

décrites avec soin dans les traités d'accouchements; nous nous contenterons de les passer rapidement en revue.

On doit diviser ces métrorrhagies en deux classes principales : 1^o celles qui surviennent dans le cours de la grossesse ou au moment de la délivrance; 2^o celles qui surviennent après la délivrance.

Dans la première classe nous distinguerons : A. celles qui surviennent dans les cinq premiers mois de la grossesse; B. celles qui se produisent dans les trois derniers mois et au moment de l'accouchement.

La seconde classe comprendra : A. les hémorrhagies qui surviennent aussitôt après la délivrance; B. celles qui accompagnent les suites de couches et que l'on rencontre en général quelques jours après la délivrance.

ARTICLE PREMIER.

MÉTRORRHAGIES QUI SURVIENNENT DANS LE COURS DE LA GROSSESSE ET AU MOMENT DE LA DÉLIVRANCE.

A. *Métrorrhagies des cinq premiers mois de la grossesse.* — Les métrorrhagies des premiers mois sont plus rares que celles de la fin de la grossesse.

§ I. Causes.

Les métrorrhagies qui se produisent dans les premiers mois de la grossesse comme celles de la fin, sont dues à un décollement du placenta ou des membranes de l'œuf qui se produit sous l'influence de certaines émotions morales vives ou de violences telles que chutes ou le plus souvent, suivant M. Joulin, « par suite du travail de destruction qui s'empare des parois des veinules et des capillaires et qui les transforme en lacs sanguins » (1).

La plupart des auteurs divisent les causes qui président à la production de ces hémorrhagies en causes prédisposantes et déterminantes.

Parmi les premières causes on range habituellement les conditions physiologiques nouvelles dues à la grossesse, certaines modifications générales que la gestation imprime à l'organisme, telles que la pléthore, la chloro-anémie, les troubles de la circulation et de la nutrition, les chagrins, le chaud, le froid, etc.

Les causes déterminantes sont les commotions morales vives, telles que chagrins, colère, les fatigues physiques, les chutes, les coups, les voyages en voiture, l'équitation, on cite encore certaines maladies fébriles, telles que les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, le choléra asiatique, la ca-

(1) Joulin, *Traité d'accouchements*, 1857, p. 901.

chexie paludéenne, les inflammations aiguës viscérales, méningite, pneumonie, pleurésie, endocardite, la dysenterie, l'ictère grave, la néphrite albumineuse, l'érysipèle (1).

§ II. — Symptômes.

Quelquefois l'hémorrhagie est précédée de *prodromies*, telles que pesanteur hypogastrique et lombaire, mais le plus souvent l'hémorrhagie survient tout à coup avec une abondance plus ou moins grande. Ordinairement l'écoulement sanguin n'est pas très-abondant au début, et il cesse pour se reproduire après un temps variable. Les *symptômes généraux* sont en général peu marqués à moins que l'hémorrhagie ait été abondante, et l'expulsion du produit de la conception est presque inévitable dans ce dernier cas.

§ III. — Diagnostic.

Le diagnostic est en général assez difficile, car on peut croire à un simple retour des règles après un arrêt momentané de la menstruation ou bien au début d'une maladie de la matrice.

§ IV. — Pronostic.

Quant au pronostic il est toujours sérieux, car on doit craindre un avortement, mais il n'est pas grave au point de vue de la mère, l'écoulement sanguin n'étant point, en général, assez abondant pour porter atteinte à sa santé.

§ V. — Traitement.

Le traitement consiste alors à maintenir la femme au repos dans le décubitus horizontal, le bassin légèrement élevé, la tête basse.

On donnera quelques boissons froides, de la limonade sulfurique.

Des compresses imbibées d'eau froide pourront être appliquées sur le ventre, mais il ne faudra pas négliger de les laisser à demeure pendant un temps assez prolongé dans la crainte de la réaction qui suit l'usage trop peu prolongé de l'eau froide.

On pourra faire des injections astringentes avec de l'eau et de l'alun qui paraissent parfois utiles, mais on devra avant tout avoir recours à des lavements avec une très-petite quantité de liquide et contenant huit à dix gouttes de laudanum. Ces lavements devront être renouvelés plusieurs fois dans la journée. On ne devra pas craindre d'administrer quarante à cinquante gouttes de laudanum dans les vingt-quatre heures; Cazeaux a

(1) Hervieux, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, 1870, p. 317.

ainsi porté plusieurs fois avec succès à soixante gouttes la dose de laudanum. Mais on devra surveiller avec soin la malade et cesser l'emploi du médicament si l'on voit survenir quelques traces de narcotisme. Si l'hémorrhagie est très-abondante et menace la vie de la mère, l'on peut avoir recours soit au tamponnement du vagin, soit au seigle ergoté, mais seulement dans les cas où l'on ne conserve plus l'espoir de s'opposer à l'expulsion du fœtus.

B. *Hémorrhagies qui surviennent dans les trois derniers mois de la grossesse, et pendant le travail.*

§ I. — Causes.

La cause bien évidente de ces hémorrhagies réside dans un décollement du placenta, soit que ce décollement résulte d'une insertion vicieuse du placenta ou de causes diverses, le placenta ayant une insertion normale.

L'insertion vicieuse du placenta est sans contredit la plus fréquente de toutes les causes d'hémorrhagie.

Nous reproduisons le tableau suivant emprunté à Battut qui nous indique la proportion de ces cas par rapport à un chiffre d'accouchements déterminé (1).

	Accouchemens.	Insertions vicieuses.
Ramsbotham de Londres.....	35,703	42
Hopital de Birmingham pour 1844.....	630	2
John Hotgood, de Bridge-Water (période de sept années).....	1,135	1
Maswell, accoucheur de Glasgow.....	628	3
James Ride.....	5,691	8
Simpson pour 1818.....	1,457	3
Oldham à l'hopital de Guy.....	6,608	31
	51,852	72

Ce qui donne une proportion d'un cas d'insertion vicieuse du placenta pour sept à huit cents accouchements.

L'insertion vicieuse serait plus fréquente chez les multipares que chez les primipares, Simpson l'a notée seulement onze fois chez ces dernières sur cent trente-six cas.

L'insertion du placenta a lieu sur le col, ou simplement au voisinage du col, et, dans le second cas, l'hémorrhagie se produit aussi bien que dans le premier. Lorsque l'insertion recouvre en totalité le col, elle est dite *centrale*, lorsqu'elle ne recouvre qu'une partie du col, elle est appelée *partielle ou incomplète*, et si elle est située au voisinage du col elle est *marginale*. Quant à la variété décrite par madame Lachapelle sous le nom d'*intra-cervicale*, elle est rejetée par la plupart des auteurs.

(1) Battut, thèse. Paris, 1867, p. 11.

On s'explique assez facilement le mécanisme de l'hémorrhagie lorsque l'insertion a lieu sur le col, et l'explication de Levret paraît très-exacte. En effet, dans les premiers temps de la grossesse, le développement du placenta se fait en même temps que la surface à laquelle il adhère, tandis que, dans les derniers temps, la dilatation des parois se fait avec rapidité, et le placenta ne s'accroît pas également. Sa surface d'implantation se trouve tiraillée et se décolle.

Quant à l'hémorrhagie qui se produit quand le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, elle résulte comme Jacquemier l'a parfaitement démontré de ce que le développement du placenta, très-rapide dans les premiers mois de la gestation, devient plus lent et très-peu marqué dans les derniers mois de la gestation, et n'est pas proportionnel au développement du segment inférieur de l'utérus, qui, peu considérable au début de la grossesse, est au contraire plus marqué vers la fin de la gestation.

Les hémorrhagies qui naissent ainsi sous l'influence de cette insertion vicieuse du placenta se rencontrent ordinairement dans le cours du neuvième mois et principalement au moment du travail.

Nous avons déjà dit que le placenta, tout en présentant une insertion normale, était néanmoins susceptible de se décoller et partant de donner lieu à une hémorrhagie. Le décollement dans ces cas peut tenir à des causes multiples, telles que commotions morales, à des violences physiques, telles que chutes, efforts; enfin on peut encore citer comme cause la *rétraction brusque de l'utérus*, lorsque cet organe ayant subi une ampliation exagérée soit par une hydro-amnios ou par grossesse gémellaire, vient à se débarrasser de son liquide ou de l'un des fœtus. Cette rétraction brusque détermine le décollement du placenta. Contrairement, Jacquemier admet que, sous l'influence d'une *distension brusque de l'organe* comme dans l'hydro-amnios, le placenta se décolle à cause de son inextensibilité qui l'empêche de suivre le mouvement de la matrice.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes sont un peu différents suivant que l'on a affaire à une hémorrhagie dépendant d'une insertion vicieuse du placenta ou du décollement du placenta dont l'insertion est normale. Nous étudierons les symptômes dans ces deux cas.

a. *Symptômes de l'hémorrhagie dans le cas d'insertion vicieuse du placenta.* — L'hémorrhagie se manifeste ordinairement vers le sixième ou le septième mois de la gestation, elle survient brusquement, sans cause appréciable. Puis elle disparaît après quelques jours pour reparaitre après un temps variable. L'écoulement sanguin peu abondant au début augmente de quantité à chaque fois qu'il survient une nouvelle perte. Ces augmen-

tations dans la quantité de l'écoulement sont dues à des décollements successifs du placenta.

Quelquefois la perte ne se montre pas ainsi à plusieurs reprises et n'apparaît qu'au moment de l'accouchement.

L'adhérence du placenta avec le col devient un obstacle à la dilatation de cette partie de l'utérus et prolonge ainsi la durée du travail au grand détriment de la mère à cause de la perte sanguine qui se produit alors.

Quelquefois le placenta, pressé par la tête fœtale, se détache et est expulsé avant le fœtus.

Desormeaux a fait remarquer que l'écoulement sanguin augmente au moment de la contraction utérine par suite de la pression de la tête fœtale sur le placenta qui tend à en exprimer le sang qu'il contient, et aussi à cause de la dilatation du col qui détruit de plus en plus les adhérences. Le contraire a lieu dans les autres hémorrhagies, la constriction de l'utérus fait cesser l'écoulement.

Le toucher permet encore de constater au fond du col une substance molle, mamelonnée, spongieuse qui n'est autre que le placenta, et qui diffère d'un simple caillot par une densité plus grande. Desormeaux, P. Dubois (1) et Tarnier (2) recommandent de pratiquer les explorations avec les plus grands ménagements dans la crainte de détacher un caillot et de provoquer une nouvelle hémorrhagie.

Notons en outre les symptômes généraux communs à toutes les hémorrhagies et qui sont en rapport avec la quantité de sang perdue.

b. *Symptômes dans le cas de décollement du placenta dont l'insertion est normale.* — Dans le cas où le placenta a son insertion normale, l'hémorrhagie peut être interne ou externe. Mais le plus souvent elle est mixte. Dans l'hémorrhagie externe l'écoulement se fait par la vulve, plus ou moins abondant, d'une façon continue ou intermittente. L'écoulement, après avoir duré un certain temps, cesse habituellement ou ne s'arrête pas, il survient bientôt des contractions utérines et un avortement.

Mais l'écoulement sanguin n'est pas toujours accompagné de contractions utérines et il n'est pas rare de le voir se supprimer. L'arrêt de l'hémorrhagie se produit-il par une oblitération des vaisseaux par un caillot, ou est-il dû à l'affaissement du sinus divisé, c'est ce qu'il est impossible de préciser exactement, il est probable, dit M. Joulin, « que la réparation a lieu par l'un et l'autre de ces procédés. »

Lorsque l'hémorrhagie est interne, il est souvent difficile de la reconnaître surtout si elle est peu abondante, car elle passe souvent inaperçue. Lorsqu'elle est plus considérable, il survient des douleurs sourdes dans le bas-ventre, des coliques, des nausées, quelquefois des vomissements. Le pouls est petit, fréquent, la malade est exposée à des lipothymies, des

(1) Desormeaux et P. Dubois, *Dictionnaire en 30 vol.*, art. MÉTRORRHAGIE.

(2) Tarnier in Cazeaux, *Traité d'accouchements*, 7^e édition.

syncopes, elle présente du refroidissement des extrémités, en même temps il survient un développement rapide du ventre dû à l'augmentation de volume de l'utérus. Ce développement de l'abdomen qui survient brusquement est caractéristique de l'épanchement sanguin, mais il est souvent difficile à constater, et il faut éviter de le confondre soit avec la tympanite intestinale, soit avec l'hydropisie de l'amnios. La percussion qui révèle de la sonorité dans le cas de tympanite et le développement très-lent de l'abdomen dans le cas d'hydropisie de l'amnios, mettront sur la voie du diagnostic. De plus, un léger écoulement sanguin survenant en même temps par la vulve permettra de soupçonner l'hémorrhagie interne.

Si nous recherchons maintenant le siège de l'épanchement sanguin, nous voyons qu'il a lieu : 1^o entre la caduque et le chorion ; 2^o dans l'épaisseur du placenta lui-même.

Dans le premier cas, il forme une couche plus ou moins épaisse entre le chorion et la caduque, couche qui peut quelquefois envelopper l'œuf complètement (1).

Dans le second cas, l'épanchement décrit par Cruveilhier et Jacquemier sous le nom d'*apoplexie placentaire*, consiste en foyers plus ou moins nombreux et situés dans l'épaisseur du placenta déchiré.

III. — Pronostic.

Quant au pronostic, il varie suivant l'abondance de l'écoulement et suivant certaines circonstances particulières qu'il est indispensable de connaître, mais il est toujours grave, non-seulement pour la mère mais encore pour le fœtus qui meurt presque inévitablement si l'hémorrhagie se prolonge et si le travail est un peu long. L'enfant dans ce cas meurt non pas à cause de l'hémorrhagie comme l'a fait remarquer M. Tarnier, mais par asphyxie, l'hématose du sang fœtal ne pouvant plus se faire au contact du sang maternel.

L'insertion vicieuse du placenta et principalement l'insertion centrale exposent la mère à de graves dangers, à cause de la lenteur du travail qui en est la conséquence et qui permet à l'hémorrhagie de s'effectuer pendant un temps assez considérable. Simpson a noté 134 décès sur 399 femmes présentant une insertion vicieuse du placenta.

Quant à l'hémorrhagie interne elle est surtout grave pour le fœtus, l'épanchement n'étant pas en général assez abondant pour compromettre l'existence de la mère. Il faut cependant ne pas oublier que la distension exagérée qu'a subie la matrice prédispose singulièrement à l'inertie utérine et que l'hémorrhagie peut alors survenir par suite de l'absence du retrait de la matrice.

(1) Charpentier, *Maladies du placenta et des membranes*, thèse d'agrégation. Paris, 1869, p. 8.

§ IV. — Traitement.

Le traitement consistera en moyens généraux applicables à toutes les hémorrhagies et en moyens spéciaux suivant l'intensité de l'hémorrhagie, l'époque à laquelle elle se produit suivant, qu'elle est interne ou externe, suivant qu'il y a ou non insertion vicieuse du placenta.

A. *Moyens généraux.* — La femme sera placée au lit dans la position horizontale, la tête basse, le bassin légèrement élevé. On administrera des quarts de lavements laudanisés, des boissons froides, acidules; on appliquera des compresses d'eau fraîche sur l'hypogastre, des révulsifs sur la partie supérieure du tronc.

Si ces moyens sont insuffisants et si la métrorrhagie est très-abondante, il faudra alors avoir recours à des moyens plus énergiques, ce sont :

- 1° Le seigle ergoté ;
- 2° Le tamponnement ;
- 3° La rupture des membranes.

On administrera deux grammes de poudre de seigle ergoté dans l'espace d'une demi-heure, ce médicament qui, suivant la remarque de P. Dubois, n'a pas le pouvoir de faire naître des contractions quand la matrice ne s'est pas encore contractée, agit alors très-bien comme hémostatique.

Si la perte continue néanmoins, on doit avoir recours au tampon, mais il faut se souvenir alors que ce moyen peut transformer la perte externe en perte interne. Aussi faut-il alors surveiller avec soin l'utérus et voir si cet organe ne se distend pas sous l'influence de la pression sanguine. Velpeau conseille de pratiquer en même temps la compression à l'aide d'une large bande et de compresses graduées sur les régions iliaques.

Le tamponnement doit être appliqué de bonne heure, suivant M. Tarnier (1), dans tous les cas d'hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta; car la perte habituellement peu abondante au début, augmente considérablement à chaque récurrence. Le tamponnement dans ces cas devra être appliqué même avant le début du travail. M. Hervieux (2) partage également cette manière de voir.

Si, malgré cela, la perte continue, il reste une dernière ressource; c'est la *rupture des membranes*, mais qui ne peut être pratiquée qu'à la condition, dit M. Hervieux: « 1° Que le col soit déjà assez entr'ouvert pour permettre l'introduction du doigt; 2° qu'il y ait un commencement de travail manifesté par des contractions utérines, si faibles qu'elles soient, et une légère saillie de la poche des eaux. »

Mais si le col n'était pas dilaté, on pourrait, comme l'a pratiqué Puzos, dilater graduellement le col en introduisant un ou plusieurs doigts, mais sans introduire la main dans l'utérus pour pratiquer l'accouchement

(1) Tarnier in Cazeaux, *Traité d'accouchements*, 7^e édit. 1867, p. 795.

(2) Hervieux, *Traité des maladies puerpérales*, 1870, p. 340.

forcé. Les membranes seraient ensuite rompues, afin de permettre l'écoulement des eaux et par suite la rétraction de l'utérus, qui déterminerait l'oblitération des vaisseaux béants. Puis si les contractions venaient à s'affaiblir ou étaient suspendues momentanément, M. Joulin (1) conseille d'administrer l'ergot de seigle à faibles doses.

Dans le cas d'*hémorrhagie interne*, on devra se hâter de vider l'utérus le plus vite possible, soit en pratiquant la rupture des membranes ou l'extraction du fœtus.

Si une hémorrhagie grave survient *pendant le travail*, on devra encore pratiquer la rupture des membranes et hâter l'expulsion du fœtus en administrant le seigle ergoté à faible dose, pourvu toutefois que le col soit dilaté, que la présentation soit favorable, et qu'il n'y ait pas d'obstacle à l'expulsion du fœtus.

ARTICLE II.

MÉTRORRHAGIE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

On distingue après l'accouchement deux catégories de métrorrhagies bien distinctes: 1° celles qui se produisent aussitôt après la délivrance, 2° celles qui surviennent à une époque plus ou moins éloignée de la parturition et que l'on peut désigner sous le nom de métrorrhagies des suites de couches ou de métrorrhagies consécutives.

A. *Métrorrhagies qui surviennent aussitôt après la délivrance.*

§ I. — Causes.

La cause principale qui détermine l'hémorrhagie après la délivrance est l'*inertie utérine*. On sait qu'après l'expulsion du fœtus la matrice continue à se contracter, et détermine ainsi le décollement du placenta et le rétrécissement des vaisseaux devenus béants par suite de ce décollement. Puis la contraction se continuant, le placenta lui-même et les caillots sanguins accumulés dans la cavité utérine sont expulsés, et l'écoulement sanguin s'arrête ainsi de lui-même. S'il survient alors un arrêt des contractions, on voit le sang s'accumuler de nouveau dans la cavité de la matrice, en même temps qu'une certaine quantité s'épanche au dehors.

Cette inertie de la matrice se produit sous l'influence de circonstances qui ont été parfaitement étudiées par Guillemot (2), et qui sont: 1° une constitution molle et un tempérament lymphatique et nerveux; 2° des règles excessives s'établissant avant le terme habituel de la menstruation; 3° un

(1) Joulin, *Traité d'accouchements*, 1867 p. 918.

(2) Guillemot, *Mémoire sur les hémorrhagies utérines* (*Archives de médecine*, 1829, t. XX, p. 43).