

tion d'un fragment placentaire, au cas rare où il survient pendant les suites de couches des accidents (hémorragie ou plutôt septicémie).

2. L'hémorragie existe seule.

La délivrance est opérée.

Le diagnostic et le traitement de l'hémorragie doivent se faire simultanément et dans l'ordre que voici :

a. HÉMORRAGIE DE MOYENNE INTENSITÉ.

1° Une main est placée sur l'utérus pour voir si l'organe est inerte ou contracté.

Il y a **inertie**, reconnue à la mollesse même de l'utérus ; la main abdominale exerce une compression énergique, destinée à amener l'évacuation des caillots (compression qu'il est bon de continuer un certain temps, en faisant un peu de massage de l'organe). — On donne de suite après une injection vaginale ou même intra-utérine chaude, avec une solution antiseptique à la température de 50°. — Par précaution, on administre 1 gramme de seigle ergoté sous la forme qu'on préfère (injection sous-cutanée d'ergotine et d'ergotinine). Si ces moyens sont insuffisants, on a recours au tamponnement intra-utérin¹ : Après nettoyage antiseptique de la vulve et du vagin, la femme étant en position vulvaire et après avoir pratiqué le cathétérisme vésical, on saisit la lèvre antérieure du col, puis la postérieure avec des pinces à griffes ; le col est ainsi amené à la vulve, en même temps qu'un aide appuie sur le fond de l'utérus pour favoriser l'abaissement ; le col est alors inspecté pour s'assurer qu'il n'est pas la source d'une hémorragie artérielle, auquel cas on ferait la ligature complétée au besoin par la suture de la plaie. Le col étant maintenu à la vulve, on lave abondamment la cavité utérine de manière à la vider des caillots qu'elle contient, et qui sont, en cas de difficulté, cueillis

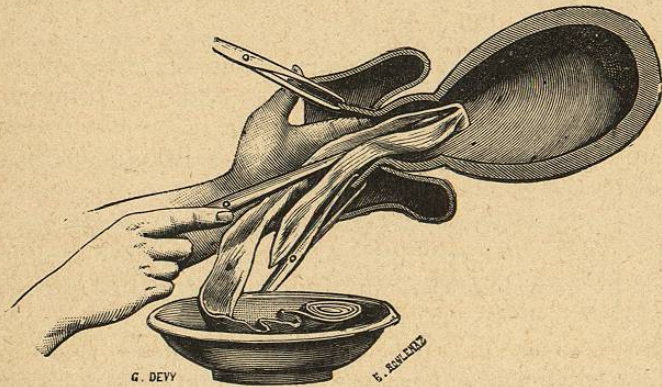


Fig. 465. — Tamponnement intra-utérin.

avec deux doigts ; cette manœuvre est aisée, si on a soin d'appuyer simultanément avec un peu de force sur le fond de l'utérus. — Quand la cavité utérine est libre, l'opérateur porte dans son intérieur, à l'aide d'une pince,

¹ Auvard. *Travaux d'obstétrique*, t. II, p. 194, et *Archives de Tocologie*, décembre 1890.

ou plus simplement des doigts, l'extrémité de la bande iodoformée ; on ramène la pince ou les doigts, et on recommence de même jusqu'à ce que la cavité utérine soit comblée. — Avant de détacher les pinces à griffe, la cavité cervicale doit être également remplie. — Puis le col étant libéré, on introduit aussi dans le vagin autant de gaze que possible. — L'accoucheur pratique ainsi non seulement un tamponnement utérin, mais un tamponnement utéro-vaginal. — La réplétion du vagin, quoique inutile dans beaucoup de cas, donne une grande sécurité au point de vue des hémorragies, qui pourraient prendre naissance au niveau du col ou de la paroi vaginale même. — Or, il est préférable, étant donnée l'intervention entreprise, de la faire complète, c'est-à-dire en tamponnant non seulement l'utérus, mais aussi le vagin, de manière à éviter tout écoulement de sang qui aurait une source autre que le corps de l'utérus. — Le tampon est laissé en place pendant douze à vingt-quatre heures, un plus long séjour est inutile. — La miction pendant ce temps doit être surveillée et si, la vessie étant distendue, la femme ne pouvait uriner, on aurait recours au cathétérisme. — L'ablation du tampon est facile et indolore. — Il suffit de saisir la bande par l'extrémité qui se trouve à l'orifice vulvaire, et de l'attirer petit à petit au dehors. — Elle se déroule ainsi jusqu'à ce que l'utérus soit complètement évacué.

Il n'y a **pas inertie** : l'utérus est dur, et, malgré cet état de tonicité, l'écoulement de sang continue. On procède alors à la deuxième étape de l'examen.

2° La femme ayant les cuisses largement écartées, on explore toute la surface vulvaire, pour chercher la plaie susceptible de produire l'hémorragie.

La plaie hémorragique existe. — On la traite par la ligature, la suture ou la compression, suivant l'indication.

La plaie hémorragique n'existe pas. — La cause de l'hémorragie est au niveau du vagin ou plutôt du col ; il importe sans tarder de la découvrir. On arrive à la troisième partie de l'examen pour laquelle il est indispensable de placer la femme dans la position obstétricale, en travers du lit, comme lorsqu'on veut procéder au tamponnement.

3° La femme étant dans cette position, on s'assure d'abord par le toucher de l'état du vagin et du col, pour se renseigner sur l'existence possible d'une déchirure de l'un ou l'autre organe.

Le vagin est déchiré. — Si la plaie est profonde, et que la suture soit relativement facile à appliquer, on n'hésitera pas à y avoir recours ; un tamponnement utéro-vaginal consécutif sera l'heureux complément de cette thérapeutique. — Sinon on demande l'hémostase au tamponnement seul.

Le col est déchiré. — Le col est attiré au niveau de la vulve à l'aide de pinces de Museux ; on examine à l'œil nu la surface de la plaie ; si l'hémorragie qu'elle fournit est abondante : ligature et suture. — Sinon on procède au tamponnement utéro-vaginal pour lequel tout a été préparé d'avance, de

telle sorte que l'abaissement du col, fait d'abord dans un but explorateur, sert ensuite à l'application du moyen hémostatique. — A moins de rupture utérine, dont le diagnostic se fait d'habitude, soit pendant l'accouchement, soit pendant la délivrance presque toujours artificielle en pareil cas, la marche précédente conduira méthodiquement au diagnostic et au traitement de l'hémorragie génitale, alors que celle-ci est de moyenne intensité.

Les *trois moyens de choix* pour assurer l'hémostase, en dehors des sutures et ligatures, sont donc :

- 1° Les injections d'eau chaude ;
- 2° L'ergot de seigle ;
- 3° Le tamponnement utéro-vaginal.

Les *trois étapes du diagnostic* consistent dans l'examen successif :

- 1° Du corps de l'utérus par la main ;
- 2° De la vulve par la vue ;
- 3° Du vagin et du col de l'utérus par le doigt et la vue, après abaissement préalable de l'utérus.

b. HÉMORRAGIE GRAVE OU FOUDROYANTE.

Cette hémorragie vient toujours du corps de l'utérus, produite par l'inertie de l'organe ; l'accoucheur n'a plus le temps de procéder à l'examen pratique tout à l'heure, et d'ailleurs cet examen devient inutile, puisque la cause même est indiquée par l'abondance de l'écoulement sanguin. Sans aucune hésitation, il faut avoir recours successivement aux trois moyens suivants :

- 1° Une main sur le fond de l'utérus, pour le maintenir, le comprimer et le masser ;
- 2° L'autre main dans l'intérieur de l'organe, pour le vider de son contenu et l'exciter ;
- 3° Terminer l'intervention par l'application d'un tampon utéro-vaginal, administrer 1 à 2 grammes de seigle ergoté.

Pour pratiquer le tamponnement, la main ayant été introduite dans la cavité utérine, on fait, sans retirer la main et tout en tenant l'utérus, placer la femme dans la position obstétricale en travers du lit. — Puis, abandonnant le fond de l'utérus qu'on confie à un aide et après avoir vidé la cavité utérine de son contenu, on glisse avec une pince, ou avec les doigts de la main libre, l'extrémité de la bande iodoformée jusque dans l'utérus. — La main qui s'y trouve saisit la bande et la porte jusqu'au fond. — Une nouvelle partie de la bande est introduite de la même façon également conduite au fond de l'utérus ; par une série de mouvements semblables, on comble tout l'espace libre. — Après la cavité du corps, on remplit celle beaucoup moins spacieuse du col, et en dernier lieu le vagin. — On laisse pendre à l'orifice vulvaire un bout de 10 centimètres. — Un tampon de ouate antiseptique est placé sur la vulve et maintenu à l'aide d'une serviette solidement fixée en arrière et en avant à une bande ou à un bandage de corps comprimant assez énergiquement tout l'abdomen.

En résumé :

a. — Hémorragie de moyenne intensité :

Trois diagnostics successifs à faire :

Inertie utérine ;	} Causes de l'hémorragie.
Plaie vulvaire ;	
Plaie vaginale ;	
ou cervicale ;	

Trois moyens thérapeutiques (en dehors des ligatures et sutures) :

Injection antiseptique chaude à 50° ;
Ergot de seigle ;
Tamponnement utéro-vaginal ;

b. — Hémorragie grave et foudroyante :

Un seul diagnostic est possible :

Inertie utérine.

Trois moyens thérapeutiques :

Compression et massage de l'utérus à travers l'abdomen ;
Introduction de la main dans l'utérus ;
Tamponnement utéro-vaginal¹.

La gravité des hémorragies de la délivrance, et en particulier de celles produites par l'inertie utérine, jointe à la difficulté de trouver un remède réellement efficace contre elles, a suscité une *série de moyens* que je considère comme inférieurs aux précédents, mais dont je dois cependant dire quelques mots, tout en conseillant de ne pas leur accorder la préférence :

1° *Injection intra-utérine de perchlorure de fer.* — D'OUTREPONT, et après lui BARNES, ont injecté dans l'utérus une solution de perchlorure de fer au $\frac{1}{3}$, injection qui aurait une action coagulante, astringente et excitante ; on agit plus sûrement avec la main et le tamponnement intra-utérin.

2° *Introduction dans l'utérus d'un ballon dilatable.* — Ballon de caoutchouc ; appareil élytro-ptérygoïde de CHASSAGNY. — La gaze iodoformée est préférable.

3° *Electricité.* — La faradisation ou la galvanisation de l'utérus peut combattre victorieusement l'inertie utérine, mais il est rare qu'on ait un appareil électrique sous la main au moment d'une hémorragie postpartum.

4° *Administration par la bouche de vinaigre* (GRIGG), *de térébenthine* (POLLARD) (?).

5° *Injection intra-utérine froide, et introduction de glace dans l'utérus.* — Ce moyen agit comme les injections d'eau chaude, mais moins sûrement ; il est plus difficile de se procurer de l'eau froide (5° à 10°) et surtout glacée (0° à 6°), que de l'eau chaude.

6° *Injections intra-utérines diverses*, avec de l'alcool, de la teinture d'iode

¹ En France, les accoucheurs, encore peu habitués au tamponnement utérin, se contentent en général, *mais à tort*, des deux premiers moyens qu'ils regardent comme suffisants, ou qu'ils complètent par l'usage local de l'eau chaude, ou l'administration d'ergot de seigle.

du vinaigre. Expression d'un citron dans l'utérus. Introduction d'une éponge imbibée de chloroforme. — Moyens incertains.

7° *Compression de l'aorte à travers la paroi abdominale* (BAUDELLOCQUE), ou à l'aide de la main introduite dans l'utérus (GUILLON, SEJOURNET). Dans le premier cas, il est difficile de comprimer l'aorte sans la veine cave (d'où gêne dans la circulation de retour, favorisant l'hémorragie), et difficile aussi de comprimer l'aorte au-dessus de la naissance des artères utéro-ovariennes, qui fournissent à peu près la moitié du sang arrivant à l'utérus. — Le même obstacle s'appliquera au second procédé, bien qu'avec lui on puisse plus facilement éviter la compression de la veine cave. — En outre, ces deux procédés entraînent une fatigue rapide de l'accoucheur, qui dans sa lutte contre l'hémorragie sera le premier vaincu, à moins qu'il n'ait à côté de lui un remplaçant.

8° *Flexion artificielle de l'utérus* (BREISKY). — Ce procédé s'applique aux cas où l'hémorragie provient du col de l'utérus; il consiste à fléchir autant que possible le corps de l'utérus abaissé à travers la paroi abdominale, sur le col maintenu à l'aide de deux doigts placés dans le vagin. Cette flexion exagérée est maintenue pendant 5 à 10 minutes, puis l'utérus abandonné à lui-même; si l'hémorragie se reproduit, on renouvelle la tentative. Cette manœuvre, qui donne souvent le résultat attendu, a pour effet de comprimer les vaisseaux hémorragipares, et d'amener ainsi l'hémostase à leur niveau.

9° *Inversion artificielle de l'utérus* (KOCKS). — Alors que l'utérus est inerte, on peut en exerçant une pression d'énergie moyenne sur le fond de l'organe produire une inversion artificielle; le corps se trouve alors comprimé par le col qui exerce autour de lui une compression circulaire et amène ainsi l'hémostase. Si la compression exercée par le col est insuffisante, on peut la compléter par un lien appliqué pendant quelques heures à la base de l'utérus inversé, c'est-à-dire au voisinage du col utérin.

Quant aux différents moyens susceptibles de relever la femme anémiée (transfusion, compression des membres inférieurs, injection sous-cutanée d'éther), je renvoie à ce qui a été dit au sujet du placenta prævia (voir p. 514).

3. La rétention et l'hémorragie existent simultanément.

L'hémorragie ne cessera qu'avec la sortie des annexes; délivrer la femme est donc la première indication à remplir en pareil cas.

Si l'orifice interne est encore ouvert, la délivrance artificielle sera facile à pratiquer, la perméabilité de l'orifice interne est d'ailleurs la règle en pareil cas, car l'inertie, cause de l'hémorragie, maintient le col béant.

Si cependant l'orifice interne est fermé et ne permet pas le passage de la main, on placera à son niveau un ballon de caoutchouc qui, tout en dilatant l'orifice trop étroit, arrêtera momentanément l'hémorragie.

D'autre part, la compression de l'utérus exercée manuellement ou à l'aide d'un bandage à travers la paroi abdominale empêchera la production de l'hémorragie interne.

Au bout d'une à deux heures, la dilatation sera suffisante pour le passage de la main et l'intervention utérine deviendra possible.

4. Cas spéciaux.

SOMMAIRE

- a. Adhérence intime du placenta. — b. Enchatonnement. — c. Inversion utérine.
d. Utérus double. — e. Rupture utérine. — f. Tumeur génitale.

a. ADHÉRENCE INTIME DU PLACENTA.

Quand l'adhérence partielle¹ ou totale du placenta est tellement intime que la main introduite dans l'utérus ne suffit pas à en opérer le décollement (fusion utéro-placentaire), il faudra, si une partie seulement du placenta est adhérente, en opérer le morcellement avec les doigts, de manière à laisser dans la cavité utérine le moins de substance qu'il sera possible. — Si le placenta est totalement adhérent, comme le morcellement est en pareil cas très difficile, sinon impossible, mieux vaudra, après avoir détaché le cordon, laisser l'organe en place et faire pendant les suites de couches une antiseptie vaginale, et au besoin utérine, rigoureuse. (Le curage serait une ultime ressource). — Le placenta finira par se détacher ou s'exfolier, laissant libre la cavité utérine. — Ces cas sont d'ailleurs, grâce à leur rareté, de véritables curiosités pathologiques.

b. ENCHATONNEMENT.

La conduite à tenir sera la même qu'avec un placenta retenu et adhérent; seulement, pour détacher et cueillir le placenta, la main sera obligée, après avoir franchi l'orifice interne, de traverser l'anneau de nouvelle formation, au delà duquel se trouve l'organe retenu. — Même marche à suivre que pour franchir l'orifice interne.

c. — INVERSION UTÉRINE.

L'inversion utérine peut être constatée avant ou après la délivrance. Si avant, on commencera par extraire les annexes en les détachant à l'aide des doigts. — La femme étant délivrée, on procédera à la réduction de l'utérus, à l'aide d'un ou deux doigts, qui, appuyant soit sur le fond, soit au niveau d'une des cornes, en même temps qu'une main appliquée sur l'hypogastre maintient la masse de l'organe, amèneront le retour de l'utérus à sa forme normale. — Dans le cas où on échouerait dans la tentative qui précède, on saisirait le col avec deux ou quatre pinces à griffe, appliquées sur les lèvres antérieures et postérieures, et tout en faisant attirer le col au voisinage de la vulve, on essaierait, comme précédemment, de réduire le corps et de le retourner. — Ce mode de réduction, qui peut être insuffisant s'il s'agit d'une inversion ancienne, sera toujours efficace dans les cas récents, les seuls dont nous ayons à nous occuper ici, car les autres font partie du domaine de la gynécologie.

¹ Voir mes *Travaux d'obstétrique*, t. I, p. 163.

d. UTÉRUS DOUBLE.

L'utérus double pourra gêner ou désorienter l'accoucheur pour la pratique de la délivrance artificielle ; on opérera dans la partie de l'organe qui contenait l'œuf, comme dans la cavité d'un utérus normal.

e. RUPTURE UTÉRINE.

La conduite à tenir pour la délivrance en cas de rupture utérine a été déjà indiquée page 618.

f. TUMEUR GÉNITALE.

Si une tumeur obstrue la vulve, le vagin (thrombus) ou le col (fibromes), la délivrance devra être surveillée avec un soin particulier. — La présence de la tumeur gênant l'exploration digitale, on se guidera surtout sur la ligature funiculaire pour savoir le moment auquel on pourra faire les tractions et l'expression. — En cas de difficultés, on aura recours à la délivrance artificielle, pratiquée suivant le manuel indiqué plus haut, et on contournera la tumeur avec la main.

Aphorismes.

La patience est le meilleur traitement prophylactique des accidents de la délivrance.

La facilité dans le traitement de la rétention des annexes dépend de la perméabilité du canal utérin. Avec une bonne dilatation l'intervention est en général facile.

Le traitement des hémorragies de la délivrance demande un sang-froid à toute épreuve, car l'hémorragie ne sera conjurée que si on agit vite et bien. Le médecin qui perd la tête à ce moment est bien près de perdre sa cliente.

Le moyen que la nature emploie pour arrêter l'hémorragie est l'état syncopal ; aussi ne devons-nous lutter contre cet état syncopal que dans la mesure nécessaire, pour qu'il ne soit pas complet et n'entraîne pas la mort de la malade.

Il ne faut pas s'effrayer de la pâleur qui succède aux grandes hémorragies, ni des autres symptômes concomitants. Vingt-quatre heures suffisent pour les faire disparaître.

XVI

ACCIDENTS DU POSTPARTUM

SOMMAIRE

- 1° HÉMORRAGIES ;
Description. — Étiologie. — Pronostic. — Traitement.

2° FISTULES.

1° HÉMORRAGIES

DESCRIPTION :

Le postpartum commence en réalité au moment même où la délivrance est terminée ; cependant une hémorragie qui se produit une demi-heure, une

heure ou même davantage après l'expulsion des annexes, est encore considérée comme une hémorragie de la délivrance, répondant aux mêmes causes et au même traitement que celles de cette période de la puerpéralité.

On ne range parmi les hémorragies du postpartum que celles qui surviennent *douze heures* après la délivrance ; c'est certainement là une limite arbitraire, mais qui répond assez bien aux nécessités de la description.

On désigne encore sous le nom d'*hémorragies secondaires*, celles qui surviennent pendant le postpartum, réservant la désignation de *primaires* à celles qui accompagnent la délivrance même.

Le postpartum dure trois mois après l'accouchement, c'est le laps de temps nécessaire à l'utérus pour revenir à son état complètement normal.

Nous aurons donc à étudier ici les hémorragies qui se produisent pendant le trimestre consécutif à la naissance de l'enfant.

Ces hémorragies sont d'abondance variable, tantôt faibles, presque physiologiques, tantôt copieuses et susceptibles de mettre en danger la vie de la malade.

Elles peuvent être *externes* ou *mixtes*, mais la quantité de sang enfermé dans l'utérus ne sera jamais considérable, l'organe revenu sur lui-même n'étant plus apte à la distension.

ÉTILOGIE.

a. Causes traumatiques.

1° Traumatisme explorateur, causé par l'introduction d'un cathéter, d'une sonde dans l'utérus ;

2° Réouverture accidentelle d'une plaie du périnée, du vagin ou de l'utérus ;

3° Rapports sexuels, agissant et comme traumatisme et comme excitant des organes génitaux. Parfois même, dans cette période du postpartum, la simple excitation produite par le voisinage de l'époux, alors que le mari réintègre trop tôt le lit conjugal¹, suffit à amener la congestion intense des organes génitaux, et une hémorragie consécutive ;

4° Le premier lever, surtout quand il est prématuré, constitue un traumatisme indirect, qui amène un léger écoulement sanguin. Inversement chez certaines femmes, qui pendant les suites de couches ont un écoulement sanguin léger, mais prolongé, on voit parfois, sans qu'on puisse l'expliquer, la station verticale produire l'hémostase.

b. Causes spontanées.

1° *Inertie secondaire*. — Parfois un certain temps, quelques heures jusqu'à deux ou trois jours après la délivrance, le muscle utérin se relâche et une hémorragie par inertie en est la conséquence.

2° *Rétention totale et partielle des annexes*. — Quand, quelques jours après l'accouchement jusqu'au moment du retour de couches, on voit inopinément

¹ Cette réintégration ne doit pas avoir lieu avant un mois et demi, c'est-à-dire, quand l'allaitement n'est pas pratiqué, avant le retour des couches.