

CHAPITRE XIV

HÉMORRHAGIE PAR DÉCOLLEMENT DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

Définition.

C'est la forme d'hémorrhagie qui est généralement décrite dans les ouvrages d'obstétrique comme *accidentelle*, pour la distinguer de l'hémorrhagie *inévitabile* du placenta prævia. En étudiant cette dernière, nous avons vu que le terme « accidentel » peut induire en erreur, et que la cause de l'hémorrhagie dans le placenta prævia est, dans quelques cas au moins, intimement liée à la variété dont nous allons parler maintenant.

Lorsque, à la suite d'une cause quelconque, le décollement du placenta, normalement inséré, s'opère avant l'accouchement, il s'écoule nécessairement plus ou moins de sang de la rupture des vaisseaux utéro-placentaires, et il peut se produire deux sortes d'effets consécutifs : 1° Le sang, au moins en partie, se fait jour entre les membranes et la caduque, et s'écoule par le col de l'utérus. Ce cas constitue l'hémorrhagie « accidentelle » type des auteurs. 2° Le sang ne se fait pas jour au dehors et se collecte à l'intérieur, donnant lieu à des symptômes très sérieux, mortels même, avant qu'on ait reconnu le véritable caractère de l'accident. Les cas de cette sorte sont loin d'être aussi rares que pourrait le faire supposer le peu d'attention que lui ont accordé les auteurs; et ils méritent d'être spécialement étudiés à cause de l'obscurité des symptômes et de la difficulté du diagnostic. Le Dr Goodell n'a pas

rassemblé moins de 106 exemples de cette complication ¹.

Les causes du décollement du placenta sont nombreuses. Causes et pathologie. Dans certains cas, c'est à la suite d'un accident ou d'un effort (par exemple en glissant dans un escalier, en tombant, en soulevant un lourd fardeau, etc.), qui a probablement pour effet de déchirer quelques-unes des insertions du placenta. D'autres fois, c'est sans aucune cause appréciable, et alors on admet quelque modification dans l'utérus, par exemple une contraction plus forte qu'à l'ordinaire qui produit le décollement, ou un léger épanchement de sang entre le placenta et les parois utérines, suivi de contractions et d'un décollement plus considérable. Nous pouvons dire que ces causes, observées en somme journallement pendant la grossesse, ne produisent un décollement que chez les femmes qui y sont prédisposées. Cela arrive généralement chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, surtout chez celles dont la santé est mauvaise et la constitution appauvrie, et rarement chez les primipares. Certains états constitutionnels n'y sont pas étrangers, l'albuminurie, ou une anémie exagérée, ou, à un plus haut degré encore, des dégénérescences ou des affections du placenta lui-même.

Cette forme d'hémorrhagie acquiert rarement des proportions alarmantes avant les derniers mois de la grossesse, et même en général avant le commencement du travail. Le volume considérable des vaisseaux placentaires, lorsque la grossesse est avancée, explique suffisamment ce fait.

Si, après le décollement d'une portion du placenta, le sang se fraye un passage entre les membranes et la caduque, et s'échappe par le vagin, même en petite quantité, il attire l'attention et révèle la nature de l'accident. Mais il en est autrement lorsque nous avons affaire à une hémorrhagie invisible, et le diagnostic devient souvent difficile à porter. Dans ce dernier cas, le sang se collecte sans doute d'abord entre l'utérus et le placenta. Quelquefois, le décollement marginal ne s'opère pas, et il se forme de gros caillots sanguins qui restent em-

Symptômes
et diagnostic.

1. Amer. Journal of obstet., vol. II.

prisonnés. Mais la plupart du temps le bord du placenta se décolle, et le sang s'amasse entre les membranes et la paroi utérine, soit vers le col, où la partie qui se présente peut empêcher l'écoulement, soit près du fond. Les caillots, logés dans cette situation, provoquent parfois des élancements très douloureux et de la distension de l'utérus. Le sang peut aussi se frayer un passage dans la cavité de l'amnios, mais c'est assez rare, probablement, ainsi que Goodell l'a signalé, parce que, « en supposant l'orifice du col bien clos, les membranes, quelque minces qu'elles soient, plutôt que de se rompre, se détachent des parois utérines; et en effet la résistance du liquide amniotique, étant également distribuée, contrebalance exactement la pression exercée par la quantité de sang extravasé. » Ce point a une certaine importance pratique, parce que, après la rupture, on trouve fréquemment le liquide amniotique teinté de sang, et ce fait pourrait nous conduire à une erreur de diagnostic, si nous n'étions pas prévenus par cette explication.

Symptômes
de l'hémorrhagie
accidentelle invisible.

Les symptômes les plus frappants d'une hémorrhagie interne invisible sont un collapsus considérable et un épuisement de la femme auquel nous ne pouvons assigner aucune cause précise. Ces symptômes diffèrent de ceux de la syncope ordinaire, avec lesquels ils pourraient être confondus, surtout par leur persistance et leur gravité, par tous les signes d'une perte considérable de sang, refroidissement et pâleur des tissus, agitation vive, anxiété, respiration courte et rapide, bâillements, pouls faible, bref et compressible. Si l'hémorrhagie est considérable à l'intérieur et qu'elle apparaisse un peu au dehors, nous pourrions être amenés à faire un diagnostic exact en observant que les symptômes constitutionnels sont beaucoup plus graves que ne le comporte la quantité de sang perdue à l'extérieur. Il y a en général de la douleur utérine, avec une sensation de déchirure et des élancements, phénomènes quelquefois peu marqués, mais le plus souvent fort pénibles et qui peuvent amener une angoisse intolérable. Cette douleur, qui est souvent localisée, dépend probablement de la distension de l'utérus par les caill-

lots qui y sont retenus. Si la distension est grande, la forme de l'utérus peut être irrégulière au point de l'épanchement sanguin; mais il est difficile de remarquer le fait, excepté chez les femmes dont les parois abdominales sont minces et extraordinairement lâches. Cazeaux et d'autres auteurs ont signalé un accroissement rapide du volume de l'utérus. Mais il est peu probable qu'il soit très appréciable vers la fin de la gestation, car il faudrait alors pour le produire un épanchement énorme. A une époque moins avancée de la grossesse, vers le cinquième mois, je l'ai observé très distinctement une fois dans ma pratique. Il avait atteint un degré considérable dans un cas rapporté par Chevalier¹, chez une femme à laquelle on fit l'opération césarienne *post mortem* avec la conviction qu'elle était à terme, tandis qu'on trouva seulement un fœtus de trois mois, enveloppé de caillots qui avaient distendu l'utérus au point de lui donner le volume qu'il a au neuvième mois de la grossesse. Les douleurs du travail peuvent manquer complètement. Si elles existent, elles sont en général faibles, irrégulières et inefficaces.

La seule affection, en dehors de la syncope ordinaire, avec laquelle cette forme d'hémorrhagie puisse être confondue, est la rupture de l'utérus, qui lui ressemble par la violence de la douleur et la gravité du collapsus. Mais la rupture de l'utérus ne se voit que lorsque le travail est commencé depuis un certain temps, et lorsque le liquide amniotique s'est écoulé; tandis que l'hémorrhagie apparaît, en général, avant que le travail ne se soit déclaré ou à une époque peu avancée de la grossesse. Le retrait de la partie qui se présente, et le passage du fœtus dans la cavité abdominale dans les cas de rupture, nous aideront beaucoup à établir le diagnostic.

Le pronostic, lorsque le sang s'échappe à l'extérieur, n'est pas, en somme, trop défavorable. Le caractère du phénomène est apparent, et on peut y remédier assez tôt, en général, pour éviter des accidents graves. Mais il n'en est pas de même dans la forme invisible, et la mortalité est alors très grande. Sur

1. *Journ. de méd. clin. et pharmac.*, vol. XXI, p. 363.

Diagnostic
différentiel.

Pronostic.

les 106 cas de Goodell, il ne succomba pas moins de 54 femmes. Cette mortalité excessive est due, sans doute, à ce que la prostration est extrême avant qu'on ait suspecté l'hémorrhagie, et à ce que l'accident arrive presque toujours chez des femmes dont la constitution est épuisée. Le pronostic est encore beaucoup plus grave pour l'enfant. Sur 107 enfants, on n'en a sauvé que 6. La mort presque certaine de l'enfant peut être expliquée par le fait que, lorsque le sang se collecte entre l'utérus et le placenta, la portion fœtale de ce dernier est probablement déchirée, et l'enfant meurt alors d'hémorrhagie.

Traitement.

Dans cette forme, comme dans toutes les autres formes d'hémorrhagies puerpérales, le grand hémostatique est la contraction utérine, et nous devons essayer de la provoquer par tous les moyens. La première chose à faire, que l'hémorrhagie soit apparente ou invisible, est de rompre les membranes. Si la perte est légère, la rupture des membranes peut l'enrayer, et on laisse ensuite agir la nature. On appliquera toutefois un bandage abdominal serré pour éviter l'amas du sang à l'intérieur, parce que, les membranes étant rompues, il n'y a plus d'obstacle à son écoulement dans la cavité utérine. On peut avantageusement solliciter les contractions par l'expression utérine et de fortes doses d'ergot. Si l'hémorrhagie persiste, ou si nous avons quelque raison de supposer qu'elle soit interne, nous devons débarrasser l'utérus le plus tôt possible.

Lorsque le col est suffisamment dilaté, on pratiquera la version sans délai, par la méthode bipolaire, si possible. Si l'orifice n'est pas assez ouvert, on introduira un sac de Barnes, en faisant en même temps une forte compression pour éviter la distension de l'utérus. Si la femme est dans le collapsus, la secousse de l'opération peut faire tourner la chance contre elle. Dans de telles circonstances, il sera d'une meilleure pratique d'attendre que, par l'emploi des stimulants, par la chaleur, etc., nous ayons remonté un peu la malade, tout en comprimant fermement l'utérus. Lorsque la tête est descendue dans l'excavation, il est plus facile de terminer l'accouchement par le forceps.

CHAPITRE XV

HÉMORRHAGIE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

L'hémorrhagie pendant, ou peu de temps après, le troisième stade du travail, est un des accidents de l'accouchement les plus pénibles et les plus graves. Son apparition subite et inattendue aussitôt la terminaison d'un accouchement qui paraissait heureux, l'impression d'alarme qu'elle cause à la femme, mise tout à coup en grand péril, exigent de la part du médecin une présence d'esprit et une initiative considérables. De là découle pour quiconque pratique l'art des accouchements l'impérieux devoir d'une connaissance approfondie des causes et du traitement préventif et curatif de l'hémorrhagie. Il n'y a dans l'obstétrique aucun accident, qui laisse moins de temps pour la réflexion et la consultation, et la vie de la femme dépend souvent de l'intervention prompte et immédiate de son médecin.

L'hémorrhagie *post partum* est une des complications les plus communes de la délivrance. Je ne connais pas de statistique qui nous permette d'établir exactement son degré de fréquence, mais je considère comme un fait hors de doute qu'on l'observe très souvent, et surtout dans les rangs élevés de la société. Et cela est dû sans doute aux effets de la civilisation, et au genre de vie des femmes de cette classe, dont les goûts et les habitudes de mollesse favorisent l'inertie utérine, cause principale de l'hémorrhagie *post partum*.

Son importance.

Fréquence
de l'hémorrhagie
post partum.