

travail lent et pénible; 4° l'existence de pertes abondantes après les accouchements antérieurs.

La plupart des auteurs admettent encore comme cause de l'inertie utérine; 1° la distension exagérée de la matrice par une hydropisie de l'amnios ou une grossesse gémellaire; 2° la déplétion trop rapide de l'utérus et la stupeur des parois de la matrice qui en résulte dans les accouchements précipités; 3° la rétention d'une portion placentaire (1); 4° des adhérences épiploïques anciennes qui gênent le retrait de la matrice.

5° Velpeau pense que l'hémorrhagie peut être due au raptus sanguin vers l'utérus, au moment où les vaisseaux hypogastriques cessent d'être comprimés.

6° Enfin M. Hervieux qui admet que les maladies puerpérales sont dues à un empoisonnement par un miasme, un poison spécial, pense que la métrorrhagie peut être parfois le premier symptôme de l'empoisonnement puerpéral, et « j'en ai puisé la preuve, dit-il, dans les symptômes généraux qui ont précédé le début du travail : frissons, fièvre, céphalalgie, inappétence, etc. »; mais il admet que, même alors, l'inertie de la matrice reste toujours alors la cause prochaine, directe et mécanique de l'hémorrhagie. Elle s'explique, suivant lui, de la même manière que toutes les hémorrhagies dont l'utérus est le siège dans les pyrexies, c'est-à-dire par la congestion paralytique des vaisseaux, la tension, et les ruptures vasculaires qui en sont la conséquence (2).

Pour que l'inertie puisse être ainsi cause d'hémorrhagie, il est nécessaire que le décollement du placenta ait eu lieu préalablement, car on conçoit que s'il est encore adhérent, les vaisseaux ne se trouveront pas béants et dès lors l'écoulement sanguin ne pourra avoir lieu.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes des hémorrhagies utérines sont importants à connaître et faciles à constater.

L'hémorrhagie peut être interne ou externe, mais le plus souvent elle est mixte, c'est-à-dire qu'en même temps le sang s'accumule dans la cavité utérine, et s'épanche au dehors.

Lorsqu'il se produit une hémorrhagie après la délivrance, l'écoulement sanguin, au lieu d'aller en diminuant, continue et même devient de plus en plus abondant, au point de traverser rapidement les draps et les serviettes qui garnissent la malade. Il n'est pas rare alors de voir les femmes perdre 1,000 à 1,500 grammes de sang.

Mais il est assez rare que le sang s'écoule en aussi grande abondance à l'extérieur; le plus souvent en effet le sang s'accumule à l'intérieur de la

(1) Hamon, *Bulletin de thérapeutique*, 1872, p. 363.

(2) Hervieux, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, 1870, 314.

cavité utérine, et l'écoulement par la vulve est relativement peu abondant; quelquefois même, il est à peine marqué, et la matrice est distendue par une quantité de sang assez considérable pour mettre la vie de la femme en danger. L'absence de l'écoulement au dehors est dû à l'obstruction du col, soit par un débris des membranes ou par un caillot sanguin, ou par une contraction spasmodique du col.

Si l'on déprime assez fortement la paroi abdominale pour aller à la recherche de l'utérus, on trouve la matrice molle, dépressible, difficile à distinguer, au lieu de former une tumeur ferme et résistante, comme cela a lieu lorsque la matrice se contracte normalement.

Si l'on pratique le toucher, on trouve le col largement ouvert et l'on perçoit des caillots accumulés dans la cavité utérine et jusque dans le vagin.

Outre ces symptômes physiques, on constate les symptômes généraux de toutes les hémorrhagies, tels que frissons, petitesse du pouls, pâleur des téguments, troubles de la vue, lipothymies. Ces phénomènes ont une grande importance, surtout quand il y a absence d'écoulement sanguin par la vulve, et ils doivent immédiatement nous engager à explorer l'utérus, et à débarrasser la matrice des caillots qu'elle peut contenir.

Les pertes abondantes peuvent déterminer rapidement la mort, mais on les voit parfois s'arrêter spontanément par le retour des contractions utérines. Dans certains cas, la perte, après s'être arrêtée pendant quelques instants, reparait de nouveau lorsque les contractions cessent de se produire. Il est des cas où la perte, sans être très-considérable, persiste avec une ténacité considérable. Cela s'observe principalement lorsqu'il existe quelque débris de placenta retenu dans la cavité utérine.

§ III. — Diagnostic.

Le diagnostic est de la plus grande importance, afin de ne pas laisser se prolonger une hémorrhagie qui peut rapidement compromettre la vie de la malade. On ne confondra pas la vessie distendue par l'urine avec la matrice contenant du sang. Dans ce cas, le cathétérisme viendra lever tous les doutes.

Quant à une hémorrhagie qui pouvait résulter de la rupture d'un thrombus, elle se distinguera de celle qui provient de la cavité utérine par la palpation abdominale qui permet de constater que la matrice est ferme et résistante et par le toucher qui ne révèle pas de caillots dans la cavité de l'utérus.

§ IV. — Pronostic.

Le pronostic de la métrorrhagie qui survient après la délivrance est subordonné à la quantité de sang perdue, mais il est en général grave à

cause de la rapidité de l'écoulement qui peut entraîner la mort dans un temps très-court et des troubles anémiques qui en résultent. De plus, suivant quelques auteurs, les pertes de sang abondantes prédisposent aux affections puerpérales graves.

§ V. — Traitement.

Le traitement consiste tout d'abord à prévenir l'hémorrhagie chez les femmes qui dans leurs accouchements antérieurs ont été exposées à cet accident, ou qui se trouvent soumises à l'une des causes d'hémorrhagies que nous avons énumérées.

Dans ce cas, le meilleur moyen à employer est le seigle ergoté que l'on pourra administrer quelques minutes avant l'expulsion du fœtus. On devra administrer un gramme de ce médicament, cette dose étant en général suffisante pour prévenir l'inertie utérine, sans cependant provoquer des contractions énergiques.

D'ailleurs, si l'hémorrhagie continue, on renouvellera l'administration du médicament, qui pourra ainsi être donné à la dose de 3 à 4 grammes en deux fois dans l'espace d'un quart d'heure. En même temps, on devra exciter la matrice à travers la paroi abdominale à l'aide de la main, qui pétrit et titille, pour ainsi dire, l'organe utérin.

Si l'on constate la présence de caillots dans la cavité utérine, on devra introduire, sans hésitation, la main dans cette cavité, afin de les extraire. « L'introduction de la main dans la matrice, dit Desormeaux, est le meilleur et le plus puissant moyen pour déterminer la contraction de l'utérus, et arrêter l'hémorrhagie. Avec la pulpe des doigts, on agace la surface interne de l'organe, tandis qu'avec l'autre main placée sur l'abdomen, on maintient et on stimule la matrice à l'extérieur; on ne retire la main que lorsque la contraction des fibres utérines la chasse avec les caillots qu'elle entraîne (1). »

En même temps, on devra employer les boissons froides et acidulés, la digitale, la position horizontale, la tête basse, le siège exhaussé.

Lorsque l'hémorrhagie est très-abondante et menace rapidement la vie de la malade, on pourra avoir recours à la *compression de l'aorte*, qui doit être employée jusqu'à ce que les contractions utérines soient devenues assez énergiques. C'est un moyen qui certes ne doit pas être négligé lorsque les autres moyens ont échoué, mais qui ne paraît avoir réussi que dans des cas assez peu nombreux.

Enfin lorsque la métrorrhagie a été très-considérable et que la vie de la femme est sur le point de s'éteindre, on pourrait avoir recours à la *transfusion*. Mais c'est là une opération qui le plus souvent est inutile et à laquelle il est difficile d'avoir recours à cause des instruments spéciaux qu'elle réclame et qu'on n'a pas le plus souvent sous la main.

(1) Desormeaux, Dict. en 30 vol., t. XIX, p. 677.

Quant aux injections intra-utérines, elles sont rejetées par un certain nombre d'auteurs comme inefficaces et même dangereuses. D'autres, au contraire, pensent que c'est un moyen auquel on doit recourir sans crainte et qui a rendu de véritables services. « Depuis plusieurs années, dit M. Hervieux, j'ai recours dans mon service aux injections intra-utérines avec la sonde à double courant dans les hémorrhagies qui surviennent après la délivrance, et je déclare: 1° que, malgré le nombre considérable d'injections faites par ce procédé (c'est par centaines qu'il me faudrait compter celles que nous avons pratiquées jusqu'à ce jour), je n'ai jamais eu à déplorer un seul accident; 2° que les solutions caustiques injectées avec toutes les précautions que comporte cette opération ont pour effet sinon constant, du moins très-ordinaire, d'arrêter l'hémorrhagie, soit en sollicitant la rétraction utérine, soit en coagulant sur place le sang qui s'écoule par les orifices vasculaires (1). »

M. Hervieux se sert dans ces cas de la solution de Piazza dans la proportion d'une partie pour quatre parties d'eau.

La solution hémostatique de Piazza, modifiée par Adrian, est composée comme il suit :

Chlorure de sodium pur.....	15	grammes.
Solution de perchlorure de fer neutre à 30°.....	25	—
Eau distillée.....	60	—

Le docteur Flornoy (de Bordeaux) a également employé les injections de teinture d'iode dans la cavité utérine, pour arrêter les hémorrhagies qui succèdent à la délivrance, et il rapporte deux observations de métrorrhagies très-abondantes qui ont été efficacement combattues par ce moyen. Le liquide employé par ce médecin est ainsi composé :

℥ Eau distillée.....	30	grammes.
Teinture d'iode.....	15	—
Iodure de potassium.....	0,25	—

De plus, il considère ces injections comme un moyen préservatif de la fièvre puerpérale.

La pratique des injections intra-utérines que nous avons déjà préconisée (voyez p. 307) dans les cas de métrorrhagies utérines en dehors de l'accouchement nous paraît en effet devoir se vulgariser et ne nous semble pas mériter les reproches qu'on lui a adressés un peu trop légèrement.

On a encore employé pour arrêter l'hémorrhagie utérine, le tamponnement. Mais ce moyen doit être rejeté, il aurait en effet pour conséquence de transformer la perte externe en perte interne. Nous ne conseillerons pas non plus, comme l'a fait Rouget, d'introduire dans la matrice une vessie de porc ou une vessie de caoutchouc qu'on distend par insufflation. Ce

(1) Hervieux, *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, 1870, p. 363.

moyen doit entraver le retrait de la matrice, et par conséquent augmenter la surface qui fournit l'hémorrhagie.

B. *Hémorrhagies consécutives ou des suites de couches.* — Nous désignons sous ce nom les hémorrhagies qui surviennent chez les femmes quelques jours après l'accouchement, alors que l'écoulement sanguin qui accompagne la délivrance a complètement disparu.

§ I. — Causes.

La cause de cet écoulement est considérée, par certains auteurs, comme étant due : 1° à l'inertie secondaire de la matrice, 2° à une congestion de l'organe, 3° à une altération du sang.

La cause de l'hémorrhagie doit être attribuée, selon M. Hervieux, dans un certain nombre de cas à l'empoisonnement puerpéral, mais nous croyons avec M. Joulin, que la véritable cause de l'hémorrhagie tient à l'état de la circulation de la nouvelle muqueuse utérine dont les rameaux capillaires réduits à leur membrane à noyau sont très-friables et se laissent facilement déchirer sous l'influence de la pression du sang. Qu'il survienne alors une légère congestion de la muqueuse sous l'influence de la marche, d'un effort, d'émotions morales, l'hémorrhagie ne tardera pas à se produire.

§ II. — Symptômes.

L'écoulement sanguin qui se manifeste alors est en général peu abondant; il survient quelques jours après l'accouchement, même lorsque les lochies ont complètement disparu. Cet écoulement ne compromet pas ordinairement l'existence de la malade, mais il est quelquefois assez tenace pour déterminer des troubles anémiques parfois considérables, et il n'est pas rare de les voir disparaître pour se reproduire bientôt. Ces hémorrhagies se produisent le plus souvent sans douleurs bien marquées, cependant quelquefois il existe des douleurs lombaires, de la faiblesse.

§ III. — Traitement.

Ces hémorrhagies secondaires seront efficacement combattues par le repos, la position horizontale, l'ergot de seigle, la digitale, et aussi les injections intra-utérines.]]

CHAPITRE II

TUMEUR SANGUINE DES LÈVRES (1)

Le premier auteur anglais, qui ait décrit cet accident, est Macbride (de Dublin), qui, en 1776, communiqua deux faits à Hunter (2) : le fait avait été déjà cependant signalé auparavant, comme le prouve une observation de Merriman (3). Macbride (de Dublin) est généralement regardé comme le premier auteur qui ait décrit ce genre de tumeur, en 1776. J'en ai cependant trouvé une description très-exacte dans Vesling (4). La voici :

« *Observatio I.* — Alias jam bis observassem ab effuso intra tunicas vaginæ sanguine in partu difficili pudendi labium ingenti tumore distensum fuisse quo aperto sanguineque atro paulatim evacuato mulieres evasere. »

Boër (de Vienne) (5), dans un chapitre intitulé : *De fluxu quodam san-*

(1) BIBLIOGRAPHIE : Kronauer, *De tumore genitalium post partum sanguino*, dissertation inaugurale. Bâle, 1734. — Audibert, *Dissertation sur l'épanchement sanguin qui survient aux grandes lèvres ou dans l'intérieur du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement*. Paris, 1812. — Legouais, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1821, t. LV, p. 118, article THROMBUS. — Siebenhaar, *Observationes de tumore vaginæ sanguineo ex partu abortu*. Leipzig, 1824. — D'Outrepon, *Gen. Zeitschr. für Gebtsk.*, t. III, p. 427; *Mémoires et matières concernant l'art des accouchements*, t. I, p. 202; *Bulletin de Ferussac*, t. XXII, p. 92. — Téallier, *Trans. med.*, t. III, p. 21. — Baudelocque, *Journal général de médecine*, t. I, p. 446. Messner, *Gesammte deutsche Zeitschrift für Geburtkunde*, 1830, t. V, p. 189. — Levrat Perrotton, *Compte rendu des travaux de la Société médicale de Lyon*. Lyon, 1831, p. 66. — Herve de Chégoïn, *Journal universel hebdomadaire de médecine*, 1832, t. VIII, p. 375. — Elsæser, *Gazette médicale*, 1834, p. 744. — Foulhieux, *Gazette médicale de Paris*, 1834, p. 771. — Martin jeune, *Mémoires de médecine et chirurgie*. Paris, 1835, p. 314. — Vogelmann, *Archives générales de médecine*, 1835, t. VII, p. 132. — Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchements*. Paris, 1835, t. II, p. 465; *Dictionnaire en 30 volumes*, 2^e édition, article THROMBUS; *Journal de chirurgie de Malgaigne*, mars 1846. — Fiedler, *Effusio sanguinis in genitalia muliebria externa*. Francofurti, 1837. — Renard (madame), *Union médicale*, 1850, p. 629. — Blot (H.), *Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement*, thèse d'agrégation. Paris, 1853. — Cazeaux, *Gazette médico-chirurgicale*, février 1846, p. 65; *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, p. 613. — Populus, thèse inaugurale. Paris, 1857, n° 246. — Scanzoni, *Traité des maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1858, p. 498. — Vauclin, thèse inaugurale. Paris, 1858, n° 21. — Laborie, *Histoire des thrombus de la vulve et du vagin*. Paris, 1860. — Vidal, *Traité de pathologie externe*, 5^e édition. Paris, 1861, t. V, p. 289. — Paul Perret, *Des tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement*, thèse de la Faculté de Paris, 1864.

(2) Hunter, *Medical observations and inquiries*, vol. V, p. 85.

(3) Merriman, *Synopsis of the various kinds of difficult parturition*, 4^e édition. London, 1826, p. 111, note.

(4) Vesling, *Observationes anatomicæ et epistolæ med.* Editæ à Th. Bartholino. Hafniæ, 1664, p. 168, obs. L.

(5) Boër, *Naturalis medicinæ obstetricæ libri septem*. Viennæ, 1812, t. II, p. 319.