matrice était molle, mais non distendue par le sang. J'ai vu deux fois, dit M. Velpeau, l'hémorrhagie se manifester après la délivrance, quoique la matrice fût, depuis quatre et même sept heures, revenue sur elle-même et contractée. C'est d'ailleurs un accident qui n'est pas rare, ajoute le même auteur, après les premières vingt-quatre heures.

Ces congestions que, dans certains cas rares, rien ne peut expliquer, peuvent être le plus souvent rattachées à des causes locales ou générales assez faciles à apprécier.

Nous avons déjà parlé (page 908) de l'influence que pouvait avoir, dans la production de ces hémorrhagies, la rétention d'une portion plus ou moins considérable du placenta. Nous ajouterons seulement que la présence dans l'intérieur d'un caillot volumineux peut avoir le même résultat. Collins, madame Lachapelle, ont rapporté des cas de pertes survenues huit ou dix jours après l'accouchement, et qui n'ont cessé qu'après l'extraction artificielle des caillots.

L'afflux sanguin peut encore être causé par la rétraction d'une portion des membranes, comme dans le cas suivant :

J'ai été mandé par un de nos confrères auprès d'une dame du Gros-Caillou. Lorsque j'arrivai auprès de la malade, je trouvai M. P. Dubois qui, appelé en même temps, était arrivé avant moi, et était occupé à extraire une portion considérable des membranes qu'on avait eu l'imprudence de ne pas extraire avec le placenta. La malade, accouchée à neuf heures du soir, avait, une demi-heure après, été prise d'une hémorrhagie que rien n'avait pu arrêter, et qui ne cessa qu'à une heure et demie du matin, après l'extraction du corps étranger. Pendant tout ce temps, l'utérus était resté dans un état de parfaite rétraction. (Voy. aussi page 910.)

Dans ce dernier cas, l'extraction du corps étranger fait ordinairement cesser les accidents ; dans le premier, il est évident que les révulsifs sur les parties supérieures du tronc, les applications froides sur le ventre, doivent être employés.

Dans tous, le repos absolu, la position horizontale et quelquefois la compression prolongée des gros troncs abdominaux seront encore très-utiles.

Les polypes intra-utérins sont devenus plusieurs fois la cause d'hémorrhagie mortelle deux ou trois semaines après l'accouchement. On a pensé qu'ils ne produisaient l'hémorrhagie qu'en s'opposant à la rétraction de l'utérus. Nous sommes disposé à rejeter cette opinion ; car, suivant la remarque de Oldham, il est alors facile de sentir au-dessus des pubis l'utérus fortement rétracté : d'ailleurs la cessation de la perte après la ligature, sans excision du polype, porte à penser que celui-ci n'agit pas seulement comme corps étranger ; car, s'il en était ainsi, la perte devrait continuer encore après la ligature.

L'irritation des organes voisins peut déterminer dans l'utérus une congestion hémorrhagique. M. Moreau cite un cas d'hémorrhagie survenue le huitième jour après l'accouchement, qu'il attribue avec raison à l'accumulation de fèces durcies dans le gros intestin. Les lavements étant sans résultat, il fut obligé d'évacuer le rectum avec une espèce de curette. Aussitôt après, la perte s'arrêta.

L'utérus reste encore, longtemps après l'accouchement, le centre de fluxion vers lequel viennent converger les troubles généraux de l'organisme. On ne peut guère s'expliquer autrement ces pertes, qui paraissent succéder à une violente émotion morale, l'abus des stimulants, etc.

C. *Altération du sang.* — M. Blot, dans son excellente thèse, a cité également l'observation d'une femme dont l'utérus était bien rétracté, et qui mourut sans que rien pût arrêter l'écoulement séro-sanguin qui succéda à une perte survenue après l'accouchement. M. Blot essaye de rattacher cette hémorrhagie à l'albuminurie et à l'appauvrissement du sang, qui en est la conséquence. J'ai eu l'occasion de faire remarquer que, pour être admise, cette assertion a besoin d'être appuyée sur de nouvelles recherches.

Je ne crois pas pourtant, avec madame Lachapelle, qu'on puisse attribuer ces pertes à une congestion accidentelle, à une espèce de molimen hémorrhagique. Je pense, au contraire, qu'elles sont la conséquence d'un état séreux du sang qui, s'opposant à la formation de caillots oblitérateurs, permet au liquide de s'écouler en nappe à la face interne de l'utérus. Cela arrive quelquefois à la surface des plaies chez certains sujets anémiques, scorbutiques ou autres..... Mais de là à admettre avec M. Blot que l'albuminurie en est la cause, il y a loin.

Le tamponnement aidé de la compression du globe utérin à l'aide d'un bandage fortement appliqué autour de l'abdomen serait alors fort utile. Le seigle ergoté a souvent été employé sans aucun succès dans ces graves circonstances, et quelques médecins anglais vantent beaucoup l'emploi des styptiques à l'intérieur. Dans un cas de perte survenu neuf jours après la délivrance, M. Clintock a employé avec succès la teinture de chanvre indien. L'oxyde d'argent est également recommandé à la dose d'un demi-grain à un grain, trois ou quatre fois par jour, associé à une petite quantité d'opium. Un large vésicatoire a été encore appliqué avec succès sur la région sacrée.

§ III. — Hémorrhagie par le cordon ombilical.

Dans les accouchements de jumeaux, il peut se faire une hémorrhagie, après la naissance du premier enfant, par l'extrémité placentaire du cordon que l'on vient de couper. Bien qu'il n'existe habituellement entre les deux placentas aucune communication vasculaire, cet accident a été constaté trop souvent pour qu'on puisse aujourd'hui le mettre en doute. Aussi tous les accoucheurs l'admettent-ils. On trouve dans Méry, Baudelocque, Solayrès, des faits qui prouvent que, même dans un cas de grossesse simple, il peut se faire, après la section du cordon, une hémorrhagie suffisante pour compromettre la vie de la mère, et que la veine ombilicale est seule la source de cette perte. Quant à la perte qui survient par l'extrémité placentaire du cordon, hors le cas de jumeaux, je puis assurer, dit M. Chevreul, l'avoir observée chez trois femmes que j'avais accouchées avec le forceps. J'avais coupé le cordon avec précipitation sans y faire aucune ligature. Pendant que je donnais aux enfants les soins que leur état récla-

mait, le sang continua de couler avec une abondance extrême par la portion qui tenait au placenta. J'employai tous les moyens d'irritation conseillés en pareil cas pour faire contracter la matrice; je fus obligé, pour arrêter la perte, de lier le cordon. La délivrance s'opéra peu de temps après et ne fut suivie d'aucun accident. Le docteur Albert (de Wiesentheid) vit le sang jaillir, de la grosseur d'un fétu de paille, de l'extrémité du cordon. L'hémorrhagie, déjà très-considérable, ne s'arrêta qu'après une pression exercée sur les vaisseaux ombilicaux; on fut obligé d'en pratiquer la ligature. M. Guillemot a récemment eu occasion d'observer un fait à peu près semblable.

Si nous nous rappelons le mode de connexion vasculaire que nous avons étudié dans le placenta, il nous sera certainement impossible de comprendre comment le sang de la mère peut passer en nature dans les ramifications de la veine ombilicale, et s'écouler ainsi en grande abondance. Mais doit-on rejeter les faits avancés par des hommes instruits et de bonne foi, par cela seul qu'on ne peut pas les expliquer? Je ne le pense pas : il suffit d'ailleurs, pour rendre le fait très-simple, de supposer quelque anomalie ou quelque déchirure vasculaire qui rendrait facile l'intelligence de ces cas exceptionnels. Je considère donc cette hémorrhagie par l'extrémité placentaire du cordon comme possible; car je ne puis complétement récuser des témoignages aussi imposants que ceux que je viens de citer. Il est évident que la ligature du cordon serait la seule ressource de l'art dans ces circonstances.

§ IV. — Du renversement de l'utérus.

Le renversement de l'utérus est un accident dans lequel le fond de l'organe, fortement déprimé, est plus ou moins renversé dans l'intérieur de sa cavité, et quelquefois même a traversé le col pour pendre dans le vagin ou à l'extérieur de la vulve.

Le renversement de la matrice présente plusieurs nuances, depuis la simple dépression jusqu'au renversement complet, dans lequel la face interne est devenue face externe, et *vice versa*. On en admet trois degrés principaux : le premier est une simple dépression du fond, qui s'approche du col sans s'y engager; le second est le renversement incomplet, qui a lieu lorsque le fond s'engage dans l'orifice et fait saillie dans le vagin; le troisième est le renversement complet, dans lequel l'utérus est entièrement retourné et se montre à la vulve ou même à l'extérieur.

1° La dépression peut commencer par le fond de l'utérus, et alors la portion déprimée forme une espèce de cul-de-lampe au-dessus du pubis, dont les bords sont plus élevés du côté de cet os que du côté du sacrum. Elle peut commencer par les parois antérieure ou postérieure; et, lorsque c'est l'antérieure qui se déprime, le bord postérieur est bien plus élevé que l'antérieur. Si le contraire a lieu, c'est la paroi postérieure qui s'est affaissée ; enfin, l'espèce de cul-de-lampe que forme la matrice renversée est très-incliné d'une fosse iliaque à l'autre, si c'est un des côtés qui s'enfonce. Si le placenta n'est pas détaché et que l'on

exerce quelques tractions sur le cordon ombilical, on augmente la dépression. Dans tous les cas, le doigt introduit dans l'orifice sent le fond de la matrice à 1 centimètre, plus ou moins, de profondeur.

2° Lorsque le renversement est incomplet, on reconnaît, en touchant la femme, une tumeur demi-sphérique, plus ou moins volumineuse, suivant que le placenta est décollé ou encore adhérent à la matrice : cette tumeur est entourée à sa partie supérieure par le col de la matrice, comme par un bourrelet. En palpant la région hypogastrique, on n'y sent pas la tumeur formée habituellement par le globe utérin, on n'y découvre qu'une dépression plus ou moins profonde.

3° Enfin, dans le renversement complet, la tumeur peut remplir le vagin sans franchir la vulve, ou pendre entre les cuisses de la femme. Dans le premier cas, toute la cavité vaginale est occupée par une tumeur volumineuse, dont il est très-difficile d'atteindre la partie supérieure. Dans le second, qui est le plus grave de tous, la cavité pelvienne est complétement vide, et la main n'y peut rien sentir : on trouve entre les cuisses de la malade une tumeur considérable à laquelle adhère encore en totalité ou en partie le placenta. Le sommet de cette tumeur remonte dans le vagin, ou est simplement caché par les lèvres de la vulve. Le vagin a été entraîné par l'utérus déplacé; il est aussi renversé en grande partie : de sorte que la tumeur est alors d'une longueur considérable. Rigoureusement parlant, dit Burns, on ne peut dire que l'inversion soit complète; dans la plupart des cas, en effet, les lèvres de l'orifice sont pendantes, et l'inversion se termine à la partie inférieure du col. Quelques auteurs prétendent cependant que les lèvres peuvent être complétement renversées.

Le renversement de la matrice est toujours accompagné de phénomènes généraux d'autant plus graves qu'il est lui-même plus considérable. La malade éprouve une douleur plus ou moins vive, accompagnée d'efforts pour uriner et pour aller à la garderobe, efforts qui suffisent quelquefois pour rendre complète une inversion qui, sans eux, n'eût été qu'incomplète; la douleur devient dès lors très-intense. La malade, effrayée, pâlit, tombe en syncope; le pouls est faible, quelquefois même imperceptible. L'intensité des phénomènes généraux varie, du reste, suivant le degré du renversement et suivant le resserrement ou l'état de relâchement du col. Ainsi, elle est beaucoup moindre dans la simple dépression que dans le renversement complet; et, dans ce dernier cas, les douleurs et les dangers sont beaucoup plus grands quand le col est violemment contracté que lorsqu'il est un peu resserré. Enfin, si au moment où l'accident arrive le placenta est en partie décollé, il y a une hémorrhagie très-abondante; si, au contraire, toutes les adhérences du placenta sont intactes, il n'y a point de perte : celle-ci ne commence qu'avec le décollement du délivre, et augmente à mesure qu'il s'achève. Lorsque l'inertie complique alors le renversement, comme cela arrive malheureusement le plus souvent, l'hémorrhagie est foudroyante, et ne peut être modérée que par la rétraction de l'utérus.

L'inversion de l'utérus est quelquefois le résultat de tractions imprudentes

faites trop tôt sur le cordon ombilical, dans le but d'opérer la délivrance avant le complet décollement du placenta. Elle peut aussi être le résultat d'un accouchement trop rapide, surtout si la femme est debout au moment où l'expulsion brusque du fœtus a lieu; car, si le cordon ombilical est court ou entortillé autour du tronc de l'enfant, le fond de l'utérus peut être entraîné par les tiraillements du cordon et se renverser.

Le renversement de l'utérus produit par le tiraillement du cordon, dans le dernier cas dont nous parlons, est un fait beaucoup plus rare qu'on ne pourrait le penser. Le plus souvent le cordon se rompt alors, ce qui est assez difficile à comprendre, surtout si l'on réfléchit à la force qu'il faut employer pour rompre le cordon. La rareté du renversement s'explique pourtant par la violence de la contraction qui expulse subitement le fœtus, mais surtout par la différence qui existe entre la direction des axes des deux détroits. L'axe du détroit supérieur forme presque un angle droit avec celui du détroit inférieur, et surtout avec celui de la vulve. Le cordon tourne autour de la partie postérieure de la symphyse des pubis comme autour d'une poulie, de sorte que la plus grande partie de la force de traction vient se perdre sur cette symphyse avant d'arriver au fond de l'utérus.

Après l'accouchement, il peut arriver que, l'utérus étant momentanément dans l'inertie, la pression exercée sur son fond par la masse intestinale le déprime comme le fond d'une bouteille. Enfin, lorsque le placenta est inséré directement sur la partie supérieure de l'utérus, son poids seul peut, dans les cas d'inertie complète, entraîner le fond de l'organe. Ce renversement se redresse ordinairement de lui-même par la contraction de l'organe; mais si l'on tire sur le cordon avant de s'être aperçu de la dépression, on peut l'augmenter beaucoup, et la convertir en renversement incomplet (1).

Suivant le docteur Tyler Smith, le renversement de l'utérus serait toujours la

(1) Bien que je ne m'occupe ici du renversement de l'utérus que relativement aux difficultés dont il peut compliquer la délivrance, je ne puis m'empêcher de rappeler l'exemple fort curieux, raconté par Ané à la Société de médecine, d'une femme qui eut un renversement complet de l'utérus seulement douze jours après l'accouchement, à la suite d'efforts violents pour aller à la selle. Ce fait, constaté par Baudelocque qui fut appelé en consultation, ne laisse pas le moindre doute sur la possibilité d'un pareil accident, quelque extraordinaire qu'il paraisse. Un cas beaucoup plus extraordinaire est raconté par M. Ebenezer Shae : c'est celui d'une dame chez laquelle il se fit un renversement complet de l'utérus deux jours après un avortement survenu au quatrième mois de la grossesse (*The northern Journal of medicine*). Je rappellerai, enfin, qu'il résulte des observations de Sabatier que ce renversement peut avoir lieu non-seulement lorsqu'un polype déprime et entraîne par son poids le fond de la matrice, mais encore dans l'état complet de vacuité. Je laisse à l'auteur la responsabilité de son assertion.

M. Roussel a communiqué à M. Martin une observation dans laquelle le renversement ne survint que neuf heures après la délivrance, La femme avait eu une perte effrayante au moment de l'extraction du placenta. M. Roussel y remédia par les moyens ordinaires, et ne quitta la femme qu'après s'être assuré de la rétraction de l'utérus. Il était alors huit heures du soir. A cinq heures du matin il fut appelé en toute hâte. La malade avait voulu se lever pour aller à la garderobe, et la matrice s'était précipitée du côté de la vulve. A son arrivée, la malade était sans connaissance; le pouls était imperceptible ; le doigt, introduit dans le vagin, y rencontra une tumeur volumineuse formée par le fond de l'utérus renversé ; l'orifice, fortement contracté sur la portion qui l'avait franchi, avait sans doute diminué l'abondance de l'hémorrhagie.

conséquence de contractions irrégulières de l'organe; même dans les cas qu'on attribue généralement aux tractions pratiquées prématurément sur le cordon, celles-ci n'agiraient pas mécaniquement, mais seulement en produisant sur le fond de la matrice, où est inséré le placenta, une excitation qui deviendrait la cause d'une contraction irrégulière, et par suite d'une simple dépression. Ce premier degré de renversement serait immédiatement suivi de la contraction brusque des fibres placées au-dessus du point déprimé, et, par leur action, ces fibres tendraient à chasser à travers le col la partie déprimée, absolument comme elles agiraient sur un corps étranger.

Le mécanisme du renversement indiqué par M. Smith peut être vrai dans quelques cas; mais, lorsque les parois utérines sont dans un relâchement complet, il est difficile d'admettre que des tractions violentes exercées sur le cordon d'un placenta adhérent ne puissent pas en produire le renversement.

Lorsque la simple dépression a lieu après l'accouchement, on ne peut guère s'en apercevoir que lorsque le placenta est décollé, et que ce décollement produit une hémorrhagie. Il faut réduire aussitôt qu'on s'en aperçoit. On fera d'abord coucher la femme sur le dos, de manière que les fesses et le ventre soient plus élevés que la poitrine, les cuisses et les jambes fléchies et un peu écartées, et la tête légèrement penchée sur la poitrine; puis on introduit la main dans la matrice, et l'on repousse doucement le fond avec les doigts.

M. Chevreul résume très-bien les indications que présentent, relativement à la délivrance, les renversements incomplet et complet. Je ne crois pouvoir mieux faire que de transcrire ici ce qu'il dit à ce sujet. Le renversement incomplet se réduit facilement lorsqu'on s'en aperçoit peu de temps après qu'il a lieu. Mais alors le placenta peut être entièrement séparé de la matrice, ne l'être qu'en partie, ou être encore complétement adhérent.

Si le placenta est séparé en entier, l'hémorrhagie est très-abondante. Il faut se hâter de remédier à l'accident : pour cela, la femme étant dans une position convenable, on introduit la main dans le vagin, on embrasse avec les doigts la partie de la matrice qui est renversée, et on la repousse en faisant rentrer le premier ce qui est sorti le dernier. Si le placenta est en partie décollé, et que le reste soit peu adhérent, il faut achever son décollement en passant ses doigts entre lui et la paroi utérine, et réduire ensuite comme dans le premier cas. Si enfin le placenta est encore attaché en entier à la matrice, on replacera le tout ensemble, et l'on attendra l'expulsion spontanée du délivre, ou bien on le séparera avec la main.

Il arrive quelquefois, lorsque le renversement a eu lieu depuis plusieurs heures, que la portion de la matrice sortie se trouve comme étranglée par l'orifice qui s'oppose puissamment à sa réduction. Il n'est pas prudent de faire alors des efforts très-violents pour réduire la matrice, vu qu'ils peuvent causer des accidents graves. Il faut avoir recours aux saignées, aux bains émollients, aux fomentations de même nature, à la pommade ou à l'extrait de belladone, aux opiacés; enfin, à tous les moyens propres à calmer la constriction du col et à modérer la violence des accidents inflammatoires. Les inhalations de chloroforme, si heureusement utilisées dans des cas analogues par MM. Barrier, Valentin, Charles West

et G. Gonney, pourraient rendre d'incontestables services. Après ces précautions, on pourra revenir aux tentatives de réduction. Mais, dans quelques cas, elles seront encore sans résultat, et la malade est alors condamnée à garder toute sa vie cette dégoûtante infirmité [1].

Si le renversement est complet, et que le placenta soit décollé, il faut appliquer d'abord un linge fin et sec sur la tumeur, l'enfoncer ensuite dans son milieu avec les doigts réunis en forme de cône, afin de faire repasser peu à peu le fond et le corps du viscère à travers son orifice, et le retourner ainsi dans sa position primitive. Si les doigts réunis offraient un volume trop considérable, on pourrait se servir avec avantage du bâton repoussoir de M. Depaul. La matrice réduite, on ôte le linge qu'on y avait appliqué. Si le placenta est partiellement décollé, on achève son décollement, et l'on se conduit comme nous venons de l'indiquer. Enfin, si le placenta est complétement adhérent, ou au moins dans la plus grande partie, il faut essayer de réduire tout ensemble, en s'y prenant comme dans le premier cas, excepté qu'il ne faut pas appliquer de linge. Mais si l'orifice de la matrice n'était pas assez dilaté pour laisser passer la matrice avec le placenta, il faudrait d'abord séparer celui-ci de la matrice et réduire le plus promptement possible.

Quel qu'ait été le degré de renversement, il faut toujours, après la réduction, tenir la main dans la matrice pendant quelque temps, pour empêcher qu'elle ne se renverse de nouveau, et solliciter sa rétraction; s'il y avait inertie, il faudrait la combattre par les moyens appropriés.

Le renversement de la matrice a de la tendance à se renouveler lorsqu'il a déjà eu lieu à un premier accouchement. Il faut donc éviter, chez les femmes qui ont déjà offert cet accident, de pratiquer des tractions sur le cordon ombilical pour extraire le placenta. Plusieurs praticiens se sont bien trouvés, dans ces cas, d'introduire la main dans l'utérus, afin d'agir directement sur le placenta lui-même.

On doit aussi recommander à ces femmes de rester couchées longtemps après la délivrance, et prévenir par des laxatifs doux tout effort violent pour aller à la garderobe.

§ V. — Rupture du l'utérus.

La rupture de l'utérus est un des accidents les plus terribles qui puissent se manifester pendant la grossesse et l'accouchement; nous ne reviendrons pas sur ce que nous en avons dit dans la cinquième partie de cet ouvrage (voy. page 755): nous n'avons à nous occuper ici que des difficultés qu'elle peut apporter dans la

[1] La réduction spontanée d'une matrice complétement renversée depuis un espace de temps très-long est prouvée par deux exemples cités, l'un par M. Delabarre (*Acad. de chir.*), l'autre par Baudelocque. M. Baillies, dans son excellente thèse, cherche à expliquer cette réduction par la tonicité des trompes, des ligaments ronds et des ligaments larges, qui, fortement tiraillés au moment de l'accident, doivent nécessairement, au bout d'un certain temps, revenir sur eux-mêmes, réagir ainsi sur la partie qui les entraîne, s'efforcer de la relever, et la ramener peu à peu à sa position primitive.

délivrance. Plusieurs circonstances peuvent alors se présenter: 1° l'enfant, passé en partie ou en totalité dans la cavité utérine, a permis à l'utérus de revenir sur lui-même, et cette rétraction des parois a pu chasser le placenta dans le vagin, puis à l'extérieur de la vulve [1]; 2° après le passage de l'enfant dans la cavité péritonéale, le placenta est resté adhérent à la face interne de la matrice; 3° ou bien enfin il est, ainsi que le fœtus, passé tout entier dans la cavité du ventre. Dans le premier cas, il n'y a évidemment rien à faire; dans le second, si la gastrotomie est pratiquée, et qu'à cause du resserrement des lèvres de la déchirure utérine il soit impossible de retirer le placenta à travers la double plaie du ventre et de la matrice, il faudra d'abord, après l'extraction de l'enfant, couper le cordon; puis, avec une longue tige, solide et flexible, on cherchera à ramener le cordon à travers la rupture, le col et le vagin, jusqu'à la vulve, et terminer ensuite la délivrance par les moyens ordinaires; enfin, lorsque le délivre est passé avec le fœtus dans la cavité péritonéale, il faudra l'extraire immédiatement après le fœtus, soit par les voies naturelles, si cela a déjà été possible pour l'enfant, soit à travers l'incision abdominale, si la gastrotomie a été jugée nécessaire.

§ VI. — Eclampsie.

Pour ce qui a trait aux convulsions qui accompagnent la délivrance, voyez l'article où nous avons décrit l'éclampsie (page 813).

[1] Cette expulsion spontanée peut s'opérer peu de temps après l'accident ou seulement quelques jours après, comme cela eut lieu dans le cas cité par Saucerotte (*Mélanges de chirurgie*, t. II, p. 295).