

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, incomplètement 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 complètera 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 complètement 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 complètement 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 évi-

demment 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 complètement 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 siège 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 complètement 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 impos-

sible 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 hystérimorfe 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 prompt 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 complètement 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 pla-

centa 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 prompt 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 complètement 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 reconchée, 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 reparaitre 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 complètement 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.

M. Baudelocque lui-même m'a assuré avoir plusieurs fois réussi à arrêter des pertes qui paraissaient devoir se terminer promptement par la mort. Ce médecin, qui, avec le docteur Tréhan, se dispute l'honneur d'avoir le premier fait revivre la compression de l'aorte, paraît compter beaucoup sur l'efficacité de ce moyen. Un très-grand nombre de faits militent aujourd'hui en faveur de son opinion. Voici comment M. Baudelocque neveu conseille de faire cette compression : Faites fléchir les parties supérieures et inférieures de la femme sur le bassin ; déprimez avec les quatre derniers doigts de l'une des mains la paroi abdominale immédiatement au-dessus du fond de la matrice ; vous sentez alors les pulsations de l'aorte avec plus de facilité que l'on ne sent celles de la radiale. La durée de la compression peut être fort considérable sans que la femme en éprouve aucune espèce d'inconvénient. M. Baudelocque dit l'avoir pratiquée pendant plus de quatre heures. Cette compression n'est d'ailleurs considérée, par son auteur lui-même, que comme un moyen de gagner du temps. Il administre presque aussitôt la potion ergotée, dont l'action détermine bientôt la contraction utérine. La compression de l'aorte, conseillée depuis longtemps, avait été généralement proscrite, parce que les procédés étaient essentiellement mauvais. Les uns voulaient la comprimer à travers la paroi du ventre et la double paroi utérine ; les autres introduisaient la main dans la cavité de l'utérus même, et comprimaient le vaisseau à travers la paroi postérieure de l'organe. Ces deux derniers procédés, qui s'opposent au resserrement de l'utérus, doivent être rejetés.

Malgré les succès nombreux qui lui ont été attribués, plusieurs auteurs, et M. Jacquemier un des premiers, en contestent l'utilité, et vont même jusqu'à la considérer comme nuisible. « Dans les pertes abondantes qui succèdent à l'accouchement, le sang qui s'écoule, dit M. Jacquemier, provient en grande partie des veines, et la compression du tronc aortique ne peut que favoriser le reflux du sang veineux dans la veine cave et les branches qui y aboutissent. » Sans doute, les artères utéro-placentaires ne pourraient fournir l'énorme quantité de sang que parfois perd en quelques instants une femme récemment accouchée, et certainement ce sang s'échappe en grande partie des larges bouches veineuses que le décollement du placenta laisse béantes à la face interne de l'utérus. D'accord sur ce fait avec M. Jacquemier, je ne le suis plus quant à la conclusion qu'il en tire. Tels sont, en effet, les rapports de l'aorte et de la veine cave, qu'il est à peu près impossible, à moins de vouloir le faire exprès, de comprimer l'une sans aplatir l'autre en même temps. J'accorde très-volontiers qu'on s'est trompé sur la nature du service qu'on rend alors, et qu'on devrait attribuer à l'aplatissement de la veine cave, ce dont on glorifiait la compression de l'aorte ; mais que m'importe ? quant au résultat pratique, l'arrêt de l'hémorragie n'en est pas moins la conséquence. M. Jacquemier a rendu un véritable service en signalant une erreur théorique, mais je l'en blâmerais presque s'il privait le praticien d'une ressource précieuse. J'accepte donc la théorie de M. Jacquemier, mais je n'en continuerai pas moins à comprimer l'aorte, bien convaincu qu'en même temps je comprimerai la veine cave.

Une autre objection a encore été faite. La compression de l'aorte, a-t-on dit,

empêche bien le sang d'arriver par les artères utérines, mais elle doit nécessairement augmenter la quantité de celui qui arrive par les ovariennes, car elle est ordinairement exercée au-dessous de l'origine de ces dernières. . . L'objection perd beaucoup de sa valeur, puisque l'hémorragie est surtout veineuse. Mais de quatre artères qui fournissent le sang, deux seulement sont perméables après la compression de l'aorte. C'est donc un avantage marqué.

M. Jacquemier considère comme inutile et irrationnel d'administrer l'ergot pendant qu'on exerce la compression. « Comment admettre, dit-il, que cet agent, dont les effets sont prompts, mais passagers, puisse aller stimuler l'utérus pendant que le sang artériel a cessé d'y arriver ? » C'est en agissant d'abord sur les centres nerveux et en réveillant l'action excito-motrice des nerfs utérins que le médicament exerce sur l'utérus l'action spéciale qu'on lui reconnaît : croire qu'après avoir été absorbé dans l'estomac, le médicament, transporté dans le torrent circulatoire, n'agit que lorsqu'il est mis en contact avec la fibre utérine, c'est, je crois, admettre une erreur physiologique.

Jusqu'à présent, la compression de l'aorte n'a été conseillée que dans le but de suspendre l'écoulement du sang, et de donner le temps d'agir aux moyens propres à réveiller la contractilité utérine. Je pense qu'elle peut rendre de grands services, même après la suspension de la perte et la rétraction de la matrice. Dans les cas, en effet, où la perte a été considérable, tout danger ne cesse pas dès qu'on est parvenu à arrêter l'hémorragie et à déterminer le resserrement de l'organe gestateur. Bien qu'il ne s'écoule plus une goutte de sang, la quantité de ce liquide restée dans l'organisme n'est plus suffisante pour distribuer à tous les organes, en même temps qu'au cerveau, l'excitation nécessaire pour maintenir l'intégrité de leurs fonctions, et quelquefois les femmes s'éteignent deux ou trois heures après l'arrêt de la perte. La mort survient alors, parce que la masse sanguine est également répartie dans toute l'étendue de l'arbre circulatoire, et que le cerveau et la moelle allongée en particulier, n'en recevant qu'une trop faible partie, manquent de l'excitant qui leur est nécessaire pour entretenir la respiration et par suite les mouvements du cœur. Ceci étant admis, il est facile de comprendre que si, en comprimant l'aorte abdominale, on empêche le sang lancé par le ventricule gauche de descendre dans les parties inférieures du tronc et dans les membres abdominaux, on le forcera nécessairement à refluer vers le cerveau en plus grande quantité, et l'on conservera ainsi à cet organe l'excitation dont il a besoin pour réagir à son tour sur les fonctions du cœur et des poumons.

En plaçant la femme sur un plan incliné, de manière que la tête occupe le point le plus déclive, on viendra puissamment aider la compression de l'aorte.

Je pense donc que la compression de l'aorte et de la veine cave est utile pendant que la perte est abondante, mais que, dans les cas où la malade a perdu une grande quantité de sang, elle doit être continuée encore pendant plusieurs heures après l'arrêt de l'hémorragie et la rétraction complète des parois utérines. Seulement, dans ce dernier cas, il importe d'isoler l'aorte de la veine

cave, de manière à exercer seulement la compression sur le premier de ces vaisseaux (1).

5° Le *seigle ergoté* a été conseillé, ainsi que nous l'avons déjà dit, comme un des moyens propres à prévenir l'hémorrhagie chez les femmes qui, par leur constitution et leurs antécédents, semblent en être inévitablement menacées. C'est encore un moyen auquel il faut avoir recours dans le traitement curatif. Malheureusement le temps nécessaire pour se le procurer, et pour que son action se fasse sentir, est toujours trop considérable pour qu'on puisse l'administrer assez promptement (2); et l'on conçoit que, dans une hémorrhagie grave, dans un cas d'inertie complète, par exemple, la malade succomberait infailliblement avant qu'on puisse rien espérer de l'ergot. C'est alors qu'il serait très-utile de comprimer l'aorte en attendant. Mais, à l'exception de ces cas foudroyants où quelques minutes décident de la vie, le seigle ergoté doit être employé, et le sera presque toujours avec succès. (Voy. THÉRAPEUTIQUE, article *Seigle ergoté*.)

L'hémorrhagie utérine a, chez quelques femmes, une tendance marquée à récidiver. Aussi, dès qu'elle a lieu, qu'elle paraisse ou non définitivement arrêtée, il faut donner quelques grammes de cette substance. Dans le premier cas, il n'en peut résulter aucun inconvénient; dans le second, on prévient le retour de l'inertie, même légère, et cela n'est pas indifférent pour une femme qui, déjà épuisée, peut succomber à une nouvelle perte, quelque peu abondante qu'elle soit.

6° Les auteurs anglais (Burns, Bigeschi) conseillent l'opium à haute dose, comme moyen préventif et curatif dans les cas de perte par inertie. Ils citent quelques faits à l'appui de cette opinion; mais je ne les crois pas concluants, car, dans tous les cas cités, il ont ajouté à l'opium l'emploi des moyens généraux que nous avons indiqués comme propres à faire cesser l'hémorrhagie. Je ne conçois pas, du reste, l'influence que l'opium, administré seul, pourrait avoir sur le resserrement de l'utérus, qui est ici le seul espoir de salut.

7° La *transfusion*, tant vantée par quelques auteurs anglais entre les mains desquels elle paraît avoir réussi un bon nombre de fois, n'a pas eu en France les mêmes succès. C'est un moyen extrême qu'on pourrait cependant employer dans quelques cas désespérés, mais sur lequel il ne faut pas trop compter; car la gravité de la perte, la faiblesse excessive de la malade et la lenteur de l'opération la rendent le plus souvent inutile, sans compter encore les accidents nerveux et inflammatoires, la phlébite, qui suivent souvent l'opération. Il est évi-

(1) Roux a pratiqué une fois cette compression sur l'aorte sur un blessé épuisé par des pertes multipliées; mais je crois être le premier qui l'ait proposée et pratiquée après les hémorrhagies des nouvelles accouchées. En mars 1845, dans une communication faite à la Société de médecine du département de la Seine, j'en fis la proposition formelle, après avoir développé les données physiologiques sur lesquelles je me fondais. Je tiens d'autant plus à constater ce fait, que depuis cette époque on a reproduit cette proposition sans me citer.

(2) Les accoucheurs, et surtout ceux des campagnes, doivent toujours prendre la précaution d'avoir avec eux un peu de seigle ergoté.

dent d'ailleurs qu'elle ne pourrait être employée avec quelques chances de succès qu'après la cessation de la perte et la complète rétraction de l'utérus, et alors je pense que la compression de l'aorte aurait presque tous ses avantages sans offrir aucun de ses nombreux dangers. Je l'ai vu pratiquer une fois à l'Hôtel-Dieu sans aucun avantage. Dans quelques-uns des cas relatés, il a suffi le plus souvent d'une très-faible quantité de sang (70 à 100 grammes) pour amener une amélioration notable. Dans d'autres il a été nécessaire d'en injecter jusqu'à 300 et même 400 grammes.

Dans le cas cité par M. Nélaton, ce chirurgien injecta d'abord 200, puis cinq minutes après 250 grammes de sang. Voici, du reste, le procédé opératoire suivi par ce chirurgien: A l'aide d'une incision de 2 centimètres, il découvrit la veine médiane basilique, la disséqua et la souleva avec une anse de fil, de manière à l'aplatir et à y interrompre la circulation, pour n'avoir pas à redouter l'écoulement du sang. Saisissant alors avec une pince la paroi antérieure de la veine, il la divisa obliquement de bas en haut dans la moitié de son diamètre, de manière à avoir un lambeau en forme de V, que l'on pouvait relever et abaisser à volonté. Le sang retiré à un interne fut reçu dans une palette chauffée environ à 25 degrés centigrades et immédiatement versé dans une seringue à hydrocèle, tenue à la même température.

Tout étant ainsi disposé, on expulsa avec soin l'air que la seringue pouvait contenir, on introduisit la canule dans la veine, par-dessous le petit lambeau en V, que l'opérateur relevait avec sa pince, et l'injection fut poussée avec lenteur. Cinq minutes après la seconde injection faite, on ferma la plaie du bras avec une bandelette de collodion.

8° Jusqu'ici nous avons supposé que l'hémorrhagie débute après l'extraction de l'arrière-faix; mais l'inertie de l'utérus et l'hémorrhagie qui en est la conséquence surviennent souvent avant la délivrance; et la rétention du placenta présente ici quelques indications particulières qu'il est important de préciser. Lorsqu'une hémorrhagie a lieu, il y a évidemment une portion plus ou moins considérable du placenta détachée; quelquefois même le placenta est complètement séparé de la paroi utérine, et est libre dans la cavité de l'organe. Or, les conseils donnés dans cette circonstance par les auteurs sont très-variables: les uns veulent qu'on s'occupe d'abord d'extraire de la cavité utérine le placenta et les caillots qu'elle peut contenir; les autres prescrivent de remédier d'abord à l'inertie de l'utérus, qui seule est la cause de l'accident. Nous n'hésitons pas à accepter ce dernier avis quand l'hémorrhagie est légère. Si, en effet, le placenta est partiellement décollé, il est évident qu'en achevant son décollement on augmente les sources d'hémorrhagie. Aussi regardons-nous comme une bonne pratique de n'opérer cette extraction et de n'achever le décollement que lorsque, après avoir agacé, irrité l'organe avec la main, on a déterminé son resserrement, sa contraction, de manière qu'il chasse, pour ainsi dire, au dehors la main, les caillots et l'arrière-faix.

Si l'adhérence du placenta était trop difficile à détruire, on pourrait employer

les injections dans la veine ombilicale ou les autres moyens dont nous avons parlé dans le chapitre précédent.

Mais quand l'hémorrhagie est abondante, et que le décollement du placenta est complet ou qu'il n'adhère plus à l'utérus que par une petite partie de surface, il faut l'extraire en même temps que les caillots qui peuvent s'être accumulés dans la cavité utérine. Leur présence empêche, en effet, d'agir énergiquement sur les parois de la matrice, et peut s'opposer à leur rétraction. Vider rapidement l'utérus de tout ce qu'il contient est le meilleur moyen d'arrêter l'écoulement du sang.

Lorsque, par l'emploi des moyens dont nous venons de parler, on a été assez heureux pour se rendre maître de l'hémorrhagie, il faut rester auprès de la malade pendant plusieurs heures, surveiller attentivement l'écoulement qui se fait par la vulve, placer la main sur l'hypogastre, afin de s'assurer que le globe utérin n'augmente pas de volume. Si l'utérus se relâche, si son volume augmente de nouveau, on peut être certain que des caillots remplissent encore sa cavité, et, dans ce cas, il faut, sans hésiter, introduire la main, malgré les supplications de la malade, et aller vider la matrice, qu'on excitera en même temps en titillant sa face interne. On renouvellera cette opération jusqu'à ce que la perte soit définitivement arrêtée. Il faut prendre la précaution d'appliquer sur le ventre des linges plus ou moins imbibés de vinaigre, d'alcool et même d'eau froide, et de les soutenir par un bandage de corps modérément serré; puis recommander le silence le plus absolu, entretenir un demi-jour autour de la malade. On lui fera donner quelques légers cordiaux, bouillon, vin sucré, etc.

Dans les circonstances ordinaires, la malade est ordinairement transportée dans son lit une heure après l'accouchement; mais, après les pertes abondantes, il faut se garder de lui imprimer aucune secousse, et il est souvent nécessaire de la laisser dans la même position huit, dix et douze heures. Le moindre mouvement peut alors causer une syncope mortelle.

Lorsqu'une femme a une hémorrhagie abondante, elle est naturellement portée au sommeil. Quelques personnes veulent alors l'empêcher de dormir, craignant que, pendant ce sommeil, la perte ne se renouvelle à l'insu de la malade. Il ne faut pas s'opposer à ce repos, qui répare les forces épuisées; mais il ne faut pas quitter la femme, et surveiller très-attentivement le pouls, l'utérus et l'écoulement vaginal.

Après les pertes considérables, les malades sont souvent tourmentées par des vomissements ou au moins des faiblesses d'estomac, des nausées et des envies de vomir excessivement fatigantes. Indépendamment de la douleur qu'ils occasionnent, ces accidents gastriques ne sont pas tout à fait sans danger. Quand les femmes vomissent, les efforts auxquels elles se livrent peuvent, par la fatigue qu'ils occasionnent, produire la syncope, syncope pendant laquelle la perte peut se renouveler avec abondance. S'il y a seulement des nausées, des envies de vomir, les femmes en sont tellement tourmentées, qu'elles s'agitent au point d'épuiser le peu de forces qui leur restaient. Cet épuisement de forces muscu-

laire est une très-fâcheuse condition, dans une circonstance où la contraction utérine est si nécessaire. Rien n'est alors propre, dit Dewees, à calmer cette agitation de l'estomac, comme l'administration de l'opium donné en pilules, à la dose de 2 ou 3 centigrammes toutes les deux heures. Le même auteur dit s'être encore très-bien trouvé de l'application d'un sinapisme sur le creux épigastrique.

Les opiacés en potion pourront être aussi administrés avec avantage. Lorsque, à la suite des pertes abondantes, les malades sont inquiètes, agacées ou tourmentées par un malaise extrême, quelques cuillerées à café de sirop diacode suffisent le plus souvent pour calmer leur anxiété, et leur procurer le sommeil réparateur dont elles ont tant besoin.

Si la perte de sang a été très-abondante, tout danger n'est pas passé quand l'hémorrhagie est arrêtée. Les syncopes restent fréquentes et menacent à chaque instant la vie. Dans ces circonstances, on se trouvera bien d'imiter la pratique anglaise et d'administrer des boissons alcooliques: eau-de-vie, rhum, madère, etc. Ces boissons peuvent être coupées avec de l'eau ou données pures: les malades peuvent en prendre de grandes quantités sans éprouver aucun symptôme d'ivresse. C'est ainsi qu'en moins de deux heures une femme peut boire de 100 à 500 grammes d'eau-de-vie, sans aucun inconvénient. Un mélange d'eau et d'eau-de-vie, additionné de jus de citron, est quelquefois fort utile, parce que sa saveur agréable le fait bien supporter par l'estomac.

Rien ne relève mieux les forces d'une femme épuisée par une hémorrhagie rapide que les boissons alcooliques et les bouillons froids; malheureusement les vomissements sont fréquents et souvent l'estomac rejette tout ce qui a été ingéré. Pour calmer ces vomissements on donnera quelques fragments de glace; ils sont habituellement recherchés avec avidité par les malades. Malgré tout, si les vomissements persistent, si l'estomac rejette indistinctement toutes les boissons, on doit essayer de faire absorber les liquides par le gros intestin. Dans ce but on prescrira un lavement composé de bouillon et de vin, qu'on additionnera avec 15 ou 20 gouttes de laudanum. M. le docteur Charrier, ancien chef de Clinique de la Faculté, a publié plusieurs faits qui semblent démontrer l'utilité de ces lavements, et j'en ai moi-même reconnu l'utilité. Il faut donc songer à leur emploi dans les cas graves.

Lorsque la faiblesse excessive qui succède immédiatement aux pertes abondantes commence à diminuer, on voit se manifester quelques phénomènes de réaction fébrile: le pouls est petit, précipité, quelquefois dur, quelquefois dépressible; la chaleur et la sécheresse de la peau sont augmentées, la langue est sèche et les traits grippés; la malade éprouve une soif vive et a du dégoût pour les aliments solides; elle est très-impressionnable au moindre bruit ou à une lumière un peu vive; elle se plaint d'une violente céphalalgie, parfois de palpitations et de dyspnée. Elle ne peut dormir, ou, si elle s'assoupit, elle est presque toujours réveillée en sursaut.

Cet état résulte évidemment de l'excitation produite par la perte sur le système nerveux, et c'est cette vive excitabilité qu'avant tout il faut chercher à calmer.

Réparer les pertes de l'organisme par une alimentation facile à digérer et administrée fréquemment et en petite quantité à la fois, est évidemment la pre-

mière indication à remplir. De petits bouillons, quelques potages légers, conviendront à merveille.

Pour diminuer l'excitabilité du système nerveux, le repos complet, quelques aspersion froides sur les mains, sur la face, mais surtout les préparations opiacées données souvent et à petite dose, constituent la médication la plus utile.

§ II. — De l'hémorrhagie secondaire.

Pour compléter l'histoire des hémorrhagies puerpérales, il me reste à mentionner quelques accidents qui ne se manifestent qu'à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement, et qui, à cause de cette circonstance, ont reçu le nom d'hémorrhagies secondaires.

Ces pertes, assez graves pour compromettre sérieusement la santé, quelquefois même la vie de la femme, n'ont été que très-incomplètement mentionnées dans les livres les plus récents, et nous-même avons eu le tort de n'en dire que quelques mots dans les premières éditions de cet ouvrage. Elles peuvent reconnaître des causes très-variées, et le docteur Clintock a rendu un véritable service en appelant récemment l'attention sur les diverses circonstances qui peuvent y donner lieu. Tantôt ces causes diverses font sentir leur influence très-peu de temps après la délivrance et la rétraction complète de l'utérus, tantôt seulement après trois ou quatre jours, parfois même après trois, cinq ou six semaines. Mais, quelle que soit l'époque à laquelle elles agissent, leur mode d'action est à peu près toujours le même qu'aux autres époques de l'état puerpéral, et l'hémorrhagie peut alors s'expliquer, soit par une inertie secondaire, soit par une congestion trop active, un véritable *molimen hæmorrhagicum*, soit enfin par une altération du sang qui aura eu pour résultat d'augmenter beaucoup la fluidité de ce liquide.

L'hémorrhagie, ou plutôt l'inertie qui l'a produite, ne se manifeste pas seulement pendant ou immédiatement après la délivrance. Et, sous le rapport du moment auquel elle se montre, on pourrait distinguer une inertie primitive, c'est celle que nous venons de décrire, et une inertie secondaire sur laquelle Rhambbotham a particulièrement appelé l'attention, et dont nous avons observé plusieurs exemples.

A. *Inertie secondaire.* — Quelques instants, quelques heures, et même parfois plusieurs jours après la délivrance (1), l'utérus, qui s'était convenablement rétracté et s'était tenu rétracté pendant tout ce temps, peut tout à coup se relâ-

(1) M. Fergusson (septembre 1850, New-York, *Journal of medicine*) cite un cas d'hémorrhagie grave survenue treize jours après la délivrance. La cause était une inertie secondaire. A ce propos l'auteur a consulté plusieurs statistiques. En voici les résultats : sur 16 654 accouchements observés par Collins à l'hôpital de Dublin, il y a eu 43 cas d'hémorrhagie immédiatement après la délivrance, 40 douze heures après. Dans un cas la perte ne se manifesta que le quatrième, dans un autre le sixième, dans un dernier le dixième jour.

Les docteurs Clintock et Hardy en ont observé un au septième jour, et le docteur Stimever un autre au dixième.

cher. Ses parois sont plus molles et son volume augmente. En même temps la malade s'affaiblit, pâlit, le pouls perd de sa force et s'accélère; en examinant attentivement les parties génitales, on ne voit s'écouler que peu de sang, et les linges sont modérément salis. Mais si l'on comprime légèrement la tumeur utérine, ou si, par quelques frictions sur l'hypogastre, on force l'organe à se contracter, il s'échappe tout à coup du vagin une assez grande quantité de sang coagulé. Après cette évacuation, l'utérus est moins volumineux, plus dur, et reste dans cet état tant que la main continue à le comprimer; mais, si l'on cesse cette compression, on voit bientôt les parois ramollies se laisser distendre de nouveau, pour se rétracter encore en chassant à l'extérieur une nouvelle quantité de caillots, si l'accoucheur exerce encore une fois sur son fond une compression et les excitations propres à réveiller leur contractilité. Cette série de faits peut se reproduire plusieurs fois si l'accoucheur cesse trop tôt l'emploi des moyens propres à rendre permanente la contraction de l'utérus, et, si la cause de l'hémorrhagie est méconnue, elle peut entraîner la mort de la femme.

Or, plusieurs circonstances facilitent l'erreur. Le médecin a déjà constaté l'état de la matrice, et il ne suppose pas tout d'abord qu'après être restée longtemps convenablement rétractée, elle ait pu se relâcher secondairement : l'absence d'écoulement extérieur exclut de son esprit la pensée d'une hémorrhagie grave; enfin, trop souvent la malade, épuisée par les fatigues du travail, s'est endormie, et ne s'aperçoit elle-même de sa faiblesse extrême que lorsque déjà l'accident est au-dessus des ressources de l'art.

L'examen de l'utérus peut seul éclairer le diagnostic. On le trouve alors molle, beaucoup plus volumineux qu'il ne l'était après la délivrance, et, en portant le doigt jusqu'à l'orifice interne, on le trouve bouché par un caillot plus ou moins volumineux.

L'accoucheur doit employer les moyens propres à solliciter la rétraction des parois utérines, mais surtout à la rendre permanente. Le meilleur moyen d'obtenir ce dernier résultat, c'est de prolonger soi-même la compression qu'on exerce avec la main sur le fond de la matrice, et de la remplacer ensuite par une compression permanente. Pour cela, on met sur le fond de la matrice plusieurs serviettes pliées les unes sur les autres, et, à l'aide d'un bandage de corps fortement serré, on maintient l'organe très-fortement pressé contre l'entrée du détroit supérieur. J'ai l'habitude de faire immédiatement avaler à la malade 1 gramme de seigle ergoté, puis toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant la tendance de l'organe au relâchement, j'administre 30 à 40 centigrammes du même médicament.

B. *Congestions utérines.* — Sous ce nom, madame Lachapelle a décrit une perte qui survient à une époque plus ou moins éloignée de la parturition, et qui, suivant elle, est produite sous l'influence d'un *molimen hæmorrhagicum* particulier. Ce molimen a quelquefois produit la perte même sans inertie. Nous avons vu, dit-elle, une femme périr, sept à huit jours après l'accouchement, d'une abondante perte de sang séreux qui transsudait de toutes parts de la surface utéro-vaginale, et qui pénétrait par imbibition le tampon le plus serré. La

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-Cailou. 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-

maît, 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 complètement 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 complètement 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 complètement 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 garde-robe, 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 (*).

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

(* 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 garde-robe, et la matrice s'était précipitée du côté de la vulve. A son arrivée, la malade était sans connaissance; le poulx 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 complètement 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. Gonne, 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 complètement 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 garde-robe.

§ 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 complètement 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 tirillés 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^o 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^o après le passage de l'enfant dans la cavité péritonéale, le placenta est resté adhérent à la face interne de la matrice; 3^o 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).