

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

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

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

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

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

(1) Voyez, pour les détails relatifs à la rupture du cordon, les observations de Portal, *Pratique des accouchements*, p. 267; Lamoignon, *Traité des accouchements*, p. 362; Levret, *Accouchements laborieux*, p. 499; Baudelocque, *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. III, p. 4; Nægele, *Annates cliniques d'Heidelberg*, 1826; Busch, *Siebold's Journ.*, année 1828.

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

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

3° Rétraction brusque de l'utérus.

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

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

ARTICLE II

SYMPTÔMES DE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE

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

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

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

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

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

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

Dans le premier cas, le sang, trouvant une issue libre au dehors, s'échappe jusqu'à ce que la formation du caillot, s'opposant à sa sortie, le force de s'accumuler à l'intérieur; dans le second cas, le sang s'épanche à l'intérieur, jusqu'à ce qu'il soit parvenu à l'orifice de la matrice, en décollant petit à petit les mem-

branes; enfin, la perte externe accompagne la perte cachée, quand une partie du sang a une issue libre, l'autre ayant plus de facilité à séjourner à l'intérieur.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE III

DIAGNOSTIC

A. — Perte externe.

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

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

Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta.

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

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

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

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

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

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