

**10. Placenta gémeilaire.**

Dans le cas de grossesse gémeilaire, le placenta par son volume, ou par l'existence de deux lobes, prédispose à la rétention. Avec cette dernière disposition les deux masses placentaires étant séparées, la dernière à sortir se comporte, par rapport à la première, comme un placenta accessoire par rapport au principal.

**11. Adhérence des membranes.**

L'adhérence des membranes peut être d'étendue variable. Tantôt la caduque seule est adhérente, tantôt la caduque et le chorion, tantôt enfin les trois membranes réunies : caduque, chorion, amnios.

Les causes sont l'inflammation des membranes, les hémorragies de la grossesse (craindre la rétention des membranes toutes les fois qu'une femme a perdu du sang pendant le développement du fœtus), et pour la caduque la persistance de l'adhérence, qui existe physiologiquement pendant le second trimestre de la gestation.

Cette adhérence amène la rétention d'un lambeau plus ou moins considérable de membranes (fig. 460).

**12. Caillot.**

Un caillot sanguin encapuchonné par les membranes est parfois retenu à l'orifice interne, et empêche la sortie des enveloppes ovulaires, à la manière d'un cotylédon accessoire (fig. 461).

**13. Traction intempestive sur les membranes.**

Des tractions trop fortes exercées sur les membranes pendant leur sortie, alors que le placenta est hors de la vulve, peuvent amener la déchirure et favoriser leur rétention.

**14. Gracilité du cordon.**

Un cordon trop frêle se rompt, quand on fait la délivrance par traction ; cette rupture empêche d'opérer des tractions ultérieures, destinées à favoriser la sortie du placenta, et facilite ainsi la rétention.

**15. Insertion vicieuse du cordon.**

L'insertion du cordon au bord du placenta ou sur les membranes (voir p. 38) expose à la rupture de la tige funiculaire en ce point : la situation est la même que précédemment.

**16. Brièveté du cordon.**

La brièveté du cordon, réelle ou relative, c'est-à-dire causée par des circulaires, peut amener la rupture de cette tige, et nous tombons, comme tout à l'heure, dans les conditions défavorables constituées par l'absence du cordon au moment de la délivrance.

**17. Accouchement debout.**

L'accouchement debout, amenant fréquemment la rupture du cordon au moment de l'expulsion de l'enfant, facilite par là même la rétention ultérieure des annexes.

**18. Tractions intempestives sur le cordon.**

Ces tractions aboutissent à la rupture, dont on connaît les fâcheux résultats.

## II. — HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE

## SOMMAIRE

Définitions et divisions. — Symptôme et diagnostic. — Marche et complications.  
Pronostic. — Étiologie.

**Définitions et Divisions.**

De même que le séjour des annexes dans l'utérus est la règle pendant un certain temps après l'accouchement, le placenta suivant rarement le fœtus de suite, de même l'écoulement d'une certaine quantité de sang au moment de la délivrance est aussi normal et physiologique.

Il y a quelques femmes privilégiées, qui ne perdent pas du tout de sang ; elles correspondent dans leur genre à celles qui expulsent le placenta immédiatement après le fœtus.

Mais ces deux exceptions sortent presque du cadre physiologique, et on peut considérer comme *normales* la sortie du placenta quelque temps après l'accouchement, et la perte d'une certaine quantité de sang au moment de la délivrance.

Quand l'hémorragie cesse-t-elle d'être *physiologique* pour devenir *pathologique* ?

De même que tout à l'heure il était impossible pour la rétention de répondre mathématiquement, en assignant à l'orifice interne un certain nombre de centimètres d'ouverture, — de même il est inutile d'essayer ici de donner en grammes la quantité de sang, qui doit être perdue, pour constituer l'état pathologique.

La meilleure définition à accepter est la suivante :

*Une hémorragie de la délivrance devient pathologique, quand elle compromet la santé de l'accouchée.*

Ce n'est pas l'écoulement en lui-même qui constitue le critérium, mais le dommage qu'il cause à la femme.

Telle femme aura une hémorragie pathologique avec 100 grammes de sang, telle autre seulement avec 300 grammes.

C'est la main de l'accoucheur qui, dans la rétention du placenta, nous servait de critérium ; ici c'est l'état de la femme.

L'hémorragie de la délivrance, qu'elle précède, accompagne ou suive la sortie des annexes, peut être :

*Interne*, le sang reste enfermé dans les organes génitaux sans paraître au dehors (fig. 413, p. 590) ;

*Externe*, le sang s'échappe de suite au dehors sans s'accumuler à l'intérieur (414) ;



*Mixte*, le sang s'accumule en partie dans l'intérieur des organes génitaux, et s'écoule en partie au dehors (fig. 415).

Ces divisions ont leur importance pratique, car elles montrent qu'il ne faut pas juger de la gravité de l'hémorragie uniquement par la quantité de sang qui s'échappe de la vulve.

#### Symptômes et diagnostic.

Quand les organes génitaux ne sont pas surveillés, on est averti de l'existence d'une hémorragie par la pâleur de la femme, les bourdonnements d'oreille, un état de malaise, de dyspnée, une tendance à la syncope, l'affaiblissement du pouls, série de symptômes qui doit conduire l'accoucheur à un rapide examen local. — On voit alors, quand l'hémorragie est mixte ou externe, du sang s'échapper de la vulve en quantité variable, suivant la gravité ; en comprimant l'utérus, si l'hémorragie est mixte, on fait sortir un flot de sang, qu'évacuent matrice ou vagin ; même flot à la pression abdominale, quand l'hémorragie est interne.

#### Marche et complications.

Si l'hémorragie s'arrête, l'état général se remet petit à petit, il n'en résulte qu'une anémie passagère, et une certaine prédisposition à la septicémie et à la phlegmatia alba dolens.

Si l'hémorragie continue, on voit survenir un état syncopal alarmant, qui peut conduire la femme à la mort.

#### Pronostic.

Le pronostic varie essentiellement suivant l'abondance, suivant la cause et enfin suivant le traitement. — La mort est heureusement exceptionnelle, quand la cause est nettement reconnue et combattue par une thérapeutique appropriée.

#### Étiologie.

##### SOMMAIRE

1 <sup>o</sup> Causes maternelles :	
a. Utérus . . . . .	1. Inertie. 2. Déchirures et ruptures. 3. Inversion.
b. Vagin, vulve . . . .	4. Déchirures et ruptures.
2 <sup>o</sup> Causes annexielles :	
a. Placenta . . . . .	5. Insertion vicieuse.
b. Annexes en général.	6. Rétention.

#### 1. Inertie utérine.

Décollé, le placenta laisse à nu la surface utérine, éminemment vasculaire, et dont tous les orifices sont béants. Si le muscle utérin, à ce moment, ne se contracte pas énergiquement pour pincer tous les vaisseaux, et de la sorte assurer l'hémostase, une hémorragie, dont l'abondance sera mesurée par le degré même d'*inertie* utérine, en sera la conséquence.

L'inertie utérine est donc la parésie ou la paralysie du muscle utérin ; c'est une sorte de *syncope*, analogue à celle du cœur.

Diverses causes y prédisposent.

#### a. CAUSES TRAUMATIQUES.

Des traumatismes prolongés (interventions successives multiples) peuvent la produire, mais les traumatismes courts semblent au contraire la combattre (introduction de la main ou d'un instrument dans l'utérus).

#### b. CAUSES SPONTANÉES.

*Générales.* — Une *émotion* ou *crainte vive* favorise parfois le relâchement utérin.

L'*hérédité* semble également avoir une certaine influence.

Craindre l'inertie chez les obèses.

Le chloroforme, employé comme anesthésique, paraît aussi y prédisposer dans une certaine mesure<sup>1</sup>.

*Locales.* — Distension exagérée de l'utérus pendant la grossesse (hydramnios, gémellité).

Accouchement long et laborieux.

Évacuation trop rapide du contenu utérin. L'utérus reste pour ainsi dire *élonné* de cette sortie trop prompte de l'œuf.

#### Symptômes et diagnostic.

La mollesse de l'utérus est le signe pathognomonique de l'inertie utérine, dont le résultat est une hémorragie plus ou moins abondante, parfois si grave qu'elle peut amener la mort en quelques instants, le sang s'écoulant en quelque sorte à pleine vulve.

Le diagnostic se fera par la vue et surtout par la main appliquée sur l'abdomen : *un utérus mou est un utérus inerte*.

#### Pronostic.

D'habitude bénin avec une thérapeutique bien conduite, devient excessivement grave dans certains cas rebelles.

#### 2. Déchirures et ruptures de l'utérus.

Toute solution de continuité portant sur le col (intra ou sus-vaginale), ou sur le corps de l'utérus, est susceptible d'amener une hémorragie de gravité variable, et qui pour le corps peut se combiner avec l'inertie. Cette cause a été étudiée précédemment, inutile d'y revenir ici.

#### 3. Inversion utérine.

On entend par inversion utérine le retournement de la matrice, qui se fait de telle sorte que le fond de l'utérus arrive successivement au contact de

<sup>1</sup> On a encore incriminé certains états généraux comme pouvant produire l'hémorragie, telles l'albuminurie, l'hémophilie, la syphilis, agissant soit par la modification du sang, soit par les altérations locales utéro-placentaires. — Ces causes ont une influence réelle, mais comme au point de vue de l'hémorragie elles ne réclament, au moment même de l'accident, aucun traitement spécial, je les passerai sous silence.



l'orifice interne, de l'orifice externe, du vagin, de la vulve et parfois même se montre à l'extérieur.

Il existe trois degrés d'inversion utérine.

1<sup>er</sup> degré. — *Inversion intra-utérine.* — Le fond de l'utérus ne dépasse pas dans sa descente l'orifice externe.

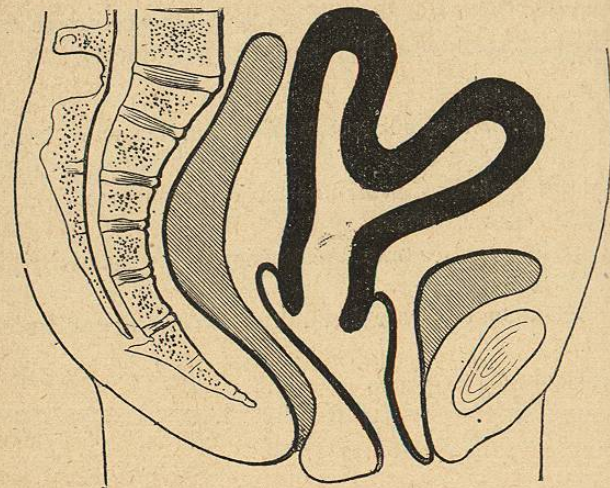


Fig. 462. — Inversion intra-utérine.

2<sup>e</sup> degré. — *Inversion intra-vaginale.* — Le fond de l'utérus arrive dans le vagin, sans franchir l'orifice vulvaire.



Fig. 463. — Inversion intra-vaginale.

3<sup>e</sup> degré. — *Inversion extra-vaginale.* — L'utérus renversé vient se montrer au dehors après avoir franchi la vulve.

*Fréquence* : une inversion sur dix mille accouchements environ ; c'est donc là un accident très rare.

#### Etiologie et pathogénie.

L'inversion utérine peut se produire en dehors de la puerpéralité, sous

l'influence d'un polype fibreux, qui entraîne avec lui le fond de l'utérus vers le col et le vagin ; cette variété est beaucoup moins fréquente que celle observée au moment de la délivrance ou du postpartum, et dont il sera exclusivement question ici.

Il existe deux théories pathogéniques :

*Théorie funiculaire.* — L'inversion serait produite par des tractions immodérées, exercées sur le cordon, de telle sorte que la tige funiculaire attirerait à la fois vers le vagin le placenta et la paroi utérine qui lui adhère.

*Théorie utérine.* — Il y aurait paralysie partielle ou totale de l'utérus, à ce point que l'organe, absolument mou, cédant à la pression abdominale et aux efforts accidentels de la femme, se retournerait sur lui-même, comme un ballon percé sur lequel on appuie.

Bien que la première explication soit plus classiquement admise, et qu'on ait profité de cette pathogénie de l'inversion pour en faire un véritable épouvantail aux médecins et aux sages-femmes, qui abusent trop volontiers des tractions sur le cordon en pratiquant la délivrance, j'accepte plus volontiers la seconde, au moins pour la majorité des cas. — Dans le seul fait que j'ai observé, il n'y avait eu que des tractions modérées exercées sur le cordon, et après réduction manuelle de l'inversion, elle se reproduisit spontanément, sous l'influence d'un violent effort de toux de la femme ; il est probable qu'elle s'était constituée d'une façon analogue la première fois. L'utérus était d'une mollesse extrême, bien que l'hémorragie fût modérée.

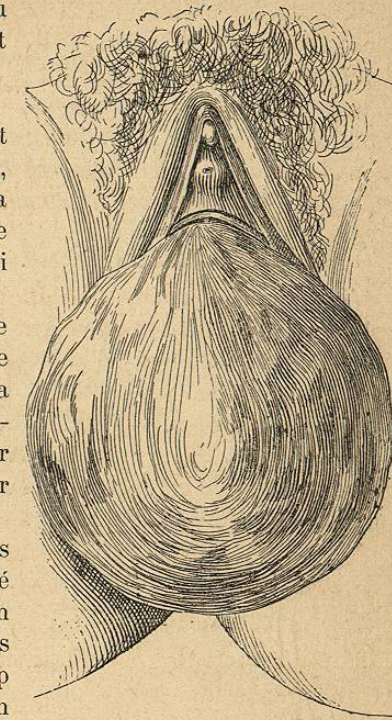


Fig. 464. — Inversion extra-vaginale.

#### Symptômes et diagnostic.

On soupçonnera l'inversion en présence d'une hémorragie persistante de la délivrance, mais le diagnostic est souvent fait accidentellement au moment de la sortie des annexes.

En cas d'*inversion extra-vaginale*, la vue suffit pour faire reconnaître l'accident ; toutefois un polype fibreux, ou un prolapsus (sans inversion) pourrait induire en erreur. — Mais avec un polype, on arrivera par le toucher sur le corps de l'utérus, et on sentira le corps par la palpation abdominale, ce qui est impossible ici. — S'il s'agissait d'un prolapsus, on trouverait au sommet de la tumeur l'orifice utérin, dans lequel on serait à même d'introduire le doigt ou une tige métallique.

Quand l'*inversion est intra-vaginale*, le toucher fait constater une tumeur



ronde et molle, remplissant le vagin, on peut arriver jusqu'au col, mais si l'inversion est accentuée, le relief en est peu saillant; impossible de pénétrer dans la cavité utérine qui a disparu. A la palpation abdominale, on ne trouve plus le corps de l'utérus.

L'*inversion intra-utérine* est la plus délicate à diagnostiquer; on la reconnaîtra surtout par la palpation, qui permettra de sentir un godet plus ou moins prononcé sur le fond de l'utérus. L'introduction de deux doigts ou de la main dans la cavité utérine, faite dans un but thérapeutique en même temps que diagnostique, confirmerait les résultats fournis par le palper.

#### Marche et terminaisons.

L'inversion se produit d'habitude au moment de la délivrance, exceptionnellement pendant les premiers jours du postpartum. — On a noté sa formation graduelle, mais d'habitude elle se constitue brusquement. — Elle peut se produire après réduction, et on a ainsi observé des sortes d'inversions intermittentes. — La réduction est parfois spontanée.

Le principal danger de l'inversion est l'hémorragie, qui risque d'être grave par son abondance au début, ou par sa durée, quand l'inversion non soignée passe à l'état chronique.

#### Pronostic.

Le pronostic varie avec le degré et surtout avec le traitement institué.

#### Traitement.

Le traitement dont il sera ultérieurement question à propos de la conduite à tenir en cas d'hémorragie de la délivrance, consiste à opérer la réduction et à la maintenir en excitant l'utérus (ergot de seigle, massage abdominal, injection intra-utérine d'eau chaude), ou au besoin en introduisant dans sa cavité un corps étranger (tamponnement à la gaze iodoformée).

Pour obtenir la réduction, on a préconisé un certain nombre d'instruments qui ne deviennent nécessaires qu'avec des inversions anciennes, observées longtemps après l'accouchement, et dont nous ne nous occuperons pas ici<sup>1</sup>; la main suffit toujours à l'accoucheur pour observer cette réduction, quand elle est possible.

#### 4. Déchirures et ruptures du vagin et de la vulve.

Toutes les solutions de continuité du vagin ou de la vulve (voir p. 226), quand elles intéressent un vaisseau important, peuvent devenir la cause d'une hémorragie plus ou moins sérieuse.

#### 5. Insertions vicieuses du placenta.

L'insertion vicieuse du placenta (voir p. 508) expose aux hémorragies de la délivrance, car après le décollement de cet organe, le segment inférieur

<sup>1</sup> Je passe également sous silence l'ablation de la partie inversée de l'utérus, qu'on est parfois obligé de pratiquer dans des cas anciens.

de l'utérus, sur lequel il était inséré, revient moins facilement sur lui-même que le supérieur, à cause de sa pauvreté relative en fibres musculaires; on comprend ainsi la facilité de l'écoulement sanguin.

#### 6. Rétention des annexes.

Toute rétention partielle ou totale des annexes peut, en gênant le retrait de l'utérus, devenir la source d'une hémorragie.

Toutes les causes de rétention, étudiées dans le chapitre précédent, sont donc capables d'amener indirectement la production d'une hémorragie.

Parmi ces causes il en est cependant qui ont une influence plus directe sur l'écoulement sanguin, telle l'*inertie utérine* dont il a déjà été question, et aussi l'*adhérence placentaire*.

L'adhérence du placenta, quand elle est *totale*, empêche l'hémorragie, les vaisseaux étant de la sorte obturés; mais quand elle est *partielle*, et qu'un fragment de tissu placentaire est resté seul adhérent, des conditions très propices à l'écoulement sanguin sont créées. — La partie du placenta restée adhérente gêne en effet la rétraction de la portion sous-jacente de l'utérus, le sang arrive sans aucun obstacle dans le placenta maternel, et de là, par la périphérie de l'ilot adhérent, s'écoule librement à travers les vaisseaux déchirés par le décollement voisin; comme du liquide qu'on ferait pénétrer dans une éponge complètement recouverte d'une enveloppe imperméable, s'échapperait, si une rupture survenait à un point quelconque de cette enveloppe. — La rupture pour l'éponge placentaire est représentée par le décollement partiel.

La rétention partielle ou totale du placenta a une grande influence sur la production des hémorragies; celle des membranes avec ou sans adhérences est au contraire d'importance secondaire, bien qu'elle puisse, surtout pendant les suites de couches, être soit en gênant le retrait de l'utérus, soit en amenant l'ouverture des vaisseaux au moment de leur décollement, la cause d'écoulements sanguins d'ordinaire peu abondants.

### III. — TRAITEMENT DES ACCIDENTS DE LA DÉLIVRANCE

#### SOMMAIRE

1. La rétention existe seule.
2. L'hémorragie existe seule.
3. La rétention et l'hémorragie existent simultanément.
4. Cas spéciaux.

#### 1. La rétention existe seule.

La rétention peut être *totale* ou *partielle*.

##### a. RÉTENTION TOTALE.

Quand, *une heure* après l'accouchement, la délivrance n'est pas accomplie, on est autorisé à pratiquer le toucher pour s'assurer de l'état des parties et de l'orifice interne.



Il est *deux* éléments dont il faut tenir compte pour pratiquer l'intervention :

L'état de l'orifice interne (reconnu par le toucher);

La situation du placenta (déterminée par le toucher, et présumée par la hauteur de la ligature funiculaire au niveau de la vulve).

1° *Si le placenta est au niveau de l'orifice interne.* — Quelle que soit la perméabilité de l'orifice interne : *exprimer, tendre et attendre* ; au bout d'un temps variable le placenta décollé, puisqu'il est accessible au doigt, s'engagera forcément dans le canal cervical, arrivera dans le vagin, puis au dehors. — La réussite n'est qu'une question de patience. — Il n'y a d'exception à cette règle thérapeutique que l'existence du *placenta prævia*; en pareil cas, le placenta peut en effet se trouver au niveau de l'orifice interne et ne pas être décollé; or, les tractions sur le cordon sont mauvaises avant le décollement placentaire, à cause des déchirures qu'elles amènent dans la substance du placenta. — L'insertion vicieuse aura été reconnue avant l'accouchement sinon on la soupçonnera quand le placenta est accessible à l'orifice interne, sans que la ligature placée sur le cordon, au niveau de la vulve, soit descendue comme elle le fait à l'état normal prouve que, de suite après l'accouchement comme au moment de l'examen actuel, le placenta occupait la même place et se trouvait au voisinage de l'orifice interne. — Se comporter en pareil cas comme si le placenta était inaccessible, c'est-à-dire adhérent, conduite que nous allons voir à l'instant.

2° *Si le placenta n'est pas accessible au niveau de l'orifice interne*, on peut en conclure que le décollement n'est pas encore opéré ou terminé; la conduite à suivre est variable suivant la perméabilité de l'orifice interne. — Quand cet orifice est souple et ouvert, on attendra, tout en essayant par le massage utérin, ou l'expression, de provoquer le décollement du placenta, et si, après un certain temps, le résultat est nul, on se comportera comme dans le cas suivant. — L'orifice interne commence à se refermer, et on prévoit qu'une attente plus longue empêchera l'introduction de la main, si déjà l'obstacle n'est pas créé; il faudra en pareil cas pratiquer la *délivrance artificielle*.

*Manuel de la délivrance artificielle.* — Suivant les circonstances, la femme étant endormie ou non, laissée dans sa situation normale, ou mieux placée dans la position obstétricale, on maintient le fond de l'utérus avec la main gauche, pendant que la droite, rigoureusement aseptique et ointe d'un corps gras, est introduite, les doigts disposés en cône, dans le vagin, puis dans le canal cervical jusqu'à l'orifice interne; lentement, progressivement, et en tenant solidement le fond de l'utérus, on essaie de franchir l'orifice interne. — La main arrivée dans l'utérus va à la recherche du placenta. Les doigts sont insinués entre le tissu placentaire et l'utérus, de manière à opérer un décollement graduel, et le décollement terminé, le placenta saisi à pleine main est entraîné au dehors. — La main réintroduite s'assure de la vacuité complète de l'utérus; avant de la retirer, on procède à un lavage complet de la cavité utérine. — En cas de difficultés pour franchir l'orifice, lenteur et patience dans l'introduction de la main, d'autre part anesthésie, seront d'un

heureux secours. — Au cas où l'orifice resterait *infranchissable*, on pourrait à son niveau, placer un ballon de Champetier et renouveler les tentatives au bout de deux heures environ, ou, s'il n'y a aucun accident, simplement attendre en observant une antiseptie vagino-utérine rigoureuse. — Souvent, en pareil cas, au bout de vingt-quatre, quarante-huit heures ou même plus longtemps, le placenta décollé est expulsé spontanément de l'utérus, après une sorte de nouveau travail. — Mais on ne se résoudra à cette attente que comme pis aller, car si le placenta ainsi retenu est quelquefois éliminé sans accident, sa rétention expose à des hémorragies graves et à la septicémie.

#### b. RÉTENTION PARTIELLE.

Il peut y avoir rétention, soit d'un fragment placentaire ou cotyléon accessoire, soit des membranes.

*Rétention partielle du placenta ou d'un cotyléon accessoire.* — Toutes les fois qu'à l'examen des annexes on reconnaît cette variété de rétention, la main doit être introduite dans l'utérus, et le fragment placentaire ou le cotyléon accessoire détachés ou enlevés. — Au cas seulement où l'orifice interne opposerait une barrière infranchissable, on attendrait en surveillant attentivement la femme; des injections vaginales seraient suffisantes; mais en cas d'écoulement fétide ou d'accident septicémique, on aurait recours aux injections intra-utérines, ou au curage de la cavité utérine.

*Manuel du curage.* — Le col, ayant en cas de besoin été préalablement dilaté avec de la laminaire ou de l'éponge préparée, la femme est endormie et placée en position obstétricale. — Lavage soigneux de la vulve et du vagin. — Le col est, avec ou sans application préalable du spéculum, saisi par ses lèvres antérieure ou postérieure à l'aide de pinces à griffes, et attiré au voisinage de la vulve. L'ouverture est à ce moment complétée, si on le juge nécessaire, à l'aide d'un dilateur métallique. — La curette irrigatrice (voir p. 415) est introduite dans l'utérus, promené par sa face tranchante sur toute la surface utérine si possible, sous la direction d'un ou deux doigts on insiste et on gratte spécialement dans la région où on éprouve le plus de résistance. On termine en promenant l'instrument sur toute la surface utérine par son côté mousse. — La curette est enlevée; si l'écoulement du sang est un peu abondant, on pratique un tamponnement intra-utérin avec de la gaze iodoformée (qu'on laisse de 6 à 12 heures en place), les pinces à griffes sont détachées et la femme replacée dans son lit. — A la suite, soins ordinaires à prendre comme après toute opération.

*Rétention des membranes.* — Si un lambeau seulement des membranes est retenu, la simple expectation est préférable à l'intervention. — Mais s'il y a rétention complète des membranes, si le placenta est découronné, l'*intervention immédiate*, c'est-à-dire l'introduction de la main pour vider l'utérus des enveloppes retenues, et l'*expectation* ont leurs partisans en nombre à peu près égal, et les deux méthodes sont défendables. — Je préfère même, dans ce dernier cas, l'expectation, me réservant d'intervenir comme pour la réten-