

locale prononcée, mais encore pour déterminer un commencement d'anémie, il faudrait s'abstenir de toute émission sanguine, malgré l'état d'activité de la circulation et d'irritation de l'utérus, qui persistent souvent, ainsi que les douleurs lombaires et hypogastriques, quelque temps après la cessation de l'écoulement sanguin. L'emploi des émissions sanguines dans ces cas ne ferait qu'accroître la susceptibilité nerveuse et la céphalalgie, qui sont le résultat de la perte utérine. Si l'état du col indiquait que l'avortement est très avancé et qu'il est inévitable, on devrait s'abstenir d'émissions sanguines, pour avoir recours à des moyens plus propres à suspendre l'hémorrhagie, qui, par cela même qu'elle est en quelque sorte traumatique, est peu influencée par la saignée, lorsqu'elle a débuté et qu'elle a déjà produit une déplétion suffisante.

Les émissions sanguines locales autour du bassin ne sont pas, comme beaucoup de praticiens le pensent, contre-indiquées dans tous les cas; il en est même quelques uns où elles doivent être préférées. Déjà Smellie les appliquait avec succès sur les tumeurs hémorrhoidales. Beaucoup de médecins en ont constaté l'utilité dans des cas donnés; M. Gendrin, qui paraît en avoir retiré de grands avantages, a cherché à déterminer les circonstances qui indiquent leur application. Les principales sont, d'après lui, la prédominance de la pléthore et de l'irritation utérines, comme causes déterminantes de l'hémorrhagie et des autres symptômes de l'avortement, la persistance du même état coïncidant avec la pléthore générale qui a cédé à une ou plusieurs saignées du bras, un état inflammatoire ou sub-inflammatoire de l'utérus ou des ovaires, déterminant souvent, outre les prodromes ou les symptômes de l'avortement, des phénomènes sympathiques intenses du côté de l'estomac; les inflammations locales qui ont leur siège dans des organes voisins de l'utérus, telles que celles qui accompagnent assez souvent la présence des hémorrhoides à l'anus et dans le rectum; les leucorrhées vaginales qui se manifestent quelquefois pendant la grossesse, etc. Dans ces divers cas, on peut être conduit à appliquer des sangsues à l'anus, à la vulve, aux aines, à l'hypogastre, au niveau des gouttières sacrées. La quantité de sang qu'on retirera par les émissions sanguines locales sera proportionnée à l'intensité des accidents locaux et à l'état général de la malade; mais dans tous les cas, elle devra être assez grande pour produire une déplétion de l'utérus qui compense l'effet révulsif. En cela elles diffèrent de ces émissions sanguines faibles et répétées qu'on pratique sur les mêmes points pour congestionner les ovaires et l'utérus dans certains cas de dysménorrhée et d'aménorrhée. On a eu recours, dans quelques cas, à des émissions san-

guines locales sur des parties du corps éloignées de l'utérus, en rapports de sympathie avec cet organe. Les mamelles présentent au plus haut degré ce rapport sympathique avec l'utérus. Hippocrate avait déjà conseillé d'appliquer, dans les cas d'hémorrhagie utérine, des ventouses sur les mamelles. Lorsque le gonflement, les douleurs des seins sont intenses, il y a souvent réaction sur l'utérus; on en a une preuve bien évidente dans les tranchées utérines qui se renouvellent souvent pendant la fièvre de lait; une réaction semblable se manifestant dans le cours de la grossesse peut quelquefois déterminer des prodromes d'avortement et entretenir dans l'utérus une disposition à l'hémorrhagie; dans ce cas, il faut donner de l'extension au précepte d'Hippocrate, non seulement en provoquant un effet révulsif, mais en dégorgeant les mamelles; et l'on doit, à l'exemple de M. Gendrin, appliquer des sangsues du côté des mamelles, vers les aisselles; on peut rendre leur action plus efficace en couvrant les piqûres de ventouses.

Lorsque les émissions ou la perte utérine ont produit un dégorgement sensible, il faut avoir recours aux opiacés, comme il a été dit ci-dessus, pour calmer les spasmes et les contractions de l'utérus.

Les révulsifs sont souvent utilement employés, soit pour prévenir une hémorrhagie utérine imminente, soit pour la combattre lorsqu'elle est déclarée. On applique des ventouses sèches, des sinapismes; on fait des frictions irritantes sur quelques points de la partie supérieure du tronc, entre les deux épaules, sur le devant de la poitrine, au voisinage des mamelles, et on les renouvelle plus ou moins souvent, suivant la persistance des accidents; mais on doit s'en abstenir s'ils déterminent une excitation générale trop vive.

Le froid est très fréquemment employé dans le traitement des hémorrhagies utérines puerpérales, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, soit comme auxiliaire, soit comme moyen principal. Le froid est un sédatif très propre à modérer l'activité de la circulation utérine, et à combattre les congestions actives et passives dont cet organe est fréquemment le siège, avant l'apparition et pendant la durée des hémorrhagies; il produit de plus un resserrement des fibres utérines très propre à s'opposer à l'épanchement du sang. Pendant la grossesse, le froid ne peut être porté sur l'utérus que d'une manière indirecte. On remplit les indications qui sont relatives à son emploi, en administrant des boissons fraîches, dont on peut abaisser la température jusqu'à celle de la glace fondante s'il y a nécessité de le faire. Si les malades ne doivent pas être tenues à la diète complète, des aliments légers,

tels que le bouillon, etc., seront pris froids. On fera des injections d'eau froide dans le rectum ; on couvrira l'hypogastre, la partie supérieure des cuisses, de compresses trempées dans l'eau froide ou dans des mélanges réfrigérants. En faisant ces applications extérieures, on devra éviter avec soin de mouiller le lit de la malade ; pour cela, il devra être garni d'alèzes qui puissent facilement être changées lorsqu'elles sont pénétrées d'humidité ; elles ne doivent point être faites avec cette profusion déplorable qui est en quelque sorte devenue une pratique vulgaire. L'eau froide portée directement sur le col de l'utérus par des injections vaginales a l'inconvénient de délayer, de détacher les caillots qui se forment au fond du vagin et dans le col, et qui sont souvent un moyen qui met fin momentanément ou définitivement à l'écoulement sanguin. Les applications froides autour du bassin, à l'épigastre et sur les cuisses, ne doivent pas être prolongées très longtemps, surtout à une température basse ; lorsqu'il y a indication d'insister sur leur emploi, il faut les suspendre de temps en temps, pour les reprendre ensuite, quand la réaction commence à se manifester.

Lorsqu'on est parvenu par les divers moyens mentionnés, employés suivant les indications, à suspendre ou à prévenir une hémorrhagie utérine et à dissiper les autres prodromes de l'avortement quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, avant qu'il y ait interruption du cours de la grossesse ou avant que l'expulsion de l'œuf soit inévitable, il faut, pour prévenir les récidives auxquelles ces femmes sont très exposées, continuer au-delà de la cessation des accidents, et pendant un temps plus ou moins long, l'usage des moyens préventifs, et ne leur laisser reprendre leur habitude ordinaire de vivre que par degré et avec de grandes précautions. Chez celles qui sont éminemment prédisposées à l'avortement, on ne doit se relâcher de cette sévérité qu'à une époque rapprochée du terme de la grossesse.

4. Lorsque le produit de la conception a cessé de vivre, soit avant les accidents utérins, soit par le fait des lésions produites par l'hémorrhagie, ou lorsque le travail de l'avortement est assez avancé pour qu'on puisse considérer l'expulsion de l'œuf comme inévitable, on doit renoncer aux moyens propres à conserver la grossesse, pour remplir de nouvelles indications. Mais il est souvent impossible, du moins pour ce qui est relatif à la mort du fœtus, d'établir pratiquement cette distinction, surtout pendant les premiers mois de la grossesse. L'absence de signes certains de la mort du fœtus à cet âge n'a dans ces cas que l'inconvénient peu grave de faire continuer le traitement préservatif de l'avortement au-delà du temps strictement nécessaire, et de faire sus-

pendre momentanément ou prolonger un travail d'expulsion qui doit nécessairement avoir lieu. Les indications qui sont propres à l'avortement devenu inévitable sont relatives à l'hémorrhagie, aux spasmes utérins, à la rétention de l'œuf entier ou seulement du placenta complètement ou incomplètement séparés de la face interne de l'utérus.

1° Lorsque le travail de l'avortement se fait d'une manière régulière, sans prédominance de symptômes morbides particuliers, que l'écoulement sanguin inséparable du décollement de l'œuf et du placenta est modéré, on doit se borner à la surveillance et aux soins qu'exigent l'accouchement ordinaire non compliqué. Si l'hémorrhagie est plus abondante, mais sans présenter de gravité, on insistera sur quelques uns des moyens préventifs, tels que la position élevée du bassin, le froid à l'intérieur, à l'extérieur, et les opiacés s'il existe de l'irritation et des spasmes de l'utérus.

2° Si la femme est d'une constitution faible, ou si la déperdition sanguine antérieure est déjà considérable, que l'écoulement continue malgré l'emploi des moyens que je viens d'indiquer, et que le travail fasse peu de progrès, il faut soutenir et réparer les forces de la malade par des aliments légers, ranimer l'action de l'utérus affaibli. On a vanté pour cela la teinture de cannelle ; mais l'ergot du seigle remplit infiniment mieux cette indication et doit être préféré ; on peut en attendre de bons effets si déjà des contractions de l'organe ont existé ; mais son administration devrait être différée autant que possible, si l'on avait encore quelque espoir de conserver la grossesse.

3° L'indication de suspendre l'écoulement sanguin persistant, lorsqu'il est abondant et trop prolongé, surtout chez des femmes naturellement faibles ou affaiblies par des pertes antérieures, peut être beaucoup plus urgente encore. Le moyen le plus sûr et le plus prompt est le tamponnement du vagin ; bien que son emploi ne soit indiqué que lorsque la grossesse est interrompue ou que l'avortement est inévitable, cependant, lorsque la mère court un danger réel par l'abondance ou la persistance de l'hémorrhagie, et que les autres moyens sont insuffisants ou inapplicables, il est indispensable d'y avoir recours avant que l'avortement soit arrivé à cette période avancée ; et dans quelques cas, malgré l'excitation produite par la présence du tampon, non seulement l'hémorrhagie a été arrêtée, mais encore la grossesse n'a point été interrompue. Mais ce sont là des cas exceptionnels assez rares ; car le mode d'agir du tampon est complexe. D'une part, il empêche le sang de s'échapper à travers le col, et favorise

sa coagulation sur les points de la face interne de l'utérus dénudé ; de l'autre, par l'irritation que sa présence occasionne sur le col de l'utérus, sur la vessie et le rectum, il provoque des contractions utérines plus énergiques et hâte l'expulsion de l'œuf, et cette propriété est dans la grande majorité des cas un avantage plutôt qu'un inconvénient, car il est extrêmement rare qu'il y ait nécessité de recourir au tamponnement dans les hémorrhagies utérines des premiers temps de la grossesse, avant que l'existence du produit de la conception soit compromise. Le tamponnement ne doit pas inspirer la même sécurité à toutes les époques de la grossesse : cette sécurité sera d'autant plus grande que la grossesse est moins avancée ; car il convertit une hémorrhagie externe en une hémorrhagie interne. Pendant les cinq ou six premiers mois, le peu de capacité de l'utérus et d'extensibilité de ses parois ne permettent qu'une médiocre accumulation de sang dans sa cavité. Mais il ne faut pas perdre de vue que déjà dans le cinquième et le sixième, il n'est pas impossible que l'accumulation soit assez grande pour compromettre l'existence de la mère, comme quelques exemples l'attestent. Ainsi, si l'on a recours au tamponnement pendant cette période, il faut surveiller avec soin l'état général de la malade, et en particulier les changements qui peuvent survenir du côté de l'utérus. Nous aurons à revenir sur ce point à l'occasion des hémorrhagies utérines des derniers mois de la grossesse. Pendant les trois ou quatrième mois, lorsque l'expulsion tardive de l'œuf ou du placenta est accompagnée d'une hémorrhagie dangereuse, on peut avoir recours avec sécurité au tamponnement ; mais après cette époque, il ne faut y avoir recours qu'avec une grande circonspection. D'ailleurs la texture musculaire de l'utérus est déjà assez avancée pour qu'on puisse tirer un grand parti des moyens ordinaires d'exciter la contractilité de cet organe. La manière de pratiquer le tamponnement est très simple. On porte des bourdonnets ou des boulettes de charpie au fond du vagin, sur le col de l'utérus ; lorsqu'on se propose en même temps d'exciter la contractilité de l'utérus, on peut les faire pénétrer dans l'intérieur du col ; on en remplit exactement le vagin ; on les soutient par d'épais gâteaux de charpie appliqués sur la vulve, et le tout est maintenu en place par un bandage en T. Cette charpie, humectée par la partie séreuse du sang et par la sécrétion vaginale, n'adhère que faiblement au col de l'utérus et aux parois du vagin, et on peut la retirer avec facilité. La précaution qu'on recommande dans le but de rendre son extraction plus facile, de fixer chaque boulette par un fil, est tout-à-fait inutile. La présence du tampon ne tarde pas à exciter des douleurs uté-

rines assez vives, des ténesmes du côté de la vessie et du rectum. Chez quelques femmes, après un temps assez court, elles deviennent insupportables. D'ailleurs son application ne doit pas, en général, être très prolongée. On est quelquefois obligé de le réappliquer plusieurs fois. Il arrive assez souvent que le tampon est expulsé avec force, et que le produit de la conception ne tarde pas à le suivre. Dans tous les cas, le col est presque toujours beaucoup plus dilaté qu'avant son application, et rempli de caillots plus ou moins solides.

4^o Lorsque l'interruption de la grossesse est certaine, la ponction de la poche des eaux est, comme le tamponnement, un moyen très efficace de mettre fin à l'hémorrhagie utérine inquiétante, et de hâter la terminaison de l'avortement : c'est l'excitant le plus certain pour mettre en jeu d'une manière franche et énergique les contractions de l'utérus. Depuis Puzol, son efficacité a été constatée par presque tous les médecins habitués à soigner les femmes grosses. Ceux qui ont repoussé la ponction de la poche des eaux se sont généralement fondés sur d'autres considérations que son inefficacité. Pour y avoir recours, il n'est pas nécessaire, comme le recommandait Puzol, d'attendre la dilatation du col et un commencement de formation de la poche.

Il n'est pas indifférent de pratiquer la ponction des membranes à toutes les époques de la grossesse ; contrairement au tamponnement, elle est plus efficace et a moins d'inconvénient, à mesure que la grossesse approche de son terme. Eu égard à la durée de la grossesse, ces deux moyens doivent plutôt être considérés comme devant se succéder que se remplacer : aussi, pendant les premières périodes de la grossesse, le tamponnement doit être préféré, parce que, pendant les deux premiers mois, la transformation musculaire, les propriétés contractiles de l'utérus, ne sont pas encore complètement développés. A cette époque, lorsque l'écoulement des eaux de l'amnios arrive accidentellement, on voit bien que le travail de l'avortement ne tarde pas à marcher plus rapidement, que les contractions deviennent plus évidentes, que l'hémorrhagie diminue ou se suspend ; mais si l'expulsion du placenta se prolonge, il n'est pas rare de voir se manifester de nouvelles pertes, qui peuvent être dangereuses, chez les femmes naturellement très faibles et chez celles qui ont déjà été considérablement affaiblies par l'écoulement sanguin antérieur. D'ailleurs, pour la facilité et la sûreté du travail, il est préférable que l'œuf soit expulsé entier, afin d'éviter tous les inconvénients de la rétention du placenta. Il faut aussi qu'il ne reste pas de doute que la grossesse est interrompue et que l'avor-

tement est inévitable, ou que l'hémorrhagie, qui n'a pas cédé aux moyens ordinaires, soit assez grave pour faire craindre un grand danger pour la mère. Ce n'est donc que d'une manière tout-à-fait exceptionnelle et dans des cas particuliers qu'on doit avoir recours à la perforation des membranes dans les hémorrhagies graves qui compliquent l'avortement des trois ou quatre premiers mois de la grossesse. Cependant, dès les cinquième et sixième mois, où le travail de l'avortement se rapproche déjà de celui de l'accouchement, on rencontre déjà un certain nombre de cas où la rupture des membranes doit être préférée au tamponnement. Mais nous aurons occasion de revenir sur ce sujet en traitant des hémorrhagies qui compliquent l'accouchement à terme et l'accouchement prématuré, où la perforation des membranes est plus particulièrement applicable.

5° On est quelquefois conduit à avoir recours à d'autres moyens propres à aider l'expulsion du produit de la conception entier ou divisé. Nous avons déjà dit que, dans un assez grand nombre de cas, il n'y avait pas d'accidents dominants, et que dès que l'avortement était inévitable, il suffisait de surveiller et d'attendre l'expulsion de l'œuf; dans d'autres, elle est retardée ou entravée par des causes différentes qui réclament souvent des moyens appropriés. 1° Lorsque les phénomènes d'afflux sanguins, d'éréthisme, de spasme utérin et d'excitation générale, persistent après le décollement de l'œuf ou l'interruption de la grossesse, la dilatation du col se fait ordinairement avec une grande lenteur ou reste stationnaire, jusqu'à ce que ces symptômes se soient dissipés. Si la femme est vigoureuse et pléthorique, et si elle n'a encore perdu qu'une petite quantité de sang, une saignée du bras plus ou moins abondante, suivant l'intensité des symptômes, fait cesser ces accidents, et des contractions utérines franches et énergiques ne tardent pas à se développer. C'est sans doute cette influence des émissions sanguines qui leur a suscité tant de préventions, que partagent quelques médecins, et surtout les gens du monde. Si on y a recours, on prévient la malade et les personnes qui l'entourent qu'il n'y a plus aucun espoir d'éviter l'avortement. Si l'état général contre-indique les émissions sanguines, on aura recours à des bains tièdes, aux préparations opiacées qui affaiblissent cette contractilité fibrillaire anormale; et après un temps souvent assez court, elle est remplacée par de véritables contractions expulsives. 2° Il n'est pas rare de voir, à une époque avancée du travail d'expulsion, l'utérus tomber dans un état d'inertie prolongée, avec augmentation de l'écoulement sanguin qui devient continu. Les titillations du col avec l'indicateur,

l'administration de l'ergot du seigle, sont les moyens qui se présentent en première ligne. Malgré le conseil que nous avons donné d'éviter pendant les trois premiers mois de diviser l'œuf, parce que l'expulsion en masse est préférable en ce qu'elle n'expose pas aux dangers de la rétention du placenta, on ne doit pas cependant attacher une importance excessive à l'intégrité de l'œuf; car il est assez fréquemment rompu accidentellement pendant le travail de l'avortement, sans qu'on observe les inconvénients que nous avons mentionnés. Il y a même presque toujours diminution ou cessation temporaire de l'écoulement sanguin, un travail d'expulsion plus énergique; et ce n'est que dans le plus petit nombre de cas que le placenta est retenu pendant un temps qui dépasse beaucoup la durée moyenne de son expulsion. Dans le cours du cinquième et du sixième mois, si le travail était languissant et que la dilatation du col fût complète et l'œuf en grande partie engagé dans son intérieur, il serait convenable, même en l'absence de pertes, de rompre les membranes: on abrégierait ainsi le travail et on le rendrait moins douloureux.

6° Le produit de la conception rencontre quelquefois des difficultés assez grandes pour traverser le col utérin, qui, tout en se dilatant, conserve de la longueur et de la fermeté. Depuis les justes critiques de Puzol, on a généralement abandonné les crochets, les pinces en forme de forceps, dont on faisait autrefois fréquemment usage pour saisir les différentes parties du produit de la conception et les extraire. Lorsqu'on est dans la nécessité de recourir à des secours manuels, les doigts suffisent ordinairement, et sont l'instrument le plus commode qu'on puisse employer. D'ailleurs il ne faut pas se hâter d'avoir recours à ces moyens mécaniques; on doit attendre que l'œuf soit complètement ou presque complètement détaché de la face interne de l'utérus, et qu'il ne soit plus retenu que par le col largement dilaté ou très dilatable et revenu sur lui-même. Dans ces cas, il est souvent préférable de temporiser: après un temps de repos et de calme, le travail se ranime, et l'expulsion se fait naturellement. Mais l'indication d'agir serait formelle si l'écoulement sanguin continuait avec quelque abondance ou s'il existait un resserrement spasmodique du col ayant résisté aux moyens ordinaires. On dilatera doucement l'orifice de la matrice avec les doigts; si l'œuf a déjà un certain volume, on rompra les membranes en glissant le doigt avec ménagement dans l'intérieur de l'utérus; on cherchera à entraîner l'œuf, et successivement les diverses parties solides dont il se compose s'il est divisé. Il peut arriver, lorsque le fœtus se présente par l'extrémité pelvienne, que les membres inférieurs s'engagent dans le

col, médiocrement dilaté et encore très résistant. Si on exerce intempestivement des tractions sur le membre sorti, on éprouvera une résistance extraordinaire à dégager la tête, surtout si le fœtus a cinq ou six mois, et l'on s'expose à déchirer le col de la matrice et à laisser dans sa cavité la tête séparée du tronc.

7° La conduite à tenir devient plus embarrassante encore lorsque le placenta semble devoir rester pendant un temps presque indéfini dans la cavité utérine ; car, s'il y a danger d'un côté d'abandonner au temps et à l'action de la matrice son expulsion ou son élimination, de l'autre il n'y en a pas moins à faire des tentatives violentes et souvent infructueuses pour l'extraire ; on doit même s'interdire, comme pour l'œuf entier, de l'arracher violemment de la face interne de l'utérus, lorsqu'il est en grande partie adhérent ; on doit se borner à exciter par les moyens indiqués la contractilité de l'utérus. Si l'écoulement sanguin était inquiétant, soit par son abondance, soit par l'état de faiblesse de la femme, il faudrait avoir recours au tamponnement. Si la présence du placenta dans l'utérus ne détermine pas d'accidents, on se bornera à une surveillance exacte et aux précautions que réclame cette situation. On cherchera à s'assurer, par un toucher exact, si le placenta est complètement ou en grande partie décollé, et si l'obstacle à son expulsion se trouve principalement dans l'état du col revenu sur lui-même ou contracté spasmodiquement ; ces contractions locales, quoique bien plus rares qu'après l'accouchement ordinaire, se rencontrent quelquefois comme obstacle à l'expulsion de l'œuf ou du placenta dans le travail de l'avortement. L'extraction artificielle du placenta décollé n'offre pas toujours les mêmes difficultés ; il n'est pas rare de le trouver en partie engagé dans le col, où il est comme étranglé ; on peut alors facilement porter le doigt au-dessus, en dilatant ou sans dilater le col, et l'entraîner tout entier au-dehors. Lorsqu'il est retenu au-dessus du col et qu'il est libre, ou qu'il ne tient à l'utérus que par une surface peu étendue, la difficulté est plus grande ; quoique le doigt indicateur seul ou avec le médius le touche dans une partie de son étendue, il est rare qu'il puisse le saisir de manière à l'entraîner. On ne peut compter sur le cordon ombilical qui est trop faible pour supporter des tractions ; d'ailleurs il est le plus ordinairement rompu sur un point trop rapproché du placenta pour pouvoir être saisi et servir à cet usage. La main est souvent encore le meilleur instrument ; elle peut, chez beaucoup de femmes dont les parties génitales externes sont relâchées, être portée dans le vagin tout entière ou au moins jusqu'à la racine du pouce. Dans l'un et l'autre cas, le doigt indicateur seul ou avec le mé-

dius peut parcourir toute la cavité utérine, surtout si on a la précaution de comprimer avec l'autre main la région hypogastrique, de manière à maintenir l'utérus aussi bas que possible. On peut ainsi facilement entraîner le placenta et les caillots sanguins qui en augmentent souvent la masse ; s'il reste encore quelques adhérences, autres que celles qui sont formées par le sang coagulé, on peut facilement en apprécier l'étendue et le degré de solidité ; si elles cèdent à des tractions ménagées ou devant le doigt poussé entre le placenta et l'utérus, on achèvera le décollement pour tout entraîner. Si au contraire il faut employer une violence dangereuse et qu'on ne puisse l'arracher que par fragments, on se contentera d'enlever la partie détachée, qui se sépare assez facilement du reste, parce qu'elle est considérablement ramollie. Dans les cas où l'anneau vulvaire serait réellement trop étroit, trop résistant, pour permettre l'introduction de la main dans le vagin, on la remplacerait avantageusement par la pince à faux germe de Levret ou une pince à polypes dépourvue de crochet. Mais pour que ces instruments soient indiqués et sans dangers, si on les conduit et fait agir avec prudence et ménagement, il faut que le placenta décollé ou en grande partie décollé forme à l'entrée du col ou dans la cavité utérine une tumeur très distincte.

8° Nous avons dit qu'il existe des cas où le col se resserre assez sur lui-même et où il est si peu dilatable qu'il est impossible de le traverser sans danger pour la femme, soit avec le doigt, soit avec une pince fermée ; on ne peut ni extraire le placenta, ni constater son décollement. Tant que les choses restent dans cet état, on doit renoncer à toutes tentatives d'extraction. Trois cas différents peuvent se présenter : dans le premier, après un temps variable, il se manifeste des symptômes d'expulsion qui sont suivis de la sortie du placenta, qui est quelquefois assez frais dans une grande partie de son étendue, ce qui prouve que non seulement il était resté adhérent, mais encore qu'un certain degré de vitalité s'y était entretenu ; d'autres fois il est ramolli et sort par lambeaux dans un état de dissolution putride, sans qu'il se montre aucun symptôme grave, ni du côté de l'utérus, ni dans l'accomplissement des autres fonctions. Dans le second, en même temps que le placenta se putréfie et se décompose, il se déclare des symptômes généraux de fièvre de résorption fort graves, et la maladie peut devenir promptement mortelle, lorsque la prostration est portée à un haut degré. Dans un troisième cas, mais très rare, le placenta n'est expulsé ni par fragment ni par dissolution putride ; il paraît être éliminé par une résorption lente, sans effets fâcheux sur l'économie. Ces questions, et les indications qui s'y rapportent, se-

ront traitées avec tous les détails qu'elles méritent au sujet des accidents et des terminaisons de la délivrance à terme.

6. Dans l'avortement du cinquième et du sixième mois, la délivrance se rapprochant sous tous les rapports de la délivrance à terme, il n'en sera pas question ici : ce que nous dirons de la délivrance naturelle et de la délivrance compliquée peut lui être appliqué.

7. A la suite de l'avortement, on observe du côté des mamelles des phénomènes identiques à ceux qui caractérisent la fièvre de lait à la suite de l'accouchement ordinaire; ils n'en diffèrent que par leur plus faible intensité et en ce qu'ils s'accomplissent assez souvent lorsque le travail de l'avortement a une longue durée, avant que l'expulsion se soit effectuée et même avant le commencement du travail, lorsque la mort du fœtus a précédé son expulsion; ils sont à peine sensibles dans les cas où la perte utérine a été assez grande pour produire une anémie prononcée. Il se fait aussi un écoulement lochial, mais peu abondant et d'une courte durée, s'il n'est pas resté de fragments de l'œuf dans la cavité utérine; mais ces différences et quelques autres qui ressortiraient d'une analyse plus complète ne sont ni assez essentielles ni assez importantes pour que nous traitions de ces phénomènes d'une manière spéciale à la suite de l'avortement. Nous nous bornerons à conclure que les conditions dans lesquelles se trouve une femme qui vient d'avorter réclament, en quelque sorte, les mêmes soins, les mêmes précautions, qu'après un accouchement à terme ou prématuré; car elle est exposée aux mêmes accidents et aux mêmes maladies. Cette règle de conduite est plus particulièrement obligatoire pour les femmes qui sont prédisposées aux avortements habituels.

Celles chez lesquelles la perte sanguine a été très considérable conservent assez souvent pendant plusieurs jours une céphalalgie intense, une grande fréquence du pouls, des dispositions à la syncope et des troubles sympathiques de l'estomac. Il faut bien s'attacher à distinguer cet état d'une phlegmasie puerpérale commençante. Il réclame comme indication particulière l'administration des opiacés, qui ralentissent la circulation, des boissons diffusibles et toniques, l'usage de bouillons légers, donnés en petite quantité à des moments assez rapprochés. Sous l'influence de cette médication, ces symptômes se calment promptement, et on arrive par degrés à une alimentation plus substantielle.

SECTION VII. — Influence de la grossesse sur les maladies intercurrentes, et réciproquement. — Hygiène des femmes grosses.

L'influence de la grossesse sur les maladies qui lui sont étrangères et de celles-ci sur la grossesse n'a pas été étudiée jusqu'à présent avec le soin qu'elle mérite. Dans cet état, l'économie est-elle plus réfractaire ou mieux disposée à l'action des causes morbifiques? ou bien n'y a-t-il à cet égard aucune différence appréciable? Ces questions, dans l'état actuel de la science, ne peuvent recevoir que des solutions incomplètes et vagues. Les observations sur lesquelles on peut s'appuyer ne sont pas assez nombreuses, et la plupart portent en outre des traces d'idées préconçues. Il est un fait qui doit être admis pour tout le monde : c'est que la grossesse, alors même qu'elle rendrait d'une manière générale les femmes enceintes plus réfractaires aux maladies, ne les prémunit contre aucune d'une manière absolue. En passant en revue les divers types d'affections aiguës, nous voyons que celles qui dépendent de causes actives, qui atteignent une grande partie d'une population, parce qu'elles prennent accidentellement la forme épidémique ou qu'elles sont de nature épidémique, frappent sans distinction les femmes enceintes et celles qui ne le sont pas. L'épidémie de *grippe* qui s'est manifestée à Paris au printemps de 1837 a atteint presque toutes les femmes enceintes qui étaient à l'hospice de la Maternité; mais elle n'offrit pas plus de gravité chez elles que chez les autres individus : trois seulement présentèrent des symptômes de pneumonie légère; le nombre des accouchements prématurés ne fut pas augmenté d'une manière très sensible, et les suites de couches ne furent pas plus graves. L'histoire du choléra-morbus et celle de la plupart des autres épidémies prouvent que les femmes enceintes ne sont pas plus ménagées que les autres. Cependant quelques observateurs assurent que quelques épidémies semblent avoir épargné les femmes grosses, et que d'autres les ont principalement attaquées. Ce qui est vrai pour les maladies épidémiques l'est à plus forte raison pour les maladies contagieuses.

Nous avons déjà apprécié la gravité de la variole, qui devient presque constamment mortelle pendant la grossesse; de la scarlatine et de la rougeole, qui, sans être tout-à-fait aussi graves,