La plupart des cas publiés peuvent, sans aucun doute, recevoir une de ces interprétations, mais il faut avouer pourtant qu'il en est quelques-uns dans lesquels la résorption réelle du placenta paraît incontestable. Après tout, ce fait n'est pas sans analogues. Dans les grossesses extra-utérines avancées, n'a-t-on pas trouvé souvent le fœtus réduit à ses portions osseuses, toutes les autres parties solides ou liquides ayant été résorbées ? N'a-t-on pas vu le même phénomène se produire dans l'utérus, alors que le fœtus mort y avait séjourné pendant un long temps ? La résorption d'un placenta n'est certes pas plus extraordinaire, surtout lorsqu'il s'agit d'avortements, c'est-à-dire de placentas peu volumineux, incomplétement formés, comme dans la majorité des cas cités. C'est donc un fait dont il est impossible aujourd'hui de constater la possibilité d'une manière absolue, mais qu'on ne doit admettre qu'avec une certaine réserve.

Indications. — Nous avons assez insisté sur les moyens propres à prévenir la rétention d'une partie ou de la totalité du placenta, et nous n'avons qu'à ajouter un mot sur la prudente insistance qu'on doit mettre dans les tentatives d'extraction. Si, en effet, les graves accidents auxquels la femme est exposée nous obligent à faire tout ce qu'il est humainement possible de tenter pour compléter cette extraction, nous devons rappeler que des efforts trop longtemps prolongés soit pour introduire la main à travers un orifice rétracté, soit pour déchirer les adhérences trop intenses, peuvent avoir des conséquences tout aussi graves ; que les inflammations post-puerpérales, les déchirures même de l'utérus, ont été fréquemment observées à la suite de ces décollements forcés ; qu'enfin un placenta resté en partie ou en totalité dans l'utérus peut n'être expulsé qu'après plusieurs mois, ou être résorbé sans altérer sensiblement la santé de la mère. Ces derniers faits, quoique rares, suffisent à justifier et à commander même l'abandon de toute tentative violente et de nature à compromettre la vie. Il est impossible de formuler ici une règle absolue, et c'est à la sagacité, à la prudence du praticien, à poser des limites à son intervention.

Quant aux indications à remplir lorsque volontairement ou par maladresse une portion du placenta est restée dans l'intérieur, elles varient suivant l'époque à laquelle on est appelé à donner des soins à la malade.

Très-souvent une hémorrhagie assez abondante est le premier accident qui se manifeste. On doit tout d'abord chercher à en modérer l'abondance par des applications froides sur le bas-ventre, les aines et les cuisses, par les excitations portées sur le corps et le col utérin, et, dans le but de solliciter plus énergiquement encore la rétraction de l'organe, par l'administration du seigle ergoté. Il est fort rare que ces moyens ne suffisent pas quand l'utérus est convenablement rétracté, et, si l'inertie utérine vient aggraver l'accident, on devra recourir aux moyens que nous indiquerons plus bas.

Quant aux violentes tranchées utérines dont la femme est tourmentée, il faut se garder de chercher à les calmer par l'administration des opiacés, car les contractions dont elles sont l'effet tendent à décoller et à expulser la masse adhérente.

Dans sa conduite ultérieure, le praticien se dirigera suivant les événements.

Si le col utérin semble très-fortement rétracté, si les lochies sont peu abondantes, si surtout elles ne présentent aucune altération dans leur composition, leur couleur, leur odeur, il devra se borner à surveiller attentivement la malade, sans troubler par une intervention intempestive les tendances de la nature.

Dès que les lochies deviendront sanieuses et fétides, on devra recourir aux moyens les plus propres à prévenir leur influence fâcheuse sur l'économie. Des injections intra-vaginales et intra-utérines faites fréquemment, et continuées jusqu'à ce que le liquide injecté ne soit plus imprégné de l'odeur putride, sont très-utiles. On pourrait avec avantage les faire à grande eau, comme le conseille M. Vullyamos. Toutes les cinq minutes, il fait, avec une grosse seringue à lavement, une injection d'eau tiède; s'il y a perte, il préfère l'eau froide. Cette injection se fait à l'aide d'une longue canule de gomme élastique, dont une extrémité est placée à demeure dans le col, l'autre dépasse la vulve et même le pied du lit pour empêcher de découvrir la malade. Le liquide est reçu dans un bassin placé sous la femme. Je crois plus prudent de se servir d'une sonde à double courant.

Il faut aussi souvent toucher les malades pour s'assurer si aucune portion du placenta ne se présente au col, car on devrait immédiatement en pratiquer l'extraction, soit avec les doigts, soit avec la pince à faux germe de Levret, ou la curette de M. le professeur Pajot. Les injections sont, en effet, souvent insuffisantes et ne peuvent entraîner des portions un peu volumineuses.

L'extrême fétidité des lochies peut autoriser l'emploi d'injections légèrement chlorurées.

La malade sera soumise d'ailleurs à toutes les prescriptions hygiéniques. L'air de la chambre sera souvent renouvelé et purifié par tous les moyens appropriés; les linges dont elle est environnée seront changés le plus souvent qu'on le pourra.

Si, malgré ces précautions, sur lesquelles on ne saurait trop insister, les phénomènes d'infection générale se manifestent, on aura d'abord recours aux purgatifs, aux bains, au calomel et aux frictions mercurielles, s'il y a complication de péritonite; mais, dès qu'apparaîtront les symptômes adynamiques ou ataxiques, la médication tonique et excitante de la dernière période des fièvres graves sera seule applicable. L'eau vineuse, les préparations de quinquina, d'acétate d'ammoniaque, pourront rendre de véritables services.

ARTICLE II

DES ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LA DÉLIVRANCE

L'*hémorrhagie*, le *renversement* et la *rupture de l'utérus*, les *convulsions* tels sont les principaux accidents qui peuvent compliquer la délivrance.

§ I. — De l'hémorrhagie.

La perte est, de tous les accidents qui peuvent précéder, accompagner ou suivre la délivrance, un des plus terribles et certainement le plus fréquent. Elle peut coïncider avec chacune des difficultés que nous avons étudiées dans l'article précédent, et alors les indications que nous avons établies doivent être seulement suivies avec plus de célérité. Mais, en dehors de ces circonstances, l'hémorrhagie peut encore survenir après l'expulsion du fœtus, et nous devons étudier d'une manière spéciale celle qui, presque toujours, accompagne l'inertie partielle ou complète de l'utérus. Nous avons à examiner successivement les causes, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette inertie considérée surtout comme cause de l'accident qui nous occupe. Ce que nous en dirons complétera l'histoire de l'hémorrhagie puerpérale, que nous n'avons jusqu'à présent étudiée que pendant les six premiers mois (voy. art. *Avortement*), pendant les trois derniers mois, et durant le travail de l'accouchement (voy. *Dystocie accidentelle*).

A. *Causes.* — Après l'expulsion du fœtus, et même pendant que cette expulsion s'opère, le tissu de l'utérus, se rétractant, revient peu à peu sur lui-même, et, par l'exercice de cette contractilité de tissu, diminue considérablement la cavité de l'organe, mais surtout aplatit les vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur de ses parois, oblitère plus ou moins complétement leur cavité, y interrompt la circulation, et s'oppose ainsi à ce que les vaisseaux utéro-placentaires, déchirés par le décollement du placenta, soient la source d'une hémorrhagie abondante. Or, dans certaines circonstances, cette contractilité du tissu est très-faible; dans d'autres elle est complétement nulle : dans le premier cas, l'inertie de l'utérus est incomplète; elle est complète dans le second; elle est enfin partielle ou totale, suivant qu'elle affecte seulement une partie ou la totalité des parois de l'organe. Ces divers degrés de la maladie peuvent se montrer sous l'influence des mêmes causes.

Les causes de l'hémorrhagie par inertie sont prédisposantes ou déterminantes. Parmi les premières, les auteurs ont noté : 1° une constitution sanguine et pléthorique, une menstruation précoce et habituellement très-abondante, lorsque surtout aucune saignée préventive n'a été pratiquée dans les derniers mois de la grossesse; 2° un tempérament lymphatique : les femmes à fibre molle et lâche, douées de très-peu de force musculaire, chez lesquelles prédomine le système nerveux, sont, plus que les autres, exposées à l'inertie de l'utérus; 3° enfin, l'existence de pertes abondantes après les accouchements antérieurs. On pourrait citer un grand nombre de faits qui prouvent l'influence fâcheuse de ces antécédents : aussi, par cela même qu'une femme a déjà eu des pertes à un ou plusieurs de ses accouchements, l'accoucheur doit-il prendre toutes les précautions propres à les prévenir.

Parmi les causes dites déterminantes, on pourrait signaler : 1° un travail trop long et trop pénible par l'épuisement qui le suit; à cette cause se rattachent évidemment tous les obstacles à l'expulsion naturelle du fœtus; 2° un travail trop court et un accouchement trop précipité par la *stupeur* des parois, stupeur que produit la déplétion trop brusque et trop rapide de l'utérus : ainsi un bassin trop vaste, une déchirure du col, un défaut de la résistance du périnée, qui facilitent l'expulsion rapide du fœtus, peuvent, par cela même, être cause d'inertie; 3° la distension outrée de l'utérus, qu'elle soit le résultat d'une hydropisie de l'amnios ou d'une grossesse gémellaire, peut paralyser, pour ainsi dire, la contractilité du tissu utérin; 4° enfin, il faudrait ajouter, selon madame Lachapelle, le tiraillement de l'utérus par suite d'adhérence contractée avec l'épiploon pendant la grossesse, tiraillement qui s'oppose, suivant elle, au retrait complet de l'organe après l'accouchement.

Sans aucun doute, les circonstances dont nous venons de parler peuvent à elles seules causer l'inertie de l'utérus; mais, en général, leur influence sera de courte durée et facile à combattre si elle n'est pas favorisée par la préexistence des causes prédisposantes. C'est, comme l'a fait remarquer M. Guillemot, à celles-ci surtout qu'il faut rapporter la plus grande part dans la production des hémorrhagies qui surviennent après l'accouchement. Lorsqu'elles existent, en effet, réunies chez la même femme, on a toute raison de redouter cet accident, tandis qu'en leur absence les prétendues causes déterminantes sont le plus souvent sans action. Ces causes font le plus ordinairement sentir leur influence peu d'instants après l'accouchement; mais quelquefois l'inertie est, pour ainsi dire, secondaire, et ne survient que plusieurs heures, quelquefois même plusieurs jours après. La matrice, après s'être rétractée convenablement aussitôt après la sortie du fœtus ou du délivre, se relâche ensuite de manière à permettre une hémorrhagie foudroyante.

B. *Symptômes.* — Lorsque, à la suite de l'accouchement, l'utérus revient complétement sur lui-même, on sent, dans la région sous-ombilicale, une tumeur dure, globuleuse, arrondie, qui occupe presque tout l'espace qui sépare l'ombilic des pubis. Cette tumeur est le siége de douleurs intermittentes plus ou moins vives, douleurs qui coïncident avec une dureté plus grande de la tumeur. L'inertie de l'utérus se reconnaît précisément à l'absence des caractères que nous venons d'indiquer. En palpant la région abdominale inférieure, on ne sent partout que mollesse et flaccidité. Les parois abdominales et utérines se laissent déprimer avec facilité jusqu'à ce qu'elles soient appliquées contre la paroi postérieure du ventre. Si l'inertie est complète, il est même impossible de distinguer les parois utérines des parois abdominales : en portant la main dans l'utérus, elle pénètre ordinairement aisément à travers le col, et trouve les parois utérines partout mollasses, plissées sur elles-mêmes comme un morceau de vieux linge. Si l'inertie est incomplète, les parois utérines semblent offrir un peu plus d'épaisseur, un peu plus de consistance, mais elles se laissent encore distendre facilement, et l'on reconnaît qu'elles n'ont pas la résistance qu'elles offrent ordinairement.

Cet état d'inertie peut exister sans hémorrhagie, si le placenta n'est décollé dans aucun des points de sa surface utérine. Mais on comprend que la perte est inévitable, alors que ce décollement a déjà eu lieu; il est, du reste, facile de

prévoir qu'elle sera d'autant plus considérable que ce décollement sera plus avancé ou déjà terminé au moment où survient l'inertie.

Les signes au moyen desquels on peut reconnaître l'existence de l'hémorrhagie sont très-faciles à constater; mais l'écoulement est quelquefois si abondant et si rapide, qu'on ne s'aperçoit de son existence qu'à un moment ou déjà les jours de la femme sont bien gravement menacés. Les femmes qui en sont atteintes accusent ordinairement un sentiment de pesanteur vers l'estomac : bientôt après la pâleur du visage, les éblouissements, la petitesse du pouls, les faiblesses, les syncopes et tous les symptômes généraux plus graves se manifestent. A ces signes s'ajoutent quelques symptômes particuliers à la perte utérine : tels sont les douleurs de reins, un frisson spasmodique et un sentiment de tiraillement à l'épigastre, quelquefois tout semblable à la sensation produite par la faim; dans les derniers moments il survient assez souvent quelques accès d'hystérie ou même des mouvements convulsifs. Quant aux phénomènes locaux, ils varient; et, sous ce rapport, la perte a été distinguée en externe ou en interne. Lorsque l'hémorrhagie est externe, le sang, qui inonde le lit de la femme, traverse les matelas et coule jusqu'à terre, ne permet pas de méconnaître la cause des phénomènes généraux que nous venons d'indiquer. Mais, lorsque le sang s'accumule dans l'intérieur de la cavité utérine, la nature de ces accidents peut passer inaperçue, ou, du moins, on peut ne la reconnaître que lorsque déjà il n'est plus temps d'y remédier.

Toutes les circonstances qui peuvent opposer un obstacle à l'écoulement facile du sang à travers le col peuvent causer une hémorrhagie interne : ainsi, une obliquité très-considérable de l'utérus, dans laquelle le col sera porté fortement en haut et en arrière; l'occlusion de l'orifice par la totalité ou une partie de la masse placentaire, par un caillot volumineux; l'occlusion de la vulve par des linges, un tampon mal appliqué; enfin, la contraction spasmodique du col de l'utérus. Bien que cette rétraction soit, dans un cas d'inertie du corps, rarement assez considérable pour oblitérer par elle-même complétement le col, on conçoit qu'elle doit nécessairement favoriser la formation d'un caillot qui pourra facilement boucher un orifice déjà rétracté. Ajoutons, enfin, que la position élevée dans laquelle on place le bassin, dans le but d'arrêter une hémorrhagie externe, peut devenir la cause d'une perte interne.

Lorsqu'un obstacle quelconque s'oppose à l'écoulement du sang, celui-ci s'accumule dans l'intérieur de la cavité, dont les parois se laissent distendre avec une grande facilité. La main, portée sur le ventre, trouve alors l'utérus volumineux, distendu; quelquefois même il s'élève à la hauteur à laquelle il était parvenu dans les derniers mois de la grossesse : elle ne rencontre plus, à la hauteur ordinaire, la boule formée par la matrice revenue sur elle-même; celle-ci a beaucoup plus de volume et moins de dureté; un doigt introduit dans le vagin trouve l'orifice utérin obstrué par un caillot ou par le placenta, dévié fortement en arrière, ou resserré spasmodiquement. La main, introduite dans la matrice, y trouve une grande quantité de caillots et de sang liquide (C. Baudelocque).

C. *Diagnostic.* — Lorsque l'hémorrhagie est externe, il est à peu près impossible de se tromper sur la nature de l'accident. Mais il n'en est pas de même quand le sang s'accumule dans l'intérieur de l'organe. Nous avons donné, comme signes pathognomoniques de la perte, la faiblesse générale, la syncope, les douleurs de reins, etc., et le développement du ventre : or, ces circonstances peuvent se rencontrer sans qu'il y ait une hémorrhagie.

Le développement du ventre peut être dû à ce que les intestins, longtemps comprimés par l'utérus, cèdent tout à coup à l'effort des gaz qu'ils contiennent, se laissent distendre, et rendent à l'abdomen, dont les parois sont molles et flasques, tout le volume qu'il avait auparavant. La sonorité du ventre à la percussion, le toucher vaginal et le palper du globe utérin mettraient à l'abri de toute erreur.

Quelquefois, dit madame Lachapelle, grâce à l'extensibilité du vagin, la matrice se laisse élever par la vessie distendue et remplie d'urine, de manière à augmenter singulièrement le volume du ventre. Dans un cas que j'ai observé, dit-elle, mes élèves avaient conçu de vives inquiétudes que je dissipai à l'instant par l'application de la sonde. La proéminence de la vessie, si aisée à reconnaître par une personne exercée, m'avait rassurée au premier abord; et, d'ailleurs, il n'existait aucun des symptômes généraux.

L'accoucheur doit savoir aussi que les syncopes qui surviennent après l'accouchement ne sont pas toujours le résultat d'une perte. Assez souvent on en observe à la suite d'accouchements très-prompts. La matrice étant, en effet, désemplie subitement, les vaisseaux hypogastriques cessent tout à coup d'être comprimés comme ils l'ont été pendant les derniers mois de la grossesse; la circulation y devient libre et facile, et la rapidité avec laquelle le sang abandonne la tête et les extrémités supérieures pour se porter dans les vaisseaux du bas-ventre détermine souvent des syncopes. L'application d'un bandage modérément serré sur le ventre, une position horizontale, suffisent ordinairement pour faire cesser cet accident.

Un accès hystériforme survenant après le travail pourrait être pris pour les phénomènes nerveux qui signalent si souvent la terminaison fâcheuse des hémorrhagies graves.

Dans tous ces cas, le toucher vaginal et le palper de la région sous-ombilicale, en faisant constater le resserrement de l'utérus, rassureront pleinement l'accoucheur.

D. *Pronostic.* — C'est un accident excessivement grave que la perte qui survient après l'accouchement. Quelques minutes peuvent, en effet, décider de la vie de la femme. La perte sera d'autant plus abondante que l'inertie sera plus complète, le décollement du placenta plus avancé. Toutes choses étant égales d'ailleurs, l'hémorrhagie interne étant en général reconnue beaucoup plus tard que l'hémorrhagie externe est par cela même un accident plus redoutable. Parmi les symptômes communs à ces deux espèces de pertes, il en est qui annoncent plus particulièrement un danger imminent et même une mort prochaine : de ce nombre sont les frissons violents, une dyspnée toujours croissante, les convulsions, les syncopes prolongées, les douleurs de reins violentes et continues, et, de plus,

les éblouissements et une cécité plus ou moins complète; et il est à remarquer aussi que la pupille est ordinairement dilatée, qu'elle est parfois agitée de mouvements oscillatoires, mais qu'elle se dilate surtout beaucoup dans l'instant de la syncope la plus profonde (Lachapelle).

E. *Traitement.* — Le traitement de l'hémorrhagie utérine par inertie est *préservatif* ou *curatif.*

Le *traitement préservatif* consiste à détruire les prédispositions que nous avons indiquées, et à prévenir l'action des causes que nous avons dit pouvoir déterminer l'inertie de l'utérus après l'accouchement. Chez les femmes d'une constitution pléthorique, abondamment réglées, et chez lesquelles des phénomènes de pléthore se manifesteront pendant la grossesse, il faudra avoir recours à la saignée répétée plusieurs fois pendant les derniers mois, et même pendant le travail si la plénitude du pouls, la coloration de la face, la céphalalgie, l'exigeaient. Chez les femmes d'une constitution faible et délicate, qui ont eu déjà des pertes à leurs accouchements antécédents, on devra, pendant les derniers temps du travail, employer les moyens propres à réveiller la contractilité de tissu, stimuler l'action de l'utérus par des pressions et des frictions faites à l'extérieur, par l'application sur le ventre de compresses trempées dans un liquide froid et vinaigré, mais surtout en donnant, vingt ou trente minutes avant l'expulsion du fœtus, 1 ou 2 grammes de seigle ergoté en trois doses.

Le docteur Robert Lee (*London med. Gaz.*, 1839, p. 713) conseille la pratique suivante. Chez les femmes dont les antécédents font craindre une hémorrhagie abondante après la délivrance, il recommande de rompre les membranes dès le début du travail, sans attendre la dilatation de l'orifice ou au moins les fortes douleurs; puis il applique un bandage autour du ventre, et il le serre graduellement à mesure que le travail fait des progrès. Il abandonne ensuite le travail à la nature, en évitant d'employer toute espèce de stimulant, et en ayant soin de tenir l'appartement frais. J'ai, dit-il, plusieurs fois suivi cette pratique avec succès.

Il est d'autres soins prophylactiques et dont l'application est encore très-utile quand on craint l'inertie de l'utérus. Ainsi, s'opposer autant que possible à la trop prompte terminaison d'un travail trop rapide, surtout chez les femmes molles et lymphatiques; accélérer, au contraire, un travail long et pénible; aider ou suppléer la nature impuissante avant que la femme soit complétement épuisée, et la matrice tombée dans le collapsus, tels sont les meilleurs moyens de détruire l'action des causes déterminantes. M. Clarke conseille avec raison de placer la main, pendant l'expulsion de l'enfant, sur le fond de l'utérus, de manière à lui procurer un point d'appui pendant et après la contraction. Burns ajoute qu'un bon moyen de maintenir et de stimuler l'action de l'utérus, c'est d'exercer une douce pression sur le ventre après la délivrance.

« Mais, ajoute madame Lachapelle, si, malgré vos soins, malgré le repos le plus absolu, malgré la défense expresse faite à la femme de seconder l'effort des douleurs par des efforts volontaires, vous voyez l'accouchement s'accélérer avec une fâcheuse célérité, il vous reste encore une ressource, c'est de laisser le placenta dans la matrice jusqu'à ce que de nouvelles douleurs se réveillent. Le placenta n'est pas ordinairement alors entièrement décollé, et il s'oppose à la perte tant que dure la stupeur de l'utérus après cette trop prompte évacuation.

» Dans le cas contraire, c'est-à-dire quand le travail a été trop long, le placenta est ordinairement détaché, ou au moins en grande partie; il ne peut donc plus s'opposer à l'épanchement du sang : sa présence ne peut qu'entretenir la langueur de l'utérus, et le fatiguer en l'irritant sans fruit; il faut donc procéder au plus tôt à la délivrance, débarrasser complétement la matrice et profiter du peu d'énergie qui lui reste pour en procurer le resserrement. » (*Pratique des accouchements*, t. II.)

Les accoucheurs anglais ont tiré parti de la sympathie qui paraît exister entre les mamelles et l'utérus, pour combattre la tendance à l'inertie que l'utérus présente chez certaines femmes. Se fondant sur ce fait bien connu que la succion exercée par l'enfant détermine souvent des tranchées utérines dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, ils conseillent, comme moyens préventifs, de placer l'enfant au sein immédiatement après la délivrance. Leur confiance en ce moyen est si grande, qu'au dire de Marshall-Hall rien ne saurait justifier le praticien qui, auprès d'une femme dont l'utérus aurait une disposition à l'inertie, la quitterait sans lui conseiller un moyen aussi simple et aussi sûr dans ses résultats. Indépendamment de l'excitation sympathique produite sur la matrice, la succion aurait encore l'avantage de détourner le sang de l'utérus en l'attirant vers les mamelles [1].

Je ne saurais trop insister sur l'administration de 1 à 2 grammes de seigle ergoté, toutes les fois qu'après la délivrance on constate une tendance à l'inertie de l'utérus. C'est un médicament toujours innocent et qui, j'en suis convaincu, a souvent prévenu une perte.

Traitement curatif. — Après l'accouchement, une indication spéciale se présente : c'est de solliciter, autant que possible, les contractions utérines, qui seules peuvent mettre un terme à l'hémorrhagie. Les moyens employés pour obtenir ce résultat sont excessivement variés; nous allons en apprécier la valeur.

De tous les moyens conseillés contre l'hémorrhagie produite par l'inertie de l'utérus, le plus sûr et le plus facile est une excitation directe portée à la fois sur le corps et le col de la matrice. La main, placée sur la paroi abdominale inférieure, frictionnera, pressera, serrera vivement la paroi utérine; d'un autre côté, deux doigts introduits dans le vagin agaceront, titilleront le col de l'utérus. Si ces moyens ne suffisent pas, on porte la main tout entière dans la cavité de l'organe. En effet, en admettant que le placenta ait été expulsé, les caillots accumulés dans la cavité de l'utérus empêchent le retrait de sa couche musculaire, et le

[1] Dans le cas où il croyait avoir à redouter une hémorrhagie par inertie après l'accouchement, Rigby faisait approcher l'enfant du sein de la mère aussitôt qu'elle avait été changée et recouchée, et il assure que, dans plusieurs cas graves où tous les autres moyens avaient échoué, il a obtenu, aussitôt que l'enfant eut saisi le sein, une contraction forte et permanente de l'utérus : dans un seul cas l'effet habituel n'eut pas lieu. M. Rigby pense que c'est parce qu'on avait présenté à la femme un autre enfant que le sien!

premier soin à prendre est de les retirer avec la main, qu'il ne faut pas craindre d'introduire dans les parties aussi souvent que cela est nécessaire; puis on stimule, on agace avec les doigts sa surface interne, tandis qu'avec l'autre main, appliquée sur l'hypogastre, on continue les frictions. On est quelquefois obligé de comprimer, de masser, de pétrir, pour ainsi dire, les parois de l'organe, en appuyant fortement à travers les parois abdominales, pendant que l'autre main, qui se trouve à l'intérieur, sert de point d'appui.

Ce moyen est préférable à tous les autres. On peut toujours l'employer et sans effrayer la femme; il n'est pas susceptible de déterminer l'inflammation de la matrice, comme la plupart des astringents et des stimulants que quelques auteurs ont conseillés. Ainsi, il faut exclure de la pratique l'injection, dans la matrice, d'alcool rectifié, d'huile de térébenthine, d'esprit de vitriol, etc., que Pasta recommande d'employer comme caustiques dans ces cas. Il ne faut même user du vinaigre pur qu'avec une grande discrétion.

Si l'irritation avec les mains ne suffisait pas pour réveiller la contractilité du tissu, il faudrait avoir recours à l'application du froid, qui agit à la fois comme sédatif sur le système circulatoire et comme astringent sur les fibres musculaires; des compresses froides seraient appliquées sur l'abdomen, les organes génitaux et les cuisses; on pourrait en même temps injecter une certaine quantité d'eau froide dans le vagin, en ayant soin que l'extrémité de la canule pénètre jusque dans la cavité utérine, ou diriger sur le col une forte douche d'eau froide. Dans un cas grave, on pourrait imiter M. Evrat, qui portait dans la matrice un citron dépouillé de son enveloppe, qui l'exprimait fortement dans sa main, afin que l'acide citrique, lancé de toutes parts contre les parois de l'utérus les excitât à se contracter; ou bien, à l'exemple de M. Desgranges, imbiber une éponge de vinaigre, la porter dans l'utérus, en exprimer le liquide qu'elle contient, et l'abandonner après avoir toutefois pris la précaution de la traverser avec un cordonnet de soie, afin de la retirer aisément si on le juge convenable.

Quelques personnes ont enfin conseillé de porter dans l'utérus un morceau de glace, qu'on laisse pendant quelques instants en contact avec les parois utérines. C'est un moyen dont il ne faut pas trop prolonger l'emploi. Il en est de même, du reste, de l'application extérieure du froid. Suivant la remarque judicieuse de madame Lachapelle, ce n'est pas sans de graves inconvénients que l'on soumet pendant trop longtemps la femme à l'application de la neige, de la glace, à ces irrigations froides, à ces douches, à ces bains d'eau très-froide, préconisés par quelques auteurs; le froid ne doit être employé que dans certaines limites. Au bout de cinq ou six minutes, il devient le plus souvent inutile; souvent même il devient nuisible, en précipitant la femme dans une torpeur mortelle, ou en l'exposant à une réaction inflammatoire violente.

Dans certains cas d'hémorrhagie opiniâtre, on voit échouer tous les moyens dont nous venons de parler. On en a conseillé quelques autres que nous allons examiner : c'est le tamponnement, l'introduction d'une vessie dans l'utérus, le rapprochement des parois utérines par la compression immédiate, la compression de l'aorte, le seigle ergoté, l'opium, la transfusion.

1° *Tamponnement.* — Leroux cite un grand nombre de cas d'inertie de matrice où l'application du tampon a arrêté une perte qui paraissait inévitablement mortelle. Mais, comme le fait remarquer Desormeaux, les hommes même de bonne foi obtiennent souvent, des remèdes de leur invention, des succès que les autres ne peuvent obtenir. Le plus souvent, en effet, le tampon n'aurait pour effet que de convertir une perte externe en interne. Pour remédier à cet inconvénient, on a proposé de joindre à l'emploi du tampon la compression exercée avec les mains sur les parois de l'utérus; M. Chevreul, partisan du tampon après l'accouchement, ajoute qu'il fait agacer, autant que possible, l'extérieur de la matrice. Mais, comme le fait remarquer M. Baudelocque, dans les cas cités par MM. Chevreul et Leroux, et où le tampon paraît avoir réussi, ce n'est pas tant en empêchant l'issue du sang, en déterminant sa coagulation, qu'en irritant la surface interne de la matrice, en produisant le resserrement des vaisseaux, que ce tampon aurait eu un effet salutaire. Ce tampon lui-même, ces substances irritantes dont M. Chevreul l'imbibe, jointes aux irritations extérieures, peuvent bien, dans beaucoup de cas, déterminer la contraction. Bourrer le vagin, comme le conseillait Leroux, est donc chose au moins inutile, souvent même dangereuse, parce qu'elle transforme une hémorrhagie externe en hémorrhagie interne; malgré d'aussi graves inconvénients, si l'on se décidait à recourir au tamponnement, il faudrait, de toute nécessité, y joindre la compression du bas-ventre, le frottement et l'agacement de la matrice au-dessus des pubis.

2° L'introduction dans la matrice d'une vessie de cochon que l'on aura assouplie en la tenant quelque temps dans l'eau est encore un très-mauvais moyen. Il est étonnant que Gardien paraisse en approuver l'emploi. Il est évident que le séjour de cette vessie est un obstacle continuel au retrait de la matrice sur elle-même. En vain a-t-on fait valoir beaucoup la compression qui serait exercée sur les orifices vasculaires : cet effet fût-il constant, ce qui est loin d'être vrai, puisqu'on n'est jamais assez sûr de remplir exactement la cavité utérine, on n'aurait fait que reculer la difficulté, car l'hémorrhagie pourra reparaître au moment où l'on retirera la vessie, et il faudra toujours en venir au resserrement de l'utérus.

3° Dans un cas désespéré, M. Deneux eut l'heureuse idée d'appliquer l'une contre l'autre les parois de la matrice à l'aide d'une serviette pliée en plusieurs doubles, appliquée sur l'hypogastre, et maintenue par un bandage de corps serré. Ce moyen suspendit complétement l'écoulement du sang. Ce moyen, dont M. Baudelocque fait honneur à M. Deneux, avait été conseillé depuis longtemps, surtout par les accoucheurs anglais. C'est à tort que quelques praticiens ont blâmé ce procédé : il peut certainement être utile dans un cas désespéré. En disant que, d'après la disposition du plan postérieur du tronc, le contact des parois de l'utérus ne peut avoir lieu que sur le point qui correspond à l'angle sacro-vertébral, madame Boivin a évidemment confondu le squelette décharné avec le squelette pourvu de parties molles.

4° M. d'Ornellas a soutenu récemment une thèse sur la compression de l'aorte, employée dans les pertes utérines. Il cite plusieurs observations à l'appui.