

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.

C'est un accident qu'on peut prévenir.

Heureusement, c'est, dans de certaines limites, un accident qu'on peut prévenir. Et je crois qu'on ne saurait trop en instruire le praticien. Si le troisième stade du travail était convenablement dirigé, si l'on agissait toujours (et on devrait le faire) comme devant l'imminence de l'hémorrhagie, elle serait beaucoup moins fréquente qu'elle ne l'est. Je ferai observer que l'hémorrhagie *post partum* est beaucoup plus fréquente dans la pratique de quelques accoucheurs que dans celle des autres; cela tient à la négligence des premiers dans les soins qu'ils donnent à leurs malades aussitôt après la naissance de l'enfant. C'est le moment où l'assistance d'un médecin soigneux est de la plus haute utilité, plus encore qu'avant la fin du deuxième stade du travail; aussi, lorsque j'entends dire d'un médecin qu'il voit souvent des hémorrhagies *post partum*, je suis autorisé, *ipso facto*, à en conclure qu'il ne connaît pas, ou qu'il dirige mal, le troisième stade de l'accouchement.

Causes.

Procédé de la nature pour arrêter l'hémorrhagie après l'accouchement.

Le placenta, ainsi que nous l'avons vu, est décollé par les dernières douleurs, et le sang qui accompagne le fœtus, en plus ou moins grande quantité, vient probablement des vaisseaux utéro-placentaires qui ont été lacérés. Presque immédiatement après, l'utérus se rétracte fortement, et, dans l'accouchement type, prend la forme d'une balle dure, que l'accoucheur est si heureux de sentir. Cette rétraction a pour résultat de comprimer tous les troncs vasculaires qui se ramifient dans les parois utérines, veines et artères, et d'empêcher l'écoulement du sang par ces canaux. En nous reportant à l'étude anatomique des fibres musculaires de l'utérus gravide, surtout au siège du placenta, nous verrons comme elles sont admirablement appropriées à ce but. La disposition des vaisseaux eux-mêmes favorise l'action hémostatique de la rétraction utérine. Les larges sinus veineux sont disposés par couches, l'une sur l'autre, dans l'épaisseur des parois utérines, et s'anastomosent librement. Lorsque les couches supérieures communiquent avec celles qui sont immédiatement au-dessous, la réunion se fait par une ouverture falciforme ou semi-lunaire dans la paroi du vaisseau

qui est situé le plus près de la face externe de l'utérus. En dedans des bords de cette ouverture, il y a des fibres musculaires dont la contraction tend probablement à prévenir le retour du sang en arrière, d'une couche de vaisseaux dans une autre. Les sinus veineux ont une forme aplatie et sont intimement accolés au tissu musculaire. Il est évident que ces dispositions anatomiques sont éminemment aptes à faciliter l'occlusion des vaisseaux. Ils sont larges et dépourvus de valvules, et il est facile de comprendre que si la contraction fait défaut, ou si elle n'est que partielle et irrégulière, le sang s'écoulera au dehors, quelquefois en quantité tout à fait effrayante.

Si la rétraction utérine est forte, régulière et continue, les vaisseaux sont clos, et l'hémorrhagie évitée. Ce fait a été mis en doute par quelques auteurs. Gooch a décrit le premier ce qu'il appelle « une forme particulière d'hémorrhagie » dans un utérus rétracté, et des observations semblables ont été produites par Velpeau, Rigby et Gendrin. Simpson dit, à ce sujet, que les fortes contractions utérines « ne prennent probablement pas une part aussi essentielle qu'on pourrait *à priori* le supposer dans le mécanisme qui arrête l'hémorrhagie venant des orifices béants des veines utérines¹. » En ce qui concerne les observations de Gooch, on lui a objecté que sa propre description prouve, bien que l'utérus se soit fortement rétracté aussitôt après l'expulsion de l'enfant, qu'il a dû se relâcher ensuite, puisqu'on a pu introduire la main et enlever des caillots de son intérieur, manœuvre qu'il eût été impossible d'opérer dans un utérus en rétraction tonique. Barnes suppose que, dans quelques-uns de ces cas, l'hémorrhagie venait d'une déchirure du col. En somme, il peut s'écouler du sang d'une semblable lésion mécanique, bien que l'utérus lui-même soit dans un état satisfaisant de rétraction, et il est bon d'avoir présente à l'esprit la possibilité de ce fait.

Bien que nous puissions admettre que l'hémorrhagie *post partum* soit incompatible avec une rétraction persistante de

Importance de la contraction tonique de l'utérus.

Arrêt de l'hémorrhagie par thrombose.

1. Selected Obstetric Works, p. 234.

l'utérus, il n'en découle pas nécessairement que le contraire soit vrai. Et, en effet, il n'est pas rare de voir un utérus volumineux, et en apparence tout à fait mou, sans qu'il y ait hémorrhagie. On observe aussi assez souvent une contraction et un relâchement alternatifs de l'utérus, et cependant il n'y a pas d'hémorrhagie pendant le relâchement. On peut en donner l'explication suivante : c'est qu'immédiatement après la naissance de l'enfant il se produit une rétraction suffisante pour prévenir l'hémorrhagie; il se forme, tant que dure la rétraction, des caillots dans les orifices des sinus utérins, et ces caillots suffisent ensuite pour arrêter le courant sanguin lorsque le relâchement s'opère.

Selon toutes probabilités, la rétraction utérine et cette thrombose agissent toutes les deux dans les cas ordinaires; et nous verrons dans la suite que les moyens employés dans le traitement des hémorrhagies *post partum* tendent à produire l'une ou l'autre.

Causes secondaires
d'hémorrhagie.

L'inertie utérine après l'accouchement doit donc être regardée comme la cause principale de l'hémorrhagie *post partum*; mais il existe d'autres causes secondaires, dont une des plus fréquentes est l'épuisement qui suit un travail prolongé. L'utérus est harassé par ses efforts, et, lorsque le fœtus est expulsé, il reste dans un état de relâchement qui favorise l'hémorrhagie. Une distension exagérée de la matrice produit le même résultat. Alors l'hémorrhagie coïncide très fréquemment avec une quantité excessive de liquide amniotique, ou avec une grossesse multiple. Un des cas les plus fâcheux que j'aie rencontrés est un accouchement triple, l'utérus ayant atteint un développement énorme. Le même effet se produit souvent quand on débarrasse trop rapidement l'utérus, avant que le placenta n'ait eu le temps de se décoller complètement. Telle est la cause de l'hémorrhagie qui suit si souvent l'accouchement par le forceps, surtout si l'opération a été par trop précipitée; et c'est là un des plus grands dangers du « travail précipité ». L'état général de la femme peut aussi la prédisposer sérieusement à cet acci-

dent. Ainsi, on l'observe bien plus souvent chez celles qui ont eu beaucoup d'enfants, surtout si elles sont d'une faible constitution, et il est relativement rare chez les primipares. C'est pour la même raison que les douleurs consécutives sont beaucoup plus communes chez les premières, parce que l'utérus, fatigué, dit-on, par de nombreuses grossesses, se rétracte inefficacement. Sous les tropiques, les femmes européennes y sont très sujettes, débilitées par la mollesse de ces climats chauds; et nos confrères nous apprennent que l'hémorrhagie est un des plus grands dangers de l'accouchement pour les Anglaises qui habitent l'Inde.

Une autre cause importante de l'hémorrhagie *post partum* est la rétraction partielle et irrégulière de l'utérus. Quelques portions du tissu musculaire se rétractent fermement, tandis que d'autres, souvent celles sur lesquelles est inséré le placenta, restent dans le relâchement. Simpson a parfaitement signalé ce phénomène. Il dit « que l'état morbide observé le plus fréquemment en corrélation avec l'hémorrhagie *post partum*, c'est l'irrégularité et le défaut d'uniformité dans l'action contractile de diverses portions de l'utérus, — et cela peut être dans les différents plans de fibres musculaires, — dont on sent une ou plusieurs régions dures et rétractées, en même temps que d'autres sont molles et relâchées. »

Contraction utérine
irrégulière.

Une variété particulière sur laquelle on a beaucoup insisté, et qui est un épouvantail pour les accoucheurs, est celle qu'on appelle la *contraction en sablier*. Elle paraît en réalité dépendre d'une rétraction spasmodique de l'orifice interne de l'utérus, avec enkystement du placenta dans la portion supérieure de l'utérus relâchée. La main, introduite dans le vagin, franchit d'abord le canal cervical distendu, jusqu'à ce qu'elle arrive à l'orifice interne, qui est fermé et ne laisse passer que le cordon ombilical. On suppose généralement que ce phénomène est dû à une rétraction circulaire d'une portion du corps de l'utérus.

Contraction
en sablier.

L'enkystement du placenta peut aussi, sans aucun doute,

6 et 7

quoique plus rarement, s'opérer dans une portion seulement du corps de l'utérus (fig. 138). Alors la région sur laquelle est inséré le placenta paraît plus ou moins paralysée, avec le placenta encore adhérent, tandis que le reste du corps utérin se rétracte fortement et produit l'enkystement au-dessus de lui.

Causes de l'irrégularité des contractions,

Les contractions irrégulières de l'utérus ne sont pas aussi communes que nos prédécesseurs le supposaient; et je crois qu'elles dépendent presque invariablement des soins défectueux

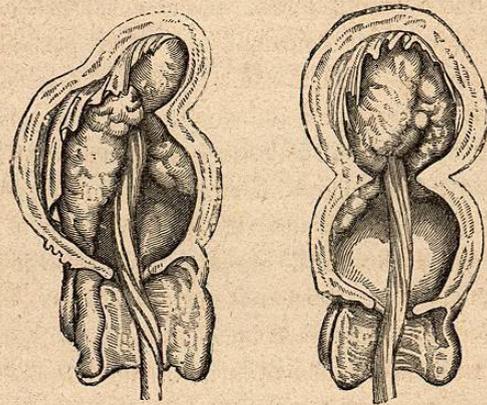


Fig. 138. — Contraction irrégulière de l'utérus, avec enkystement du placenta.

donnés à la femme pendant le troisième stade du travail. « La cause la plus fréquente, dit Rigby¹, c'est l'impatience d'extraire le placenta; on tire fréquemment sur le cordon, et à la fin on excite l'orifice de l'utérus à se rétracter. » Et pendant qu'on agit ainsi, on n'essaye pas sans doute d'exciter le fond de l'utérus, et la contraction en sablier se produit. Duncan dit de cet accident: « La contraction en sablier ne peut se produire, à moins que les parties situées au-dessus de la contraction ne soient inertes; si la portion élevée de l'utérus entrait, même modérément, en action, la contraction en sablier serait bientôt vaincue². » Si l'expression utérine était toujours employée, si l'on prenait pour règle d'effectuer l'expulsion du placenta par

1. *Rigby's Midwifery*, p. 225.

2. *Researches in obstetrics*, p. 389.

la *vis à tergo*, au lieu de chercher à l'extraire par la *vis à fronte*, je suis certain que les contractions irrégulières et spasmodiques, dont on ne peut nier l'influence dans la production de l'hémorrhagie, ne seraient que rarement, sinon jamais, rencontrées. Je ferai observer que, même dans ces cas, ce n'est pas parce que l'utérus est dans un état de rétraction partielle, mais parce qu'il est dans un état de relâchement partiel, que l'hémorrhagie se produit.

Les adhérences du placenta aux parois utérines peuvent provoquer l'hémorrhagie, surtout si elles sont partielles, le reste de l'organe étant décollé. On a exagéré la fréquence de cette cause. Souvent on a cru à des adhérences, et, en réalité, on avait affaire à des cas dans lesquels le placenta était retenu seulement par inertie utérine. L'expérience de tous ceux qui font beaucoup d'accouchements viendra probablement corroborer l'observation de Braun¹, à savoir « que l'adhérence anormale et la contraction en sablier sont observées le plus souvent dans la pratique du jeune médecin, et que plus il avance en âge, plus ces accidents diminuent. » — La cause de l'adhérence est souvent obscure, mais elle résulte très probablement d'un état morbide de la caduque, produit par une affection antérieure de la muqueuse utérine; elle peut ainsi se reproduire dans les grossesses subséquentes. La caduque est altérée et épaissie, et on rencontre souvent sur la surface d'insertion du placenta des plaques de dégénérescence calcaire et fibreuse. Le plus souvent, le placenta n'est que partiellement adhérent, certains points de sa surface demeurent solidement fixés à l'utérus, tandis que le reste est décollé; il en résulte un relâchement des parois utérines et une hémorrhagie. Le diagnostic et le traitement de ces cas fort graves seront décrits dans un autre paragraphe (p. 576).

Enfin on doit admettre que certaines femmes méritent réellement la qualification de « diluviennes » (*flooders*), qui leur a été appliquée, et chez lesquelles, quoi que nous fassions, il

Adhérences du placenta.

Prédisposition constitutionnelle aux hémorrhagies.

1. *Braun's Lectures*, 1869.

existe la plus extraordinaire prédisposition à l'hémorrhagie après l'accouchement. Mais je ne crois pas que ces exemples soient aussi communs qu'on l'a supposé. J'ai soigné plusieurs femmes qui ont failli perdre la vie à la suite d'hémorrhagies *post partum* dans leurs premières couches, quelques-unes qui en avaient souffert à chacun de leurs accouchements, mais je n'en ai rencontré que deux chez lesquelles l'application assidue d'un traitement préventif n'ait pu réussir à faire éviter l'hémorrhagie. Chez elles (j'ai publié ailleurs l'observation de l'une d'elles en détail¹), en dépit de tout ce que je pus faire, il me fut impossible de provoquer la rétraction utérine, et elles seraient certainement mortes si je n'avais eu à ma disposition les moyens que nous ont heureusement fournis les progrès modernes pour produire la thrombose dans les orifices des vaisseaux béants. La nature de ces faits exige de nouvelles recherches; il est possible qu'on puisse les rattacher, dans une certaine mesure, à ce que nous appelons la diathèse hémorrhagique.

Symptômes.

La perte peut commencer immédiatement après la naissance de l'enfant, avant l'expulsion du placenta, ou quelque temps après seulement, alors que l'utérus rétracté est retombé dans le relâchement. Elle peut débiter graduellement, ou soudainement; dans ce dernier cas, c'est un flot, et, si la forme est grave, les draps, le lit, le plancher même sont inondés du sang qui, sans exagération, se déverse de la femme. Si alors on place la main sur l'abdomen, on ne trouve pas l'utérus rétracté sous la forme d'un globe dur, on le sent mou et lâche, on peut même ne pas reconnaître du tout son contour. Si l'hémorrhagie est légère, ou si nous réussissons à la modérer, il n'en résulte aucun effet fâcheux; mais si elle est excessive, ou si nous échouons dans nos tentatives pour l'arrêter, le cas devient très grave.

Epuisement dans les cas graves.

Il est peu d'accidents plus effrayants à voir qu'une hémorrhagie *post partum* grave. Le pouls change rapidement, il devient filiforme ou même tout à fait imperceptible. La syncope

1. *Obst. Journ.*, vol. I.

qui apparaît souvent, n'est pas toujours défavorable par elle-même, car elle tend à provoquer la thrombose dans les sinus veineux; parfois ce n'est qu'une demi-syncope ou un sentiment de faiblesse excessive et d'évanouissement. Il se développe bientôt une extrême agitation, la femme se remue violemment dans son lit, elle rejette d'un air égaré ses bras par-dessus sa tête; la respiration est pénible et profonde, le besoin de respirer se fait énergiquement sentir, et la femme crie en demandant plus d'air, la peau se glace et se couvre d'une transpiration profuse; si l'hémorrhagie continue sans être enrayée, on assiste bientôt à la perte complète de la vue, aux soubresauts, aux convulsions et à la mort.

Quelque formidables que soient de tels symptômes, nous sommes heureux de savoir que la guérison est souvent obtenue, alors même que la vie semble sur le point de s'éteindre. Si nous réussissons à arrêter l'hémorrhagie alors que tout pouvoir de réaction n'est pas perdu, quelque faible soit-il, il y a lieu de compter sur la guérison. Toutefois la constitution pourra avoir reçu une sérieuse atteinte, et il s'écoulera des mois, des années même, avant que la femme ait réparé les désordres causés par une hémorrhagie de quelques minutes. Une pâleur mortelle accompagne souvent ces énormes pertes, et la femme reste quelquefois blanche et exsangue pendant fort longtemps.

On doit sérieusement employer le traitement préventif de l'hémorrhagie *post partum* dans chaque accouchement, fût-il normal. Si l'accoucheur prend l'habitude de ne jamais enlever sa main de la région utérine, après la naissance de l'enfant, jusqu'à ce que le placenta soit expulsé, et de provoquer la rétraction continue de la matrice pendant au moins une demi-heure après la délivrance, non pas nécessairement par des frictions sur le fond, mais par une simple application de la paume de la main sur l'organe rétracté, pour éviter son relâchement, les hémorrhagies *post partum* seront beaucoup plus rares. Je crois que nous devons nous faire une règle de ne jamais appliquer le bandage avant que ce temps ne soit écoulé. Le bandage

est un bon moyen de maintenir, mais non de provoquer la rétraction, et il ne sera jamais employé dans ce but. S'il est appliqué trop tôt, l'utérus peut se relâcher et se remplir de caillots sans que l'accoucheur s'en aperçoive, tandis que cela ne pourra se faire tant que l'accoucheur sentira le globe utérin dans le creux de sa main. J'ai vu plus d'un cas grave d'hémorrhagie masqués par cette habitude trop commune d'appliquer le bandage immédiatement après l'extraction du placenta. Je crois aussi, comme je l'ai dit autrefois, qu'il est d'une très bonne pratique d'administrer une légère dose d'extrait liquide d'ergot aussitôt après que le placenta a été expulsé, pour assurer la rétraction persistante, et diminuer les chances d'une rétention de caillots sanguins dans l'utérus.

Telles sont les précautions dont nous devons user dans tous les cas ; mais, lorsque nous avons des raisons pour craindre l'hémorrhagie, par exemple s'il en est survenu une dans les accouchements antérieurs, ou pour tout autre motif, nous veillerons plus spécialement. On donnera alors de l'ergot avant la naissance de l'enfant, lorsque la marche du travail fait supposer qu'elle s'effectuera au bout de dix ou vingt minutes, car nous ne pouvons pas espérer que le médicament produise d'effet en moins de temps. On apportera une grande attention à l'état de l'utérus. Toutes les dispositions seront prises pour assurer une rétraction énergique et régulière, et il est bon de rompre les membranes de bonne heure, aussitôt que l'orifice est dilaté ou dilatable, pour augmenter l'action de l'utérus. Si, après la délivrance, il y a une tendance au relâchement, on introduira un morceau de glace dans le vagin, ou même dans la cavité de l'utérus. Les caillots qui peuvent y être agglomérés seront aisément expulsés par une forte pression sur le fond, et le doigt, introduit dans le col, les sentira s'avancer doucement.

Nous devons surtout nous tenir sur nos gardes toutes les fois que la fréquence du pouls ne diminue pas après la délivrance. S'il bat cent fois ou plus, dix minutes ou un quart d'heure après la naissance de l'enfant, on peut craindre une hémorrhagie ; et

alors, pour éviter de graves inconvénients, il est bon de rester auprès de la femme tant qu'il ne sera pas retombé à ses battements normaux.

De même que la nature n'a que deux modes d'action pour l'arrêt d'une hémorrhagie *post partum*, de même nous diviserons nos moyens curatifs en deux classes : Traitement curatif.

1^o Ceux qui provoquent la rétraction utérine ;

2^o Ceux qui produisent la thrombose dans les vaisseaux.

C'est des premiers qu'on use le plus souvent, et ce n'est que dans les cas très graves, lorsqu'ils ont été employés en vain, qu'on a recours aux seconds.

La femme sera placée sur le dos, position la plus favorable pour maintenir aisément l'utérus, aussi bien que pour surveiller l'état général. Si l'on trouve l'utérus relâché et rempli de caillots, on peut, en le comprimant fortement avec la main, provoquer la rétraction, expulser son contenu, et arrêter ainsi les progrès de l'hémorrhagie. Si l'on atteint cet heureux résultat, on doit laisser la main appliquée sur l'organe pour en maintenir la rétraction, jusqu'à ce qu'on se soit assuré que le relâchement ne se produira pas. La friction manuelle a une importance capitale, et aucun autre procédé ne saurait la remplacer ; elle est fatigante sans doute, mais on doit y avoir recours tant qu'elle est efficace. Il n'est pas nécessaire de déployer une rudesse qui produirait des désordres consécutifs, on peut obtenir une compression énergique sans la moindre violence. Expression utérine.

Le Dr Hamilton, de Falkirk, a préconisé une autre méthode pour appliquer l'expression utérine, méthode qui est appelée à rendre des services dans les cas où il y a un écoulement persistant par l'utérus, et où le bassin est large. Elle consiste à introduire les doigts de la main droite aussi haut que possible dans le cul-de-sac postérieur du vagin, pour atteindre la face postérieure de l'utérus, et à exercer en même temps la compression à travers l'abdomen avec la main gauche. Les parois antérieure et postérieure de l'utérus sont ainsi appliquées l'une contre l'autre.