pliquées d'accident. L'adhérence partielle s'accompagne presque constamment d'une hémorrhagie plus ou moins abondante. Dans les cas où il n'y a pas d'accident, il faut d'abord attendre, et quelques heures de contractions suffisent souvent pour opérer ce décollement. Après deux heures d'attente, on excite l'utérus à se contracter par tous les moyens que nous avons indiqués. S'ils sont insuffisants, on pratique une injection d'eau froide dans la veine ombilicale. Après avoir coupé le bout du cordon, et exercé quelques pressions sur la veine pour la vider entièrement du sang qu'elle peut contenir, on injecte dans ce vaisseau un liquide froid; et cette injection est assez fortemeut poussée pour qu'elle se répande dans toute la masse placentaire. Cette injection doit être répétée, avec le soin de retenir le liquide dans le placenta pendant quelques minutes, par une pression faite sur le cordon. Cette injection agit évidemment de deux manières différentes sur le placenta et l'utérus : elle distend le placenta par l'accumulation d'un nouveau liquide dans ses vaisseaux, elle en augmente le volume et le poids; de plus, l'impression du froid qu'elle cause sur la paroi interne de l'utérus en détermine la contraction et le resserrement. C'est donc une ressource qu'il ne faut pas négliger.

Si ce moyen échoue, il faut pratiquer quelques tractions sur le cordon ombilical; mais, suivant la remarque de Levret, il faut que ces tractions soient faites perpendiculairement à la surface du placenta. Si, en effet, lorsque deux feuilles de papier mouillées sont collées l'une à l'autre, disait Levret pour faire comprendre l'importance de ce précepte, vous cherchez à les séparer en les faisant glisser l'une sur l'autre, c'est-à-dire en les tirant parallèlement à leur plan, vous les déchirerez plutôt que de les séparer; tandis qu'en les écartant l'une de l'autre perpendiculairement à leur plan, vous les séparerez sans effort et sans déchirure. Pour obtenir cet effet, on pousse fortement le cordon ombilical du côté opposé à celui de l'insertion du placenta, au moyen de deux doigts portés dans le vagin et poussés au delà de l'orifice de l'utérus. MM. Velpeau et Guillemot font remarquer, avec quelque raison, que cette règle est impossible à suivre, car le délivre touche les parois de l'utérus et par sa face fœtale et par sa face utérine : les doigts ne soutiennent le cordon qu'au-dessous du col, et, par conséquent, de quelque manière qu'on s'y prenne, le cordon sera toujours parallèle et non perpendiculaire au grand axe de l'utérus. Il est tout aussi bon, suivant eux, de tirer sur le cordon sans poulie de renvoi. Quelle que soit la manière suivant laquelle on pratique ces tractions, on ne doit jamais employer assez de forces pour rompre le cordon, et il faut les cesser aussitôt qu'on s'aperçoit qu'il cède.

Que faut-il faire alors que les excitants locaux et généraux, les injections dans la veine ombilicale, les tractions sur le cordon, ont été sans résultat ? Si les adhérences se compliquent d'un accident hémorrhagique, tous les accoucheurs sont d'accord qu'il faut insister sur les tentatives d'extraction. Mais on ne trouve plus la même unanimité pour les cas d'adhérences simples. Les uns, craignant tous les phénomènes fâcheux qui peuvent résulter de la rétention, de la putréfaction du placenta, de la résorption des matières putrides, veulent qu'à

tout prix on achève la délivrance. D'autres, au contraire, redoutant plus encore les conséquences des manœuvres nécessaires à la décortication du placenta, conseillent d'abandonner son expulsion à la nature, recommandant de prévenir et de combattre par les moyens appropriés les accidents ultérieurs.

L'opinion de M. Levret, de Baudelocque, de Desormeaux, de M. P. Dubois, nous paraît celle qui doit nous diriger en pareil cas. Après avoir employé les moyens dont nous avons parlé, on portera la main dans la cavité utérine. Le cordon est alors le meilleur guide pour arriver sûrement au placenta. S'il avait été arraché, on reconnaîtrait le placenta aux ramifications vasculaires qui sillonnent sa face fœtale, à la saillie qu'il forme sur la face interne de l'utérus, à sa consistance, et à la sensation obtuse que la femme éprouve lorsque les doigts portent sur lui. Le lieu d'insertion du placenta étant reconnu, on s'assure d'abord si l'adhérence est complète ou incomplète : dans ce dernier cas, les auteurs conseillent de glisser la main à plat entre la face externe du placenta et la paroi utérine, et d'agir avec elle comme quand on veut d'un livre non coupé décoller deux feuillets avec un couteau à papier (fig. 119); mais il est certain que c'est là un conseil impossible à suivre. M. P. Dubois préfère alors empoigner la partie déjà détachée à pleine main, et exercer sur elle des tractions dans le but d'achever de décoller le reste; si l'on n'y parvient pas, il veut qu'on le déchire et qu'on enlève toute la portion détachée. C'est en grattant avec le bout des doigts, à petits coups, qu'on détruit le plus sûrement ces adhérences anormales. Mais toutes ces tentatives doivent être faites avec beaucoup de prudence : il faut, sans trop d'insistance, abandonner à la nature l'expulsion ultérieure de toutes les parties qu'on n'aura pu entraîner. Nous pourrions citer de nombreux faits pour prouver toute la sagesse de ce précepte. Nous avons vu un chirurgien imprudent perforer complétement l'utérus pendant les efforts qu'il fit pour séparer un placenta adhérent; et Leroux (de Dijon), malgré toute son habileté, eut le malheur, dans un cas d'adhérence incomplète, de détacher un lambeau considérable du plan musculaire interne, en tiraillant trop violemment une portion supérieure du placenta déjà décollée, dans le but de détacher la partie inférieure fortement adhérente. La mort survint rapidement dans le cas dont nous avons cité l'observation. Le chirurgien de Dijon n'eut à combattre qu'une hémorrhagie abondante, qu'il arrêta heureusement par l'application du tampon.

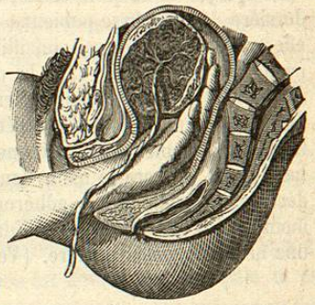

Fig. 119.

Si le placenta est décollé dans sa partie centrale, les bords étant encore adhérents, il existe ordinairement en ce point une cavité où s'amasse le sang; on peut alors percer le centre du placenta et introduire les doigts par cette ouverture pour achever le décollement. Telle a été la conduite de Heister et de Leroux dans cette circonstance. Enfin, si le placenta est adhérent dans toute son étendue, on agit sur le placenta par sa face externe. On glisse la main derrière les

membranes, et lorsqu'elle est arrivée sur un des points de la circonférence du placenta, on cherche à en détacher une partie, et, quand on y est parvenu, on se conduit comme dans le cas d'adhérence primitivement partielle.

Dans le cas, enfin, où une portion ou même la totalité du placenta résisterait aux tentatives sagement faites que nous conseillons, il ne faudrait pas insister; son expulsion aurait probablement lieu plus tôt ou plus tard, soit tout à la fois, soit morceau par morceau.

Comme le placenta, les membranes présentent quelquefois des adhérences anormales sur un point de leur étendue. Voici à quels signes on reconnaît cet obstacle : au début tous les phénomènes de la délivrance se succèdent régulièrement, et le placenta décollé est chassé sur l'orifice interne ou dans la partie supérieure du vagin, mais ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à l'amener jusqu'à la vulve. On s'aperçoit alors qu'il résiste, qu'il est retenu en arrière, et en glissant un doigt derrière la symphyse pubienne on sent les membranes qui sont tendues. Tout effort brusque amènerait infailliblement le placenta au dehors en laissant une partie des membranes dans la cavité utérine ; aussi, pour prévenir ce fâcheux résultat, il faut savoir temporiser, ne faire que des tractions très-douces quoique longtemps continuées, faire exécuter au placenta plusieurs mouvements de rotation pour enrouler les membranes et leur donner plus de résistance; enfin, au besoin, on glissera la main dans le vagin et en suivant les membranes on ira décoller la partie restée adhérente. La rétention d'un lambeau de membranes, moins grave que la rétention d'un cotylédon placentaire, peut cependant produire une hémorrhagie secondaire. (Voy. *Hémorrhagie secondaire.*)

§ VI. — De la rétention d'une partie ou de la totalité du placenta.

En se conformant aux règles que nous venons de tracer, il est bien rare qu'on ne parvienne pas à extraire complétement le placenta; mais nous avons vu pourtant que, dans quelques cas, on se voyait obligé d'abandonner une partie plus ou moins considérable du délivre, et de confier son expulsion aux ressources de l'organisme. Que cet abandon soit forcé, ou qu'il soit le résultat de tractions mal faites sur le cordon, ou de tentatives inopportunes pour décoller le placenta adhérent, il peut donner lieu à des conséquences très-variées et dont quelques-unes sont très-graves. Il est donc très-important de constater le fait, ce qu'il est presque toujours possible de faire par un examen un peu attentif du placenta. Cette constatation ne serait difficile qu'autant qu'une adhérence très-intime du placenta aurait nécessité son morcellement.

A. L'*hémorrhagie* est presque toujours la conséquence immédiate de la rétention d'une portion un peu considérable du placenta, et son abondance est en général proportionnée au volume de la masse abandonnée. Quelquefois pourtant il n'y a pas de perte, soit parce que l'utérus s'est convenablement rétracté après le décollement du placenta, soit parce que les portions du délivre restées ont conservé leur adhérence avec la paroi utérine. Dans le premier cas, la perte diminue après quelques heures, grâce à la rétraction de la matrice, et pendant les premiers jours, à l'exception des coliques violentes que font éprouver à la femme les efforts faits par l'utérus pour se débarrasser du corps étranger,

celle-ci n'éprouve guère que les malaises résultant d'une hémorrhagie peu abondante. Mais bientôt ces tranchées fréquentes semblent déterminer dans le globe utérin une sensibilité inaccoutumée, et une pression même légère finit par y déterminer de la douleur. Les lochies, qui jusqu'alors étaient purement sanguines, changent de nature. Elles sont mélangées d'une eau sanieuse, très-fétide, et deviennent très-irritantes pour les parties génitales. Pour peu que la température soit élevée, et surtout si les soins les plus scrupuleux de propreté ne sont pas observés, elles répandent une odeur tellement infecte, que la chambre de la malade est inhabitable, et, comme l'a observé M. Jacquemier, les personnes chargées de lui donner des soins peuvent en recevoir de fâcheuses atteintes.

Cette altération des lochies est la conséquence de la putréfaction de quelque portion du placenta. A mesure, en effet, que de la masse adhérente se détachent quelques parties, celles-ci tombent dans la cavité utérine, où elles peuvent séjourner quelque temps. Le contact avec l'air, qui arrive facilement jusque dans l'utérus, en produit assez promptement la putréfaction, et ces lambeaux putréfiés communiquent aux lochies l'odeur qu'elles exhalent.

B. *Résorption putride du placenta.*—Il est fort rare que ces phénomènes locaux se manifestent sans que la santé générale de la femme soit sensiblement altérée. Après un temps plus ou moins long, survient un violent frisson, accompagné d'une agitation et d'une anxiété excessives; le pouls devient fréquent, précipité; la peau est sèche et brûlante; la face est alternativement pâle et colorée, quoique le plus habituellement pâle; la respiration est anxieuse et fréquente; la langue, toujours sèche, est tantôt blanche, tantôt rouge; la malade accuse des douleurs, quelquefois avec battements dans la tête; et bientôt le délire, intermittent d'abord, puis continu, vient s'ajouter aux autres symptômes. Ceux-ci deviennent de plus en plus graves : le ventre se ballonne et offre une grande sensibilité; des envies de vomir, des vomituritions, quelquefois même des vomissements abondants, parfois aussi des évacuations alvines plus ou moins nombreuses et involontaires, témoignent de la part que le tube digestif prend à l'affection générale. Enfin le pouls s'altère de plus en plus, est filiforme, ondulant; la faiblesse et l'agitation sont extrêmes, le délire ne cesse plus, et la mort termine cette horrible scène, cinq, dix, quinze jours après l'invasion des premiers accidents.

La péritonite, que dans quelques cas annoncent la sensibilité et le ballonnement du ventre, n'existe pas toujours, et la mort peut être seulement la conséquence de l'espèce d'empoisonnement qui résulte de l'absorption des débris putréfiés du placenta. Les symptômes offerts par la malade sont alors uniquement ceux des fièvres nommées autrefois fièvres adynamiques et ataxiques.

La terminaison n'est pas toujours funeste, et surtout alors que la maladie ne se complique pas de péritonite, la malade peut échapper aux dangers dont elle était menacée.

Après un certain temps, la portion du placenta retenue peut se détacher tout

à coup, être expulsée en masse, et faire subitement cesser les graves symptômes auxquels donnait lieu sa putréfaction.

Quelquefois, et sous l'influence d'injections fréquemment répétées, l'écoulement semble perdre de sa fétidité et de ses qualités irritantes, il devient plus franchement purulent. Çà et là il charrie quelques parcelles détachées du placenta, et chaque injection en entraîne aussi quelques parties ; de temps en temps une portion un peu plus volumineuse vient se présenter au col, et le doigt introduit dans l'orifice peut l'amener au dehors. Pendant que la matrice se débarrasse ainsi des matières putrides qu'elle renferme, les accidents généraux s'amendent, ou du moins ne s'aggravent pas. L'organisme paraît résister à l'influence délétère à laquelle il est soumis. La malade peut rester ainsi, pendant plusieurs semaines, avec un mouvement fébrile presque continu, offrant çà et là quelques exacerbations précédées de légers frissons, quelques troubles légers du côté des organes digestifs, et, lorsque enfin la totalité du placenta est expulsée, la fièvre cesse, les forces renaissent, les fonctions nutritives se rétablissent, et la malade revient à la santé.

Ces accidents graves, toujours à redouter quand une portion plus ou moins considérable du placenta a été retenue dans la matrice, ne sont pourtant pas toujours la conséquence de cette rétention. Celle-ci peut se continuer longtemps après l'accouchement sans compromettre sérieusement la santé de la femme, et se terminer de deux manières différentes, mais également remarquables : je veux parler de l'expulsion tardive et de la résorption du placenta.

C. *Expulsion tardive du placenta.* — La rétention d'une portion du placenta est très-souvent accompagnée d'une hémorrhagie abondante. Il n'en est pas toujours ainsi quand la totalité du délivre est restée dans la cavité utérine, ce qui n'arrive guère qu'à la suite des avortements. Si, en effet, les adhérences ne sont en aucun point détruites, et si les vaisseaux utéro-placentaires ne sont en aucun point déchirés, on conçoit facilement l'absence d'hémorrhagie, et souvent même l'absence d'écoulement lochial qu'on observe dans ces conditions. La perte ne survient alors qu'au moment où l'utérus, tendant enfin à se débarrasser de ce corps étranger, se contracte pour l'expulser.

Cette expulsion peut s'opérer en une seule fois, et le placenta, complétement décollé, est chassé en entier. L'hémorrhagie, qui dure quatre, cinq, et même dix jours, temps quelquefois nécessaire à ce décollement, cesse aussitôt après comme par enchantement. Cette hémorrhagie, du reste, est beaucoup moins abondante quand le décollement du placenta s'opère à une époque très-éloignée de l'expulsion de l'enfant. La rétraction toujours continuelle de l'utérus, qui tend sans cesse à reprendre les dimensions de l'état de vacuité, a dû nécessairement diminuer et presque effacer le calibre de ses vaisseaux, de manière à rendre alors leur rupture peu dangereuse. En examinant le placenta, on voit qu'il n'est nullement altéré, qu'il n'offre aucune mauvaise odeur, et que, bien qu'il ait séjourné plusieurs jours, plusieurs semaines, quelquefois même plusieurs mois, dans la cavité utérine, après l'expulsion de l'enfant, il est aussi frais que si l'enfant venait de naître. L'intégrité de ses connexions

vasculaires avait maintenu la vie, et explique l'innocuité de la rétention prolongée.

C'est ce que je viens d'avoir l'occasion de constater chez une jeune femme qui, depuis vingt-quatre jours, avait fait une fausse couche de trois mois et demi. Le délivre était resté depuis ce temps dans la cavité utérine, et, une hémorrhagie grave étant survenue à la suite du décollement du placenta, je fus obligé de l'extraire artificiellement. Il était, du reste, déjà engagé dans le col, et son extraction n'a présenté aucune difficulté sérieuse ; mais la faiblesse excessive de la malade ne permettait pas de temporiser. Il n'offrait aucune apparence de putréfaction.

J'ai vu le même fait chez deux femmes qui étaient accouchées à terme, et chez lesquelles la délivrance avait été incomplète. Elles furent prises toutes deux, l'une au neuvième, l'autre au dix-septième jour seulement, d'hémorrhagie grave. Dans les deux cas je trouvai le col entr'ouvert et je pus extraire un cotylédon placentaire dont le tissu n'offrait aucune trace de putréfaction.

Malheureusement la lenteur avec laquelle parfois s'opère le décollement du placenta peut prolonger la perte et devenir ainsi la cause d'un autre accident. Lorsqu'en effet un cotylédon est ainsi détaché, il cesse de participer à la circulation des parties adhérentes, il reste suspendu dans la cavité de la matrice. Après un certain temps, il se sépare du reste du placenta, et si son volume ou la rétraction de l'orifice s'oppose à sa sortie immédiate, il se putréfie et peut devenir la cause de quelques-uns des accidents indiqués plus haut. Le plus souvent pourtant son expulsion ne se fait pas longtemps attendre, ou du moins l'homme de l'art juge convenable d'en opérer l'extraction ; mais ce qu'il est impossible d'éviter, ce sont les hémorrhagies, qui, se répétant chaque fois que se reproduisent ces décollements partiels, finissent par affaiblir beaucoup la malade et par compromettre même son existence.

D. L'*absorption complète du placenta* est un fait si extraordinaire, que les premières observations publiées furent accueillies avec une grande réserve. Il ne fallut rien moins que la grande autorité de noms comme celui de Nægele, il ne fallut rien moins que les détails minutieux avec lesquels ces faits sont racontés, pour les introduire dans la science. Et pourtant il est si facile en pareille matière de s'abuser, que, même après les observations de Nægele, de Salomon, de Velpeau, le doute naît parfois dans l'esprit. N'est-il pas possible, en effet, que malgré la surveillance la plus active, l'expulsion du placenta soit passée inaperçue? N'est-il pas possible que l'espèce de détritus sanieux auquel donne lieu sa putréfaction se soit mélangé aux lochies putrides qui s'écoulent dans ces cas ? Ne se peut-il pas enfin que sa rétention longtemps prolongée et son expulsion tardive aient été considérées comme des cas de résorption ? qu'une femme, en effet, ait ainsi gardé son placenta pendant plusieurs mois, sans que sa santé ait été notablement altérée ? et il peut arriver que son décollement ait lieu sans hémorrhagie abondante, et que, pendant des efforts de garderobe, le délivre, ratatiné, peu volumineux, soit chassé au dehors sans que la femme elle-même s'en aperçoive.

La plupart des cas publiés peuvent, sans aucun doute, recevoir une de ces interprétations, mais il faut avouer pourtant qu'il en est quelques-uns dans lesquels la résorption réelle du placenta paraît incontestable. Après tout, ce fait n'est pas sans analogues. Dans les grossesses extra-utérines avancées, n'a-t-on pas trouvé souvent le fœtus réduit à ses portions osseuses, toutes les autres parties solides ou liquides ayant été résorbées ? N'a-t-on pas vu le même phénomène se produire dans l'utérus, alors que le fœtus mort y avait séjourné pendant un long temps ? La résorption d'un placenta n'est certes pas plus extraordinaire, surtout lorsqu'il s'agit d'avortements, c'est-à-dire de placentas peu volumineux, incomplétement formés, comme dans la majorité des cas cités. C'est donc un fait dont il est impossible aujourd'hui de constater la possibilité d'une manière absolue, mais qu'on ne doit admettre qu'avec une certaine réserve.

Indications. — Nous avons assez insisté sur les moyens propres à prévenir la rétention d'une partie ou de la totalité du placenta, et nous n'avons qu'à ajouter un mot sur la prudente insistance qu'on doit mettre dans les tentatives d'extraction. Si, en effet, les graves accidents auxquels la femme est exposée nous obligent à faire tout ce qu'il est humainement possible de tenter pour compléter cette extraction, nous devons rappeler que des efforts trop longtemps prolongés soit pour introduire la main à travers un orifice rétracté, soit pour déchirer les adhérences trop intenses, peuvent avoir des conséquences tout aussi graves ; que les inflammations post-puerpérales, les déchirures même de l'utérus, ont été fréquemment observées à la suite de ces décollements forcés ; qu'enfin un placenta resté en partie ou en totalité dans l'utérus peut n'être expulsé qu'après plusieurs mois, ou être résorbé sans altérer sensiblement la santé de la mère. Ces derniers faits, quoique rares, suffisent à justifier et à commander même l'abandon de toute tentative violente et de nature à compromettre la vie. Il est impossible de formuler ici une règle absolue, et c'est à la sagacité, à la prudence du praticien, à poser des limites à son intervention.

Quant aux indications à remplir lorsque volontairement ou par maladresse une portion du placenta est restée dans l'intérieur, elles varient suivant l'époque à laquelle on est appelé à donner des soins à la malade.

Très-souvent une hémorrhagie assez abondante est le premier accident qui se manifeste. On doit tout d'abord chercher à en modérer l'abondance par des applications froides sur le bas-ventre, les aines et les cuisses, par les excitations portées sur le corps et le col utérin, et, dans le but de solliciter plus énergiquement encore la rétraction de l'organe, par l'administration du seigle ergoté. Il est fort rare que ces moyens ne suffisent pas quand l'utérus est convenablement rétracté, et, si l'inertie utérine vient aggraver l'accident, on devra recourir aux moyens que nous indiquerons plus bas.

Quant aux violentes tranchées utérines dont la femme est tourmentée, il faut se garder de chercher à les calmer par l'administration des opiacés, car les contractions dont elles sont l'effet tendent à décoller et à expulser la masse adhérente.

Dans sa conduite ultérieure, le praticien se dirigera suivant les événements.

Si le col utérin semble très-fortement rétracté, si les lochies sont peu abondantes, si surtout elles ne présentent aucune altération dans leur composition, leur couleur, leur odeur, il devra se borner à surveiller attentivement la malade, sans troubler par une intervention intempestive les tendances de la nature.

Dès que les lochies deviendront sanieuses et fétides, on devra recourir aux moyens les plus propres à prévenir leur influence fâcheuse sur l'économie. Des injections intra-vaginales et intra-utérines faites fréquemment, et continuées jusqu'à ce que le liquide injecté ne soit plus imprégné de l'odeur putride, sont très-utiles. On pourrait avec avantage les faire à grande eau, comme le conseille M. Vullyamos. Toutes les cinq minutes, il fait, avec une grosse seringue à lavement, une injection d'eau tiède; s'il y a perte, il préfère l'eau froide. Cette injection se fait à l'aide d'une longue canule de gomme élastique, dont une extrémité est placée à demeure dans le col, l'autre dépasse la vulve et même le pied du lit pour empêcher de découvrir la malade. Le liquide est reçu dans un bassin placé sous la femme. Je crois plus prudent de se servir d'une sonde à double courant.

Il faut aussi souvent toucher les malades pour s'assurer si aucune portion du placenta ne se présente au col, car on devrait immédiatement en pratiquer l'extraction, soit avec les doigts, soit avec la pince à faux germe de Levret, ou la curette de M. le professeur Pajot. Les injections sont, en effet, souvent insuffisantes et ne peuvent entraîner des portions un peu volumineuses.

L'extrême fétidité des lochies peut autoriser l'emploi d'injections légèrement chlorurées.

La malade sera soumise d'ailleurs à toutes les prescriptions hygiéniques. L'air de la chambre sera souvent renouvelé et purifié par tous les moyens appropriés; les linges dont elle est environnée seront changés le plus souvent qu'on le pourra.

Si, malgré ces précautions, sur lesquelles on ne saurait trop insister, les phénomènes d'infection générale se manifestent, on aura d'abord recours aux purgatifs, aux bains, au calomel et aux frictions mercurielles, s'il y a complication de péritonite; mais, dès qu'apparaîtront les symptômes adynamiques ou ataxiques, la médication tonique et excitante de la dernière période des fièvres graves sera seule applicable. L'eau vineuse, les préparations de quinquina, d'acétate d'ammoniaque, pourront rendre de véritables services.

ARTICLE II

DES ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LA DÉLIVRANCE.

L'*hémorrhagie*, le *renversement* et la *rupture de l'utérus*, les *convulsions* tels sont les principaux accidents qui peuvent compliquer la délivrance.