus soit dilaté, on retarde l'expulsion de l'enfant plutôt qu'on ne l'accélère; on n'est nullement sûr, et l'expérience le démontre, que ce moyen arrêtera l'hémorrhagie; on s'ôte souvent la chance de sauver la vie de la mère et de l'enfant en rendant la version beaucoup plus difficile, si plus tard cette opération devient nécessaire.

Malgré ces objections, qui n'ont pas, après tout, une grande valeur, la rupture des membranes n'en est pas moins adoptée aujourd'hui par la plupart de nos maîtres dans presque tous les cas de perte abondante survenant à une époque avancée de la grossesse. Presque tous cependant veulent, pour la pratiquer, qu'il y ait un commencement de travail manifesté par des contractions utérines évidentes. Mais, comme le fait remarquer M. P. Dubois, il importe de ne pas oublier que, quand une perte considérable a lieu, les contractions utérines sont souvent faibles, et que le travail peut être déclaré sans que les douleurs en aient manifestement signalé le début; d'un autre côté, l'écoulement d'une quantité abondante de sang et la sortie de caillots volumineux relâchent et dilatent l'orifice de l'utérus; et ces circonstances, jointes sans doute à quelques contractions utérines qui ne sont pas douloureuses, peuvent dilater le col sans que la malade en ait la conscience, et sans qu'on puisse le soupçonner. Ce phénomène n'est pas rare, surtout dans les cas d'hémorrhagie et chez les femmes qui ont déjà eu des enfants. Aussi, quel que soit du reste l'état du corps du l'utérus, qu'il y ait ou non des contractions apparentes, doit-on s'assurer avec soin de l'état du col. Le plus souvent, dans les cas de perte abondante, on le trouvera assez entr'ouvert pour permettre au moins l'introduction du doigt : on sentira alors les membranes bomber par intervalles, et cette saillie des membranes est une preuve certaine que la matrice commence à se contracter. Or, la rupture des membranes pourra alors être pratiquée avec le plus grand avantage. Cette opération n'exclut pas d'ailleurs l'emploi des excitants propres à solliciter les contractions. Des frictions abdominales devront être pratiquées; le doigt, introduit dans le col, devra, avant d'opérer cette rupture, agacer, irriter cette partie; il sera même très-prudent, mais seulement lorsqu'il est ramolli et paraît devoir offrir très-peu de résistance, d'administrer à la femme deux ou trois doses de seigle ergoté.

Lorsque la perte est produite par l'insertion du placenta sur le col, la plupart des accoucheurs conseillent l'application du tampon, et nous n'hésitons pas à dire que c'est à ce moyen que nous accordons la préférence. M. P. Dubois professe qu'alors la conduite à suivre varie suivant le degré de cette insertion; que, lorsqu'elle a lieu centre pour centre, c'est-à-dire lorsque le placenta couvre toute la partie supérieure de l'orifice, que les membranes sont inaccessibles, ou qu'on ne pourrait arriver jusqu'à elles qu'en décollant un des points de la circonférence du placenta encore adhérente, on doit avoir recours au tampon; mais lorsque le placenta ne répond à l'orifice que par un de ses bords, et surtout lorsqu'il est seulement inséré sur un point voisin de cet orifice, il conseille encore la rupture artificielle des membranes, convaincu qu'après l'écoulement des eaux, la tête du fœtus, venant s'appliquer sur la partie du placenta décollée, mettra fin, par cette compression, à l'écoulement du sang.

Dans ces derniers temps, M. Gendrin a eu l'idée d'appliquer la méthode de Puzos même au cas où le placenta correspondait, par son centre, au col de l'utérus. Déjà Rigby, dans un fait à peu près semblable, avait jugé convenable de traverser avec le doigt le centre du placenta, et d'arriver ainsi jusque dans la cavité amniotique. Voici, du reste, les observations de M. Gendrin à ce sujet : Les auteurs, dit-il, ont conseillé de provoquer alors le travail de l'accouchement par des manœuvres directes qui consistent à forcer la dilatation, et à arriver dans la matrice au travers même du placenta, ou en renversant cet organe sur un des côtés du col. Ces manœvres sont difficiles, très-longues, et si le sang continue à s'écouler, la femme, déjà affaiblie, peut perdre ses dernières forces. Nous conseillons le procédé suivant, qui a le grand avantage de maintenir, autant que possible, les rapports du placenta avec l'utérus. Il consiste à évacuer les eaux par une ponction pratiquée au travers du placenta appliqué sur le col et à l'aide d'une sonde de femme que l'on dirige sur le doigt dans le col et à travers le placenta, jusque dans les membranes. Dans deux cas où il a employé ce procédé, l'hémorrhagie a cessé immédiatement : c'est donc un moyen à utiliser lorsque l'abondance de l'hémorrhagie nécessite la méthode de Puzos, et que la présence du placenta inséré par son centre sur le col est le seul obstacle à l'emploi de cette méthode. Toutefois, nous pensons que si la dilatation est peu avancée, il vaut mieux appliquer le tampon.

Hémorrhagie interne. — Dans les pertes internes assez graves pour compromettre la vie de la femme, on ne peut espérer se rendre maître du sang qu'en vidant la matrice, et cela en terminant l'accouchement. Mais deux états différents peuvent alors se rencontrer : ou bien le travail n'est pas commencé, le col est complétement fermé, les bords en sont durs et épais; ou bien, au contraire, il y a des douleurs, le col est ramolli, plus ou moins entr'ouvert. Dans ce dernier cas, l'indication est précise : rompre les membranes en employant tous les moyens propres à accélérer les contractions (frictions, titillations du col, seigle

ergoté), surveiller avec soin le corps de l'utérus après cette rupture, telle est la conduite à suivre si la dilatation du col est seulement peu avancée ; si, au contraire, le col est dilaté ou dilatable, terminer tout de suite l'accouchement par la version ou l'application du forceps, suivant les circonstances. (Voy. *Version* et *Application du forceps.*)

Mais lorsque l'accident survient à une époque encore un peu éloignée du terme de la grossesse, surtout chez une primipare, l'oblitération complète du col peut mettre un obstacle sérieux à l'introduction du plus petit instrument. Dans les cas graves, après avoir inutilement employé les moyens propres à modérer l'épanchement du sang, les irritations portées sur le col et le corps dans le but de déterminer les contractions, il faudra bien, quoi qu'il en coûte, pratiquer la perforation des membranes, et si l'hémorrhagie continuant, la femme s'affaiblit de plus en plus et menace de succomber, avoir recours à l'introduction forcée de la main. Heureusement que, dans la majorité des cas, de légers efforts suffisent pour vaincre les résistances ; car on conçoit bien difficilement qu'il se fasse dans l'utérus un épanchement considérable, sans qu'il en résulte le développement de quelques contractions, ou au moins un affaiblissement marqué dans la résistance du col. Mais si malheureusement cette résistance ne pouvait être vaincue, je crois qu'on devrait employer les incisions multiples pratiquées sur le col. On pourrait peut-être, si les accidents n'étaient pas aussi pressants, avoir recours à la compression abdominale, qui aurait pour but d'empêcher la matrice de se laisser distendre outre mesure. C'est un procédé qui paraît avoir réussi assez souvent pour qu'on doive le recommander en pareille occasion.

C. Hémorrhagie légère pendant le travail.

Quand la perte ne se manifeste que lorsque le travail est déjà commencé, les indications qu'elle présente varient encore suivant l'intensité de l'accident et le degré de dilatation du col de l'utérus.

Lorsque le sang s'écoule en petite quantité, et qu'on est sûr qu'il ne s'accumule pas à l'intérieur de l'organe, on emploiera encore les mêmes moyens que nous avons conseillés contre l'hémorrhagie légère qui se manifeste dans les derniers temps de la grossesse, sauf la saignée, qui ne devra être pratiquée qu'autant qu'il existerait des phénomènes évidents de pléthore ; sauf encore l'opium, qui aurait ici le grave inconvénient de suspendre les contractions utérines. Les moyens généraux suffiront quand la dilatation du col sera encore peu avancée, et l'hémorrhagie légère.

Si le col est complétement ouvert ou tellement ramolli qu'il ne doive offrir aucune résistance, on devra, si les membranes sont encore intactes, les rompre ; et si, après cette rupture, la perte continuait, le travail languissait ; si les douleurs, d'abord énergiques, s'étaient peu à peu affaiblies, ralenties, on devrait les réveiller par l'administration du seigle ergoté.

D. Hémorrhagie grave pendant le travail.

Que l'hémorrhagie soit interne ou externe, elle offre toujours les mêmes indications, et celles-ci sont encore basées sur le degré plus ou moins avancé de la dilatation du col utérin. Si la dilatation est très-peu avancée, qu'en un mot le col ne soit ni dilaté ni dilatable, les moyens que nous avons conseillés contre l'hémorrhagie grave des derniers mois doivent encore être mis en usage. Ainsi, réfrigérants, seigle ergoté, tampon, rupture des membranes si elles sont encore intactes. Si, après la rupture des membranes, la perte continuait, et que le resserrement du col rendît toujours impossible l'introduction de la main, on appliquerait le tampon, et l'on prendrait la précaution, surtout s'il y avait inertie de l'utérus, d'exercer une compression sur la paroi abdominale antérieure, afin de prévenir une accumulation de sang dans l'intérieur de l'organe. Si enfin, malgré l'emploi des moyens précités, la perte continuant, menaçait gravement les jours de la mère, et si en même temps le col non dilaté et non dilatable rendait impossible l'introduction de la main, faudrait-il, suivant en cela la pratique de quelques auteurs, faire l'accouchement forcé, et introduire la main coûte que coûte ? Quand on commente les faits semblables qui ont été publiés, on est vivement impressionné par les résultats qu'a donnés l'accouchement forcé. Presque toutes les femmes ont succombé (21 sur 25, d'après un relevé fait par Simpson), et tous les auteurs s'accordent à regarder cette opération comme des plus graves. Nous croyons donc prudent de ne pas s'exposer aux lésions du col qui sont si souvent la conséquence de l'introduction forcée de la main ; et si après quelques efforts modérés la rigidité ne pouvait être vaincue, nous aimerions mieux, dans un cas urgent d'hémorrhagie par implantation vicieuse du placenta, employer le procédé de M. Simpson, et décoller, puis extraire le placenta. Cette méthode, que son auteur a certainement trop généralisée, nous paraît, dans ce cas, pouvoir être appliquée avec avantage, quoique l'application du tampon soit, suivant nous, préférable.

Se fondant sur les faits que nous avons déjà mentionnés, M. Simpson croit pouvoir proposer le décollement complet et l'arrachement du placenta dans les cas où son insertion vicieuse sur le col a produit une perte sérieusement compromettante pour la vie de la mère. Un peu trop absolu d'abord, M. Simpson, cédant enfin aux nombreuses et valables objections qu'avait soulevées son précepte, a cru devoir en restreindre l'application aux conditions suivantes : 1° Lorsque la perte a résisté aux principaux moyens, et en particulier à l'évacuation des eaux de l'amnios ; 2° lorsque le peu de dilatation ou de développement du col, le rétrécissement du bassin, rendent la version ou toute autre délivrance artificielle dangereuse ou impossible ; 3° lorsque la mort, la non-maturité du fœtus n'imposent d'autre devoir à l'accoucheur que de veiller au salut de la mère. C'est donc surtout chez les primipares, dans le cas de travail prématuré, de rigidité du col, de contraction convulsive de cet organe, de rétrécissement organique du bassin ou des voies de la génération, de mort ou de non-viabilité du fœtus, et

enfin d'épuisement extrême de la mère, que le décollement artificiel peut être pratiqué. Il est bien entendu, ajoute-t-il, que, dans le cas de décollement ou d'extraction du placenta, l'extraction du fœtus doit être pratiquée immédiatement, à moins que l'hémorrhagie ne se suspende, ce qui, du reste, a lieu dans l'immense majorité des cas.

Même avec cette réserve, nous ne saurions approuver le conseil donné par M. Simpson. Nous pensons, en effet, que si, après l'évacuation du liquide amniotique, la perte persiste, et si la non-dilatabilité du col ne permet pas l'introduction de la main, l'application du tampon laisse encore quelques chances de sauver la mère et l'enfant, en ayant, bien entendu, le soin de compresser le ventre pour empêcher la formation d'une hémorrhagie interne ; nous pensons encore que lorsqu'un obstacle dépendant du col, des parties molles ou du bassin, s'oppose à la terminaison du travail, le tampon peut être employé avec avantage jusqu'à ce que la dilatation du col rende possible l'intervention de l'art : car je ne vois pas en quoi, dans ces conditions, l'extraction du placenta rendrait plus facile l'extraction du fœtus, que M. Simpson recommande de pratiquer immédiatement après. Les obstacles qui empêchaient d'agir avant n'en existeraient pas moins après. C'est donc seulement, pour peu qu'on prenne quelque souci de la vie de l'enfant, dans les cas de mort ou de non-viabilité de ce dernier, qu'on pourrait, pour épargner à la mère les douleurs du tamponnement, procéder au décollement et à l'extraction du placenta, si l'hémorrhagie était grave.

Enfin, il n'est pas besoin d'ajouter que la dilatation du col étant suffisante, il faudrait terminer l'accouchement le plus promptement possible par la version ou l'application du forceps. En décrivant ces deux opérations, nous indiquerons avec soin les cas où il faudrait avoir recours à l'une ou à l'autre.

Je n'ai pas parlé d'une foule de médicaments qui tous ont été successivement préconisés, parce que je n'ai jamais eu occasion de les employer ni de les voir employer, et que d'ailleurs la théorie ne me rend guère compte de leur mode d'action. Leur énumération aurait, à mon avis, l'inconvénient de surcharger inutilement la mémoire des élèves.

§ III. — Traitement de l'hémorrhagie par l'insertion vicieuse du placenta.

Nous avons décrit, dans les paragraphes précédents, le traitement qu'il convient d'opposer aux hémorrhagies produites par l'insertion vicieuse du placenta sur l'orifice, nous y renvoyons le lecteur qui y trouvera l'exposé des différents moyens hémostatiques applicables en pareil cas; nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit (voyez p. 800 et suivantes). L'importance du sujet, le danger inhérent à cette cause d'hémorrhagie, nous font cependant un devoir de résumer en peu de mots la meilleure conduite à tenir.

Quand une perte, causée par l'insertion vicieuse du placenta se déclare, elle est habituellement peu abondante au début ; mais chaque fois qu'elle récidive, elle devient de plus en plus grave, et la malade se trouve progressivement affaiblie, par conséquent dans de mauvaises conditions pour résister à l'hémorrhagie inévitable qui accompagnera l'accouchement. Nous ne conseillerons donc pas une expectation

trop prolongée, et nous n'hésitons pas à recommander le tamponnement dans le but de mettre fin à ces hémorrhagies successives, sans attendre que le travail ait débuté. Que peut-on, en effet, reprocher au tampon? Serait-ce de provoquer le travail? Mais quand le placenta est inséré sur l'orifice, le tamponnement est encore le meilleur moyen à opposer à l'hémorrhagie qui accompagne alors l'accouchement. Avant le travail comme pendant l'accouchement, le tamponnement est, selon nous, le meilleur moyen d'arrêter la perte. On l'appliquera donc de bonne heure, malgré la gêne qu'il peut produire; de temps en temps, quoique le moins souvent possible, il sera retiré pour permettre à la femme d'uriner et pour qu'on puisse surveiller les progrès du travail qui ne tardera pas ordinairement à se déclarer. Il sera réappliqué jusqu'à ce que la dilatation soit suffisante pour qu'on puisse terminer promptement l'accouchement par la version. Si le travail tardait à se déclarer, si le tampon était difficilement supporté, on pourrait suspendre son application jusqu'à l'apparition d'une nouvelle hémorrhagie. Dans cette dernière hypothèse, le tamponnement aurait été inutile sans avoir été nuisible; on aurait donc de nouveau recours à son emploi aussitôt qu'une nouvelle hémorrhagie apparaîtrait.

La rupture des membranes est, après le tamponnement, le moyen qui offre le plus d'avantages. Mais pour qu'on puisse rompre les membranes avec sécurité, il faut que les contractions utérines soient évidentes, il faut que le sommet se présente ; il est à désirer enfin que l'insertion du placenta ne soit pas centrale. Malgré la réunion de toutes ces conditions favorables, si la perte continue après la rupture des membranes, cette opération a l'inconvénient d'exposer à une perte interne par suite de l'accumulation possible du sang dans l'intérieur de l'œuf. Quand le placenta est seulement au voisinage du col, quand le travail est nettement déclaré, la rupture des membranes donne presque toujours d'excellents résultats; mais pour peu que la situation soit grave, nous accordons la préférence au tampon.

Le tamponnement est pour nous le moyen héroïque à opposer aux hémorrhagies produites par l'insertion vicieuse du placenta sur le col ou à son voisinage. En seconde ligne nous plaçons la rupture des membranes. Quant aux autres moyens, y compris le décollement et l'arrachement du placenta, nous leur accordons moins de confiance, et nous renvoyons à ce que nous en avons dit aux pages précédentes. (Voy. *Traitement des hémorrhagies*, p. 800 et suivantes.)

§ IV. — Résumé du traitement.

Je ne crois pas pouvoir mieux terminer ce que j'avais à dire sur les hémorrhagies qui peuvent affecter les femmes pendant les derniers mois de la grossesse et le travail, qu'en plaçant sous les yeux du lecteur un petit tableau que M. P. Dubois fit distribuer aux élèves qui suivaient sa clinique. On peut, comme le dit ce professeur, considérer ce tableau comme une espèce de *vade-mecum*. On verra d'ailleurs par là combien j'ai emprunté aux idées acceptées par M. P. Dubois dans le traitement des hémorrhagies dont je viens de m'occuper.

Quand l'hémorrhagie est arrêtée, si la perte a été très-abondante, les femmes restent tellement affaiblies, que tout danger n'a pas disparu. Les malades succombent quelquefois plusieurs heures après l'arrêt de tout écoulement sanguin, au milieu d'accidents que nous décrirons avec les hémorrhagies qui compliquent la délivrance. Nous indiquerons en même temps le traitement à instituer en pareil cas (voy. *Accidents de la délivrance*).

TABLEAU SYNOPTIQUE

POUR LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES AVANT ET PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

- AVANT LE TRAVAIL.
  - HÉMORRHAGIE LÉGÈRE A.
    - Situation horizontale.
    - Repos absolu.
    - Air frais.
    - Boissons acidules fraiches.
    - Diète.
    - Saignée s'il y a des symptômes de pléthore.
    - Vider la vessie et le rectum.
  - HÉMORRHAGIE GRAVE B.
    - Mêmes moyens qu'en A, excepté la saignée.
    - D'abord applications froides.
    - Puis seigle ergoté, 2 grammes en 3 doses, à dix minutes d'intervalle.
    - Et si ces moyens sont insuffisants, appliquer le tampon ou faire la perforation des membranes.
- PENDANT LE TRAVAIL.
  - HÉMORRHAGIE LÉGÈRE..
    - Orifice non dilaté et non dilatable.
      - Membranes entières.. { Mêmes moyens qu'en A, sauf la saignée, qui ne convient que si l'état pléthorique est extrêmement prononcé.
      - Membranes rompues. { — Mêmes moyens qu'en A, puis attendre, ou rompre les membranes.
    - Orifice dilaté.....
      - Membranes entières.. { Mêmes moyens qu'en A, et attendre; si les douleurs sont faibles et lentes, donner le seigle ergoté.
      - Membranes rompues. { Mêmes moyens qu'en A, sauf la saignée, puis les réfrigérants; et en cas d'insuffisance et si les douleurs sont faibles, seigle ergoté, puis rompre les membranes; enfin si l'orifice ne permettait pas la version, appliquer le tampon.
  - HÉMORRHAGIE GRAVE...
    - Orifice non dilaté et non dilatable.
      - Membranes entières.. { Mêmes moyens qu'en A, puis les réfrigérants, puis seigle ergoté si les douleurs sont faibles et lentes; puis, en cas d'insuffisance, compression de l'utérus, tampon, accouchement forcé.
      - Membranes rompues. { Rompre les membranes; si cette rupture ne suffit pas, faire la version ou appliquer le forceps.
    - Orifice dilaté ou dilatable.....
      - Membranes entières.. { Version si la tête est au-dessus de l'orifice; forceps si la tête est dans l'excavation; extraction simple si l'extrémité pelvienne se présente.
      - Membranes rompues. { Version si la tête est au-dessus de l'orifice; forceps si la tête est dans l'excavation; extraction simple si l'extrémité pelvienne se présente.

CHAPITRE XII

DE L'ÉCLAMPSIE

Parmi les maladies convulsives qui peuvent se présenter pendant la grossesse, le travail ou les suites des couches, il en est une qui a des caractères tellement tranchés, une physionomie si particulière, que je comprends à peine la confusion qui règne encore aujourd'hui dans la plupart des ouvrages classiques. Cette confusion vient évidemment de ce que les auteurs qui ont écrit sur les convulsions puerpérales ont réuni sous ce titre toutes les affections dont la convulsion est le caractère principal, oubliant que cette épithète de *puerpérale* doit s'appliquer, non pas à toute maladie qui se manifeste avant, pendant ou après l'accouchement, car, à ce titre, on pourrait admettre une pneumonie ou une pleurésie puerpérale, mais seulement à celle qui est intimement liée à cet état, et ne se produit que pendant sa durée. Cette confusion tient encore, à mon avis, à ce qu'on a nommé convulsions, des maladies qui ne méritent pas ce nom. Ces deux propositions seront facilement prouvées par l'exposé des distinctions admises par les auteurs.

Suivant eux, en effet, les convulsions qui surviennent pendant la grossesse peuvent être partielles ou générales.

Ils ont décrit, sous le nom de convulsions partielles, des affections dont le caractère principal est bien une contraction brusque, anomale, involontaire d'un ou de plusieurs organes musculaires, et qui sont par conséquent convulsives, mais qui, du reste, diffèrent tellement de ce qu'on a l'habitude de comprendre sous la dénomination de convulsions des femmes enceintes, que c'est avec quelque répugnance, et seulement pour éviter le reproche d'avoir omis quelques faits importants, que je m'en occupe ici. C'est ainsi qu'on a rangé parmi les convulsions puerpérales les contractions violentes de l'estomac chez certaines femmes qui, pendant leur grossesse, sont affectées de vomissements intenses et opiniâtres, et qu'on appelle aussi convulsions puerpérales les palpitations dont souffrent certaines autres.

M. P. Dubois dit avoir vu chez une femme enceinte de cinq à six mois, les parois du ventre se contracter avec une telle force, que l'utérus en était complément refoulé dans l'excavation. On voyait ensuite cet organe revenir brusquetement à sa place, et rebondir à la manière d'une balle élastique qu'on a lancée sur le sol. D'autres bosselures se montraient aussi dans les flancs, l'épigastre, la région ombilicale, et semblaient dépendre de la contraction spasmodique des viscères autant que de celle des parois du ventre. Cette femme guérit sans avorter.

M. Velpeau, dans son excellente thèse, à laquelle j'ai emprunté le fait précédent, rapporte qu'une villageoise de vingt-deux ans fut effrayée, le *dixième jour* après son accouchement, des mouvements qui s'opéraient dans son ventre. On voyait, à travers les téguments et les muscles, comme un globe qui se serait promené tantôt vers l'excavation, tantôt aux flancs, tantôt vers l'ombilic. Cette