

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.

survenir une hémorragie utérine abondante, il faut toujours penser à la possibilité de cette cause et diriger le traitement en conséquence (ainsi qu'il a été indiqué page 648). Parfois certains retours de couches ne sont anormalement abondants que parce qu'ils s'accompagnent de l'expulsion d'un de ces débris retenus.

3° *Déviations utérines.* — Les déviations utérines, notamment celles qui se font en arrière (rétrodéviations), peuvent amener une hémorragie tenace quoique peu abondante, et qui est due à la congestion de l'utérus produite par la déviation. D'où la nécessité, en cas d'hémorragie du postpartum, de toujours s'assurer de la situation exacte de l'utérus, afin d'opérer le remplacement en cas de besoin.

4° *Inversion utérine.* — Une inversion de l'utérus, méconnue au moment de la délivrance, ou produite tardivement ou reproduite après réduction, peut également être la cause d'une hémorragie persistante et parfois assez abondante. L'examen local permettra d'établir le diagnostic (voir p. 641). Le traitement a déjà été exposé (p. 644).

5° *Ulcération. Fibrome. Cancer.* — Toute ulcération ou néoplasme, soit utérin soit vagino-vulvaire, est susceptible de produire une hémorragie d'abondance variable pendant les suites de couches.

6° *Métrite. Subinvolution.* — L'arrêt dans l'involution normale de l'utérus, cause si fréquente de métrite, amène des hémorragies répétées et en même temps peu abondantes. de telle sorte que la femme, tout en éprouvant la douleur et le malaise habituels à la métrite, perd du sang d'une façon rémittente ou intermittente.

7° *Allaitement.* — Au moment où la femme donne le sein à l'enfant, on voit fréquemment une légère hémorragie se faire et se répéter ainsi pendant un certain temps à chaque tétée. Cette petite hémorragie trouve son explication dans la contraction utérine que provoque la succion du mamelon, et dans les mouvements et efforts que la femme accomplit à ce moment, de telle sorte que le sang accumulé dans l'utérus et dans le vagin est sous cette influence expulsé au dehors. Cette petite hémorragie est d'ailleurs sans importance, et ne contre-indique en aucune façon l'allaitement.

8° *Retour de couches.* — En général six semaines, un mois et demi après l'accouchement survient, quand l'allaitement n'a pas lieu, un écoulement de sang identique à la menstruation normale, quoique d'ordinaire un peu plus abondant et plus prolongé. Cet écoulement, généralement désigné sous le nom de *retour de couches*, n'est autre qu'une menstruation normale, accompagnée vraisemblablement d'ovulation, et à partir de laquelle les règles se montrent à leurs intervalles normaux. Le retour de couches peut se faire dès la fin du premier mois, ou exceptionnellement n'apparaître qu'après deux, trois, quatre mois ou même après un plus long espace de temps. Ce retard fait quelquefois penser à l'existence d'une nouvelle grossesse, possible en effet, mais dont l'examen local, souvent délicat en pareil cas, démontrera ou non la réalité.

Si, au point de vue chronologique, on cherche à établir quelle est, pen-

dant le postpartum, la cause la plus fréquente de l'hémorragie, on arrive aux résultats suivants :

1° Hémorragie se produisant de douze à trente-six heures après l'accouchement. *Inertie secondaire de l'utérus* ;

2° Hémorragie du deuxième au quinzième jour. — Si abondante, *rétention d'un cotylédon placentaire ou présence d'un fibrome* ; — si peu abondante, *subinvolution, ulcération simple ou néoplasme du col* ;

3° Hémorragie du *premier lever*, du dixième au vingt-cinquième jour, suivant l'époque à laquelle il a lieu ;

4° Hémorragie consécutive au premier lever. — Si prolongée, *subinvolution, déviation utérine*, — si accidentelle et momentanée, souvent due à une *imprudence sexuelle* ;

5° Hémorragie à *un mois et demi* : retour de couches ; état normal, quand il n'y a pas allaitement ;

6° Hémorragie ultérieure, en dehors de la menstruation, due à l'existence d'un *néoplasme* ou d'une *métrite*.

Le pronostic de ces hémorragies est en général bénin, exceptionnellement il peut devenir grave et nécessiter une thérapeutique énergique.

Le traitement varie essentiellement suivant la cause et suivant l'abondance de l'écoulement.

Une légère hémorragie cessera le plus souvent sous l'influence du repos, des injections vaginales d'eau chaude, de l'action de l'ergot de seigle ou de la digitale¹. S'il existe une déviation utérine, de la métrite, une inversion, on appliquera à ces différentes causes un traitement approprié.

Une hémorragie de moyenne intensité sera en général justiciable du même traitement

Une hémorragie abondante sera due, au début du postpartum, à l'inertie secondaire ; même traitement que pour l'inertie de la délivrance (voir p. 648) et plus tard soit à l'existence d'un fibrome ou à la rétention d'un débris placentaire. On aura recours en pareil cas soit au *tamponnement vaginal* pratiqué, avec un ballon de caoutchouc, ou de la gaze iodoformée (médication vaginale), soit au curage de l'utérus, suivi au besoin du tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée (*médication intra-utérine*). A une personne experte dans le dernier mode d'intervention, je conseillerai de donner la préférence à la médication intra-utérine ; pour les autres elles feront bien de s'en tenir à la vaginale.

Aphorismes :

Le meilleur traitement des hémorragies de la délivrance consiste à favoriser le retrait de l'utérus.

La fibre utérine est la maîtresse de l'hémostasie utérine ; la faire contracter c'est arrêter l'hémorragie.

En cas d'hémorragie du postpartum n'exagérez pas le séjour au lit, car cette prolongation peut avoir pour inconvénient d'amener un affaiblissement notable de la femme, peu propice à son rétablissement complet.

2° FISTULES

A la suite d'accouchement prolongé, alors que la tête fœtale est restée longtemps au contact d'un même point de la filière génitale, ou après une extraction particulièrement pénible du fœtus ayant amené des traumatismes

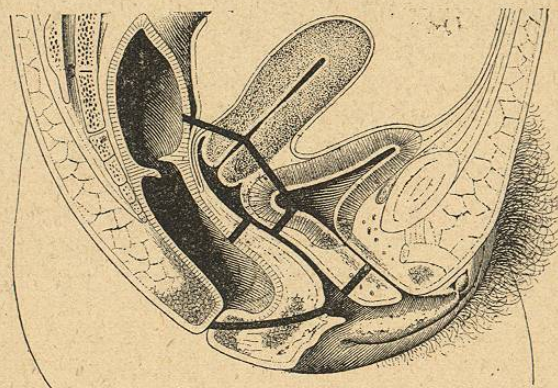


Fig. 466. — Diverses variétés de fistules génitales.

(Fistules utéro-vésicale, utéro-rectale, vésico-vaginale, uréthro-vaginale, vagino-rectale, vagino-anale.)

graves dans les organes génitaux, on voit des mortifications plus ou moins étendues se faire au niveau de l'utérus, du vagin et des organes voisins. Les eschares tombent de six à dix jours après l'accouchement, établissant une communication entre les organes génitaux et les voies urinaires ou l'intestin, communications auxquelles on donne le nom de *fistules*.

La figure 466 schématise les différentes variétés de fistules qu'on peut observer : utéro-vésicale, utéro-rectale, vésico-vaginale, uréthro-vaginale, vagino-rectale, vagino-anale.

Les mêmes fistules peuvent être produites au moment de l'accouchement par l'action d'un instrument perforant.

Aphorismes :

La présence de l'urine ou de matières fécales dans le vagin est le signe révélateur d'une fistule.

Les deux moments du postpartum auxquels les fistules se déclarent le plus souvent sont : 1° soit de suite après l'accouchement (traumatisme instrumental) ; 2° soit après une semaine (chute d'une eschare résultat d'une compression trop prolongée pendant l'accouchement).

Les fistules, sauf rare exception, dépendent d'une faute de l'accoucheur ; aussi, avec les progrès de l'obstétrique et de l'assistance médicale, tendent-elles à disparaître.

CINQUIÈME SECTION

THÉRAPEUTIQUE PUERPÉRALE