

Bibliothèque numérique

medic@

**Gerbaud, C.-A.. - De la rétention du
placenta et des membranes dans
l'avortement**

1886.

***Montpellier : Firmin & Cabirou
frères, imprimeurs-éditeurs***
Cote : 90975

DE LA RÉTENTION
DU PLACENTA ET DES MEMBRANES
DANS L'AVORTEMENT

LE COLLEGE DE MEDECINE DE PARIS

DE LA RETENTION

DU PLACENTA ET DES MEMBRANES

DANS L'AVORTEMENT

THESE

PRESENTEE AU CONCOURS POUR L'AGREGATION

(Philosophie et Accouchemens)

PAR

LE DR. C.-A. GERBAUD

MEMBRE DE LA SOCIETE OSTEOPHYSIQUE ET DE LA SOCIETE DE MONTEVIDEO

MEMBRE DE LA SOCIETE MEDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

MEMBRE DE LA SOCIETE MEDICO-CHIRURGICALE DE MONTPELLIER

MONTPELLIER
LIBRERIE DE CABINON HERBIE

20, Rue Duhesme, et Rue Duvivier, 3

1853

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DE LA RÉTENTION
DU PLACENTA ET DES MEMBRANES
DANS L'AVORTEMENT

THÈSE
PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION
(Chirurgie et Accouchements)

PAR

Le Dr C.-A. GERBAUD

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER
EX-INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION
MEMBRE DU COMITÉ DE RÉDACTION DU *Montpellier Médical*



MONTPELLIER
FIRMIN & CABIROU FRÈRES
IMPRIMEURS-ÉDITEURS
20, Rue Durand, et Rue Levat, 2

1886

0 1 2 3 4 5 (cm)

CONCOURS D'AGRÉGATION

CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Membres du Jury :

Président : M. RICHET.

Juges : MM. LANNELONGUE.

PANAS.

TARNIER.

VERNEUIL.

HERGOTT (de Nancy).

HEYDENREICH (de Nancy).

A. GUÉRIN (de l'Académie de médecine).

Secrétaire : M. TERRILLON.

Candidats

CHIRURGIENS :

MM. AUGAGNEUR.

BARETTE.

BRUN.

DENUCÉ.

ETIENNE.

FORGUE.

GANGOLPHE.

JALAGUIER.

MM. DE LAPERSONNE.

NÉLATON.

PICQUÉ.

POUSSON.

SCHWARTZ.

TRUC.

VAUTRIN.

ACCOUCHEURS :

MM. AUVARD.

BAR.

MM. GERBAUD.

MAYGRIER.

RÉMY.

A la mémoire de mon vénéré Maître
LE PROFESSEUR I. DUMAS

INTRODUCTION

Avant d'entreprendre l'étude détaillée de la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement, il convient de peu détailler les termes dans lesquels la densité nous a été posée. Il nous sera plus facile ensuite d'indiquer les limites de notre sujet et de faire valoir les divisions que nous avons introduites dans notre travail.

Nous n'avons à nous occuper que de la rétention qui suit l'avortement, c'est-à-dire l'expulsion bré mistrielle du produit de la conception suivant la cessation de tout travail. C'est là la définition de ce qui se passe dans le cas de l'avortement spontané suivant l'expulsion des membranes au même genre de suivant l'expulsion des sécrétions au cours des six mois précédant la grossesse.

INTRODUCTION

Avant d'entreprendre l'étude détaillée de la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement, il convient de bien définir les termes dans lesquels la question nous a été posée. Il nous sera plus facile ensuite d'indiquer les limites de notre sujet et de faire valoir les divisions que nous avons introduites dans notre travail.

Nous n'avons à nous occuper que de la rétention qui suit l'avortement, c'est-à-dire l'expulsion pré-maturée du produit de la conception avant que celui-ci soit viable. C'est là la définition de l'avortement unanimement adoptée aujourd'hui. Nous n'aurons donc pas à nous occuper ici des accidents du même genre qui suivent l'expulsion du fœtus après le terme de six mois révolus.

Il nous reste à définir maintenant le mot rétention, non au point de vue de la signification de ce terme, mais au point de vue de l'application spéciale qui en a été faite aux cas qui doivent nous occuper. Il y a rétention chaque fois que le placenta ou les membranes demeurent dans la cavité utérine pendant un certain temps après l'expulsion du foetus. Mais le temps qui s'écoule entre l'expulsion du produit et celle du délivre est déjà fort variable après l'accouchement à terme ; il l'est encore plus après l'avortement, et cela pour des raisons que nous aurons à élucider au chapitre de l'étiologie ; il s'agit de savoir à quel moment, combien de temps après l'expulsion, nous pourrons affirmer qu'il y a rétention.

A terme, la longueur de l'intervalle de temps qui sépare les deux opérations majeures qui constituent l'accouchement dépend d'une foule de circonstances, parmi lesquelles nous rangerons : l'intensité des contractions utérines, le volume du placenta, l'état du col utérin et même la présentation du foetus ; dans l'avortement, les mêmes circonstances interviennent, et le phénomène de la délivrance spontanée se produit d'autant plus rapidement que les conditions anatomiques et physiologiques de l'utérus et de l'œuf se rapprochent davantage de celles que nous trouvons à terme. La rétention n'existe, en somme, qu'au delà d'un

certain intervalle qui ne saurait être le même dans tous les cas, et sur lequel nous n'oserions nous prononcer. D'ailleurs, la fixation d'une limite ne nous paraît pas très utile, puisque la rétention ne tire toute sa gravité que des accidents qui l'accompagnent. Or, ou bien ces accidents accompagnent l'avortement lui-même, et nous avons à les combattre avant et après l'expulsion du foetus, ou bien ils ne surviennent qu'au bout d'un certain temps qui est toujours très variable ; c'est à ce moment-là que la rétention doit nous intéresser.

Le besoin de fixer une limite au delà de laquelle la non-expulsion du délivre devient, à proprement parler, une rétention, s'est fait surtout sentir dans le camp des interventionnistes. Beaucoup d'entre eux néanmoins ne se sont guère occupés de fixer une limite à leur intervention, puisque la plupart pratiquent l'extraction de l'arrière-faix dès que l'expulsion du foetus a eu lieu ; mais quelques-uns, parmi lesquels nous citerons M. Guéniot, ont voulu donner à l'intervention une raison d'être plus mathématique. Ils n'ont pas voulu encourir le reproche d'agir intempestivement, et ils ont fixé des limites au delà desquelles ils prescrivent d'opérer l'extraction.

Ainsi, M. Guéniot (1), fondant sa classification

(1) Guéniot. Bull. de thér., t. LXXIII.

sur l'état de développement plus ou moins avancé de l'œuf, fixe ainsi les limites au delà desquelles il opère. Au deuxième mois, la non-délivrance peut être considérée comme normale encore au bout de deux jours. Dans le troisième et le quatrième mois, elle devient anormale après vingt-quatre heures. Après le quatrième mois, la durée est moindre encore, et l'on doit admettre qu'il y a rétention entre six à douze heures après l'expulsion du fœtus.

On sent combien cette division est approximative, puisqu'il est toujours difficile de connaître l'âge de la grossesse, et surtout à cette époque. Tout en tenant compte, dans une certaine limite, des divisions tracées par M. Guéniot, nous comprendrons dans les cas de rétention tous ceux dans lesquels la délivrance ne sera pas faite dans les vingt-quatre heures qui suivront l'expulsion du fœtus. Nous ne donnons, bien entendu, aucune valeur absolue à cette limite ; pour nous, les dangers de la rétention proviennent bien plus des accidents qu'elle entraîne que de sa durée. Ainsi, dans les cas où l'expulsion a lieu après la mort du fœtus, il est incontestable que les accidents septicémiques peuvent se déclarer bien avant les vingt-quatre heures, en deçà desquelles M. Guéniot conseille de ne pas intervenir.

Les termes de placenta et de membranes n'ont pas besoin de recevoir ici une définition nouvelle. Nous ferons remarquer que jusqu'ici la plupart des

auteurs se sont presque uniquement occupés de la rétention du placenta ; il existe cependant des cas, peu nombreux, il est vrai, dans lesquels des portions de membranes peuvent être retenues dans la cavité utérine après l'expulsion du placenta. Hâtons-nous de dire que cet accident est dû le plus souvent au mode d'intervention.

Ces différents points étant définis, nous pourrions dès maintenant entrer en plein dans l'étude de la rétention ; mais nous croyons que, cet accident étant dû dans la majorité des cas à la non-existence des conditions anatomo-physiologiques qui favorisent la délivrance spontanée à terme, il sera utile, pour nous éviter de fastidieuses redites et en même temps pour donner à notre travail une base certaine, de décrire ici en quelques lignes le développement de l'œuf et particulièrement celui du placenta et des membranes.

Après la fécondation, de profondes modifications ne tardent pas à s'opérer dans l'ovule. Nous rappellerons en quelques mots ces diverses transformations : la condensation du vitellus, la formation de la vésicule blastodermique et sa division en plusieurs feuillets. Nous ne nous attarderons pas à décrire ici les divers aspects successifs de l'embryon. Nous rappellerons seulement que le clivage du feuillet moyen s'étend à toute cette lame blastodermique, et que, grâce à cette disposition, la partie

extra-embryonnaire de l'œuf se compose à un certain moment de deux cavités concentriques : la plus interne est celle de la vésicule ombilicale ; l'externe est celle qui est désignée sous le nom de cœlome externe. Le cœlome est limité en dehors par le prolongement extra-embryonnaire des somatopleures, qui revêt la face interne de la membrane vitelline. C'est lui qui est destiné à former le chorion blastodermique et l'amnios. Nous avons surtout à nous occuper ici du chorion, des modifications intérieures de l'œuf ne se reliant pas directement à notre sujet.

C'est le chorion, qui à ce moment devient la membrane la plus externe de l'œuf, et qui va jouer désormais un rôle très important comme organe de connexion entre l'œuf et l'utérus. Lorsque l'œuf fécondé arrive dans l'utérus, il possède pour toute enveloppe la membrane vitelline. Celle-ci, d'abord lisse, se recouvre vers la seconde semaine de villosités. Ces villosités sont de courte durée ; elles sont bientôt remplacées par des prolongements de même espèce provenant du chorion, et qui ne tardent pas à les pénétrer ; à mesure que ces prolongements se développent, ceux de la villosité s'atrophient et disparaissent, le chorion primitif disparaît complètement, il est remplacé par le chorion blastodermique. C'est la théorie de Coste, généralement admise aujourd'hui.

Le chorion, avec des villosités qui pénètrent dans la muqueuse utérine, est donc à ce moment le seul moyen de connexion. Il n'est pas difficile de concevoir qu'à cet instant la séparation se fera avec la plus grande facilité, si une cause quelconque vient gêner le développement de l'œuf. Ce n'est que plus tard que ces villosités deviennent vasculaires quand l'allantoïde, s'étant développée jusqu'à la face interne du chorion, envoie dans les villosités choriales les vaisseaux qu'elle porte. Il est prouvé aujourd'hui qu'à un moment donné toutes les villosités sans exception deviennent vasculaires. Cette vascularisation, dont nous n'avons pas à étudier le développement, n'amène pas une adhérence plus intime de l'œuf avec la muqueuse réfléchie. Plus tard, un grand nombre de villosités s'atrophient, les vaisseaux diminuent de calibre et ne tardent pas à disparaître ; le corps de la villosité devient fibroïde (Robin), puis subit la dégénérescence graisseuse.

Mais pendant qu'une partie des villosités subissent ce travail atrophique, celles qui correspondent à la muqueuse inter-utéro-placentaire se développent et s'accroissent pour former le placenta. Nous ne pouvons décrire ici cet organe si compliqué ; nous nous bornerons à dire qu'à terme on le considère comme formé de deux organes distincts, le placenta foetal et le placenta maternel, et que ces

deux portions sont si intimement unies à ce moment qu'elles semblent ne former qu'un seul et même organe.

Cette cohésion est loin d'être aussi parfaite dans les premiers temps de la grossesse, et l'on conçoit dès maintenant pourquoi le détachement de l'œuf en bloc est encore facile au troisième mois de la grossesse. Plus tard, l'enchevêtrement des villosités placentaires dans la muqueuse utérine est tel que la séparation ne peut plus se faire ; une disposition particulière de la sérotine, selon Winckler, ajouterait encore quelque chose à cette adhérence. La lame obturante qui part du sinus coronaire viendrait enserrer le placenta foetal comme une boutonnière et rendrait ainsi la séparation plus difficile encore.

En somme, l'intimité devient de plus en plus complète du côté du placenta. Bien que moins puissants, les moyens d'union de l'œuf avec le reste de la cavité utérine doivent néanmoins entrer en ligne de compte. Sans entrer ici dans les nombreuses théories qu'ont suscitées sa structure et ses transformations, la muqueuse utérine sous forme de caduque réfléchie joue un rôle dans les moyens d'union de l'œuf avec l'organisme maternel.

L'œuf s'y trouve comme dans un véritable nid, et si l'on se figure que la caduque réfléchie est soutenue, dès le quatrième mois, de toute part par les

parois utérines quand les deux caduques arrivent au contact, on peut se faire une idée exacte des difficultés qui peuvent surgir au moment de la délivrance. Vers le sixième mois, la soudure des deux caduques s'opère ; mais en même temps que l'œuf semble ainsi acquérir une cohésion plus grande, de toute part, au niveau de la caduque vraie comme au niveau du placenta, la nature commence à se préparer à l'expulsion de l'œuf. Dès le cinquième mois, une transformation des cellules indique dans la caduque vraie le point de séparation entre la portion muqueuse qui devra persister après l'accouchement, et celle qui devra être entraînée au dehors avec l'œuf. Donc, à cette époque, la cohésion de l'œuf perd de sa force d'une façon médiate, et l'on conçoit que la délivrance aux cinquième et sixième mois présente en général la plus grande analogie avec la délivrance à terme. La rétention du placenta et des membranes sera donc exceptionnelle à cette époque, tandis que sa fréquence la plus grande portera sur la période intermédiaire, c'est-à-dire du deuxième au cinquième mois exclusivement.

Ce fait n'avait pas échappé aux plus anciens accoucheurs, et quand A. Dubois écrivait : « La femme qui avorte n'accouche que d'un placenta. L'expulsion de l'embryon n'est comptée pour rien : tant qu'elle n'est pas délivrée, elle n'est pas

accouchée», il avait surtout en vue les avortements du troisième et du quatrième mois. C'est à ce moment de la grossesse, en effet, que les accidents s'observent surtout; les quelques données d'embryologie qui précèdent donnent la raison intime de ces faits malheureux.

Nous ne voulons pas dire pour cela qu'en dehors de ces limites la rétention ne saurait exister. Il est évident que si l'on observe la rétention à terme, on peut la retrouver à plus forte raison aux cinquième et sixième mois. Cependant, à cette époque, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, les choses se passent généralement comme à la fin de la grossesse. L'avortement se fait généralement en deux temps; mais l'opération de la délivrance a la plus grande analogie avec celle qui suit l'accouchement normal. Nous n'avons pas à nous occuper de ces cas d'une façon spéciale; d'ailleurs tout ce que nous dirons de la rétention des troisième et quatrième mois s'appliquera, cliniquement bien entendu, aux rétentions pendant les cinquième et sixième mois, avec cette différence cependant que la gravité des accidents augmente avec l'âge de la grossesse; cette proposition présente la plus grande évidence; il suffit de rappeler que les deux principaux accidents dus à la rétention sont l'hémorragie et la septicémie.

Au début de la gestation, pas de rétention, non

plus ; les moyens de connexion sont si faibles que l'œuf s'échappe généralement intact de la cavité utérine ; cependant, vers la fin du deuxième mois, on peut déjà observer des accidents. Ainsi donc, l'ancienne division classique des trois classes d'avortements : ovulaire, embryonnaire et fœtal, ne présente rien d'absolu. Pour expliquer la genèse des accidents que l'on observe, il faut tenir beaucoup plus compte des circonstances, des causes anatomiques de l'avortement que de l'époque de la grossesse à laquelle on se trouve. La période embryonnaire est la plus dangereuse, nous l'admettons, mais la gravité des accidents peut s'étendre aux époques voisines et surtout à la période dite fœtale. Nous aurons d'ailleurs à signaler de nombreux cas de cette espèce.

Dans notre étude, nous nous occuperons donc spécialement de la rétention qui suit l'avortement des troisième et quatrième mois, en signalant les faits qui peuvent se présenter en dehors de ces limites, qui, nous le répétons, ne doivent pas être considérées comme absolues.

Notre sujet se divise naturellement en deux grandes classes de cas qui, au point de vue de la symptomatologie et du traitement, ne présentent aucune différence. C'est au chapitre de l'étiologie et dans celui qui sera consacré à l'anatomie pathologique que nous les retrouverons. On peut, en

XVIII

effet, observer, soit la rétention du placenta et des membranes simultanément, soit la rétention du placenta tout seul. Une troisième classe de faits semble s'imposer ici: la rétention des membranes seules; mais si le fait peut se produire après l'accouchement à terme, il est rare que les membranes soient retenues seules dans l'avortement; cela ne peut guère se produire qu'à la suite d'une intervention active, quand, par exemple, grâce à l'emploi de la curette ou de la pince, l'accoucheur aura pu extraire le délivre mais d'une façon incomplète. Au point de vue des symptômes, il n'y aura pas de différence accentuée, les accidents les plus graves pouvant survenir, par la présence des parcellles les plus ténues, dans la cavité utérine. Nous tiendrons donc compte, surtout dans nos descriptions, des deux premiers ordres de faits.

Le cadre de notre étude est des plus vastes, puisqu'elle doit nécessairement embrasser tout ce qui concerne la rétention du délivre abortif. Nous n'avons pas seulement à examiner ici les symptômes plus ou moins graves qui peuvent survenir et les moyens par lesquels on peut les combattre; nous avons encore à étudier les causes de la rétention et les résultats anatomo-pathologiques de cet accident. Cette dernière partie de notre œuvre est certainement la plus difficile. Beaucoup d'accoucheurs ont étudié les conséquences pratiques de

la rétention, bien rares sont ceux qui l'ont examinée au point de vue de son mécanisme. On nous excusera donc si, dans un travail de ce genre, fait surtout grâce à de nombreuses compilations, nous sommes parfois incomplet sur certains points qui jusqu'ici ont été peu ou mal étudiés.

Notre étude comprendra plusieurs chapitres. Après un exposé historique aussi complet que possible de la question, nous aborderons successivement l'étude des causes, des modifications anatomiques, des symptômes, du diagnostic et du traitement de la rétention.

De nombreuses observations, choisies avec soin, seront placées dans le cours de nos descriptions. Cet arrangement nous a semblé le meilleur, puisqu'il permet de donner au lecteur un exemple immédiat et concluant qui vient à l'appui de la description didactique.

DE LA RETENTION
DU PLACENTA ET DES MEMBRANES
DANS L'AVORTEMENT

CHAPITRE PREMIER

HISTOIRE

Les accouchements de l'adulte n'avaient pas toujours l'importance de la rétention de l'adulte-fœtus ; aussi trouvons-nous dans les écrits des grecs que l'issuée, à dégager de légères brèches, une difficulté de naissance, selon eux, devait courir à moins d'un, selon eux, dégagement compliqué à dégager de l'adulte-fœtus. Ces malades sont presque tous atteints de gémialgie aiguë ; mais il est intéressant de constater que les malades brèches sont moins nombreuses que celles de l'adulte-fœtus résultant d'un esbli dans un si grand nombre de cas particulier que difficile de celles du suivi d'un accouchement dans un travail normal.

DE LA RÉTENTION
DU PLACENTA ET DES MEMBRANES
DANS L'AVORTEMENT

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les accoucheurs de l'antiquité n'avaient pas méconnu l'importance de la rétention de l'arrière-faix; aussi trouvons-nous dans les écrits qu'ils nous ont laissés, à défaut de règles précises, une quantité de moyens qui, selon eux, devaient contribuer à hâter ou à faciliter la délivrance. Ces moyens sont particuliers à la délivrance après l'accouchement; mais il nous est permis de croire que les mêmes préoccupations hantaiient leur esprit quand il s'agissait de l'avortement, et que les manœuvres employées dans ce cas particulier devaient peu différer de celles qui suivaient l'expulsion du fœtus à terme.

La grande préoccupation des anciens était de ne pas laisser dans l'utérus l'arrière-faix ou une de ses parties ; aussi ne craignaient-ils pas d'employer les moyens les plus violents et les plus dangereux pour hâter la délivrance. Ils étaient donc partisans de l'intervention, et nous ne saurions les blâmer d'avoir fait ce que beaucoup d'accoucheurs modernes, avec des connaissances beaucoup plus solides et plus étendues, proposent de faire dans tous les cas, comme si les manifestations si variées de la nature n'appelaient pas à leur aide des moyens thérapeutiques également variés.

C'est en tenant compte de cette grande préoccupation des anciens, qu'il nous sera permis de faire rentrer dans l'historique de la question qui nous occupe tout ce qu'ils ont écrit au sujet de la délivrance. Le lecteur pourra facilement adapter tous ces préceptes à la rétention du délivre dans l'avortement.

Au temps d'Hippocrate (1), l'enfant restait attaché au cordon ombilical. On le couchait sur une outre remplie d'eau, qui se vidait peu à peu par une ouverture ménagée dans ses parois. Si le cordon était rompu, ce qui devait se produire fréquemment dans l'avortement, l'enfant était remplacé par un poids. Ce moyen, on le conçoit aisément, ne devait amener que de médiocres résultats dans le cas d'avortement. Mais Hippocrate (2) préconisait en outre une intervention beaucoup plus active et plus efficace. Il portait la main

(1) Hippocrate. *De Superfetatione.*

(2) Hippocrate. *De Morbis mulierum.*

dans l'utérus, et détruisait les adhérences s'il y avait lieu. Nul doute, pour nous, qu'il n'ait appliqué le même traitement à la délivrance abortive, et que, dans ce dernier cas, il n'ait cherché à extraire avec les doigts le placenta et les membranes.

Avec Celse, Aétius, Paul d'Égine, Avicenne, Abulcasis, Rœsslin, la pratique ne change pas. Suivant les préceptes d'Hippocrate, ils recouraient, en outre, aux efforts volontaires ou involontaires; ils faisaient éternuer les femmes à l'aide de poudres ou de fumigations irritantes; ils provoquaient des vomissements, des accès de toux, pensant que les secousses ainsi déterminées détruisaient les adhérences et prévenaient la rétention.

Toute la pratique des anciens était réduite à l'emploi de ces moyens; aussi ne nous y arrêterons-nous pas plus longtemps.

Il faut arriver immédiatement au XVI^e siècle pour trouver des idées plus nettes sur la rétention du délivre et des règles précises pour son extraction.

Ambroise Paré (1) prit le contre-pied de l'ancienne méthode: il commençait par les moyens les moins violents et finissait, s'il y avait lieu, par l'extraction manuelle. Avant lui cette dernière méthode avait la priorité. Si l'on éprouvait de trop grandes difficultés à extraire le placenta, on abandonnait à des moyens anodins le soin d'achever ce que n'avaient pu opérer les moyens mécaniques.

(1) A. Paré. Œuvres.

Guillemeau (1) recommande encore plus de patience ; il fait, en outre, un tableau très remarquable des dangers de la rétention. « C'est chose certaine, dit-il, qu'après que l'enfant est sorti du ventre de la mère, que ledit arrière-fais est contre nature, qui ne requiert sinon que d'être ôté et mis dehors, pourquoi il faut de deux choses l'une : ou que le vif (qui est la matrice) chasse le mort (qui est l'arrière-fais) ou que le mort tue le vif ; et même qu'iceluy étant retenu, il apporte de très pernicieux accidents, comme défaillance, oppression et suffocation de la mère, voire même en se pourrisant peut être occasion de mort. »

» Pour à quoi obvier, il faut estre diligent à le faire sortir ou tirer sans se précipiter, et patienter un peu en le maniant et esbranlant toujours. »

Ces conseils ne s'appliquent pas tous à l'avortement ; mais il est facile de se faire une idée de ce que devenait la pratique de Guillemeau dans le cas de fausse-couche.

Au XVII^e siècle, Mauriceau (2) est partisan de l'intervention. Nous rappellerons, en passant, que c'est de lui que viennent les meilleurs préceptes concernant la délivrance. Il ne se contente pas d'exercer des tractions bien dirigées sur le cordon, mais il emploie une méthode mixte qui rappelle celle qui est connue aujourd'hui sous le nom de procédé de Crède : « S'il se

laisse pendre ses droites, méconnaus l'usage, alors

Puys (1), fait le premier à ses proches : « On sait

(1) Guillemeau. Œuvres de chirurgie. 1599.

(2) Mauriceau. Maladies des femmes grosses et des accouchées

(1) Puys. Table de ses accouchemens.

rencontre une plus grande difficulté à la chose, on pourra, au besoin, après avoir reconnu de quel côté l'arrière-faix est situé, commander à une garde bien avisée de presser légèrement avec le plat de sa main le ventre de l'accouchée, le menant doucement en bas, comme par manière de friction, et ayant égard surtout à ne le faire trop rudement. Mais si pour tout cela on ne peut encore l'avoir, on sera obligé de porter la main dans la matrice: »

C'est à cette dernière méthode qu'il se borne dans le cas d'avortement. Il introduit les doigts dans l'utérus et entraîne le placenta. S'il reste quelque débris membranous, il conseille de faire, en outre, une irrigation très chaude dans la cavité utérine.

Deventer (1701) est partisan de l'intervention, ainsi que Paul Portal, de Lamotte et Haller. Peu pressentit de prendre patience.

En 1725, Ruysch crut découvrir dans le fond de l'utérus un muscle chargé de l'expulsion du placenta (*musculus contractor placentæ*). Il en résulta qu'il devint, par le fait même de sa découverte, un partisan acharné de la temporisation. D'ailleurs, à partir de cette époque, la conduite des accoucheurs dans la délivrance devient plus rationnelle, et leur intervention dans l'avortement se ressent évidemment de l'opinion qu'ils se font des ressources de la nature. Celle-ci reprend ses droits, méconnus jusqu'alors.

Puzos (1) fut le premier à les proclamer: « On sait, (1) Guillermo. ONUSES DE OPTIMA. 1680.
(2) Matriceau. Méthodes des accouchemens. 1680.
(1) Puzos. Traité des accouchements.

dit-il, qu'après le travail qui procure la sortie de l'enfant, il s'en établit un second pour l'expulsion du placenta, ou plutôt c'est une suite du premier; l'expulsion du placenta est aussi constamment l'ouvrage de la nature que celle de l'enfant. » Et plus loin, il ajoute un précepte qui nous guidera dans la dernière partie de ce mémoire, et qu'aucun praticien ne devrait jamais oublier : « Mon sentiment est qu'on ne doit jamais presser l'extraction du placenta, tant qu'il n'y a rien qui oblige à la précipiter. »

Ces sages formules au sujet de la délivrance devaient porter leur fruit et être appliquées aux accidents de l'avortement. Mais ce n'est pas sans tergiversations et sans se contredire bien souvent, que les contemporains et les élèves de Puzos émettent leur avis à ce sujet.

Ainsi, Viardel pratique des injections antiseptiques et soutient l'état général de la femme; il semble rejeter toute intervention. M^{me} Le Boursier fait l'extraction avec la main. G. Mesnard, en 1753 (1), est au contraire expectant. Il est juste de dire que M^{me} Le Boursier faisait d'abord de l'expectation, car on ne peut considérer que de cette façon le moyen immanquable qu'elle employait, et qui consistait à donner un bain de jambes très chaud et à faire des frictions de haut en bas sur les jambes. Le moyen avait au moins cela de bon, qu'il permettait de faire quelque chose, au lieu de mal faire. Smellie (1765) est assez indécis; il intervient

(1) Mesnard. Guide des accouchements.

à l'occasion, mais les indications, pour lui, ne sont pas bien précisées.

Il en est de même pour Levret (1). Nous trouvons chez lui les mêmes incertitudes, les mêmes irrésolutions. Nous lisons dans son livre : « Il arrive fréquemment, dans les avortements, qu'il est impossible d'extraire le placenta par son frêle cordon, et qu'on ne peut pas même introduire la main dans la matrice. Les praticiens sont alors dans l'usage d'abandonner à la nature le soin de sa sortie ; et je trouve qu'ils ont raison. Néanmoins, les injections d'eau tiède et à grand flot seront surtout utiles. »

» Les médicaments hystériques et autres remèdes prétendus capables d'en favoriser la sortie sont dangereux en pareille occasion. Ces moyens sont le fruit de l'ignorance des temps passés et de l'empirisme le moins instruit. »

Cependant, effrayé des conséquences redoutables de l'hémorragie, il écrit, dans le même ouvrage : « On ne doit pas rester spectateur oisif lorsque la perte menace les jours de la mère. Il faut alors se servir de la pince à faux germe, si les doigts ne sont pas suffisants. »

Levret s'est aperçu lui-même de ces apparentes contradictions, et dans un mémoire important (2), il adopte à la fois les deux pratiques opposées et s'applique à déterminer les médications propres à chacune d'elles.

(1) Levret. Art des accouchements. 1766.

(2) Levret. Mém. de l'Acad. de chirurgie, t. III. 1778.

Levret commence, dans l'histoire obstétricale, la série nombreuse des accoucheurs qui, sans se laisser émouvoir par les disputes aussi stériles que théoriques des Ecoles, se laissent guider par l'observation scrupuleuse des faits.¹

Baudelocque (1) donne à l'expectation une assez large part, mais il n'en est pas moins surtout un fermé partisan de l'intervention: « Si l'on était auprès de la femme, dit-il, dans le moment où la poche des eaux vient à s'ouvrir aussi prématurément, il faudrait introduire un ou deux doigts dans l'orifice de la matrice, si l'il était assez grand : 1^o afin d'entretenir cette sensibilité, cette irritabilité si nécessaires aux progrès de l'action expulsive de la matrice; 2^o pour empêcher cet orifice de se contracter sur lui-même et favoriser sa dilatation ultérieure, jusqu'à ce qu'elle suffise pour la délivrance. » Si, au contraire, on n'est appelé qu'après l'écoulement des eaux, il faut « attendre patiemment ». Mais cette expectation ne saurait être de longue durée: « Quand toutes les choses, dit-il, sont dans un état aussi peu favorable à la délivrance, si la perte n'est pas abondante, l'accoucheur doit se borner à solliciter vivement l'action de la matrice et à la faire contracter avec assez d'énergie pourachever de détacher et d'expulser le placenta. » Il employait, à cet effet, des traction exercées avec deux doigts sur le placenta quand celui-ci était déjà dans

(1) Baudelocque. *L'Art des accouchements*, t. I, p. 217.
1778. (2) *Leçons des accouchements*, t. II

le col utérin, la pince à faux germe, le tamponnement vaginal, les injections émollientes, détersives, ou antiputrides dans la cavité utérine. On le voit, Baudeloque poussait l'intervention assez loin.

Par contre, M^{me} Lachapelle (2) est pour l'expectation, et elle condamne formellement toute manœuvre opératoire: «Quant à l'extraction forcée et aux instruments conseillés dans cette vue, comme la pince à faux germe de Levret, je n'en ai jamais tenté l'emploi, que je regarde comme impossible dans le cas d'occlusion complète; comme inutile dès que le col de la matrice est ouvert, et comme toujours dangereux; tout au plus doit-on se permettre, ainsi que je l'ai exécuté plusieurs fois, d'attirer le placenta lorsqu'il est détaché et qu'il se présente à l'orifice ramolli et bien ouvert, deux doigts suffisent pour cette opération.» M^{me} Boivin et Capuron sont du même avis. Le professeur Moreau résumait toute sa pratique dans ces trois mots: «J'ai su attendre.» Et de fait, l'expectation, on peut la proclamer hautement, est peut-être la chose la plus difficile à pratiquer. Nous le démontrerons amplement dans notre chapitre du traitement.

On nous reprochera peut-être d'avoir fait de ce chapitre un exposé des divers traitements employés, bien plus qu'un historique de la question qui nous est imposée. Ce reproche pourrait nous atteindre si nous ayions négligé à dessein les auteurs qui se sont occupés spécialement de la pathogénie de la rétention placen-

(1) Baudeloque. *La Pratique des accouchements*, t. I, p. 312.

(2) Lachapelle. *Pratique des accouchements*, t. II, p. 317.

taire ; mais nous sommes obligé d'avouer que jusqu'ici nous n'en avons trouvé aucun pour lequel l'étude du mécanisme de la rétention ait présenté quelque attrait. Cette étude, nous la trouvons faite par bribes et morceaux dans les auteurs classiques, et nous avons dû rassembler tous ces bouts de la question pour faire notre chapitre de l'étiologie. Les auteurs anciens que nous venons d'analyser se sont surtout occupés du point pratique, du traitement, et nous devons dire que les écrivains plus modernes, presque tous d'accord sur la question d'étiologie ou des symptômes, s'occupent surtout de la thérapeutique, tout comme les anciens, et, comme eux aussi, présentent des dissensiments qui persistent encore de nos jours.

Les deux camps sont toujours en présence : les interventionnistes d'une part, les expectants d'autre part. Comment finiront ces débats, nous ne saurions le dire. Nous croyons que l'accord est facile, et plusieurs auteurs sont déjà entrés dans cette voie sans s'en apercevoir peut-être ; il s'agit avant tout de bien peser toutes les indications et de les suivre.

Les divergences signalées chez les anciens se retrouvent dans les écrits des maîtres qui, pendant ces dernières années, ont illustré la science obstétricale.

Ainsi Chailly (1) et Cazeaux (2) s'entendent pour pratiquer le tamponnement et font usage du seigle ergoté dans le cas d'hémorragie ; mais, quand il s'agit

(1) Chailly. *Traité d'accouchements.*

(2) Cazeaux. *Traité d'accouchements.*

des accidents de résorption putride, l'entente disparaît. Le premier de ces auteurs recommande surtout de recourir au seigle et, s'il le faut, à l'application de la curette de Récamier et d'autres instruments construits dans le même but. Cazeaux se borne à donner du seigle ergoté.

Comme nous l'avons dit plus haut, les contemporains sont et restent encore divisés en deux camps, et, en examinant les documents les plus récents, il semble presque que le mode d'intervention soit devenu une question d'amour-propre national. Nous ne pensons pas que la politique influe en aucune sorte sur l'esprit des hommes de science ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il est toujours satisfaisant, après s'être énuméré à soi-même toutes les bonnes raisons que l'on a d'adopter telle ou telle opinion, de se dire que l'on est loin d'admettre les idées forcément erronées de tel ou tel étranger. Ce sentiment mesquin est certainement indigne de l'homme d'étude ; mais, en lisant les différents articles étrangers concernant notre travail, nous avons été frappé de voir que presque jamais un auteur français n'y est cité. Est-ce parce qu'en France nous sommes presque tous partisans de l'expectation, ou bien est-ce parce qu'il est plus facile de prouver que l'on suit la bonne méthode en s'abstenant de présenter et de discuter celle de ses adversaires ?

Il nous a été matériellement impossible de lire tout ce qui a été écrit à ce sujet dans ces dernières années ; il suffira de lire à la fin de ce travail le long index des ouvrages qui traitent la question. Nous avons analysé

les plus importants, et il résulte de nos investigations que les deux camps sont à peu près d'égale force.

Nous citerons d'abord les auteurs qui se montrent partisans de l'intervention. En général, ils sont en majorité en Allemagne, où les méthodes hardies semblent être en honneur; ils sont en balance en Angleterre et aux Etats-Unis; en France, ils sont en minorité.

Ainsi, en France, Jacquemier (1) pousse l'intervention jusqu'à vouloir rompre les membranes dans certains cas où le travail abortif est languissant; il conseille la dilatation mécanique du col, etc.

M. le professeur agrégé Guéniot (2) a publié, en 1867, un excellent mémoire sur cette question, et, seul parmi les accoucheurs français, il est partisan d'une intervention active. Cependant, cet auteur a cherché à tracer les limites de l'intervention; et tant que ces limites, assez larges d'ailleurs, ne sont pas franchies, il fait de l'expectation. Nous ne pouvons admettre ces limites, tracées un peu artificiellement, ce nous semble; nous avons déjà donné notre avis à ce sujet dans le chapitre précédent; nous n'y reviendrons donc pas. La limite naturelle est le moment où l'accident devient redoutable, où la rétention comporte un pronostic grave; alors, si vous êtes partisan de l'intervention manuelle ou instrumentale, il vous sera loisible d'agir.

C'est en Allemagne, avons-nous dit, que se trouvent

(1) Jacquemier. *Manuel des accouchements*, t. I.

(2) Guéniot. *De la Délivrance dans l'avortement*; (Bull. de thér., t. LXXIII, p. 305. 1867.)

les principaux champions de l'intervention, et cette intervention est très variée. Il ne s'agit pas seulement d'extraire le délivre avec les doigts ou la main, ou même au moyen d'instruments ; il faut, dans certains cas, râcler la surface utérine, la décontiquer, et l'on conçoit combien alors l'intervention devient grave.

Nous ne citerons ici que les noms principaux, car il serait fastidieux d'énumérer tous les écrits plus ou moins importants qui préconisent l'intervention active.

Osiander (1) se range énergiquement du côté de la méthode active, même quand aucun symptôme dangereux n'est survenu.

E. Martin (2), qui l'avait déjà proposée en 1839, était resté seul à la défendre pendant de longues années. Osiander la tira de l'oubli.

Scanzoni (3) s'efforce d'avoir l'œuvre entier ; il emploie d'abord des moyens anodins, mais il en arrive finalement à employer les doigts ou la curette pour faire l'extraction.

J. Veit (4) est encore plus radical ; il va droit au but, dilate le col s'il est fermé et enlève le placenta à tout prix. Une injection de perchlorure de fer termine l'opération, qui, paraît-il, réussit toujours et n'amène que des complications rares.

(1) Osiander. Ursachen und Hützzeichen der unregelmäßigen Geburt. 2^e éd., p. 448.

(2) E. Martin. Monatschrift. Bd 14, p. 181.

(3) Scanzoni. Geburthilfe, 3^e éd. 1855.

(4) J. Veit. Die Therapie der Verhütung von Eiresten. (Arch. f. Gyn., t. I.)

aucun résultat fâcheux. Bœters (1), Munde (2), Fehling (3), sont également d'avis de pratiquer le grattage de l'utérus. Nous étudierons plus loin les divers procédés employés par ces médecins.

Nous nous bornerons ici à constater la répugnance que nous avons généralement en France pour ce genre de traitement, pour ce grattage de l'utérus fait avec des instruments tranchants qui agissent en aveugles ; il suffit d'ailleurs de se rendre compte de la valeur du mot employé en allemand pour désigner l'opération (*ausgratzung*, grattage en enlevant un morceau) pour se faire une idée du procédé. Il faut, comme le dit M. le professeur Pajot, que les matrices allemandes soient bien complaisantes pour résister à un pareil traitement.

Les matrices anglaises et américaines ne le sont pas moins, à en juger par le nombre des accoucheurs qui emploient les procédés allemands. Nous devons dire cependant qu'ils sont moins nombreux, et que l'intervention se borne le plus souvent à faire l'extraction de l'arrière-faix.

Ramsbotham (4) suit la manière de faire de Scanzoni.

(1) Bœters. Centr. für Gyn., n° 20. 1877.

(2) Munde. Centr. für Gyn., n° 6. 1878.

(3) Fehling. Ueber die Behandlung der Fehlgeburt. (Arch. f. Gyn., t. XIII.)

(4) Ramsbotham. *Obstetric, Medicine and Surgery*, 5^e éd. 1867.

Davis (1) se contente de faire des injections très chaudes dans la cavité utérine.

Blundell et Churchill réservent l'extraction pour les cas exceptionnels.

Tyler Smith (2) déclare ceci : « Il ne peut guère se présenter de cas dans lequel l'embryon et les membranes, ou les débris de membranes, retenus dans l'utérus, ne puissent pas être détachés et extraits par le doigt. Le temps et la patience sont quelquefois nécessaires pour cette manipulation ; mais elle n'a jamais échoué, que je sache. » Priestley rejette l'ergot et intervient au bout de six heures. Simpson intervient aussi et abaisse l'utérus pour faciliter l'opération. Keiller introduit la main entière dans le vagin. Enfin, Milne, Macdonald, Wilson, font l'extraction.

Barnes (3) dit que la première indication est de vider l'utérus, et pour cela il pratique la dilatation s'il y a lieu. Il condamne le tamponnement vaginal comme non scientifique et illusoire. Playfair (4), au contraire, préconise le tamponnement, et il n'intervient que lorsqu'il y a urgence, et avec le doigt seulement. Angus Macdonald (5) est du même avis ; il intervient rarement, tandis que Lusk (6) vide l'utérus aussitôt qu'il le peut.

(1) Davis. *Principles and Practice of obstetric medicine.* 1836.

(2) Tyler Smith. *Lectures of obstetrics.* 1858.

(3) Barnes. *Obstetrics operations.* 1874.

(4) Playfair. *Treatise on the science and practice of midwifery.* 1876.

(5) Macdonald. *Obstetrical Journal of Great Britain.* 1880.

(6) Lusk. *The Science and Art of midwifery.* 1882.

Nous ne ferons que citer les noms de Johnson Alloway, Monde, Hall Davis, tous partisans d'une intervention plus ou moins active.

Quand nous discuterons plus loin les diverses méthodes de traitement, nous aurons à revenir sur les raisons invoquées par ces divers auteurs pour faire valoir leur méthode. Donner ici les opinions avec de plus grands détails serait nous exposer plus loin à des répétitions inutiles.

Nous en arrivons aux partisans de l'expectation, et nous devons confesser tout d'abord que ceux qui préconisent l'expectation pure sont rares. Mais, en somme, nous ne pouvons comparer en aucune façon l'emploi des petits moyens dont nous aurons à parler avec l'intervention dangereuse et hardie des accoucheurs précédents. L'emploi du seigle mergoté, justifié ou non, celui des irrigations vaginales et même intravaginales faites dans le but unique de stériliser les liquides organiques, n'ont rien de commun avec l'intervention au moyen de la pince ou de la curette. Nous ne pouvons en dire autant de l'expression utérine préconisée par Homing en Allemagne, et qui constitue une véritable intervention d'autant plus active qu'elle ne donne de résultats que lorsqu'elle est poussée dans ses dernières limites.

Parmi les adversaires de l'intervention, nous citerons, en Allemagne, Kehrer (1), qui, après avoir dé-

(1) Weiß. Operative, die seines und die ut. 1883.

(1) Kehrer, Klinische Beiträge zur vergl. exper. Geburtskunde.

montré que les lichies même normales contiennent des agents infectieux, conclut en disant qu'il ne faut jamais pénétrer dans l'utérus. Les dangers, en cela faisant, sont plus considérables qu'en s'abstenant. Schröder (1) attend que le délivre soit expulsé. Spiegelberg (2) tenterait volontiers l'expression utérine dans certains cas, mais en sommeil se montre franchement expectant. Hegar et A. Martin (3) emploient les deux méthodes selon les cas. En somme, les partisans de l'expectation ne sont pas nombreux — en Allemagne, je croirai scientifiquement entraîné tous ces accoucheurs vers les grandes opérations, dans des circonstances où il serait bien plus aisé et moins dangereux de faire.

En Angleterre et aux Etats-Unis, les expectants sont en plus grand nombre. Nous citerons Meigs (4), qui préfère laisser ces cas-là aux soins de la bonne nature, bien croit qu'il n'y a pas de danger à agir de la sorte; Hodge (5), qui n'interviendrait que dans les cas extrêmes; Churchill (6), qui, indécis d'abord, se range sous le chapitre de l'expectation: « Une plus grande expérience, dit-il, m'a fait moins peur; je laisse la nature faire seule dans ces cas; j'interviens habituellement beaucoup plus à contre-cœur que les autres. »

(1) Schröder. *Traité*, 5^e éd. 1877.

(2) Spiegelberg. *Lehrbuch*. 1877.

(3) Martin, *Leitfaden der geb. Operationen*. 1877.

(4) Meigs. *Obstetrics, the science and the art*. 1863.

(5) Hodge. *A System of obstetrics*. 1866.

(6) Churchill. *Theory and practice of midwifery*. 1866.

Leismann (1) recommande la réserve, l'expectation (*expectant attitude*) si les membranes sont retenues, à moins d'une hémorragie alarmante. En ce cas, il tamponne le vagin. Et tout en admettant le danger de l'empoisonnement du sang par la putréfaction du placenta retenu, il ajoute que cet empoisonnement est rare. Le Dr Walter Coles (2) (de St-Louis) n'intervient que dans les cas d'urgence. Dans les cas bénins, il s'abstient. Son opinion est que l'inflammation qui résulte de la manipulation inconsidérée de l'utérus doit être plus à craindre que l'hémorragie ou la septicémie. La Société d'obstétrique de St-Louis a émis dernièrement le même avis.

C'était là aussi l'opinion d'auteurs plus anciens, de Dewees, d'Ingleby, de Denman (3): « J'ai vu bien des cas, dit ce dernier, où le placenta a été expulsé à différentes époques de la grossesse, la malade étant en parfaite santé. On a à craindre beaucoup moins d'accidents de la rétention d'un placenta putride que de tentatives faites au moyen des remèdes ordinaires ou de l'intervention manuelle. »

Nous bornons là nos citations.

En France, tous les accoucheurs s'entendent, à l'exception de M. Guéniot, pour rejeter toute intervention avant la production des accidents.

Mais, lorsque ceux-ci viennent à se produire, les

(1) Leismann. System of midwifery. 1873.

(2) Coles. St-Louis, Courrier of medecine. 1883.

(3) Denman. Introduction to midwifery, 2^e éd.

moyens employés diffèrent avec les auteurs ; en général, cependant, les procédés sont bénins, le traitement est purement palliatif ; on répugne à s'attaquer directement à l'arrière-faix et à l'amener de force au dehors. On se borne le plus souvent à l'emploi des antiseptiques, destinés à conjurer les fâcheux effets de la putréfaction quand elle vient à se déclarer. Le plus souvent même, l'expulsion se fait dans si peu de temps que la décomposition n'a pas pu s'opérer.

Un point en litige est celui qui a trait à l'emploi du seigle ergoté : les uns le préconisent, les autres en démontrent les dangers. Nous aurons à discuter ces opinions dans un chapitre suivant.

Nous ne citerons ici que quelques noms seulement, nous réservant de faire une étude d'ensemble des opinions des contemporains en France. La question a été étudiée à différents points de vue dans plusieurs dissertations inaugurales ; nous signalerons la thèse de Deubel (1), à Strasbourg ; celles de Challier (2), de Lauda (3), d'Uminsky (4), qui ne traitent qu'incidentement de la rétention du délivre ; celles d'Ebstein (5) et de Gruson (6) ; enfin, la thèse de Rambaud (7), plus récente. Toutes ont pour objet l'étude de la rétention

(1) Deubel. Thèse de Strasbourg, t. XLVII.

(2) Challier. Thèse de Paris. 1866.

(3) Lauda. — 1883.

(4) Uminsky — 1883.

(5) Ebstein — 1872.

(6) Gruson. — 1879.

(7) Rambaud. — 1883.

et reflètent les idées des savants maîtres de l'Ecole de Paris.

Les principaux articles faits dans ces dernières années sont dus à la plume des savants les plus éclairés. Nous citerons l'article du professeur Courty (1), sur lequel nous reviendrons plus tard avec plus de détails ; celui de M. de Saint-Germain (2), celui de MM. Charpentier et Gallard (3), de Maslowsky (4) ; les observations si remarquables publiées par MM. Baugé (5), Chalot (6), Luc (7), Hervieux (8).

Parmi les travaux les plus importants écrits sur la matière, nous signalerons ceux de M. Garimond (9), professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Son *Traité de l'avortement*, quoique déjà ancien, est le fruit d'un travail laborieux et de patientes recherches, et reste encore un ouvrage que tous pourront consulter avec intérêt. Nous n'oublierons pas non plus les efforts faits par cet auteur pour établir sur des bases solides la pathogénie de l'avortement et l'étude

(1) Courty. Mécanisme de l'avortement, Montp. méd. 1860-61.

(2) De Saint-Germain. Traité des fausses couches.

(3) Charpentier et Gallard. Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale. 1877.

(4) Maslowsky. Ann. de gyn. 1880.

(5) Baugé. Lyon médical, p. 463. 1882.

(6) Chalot. Gaz. hebd. de Montpellier. 1883.

(7) Luc. Bull. Soc. anat. de Paris. 1881.

(8) Hervieux. Archives de tocologie. 1877.

(9) Garimond. Traité de l'avortement. — Voir aussi Montp. méd., t. XVI, XVII et XVIII, et ibid., t. XX.

complète qu'il a faite de l'élimination spontanée du placenta adhérent.

Nous trouvons, dans cette dernière, des vues absolument nouvelles sur le phénomène dit de l'absorption du placenta.

Tous ces auteurs sont franchement partisans de l'expectation ; ils ne diffèrent que sur des points de détail dans les cas d'accidents graves ; mais jamais ils ne proposent l'extraction immédiate, encore moins le curage de l'utérus. Nous ne pouvons oublier de citer ici un mémoire très important, écrit en français, du Dr Cordes (de Genève) (1). Il étudie avec soin le mécanisme de la rétention, sa symptomatologie, et, en fait de traitement, il se déclare partisan de l'expectation ; ce n'est qu'en cas d'accidents graves qu'il se décide à agir.

Voici, d'ailleurs, en quels termes il résume son opinion : « L'avortement ne cesse d'être physiologique que dès que l'organisme ne tolère plus le placenta, dès qu'il cherche à s'en débarrasser, dès qu'il le traite en corps étranger. En d'autres termes, quand il se produit des contractions utérines, quand la patiente perd du sang, quand la perte sanguine ou simplement sérieuse roussâtre a une odeur putride, alors, mais alors seulement, nous devons venir en aide à l'organisme impuissant. »

En terminant ce long aperçu historique, il nous reste à examiner l'état actuel de la question.

(1) Cordes. Ann. de gyn., t. VI, 1876.

Dans les diverses Ecoles françaises, y a-t-il combat vivement l'intervention immédiate? A Paris, le professeur Pajot n'intervient qu'à dans les cas absolument graves. C'est alors seulement qu'il se sert de sa curette particulée pour amener le délivrance de l'ois. Le professeur Depauli professait la même opinion. Bailly s'inscrivit en méthode d'expectation. Mal le professeur Tarnier, dès le début de son enseignement, préconisait cette méthode. Des faits récents, que nous aurons l'heure de reproduire plus loin, démontrent l'opportunité de cette conduite. M. le professeur aîné Charpentier (1) est également partisan de l'expectation; il admet cependant que dans certains cas (placenta engagé et détaché; accidents considérables dus à la rétention) on est autorisé à faire l'extraction le plus tôt possible. En somme, son opinion est celle de Gordet: nous verrons plus tard dans quelles limites exactes cette intervention est permise. A Montpellier, la méthode française était appliquée dans toute sa rigueur par notre regretté maître le professeur Damasq. Depuis quelques années nous avons eu l'occasion de la mettre en pratique dans plusieurs cas; et nous nous sommes parfaitement trouvé. En somme, à quelques rares exceptions près, il est la méthode expectante qui est enseignée dans nos Ecoles. (1) Charpentier. *Traité pratique des accouchements*, t. I. 1883.

à Paris, en faveur de l'intervention. Nous ne saurons, sans compromettre un grave oubli, ne pas citer ici M. D'Orléans qui, son procédé de l'écouvillonnage, nous réservant d'en examiner plus tard plus de détails. Ce nouveau mode d'intervention le sera absolument fondé sur la puissance de l'antiseptique. Je suis convaincu qu'en terminant, d'examiner le rôle que cette méthode a joué dans la thérapeutique de l'avortement et de la rétention. Depuis quand l'antiseptie est entrée dans la pratique obstétricale, ses bienfaits ont été unanimement reconnus; aussi a-t-elle été employée par les partisans des méthodes les plus diverses. Dans l'espace, ce n'est pas qui a gagné, mais le lecteur au courant de cette esquisse historique aura rencontré souvent les injections antiseptiques, l'acide phénique, etc. Mais cela aussi, bien dans le camp des interventionnistes que, dans celui des expectants. Ainsi, ce sera bientôt aussi dans ce camp que l'antiseptie sera utilisée.

La méthode antiseptique a également été préconisée par les uns et par les autres, pour deux raisons. En effet, elle est un sûr garant que, malgré l'arrachement plus ou moins violent du placenta, des pertes d'absorption largement ouvertes ne pourront pas être baïgiées par des produits septiques quoiqu'aux expectants, elle leur a permis de pousser leur méthode jusqu'à dans ses dernières limites. Ainsi, ayant d'appliquer des antiseptiques, on faisait de l'expectation; lorsque le placenta parfaitement adhérant était retenu, tout allait bien; mais s'il était en partie décollé, la septicémie devenait imminente; dès ce moment la mé-

1881. I. 1

thode devenait mauvaise et méritait tous les reproches qu'on lui adressait.

L'emploi des antiseptiques a donc fortifié la méthode de l'expectation en permettant à l'accoucheur de prévenir les accidents ; mais elle a rendu également des services à ceux qui interviennent, elle leur a évité beaucoup de mécomptes. En résumé, elle n'a pu faire triompher aucun des deux camps, qui se servent d'elle également avec les plus grands avantages.

Elle est devenue, au contraire, pour les uns et pour les autres, l'excuse fondamentale des procédés les plus opposés. La méthode antiseptique, en effet, si elle permet de temporiser, préserve de l'infection les brèches faites par l'intervention prématurée.

CHAPITRE II

ÉTILOGIE ET MÉCANISME DE LA RÉTENTION

« Il en arrive de même qu'aux fruits qui se détachent et qui tombent d'eux-mêmes de l'arbre quand ils sont mûrs, et qui, au contraire, en sont difficilement séparés lorsqu'ils sont encore verts ; c'est ce qui fait que la femme qui avorte est souvent bien plus difficilement délivrée que celle qui accouche à terme. » Cette poétique comparaison, due à la plume de Mauriceau, est plus juste et plus vraie qu'elle n'en a l'air de prime abord. C'est, en effet, parce que l'œuf n'est pas arrivé à maturité, c'est encore parce que la matrice n'est pas arrivée à sa période de développement complet que la rétention se produit dans certains cas.

Dans quelques circonstances plus rares, l'œuf ou l'utérus sont le siège de lésions pathologiques dont le principal effet est d'amener une adhérence anormale de l'œuf à la paroi utérine. Certaines dispositions rares du placenta peuvent amener le même résultat.

Enfin la rétention du délivre peut être amenée, dans quelques cas, par une intervention maladroite ou erronée des personnes de l'art.

Nous diviserons donc en trois grandes classes les causes qui amènent la rétention de l'art.

1. *Causes anatomo-physiologiques*, dépendant du développement incomplet de l'utérus et de l'œuf (causes les plus fréquentes de toutes),

2. *Causes pathologiques*, amenant la rétention par l'intermédiaire d'un état pathologique de l'utérus ou des enveloppes de l'œuf (causes plus rares que les précédentes);

3. *Causes extrinsèques*, dépendant de l'intervention maladroite (cette dernière classe doit nécessairement devenir de plus en plus rare).

1. *Etat anatomique et physiologique de l'utérus*. — On sait qu'à l'état de vacuité, l'utérus est un corps presque essentiellement fibreux ; au moins, les fibres musculaires qui le composent ne semblent posséder d'aucune des propriétés du tissu contractile. Suivante le professeur ROBIN, les fibres cellulées de l'utérus sont, pendant l'état de vacuité, de petite dimension et de coloration griseâtre ; aussi est-il difficile de les distinguer

a) *CAUSES ANATOMO-PHYSILOGIQUES*. — Nous nous occuperons, dans ce paragraphe, d'abord de l'état de l'utérus pendant les six premiers mois de la gestation ; ensuite nous reviendrons en quelques mots sur les modifications qui peuvent se produire dans la constitution anatomique de l'œuf.

Le corps de l'utérus est composé de deux parties principales : la partie supérieure ou partie haute, qui est la partie la plus étendue et la plus étroite, et la partie inférieure ou partie basse, qui est la partie la plus étendue et la plus large.

La partie haute de l'utérus est la partie la plus étendue et la plus étroite, et la partie basse est la partie la plus étendue et la plus large.

La partie haute de l'utérus est la partie la plus étendue et la plus étroite, et la partie basse est la partie la plus étendue et la plus large.

à l'œil nu du tissu conjonctif ambiant. A partir de la conception, il se fait un travail hypertrophique de tous ces éléments.

Kelliker a fait une étude spéciale du tissu utérin, et nous croyons qu'il n'est pas inutile de reproduire ici sa description : « La tunique musculaire subit une augmentation de volume d'où dépend principalement l'accroissement de l'utérus. Deux phénomènes concourent à produire cette augmentation : l'accroissement de volume des éléments musculeux déjà existants et la formation d'éléments musculeux nouveaux. Le premier est si considérable que les fibres-cellules contractiles au lieu de 0^{mm},05 à 0^{mm},06 de longueur, et 0^{mm},005 de largeur qu'elles présentent habituellement, mesurent au cinquième mois, 0^{mm},14 à 0^{mm},27 dans le sens de la longueur, et 0^{mm},005 à 0^{mm},014 et même 0^{mm},02 dans le sens de la largeur ; au sixième mois, l'augmentation est encore plus considérable, de sorte qu'elles deviennent environ sept à onze fois plus longues et deux à sept fois plus larges. La production de nouvelles fibres musculaires s'observe surtout pendant la première partie de la grossesse et dans la couche interne de la tunique musculaire ; on trouve là une multitude de jeunes cellules de 0^{mm},03 à 0^{mm},04 de diamètre, présentant toutes les formes transitoires aux fibres cellulaires de 0^{mm},05 à 0^{mm},07 de longueur ; rien de semblable ne se remarque dans les couches extérieures. Cette génération de fibres musculaires paraît s'arrêter au sixième mois ; du moins n'ai-je trouvé dans l'utérus, pendant la vingt-sixième semaine de la grossesse, que

des fibres-cellules énormes sans aucune trace des formes antécéduentes.

Une modification très remarquable, et qui a son importance ici, a été reconnue par le professeur Ranvier. Chez la femelle et les femelles du chien et du lapin, l'utérus à l'état de vacuité possède des fibres homogènes. À la fin de la grossesse, ces fibres présentent une striation évidente, bien qu'elle soit loin d'être aussi nette que sur les muscles striés ordinaires.

Ainsi donc, ce n'est qu'à la fin de la grossesse que l'utérus acquiert son développement le plus parfait; et cette striation du muscle utérin reconnue par M. Ranvier n'indique-t-elle pas à elle seule la nouvelle aptitude de l'utérus? C'est à ce moment, en effet, que sa contractilité s'exerce de la façon la plus énergique. « Pendant la grossesse, dit M. le professeur Tarnier (1), les contractions utérines deviennent de plus en plus manifestes à mesure qu'on se rapproche davantage du terme de la gestation; mais elles sont encore faibles, indolores, irrégulières et séparées par des intervalles très longues.

Les propriétés contractiles de l'organe gestateur sont en raison directe du développement des fibres lisses, et l'on conçoit aisément qu'au début de la grossesse elles sont d'autant moins développées que la conception est moins ancienne.

Or, il suffit de se rappeler quel rôle absolument nécessaire joue la contraction utérine pour amener le

(1) Tarnier: *Traité de l'art des accouchements*. 1^{re} édition, 1860.

décollement et l'expulsion de l'arrière-faix après l'accouchement, pour comprendre, sans entrer dans de plus grands détails sur le mécanisme de la délivrance, ce qui se passe après l'avortement, surtout dans les premiers mois. L'utérus est impuissant à décoller le délivre quand celui-ci est fortement adhérent, comme aux troisième et quatrième mois, impuissant surtout à le chasser au dehors quand il parvient à le décoller.

Une autre disposition anatomique de l'utérus vient encore augmenter les difficultés, c'est la *rigidité et la longueur du col*.

Tous les auteurs admettent le ramollissement du col pendant la grossesse, et c'est là une modification dont on comprend l'utilité au moment de l'accouchement. Nous avons à nous inquiéter surtout ici des progrès du ramollissement.

« Ils sont un peu différents, écrit M. le professeur Tarnier, suivant qu'on les considère chez une primipare ou chez une multipare. Chez la première, on constate que vers le quatrième mois, par exemple, l'épaisseur des lèvres du museau de tanche est ramollie dans une étendue de 3 millimètres environ. A six mois, le ramollissement a envahi la moitié de la portion vaginale. »

Et, de plus, comme on le sait, le ramollissement procède de bas en haut, de l'orifice externe vers l'orifice interne. Donc, au sixième mois même, ce dernier orifice a gardé toute sa consistance. Mais ce n'est pas tout, la dilatation du col ne s'opère qu'autant que

l'effacement s'est produit, et celui-ci ne commence à s'effectuer que lorsque le ramollissement est complet. En conséquence, pour que le délivre puisse sortir de l'utérus, il faudra que les modifications successives du col s'opèrent dans un temps très restreint, et sous quelle influence ? Sous l'influence de contractions faibles, toutes séparées par de larges intervalles. En réalité, dans l'avortement des premiers mois, ces modifications ne se produisent pas d'une façon complète; le ramollissement s'opère, mais la dilatation se fait le plus souvent avant l'effacement complet; le col s'évase en forme d'entonnoir; c'est dans cet infundibulum que l'embryon s'engage graduellement quand il a acquis un diamètre suffisant; mais quand, après la rupture de la poche, le fœtus s'est échappé au dehors, le col a d'autant plus de tendance à se reformer qu'il n'a pas subi de modifications complètes, et le délivre se trouve emprisonné jusqu'au moment, qui peut être éloigné, où le placenta viendra à son tour, poussé par les contractions, essayer de forcer l'orifice de sortie.

Ainsi donc, résistance énorme du côté du col, puissance insignifiante du côté du corps de l'utérus. La lutte n'est pas égale dans la plupart des cas, et, si le corps est le vaincu, le résultat de sa défaite sera la rétention de l'arrière-faix. Si l'on compare le travail de l'avortement à celui de l'accouchement, on voit combien les rôles sont changés. Ainsi tous les moyens employés par la nature pour protéger l'œuf fécondé deviennent autant de causes de désastre quand la grossesse est interrompue.

Ce que nous avons à dire des dispositions anatomiques de l'œuf, et par œuf nous comprenons en même temps les membranes et le fœtus, rendra encore plus lumineuse cette action de l'utérus sur la rétention.

2^e *État anatomique de l'œuf.* — Nous ne reviendrons pas ici sur le développement des organes de connexion. Il nous suffira de rappeler que pendant les deux premiers mois il n'y a pas de placenta à proprement parler ; les villosités choriales ne sont pas encore vascularisées, et les connexions interutéro-placentaires n'ont pas encore la solidité qu'elles acquerront plus tard ; aussi, à cette époque, l'œuf est-il chassé tout entier le plus souvent hors de la cavité utérine ; il n'y a donc pas de rétention. Nous reviendrons, dans le chapitre suivant, avec plus de détails, sur ce mode d'expulsion. Au troisième et au quatrième mois, les choses ne se passent plus ainsi ; l'œuf déjà est adhérent, et l'avortement se fait en deux temps. Il en est de même aux cinquième et sixième mois.

Comment se fait la rétention dans ce dernier cas ? Après la rupture des membranes, le fœtus s'engage dans l'orifice interne évasé en forme d'entonnoir ; poussé par les contractions utérines et par le sang qui s'accumule au-dessus de lui, il parcourt le canal cervical et, finalement, arrive au dehors. Or, le col ne s'est dilaté qu'autant que cela a été nécessaire pour lui livrer passage ; si le volume du fœtus est peu considérable, la dilatation nécessaire est minime, et le col se reformera d'autant plus vite qu'il aura moins été distendu par le

près de la conception. C'est ce qui arrive surtout aux troisième et quatrième mois, à l'époque à laquelle l'embryon est encore très petit. Par contre, le placenta est déjà très volumineux, et c'est surtout au volume des fœtus. Il en résulte qu'il aura la plus grande peine à passer par le chemin trop étroit tracé par celui-ci, et si l'on traverse, ce sera au prix d'efforts considérables qui, dans beaucoup de circonstances, seront au-dessus des forces de la mère. Le volume et la pesanteur du placenta deviennent donc vite cause de rétention. Le passage du délivre exige une dilatation triple, quasi double de celle qu'il a soufflé à l'embryon.

Les chiffres suivants, donnés par Hecker, montrent bien quel est le rapport entre le poids du fœtus et celui des annexes aux différents mois de la grossesse, et auquel moment il devient nécessaire pour le passage du délivre.

Au 3^e mois, le poids moyen du fœtus = 11 gr. et du placenta = 36 gr.
Au 4^e mois, le rapport = 11 : 57
Au 5^e mois, le rapport = 11 : 284
Au 6^e mois, le rapport = 11 : 58
Au 7^e mois, le rapport = 11 : 80
Au 8^e mois, le rapport = 11 : 100
Au 9^e mois, le rapport = 11 : 120
A partir de ce moment, le rapport devient inverse; le poids du placenta devient moins considérable que celui du fœtus; mais à terme, il ne représente guère que le sixième du poids total de l'œuf. Au troisième et au quatrième mois, donc, le volume du placenta est plus considérable, et cela d'une façon absolue, que celui du fœtus. Si l'on considère, en outre, que le délivre est spongieux et qu'il ne présente pas aux contractions des fibres musculaires, encore peu développées, un point d'appui suffisant; si l'on se figure qu'au lieu d'adapter sa forme au passage étroit qu'il doit tra-

verser il se tasse; que contre lequel s'étalent les plis et que le fond de la matrice, on concevra facilement comment c'est, ensemble de difficultés, peut amener la rétention plus ou moins prolongée de l'arrière-saig.

— L'insertion ciliée des placentas est-elle une cause de rétention ? Il est tout à fait normal que le placenta soit dans la matrice.

— Nous croyons qu'il l'ont pourra rarement expliquer ainsi; c'est un accident. Cependant, il est généralement admis que l'insertion marginale devient une source de difficultés dans la délivrance à terme. A plus forte raison peut-il en être ainsi au début de la gestation. Ce mode d'insertion est désirable par rapport au mode d'action des fibres musculaires, qui prennent pour ainsi dire leur point d'appui en ce point de sorte que la surface sur laquelle s'insère le placenta ne subit pas la diminution d'étendue nécessaire pour amener le décollement.

Selon Rambaud (1), la contraction utérine, en appliquant l'une contre l'autre les faces antérieure et postérieure de la matrice; alors en bassement de la face fœtale d'une moitié du placenta sur la face maternelle de l'autre moitié le disque placentaire ainsi plié se trouve seulement fortement comprimé mais il n'est sollicité qu'en une façon assez décollement. Nous croyons bien faire de citer ici, d'après Rambaud, les résultats d'une autopsie pratiquée à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Fernel, à la suite d'un avortement dans le mois environ.

(1) Rambaud à l'Institut de Paris, en 1883.

Observation Première

Insertion vicieuse du placenta ; disposition du délivre, retenu
après la mort de la femme.

Le placenta est inséré sur le bord droit de la cavité utérine, de façon que les deux tiers du gâteau placentaire occupent une grande partie de la face postérieure de cette cavité, en arrivant fort près de l'orifice interne de la trompe droite, tandis que l'autre tiers occupe la partie droite de la face antérieure et le bord droit, au niveau duquel il présente un aplatissement et une dépression très marqués. L'utérus étant refermé, la face libre du placenta s'applique à elle-même, et c'est peut-être dans cette disposition de l'insertion placentaire qu'il faut chercher la cause principale de la rétention et de l'adhérence anormale. En bas, vers le col, le placenta s'insérait jusqu'à 6 centimètres de l'extrémité inférieure, mais à ce niveau une portion du placenta, longue de 5 centimètres, est décollée, et c'est en ce point que se faisait l'hémorragie qui a emporté la malade.

Par insertion vicieuse, il ne faut pas entendre seulement l'insertion marginale. Dans l'espèce, un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Riecke, d'Outrepont, Scanzoni, rangent dans le cadre des insertions vicieuses celles qui se font au niveau de l'ostium interne des trompes. Pour quelques-uns même, l'insertion marginale n'amènerait jamais la rétention. Dans l'autopsie que nous venons de rapporter, il semble qu'il en est ainsi, bien que l'auteur nous laisse croire que l'insertion du bord inférieur du placenta n'était pas très éloignée du col ; le bord supérieur, le

seul adhérent, est très rapproché de l'orifice de la trompe droite.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette cause, très rare, en somme, de la rétention. Une conclusion générale ressort de l'examen de ces faits : c'est que dans l'avortement, comme dans l'accouchement, le décollement et l'expulsion du placenta auront d'autant plus de facilité à se produire que l'action des fibres utérines agira plus directement sur lui.

Une disposition rare du placenta a été signalée, dans ces dernières années, comme pouvant amener la rétention. Nous voulons parler de cette forme de placenta connue sous le nom de *placenta succenturié* ou placenta à cotylédons séparés et épars. On conçoit que le décollement total d'un délivre ainsi conformé est difficile, surtout avant le terme normal de la grossesse. Après l'accouchement, il en est déjà ainsi, et l'exemple suivant, que nous copions dans la thèse de Rambaud, en est une preuve convaincante.

Observation II

Il nous souvient, dit Rambaud, que M. Pinard, suppléant M. le professeur Pajot, nous présenta un jour à son cours, le 6 juillet 1880, un placenta dont les cotylédons étaient dispersés et insérés sur tout le pourtour de l'œuf. La rétention de ce placenta l'avait obligé à l'extraire par l'introduction de la main. Le décollement, très laborieux et très pénible, avait dû être fait cotylédon par cotylédon.

Nous terminons ici ce que nous avions à dire des

causes anatomo-physiologiques de la rétention ; elles tiennent à la fois de l'état anatomique et aux fonctions physiologiques de l'utérus et de l'œuf pendant les premiers mois de la gestation.

Pour l'utérus, lutte de deux forces d'autant plus inégales que l'on se rapproche de l'époque de la conception. Le corps ne pouvant arriver à forcer le cœur, le délivre reste emprisonné. La faiblesse de la contraction amène un retard même dans le décollement de l'œuf.

De côté du placenta, différence de volume entre cet organe et le fœtus, dans les premiers mois, le délivre l'emporte ; il ne peut passer qu'au prix d'un déploiement de force considérable la où passe facilement l'embryon.

Enfin, l'insertion anormale du placenta, la dispersion de ses éléments sur une grande étendue, sont des causes de rétention qui, pour être plus rares, ne doivent pas moins attirer une sérieuse attention. Nous ferons remarquer que dans la plupart des cas produits par ce mécanisme, la rétention a surtout lieu par emprisonnement du délivre, presque jamais par suite d'une adhérence anormale à la paroi utérine.

6. CAUSES ANATOMO-PATHOLOGIQUES. — Dans ce paragraphe nous aurons à étudier les anomalies du travail de l'avortement qui peuvent contribuer à la rétention du délivre ; nous examinerons ensuite les altérations pathologiques de l'utérus et de l'œuf qui peuvent amener le même résultat, en déterminant des

causes suistomopathologiques de la rétention ; elles adhérances plus ou moins intimes de l'œuf avec la paroi utérine. Nous ne ferons qu'indiquer ici les altérations pathologiques, nous réservant de les étudier d'une façon plus exacte dans le chapitre suivant.

1^o *Anomalies du travail de l'avortement.*
Nous citerons ici la faiblesse des contractions utérines qui peut être absolue, et qui tient dans ce cas au développement incomplet des fibres musculaires qui peut être due à ce qu'elles sont intermittentes (Guéniot), ou bien encore à ce qu'elles agissent inefficacement. Dans ce dernier cas, nous trouvons le plus souvent un état abnormal de l'utérus.

Comme exemple de ce travail lent intermittent, nous rapporterons l'observation suivante :
Enfin, l'insérion suistomopathologique de la placenta, la disper-

tion de ses éléments sur une grande étendue, sont des causes de rétention d'un bon gré plus rares, ne doi-

Observation III.
Leurs lements durent au moins plusieurs semaines. Nous avons basé moins de 100 cas de suistomopathologie sur cette observation. Nous trouvons le travail intermittent et le travail en grêve de duree. L'œuf entier, inhabité et configuré comme un houchois de champagne.

Le 1^{er} décembre 1862, mon confrère le D^r X... me pria de lui donner un conseil sur l'état de son épouse, alors enceinte d'environ deux mois, et en travail de fausse couche depuis deux jours. Le repos horizontal et les lavements laudanisés étaient restés impuissants à arrêter, d'une façon durable, les contractions utérines et l'écoulement sanguin qui, dès le début, s'étaient manifestés en même temps.

Au toucher, je trouvai la matrice couchée presque horizontalement en latéroversion droite : le col, encore fermé,

était, en raison de son déplacement, très difficilement accessible ; du sang s'écoulait en faible quantité du vagin, et le rectum était rempli de matières dures et inégales. Malgré son tempérament nerveux prononcé, M^e X... conservait un état général très satisfaisant.

De telles conditions ne rendant pas la fausse couche inévitable, nous cherchâmes à la conjurer. Nous fîmes administrer d'abord un lavement laxatif; puis, après une abondante évacuation, plusieurs petits lavements fortement laudanisés. Le décubitus horizontal fut scrupuleusement gardé, etc. Malgré tout le travail continua. Le lendemain, 2 décembre, l'utérus s'était rapproché de sa situation normale ; le col, devenu plus accessible, était revenu vers l'axe du vagin et commençait à s'entr'ouvrir ; l'écoulement sanguin persistait comme les jours précédents, c'est-à-dire assez faible pour ne pas nous inspirer d'inquiétude immédiate. Mais ce qui surtout frappa vivement notre attention, c'est que, à partir de ce jour (le quatrième depuis le début des accidents), le travail offrit un caractère extrêmement remarquable d'intermittence quotidienne. Chaque soir, vers 2 heures 1/2, les contractions utérines surviennent avec une grande énergie, déterminent des douleurs atroces, déchirantes, dans les reins, le bas-ventre, les aines et les cuisses. Puis, vers 3 heures, c'est-à-dire après une durée de deux à trois heures, pendant lesquelles la matrice s'était contractée d'une façon non continue (avec des repos ordinaires de dix à quinze minutes), tout phénomène de travail cessait : les douleurs, l'agitation, l'écoulement sanguin, se suspendaient pour ne reparaître que le lendemain vers 2 heures du soir. Pendant ce long intervalle, la patiente reprenait sa gaieté habituelle ; elle conversait, mangeait et dormait presque comme en temps ordinaire.

Les mêmes intermittences se reproduisirent chaque jour, aussi longues et aussi accentuées, jusqu'au 6 décembre, où, vers 4 heures du soir, dans une crise violente de travail, le

produit de conception fut expulsé en entier, après quelques douleurs plus atroces encore que les précédentes. Depuis trois jours, l'œuf était devenu perceptible au doigt dans la cavité du col utérin. Toutefois, la veille même de la délivrance, j'en avais tenté vainement l'extraction au moyen de la pince à faux germe.

La masse recueillie était un œuf déformé, enveloppé de caillots fibrineux et dépourvu de tout vestige d'embryon. Il était composé d'un placenta et de membranes contenant un liquide clair. Le tout (œuf et caillots condensés à sa surface) était exactement configuré comme un bouchon de vin de champagne. Je ne remarquai pas de fragments membraneux qui pussent être nettement considérés comme étant des débris de caduque pariétale. Néanmoins, à partir de ce moment, tous les accidents de la fausse couche cessèrent, et les suites en eussent été très naturelles sans l'invasion, dix à douze jours plus tard, d'une névralgie horrible qui résista, pendant plusieurs mois, aux traitements les plus variés.

Quinze jours environ après le début de sa grossesse, M^{me} X... avait déjà éprouvé quelques accidents (perte sanguine légère, douleurs lombaires, etc.), qui s'étaient heureusement dissipés pour ne reparaître, avec plus de violence, que huit semaines plus tard. C'est à cette première atteinte qu'il convient sans doute de rapporter la mort de l'embryon et sa dissolution consécutive dans le liquide amniotique. (*Bull. gén. de thérap.*, t. LXXIII. 1867.)

La déviation de l'axe de la matrice peut ainsi amener la rétention. Duchateau (1) a le premier fait valoir cette raison : « Dans ce cas, dit-il, tout semble disposé comme dans la délivrance naturelle ; l'utérus se contracte et prend une forme globuleuse ; mais, en

(1) Duchateau. Th. de Paris. 1813.

faisant des tractions sur le cordon, celui-ci résiste et se déchire, même si l'on s'obstine à vouloir faire suivre le placenta. En plaçant la main sur l'hypogastre, on s'aperçoit que la matrice est oblique en avant, à droite ou à gauche. » M. Guéniot a fait la même remarque, et nous avons à rappeler la déviation utérine dans le chapitre que nous consacrons au diagnostic. Les déviations sont souvent le résultat du travail de l'avortement; quelquefois elles sont la cause, et nous n'avons qu'à citer ici la rétention de l'utérus gravide pour démontrer que souvent la cause même de l'avortement devient, en même temps, la cause de la rétention. Les contractions utérines ont beau être violentes, bien soutenues, le délivre est chassé dans un sens tel qu'il ne peut s'échapper au dehors. Hâtons-nous d'ajouter que le fait est rare, et que les déviations de la matrice ou les flexions de cet organe ne sont qu'à ajouter un obstacle de plus à ceux qui résultent déjà des conditions anatomiques normales de l'utérus et de l'œuf que nous venons d'étudier plus haut.

Nous ferons les mêmes observations en ce qui concerne les *contractions spastiques de la totalité ou d'une partie de l'utérus*. Nous ajouterons que ces états pathologiques de la matrice se retrouvent surtout après l'accouchement, et qu'il sera, en tout cas, fort difficile de leur attribuer une action exclusive sur la rétention après avortement. L'enchaînement, l'enkystement du délivre, sont dus surtout au resserrement anatomique du col, bien plus qu'au spasme de cet organe, et il serait bien difficile, en présence

de cet accident, de dire ce qui revient à la rigueur, ce qui revient au spasme du col. L'is même, en effet, se voit. Mais il est difficile d'assurer au travail de l'avortement dont M. Guéniot a démontré l'action qui doit nous intéresser davantage. Nous voulons "parler de la rapidité du travail". Celle cause de rétention n'avait pas échappé à Mauriceau. La rétention de l'arrière-faix est moins à craindre quand les douleurs ont préparé depuis longtemps le décollement de l'œuf, le ramollissement et la dilatation du col que quand le travail se déclare tout à coup. Levret fait aussi mention de cette rétention due à la sortie brusque du fetus. L'expulsion de l'arrière-faix tardera d'autant plus que la femme sera plus faible, qu'il y aura eu plus d'eau, que les sorties dans un délai plus rapproché de celle de la sortie du fetus, et que celui-ci aura été expulsé plus facilement. Il est inutile de multiplier les citations. Toute personne quelque peu versée dans la pratique obstétricale a fait la même observation, de sorte qu'on pourrait presque poser en axiome ceci : Expulsion du fetus brusque, délivrance retardée. Il en est ainsi après la version, par exemple, et encore plus souvent après l'application du forceps, et l'on sait qu'il est de règle d'attendre plus longtemps que de coutume après ces opérations pour pratiquer la délivrance. A plus forte raison, il est de même après l'avortement brusque ; le fetus ne tarde pas à suivre l'expulsion des deux écluses la matrice se trouve brusquement vidée. Lorsque les contractions reprennent, elles ont pour

but d'achever le décollement, qui est déjà commencé, mais qui n'est presque jamais complet; mais, quand cette opération est terminée, le col, déjà reformé, s'oppose au passage du délivre; un nouveau travail, long, difficile, est dès lors nécessaire pour mener à bonne fin la délivrance.

2^e *Lésions pathologiques de l'utérus.* — Nous n'avons à citer ici que les tumeurs fibreuses de l'utérus, les autres maladies de cet organe portant surtout sur sa muqueuse, dont les affections se confondent si intimement pendant la grossesse avec celles du placenta. La tumeur fibreuse, si elle est sous-jacente au placenta, peut devenir une cause d'adhérence; mais le fait est trop rare pour que nous insistions.

3^e *Lésions pathologiques du placenta et des annexes.* — Ces lésions, quoique diverses et assez mal connues, ont pour effet principal d'amener des adhérences anormales du placenta ou des membranes avec la paroi utérine que les contractions ne peuvent surmonter même à terme. A plus forte raison en est-il de même après l'avortement. Nous devons dire immédiatement qu'elles sont très rares. Cependant, nous ne saurions admettre l'opinion de Baudelocque à ce sujet. Dans une lettre à un confrère, l'illustre accoucheur écrivait: « Le mot adhérence extraordinaire, disait-il, est commun dans la bouche des accoucheurs, quoique rien ne soit plus rare; on masque son ignorance par ces deux grands

mois ; on explique par là tout ce qu'on ne peut pas comprendre faute de connaissances. Nombre de fois, j'ai été appelé pour des placentas très adhérents qui n'étaient même pas retenus par la plus faible contraction du col de la matrice. » Il ajoute que la véritable adhérence est tellement rare que c'est à peine si un accoucheur en rencontre un cas dans sa pratique.

Baudelocque s'avance trop, quand il est aussi affirmatif. Les adhérences ne sont pas aussi rares qu'il veut bien le dire, et nous serons obligé d'en tenir compte ici. Mais si aujourd'hui le cas est généralement admis, les auteurs sont loin d'être d'accord sur la manière dont se font ces adhérences.

Nous ne pouvons ici faire une description détaillée des diverses lésions du placenta et des annexes. Nous serons obligé de les décrire succinctement, en indiquant leur influence sur la délivrance, et nous résumerons en même temps les principales opinions.

Un grand nombre de théories ont été émises pour expliquer les adhérences du placenta ; nous les examinerons rapidement.

Pour M. Guéniot (1), les adhérences anormales seraient dues non à un travail pathologique spécial, mais à l'absence d'un phénomène naturel ou d'un travail physiologique. Il fait remarquer qu'il se produit normalement un travail préparatoire à la séparation du placenta d'avec la matrice.

(1) Guéniot. Leçons sur les adhérences anormales. (Gaz. des hôpitaux. 1874.)

On peut expliquer ainsi un grand nombre d'adhérences à la suite de l'avortement; nous les avons admises plus haut dans le paragraphe relatif aux états anatomo-physiologiques de l'œuf. Mais toutes les adhérences ne peuvent s'expliquer ainsi, et les lésions pathologiques doivent entrer en ligne de compte. Nous les décrirons dans le chapitre suivant; ici nous rappellerons les diverses théories des auteurs.

La théorie la plus ancienne est celle de Brachet, qui faisait jouer le plus grand rôle à l'inflammation; elle a été admise par Dance, Simpson, d'Outrepont. Mais ces auteurs ne sont pas d'accord quand il s'agit de déterminer le siège précis de l'inflammation. Pour les auteurs les plus anciens, il y a placentite fœtale; pour les modernes, la muqueuse interutéro-placentaire seule serait susceptible de s'enflammer. Sous l'influence inflammatoire, il se ferait un exsudat de lymphé plastique entre les deux placentas (Simpson), des épanchements apoplectiques (Braun); les caillots pourraient s'organiser, devenir fibrineux (Stoltz). La théorie de l'inflammation est admise par Meyer, qui la fait provenir des cellules de la sérotine et le plus souvent de la tunique adventice des artères fœtales. Il se produit un tissu conjonctif jeune qui s'étend à l'intérieur, entre les cotylédons du placenta, dont il amène, par la suite, la rétraction et le ratatinement.

M. Charpentier admet aussi l'inflammation, mais il y ajoute la sclérose ou transformation fibreuse des cotylédons. C'est là une opinion éclectique qui tend à rapprocher deux théories qui de prime abord avaient

été étayées l'une contre l'autre : celle de l'inflammation, dont nous venons de donner un léger aperçu, et celle enseignée dès 1854 par le professeur Robin.

Pour ce dernier, la lésion principale et unique siège dans les villosités ; elle consiste dans la transformation fibro-graissante de la villosité, transformation qui s'opère normalement au niveau des villosités choriales en rapport avec la caduque réfléchie, mais qui dans quelques cas s'étend aux villosités placentaires elles-mêmes. Quelquefois le pourtour du placenta (un cercle de cotylédons concentriques au hile) se trouve pris de sclérose. Pour Robin, l'inflammation n'est pas nécessaire : la sclérose est primitive ; ce n'est qu'à la suite qu'on observe des épanchements sanguins, des caillots apoplectiques, etc. Nous n'avons pas à discuter ici ces diverses opinions ; nous ferons remarquer seulement que l'avortement étant souvent produit par des traumatismes, par des maladies de la caduque, par des métrites, des endométrites, etc., il arrive dans un grand nombre de cas que l'inflammation doit jouer un rôle prépondérant. La cause qui provoque l'interruption de la grossesse, souvent en amenant la mort du fœtus, devient après l'expulsion la cause de la rétention.

En ce qui concerne les maladies de la caduque, nous ferons remarquer que l'inflammation de cette muqueuse peut amener trois résultats bien différents. Selon Hegar, il peut se produire une atrophie qui porte sur les trois caduques ou sur l'une ou sur l'autre. Dans le premier cas, pas d'adhérence ; donc, il est inutile de

nous en occuper ; si la caduque réfléchie, seule, est atrophiée, les villosités peuvent se greffer directement dans toute la caduque vraie, et il en résulte un placenta étalé cause de rétention. Cette formation anormale se produira surtout quand la sérotine elle-même aura été atteinte par le processus atrophique.

Il peut se produire, au contraire, une hypertrophie des éléments de la muqueuse ; cette hypertrophie, qui amène en quelque sorte l'étouffement des villosités vasculaires, n'a aucun intérêt pour nous.

Mais quelquefois il se fait dans la caduque des extravasats sanguins, et cela aussi bien dans la caduque vraie que dans la caduque réfléchie ou dans la sérotine. Si la rétention de l'œuf dure un certain temps après la mort de l'embryon, qui est inévitable dans ce cas, les caillots peuvent subir des transformations, établir des liens solides entre la caduque vraie et les organes ovulaires ; la caduque, de son côté, est très épaissie, hyperplasiée, adhérente à la paroi utérine. L'ensemble de toutes ces lésions constitue ce que l'on a appelé la *môle charnue*, dont l'expulsion peut être difficile et occasionner tous les accidents de la rétention du délivre normal.

Ainsi, deux opinions principales règnent encore aujourd'hui. L'une veut que l'adhérence ait une origine maternelle et l'explique par l'inflammation de la sérotine ; cette inflammation s'étend d'ailleurs à toute la caduque et devient cause de l'adhésion des membranes ou tout au moins du chorion. L'autre veut que l'adhérence ait une origine ovulaire et l'explique

par une altération des villosités, qui prennent un développement anormal et se creusent des anfractuosités dans la muqueuse utérine, tellement sinueuses et profondes que le muscle utérin ne parvient plus à les déloger.

On peut, ce nous semble, adopter l'opinion éclectique de M. Guéniot, et dans toute lésion de ce genre faire la part de l'une et de l'autre théories.

Nous admettons donc que l'inflammation amène une adhérence solide de l'œuf, et ce n'est que de cette manière que nous pouvons expliquer les rétentions qui se manifestent à la suite d'un avortement causé par le traumatisme ; nous admettons, d'autre part, que la villosité hypertrophiée peut amener le même résultat. Dans ce dernier cas, l'adhérence est plus tenace incontestablement, non seulement parce que la villosité s'est creusé des cavités d'insertion plus ou moins profondes, mais parce que la muqueuse utérine réagit à son tour, et qu'il se produit une inflammation consécutive qui augmente encore la cohésion.

En ce qui concerne le placenta fœtal, nous pouvons rencontrer les altérations suivantes, qui siègent sur les villosités :

1^o *L'altération fibreuse des villosités*, qui est caractérisée par l'oblitération fibreuse de la cavité des villosités placentaires, qui deviennent imperméables au sang fœtal. Cette oblitération peut avoir lieu avec ou sans dépôt de granulations graisseuses dans les parois propres des villosités. En même temps que cette production conjonctive, les dimensions des villosités

peuvent être stationnaires ou diminuer ; dans quelques cas, au contraire, elles s'accroissent. Ce dernier fait doit surtout nous intéresser ; à lui seul il nous explique comment l'altération fibreuse peut amener l'adhérence et pourquoi elle ne l'amène pas toujours.

2° *L'altération grasseuse et caséeuse des villosités*, qui, selon Robin, est la transformation ultime de la villosité devenue fibreuse. En elle-même, cette déviation pathologique ne nous intéresse guère, puisqu'elle n'est qu'une transformation de l'altération précédente.

3° *L'altération calcaire des villosités*, reconnue depuis longtemps, mais sur le siège de laquelle les auteurs restent divisés. L'altération envahit la totalité du placenta ou se présente sous une forme disséminée, de sorte que l'adhérence, quand elle existe, est totale ou seulement partielle.

4° *L'hypertrophie simple des villosités*, due à une hyperplasie de leurs éléments normaux et à l'œdème interstitiel. C'est là ce que certains ont appelé le myxome du placenta. Sous l'influence de cette altération, la villosité prend un aspect globuleux, vésiculeux. Pour M. de Sinéty, ce serait là le premier degré de l'affection connue sous le nom de môle vésiculaire.

5° *L'altération cystique des villosités* (môle vésiculaire) est souvent le complément de l'état précédent. Nous reviendrons, dans le chapitre suivant, sur cette altération, puisqu'il semble démontré aujourd'hui que la môle restée adhérente peut continuer à se

développer après l'expulsion de l'embryon. L'altération cystique des villosités constitue presque toujours une adhérence très solide. Quand l'élimination se produit, elle donne lieu à des hémorragies redoutables, et comme l'expulsion se fait souvent par fragments, il arrive que quelques vésicules sont retenues et donnent lieu à des accidents de putréfaction.

Telles sont les principales altérations de l'élément constitutif du placenta foetal, qui toutes, à un degré plus ou moins grand, peuvent amener l'adhérence de cet organe. Si nous ajoutons qu'elles peuvent exister concurremment avec l'hémorragie ou la thrombose placentaire, avec la congestion de cet organe, avec l'apoplexie placentaire, nous aurons donné une idée suffisante des altérations nombreuses qui peuvent être classées dans l'étiologie de la rétention par adhérence. Enfin, ces altérations sont souvent sous la dépendance de la syphilis et quelquefois de l'albuminurie, ce qui donnera encore plus d'étendue à ce cadre étiologique.

On a signalé encore l'influence de l'hydrorrhée sur la production des adhérences placentaires (C. Braun, Hegar). Il y a lieu de se demander s'il n'y avait pas là une simple coïncidence seulement.

Développer outre mesure ce paragraphe consacré aux altérations placentaires serait sortir du cadre qui nous est tracé. Nous terminons ici la nomenclature des causes pathologiques de la rétention.

c) CAUSES EXTRINSEQUES. — Sous ce titre nous

réunissons ici les influences extérieures au système génital. Nous ne ferons que mentionner la *rétention d'urine*, qui peut amener la suspension des douleurs ou la compression, la déviation de la matrice. Il est inutile d'insister sur la futilité de cette cause, qui semble avoir préoccupé certains auteurs plus que de raison. L'*intervention maladroite ou irréfléchie* de l'accoucheur est bien plus capable d'amener les accidents de la rétention. Ainsi, que penser de celui qui, dans un avortement, pratiquerait la *rupture artificielle des membranes*? N'est-ce pas là ce qui fait souvent la gravité exceptionnelle de l'avortement criminel?

L'administration de seigle ergoté est une cause réelle de rétention.

C'est ici qu'il faut se rappeler la phrase aphoristique du professeur Pajot: Jamais d'ergot quand il y a quelque chose dans l'utérus! On ne saurait trop s'élever contre cette pratique. Si elle est dangereuse dans l'accouchement, elle peut avoir des conséquences terribles dans l'avortement. Nous donnerons, comme exemple, l'observation suivante, qui s'applique à un accouchement; mais les accidents de l'avortement sont identiques.

Observation IV

(Professeur PAJOT)

Administration intempestive d'ergot. — Délivrance impossible à pratiquer. — Infection putride. — Mort.

Il y a quelque deux ou trois ans, je fus appelé, à 8 heures du soir, dans la rue de l'Ouest, pour délivrer une femme que

son médecin avait accouchée le matin vers 4 heures. A mon arrivée auprès de la malade, ce médecin me raconta qu'une demi-heure après l'accouchement, qui avait été très normal, du reste, il avait opéré des tractions pour faire la délivrance, et que le cordon s'était rompu. Redoutant pour l'accouchée les manœuvres manuelles, il lui avait administré 2 grammes d'ergot de seigle, en quatre paquets, à deux reprises différentes, et, malgré ce moyen, disait-il, le placenta n'avait pas été expulsé. J'introduisis deux doigts dans le vagin, et je trouvai l'utérus et le col fortement contractés. L'orifice était complètement fermé ; il n'y eut pas possibilité d'introduire un seul doigt dans la matrice.

Je prescrivis des lavements laudanisés, comme j'ai l'habitude de les formuler, c'est-à-dire :

1^o Lavement avec eau froide, 150 grammes, que la malade rendra ;

2^o Un second lavement avec : laudanum de Sidenham, XV gouttes, eau froide, 60 grammes, que la malade gardera ;

3^o Frictions sur le col avec onguent belladoné.

Rien n'y fit, le col ne se rouvrit pas. Au huitième jour, la malade mourut d'infection putride.

Après l'avortement, si l'on tente de pratiquer *l'extraction immédiate du délivre*, on obtient souvent pour unique résultat de laisser dans la matrice une partie du délivre, ou tout au moins une grande portion des membranes. Quelquefois, en effet, le placenta est déjà décollé, les membranes ne le sont pas, et en attirant le délivre de force, elles se déchirent et restent d'autant mieux accolées aux parois utérines que rien ne les sollicite désormais à se décoller davantage. C'est là le résultat qui semble avoir été obtenu dans

l'observation suivante. Il est vrai qu'il n'a pas eu de fâcheux résultats.

Observation V

Avortement au cinquième mois. — Adhérence du placenta. — Extraction manuelle; expulsion spontanée de débris membraneux.

La femme E., âgée de 21 ans, avorte le 1^{er} novembre 1883, au terme de cinq mois. L'interne du service va, immédiatement après l'expulsion du fœtus, à la recherche du placenta. Cet organe, en partie décollé, est détaché avec la main et amené au dehors. Injections intra-utérines les jours suivants. Une grande partie des membranes restées dans l'utérus sont expulsées avec le liquide des injections. La femme, complètement rétablie, sort de l'hôpital le 10 novembre. (*Maternité de Beaujon.*)

Ainsi donc, au grand nombre des causes qui amènent la rétention du délivre dans l'avortement, nous devons joindre ces causes artificielles, sur lesquelles nous avons insisté quelque peu, car elles sont de celles que nous pouvons le mieux prévenir. Il suffit de ne rien faire.

Nous aurions voulu présenter ici à nos lecteurs quelques chiffres pour indiquer la *fréquence de la rétention*. Ceux que nous avons pu recueillir dans quelques auteurs ne suffisent pas pour établir un semblant de statistique. Nous ne ferons que les citer, comme présentant néanmoins un certain intérêt.

La rétention est assez fréquente, après l'avortement des troisième et quatrième mois, bien entendu. Nous

avons éliminé les avortements ovulaires ; nous savons aussi qu'aux cinquième et sixième mois, elle est beaucoup moins fréquente, les conditions du travail se rapprochant de celles que nous trouvons à la fin de la grossesse. Quant aux adhérences anormales, Swayne (1), contrairement aux observations de Barnes, Churchill, Johnson, qui regardent l'adhérence du placenta comme très rare (deux cas sur mille accouchements), a eu l'occasion de la rencontrer trente-sept fois sur cinq cent soixante-seize accouchements ou avortements. Il est vrai que dans l'espace de vingt ans il n'en avait observé que six cas.

L'accident, d'après le même auteur, serait plus fréquent chez les femmes aisées que chez les pauvres, plus fréquent aussi chez les multipares. Enfin, quelques personnes paraissent prédisposées au renouvellement de cet accident.

(1) Swayne. *Remarks on adhesion of the placenta.* (Brit. med. Journ. 1875.)

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'étudier : 1^o les modifications que subissent le placenta et les membranes retenus dans la cavité utérine ; 2^o les altérations locales de l'utérus résultant de la rétention. Mais, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le délivre est ou n'est pas adhérent ; de sorte que notre étude se divisera naturellement en deux parties. De plus, nous aurons à tenir compte ici, pour l'explication de certains phénomènes, de l'état antérieur de l'œuf ; les accidents ne présentent pas la même physionomie dans le cas où le fœtus était encore vivant et dans celui où sa mort a été la cause de l'avortement. Nous tiendrons encore compte des cas plus rares dans lesquels on a affaire à un œuf dégénéré. Enfin, nous terminerons par une étude rapide des transformations du placenta, de sa disparition, autant de points encore fort discutés aujourd'hui et sur lesquels nous ne

pourrons malheureusement pas apporter des documents bien nouveaux.

a) RÉTENTION DU DÉLIVRE SANS ADHÉRENCES. —

C'est le cas le plus fréquent, celui que l'on observe couramment au troisième ou quatrième mois. Le placenta et les membranes décollés restent enfermés dans la cavité utérine. Ici c'est la première classe des causes que nous avons décrites qui agit. L'utérus est trop faible pour forcer le col qui s'est reformé et dont l'orifice interne est le plus souvent contracturé. Le premier effet de ce genre de rétention est d'amener peu à peu une déformation de la masse placentaire ; le tissu de cet organe est comme ramassé, tassé et sensiblement décoloré, de sorte qu'au moment de l'expulsion, il représente la forme de la cavité utérine. Quelquefois, chassé à moitié de la cavité utérine, il présente une dépression circulaire produite par la contracture de l'orifice interne. Mais il faut quelque temps pour que ces déformations se produisent, et quand le placenta est décollé, un phénomène bien plus important ne tarde pas à se manifester : c'est la putréfaction.

Tout se trouve réuni ici pour amener rapidement la décomposition du délivre : l'air pénètre dans l'utérus, y rencontre des caillots sanguins, des organes sans vie, humides, plongés dans un milieu à température élevée ; aussi la putréfaction marche-t-elle à grands pas, et le premier symptôme de cet état est l'écoulement de lochies fétides. Les membranes et le placenta

se désagrègent peu à peu, les masses connectives d'abord, le parenchyme et le tissu fibreux ensuite, et alors l'expulsion peut se faire par fragments; dans d'autres cas, la masse reste cohérente pendant un temps plus ou moins long.

Il n'est pas rare, dans ces cas, de voir survenir des phénomènes inflammatoires du côté de l'utérus ou des organes voisins; mais la réaction se borne encore à un peu de fièvre avec une hémorragie de temps à autre. Il n'y a pas d'infection encore, mais elle est imminente. On a admis que, dans ces cas, l'altération était comparable au rancissement des graisses; il s'agirait de décomposition chimique; tout le phénomène se bornerait à la production d'acaloïdes à odeur très pénétrante, et il n'y aurait pas encore de microbes fermentatifs. Mais les choses vont généralement plus loin, et le signe révélateur du danger est l'apparition de lochies séro-sanguinolentes, noirâtres, couleur lie de vin, qui renferment généralement des fragments du délivre. La fétidité est alors à son maximum. Les lésions inflammatoires peuvent, non seulement envahir l'utérus, mais encore ses veines et ses lymphatiques et s'étendre jusqu'au péritoine. Les symptômes que nous décrirons plus loin ne laissent aucun doute sur la nature septique de la maladie.

Observation VI
(DEFONTAINE, interne des hôpitaux)
Débris de placenta resté dans l'utérus à la suite d'une fausse couche; suppuration de la trompe.— Péritonite.

La nommée S..., femme G..., âgée de 34 ans, entre, le 20

mars 1880, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Fernet.

Elle a été prise, le 14, de vomissements qui ont persisté les jours suivants et sont devenus verdâtres le 16 ; ce même jour, elle a commencé à souffrir du ventre ; ces symptômes, survenus sans cause appréciable pour elle, ne faisant que s'aggraver, elle entra à l'hôpital, où l'on put constater l'état suivant : fièvre modérée, 38°, 38°, 5° ; ventre saillant, tendu, douloureux à la pression, surtout à la partie inférieure, mat au-dessous de l'ombilic ; langue chargée, un peu sèche ; constipation ; intégrité du cœur et des poumons ; pas d'albuminurie ; le toucher rectal et le toucher vaginal ne donnent que des résultats négatifs.

Le diagnostic de péritonite pouvait être porté, et il fut confirmé par l'évolution ultérieure des accidents ; mais, lorsqu'on voulait chercher à en reconnaître la cause, on était en présence d'une difficulté bien plus grande, puisque rien, ni dans les antécédents de la malade ni dans son examen, ne venait indiquer de quel côté siégeait le point de départ de cette complication. Les jours suivants, les vomissements grisâtres fétides se reproduisirent, l'état de la malade s'aggrava rapidement, et le 26 elle mourut.

Autopsie. — On trouva une péritonite suppurée généralisée. Tous les viscères, examinés successivement, n'avaient pas fait découvrir la cause de cette péritonite. Mais l'utérus, un peu plus gros et plus mou qu'à l'état normal, présentait, sur la surface postérieure de sa cavité, près du fond de l'organe, une saillie arrondie de la grandeur d'une pièce de un franc, fendillée et mamelonnée à sa surface, semblant faire corps avec la muqueuse. Les trompes, surtout la gauche, étaient distendues par du pus que l'on pouvait faire facilement sortir par leur orifice péritonéal en exerçant une légère pression. Il n'y avait ni phlébite ni lymphangite. Les trompes avaient donc été le lieu de passage des produits septiques

de la cavité utérine à la cavité péritonéale. Quant à la production morbide qui avait été le point de départ des accidents, était-elle un néoplasme, un épithélioma développé sur la muqueuse? Etait-elle un débris du placenta, résultant d'une fausse couche qui serait passée inaperçue de la malade ou qu'elle n'aurait pas voulu avouer? L'examen microscopique de la pièce, fait par M. Mayer, confirme pleinement cette dernière hypothèse. (*Progrès médical*, 1880.)

En résumé, le placenta et les membranes décollés mais retenus dans l'utérus se montrent sous deux états: le tassement dans les cas de rétention peu considérable, et la putréfaction, qui évolue rapidement. La réaction de l'utérus est plus ou moins violente, elle subit une marche croissante.

Le moment où se déclare la putréfaction est variable; généralement elle commence à se manifester dans les vingt-quatre heures; mais il est un point sur lequel nous sommes parfaitement fixés: quand le fœtus est mort depuis longtemps, quand, par conséquent, le délivre a subi cette imbibition spéciale qui le caractérise alors, quand, enfin, il se décolle facilement, ce qui indique qu'il est bien mort, la putréfaction s'établit avec une rapidité inouïe.

Il faut donc tenir bien compte des circonstances dans lesquelles on observe. Comme on le voit, la simple rétention sans adhérence de l'œuf n'a rien de bien intéressant au point de vue anatomique. Au point de vue des symptômes et du pronostic, il est loin d'en être de même, comme nous le verrons plus loin.

Ici se présente un cas mixte, que nous plaçons

dans ce paragraphe parce qu'il a les plus grandes analogies avec le précédent. C'est *l'adhérence partielle* du délivre. Une partie du placenta, toutes les membranes ou une grande partie se sont décollés, un ou plusieurs cotylédons restent encore adhérents.

Les modifications anatomiques seront absolument les mêmes. La putréfaction atteint les points décollés et respecte ceux qui sont adhérents : « Si le placenta se détache peu à peu, dit Jacquemier (1), la décomposition putride s'empare successivement des portions décollées, et lorsqu'à la fin il est expulsé, il présente des parties plus ou moins fraîches et d'autres dans un état de putréfaction plus ou moins avancée. »

Enfin, il peut arriver que lorsque le placenta est expulsé, des fragments de membranes restent encore dans l'utérus et continuent à se décomposer. Généralement cette rétention partielle n'a pas grande importance ; elle est due, dans beaucoup de cas, à ce que l'accoucheur s'est trop hâté d'extraire le placenta ou à ce que l'expulsion de celui-ci s'est faite trop rapidement. Les membranes peu résistantes et déjà atteintes dans leur texture intime se déchirent et restent retenues dans le col ou même dans le corps de l'utérus. Ce mode de rétention, fréquent après l'accouchement, est assez rare après l'avortement. Cependant, plus loin, nous en verrons d'autres cas dont le mécanisme est différent.

(1) Jacquemier. Manuel des accouchements. 1840.

Observation VII

Avortement au troisième mois. — Rétention partielle des membranes

La femme L..., âgée de 37 ans, mère de trois enfants, entre à l'hôpital Beaujon, le 3 novembre, à 8 heures du soir. Le matin, à 11 heures, étant occupée à repasser, elle avait été prise d'une hémorragie abondante, suivie d'avortement. Injections utérines chaudes, qui font cesser l'hémorragie. L'utérus paraît vide.

Le lendemain matin, en lui faisant une injection intra-utérine, il sortit de l'utérus un caillot et un grand lambeau de membranes ; le soir, un nouveau caillot, plus volumineux que le précédent, fut expulsé, ainsi qu'un fragment de membranes. Le tout était très fétide. Pendant six jours, on pratiqua deux injections intra-utérines et de nombreuses injections vaginales. La température resta élevée pendant tout ce temps (38°), ensuite elle redevint normale. (*Maternité de Beaujon.*)

b) RÉTENTION AVEC ADHÉRENCES. — Nous avons examiné plus haut dans quelles circonstances le placenta et les membranes peuvent rester adhérents. Dans ces cas, l'expulsion est plus ou moins retardée ; il y a rétention prolongée le plus souvent. Le placenta alors reste à l'état frais ; on y reconnaît nettement sa structure ; seulement l'organe est plus tassé, moins gorgé de sang pâle ; il résulte de cette sorte d'expression de l'éponge placentaire que l'organe paraît plus petit, ratatiné ; il semble s'être atrophié, et cependant il n'en est rien. Quand la rétention a duré plusieurs semaines ou des mois, il subit néanmoins une alté-

ration singulière ; il est racorni, desséché et réduit à un petit volume ; il ressemble à un morceau de cuir. Il faut admettre que, dans ce cas, le placenta continue à vivre dans la matrice ; mais sa nutrition est très imparfaite ; elle se fait par une sorte d'imbibition analogue à celle de l'œuf villeux quand il arrive dans la cavité utérine. Il en résulte qu'au lieu de s'accroître, il reste stationnaire dans son développement, et même qu'il s'atrophie, ce qui est le cas le plus fréquent. Les membranes disparaissent le plus souvent dans ces circonstances, elles sont éliminées peu à peu ; leurs moyens de connexion avec l'utérus ne sont pas assez parfaits, et le processus atrophique les atteint bien avant le placenta.

Observation VIII

(Dr CHALLIER)

Rétention de quatorze mois. — Expulsion spontanée.

Au mois de mai 1857, je fus consulté par M^{le} C..., âgée de 25 ans. Cette jeune fille a une perte de sang peu abondante, mais continue depuis dix mois ; faiblesse et pâleur extrêmes, bruit de souffle, tous les symptômes d'une chloro-anémie excessive.

Toutes les questions sur les antécédents ne me donnèrent aucun renseignement sur la cause de cet état pathologique. La malade disait ne jamais avoir souffert du côté des organes génitaux, à l'examen desquels elle se refusait. Tous les autres appareils n'offraient rien de particulier ; on ne voyait, comme indication à remplir, que l'usage des toniques : le fer, le vin, la cannelle, le quinquina, furent prescrits. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora.

Au bout de quatre mois, quelques douleurs se manifestèrent tout à coup à la région sous-ombilicale. La malade accusa un sentiment de pesanteur et de resserrement dans le bas-ventre. Les organes génitaux furent enfin explorés. Les parties internes étaient molles, souples, un peu de sang s'écoulait par le vagin ; le doigt rencontrait le col dilaté en partie ; un corps assez mou y était engagé et faisait une saillie dans le vagin ; la matrice était volumineuse, dure, et des contractions se manifestaient. Peu à peu le corps s'engagea de plus en plus dans l'orifice sous l'influence des contractions, et au bout de quelques heures sa sortie fut complète.

D'un blanc sale, teint légèrement, très fétide, ce corps, assez régulièrement arrondi, était de la circonference d'une assiette à dessert à peu près, usé sur sa périphérie, se détachant assez facilement sur ses bords, assez épais et assez résistant à son centre ; il ressemblait, à l'intérieur, à de la viande cuite qu'on a laissée fermenter pendant quelque temps.

De distance en distance se trouvait, sur les bords, une matière blanchâtre et résistante, très semblable au tissu cellulaire mortifié de l'antrax.

La malade avoua alors qu'étant devenue furtivement enceinte, elle avait fait une fausse couche prématurée à six mois ; qu'à cette époque avait commencé la perte, qui dura quatorze mois, sans être accompagnée de la moindre gêne ni de la plus petite douleur.

Dès que le placenta, qui était resté pendant quatorze mois dans l'utérus, eut été expulsé, l'hémorragie cessa tout à fait, et la malade revint à une santé parfaite en très peu de temps. (Th. de Paris, n° 129. 1866.)

Enfin il est des cas dans lesquels une portion de placenta est seule retenue ; c'est un cotylédon qui

est resté, occasionnant à lui seul autant de désordre que l'œuf tout entier. Ce cotylédon se ratatine, se tasse et est expulsé, enfin, avec un cortège de symptômes qui sont loin d'être en rapport avec le volume du corps irritant. Quelquefois, au contraire, il continue à vivre et devient l'origine d'une affection curieuse, bien que contestée, connue sous le nom de polype placentaire. Nous examinerons ces cas plus loin.

Quelquefois on observe le développement normal du placenta, même dans les cas où *le fœtus était mort* depuis quelque temps : « La mort du fœtus n'entraîne pas fatallement celle de l'œuf, écrit M. Pinard (1). Quand la mort du fœtus ne réside pas dans les annexes, ceux-ci peuvent continuer à vivre jusqu'à l'époque de leur maturité, où, agissant comme véritables corps étrangers, il irritent l'utérus et provoquent des efforts expulsifs. » Si le placenta peut ainsi continuer à se développer après la mort du fœtus, il peut également vivre après l'expulsion de ce dernier.

Ainsi se trouvent ramenées dans le même cadre les adhérences qui suivent l'expulsion des fœtus vivants et des fœtus morts. Ici ce n'est plus comme dans le premier cas ; non seulement l'utérus fournit au délivre des moyens d'une existence précaire qui lui permettent de végéter en s'atrophiant, mais il lui fournit assez de matériaux pour favoriser son accroissement.

Dans les premières semaines de la grossesse, la séparation se fait généralement sans grands efforts,

(1) Pinard. Art. Fœtus, du Dict. encyclopédique.

mais elle se fait entre le chorion vilieux et la caduque. Il y a, en somme, rétention de cette dernière. Or, elle a subi, du fait de la grossesse, une excitation hyperplasique qui peut se continuer après l'expulsion.

C'est un cas de ce genre que nous avons retrouvé dans un auteur allemand.

Observation IX

(HEINRICH LEWY)

Une femme de 41 ans, réglée à 18 ans, accouche d'un enfant mort d'abord, puis de deux enfants vivants. Le dernier a cinq ans. L'année suivante, elle avorte sans cause connue. Elle avorte de nouveau l'année d'après, et cet autre accident est suivi d'hémorragies répétées. Depuis, les règles sont irrégulières et durent huit jours environ ; dans l'intervalle, pertes blanches très abondantes. La femme a des douleurs lombaires habituelles. Après différentes péripéties et une thérapeutique variée, la malade expulse, trois ans après le dernier avortement et un mois après une suspension des règles, une masse grosse comme une noix, qui, une fois débarrassée du sang qui la couvrait, fut reconnue comme étant un produit abortif.

Il se composait uniquement de la caduque vraie et donnait une image exacte de la cavité utérine. Il avait, en effet, la forme d'un sac à trois coins. La surface extérieure ou utérine était villose, ressemblait à une véritable fourrure ; l'épaisseur était de 3 millimètres. La face interne était semée d'excroissances polypeuses grosses comme un grain de millet, d'autres comme un pois. La plupart de ces polypes avaient un pédicule fin et délié ; quelques uns étaient sessiles ; plusieurs avaient une longueur de 5 centimètres.

Au microscope, on trouve de grosses cellules de diverses

formes, mais la plupart fusiformes, sur la face externe. La face interne et les polypes se composent de cellules plus petites, tassées les unes sur les autres ; leur forme rappelle celle des cellules normales de la decidua ; mais elles sont plus nombreuses et contiennent de gros noyaux et des nucléoles.

En somme, il s'agit ici d'une maladie hyperplasique de la caduque. (*Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, t. I. 1877.)

Aux troisième et quatrième mois, la caduque subit également une hypertrophie de cette espèce ; le sang afflue en grande quantité dans les sinus utérins, et l'imbibition du placenta est suffisante pour lui permettre non-seulement de vivre, mais de s'accroître d'une certaine quantité.

Enfin, il nous reste à dire ce que devient le *placenta dégénéré*. Nous avons vu, dans le chapitre précédent, que la môle vésiculaire restait le plus souvent adhérente ; c'est qu'elle a, en effet, avec la caduque et l'utérus même, des attaches très considérables. Les villosités hypertrophiées se creusent des loges dans le tissu utérin et arrivent quelquefois en contact avec le péritoine. M^{me} Boivin a cité un cas de rupture utérine due à la présence d'une môle. Nous n'avons pas à nous occuper de la signification pathologique de cette affection. Pour Virchow, et, depuis lui, Ercolani, Damascino, Cornil, Ranzier, se sont rangés à cette idée, elle est un myxome, dans les interstices duquel se trouve une certaine quantité de liquide. La môle retenue peut s'accroître. Quand l'expulsion se fait, il est rare qu'elle se fasse en bloc. Généralement une grande

partie de la masse dégénérée s'échappe, accompagnée de pertes sanguines abondantes ; mais les vésicules les plus profondes, celles qui se sont creusé des loges anfractueuses, ne sortent que peu à peu, et le plus souvent sous l'influence des injections intra-utérines. La réparation des parois utérines est toujours longue et accompagnée d'accidents graves.

Observation X

(Dr PINARD, professeur-agréé)

Môle vésiculaire.

Anna Jauliac, âgée de 29 ans, journalière, entre dans le service de M. Pinard, le 16 avril 1884, salle Ste-Anne, lit n° 23 ; elle a déjà eu un enfant en juin 1883. Pour la deuxième fois, elle ne voit pas reparaître ses règles, le 6 février et le 6 mars ; elle était donc enceinte de deux mois au mois de mars.

Le 18 mars, elle perd du sang ; cette perte se continue en quantité plus ou moins grande, régulièrement.

Le 15 avril, elle rentre, pour cette hémorragie, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Gouguenheim. — Application de compresses d'eau froide, et on fait passer la malade à l'hôpital Lariboisière.

Aspect bon, plus d'hémorragie. On trouve, au palper, une tumeur ovoïde, saillante, s'étendant dans la région médiane à un doigt au-dessus de l'ombilic. De chaque côté, les parois abdominales sont déprimées et font mieux ressortir la tumeur. Cette tumeur se délimite exactement ; elle est un peu déviée à droite. Elle est inégale, dure, mais perd par moments un peu de sa consistance. On ne peut distinguer en elle aucune partie fœtale. A l'auscultation, pas de battement,

mais perception d'un souffle assez intense étendu dans la région de la tumeur. Au toucher, on trouve le col dur, entr'ouvert de façon à permettre l'introduction dans l'orifice interne de la pulpe de l'index. Mais on ne peut pénétrer dans le canal cervical ; l'utérus est globuleux, mobile ; et l'on se rend compte que la tumeur n'est autre que l'utérus lui-même. Rien dans les culs-de-sac.

A 6 heures du soir, la malade éprouve des douleurs abdominales qui nécessitent une piqûre de morphine ; elle a des vomissements dans la nuit.

Le 17, vomit encore le matin.

*Traitemen*t. — Café, glace, sulfate de quinine, 0 gr., 25.

Le 18. Amélioration dans l'état général ; plus de vomissement.

Examen nouveau. — Utérus résistant, tendu, s'élève un peu au-dessus de l'ombilic ; pas de ballottement.

Auscultation. — On perçoit un souffle intense sur le bord gauche de l'utérus, isochrone au pouls de la mère.

Col dans la même situation ; doigt chargé de sang noir ; pas de ballottement vaginal.

M. Pinard conclut à l'existence d'une môle hydatiforme. Les jours suivants, état général amélioré ; mais toujours perdu du sang qui s'accumule dans le vagin.

22. Induration sur le bord droit de l'utérus.

24. Induration sur le bord gauche a remplacé celle du bord droit, qui n'existe pas.

29. Malade perd un peu plus. Dureté au niveau de la partie inférieure.

30. Vraies douleurs à 6 heures du soir, revenant par intervalles. Utérus contracté et dur ; pas de changement du col. Dans l'intervalle des contractions, on sent deux tumeurs dures : l'une, du volume d'un œuf, située à côté et à droite

de l'ombilic; l'autre, plus petite, située au-dessous et en dehors de la première. Ces douleurs, de nature hystérique, d'après M. Pinard, disparaissent d'elles-mêmes.

1^{er} mai. Malade va très bien.

3. Utérus augmenté de volume; souffle plus accusé.

4. Douleurs. Expulsion d'un gros caillot; hémorragie. Segment inférieur de l'utérus abaissé; col ramolli, mais non effacé. Expulsions de nouveaux caillots, accompagnés d'un écoulement de sang pur. Injection très chaude de la solution de biiodure de mercure.

À 9 heures, col effacé, orifice dilaté comme une pièce de 1 franc. Par l'orifice fait saillie une masse molle, inégale, donnant la sensation d'un placenta ou d'un caillot. L'hémorragie continue; tamponnement à 9 h. et demie. À 10 h. 50, les douleurs sont plus vives. On enlève le tampon; la femme expulse alors une masse considérable de vésicules de môle.

Ces vésicules ont les dimensions d'une tête d'épingle jusqu'à une fève. Les plus nombreuses sont de la grosseur d'un pois. Elles sont réunies en grappe et contiennent un liquide transparent, incolore, qui dans quelques vésicules est citrin et même brûnatte. Au milieu de ces vésicules est un gros caillot fibrineux. Pas de traces de fœtus. Poids de la môle, 700 grammes.

On fait immédiatement une injection intra-utérine, et on constate sur les parois de l'utérus l'existence de vésicules adhérentes. L'utérus revient sur lui-même; pas d'hémorragie.

Injections vaginales toutes les trois heures.

Le soir, nouvelle injection intra-utérine, qui expulse encore quelques vésicules; mais il en reste encore quelques-unes sur le col, trop adhérentes pour être détachées.

5. La nuit a été bonne. L'utérus petit, dur; pas d'hémorragie. Injections vaginales toutes les trois heures.

6. Pendant la nuit, sensation de froid au moment des injections. Le matin, pouls plus fréquent. Le ventre est

plat, l'utérus rétracté, mais il y a un peu d'induration avec de la sensibilité dans la fosse iliaque gauche. Une injection intra-utérine étant faite, il s'écoule un liquide rougeâtre contenant quelques débris.

*Traitemen*t. — 1^e Quatre sanguines dans la fosse iliaque gauche; sulfate de quinine, 0 gr., 50 matin et soir. Injections vaginales toutes les deux heures.

2^e Injection intra-utérine à 2 heures, qui expulse un caillot et quelques débris. T. 40°,3, pouls très fréquent, soif vive. Le ventre n'est pas développé, mais douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche.

3^e injection intra-utérine à 6 heures 50. T. 39°,2.

4^e — 10 heures. T. 38°.

5° — 4 heures matin.

Le 7. Etat général meilleur. T. 38°,3. Le pouls est moins

fréquent. Le ventre est aplati, indolore. On sent une légère induration au niveau de la fosse iliaque gauche. Ecoulement inodore, plus d'injections intra-utérines, plus de quinine. Injections vaginales toutes les deux heures.

Dans la matinée, diarrhée abondante ; à 4 heures, T. 37°,8.

Le 8, le mieux se maintient. Tumeur ovoïde, indolore, mobile, facile à déplacer, surtout en haut, dans la fosse iliaque gauche. Utérus rétracté à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Le 9, la femme est tout à fait bien. La tumeur est considérée par M. Pinard comme un rein mobile.

Les jours suivants, le mieux continue ; la tumeur reste avec ses mêmes caractères.

Le 17, exeat, bien portante. (Maternité de Lariboisière.)

Pour être complet, il nous resterait à parler des placentas ayant subi les dégénérescences graisseuses ou calcaires; mais ils ne présentent, en somme, d'autre

intérêt que celui qui se rattache à leur dégénérescence même ; ils se comportent, suivant les cas, comme des placentas qui s'atrophient ou qui poursuivent leur développement normal.

Mais nous ne pouvons nous empêcher, avant de passer à l'étude des transformations du délivre, de définir l'état anatomique particulier de l'utérus à la suite d'une longue rétention.

Pour Simpson, les conséquences de la rétention sont considérables. Elle amène des changements profonds dans la texture anatomique de l'utérus. Il est fréquent d'observer l'hypertrophie du tissu utérin et l'élargissement plus ou moins permanent de la cavité de l'utérus. Il en résulte souvent des déplacements de l'organe. D'ailleurs, ces faits anatomiques coexistent le plus souvent avec des symptômes significatifs. Combien de femmes font dater leurs souffrances d'un avortement plus ou moins compliqué survenu dans les premières semaines de la grossesse.

A la suite des mûles, qu'elles aient persisté plus ou moins après l'expulsion de l'embryon ou après la mort de celui-ci, on a vu quelquefois le tissu utérin comme disséqué par les vésicules ; les fibres étaient dissociées, grêles ; le tissu musculaire avait été mangé, pour ainsi dire, par l'organe dégénéré, de sorte que de tout l'utérus on pouvait dire qu'il n'était resté que la tunique péritonéale. (Krieger.)

c) TRANSFORMATIONS DU DÉLIVRE. — Le délivre adhérent à la paroi utérine peut subir de telles trans-

formations, que souvent il ne peut être reconnu qu'en examinant la texture intime de certaines productions pathologiques. Ainsi le placenta le plus normal pourrait se transformer en *môle hydatique*. Burns rapporte le cas suivant:

Observation XI

M. Angus m'a communiqué un cas dans lequel, vers le troisième mois, le fœtus fut expulsé; mais le placenta fut gardé et converti en hydatides. Cela n'empêcha pas la femme de redevenir enceinte, et le produit de la deuxième conception, sain en apparence, sortit en même temps qu'une grande quantité d'hydatides, et fut accompagné d'une grande hémorragie.

Ainsi, la môle vésiculaire cause de rétention peut en devenir une conséquence.

C'est dans des cas de ce genre surtout que la môle prend un développement extraordinaire, et que l'on observe cette dissociation des fibres utérines dont nous avons parlé plus haut.

Les *polypes placentaires* sont une des plus curieuses productions que l'on puisse trouver à la suite de la rétention. Admis par Schröder (1), par Myschkise (2), par Velpeau et Kiwisch, ils ont été

(1) Schröder. Über fibrin. und placentar Polyp. (Scandinav. Beiträge. Bd. VII. 1873.)

(2) Myschkise. Endometr. déciduialis patholog. anat. (Dissertation. 1878.)

signalés sans contestation par M. de Sinéty (1) dans la deuxième édition de son livre. Etudiés avec soin par Frankel (2), ils ont fait l'objet d'une monographie parue en 1880 et due à la plume de Maslowsky (3). Ce dernier en admet trois espèces : 1^o Des hématomes placentaires formés par des caillots siégeant au niveau de l'insertion placentaire ; 2^o des polypes placentaires résultant certainement d'une contraction insuffisante de toute la région sur laquelle s'insérait le placenta ou une de ses parties (atonie utérine partielle) ; 3^o des polypes placentaires au sens le plus strict du mot, dus à la rétention du placenta ou d'une de ses parties. Ces derniers seuls nous intéressent. Ils sont dus à la rétention qui a déterminé une inflammation chronique de la caduque sérotine avec altération régressive des villosités (endométrite déciduale placentaire chronique). Le tissu conjonctif interposé aux villosités forme un lien solide entre ces dernières et la paroi utérine, de sorte que les contractions utérines ne peuvent triompher de cet obstacle, et qu'une partie du tissu placentaire reste dans la cavité utérine en union organique intime avec l'utérus. Ces polypes présentent les mêmes symptômes que les polypes fibreux (hémorragies répétées, contractions douloureuses, etc.). Maslowsky admet que cette production peut se former

(1) De Sinéty. *Traité prat. de gynécologie*. 1884.

(2) Frankel. *Beitrag zur Lehre von fibrinösen Polypen*.
(*Arch. f. Gyn.*, t. II. 1871.)

(3) Maslowsky. *Etude sur les polypes placentaires*.
(*Ann. de gyn.*, t. XIV. 1880.)

même avant le troisième mois par rétention du tissu décidual. (Voir obs. XI.)

Des observations de polypes placentaires ont été publiées par Lizé, Saxinger, Jacquet. Nous empruntons à Baër une observation de ce genre d'affection que voici :

Observation XII

(BAER)

Polype placentaire simulant une tumeur maligne.

Femme âgée de 35 ans, mariée, a eu deux enfants à terme ; le dernier est âgé de 12 ans. Depuis, elle a eu plusieurs fausses couches, mais elle a néanmoins joui d'une bonne santé. Sa mère est morte à l'âge de 58 ans d'un cancer utérin. Dans les derniers mois, les règles ont été plus fréquentes et plus abondantes, accompagnées de douleurs expulsives ; dans l'intervalle, écoulement fétide, pâleur de la face, émaciation prononcée. Elle ne voulut se laisser examiner qu'au mois de juillet, après une perte plus abondante, accompagnée de vives douleurs.

Le col est normal, mais le corps de l'utérus est deux fois plus volumineux et un peu plus mou qu'à l'état normal.

L'hémorragie fut arrêtée au moyen de l'ergot de seigle. Symptômes de septicémie : frissons, chaleur, T. 104 F., abdomen tympanisé et douloureux au palper.

Le 23 septembre, on introduit deux tentes dans le canal cervical ; elles y sont laissées pendant vingt-quatre heures. Augmentation de la violence des symptômes. Lorsqu'on les retire, on trouve à l'orifice du col une masse friable qui paraît être de nature maligne. Une diarrhée colliquative intense diminue les forces de la malade, au point qu'elle ne peut rien

prendre, si ce n'est encore les remèdes nécessaires pour arrêter la diarrhée et prévenir le collapsus.

Le 23, T. 103° F., pouls rapide et petit ; estomac irritable, rejetant tout ; abdomen tout à fait souple, relâché ; aspect cachectique.

Administration d'éther. L'utérus est rétroversé et adhérent au cul-de-sac de Douglas ; le col est rigide et à peine béant. En présence de la péritonite, il fut résolu d'essayer de vider l'utérus de son contenu sans attendre une dilatation plus complète ; il y avait surtout à craindre la rupture des adhérences et les accidents inflammatoires consécutifs.

En conséquence, j'introduisis la chaîne d'un écraseur, et ce ne fut pas sans peine que je pus lui faire traverser l'orifice utérin et lui faire embrasser la tumeur. Le pédicule fut tranché ; la tumeur, saisie avec une pince, put être extraite.

On put alors reconnaître au toucher que l'implantation de la tumeur se faisait en arrière vers le fond de l'utérus ; le moignon fut fortement cautérisé au moyen de l'acide nitrique ; on plaça des suppositoires opiacés, etc. La convalescence fut rapide.

La masse extraite ainsi était excessivement molle et friable. Au microscope, on put constater la ressemblance de ce tissu avec le parenchyme placentaire ; on vit clairement les villo-sités caractéristiques de cet organe. (Am. J. Obst., N.-Y. 1885.)

d) EXFOLIATION INSENSIBLE DU PLACENTA. —
Nous en arrivons à parler ici d'un phénomène des plus curieux en apparence, qui a exercé la sagacité de tous les observateurs et qui a donné lieu à des théories qui, jadis, semblaient accréditées par les faits, mais qui, aujourd'hui, sont tombées devant une explication plus rationnelle. Nous voulons parler du phénomène décrit au commencement de ce siècle sous le nom

d'absorption du placenta. Avant d'entrer dans la discussion des faits, quelques lignes d'histoire ne seront pas, croyons-nous, tout à fait inutiles.

Guilleméau paraît avoir, le premier, admis la possibilité de ce phénomène. Il s'agissait d'une femme qui, à la suite d'une fausse couche, ne fut pas délivrée, devint enceinte quatre mois après et accoucha à terme. Le fait de Guilleméau n'attira pas l'attention, et ce fut à partir de 1803 que Nœgélé publia une série d'observations (au nombre de quatre) de disparition du délivre, et en tira la conclusion que : des placentas restés dans l'utérus après des fausses couches, ou des portions de délivre, même volumineuses, restées adhérentes après des accouchements à terme, n'ont été expulsées ni sous forme solide ni sous forme liquide, et cela sans que les femmes en aient éprouvé le moindre trouble dans leur santé.

Le fait en lui-même paraissait exact, Nœgélé, en 1828, publia ses observations et attribua la disparition du placenta à sa résorption ou plutôt à son absorption. Cefut le terme adopté à cet époque. Nœgélé lui-même se montre d'une réserve exemplaire ; il termine son mémoire par ces mots : « Je suis loin de méconnaître combien il est facile de se faire illusion et combien il y a de difficultés pour se procurer des observations à l'abri de toute objection. »

Les objections ne manquèrent pas, en effet, et dès 1829, M^{me} Boivin (1) s'éleva contre la résorption.

(1) Boivin. Bibl. méd. 1829.

Sans mettre en doute la bonne foi de Nœgelé, elle discute ses observations et indique les modifications du placenta, telles que sa forme membraneuse, ses altérations gélatiniformes qui peuvent faire qu'il passe inaperçu.

Cependant l'absorption fut admise sans contestation par Velpeau, Maslieurat, Lagénard (1836), Villeneuve (de Marseille) (1837), Mordret (du Mans), qui publièrent de nouvelles observations. L'une d'elles, celle de Velpeau, que nous reproduisons ici après l'observation principes de Nœgelé, semble être à l'abri de toute objection.

Observation XIII

(NŒGELÉ)

La femme accoucha pour la première fois, du sixième au septième mois de sa grossesse. L'enfant vient au bout de quelques heures. Il y eut peu d'hémorragie. L'arrière-faix resta dans l'utérus. Le cordon ombilical s'est rompu à son insertion au placenta, quoique la sage-femme n'ait exercé aucune violence. Pendant quatre jours, il y eut des lochies peu abondantes avec quelques caillots de sang. La sage-femme a surveillé le cas pendant neuf heures sans interruption.

Observation XIV

(VELPEAU)

Enceinte de deux à trois mois, la malade était à peine sortie de la période dangereuse d'un érysipèle grave, qu'elle fut prise d'une perle et de tous les symptômes de l'avortement. Voyant que l'œuf, qui proéminait depuis deux jours à travers le col, dans le haut du vagin, n'avancait pas, je pris

le parti d'en rompre la coque. Le fœtus, ramolli et demi-putréfié, en sortit aussitôt; mais le reste du produit ne voulut pas céder. Je le laissai en place, espérant que l'action de la matrice allait se réveiller et que les annexes du fœtus ne tarderaient pas à descendre. J'enjoignis très expressément à l'élève de la salle, à la religieuse et à l'infirmière de surveiller la malade, de ne jeter aucun caillot, de me montrer tous les linges et de ne rien écraser. Or, cette femme, qui est retombée dans l'adynamie, que j'ai touchée chaque matin, n'a rien rendu de consistant. Le sang a promptement cessé de couler; le col s'est refermé complètement en trois jours. Elle a fini par succomber, et nous avons trouvé la cavité utérine parfaitement libre et entièrement saine.

Jacquemier (1) rappelant les prétendus faits d'absorption placentaire, conclut, à propos du cas de Vellepeau, en faisant ressortir la facilité avec laquelle un œuf abortif peut échapper à l'attention la plus vigilante. Cependant, il ne révoque pas le fait en doute et l'admet dans une certaine mesure: « La disparition du placenta par une espèce d'absorption, dit-il, se prête mieux à une interprétation rationnelle, lorsqu'il est resté adhérent et qu'il continue à vivre d'une vie obscure. Les changements survenus dans l'utérus, qui lui font rapidement perdre à lui-même son excès de volume, ne permettent plus au placenta d'y puiser une quantité suffisante d'éléments nutritifs; il tend graduellement à s'atrophier, et cette atrophie est encore favorisée par la compression qu'exerce le retour de l'utérus sur lui-même. » Cette action mécanique de l'utérus sur le pla-

(1) Jacquemier. Manuel d'accouchements. 1840.

centa n'est plus un phénomène d'absorption, c'est une nouvelle explication donnée par Jacquemier qui nous mène tout doucement aux explications modernes.

Hégar (1), en 1862, fait l'examen de ces divers cas et les divise en deux catégories : 1^o Ceux dans lesquels on n'a observé aucun écoulement, soit sanguin, soit séreux, soit purulent ou putride qui aurait pu entraîner le placenta ; 2^o Ceux dans lesquels il y a eu écoulement plus ou moins abondant et plus ou moins persistant de liquides sanguinolents de nature putride. Ces derniers cas ne peuvent être considérés comme des faits d'absorption ; quant aux premiers, ils paraissent présenter à Hégar quelques garanties. Il les admet, mais en exprimant quelques doutes. En tout cas, il admet la possibilité de la résorption, mais croit qu'elle ne sera démontrée que lorsque des faits nouveaux et plus probants auront été publiés.

En 1868, M. Garimond, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, s'est occupé, à son tour, de cette question litigieuse, et nous jugeons qu'il l'a traitée et discutée avec un rare bonheur. Après quelques lignes consacrées à la description anatomique et physiologique du placenta adhérent, description à laquelle nous avons beaucoup emprunté, il en arrive à admettre les trois modes d'élimination suivants :

« 1^o L'adhérence cède au bout de quelques jours, quelques semaines, et l'expulsion a lieu en masse et en une seule fois. »

(1) Hégar. *Placenta-retention*. Berlin. 1862.

« 2° L'adhérence persiste. Des portions de placenta subissent une sorte de décomposition qui devient putride ; elle s'étend de proche en proche, et bientôt l'arrière-faix est expulsé sous forme de matières demi-liquides, putrides, mêlées à des parties d'organes parfaitement conservées. La résorption peut avoir lieu ; elle est putride, bien rarement purulente. »

« 3° L'adhérence persiste, mais la décomposition des parties ne se fait pas brusquement ; elle n'a lieu que très lentement ; elle n'atteint pas le placenta maternel, dont les éléments liquides et solides sont résorbés. Le reste de l'organe se détruit et est expulsé molécule à molécule, sans résorption comme sans danger pour la femme (1). »

Nous reproduisons ici une des deux observations publiées par M. Garimond à l'appui de son travail.

Observation XV

(D^r GARIMOND, professeur agrégé)

Cas d'exfoliation insensible du placenta.

Une femme habitant près de Montpellier s'est mariée à un âge avancé, à 40 ans. Neuf mois après, elle devient enceinte ; bientôt des pertes fréquentes se déclarent ; mais cette femme, ne tenant aucun compte d'une hémorragie qu'elle croyait normale chez les personnes enceintes, continue à se livrer à ses occupations ordinaires. Elle était grosse de trois mois lorsqu'elle vint, en voiture, à Montpellier, et se rendit immé-

(1) Garimond. Du Placenta adhérent et de son élimination spontanée. (Montp. méd., t. XX. 1868.)

dialement à un établissement de bains. Elle ne fut pas plutôt entrée dans l'eau qu'une perte considérable se déclara et que l'on fut obligé de la transporter à son habitation de la ville. Dès mon arrivée, je constatai la présence de l'embryon au milieu de caillots de sang remplissant le vagin, retenu simplement par le cordon, qui finit par se rompre sous les efforts d'expulsion. Le col est dilaté, et j'attends la sortie du délivre. Il est 6 heures du soir (6 juin 1868) ; rien ne se présente à l'extérieur, l'hémorragie seule continue jusqu'au lendemain matin, très modérée toutefois. En ce moment, le col est encore dilaté, mais obstrué simplement par des caillots. Quelques prises de seigle ergoté à petites doses sont prescrites ; l'hémorragie cesse, le col se referme. On sent très distinctement, par le toucher, que l'utérus est volumineux ; il est, de plus, en antéversion marquée. De temps en temps se manifestent quelques efforts d'expulsion, et l'état reste le même jusqu'au 13. Ce jour-là, après quelques douleurs, le col s'entr'ouvre de nouveau ; il n'y a pas d'hémorragie. Deux doigts introduits aussi haut que possible reconnaissent, au milieu de caillots sanguins, la présence d'un corps étranger et ramènent au dehors de très petits débris membraneux. Le 14 au matin, un peu de sang est rendu, mais rien de plus. Je veux essayer d'introduire des pinces, mais j'arrive difficilement au col, qui est très en arrière, et d'ailleurs refermé. J'abandonne forcément le placenta, dont la présence dans l'utérus me paraît démontrée, et je me borne à une surveillance assidue et à des soins hygiéniques. Il n'y a, du reste, ni fièvre ni frissons, seulement un peu de faiblesse ; la tête tourne si la femme s'asseoit sur son lit. On prescrit une alimentation légère et des injections vaginales répétées avec prudence plusieurs fois par jour. Elles déterminent d'abord un peu de douleur ; plus tard, elles sont indifféremment supportées. Il y a un léger écoulement sanieux d'environ deux cuillerées par jour ; pas de fièvre, aucun accident ; un peu de douleur dans les

reins, qui se dissipe bientôt. Je garde cependant la malade en surveillance pendant dix jours, et après cette époque, rien n'étant survenu, elle est renvoyée chez elle. En ce moment il n'y avait point de perte, l'utérus dépassait à peine le pubis. Je priai le mari, homme très soigneux, de noter tout ce qui pourrait arriver, et j'informai de ce fait un de mes confrères, à qui la malade allait être confiée. Le Dr Liron, jeune médecin intelligent et plein de zèle, voulut bien suivre cette observation, et s'assura que rien n'était changé dans l'état de la femme. Quarante jours après l'avortement, les règles survinrent, et je viens d'être informé que depuis elles ont lieu régulièrement et que la santé est parfaite. (*Montpellier médical*, t. XX.)

Voici une autre observation, que nous devons à l'obligeance de M. Ribemont.

Observation XVI

(Dr RIBEMONT, professeur agrégé)

Avortement de trois mois environ. — Rétention du placenta sans aucun accident. — Retour régulier des règles. — Aucun autre phénomène depuis trois ans.

Mme X..., demeurant à Paris, a eu de nombreux avortements qui, d'ailleurs, n'ont jamais amené de sérieux accidents. Jusqu'ici, tout s'est passé aussi bien que possible et sans aucune anomalie. En 1883, je fus appelé auprès d'elle ; elle venait d'expulser un fœtus de trois mois environ. Depuis, l'expulsion du placenta se fait attendre vainement ; les règles ont reparu quelques mois après, et elles suivent leur cours normal depuis trois ans environ.

Conclusion : il s'est fait une exfoliation insensible du pla-

centa, qui a été rendu peu à peu dans le liquide des injections. Jamais il n'y a eu le moindre signe de putréfaction et encore moins d'infection putride. La santé n'a pas été altérée, les menstrues se sont rétablies sans douleur aucune. Tous les linges ont été scrupuleusement examinés. En somme, le doute ne peut subsister. Il s'agit bien ici de ce que les anciens appelaient l'absorption du placenta. (*Communication orale.*)

Ces faits suffiront, croyons-nous, avec ceux de Nœgélé et de Velpéau, pour donner une idée de ce qui se passe en pareil cas.

Quant à l'interprétation, nous rejetons absolument l'absorption placentaire. Celle-ci ne peut se faire qu'après une dissolution complète de tous les éléments de l'arrière-faix. Cette dissolution n'est jamais complète; les parties fibreuses résisteront et s'échapperont au dehors; ce qui sera absorbé sera des produits putrides qui amènent des accidents formidables. Les auteurs n'ont jamais eu en vue de pareils cas; dans ceux qu'ils admettent, la décomposition des parties se fait très lentement, par désagrégation de particules solides qui ne peuvent qu'être rejetées au dehors. On conçoit facilement que des lambeaux aussi ténus échappent à toute observation; en tout cas, l'écoulement léger, s'il se manifeste, passera toujours pour une leucorrhée qui s'expliquera facilement par l'état général de la malade.

En résumé, les accoucheurs contemporains rejettent tous la résorption du placenta. La disparition du placenta est attribuée aujourd'hui à une désagrégation

moléculaire de l'organe, à une sorte d'exfoliation insensible qui demande, pour se produire sans accidents, du temps d'abord, un bon état général de la malade ensuite, et des dispositions de l'utérus tout à fait exceptionnelles.

En somme, les conclusions du travail de M. Garmont restent encore vraies au bout de vingt ans, et nous les reproduisons en entier : « On a jusqu'ici attribué un rôle important à l'absorption dans la disparition du placenta. Nous avons essayé de prouver que cette théorie, fondée sur des analogies incomplètes, ne pouvait résister à un examen critique. Nous avons cru, au contraire, pouvoir établir que l'adhérence ne modifiait point le mécanisme fondamental de l'expulsion du placenta. *C'est toujours à l'extérieur qu'il est rejeté, tantôt en masse et en une seule fois, tantôt sous forme demi-liquide dans l'espace de quelques jours; d'autres fois, au contraire, lentement, par élimination de molécule à molécule durant des mois entiers.* L'absorption ne s'exécute que sur une partie très limitée, composée surtout d'éléments liquides, sur le placenta maternel et dans le cas seulement d'adhérence complète. Le placenta foetal est, au contraire, expulsé au dehors, et voici quel est l'ordre de succession des divers phénomènes qui s'établissent. Lorsqu'en présence d'une adhérence persistante aucun accident ne se déclare, les fonctions de l'utérus continuent à s'exercer avec régularité, l'organe se rétracte et diminue de volume, comme dans l'état ordinaire. La portion du placenta qui appartient à la

mère est rapidement résorbée, subissant l'influence du travail atrophiique exagéré auquel participe l'utérus. Le sang de ses vaisseaux rentre dans la circulation maternelle, et les membranes, d'une ténuité extrême dans les points où elles existent, disparaissent par le même mécanisme, qui détruit, en les condensant, une quantité de fibres musculaires de formation récente. Si l'adhérence est incomplète, le sang n'est point résorbé, il s'écoule à l'extérieur. Le reste du placenta, qui en constitue la plus grande partie, est soumis à une pression graduelle et considérable dont nous ne pouvons exactement mesurer l'intensité. Cependant nous savons quelles résistances les fibres utérines distendues par le produit de la conception parviennent à vaincre par leurs efforts contractiles, lorsqu'une tête volumineuse est engagée dans un bassin étroit. L'utérus rétracté, condensé, n'a rien perdu de son activité ; ce n'est plus par poussées successives et irrégulières qu'il agit, mais par son action continue, action à laquelle la disparition d'une partie de ses éléments musculaires donne une énergie considérable. Les liquides du placenta sont d'abord successivement exprimés et expulsés à l'extérieur. Les solides sont ainsi mis à l'abri d'une décomposition trop rapide. Plus tard, il subissent à leur tour, dans quelques points limités, une désorganisation incomplète, et à mesure que des parties de tissus sont détachées, elles s'échappent à l'extérieur, molécule à molécule, poussées par leur propre poids ou sous l'influence de la rétractilité musculaire, se mêlant

ainsi aux produits de sécrétion fournis par l'utérus et échappant à notre examen direct. Telle est la théorie que je substituerais à celle de la résorption du placenta généralement admise. Seule, elle rend compte de tous les faits, s'appuie sur l'analogie et se trouve en rapport avec l'organisation et les fonctions de l'utérus après l'accouchement. »

Nous nous associons à ces conclusions ; Bretonneau a fait quelques expériences qui semblaient donner raison aux partisans de l'absorption. Il déposait des tissus animaux au fond d'un abcès, par exemple : ces tissus disparaissaient promptement. Ces preuves par analogie n'ont pas une grande valeur ici, pas plus que celles que l'on tire de l'examen des fœtus provenant de grossesses extra-utérines. Dans ce dernier cas, l'œuf est contenu dans une membrane sèreuse et, chacun sait quelle est la puissance absorbante de ces membranes si riches en lymphatiques, et origine probable du système lymphatique ; de plus, l'œuf se trouve ici absolument à l'abri de l'air. Ces preuves n'en sont donc pas, et il est plus juste d'admettre l'opinion qui règne aujourd'hui, opinion que M. Garimond, un des premiers, a contribué à édifier.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHE ET DURÉE DE LA RÉTENTION

Si l'on voulait s'en tenir au sens strict du mot, la symptomatologie de la rétention serait constituée par ce seul fait que la délivrance ne s'est pas faite après l'expulsion du fœtus ; mais une pareille conception serait par trop aride et ne mènerait à aucun résultat pratique. D'ailleurs, tous les auteurs qui se sont occupés de cette question décrivent comme symptômes de la rétention tous les accidents consécutifs à la rétention, que ces accidents se montrent dès le début ou qu'au contraire, ils ne se montrent que bien longtemps après l'avortement. Ce sont ces accidents que nous décrirons ici.

Une femme avorte en deux temps ; la délivrance tarde à se faire. Que va-t-il se passer ? Les formes cliniques de la rétention sont bien variables, et nous sommes obligé d'établir ici trois divisions qui corres-

pondent à trois formes symptomatologiques, comme aussi à plusieurs méthodes de traitement et aux données anatomiques.

A la question que nous nous posons plus haut nous répondrons que, dans les cas de rétention :

1° Les accidents peuvent être absolument nuls ; dans ces cas, le diagnostic, nous le verrons plus loin, peut devenir un problème bien ardu pour le praticien ;

2° Les accidents peuvent être précoces, c'est-à-dire survenir dès que l'expulsion du fœtus est faite ; dans beaucoup de cas, ils ne sont que la continuation des phénomènes qui ont marqué l'avortement, et leur gravité est en raison directe de la durée de leur manifestation ;

3° Il y a des accidents tardifs, c'est-à-dire que tout d'abord les choses ont paru se passer normalement, la femme a probablement été délivrée, mais les indices de cette délivrance n'ont pas été examinés ; pas de symptômes immédiats ; puis, tout à coup, une hémorragie survient sans cause apparente, ou bien des douleurs utérines surgissent, et ce n'est souvent qu'après l'expulsion d'un placenta plus ou moins intact que l'on fait le diagnostic.

Nous allons examiner successivement ces trois cas.

A. *La rétention du délivre n'amène aucun accident.* — Dans ces cas, les choses se passent apparemment comme si la délivrance avait eu lieu. Le col se reforme, reprend sa longueur normale ; le volume de l'utérus diminue ; il se fait par le vagin un

écoulement plus ou moins abondant qui ressemble aux loches normales ; souvent même l'écoulement est insignifiant. En somme, aucun phénomène morbide ne révèle la présence du délivre dans l'utérus. Que se passe-t-il dans ce cas ? Nous devons admettre tout d'abord que le placenta et les membranes restent parfaitement adhérents, et qu'ils continuent à vivre comme nous l'avons dit au chapitre de l'anatomie pathologique ; d'un autre côté, il faut l'admettre que l'utérus ne réagit pas et n'a aucune tendance à expulser le corps étranger qu'il renferme. *suprigolodisq-omoj*

Cette situation peut se prolonger indéfiniment. Dans ces faits rentreraient donc les cas admis par Hegar, dans lesquels le placenta et même l'œuf tout entier ont pu séjourner d'une façon indéfinie dans la cavité utérine. Ces parties subiraient alors des métamorphoses régessives, et on retrouverait plus tard, à l'autopsie, des corps étrangers informes renfermant quelquefois des débris foetaux. Kilian, Bohmer, Sandifort, Morgagni, Van-Swieten, Niemann, etc., ont publié des cas de ce genre. Ou bien encore, le placenta et les membranes disparaissent insensiblement par suite d'une exfoliation peu apparente de leur tissu ; il y a à ce que les anciens comprenaient sous le nom d'absorption du placenta. Nous nous sommes expliqués plus haut sur la valeur de cette interprétation. Mais souvent, le plus souvent même, à ce calme trompeur succèdent des accidents qui, pour n'être que tardifs, n'en sont pas moins redoutables. La femme a avorté, la délivrance ne s'est pas faite, mais la malade, se trouvant bien, a repris ses

occupations habituelles, quand, tout à coup, survient une hémorragie considérable accompagnée de douleurs expulsives. La délivrance n'a été que retardée ; les accidents qui suivent ordinairement de près l'avortement vont se produire après une période plus ou moins considérable de santé parfaite. Les cas de cette espèce ne sont pas très rares, mais ils sont loin d'être habituels, et il convient de les ranger dans un cadre tout à fait restreint. Ils correspondent toujours à la deuxième division que nous avons établie au point de vue anatomo-pathologique, celle dans laquelle le placenta est adhérent au moment de l'avortement.

Bien plus fréquents sont les cas dans lesquels les accidents se montrent dès le début de la rétention. L'expulsion du fœtus a eu lieu, le placenta et les membranes sont retenus. La plupart du temps, on observe alors une continuation des phénomènes qui ont marqué l'avortement, et le symptôme capital dans ces cas est l'hémorragie. L'écoulement de sang peut être très considérable ; son abondance dépend souvent de l'état général de la femme ; mais elle acquiert sa plus haute gravité surtout quand, le décollement n'étant que partiel, la portion encore adhérente à l'utérus empêche cet organe de se rétracter convenablement. Dans quelques cas, rares heureusement, elle prend des proportions véritablement effrayantes et peut, si l'on n'intervient à temps, amener la mort de la malade. C'est alors que l'on observe des syncope, la petitesse du pouls, le refroidissement des

extrémités, la décoloration des tissus, en un mot, tous les signes qui accompagnent les pertes exagérées de sang. L'hémorragie est donc grave dans ces cas et par son intensité et par sa durée, car elle dure pendant tout le temps du décollement de l'œuf. Si la vie de la femme est rarement menacée, sa santé est le plus souvent compromise pour longtemps par l'anémie et l'état de faiblesse qui en sont la conséquence.

L'hémorragie continue telle que nous venons de la décrire est, en somme, assez rare ; le plus souvent elle présente de véritables intermittences. Le placenta à moitié décollé irrite l'utérus par sa présence ; celui-ci se contracte, et la contraction amène un nouveau décollement et une nouvelle hémorragie plus ou moins abondante. Cette intermittence dans l'hémorragie est un symptôme presque pathognomonique de la rétention ; elle indique très bien le travail d'élimination successive des annexes, travail lent, pénible, pour lequel l'utérus a besoin, en quelque sorte, de se reposer longuement avant d'entreprendre un nouvel effort.

Cependant, l'hémorragie ne se manifeste pas toujours avec cette intensité ; quelquefois l'écoulement est presque insignifiant. Il y a un simple suintement de sang qui s'écoule, mélangé avec les mucosités vaginales, sous forme d'un liquide roussâtre, dans lequel on trouve de temps à autre un caillot plus ou moins volumineux ; cet écoulement augmente généralement à la suite d'une contraction utérine.

D'ailleurs, l'hémorragie, dans certaines circon-

stances, peut manquer presque complètement. C'est ce qu'on observe généralement dans les avortements causés par la mort préalable du fœtus. On a remarqué depuis longtemps d'ailleurs que, lorsque le produit de la conception était mort, l'avortement se présentait dans des conditions particulières. L'absence d'hémorragie est même, pour certains auteurs, un signe de certitude presque absolu, et ils recommandent dans ce cas de ne rien tenter pour arrêter le travail prématuré, qui se fait toujours malgré tous les moyens thérapeutiques. D'après M. Pinard, quand le fœtus est vivant, l'avortement s'accompagne d'hémorragie dans toutes ses périodes ; quand le fœtus est mort, l'hémorragie est nulle dans la première période (1). Elle est souvent nulle aussi dans la troisième période, c'est-à-dire pendant la délivrance.

D'ailleurs, on le conçoit aisément, l'abondance de l'hémorragie est en rapport ici, comme après l'accouchement, avec l'insertion du placenta. Nous avons vu plus haut que l'insertion vicieuse pouvait amener la rétention ; tout le monde sait quelle est son influence sur la production des hémorragies. L'abondance de l'hémorragie est également en rapport avec l'âge de la grossesse. Toutes choses égales d'ailleurs, elle sera d'autant plus intense que la grossesse sera plus avancée ; par conséquent, nous la retrouverons avec toute sa gravité, surtout dans les rétentions des cinquième et sixième mois de la grossesse. L'accident, alors, pourra acquérir

(1) Cité par Uminski, Th. de Paris, n° 185. 1883.

ces proportions formidables que l'on observe à terme dans les cas d'inertie utérine.

Avant de terminer ce qui a rapport à l'hémorragie, nous devons nous demander s'il ne peut se produire ici une complication qui suit quelquefois la délivrance à terme; nous voulons parler de l'hémorragie interne. Nous croyons que cet accident se produira rarement à la suite de l'avortement, et d'ailleurs, sa gravité ne peut être comparée, dans ce dernier cas, à celle que présente la perte interne au terme de la grossesse. L'utérus est encore peu volumineux, il se laisse distendre moins facilement, et d'ailleurs, le délivre emprisonné ne permet guère une accumulation considérable de sang dans la cavité utérine.

Bien que le fait ne puisse être complètement rejeté, nous croyons qu'il se présentera rarement ici, et que dans les cas où l'hémorragie n'apparaîtra pas au dehors, c'est qu'elle n'existera pas. D'ailleurs, il sera toujours facile de s'assurer du volume de l'utérus, surtout si par hasard la malade présentait des phénomènes insolites.

On le voit, l'hémorragie est un symptôme de la plus haute importance, mais il n'a de valeur qu'autant que sa cause est parfaitement connue. Il y a des métrorrhagies graves sans rétention, de même que la rétention peut n'être accompagnée d'aucun écoulement sanguin. Il faut donc remonter à la source de l'accident avant de se faire une opinion.

Un autre phénomène précoce de la rétention est la douleur utérine. De véritables contractions dues à la

présence du délivre se manifestent. Ces contractions sont douloureuses comme celles de l'accouchement ; quelquefois même elles peuvent devenir intolérables et être suivies de convulsions pouvant amener la mort de la femme. Les faits de ce genre sont heureusement rares. Quelquefois, elles se présentent d'une façon intermittente et reviennent régulièrement tous les jours, presque à la même heure. Comme exemple de ce genre de travail, nous rappellerons l'observation, intéressante à d'autres titres, publiée par M. Guéniot, observation reproduite dans notre chapitre de l'étiologie. Il est inutile de s'appesantir ici sur tous les phénomènes de moindre importance qui accompagnent immédiatement la rétention de l'arrière-faix. Ils sont identiques à ceux que l'on observe pendant la période de dilatation de l'accouchement. Ce sont des nausées, des vomissements, un malaise général, de la pesanteur dans le bas-ventre, etc. À cela s'ajoutent des phénomènes nerveux plus ou moins prononcés, qui sont en relation directe avec l'hémorragie.

En résumé, parmi les phénomènes précoces qui sont sous la dépendance de la rétention, le plus important de tous, le plus grave en même temps, c'est l'hémorragie. Nous allons nous occuper maintenant des accidents qui ne se montrent qu'au bout d'un certain temps, variable suivant les cas, et qui suivent, soit une période de calme trompeur, soit une période troublée par les accidents que nous venons de décrire.

c. Les *accidents tardifs* de la rétention sont constitués par les hémorragies secondaires et la septicémie.

Une femme, après un avortement dans lequel les choses se sont passées d'une façon assez obscure, est prise, au milieu d'un état de santé qui ne laissait rien à désirer, d'une métrorrhagie plus ou moins abondante. Quelle est la signification de cet accident? C'est ce qu'il est souvent difficile de déterminer. Cette hémorragie est accompagnée de douleurs utérines, et souvent l'expulsion d'un placenta plus ou moins altéré vient donner la clef du mystère. D'autres fois, ce sont des hémorragies répétées, qui se produisent avec des intervalles plus ou moins considérables de repos absolu, et ce n'est qu'au bout d'un temps fort long que l'expulsion a lieu. Ces accidents, survenant plus ou moins longtemps après un avortement, doivent mettre sur la voie du diagnostic, surtout quand ils ne coïncident pas avec les époques menstruelles.

D'autres fois les accidents précoce que nous avons signalés se continuent sans ligne de démarcation bien nette : le suintement hémorragique des premiers jours persiste, accompagné ou non de quelques tranches utérines ; la perte augmente, devient plus rouge, plus franchement sanguine au moment des époques cataméniales, et cela peut durer pendant très longtemps ; puis, enfin, une crise survient ; une métrorrhagie sérieuse éclate, et l'expulsion spontanée se produit.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et souvent le tableau se complique des accidents formidables de la septicémie. Lorsque le placenta est

décollé en partie ou en totalité, la femme reste plus ou moins souffrante pendant tout le temps qu'il séjourne dans l'utérus. Aux alternatives de suspension et de retour des pertes sanguines et des douleurs lombo-hypogastriques du début, succède un écoulement continu, sanieux et fétide ; le col, bien que reformé, reste mou et entr'ouvert ; le toucher, pratiqué dans ces cas, permet de constater le plus souvent la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine. Ce corps, qui n'est autre que le délivre, est libre et tend à s'engager, ou bien il est encore fixé en un point de l'utérus par une de ses extrémités ; l'état général est plus ou moins sérieux ; la faiblesse, l'amaigrissement de la malade, sont à leur summum ; la femme éprouve des troubles digestifs, et des mouvements fébriles ne tardent pas à venir compliquer la scène. Souvent les complications les plus graves surviennent avant que l'expulsion soit faite. Mais, encore à ce moment, la santé peut se rétablir spontanément ; le placenta, ramolli, devient disfluent ; il se dissocie, et ses divers éléments sont peu à peu expulsés sans qu'aucun phénomène insolite vienne révéler son élimination.

Mais lorsque la rétention persiste, il n'en est plus ainsi. Bientôt survient un violent frisson accompagné d'une agitation et d'une anxiété excessives ; le pouls est fréquent, précipité ; la peau est sèche, aride et donne à la main une sensation de chaleur mordicante ; la face est pâle, jaunâtre ou, plus rarement, rouge et vultueuse ; la langue est sèche, la soif ardente ; la respiration est fréquente, saccadée. La céphalalgie

survient et avec elle des troubles cérébraux ; les frissons sont de plus en plus répétés et violents ; enfin, le ventre se ballonne et devient très sensible. Inutile d'ajouter que l'augmentation de la température est énorme et que les chiffres observés sont ceux de toutes les fièvres graves. Nous ne pouvons passer sous silence un fait qui frappe tout d'abord l'attention. La fétidité des lochies devient extrême, et leur odeur pénétrante et cadavérique ne tarde pas à envahir tout l'appartement de la malade ; de sorte qu'il n'est pas exagéré de dire avec M. Charpentier : « Le médecin peut faire son diagnostic en montant l'escalier. » Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces phénomènes, qui sont, en somme, ceux de la septicémie.

Par conséquent, la putréfaction du délivre n'est pas toujours suivie d'un retentissement sur l'état général des malades. Souvent la femme conserve une santé assez satisfaisante ; dans ce cas, on peut admettre qu'il n'y a pas eu d'absorption, ou que du moins les liquides absorbés n'ont point le caractère septique ; la décomposition est plutôt chimique que cadavérique ; nous avons établi cette dualité de putréfaction plus haut. Dans d'autres cas, au contraire, l'absorption se fait sûrement, et les produits absorbés sont éminemment septiques. L'infection se traduit alors par les symptômes dont nous venons de parler.

Mais d'autres complications peuvent encore survenir. Des envies de vomir, des vomiturations se produisent ; puis le hoquet, des vomissements bilieux d'abord, porracés ensuite, viennent assombrir le pronostic.

Le ventre se ballonne, devient sensible à la pression ; la face est grippée, elle prend l'aspect péritonéal ; la péritonite, en effet, entre en scène avec toute la gravité qu'elle comporte. Quelquefois, cependant, l'inflammation de la séreuse reste limitée au petit bassin ; elle se traduit alors par l'inflammation des ligaments de l'utérus, par la thrombose spontanée des veines utérines, et quelquefois, comme plusieurs de nos observations le démontrent, les accidents sérieux sont à peine enrayés que la phlegmatia s'empare des membres inférieurs.

Enfin, pour être complet, nous ajouterons que la rétention du délivre peut, dans certains cas, occasionner des phénomènes d'un autre genre, des phénomènes nerveux, du délire, des convulsions, etc. Le Dr Filliol (1) cite plusieurs observations qui lui ont été communiquées par le professeur Stoltz, et dans lesquelles la rétention de l'arrière-faix a produit les affections nerveuses les plus graves, et, entre autres, une observation très curieuse de tétanos survenu après une rétention partielle du placenta et suivi de mort le neuvième jour. Des observations semblables ont été publiées par Humphrey Storer, Pitre-Aubinais, Neveu Derotrie (2).

Ainsi donc, deux symptômes principaux caractérisent la rétention de l'arrière-faix : l'hémorragie, symptôme précoce qui manque rarement, si ce n'est

(1) Filliol. Thèse de Strasbourg. 1869.

(2) Derotrie. Journal médical de l'Ouest. 1869.

dans les cas d'adhérence complète du placenta, et qui ne disparaît qu'après l'expulsion complète du corps du délit, lequel, dans ce cas, est généralement à l'état frais; la septicémie, symptôme tardif, indiquant un décollement partiel ou complet du placenta, qui est expulsé, soit après dissociation dans les cas qui se prolongent, soit le plus souvent en bloc, mais dans un état de décomposition plus ou moins avancé. Tels sont les deux grands faits qui, de tout temps, ont préoccupé à bon droit les accoucheurs, et contre lesquels ont été dirigées les diverses méthodes de traitement que nous aurons à étudier plus loin.

Inutile d'ajouter que ce n'est pas sans préjudice grave que la femme subit de si profondes altérations. Son état général se ressent pendant de longues années quelquefois du contre-coup de l'hémorragie et de l'empoisonnement septique. L'utérus lui-même a de la peine à se remettre; on connaît l'influence fâcheuse de l'avortement, même dépourvu de ces graves complications. A la suite de la rétention prolongée, l'involution se fait lentement; une inflammation chronique consécutive de l'utérus peut, pendant de longues années, rappeler à la malade le danger qu'elle a couru. Des ménorrhagies répétées, des déviations utérines, ne sont que trop souvent le résultat de ce grave accident.

La *marche* des accidents est implicitement contenue dans ce qui précède. Au début, pas d'accidents, ou bien hémorragie avec douleurs lombo-hypogastriques; l'hémorragie est grave, continue, dans quelques cas; le plus souvent elle est intermittente ou consiste dans

un simple suintement. Si la rétention persiste, les accidents septicémiques dominent la scène ; ce sont les plus graves ; si le délivre n'est pas expulsé dans un délai rapproché, ou bien si le traitement le plus rigoureusement antiseptique n'est pas institué sans retard, la femme ne tarde pas à succomber au milieu des symptômes qui caractérisent l'infection.

Par conséquent, le danger de la rétention dépend surtout de *sa durée*, qui est excessivement variable. On peut poser en principe que tous les cas de longue durée se rapportent à des faits dans lesquels l'adhérence du délivre est restée intacte ; le placenta continue alors à vivre d'une façon obscure, comme nous l'avons dit plus haut ; c'est un vrai parasite de l'utérus. A un moment donné, sans cause bien appréciable, les adhérences sont rompues, et l'expulsion se fait généralement sans encombre, au grand étonnement de ceux qui l'observent.

Nous empruntons à l'excellente thèse du Dr Lacordelle (1) les chiffres suivants, auxquels nous avons ajouté quelques autres cas que nous avons rencontrés dans le cours de nos lectures.

Moreau a observé une rétention de dix-sept jours ; Depaul, Cazeaux (2), Mauriceau (3), Ducasse (4), Bouquenod (5), ont vu des cas dans lesquels elle a varié

(1) Lacordelle. Th. de Montpellier, n° 22, 1884.

(2) Cazeaux. Traité des accouchements.

(3) Mauriceau. Traité des accouchements.

(4) Ducasse. Revue méd. de France et de l'étranger, t. VII.

(5) Bouquenod. Cité par Jacquemier.

de vingt jours à un mois ; elle a varié d'un mois à deux mois dans les cas de Joulin (1), de M^{me} Callé (2), de Sainclair (3), Smellie, Ramsbotham et Chalot (4) ; de deux mois à trois mois dans les observations fournies par A. Paré, Richard, Osiander, Pirondi (5), Velpau, Desormeaux, Deubel, Mlle Laugel (ces quatre derniers observateurs sont cités par Cazeaux dans son Traité) ; elle a duré de trois à quatre mois dans les cas d'Advena de Lubischin (6), de Chantreuil (7), de Jacob (8), de Reichman (9), de Prost (cité par Hégar), d'Anderson (10), d'Iago (11), de Depaul (12), de Kerkringius ; de quatre à cinq mois dans les observations de Lathrop (13), de Martin (14), de Duguet (15). Enfin, Vaudam (16) parle d'un cas de six mois ; Kerkringius et Prost ont vu une rétention de huit mois,

(1) Joulin. *Traité d'accouchements*.

(2) Callé. *Observation du service de P. Dubois*.

(3) Sainclair. *British med. Journal*. 1879.

(4) Chalot. *Gaz hebdomadaire de Montpellier*. 1883.

(5) Pirondi. *Gaz méd. de Paris*. 1834.

(6) Lubischin. *Gaz méd. de Paris*. 1843.

(7) Chantreuil. *Bull. de la Soc. anat.* 1867.

(8) Jacob. *The Lancet*. 1881.

(9) Reichman. *Gazette de chirurgie*. 1843.

(10) Anderson. *Centr. für gynäk.* 1878.

(11) Iago. *Med. Times*. 1868.

(12) Depaul. *Bull. de la Soc. anat.* 1840.

(13) Lathrop. *N.-Y. med. record*. 1879.

(14) Martin. *Suites de couches dans l'avortement*. Berlin. 1868.

(15) Duguet. *Bull. de la Soc. anat.* 1866.

(16) Vaudam. *Centr. für gynäkologie*. 1878.

et Guido une autre de quatorze mois. Ces derniers faits n'ont pas été publiés avec assez de détails pour que nous puissions leur accorder une croyance absolue. Pasta et Schenck, cités par Rambaud (1), auraient même vu, l'un une rétention de trois ans, l'autre une rétention qui n'aurait pas duré moins de dix-sept ans. Nous rapprocherons de ces derniers faits ceux dont nous avons parlé plus haut, au commencement de ce chapitre, à propos de rétentions non suivies d'accidents.

Hippocrate, Pirondi, Désormeaux, Velpeau, Deubel, Félixet, Boivin et Burns nous parlent, en outre, de placentas provenant d'une première grossesse, retenus et expulsés avec le produit d'une nouvelle conception.

Dans ces cas, il y a lieu de se demander s'il s'agissait réellement d'un placenta appartenant à une grossesse antérieure. Jacquemier fait observer avec raison qu'il n'est pas bien certain qu'on n'ait pas pris pour un placenta retenu l'œuf avorté d'une grossesse primativement gémellaire. Hüter, de son côté, prétend que l'on peut quelquefois prendre pour des fragments de délivre retenus des productions anormales n'ayant que l'apparence du tissu placentaire: « Les faux placentas, dit-il, font corps avec le chorion et s'y développent aux dépens de la membrane caduque. » On aurait même vu le placenta abortif n'être expulsé que plusieurs mois après l'accouchement. Désormeaux cite un cas de ce genre. Il n'est guère probable que des faits de cette espèce aient été réellement observés. Il y a lieu de se

(1) Rambaud. Thèse de Paris. 1883.

demander si ces auteurs n'ont pas pris l'expulsion d'un polype pour l'expulsion d'un placenta.

Dans les faits dûment contrôlés, la rétention n'a guère dépassé quatre mois, et c'est là le chiffre que nous retrouvons le plus habituellement dans les observations modernes, c'est-à-dire dans celles qui ont été analysées d'une façon vraiment scientifique. Encore ces faits sont-ils très rares ; c'est surtout du premier au troisième mois qu'ils deviennent nombreux ; nous n'en avons pas trouvé moins de vingt cas qui présentent une authenticité suffisante. Quant aux rétentions de un mois et moins, les faits abondent dans la science. Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que cette durée est compatible avec la vie de la mère, même lorsque des accidents se produisent ; au-delà d'un mois, il est rare que la putréfaction du placenta n'ait pas amené la mort de la femme ou une intervention active de l'accoucheur. Pour qu'aucun accident ne survienne, il faut nécessairement que le délivre reste adhérent à la paroi utérine.

La durée habituelle, ou pour mieux dire, la plus fréquente de la rétention, varie de un jour à huit ou dix jours. Quelques observations citées plus loin, dans le chapitre du traitement, viendront à l'appui de notre proposition. Enfin, il n'est pas jusqu'au mode de traitement qui ne puisse influer sur la durée. Combien de médecins n'ont-il pas obtenu des résultats contraires à ceux auxquels ils s'attendaient en instituant une thérapeutique turbulente et affolée ? Combien de fois n'a-t-on pas enfermé le loup dans la bergerie avec le

seigle ergoté ? Combien de fois n'a-t-on pas augmenté la durée de la rétention en arrachant des portions du délivre ? Ainsi que le fait remarquer Hervieux, un délivre entier sollicite plus énergiquement les contractions qu'un délivre fractionné. Tous ces faits ne sont pas suffisamment mis en lumière dans le cours des observations. C'est pourquoi il est bien difficile d'établir même des chiffres moyens pour la durée de la rétention dans tel ou tel cas donné.

À la suite d'un avortement — 124 —
douloureuse pélviométrée isolée, le placenta doit se
poser à la disposition d'abord et la lessive:

Y a-t-il libération du placenta?

Les convulsions de sortant le placenta d'abord
nous indique au contraire; à moins que la sortie de l'ar-
rière-fistule ait été opérée par un autre praticien ou par
une sage-femme, nous devons comme l'agile de con-
suite du fait de l'utérus décontracté ou à un ou lorsque
soi-même. Et lorsque faut-il sortir le placenta, au dépens
de la grossesse, peut être couronnée par un échec ;
celle-ci peut à être couronnée assez souvent, et nous-mêmes
savons être témoin d'un fait de ce genre.

Dans le chapitre qui précède, nous avons négligé
intentionnellement les signes objectifs de la rétention,
ou, du moins, nous ne leur avons pas donné tout le
développement qu'ils comportent. Nous nous propo-
sons de les décrire ici, car ils servent beaucoup plus
que les symptômes subjectifs à établir le diagnostic.
Diagnostiquer la rétention du délivre est, en effet, une
opération presque toujours délicate. Nous éliminerons,
bien entendu, tous les cas dans lesquels l'accoucheur,
ayant assisté lui-même à l'expulsion du fœtus et ayant
constaté que la délivrance ne se fait pas, sait très
bien quelle est la nature, la cause des accidents qu'il
observe ultérieurement.

Mais hors ce cas où le diagnostic s'impose et où
l'erreur n'est pas possible, le médecin ne peut arriver
à la certitude qu'autant qu'il se sera livré à des explo-
rations minutieuses.

A la suite d'un avortement qui, plus tard, présente quelques phénomènes insolites, le praticien doit se poser la question suivante et la résoudre :

Y a-t-il rétention du délivre ?

Les commémoratifs ne servent le plus souvent qu'à nous induire en erreur; à moins que la sortie de l'arrière-faix n'ait été observée par un autre praticien ou par une sage-femme, nous poserons comme règle de conduite qu'il ne faut croire que ce que l'on a vu ou touché soi-même. Et encore faut-il souvent se méfier des assertions qui nous seront données. Le placenta, au début de la grossesse, peut être confondu avec un caillot; cette erreur a été commise assez souvent, et nous-même avons été témoin d'un fait de ce genre.

Observation XVII

(PERSONNELLE)

Avortement au quatrième mois environ. — Rétention du placenta diagnostiquée au bout de trente-six heures par le toucher. — Seigle ergoté. — Expulsion spontanée.

Au mois de mai 1884, je fus appelé auprès de M^{me} V..., demeurant dans le faubourg Figuerolles, à Montpellier. Cette dame avait avorté depuis l'avant-veille au soir, c'est-à-dire depuis trente-six heures environ, quand j'arrivai auprès d'elle. Tout semblait terminé, quand, dans la matinée, se déclara une hémorragie de plus en plus inquiétante, qui avait motivé l'appel pressant qui m'était fait.

Je trouvai cette femme pâle et affaissée sur son lit; les muqueuses étaient absolument décolorées; elle ne put répondre que très imparfaitement aux questions que je lui posai. L'entourage m'apprit ce qui s'était passé : l'avortement.

l'expulsion d'un embryon et, chose plus étrange, la sortie du lit de l'enfant (c'est le terme consacré dans le Midi), qui avait été dûment constatée par un autre praticien. Je n'ajoutai qu'une confiance médiocre à tous ces renseignements, et comme on ne pouvait me présenter le corps du délit, je m'empressai de chercher ailleurs. Dans l'espèce, le diagnostic fut excessivement facile ; je pratiquai le toucher, et je trouvai le placenta à moitié engagé dans le col, ce qui expliquait la cessation de l'hémorragie depuis une heure environ. Je prescrivis 2 grammes de seigle ergoté et des toniques. A peine la malade eut-elle pris deux paquets de seigle, c'est-à-dire 1 gramme, qu'elle expulsa spontanément le délivre, au grand étonnement de la sage-femme incrédule qui l'assistait. Les suites furent aussi bonnes que possible.

M^{me} Lachapelle savait à quoi s'en tenir à ce sujet : « Il est bon de savoir, dit-elle, que les caillots fibrineux et compactes en imposeraient aisément à des esprits prévenus et peu attentifs. Il faut avoir recours quelques-fois à la macération pour démontrer la structure réelle de ces masses (1). »

Quand on assiste à l'avortement, il faut donc avoir bien soin d'examiner tous les caillots qui sont expulsés, surtout quand il s'agit d'une grossesse peu avancée ou sur l'âge de laquelle on n'a pas de données certaines.

Il n'est pas inutile de rappeler ici, croyons-nous, quel est l'aspect du délivre aux différents mois de la grossesse, ou du moins pendant les cinq ou six premiers

(1) Lachapelle. Pratique des accouchements.

mois. Cette description ne peut servir, bien entendu, que dans les cas où les matières rejetées par la femme auront été conservées. Le meilleur moyen de les reconnaître consiste à les placer dans un vase contenant de l'eau, et alors il sera presque toujours facile de reconnaître le délivre, s'il se trouve parmi les caillots.

Généralement, il importe peu de reconnaître l'œuf abortif des premières semaines, puisque nous savons que jusque vers le deuxième mois et demi l'expulsion de l'œuf se fait le plus souvent en bloc ; mais on peut avoir affaire à un avortement criminel, ce que l'on peut supposer dans quelques cas, et l'on sait que dans ce cas particulier l'avortement se fait le plus souvent en deux temps, même au début de la grossesse, comme cela se produit normalement plus tard à une époque plus avancée de la gestation. Après le vingtième jour, on peut déjà constater la caractéristique de l'avortement, des débris de l'œuf, un fragment de membranes gris, plus épais, plus rouge, sur un point qui représente le placenta. Si l'œuf n'est pas déchiré, il se présente sous la forme d'une vésicule villeuse. Nous n'insistons pas sur ces cas, ils se présenteront rarement quand il s'agira de rétention.

Nous devons rappeler incidemment que l'on ne peut admettre aujourd'hui sans de grandes réserves, en ce qui concerne l'avortement criminel, le signe qui permet de le reconnaître avant le quatrième mois, et qui consiste dans la rupture de l'œuf. L'œuf peut très bien se rompre avant ce terme, sans que pour cela il y ait eu tentative criminelle. Les assertions de Gallard

et de Latulle ne doivent donc pas être admises d'une façon absolue. D'un autre côté, l'œuf peut s'échapper quelquefois intact, même après le troisième mois. Le fait suivant en est un exemple trop concluant pour que nous ne le rapportions pas ici:

Observation XVIII

(Dr RIBEMONT, professeur agrégé.)

Avortement au quatrième mois et demi. — Oeuf expulsé en entier.

La femme R..., multipare, entre à la Maternité de Beaujon, le 6 octobre 1885. Deux accouchements à terme. Le 7 octobre, les douleurs amènent l'expulsion d'un œuf complet du poids de 400 grammes. Les commémoratifs et l'examen de l'œuf permettaient de faire remonter la grossesse à quatre mois et demi environ. (*Maternité de Beaujon.*)

Plus tard, si le délivre est expulsé, il est plus facilement reconnaissable; il représente en petit le placenta à terme. S'il est sorti en morceaux, il ne faudra pas négliger non plus de constater si la réunion de ces débris constitue un tout complet. Dans les grossesses des quatrième, cinquième et sixième mois, il importe aussi de voir si les membranes sont complètes.

On comprend sans peine de quelle importance est cet examen, puisque de lui doit dépendre toute la conduite du médecin. Nous avons retrouvé un peu partout dans nos lectures l'histoire de ce médecin de Montévidéo qui, croyant sur parole les parents de la

femme, lui affirmant qu'il y avait rétention du placenta, força le col, saisit une portion de l'utérus faisant relief, et tira ainsi au dehors quelques anses intestinales ; affolé en reconnaissant son erreur, il les arracha. Il arrivera rarement qu'un pareil fait se produise ; mais encore une fois, la règle, ici, c'est d'être incrédule ; on s'en trouvera toujours bien.

On le voit, s'il est important de diagnostiquer la rétention, il n'est pas moins important de savoir que la délivrance est faite. Dans certains cas, les assistants observent bien la sortie du fœtus, mais le placenta peut passer inaperçu. M. le professeur Tarnier rapporte un fait qui est resté classique : on croyait à une rétention du délivre ; mais après des recherches minutieuses, l'éminent accoucheur de la Maternité finit par trouver le placenta entre les deux matelas du lit de la femme ; elle était accouchée le siège élevé sur le premier matelas, plié en double, et quand on avait ensuite déplié celui-ci, le placenta, sorti sans que personne s'en fût aperçu, avait été entraîné et caché ainsi à tous les assistants.

Mais si le délivre n'est pas retrouvé et si des accidents surviennent, comment pourra-t-on reconnaître qu'il y a rétention ? Evidemment, on doit tenir grand compte de l'hémorragie ; mais, en fin de compte, la métrorrhagie est un vaste symptôme que l'on retrouve dans bien des cas, dans la mètrite, dans la dysménorrhée membraneuse, où l'on retrouve en même temps des épreintes utérines, dans les cas de polypes, de cancer, etc., etc. Un cas très simple se présente d'abord,

celui où le cordon pend entre les cuisses de la femme ou bien se trouve dans le vagin ; dans ce cas, il n'y a pas de doute à avoir. Nous citons plus loin un cas dans lequel il était permis d'hésiter sur la nature exacte de l'accident. (Obs. XXIV.)

Quand le seul symptôme subjectif consiste en une hémorragie, il est de toute nécessité de se livrer à un examen local très minutieux. Des antécédents, on ne doit retenir que ce fait : il y a eu avortement.

En pratiquant le palper, on trouve le plus souvent l'utérus augmenté de volume. Ce symptôme s'explique par le défaut de régression atrophique de l'organe et par la présence du placenta dans l'utérus. Il s'explique encore par le travail inflammatoire chronique qui se développe au bout d'un certain temps. Au toucher, on trouve le col généralement mou ; l'orifice externe est le plus souvent perméable, mais souvent l'orifice interne est absolument fermé ; dans quelques cas rares, et surtout quand l'hémorragie manque, le col tout entier peut être rigide et ne pas laisser passer le doigt. Le toucher permet aussi de reconnaître une disposition spéciale de l'organe utérin, disposition bien décrite par M. Guéniot, mais qui, pour certains auteurs, serait la cause de la rétention, tandis que pour d'autres elle en est l'effet.

Nous nous rangerons parmi ces derniers, car la lésion dont nous allons parler nous semble évidemment due à un travail prolongé.

« Un autre phénomène, fréquent dans les délivrances

laborieuses, dit M. Guéniot (1), et qui paraît avoir peu frappé les observateurs, puisqu'il ne se trouve pas consigné dans leurs écrits, consiste dans les variations de direction et de situation que subit la matrice. Lorsque, malgré l'énergie des contractions et la persistance du travail, l'expulsion de l'œuf entier ou seulement celle du délivre éprouve des lenteurs, on voit souvent, en effet, la matrice s'incliner tantôt en arrière, tantôt en avant ou sur les côtés, puis revenir peu à peu, après avoir été ainsi, soit en rétroversion, soit en latéro-version, à une direction sensiblement normale ou quelquefois à une direction toute différente de celle que le toucher avait fait précédemment constater. Mais ce qu'on observe surtout en pareil cas, c'est un abaissement marqué de tout l'organe, abaissement en vertu duquel le col se rapproche de la vulve et devient plus accessible au doigt. Sans insister davantage sur cette particularité du travail abortif, je dirai qu'elle reconnaît, sans doute, pour cause les efforts intempestifs et immodérés de la femme. Peut-être aussi certains déplacements sont-ils favorisés par les contractions propres de la matrice et par l'état variable de réplétion du rectum et de la vessie. Quoi qu'il en soit, pour empêcher que de passagers ils ne deviennent permanents, on devra prescrire à la malade de garder, après la délivrance, un décubitus prolongé et approprié, autant que possible au mode de déplacement de l'organe. »

(1) Guéniot. Bull. de thér., t. LXXIII. 1867.

Ces phénomènes, si bien décrits par M. Guéniot, ont pour nous une valeur diagnostique considérable ; l'abaissement de l'utérus et son renversement dans un sens ou dans un autre sont souvent un signe d'avortement imminent ; si on les rencontre alors que l'expulsion du fœtus a eu lieu et que l'hémorragie continue néanmoins, il nous semble qu'ils indiquent clairement que l'utérus n'est pas vide, puisque la nature met encore en œuvre les moyens qu'elle emploie pour expulser au dehors le produit de la conception.

Le diagnostic est beaucoup plus facile immédiatement après l'expulsion du fœtus ; le col, alors, peut être encore suffisamment perméable pour que le doigt, parvenu dans la cavité utérine, y rencontre la sensation spéciale que donne le délivre ; on rencontre le placenta soit sur le col, ce qui indique qu'il est déjà décollé en tout ou en partie, soit au fond de l'utérus, dans le cas où il est encore adhérent.

Pour reconnaître les adhérences, le professeur Stoltz a indiqué quelques signes qui, suivant lui, permettraient de présumer ces adhérences avant l'expulsion du produit de la conception. Ce seraient des douleurs vives dans un point, toujours le même, de l'utérus, des nausées, etc. Ramsbotham dit avoir observé une irrégularité dans la forme de la matrice, qu'elle était globuleuse ou conique à son fond. On conçoit que ces signes sont beaucoup trop incertains pour que nous nous y arrêtons ; l'adhérence ne peut être affirmée qu'autant qu'elle aura été directement constatée avec le doigt ou avec la main.

Peut-on, après l'avortement, constater les déformations utérines dues aux contractions spasmoidiques de l'organe, contractions qui produisent la rétention par enchattement du placenta, ce que les Anglais désignent sous le nom de *hour-glass contraction*? Nous avons déjà dit, au chapitre de l'étiologie, que la rétention due à cette cause était rare ; en tout cas, on ne pourrait guère rencontrer un tel état de l'utérus qu'au cinquième et sixième mois.

D'après ce que nous venons de dire, on voit combien le diagnostic est le plus souvent entouré de difficultés quand le seul phénomène subjectif consiste dans l'hémorragie. La constatation directe du corps du délit est souvent difficile ; souvent même aussi le médecin, guidé par des explications trompeuses, ne dirige en aucune façon ses investigations du bon côté. Enfin, le symptôme hémorragie est commun, nous l'avons dit, à un grand nombre d'affections utérines, et il nous reste à faire le diagnostic différentiel d'avec ces affections. Presque toujours nous aurons ici un moyen précieux de contrôler : c'est le cathétérisme. S'il s'agit d'une métrorragie idiopathique, ce qui est rare, d'après Courty, le cathéter constatera l'état de vacuité de l'utérus. Il en sera de même pour le cancer ; dans ce dernier cas, d'ailleurs, l'âge de la malade pourra nous guider, ainsi que les renseignements pris sur l'hérédité diathésique, sur l'odeur de l'écoulement, le siège de la lésion, la présence ou l'absence des douleurs spontanées, l'évolution de la tumeur. Enfin, on examinera avec soin l'état général de la malade. On

ne confondra pas l'état d'anémie profonde causée par la perte sanguine avec la teinte jaune paille caractéristique de la cachexie cancéreuse. Il faut encore distinguer la rétention placentaire d'un polype. Si l'on peut employer le toucher, on sera immédiatement renseigné sur la forme de la tumeur, sur l'aspect de la surface ; la sonde pourra permettre de savoir en quel point se fait l'implantation du pédicule, s'il y en a un, ou si, au contraire, la tumeur est sensible. Le polype est généralement plus lisse, plus mou, pédiculisé ou, du moins, plus en relief ; le placenta plus rugueux, plus dur, sans sinus interposé entre lui et la surface utérine.

Si on ajoute à ces renseignements les considérations tirées du début et de la marche de la maladie, de l'âge de la malade, on se rapprochera beaucoup du diagnostic. Si c'est un polype, la malade est assez avancée en âge ; le début de la maladie est moins soudain, la marche moins rapide, etc. Enfin, on pourrait, à la rigueur, se servir du procédé de Mundé (de New-York), qui va gratter la tumeur, en enlève des parcelles pour les soumettre à l'examen microscopique. Mais nous nous demandons à quelles conclusions cela pourrait mener, s'il s'agissait, par hasard, d'un polype placentaire. En somme, l'erreur est facile, et malgré tous les commémoratifs, il arrive que l'on fait fausse route. Les faits suivants serviront d'exemple :

Observation XIX

(Dr DUGUET)

Métrorrhagie due à la rétention d'un arrière-faix, à la suite d'un avortement au troisième mois. — Expulsion à l'aide du seigle ergoté après cinq mois de séjour, pendant lesquels on avait pu croire à un cancer utérin.

V. G..., âgée de 22 ans, souffre depuis cinq mois de pertes que deux médecins des environs croient devoir rapporter à un cancer de l'utérus. Cette femme, qui a joui autrefois d'une santé excellente, se trouve aujourd'hui dans un état d'anémie profonde. Dans sa famille, on ne connaît pas les maladies héréditaires et en particulier le cancer. Mariée depuis cinq ans, elle a eu un enfant bien portant et une fausse couche plus tard. Il y a sept mois, au milieu de la plus florissante santé, les règles ne parurent pas, et deux mois après, sans raison apparente, elles se montrèrent, mais plus abondantes que de coutume, avec des caillots qui ne furent pas soigneusement examinés. La malade eut, cette fois, des coliques violentes. Celles-ci se calmèrent peu à peu, mais l'écoulement sanguin ne s'arrêta pas.

Deux médecins, appelés à cette époque en consultation, conclurent à un cancer utérin. Ils pratiquèrent des cautérisations avec le nitrate acide de mercure, qui ne causèrent que des douleurs atroces à la malade, sans amener une amélioration dans son état.

L'examen approfondi du vagin et de l'utérus amenèrent M. Duguet à opter entre trois choses : un cancer, un polype ou une délivrance retenue dans la cavité. L'idée du cancer est rejetée pour plusieurs motifs : l'âge de la malade, l'absence d'antécédents héréditaires, la soudaineté du début, l'absence des douleurs spontanées à l'utérus, la nature de l'écoulement ; enfin, le siège insolite de la lésion.

L'idée d'un polype fut aussi éloignée pour des raisons fondées sur la rareté de ces productions à un âge aussi peu avancé, la régularité du développement de l'utérus, le peu d'ouverture du col. Un placenta retenu répondait bien mieux à l'existence d'une fausse couche indubitable, à laquelle avaient succédé les accidents.

Prescriptions : 1^o Potion avec XX gouttes de porchlorure de fer ;
2^o 30 centigrammes d'extrait aqueux de seigle ergoté en six pilules, de deux heures en deux heures ;
3^o Injections vaginales à la ratanhia ;
4^o Bon vin, bonne nourriture.

Le lendemain, même prescription, et le soir même, au milieu de quelques coliques et d'une légère perte de sang pur, la malade rendait une petite masse charnue. Le lendemain, toute hémorragie avait cessé.

Peu de temps après, la malade était redevenue fraîche, rose, et voyait ses règles comme autrefois. (Bull. Soc. Anat. 1866.)

Observation XX

(Dr CHANTREUIL, professeur agrégé.)

Rétention du placenta, simulant un polype utérin. Louise D..., 28 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Gallard. Aucun antécédent de famille au point de vue du cancer ou des autres maladies diathétiques. Premier accouchement à 23 ans; enfant vivant. Suites de couches naturelles.

A 26 ans, deuxième accouchement à terme. Vers la fin de novembre 1866, étant enceinte de trois mois, elle tomba en montant un escalier avec une charge de linge. Douleurs lombaires et hypogastriques; pas d'écoulement sanguin.

Huit jours après, au moment où elle urinait, elle sentit une vive douleur à la partie antérieure de l'abdomen, perdit un peu de sang et expulsa un fœtus. Le placenta resta dans l'utérus. Les jours qui suivirent l'avortement, il y eut des écoulements de sang ; la malade expulsa des caillots volumineux au milieu desquels on ne put reconnaître la trace du placenta. Le 18 février, M. Gallard, en touchant la malade, sent la tumeur engagée à travers l'orifice du col, et, avec le doigt, il en détache une partie, qu'il enlève. Ce fragment détaché, altéré, putréfié, se compose d'une coque, dans laquelle on distingue une partie extérieure comme chagrinée et une partie interne lisse.

Le 20 février, la malade rend, sans effort, le reste de la tumeur. L'examen histologique de la tumeur, fait par M. Ruyer, y révéla la présence de villosités choriales.

Les symptômes que l'on constatait à l'aide du toucher vaginal et du spéculum avaient fait croire à l'existence d'un polype utérin. L'anatomie pathologique vint éclairer le diagnostic et montrer qu'on se trouvait en présence d'un placenta resté anormalement dans l'utérus après l'avortement. (Bull. de la Soc. anat. 1867.)

Le plus souvent, on ne confondra guère la rétention avec les tumeurs fibreuses de l'utérus ; celles-ci ont une marche spéciale, subissent des modifications sensibles pendant la grossesse. Dans ce cas, l'utérus est bosselé ou présente certains points de ramollissement. Il est vrai que les caractères ne sont pas aussi nets quand les tumeurs sont très petites, sous-muqueuses, et que l'utérus est peu développé. Enfin, les tumeurs fibreuses peuvent être compliquées de rétention du placenta et des membranes, et alors le diagnostic devient très ardu si les commémoratifs font défaut.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces difficultés, qui se rencontrent, soit en l'absence de tout symptôme, soit dans les cas où l'hémorragie existe seule. Nous allons examiner maintenant les recherches auxquelles le praticien doit se livrer quand il se trouve en présence du symptôme formidable de la septicémie. L'infection est clairement reconnue : les frissons, la fièvre, se sont manifestés, l'écoulement lochial est infect, etc. Deux questions doivent être posées ici et être résolues : Y a-t-il hétéro-infection ? Y a-t-il auto-infection.

Le premier problème est souvent difficile à résoudre. Il faut s'enquérir avec soin de toutes les circonstances de l'avortement, savoir dans quel milieu, sous l'influence de quelles causes il s'est produit, quelles sont les personnes qui sont intervenues, etc., etc. Les faits les plus minutieux doivent être enregistrés avec soin ; il faut, en quelque sorte, saisir au passage le germe de l'infection, savoir comment il a pu pénétrer dans l'organisme. Il faut tenir nécessairement grand compte de la constitution médicale du moment, de l'état sanitaire général de la ville, du quartier ou de l'hôpital dans lequel on observe. Si toutes ces circonstances paraissent normales, si rien n'autorise à admettre une influence générale extérieure, on est en droit de poser le diagnostic d'auto-infection.

Mais cette auto-infection peut encore être produite par un grand nombre de causes, telles que des affections étrangères à l'utérus qui peuvent évoluer chez la malade, l'érysipèle, une suppuration quelconque. Le pus provenant d'un abcès, d'un phlegmon de la femme,

peut, à lui seul, engendrer la fièvre puerpérale. Ces circonstances seront faciles à découvrir. On arrivera ainsi, par élimination, à poser le diagnostic de la rétention d'une portion plus ou moins considérable du délivre dans l'utérus. L'écoulement lochial a souvent, dans ces cas, un aspect tout particulier. La sanie qui s'échappe de la vulve est abondante, épaisse, et surtout renferme souvent des débris que l'on peut reconnaître à la vue ou au microscope.

Nous ne pouvons entrer ici dans de plus grands détails sans être exposé à des redites. Nous croyons avoir suffisamment élucidé cette question importante du diagnostic. Il faut convenir malheureusement que, dans beaucoup de cas, il ne pourra être fait qu'après coup, et cela au grand préjudice de la malade. C'est dans le but d'éviter de pareils mécomptes que nous avons donné à ce chapitre un développement qui, de prime abord, paraît un peu exagéré.

Le *pronostic* doit être, on le conçoit sans peine, extrêmement réservé. Les trois cas que nous avons admis en étudiant les symptômes sont loin d'avoir la même gravité. Si aucun accident ne survient, si la rétention se prolonge, le pronostic est absolument bénin. Dans le cas d'hémorragie, notre jugement doit être subordonné à l'abondance du flux sanguin et à sa durée ; dans le cas d'infection, à la gravité des symptômes septicémiques. Il faut nécessairement tenir le plus grand compte du terrain sur lequel évolue la maladie ; l'état général de la femme doit servir de critérium dans tous les cas. Tout dépend donc de la

marche, de la gravité des symptômes observés. Plus la grossesse aura été avancée, plus les accidents sont redoutables. Enfin, il faut tenir compte encore de l'influence du milieu, de la constitution médicale, etc. Donc le pronostic est variable : bénigne dans quelques cas, peu dangereuse dans la plupart, la rétention peut acquérir une gravité absolue dans certaines circonstances heureusement exceptionnelles.

Enfin, ne faut-il pas l'avouer, le pronostic est le plus souvent subordonné au traitement ; et quand le lecteur aura parcouru, dans le chapitre suivant, les différentes méthodes proposées, il pourra, comme nous, se demander avec anxiété si, dans quelques circonstances, le médecin ne va pas directement à l'encontre de son rôle quand, sous prétexte d'aider à la nature impuissante, il se permet d'opérer des manipulations tellement perturbatrices, des délabrements tellement considérables, que l'on est en droit d'affirmer, presque sans restriction, que c'est le traitement qui a tué la malade.

Cette question du traitement de la rétention est celle qui a le plus passionné les accoucheurs du siècle dernier, nous l'avons vu plus haut ; elle est loin d'être tranchée aujourd'hui ; et cependant, nous voyons quelle est l'importance de la méthode employée quand il s'agit de fixer le pronostic. Nous donnerons donc au chapitre suivant un développement en rapport avec l'intérêt pratique qu'il comporte.

merope, de la glosse des ambroisies observées. Plus
la glosse a été étendue, plus les accidioses sont
évidentes. Enfin, il faut faire combien de l'in-
fluence du milieu, de la constitution médiatique, etc.
lors de l'ouverture des artères : pendant que dans d'autres
cas, peu d'asymétries dans la plupart, la rétention peut
se dérouler une grande séquelle que celle-ci n'a pas.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Notre aperçu historique nous a permis de constater
le grand nombre des auteurs qui ont écrit sur cette im-
portante question du traitement de la rétention. Aussi
les documents ne nous ont-ils pas manqué ; mais cette
richesse exubérante n'a pas laissé que de nous em-
barrasser un peu. S'il est un traitement qui ait été
jamais controversé, c'est bien celui-ci ; et nous pour-
rions dire sans exagération que, depuis Hippocrate
jusqu'à nos jours, la science a, pour ainsi dire, tourné
dans un véritable cercle, revenant aux anciennes
théories pour les quitter de nouveau et les reprendre
ensuite.

Les luttes de ce genre amènent généralement d'ex-
cellents résultats ; mais pourrions-nous en dire autant
dans le cas actuel ? Quand on voit avec quelle ardeur,
dans des discussions récentes, disputent les champions
de diverses méthodes et même de procédés différents,

il y a lieu de désespérer que l'accord se fasse jamais. Les deux camps, dont l'origine remonte au temps de Mauriceau, sont encore en présence. Mais entre les partisans des deux méthodes principales, que d'hommes qui, empruntant à l'une et à l'autre, ont institué une thérapeutique mixte qui n'a qu'un défaut : c'est d'avoir la prétention de servir à tous les cas.

Le traitement de la rétention doit s'inspirer, croyons-nous, de ce grand principe qui domine la médecine entière : *c'est qu'il n'y a pas de maladies, mais des malades.* La rétention du délivre se réalise d'autant de façons différentes qu'il y a de cas ; l'ensemble des causes, des symptômes, n'est jamais le même ; pourquoi vouloir lui appliquer toujours la même thérapeutique ? On tomberait inévitablement dans les errements de tous les médecins systématiques qui ruinent leur méthode pour l'avoir appliquée trop souvent. Il n'y a donc pas un traitement de la rétention, pas plus qu'il ne doit y avoir un traitement de la pneumonie. Il doit y avoir un traitement qui consiste dans l'emploi des différents moyens propres à remédier à telle ou telle circonstance fâcheuse de la rétention ; en un mot, le traitement doit être purement symptomatique. Nous verrons plus loin comment, en nous laissant guider par cette idée, nous pourrons emprunter à l'une et à l'autre méthode quelques-uns de leurs procédés. Mais avant d'exposer le fruit d'un éclectisme que nous croyons sage, nous devons, sous peine d'être incomplet, décrire ici les divers procédés employés de part et d'autre. Cette description faite, nous établirons les

règles thérapeutiques qui nous paraissent devoir être préférées.

Nous devons déclarer cependant, dès maintenant, que nous emprunterons plus à la méthode de l'expectation qu'à celle de l'intervention. Nous ferons de l'expectation surtout ; mais nous croyons que l'on peut se montrer plus hardi qu'autrefois, maintenant que nous pouvons, grâce aux procédés antiseptiques, nous mettre à l'abri des dangers les plus redoutables.

Cependant, avant de faire l'exposé de la méthode d'intervention et de celle de l'expectation, nous ne devons pas oublier que le médecin doit avoir pour but autant de prévenir les maladies que de les guérir, et nous nous poserons la question suivante :

Y a-t-il un *traitement prophylactique de la rétention* ?

Si nous voulions entrer dans tous les détails que comporte cette question, nous serions obligé de traiter ici de la délivrance, ce qui nous entraînerait trop loin ; nous nous contenterons d'examiner quelques moyens qui pourront nous rendre des services.

Une femme avorte. Doit-on, comme Scanzoni le recommande, aller cueillir l'œuf avec les doigts dès que le col est assez dilaté ? Nous croyons que ce serait aller à l'encontre du but que l'on se propose. Cette intervention aurait comme résultat le plus clair d'amener la rupture de l'œuf et la rétention de l'arrière-faix, dans des cas où cela ne se produit que très rarement. Nous ne nous rappelons plus quel auteur, mais nous l'avons certainement lu quelque part,

soi conseillé de rompre la poche dès qu'elle fait saillie dans le col; sans doute, il doit être le seul de son avis.

Nous n'avons qu'à reproduire ici les conseils de Baudelocque. Il s'élève avec raison contre les interventions intempestives et prématurées, et recommande de ménager l'œuf le plus possible : « Dans la majorité des cas, dit-il, rien ne vient nous forcer à hâter la rupture des membranes, et, outre que ce mode de traitement pourra quelquefois arrêter l'avortement dans sa marche et permettre à la grossesse d'aller jusqu'à terme, il provoquera souvent l'expulsion de l'œuf en entier, fœtus et annexes réunis ; il présentera encore le grand avantage de rendre l'intervention bien plus aisée si, après l'expulsion du fœtus, les annexes ont été retenues dans la matrice. En effet, le col aura été plus dilaté, plus ramolli et pendant plus longtemps, et, par suite, il reviendra moins rapidement sur lui-même et avec moins de force. »
Nous avons vu, en étudiant les causes de la rétention, qu'il y en avait qui étaient dues uniquement à l'intervention maladroite de l'accoucheur; nous avons cité en particulier le seigle ergoté, trop souvent en jeu dans ces circonstances. Ainsi donc, on ne saurait trop recommander l'abstention la plus complète de tous les moyens dits ocytociques. Si l'avortement n'a pu être enrayé, l'accoucheur devra rester le contemplateur inactif du travail qui va s'accomplir; *il ne doit rien faire.* La femme devra rester couchée dans le décubitus horizontal, observer un repos complet de corps et d'esprit.

Proscrire tous les excitants, en un mot, retarder plutôt le travail que vouloir l'accélérer, telle doit être la conduite de l'accoucheur, s'il veut éviter les dangers qui menacent la parturiente.

C'est dans cette sage réserve que consiste le traitement prophylactique de la rétention. C'est pour ne point l'avoir suivie, que beaucoup de partisans de l'intervention se sont vus dans la nécessité d'intervenir.

Nous allons maintenant faire une analyse complète des divers procédés employés par les interventionnistes.

Nous ne nous proposons pas de dire ici ce qui revient à chaque auteur ; cette analyse a déjà été faite plus haut. Il serait fastidieux de revenir ici sur l'échelle

des moyens employés par tel ou tel accoucheur. Généralement, à part quelques-uns qui s'arrêtent à l'emploi de l'extraction manuelle, tous les partisans

de l'intervention vont du procédé le plus simple au

plus compliqué, suivant ainsi la gradation des difficultés que présente la délivrance artificielle. Nous

dirions très volontiers qu'ils vont du moyen le moins

inoffensif à celui qui est le plus absolument dangereux.

Mais la critique ne remplace pas l'exposition ; nous

la ferons d'une façon complète plus loin. Passons à

l'examen de la méthode d'intervention.

a) MÉTHODE D'INTERVENTION. — Fehling (1), un des partisans les plus audacieux de l'intervention,

résume ainsi les motifs qui le portent à agir :

(1) Fehling. Ueber die Behandlung der Fehlgeburt. (Arch. f. Gyn., t. XIII. 1878.)

« 1^o Dans l'avortement normal, on n'est jamais certain qu'il ne reste rien dans l'utérus. Plus l'œuf est jeune, plus il est adhérent. Il peut rester de la caduque et même du chorion. De là l'hémorragie et la putréfaction. Il cite de nombreux cas à l'appui de son opinion.

» 2^o Le tamponnement ne suffit pas toujours contre les hémorragies ; il faut donc intervenir après.

» 3^o Si l'on pratique le tamponnement, il faut souvent retirer le tampon pour éviter l'infection ; d'où nouvelle perte de sang. Il vaut donc mieux enlever toute cause d'accidents immédiatement.

» 4^o Dans la pratique, surtout à la campagne, il est impossible d'attendre. (Cette raison nous semble peu péremptoire.)

» 5^o Enfin, l'intervention est inoffensive si elle est accompagnée de moyens antiseptiques. »

Nous verrons plus loin s'il en est réellement ainsi. Les divers procédés employés par ceux qui pratiquent l'intervention sont les ocytociques, le tamponnement, l'expression utérine, l'extraction pratiquée soit à l'aide de la main seule, soit à l'aide d'instruments de préhension, le grattage ou le curage de l'utérus au moyen d'instruments plus ou moins offensifs. Ce dernier procédé vient de se produire récemment sous un autre nom : l'écouvillonnage de l'utérus.

Quel que soit le procédé employé, il faut agir *citò et jucundè*, comme le déclare un admirateur et partisan de la méthode. Ainsi, pas de temporisation ; l'expulsion du fœtus a lieu, vite à l'œuvre ; et si la main ne suffit pas, la curette tranchante s'il le faut. Cepen-

dant quelques-uns, parmi lesquels nous citerons M. Guéniot, attendent quelque temps ; mais à part cela, les procédés sont les mêmes.

1^o *Les ocytociques*, et en particulier le seigle ergoté, ont été employés même pendant l'avortement, dans le but de hâter la délivrance. Nous verrons plus tard dans quel cas particulier on serait autorisé à l'administrer. Mais, en général, le moyen doit être rejeté. D'ailleurs, son emploi n'a jamais amené de grands résultats, et les partisans de l'intervention immédiate n'ont jamais compté beaucoup sur son efficacité.

On a proposé des succédanés du seigle ergoté. Nous ne ferons que les citer ; ce sont : le sulfate de quinine, dont l'action ecbolique paraît réelle ; l'essence de térébenthine, qui serait surtout hémostatique ; le borax, le chanvre indien, dont l'effet est problématique. Il faut chercher dans l'ergot deux effets bien différents, bien qu'ils s'obtiennent par le même mécanisme : l'effet hémostatique, l'effet ecbolique. Si l'on s'attaque à l'hémorragie seule, le médicament pourra donner des résultats ; si l'on veut obtenir l'effet ecbolique, on y arrivera plus difficilement. L'ergot agit à la fois sur le col et sur le corps de la matrice, et d'après ce que nous savons du mécanisme physiologique de la rétention, on peut affirmer *à priori* qu'il agira plutôt sur le col que sur le corps, puisque, physiologiquement déjà, le col est plus puissamment musclé que le corps dans les cas d'avortement.

2^o *Le tamponnement* a été pratiqué également dans le double but d'arrêter l'hémorragie et d'amener

des contractions utérines. Nous ne décrirons pas cet appareil, qui rend ici de grands services comme ailleurs et qui doit être connu de tout le monde. Ce n'est pas parce qu'il aura la forme d'une queue de cerf-volant ou qu'il sera composé d'une chemise vaginale bourrée de bourdonnets de charpie qu'il aura plus ou moins d'efficacité. Il s'agit avant tout de bien le pratiquer, et les règles qu'ont données les maîtres sont exposées partout.

Quelques auteurs associent l'emploi de l'ergot au tamponnement; ils espèrent obtenir ainsi une action plus énergique de l'utérus. Nous avons dit quel pouvait être l'effet de l'ergot sur le col; il nous semble donc qu'il contre-balancera à coup sûr l'action très réelle du tampon sur l'établissement des contractions et la dilatation du col.

Nous ferons remarquer ici que le tamponnement, excellent moyen, est employé à l'occasion par les partisans de l'expectation. Mais il est pour ces derniers un moyen de conjurer un des accidents de la rétention, l'hémorragie; tandis qu'il n'est pour les interventionnistes qu'un faible moyen d'intervention dont ils se passent la plupart du temps.

Nous placerons ici deux observations dans lesquelles le seigle ergoté a été administré avec des résultats bien différents.

Nous trouvâmes, au moyen de l'utérus complètement

Observation XXI

(Dr GUÉNIOT)

Rétention de onze jours. — Seigle ergoté. — Expulsion spontanée.

Une femme de 30 ans, ayant eu déjà neuf grossesses, dont trois seulement étaient arrivées à terme, tandis que les six autres s'étaient terminées par avortement, se trouvait de nouveau enceinte d'un peu plus de quatre mois, lorsque, à la suite d'une fatigue corporelle, elle fit sa septième fausse couche. L'expulsion du fœtus, qui était mort, n'offrit rien de particulier. Mais le placenta resta adhérent, et les faibles tractions exercées sur le cordon n'aboutirent qu'à la rupture de ce dernier au niveau de son insertion. Comme il n'existe d'ailleurs aucun accident, le médecin se tint prudemment dans l'expectation, ou plutôt il fit administrer à faible dose du seigle ergoté. Cette pratique n'eut en réalité aucun succès. Mais, quelques caillots ayant été expulsés alors que la malade allait de mieux en mieux, on crut reconnaître les débris du délivre, et le dixième jour, la femme, se jugeant hors d'affaire, quitta le lit pendant trois quarts d'heure.

Le lendemain, nouveau lever qui, cette fois, ne put être supporté. Puis, pendant la nuit suivante, survint une hémorragie grave pour laquelle on réclama les soins de M. Laborde.

Après examen minutieux, notre frère fut conduit à supposer que le placenta se trouvait encore retenu dans la matrice ; mais aucun signe décisif ne lui permettait d'affirmer qu'il en fût ainsi. C'est dans cette situation, aussi grave qu'embarrassante, que M. Laborde me pria de voir avec lui la malade.

Nous trouvâmes, au toucher, le col utérin complètement

refermé, et permettant à peine le passage du doigt à travers son orifice interne. Toutefois, en pressant d'une main sur la région hypogastrique de manière à abaisser la matrice, je pus explorer en partie la cavité de cet organe. Je trouvai cette dernière partout tapissée d'une membrane lisse et polie comme celle de l'amnios. Aussi pensai-je aussitôt que mon doigt pénétrait dans l'intérieur de l'œuf, resté adhérent. En un seul point, je sentis les membranes soulevées, décollées et formant une sorte de phlyctène intra-utérine. Quoique n'ayant pu atteindre ou reconnaître le placenta, je ne doutai guère qu'il fût resté inclus dans la matrice.

Le resserrement de l'orifice interne du col et l'état de rétraction dans lequel se trouvait l'utérus ne permettaient pas de tenter avec fruit l'extraction du délivre. Il nous fallut donc au moins différer, sinon rejeter comme dangereux, l'emploi de tout procédé manuel ou instrumental de délivrance. La malade, d'ailleurs, ne perdait plus ; ses lochies n'avaient jamais eu d'odeur de putréfaction, et son état général restait très satisfaisant ; mais une telle situation n'était pas moins fort périlleuse, et nous devions aviser. Nous décidâmes, en conséquence, M. Laborde et moi, que du seigle ergoté serait administré (1 gr. 50 à 2 gr. dans les vingt-quatre heures), en vue de provoquer le décollement de l'œuf. La délivrance, en effet, ne pouvait s'effectuer sans cet acte préalable. Nous crûmes devoir en favoriser ainsi l'accomplissement. Mais, pour parer efficacement à l'hémorragie qui devait inévitablement se produire, il fut convenu qu'une surveillance scrupuleuse serait observée.

Nos prévisions et nos craintes se réalisèrent bientôt. Une perte redoutable se déclara, et le délivre, en partie expulsé à travers le col, put être extraits sans difficulté par MM. Laborde et Dumoulin. Il avait conservé sa fraîcheur. L'hémorragie cessa aussitôt, et la malade, après avoir éprouvé des symptômes d'anémie et de mètrite, se rétablit complètement (*Bull. gén. de thérap.*, t. LXXIII, 1867.)

Observation XXII

(Dr BRANNAU)

Avortement à trois mois; rétention; emploi du seigle ergoté; succès.

M^{me} O..., multipare, âgée de 32 ans, n'a plus eu ses règles depuis trois mois. Depuis trois jours, elle éprouve des douleurs qui s'irradient de la région dorsale vers les hanches. Un léger écoulement existe depuis. Au jour actuel, elle éprouve des douleurs utérines pendant plusieurs heures. Un fœtus de dix semaines trouvé engagé dans le vagin en est retiré. Le placenta est senti dans l'orifice utérin; pas d'hémorragie. P. 120, T. 102 F. Traitement: ergot de seigle et injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine.

Le lendemain matin, le placenta est à la même place. P. 72, T. 98° F. Ergot et morphine comme la veille. Le soir, le placenta est encore senti dans le col. Hémorragie légère; P. 96, T. 99°,5 F. Je passai rapidement mon doigt autour de la circonférence de l'orifice interne du col, entre lui et le placenta; mais pas d'autre intervention manuelle. Ergot et morphine sont continués.

Le surlendemain, le placenta a été expulsé vingt minutes après ma dernière visite. P. 90, T. 98°,5 F. La malade eut une convalescence rapide. (*Boston Med. and S. Journ.*, t. XXXIX, 1884.)

Observation XXIII

(Résumée, Dr CHALLIER)

Avortement au sixième mois. — Ergot de seigle. — Dilatation, ourage. — Mort.

E..., âgée de 25 ans, a eu un accouchement à terme et une fausse couche. A son entrée à la clinique de

Paris, elle raconte que, depuis huit jours, elle ne sent plus remuer son enfant. Utérus développé comme à six mois, col ferme et formant relief dans le vagin ; signes qui permettent de croire à la mort de l'enfant.

Après un travail de quinze heures, expulsion d'un fœtus macéré ; la délivrance ne se fait pas. On attend.

Au bout de vingt-quatre heures, elle ne s'est pas encore opérée. Pas de perte sanguine, mais légère fétidité. Etat général assez satisfaisant. — On ordonne 2 grammes de seigle ergoté en quatre paquets.

Les douleurs se réveillent très vives au bout de quelques heures. Au toucher, le placenta est trouvé sur le col; fétidité très prononcée. M. Guéniot tente avec le doigt d'engager le placenta dans le col ; mais c'est en vain.

Symptômes d'infection les jours suivants. Le seigle ergoté est continué à la dose de 2 grammes pour les vingt-quatre heures. Le col reste fermé.

Cinq jours après le début, le professeur Depaul introduit un cône d'éponge préparée ; mais c'est le lendemain surtout que le délivre peut être enlevé en morceaux à l'aide de la curette.

L'état de la malade ne fait qu'empirer, et elle succombe huit jours après le début du travail avec les symptômes de l'infection putride.

A l'autopsie, M. Guéniot constata une péritonite pelvienne; la corne droite de l'utérus était sphacelée ; collections purulentes en certains points du corps. (*Des Accidents de la délivrance après l'avortement.* Th. de Paris, n° 129. 1866.)

Dans cette dernière observation, on le voit, plusieurs procédés ont été mis en œuvre ; mais ne doit-on pas accuser surtout l'action prolongée du seigle ergoté, qui a enfermé le loup dans la bergerie ? C'est bien le cas de le dire ici.

3^e *L'expression utérine.* La méthode dite de Crédé, appliquée à la rétention du délivre, doit être pratiquée d'une façon spéciale quand il s'agit d'un avortement des premiers mois. Elle a été préconisée par plusieurs auteurs allemands, entre autres par Martin (1), qui la décrit de la façon suivante :

« Tant que l'utérus n'est pas accessible par la paroi abdominale, il faut se contenter de placer une main sur l'hypogastre, tandis que l'autre est introduite dans le vagin et comprime fortement le corps de l'utérus. »

Généralement, la main est placée dans le cul-de-sac postérieur, et c'est grâce à une sorte de rétoversion que l'expulsion peut se faire. A. Martin reconnaît lui-même que l'on ne réussira pas souvent dans les premiers mois, et il conseille de recourir sans plus tarder au curage de l'utérus. Schröder, Höning, recommandent également l'expression, mais sans y attacher une grande importance. Ce moyen, qui est encore inoffensif, ne suffit pas dans la plupart des cas. Au cinquième et au sixième mois de la grossesse, il n'en est plus ainsi, et nous citerons plus loin un fait qui démontre les résultats que l'on peut en retirer quand il est appliqué à propos.

4^e *Les injections chaudes et antiseptiques* ont été recommandées, non seulement pour prévenir et combattre les accidents septiques, mais comme un

(1) A. Martin. *Leitfaden der operativen geburtshülfe.* Berlin. 1877.

excellent moyen d'amener l'expulsion de l'œuf. Nous reviendrons plus loin sur ce moyen le plus usuel de la méthode antiseptique ; nous nous bornerons ici à étudier son action écholique. L'injection chaude a d'abord pour premier effet d'arrêter l'hémorragie quand elle existe ; elle amène non seulement une contraction totale de l'organe utérin, mais encore la rétraction de la tunique des vaisseaux ; cette rétraction devient très efficace, à condition que l'action de la chaleur soit prolongée.

Outre cette action hémostatique, l'eau chaude, en amenant la contraction utérine, a pour effet de hâter la délivrance ; elle assouplit, en outre, le col et le met en état de céder aux efforts redoublés de la matrice. Il faut, bien entendu, faire des injections intra-utérines et pour amener l'hémostase et pour amener l'expulsion du délivre. Il ne s'agit pas ici, évidemment, du procédé de Kiwisch, des douches vaginales, etc. Nous décrirons plus loin les instruments divers qui ont été proposés et le manuel opératoire.

Les injections intra-utérines rendent les plus grands services, surtout dans les cas où le fœtus est mort depuis quelque temps. Leur effet, dans ce cas, est des plus remarquables. Employées dès le début du travail, en introduisant la canule entre les membranes et la paroi utérine, l'irritation de la matrice devient telle que souvent l'œuf tout entier est brusquement expulsé au dehors. Après l'expulsion du fœtus, même vivant, ce procédé donne encore d'excellents résultats. M. le professeur agrégé Pinard emploie méthodi-

quement ce procédé chaque fois que le fœtus est mort. L'observation suivante, curieuse à d'autres titres, est un exemple de ce genre.

Observation XXIV

Avortement de cinq mois. — Procidence du cordon, sur lequel la femme exerce des tractions et qu'elle arrache au niveau de l'ombilic. — Irrigations chaudes hâtant l'expulsion de l'œuf.

Le 13 juin 1885, entre la femme P..., âgée de 41 ans. Elle a déjà eu trois enfants ; accouchements normaux. Le dernier remonte à vingt ans.

Le 13 juin, à 10 heures du matin, apparition intempestive des douleurs ; le même jour, à 3 heures du soir, rupture spontanée des membranes. Le cordon est procident. La malade, seule à ce moment dans sa chambre et un peu affolée, tire tant qu'elle peut sur l'anse du cordon, espérant hâter l'expulsion. Mais le cordon se rompt, et dès lors pend entre les cuisses.

Lorsqu'elle arrive à l'hôpital, on pense tout d'abord que l'avortement est un fait accompli ; mais, par le toucher, on arrive sur le sommet du fœtus, et l'on sent le cordon s'enfoncer dans l'utérus. Il n'y a pas d'hémorragie. Le col, non effacé, est largement ouvert (2 francs). Les contractions utérines reviennent toutes les dix minutes. On fait, à minuit, une irrigation intra-utérine à 48°, d'une demi-heure de durée. A 1 heure du matin, la dilatation est complète, et quelques instants après, expulsion d'un garçon mort et légèrement macéré pesant 700 grammes.

Délivrance naturelle aussitôt après. Le cordon a été complètement détaché de l'ombilic au niveau du bourrelet cutané. (*Maternité de Lariboisière.*)

Nous en arrivons maintenant aux moyens d'intervention qui ont soulevé le plus de protestations. On verra que ces protestations ne sont pas exagérées. Bien que les auteurs aient enregistré des succès, ces procédés opératoires ne sont pas toujours exempts de danger. Nous verrons plus tard, en critiquant la méthode d'intervention, pourquoi les résultats fâcheux ne se produisent pas plus souvent. Ici, dans le cours de nos descriptions, nous nous contenterons d'enregistrer quelques observations dans lesquelles les résultats seront divers; mais nous n'en tirerons pas une conclusion immédiate; ce serait nous exposer à des redites sans aucun profit pour la clarté de notre exposition.

5° *L'extraction du délivre* peut se faire avec la main ou avec des instruments. Mais deux cas peuvent se présenter: le col est suffisamment dilaté ou bien il est fermé. Dans les premiers mois jusqu'au cinquième au moins, il n'est guère possible de pénétrer avec la main tout entière dans la cavité utérine; aussi les interventionnistes se servent-ils du doigt seulement, de l'index le plus souvent; le médius est préférable pour quelques-uns, parce qu'il est plus long. Passons outre sans discuter.

Quand le col est reformé, l'extraction doit être précédée de la dilatation.

La *dilatation* s'opère à l'aide des agents les plus variés. Nous citerons les principaux: l'éponge préparée, inventée par Brüninghausen en 1820, employée par Siebold, puis par Simpson en 1850, fut vulgarisée par Kluge, qui l'employa surtout pour provoquer

l'accouchement. Elle peut parfaitement servir à la délivrance et peut être appliquée avec ou sans l'aide du spéculum ; sous l'influence de l'humidité, l'éponge se dilate peu à peu et provoque les contractions de la matrice, tout en amenant la dilatation du col. Comme succédanés de l'éponge préparée, on a employé l'ivoire dépourvu de sels calcaires (clovis de Becquerel) et les tiges de *laminaria digitata*. Cette dernière substance aurait maintenant toutes les préférences, car elle n'est pas passible, comme l'éponge préparée, du reproche justifié d'amener l'infection. Il est vrai que l'on fabrique aujourd'hui des éponges aseptiques.

Enfin, vient toute la série des dilatateurs, depuis le colpeurynter de Braun, le tampon de Chiari (vessie de porc fermée par soupape métallique), le tampon-vessie de Wellenberg, le sphéno-siphon de Schnackenberg, etc., etc., qui n'ont pas grande valeur, jusqu'au double ballon de Chassagny, récemment remplacé par son appareil élytro-ptérygoïde, le ballon de Barnes, le dilatateur intra-utérin de M. Tarnier, qui peuvent être appliqués dans un grand nombre de cas, et que les partisans de l'intervention ont tour à tour préconisés.

Nous donnons ci-dessous quelques observations dans lesquelles la dilatation a été produite grâce à divers procédés.

Le dilatateur a été appliqué à l'aide des deux méthodes. Nous citerons les principaux : l'éponge brûlée, inventée par M. Tarnier en 1880, employée par M. Siebold, puis par Simpson en 1890, fut largement utilisée par Kline, qui l'employa souvent pour traiter l'hémorragie utérine.

Observation XXV

(Dr BRESLAU, de Zurich)

Avortement au troisième mois. — Dilatation. — Abaissement du col. — Extraction avec la pince.

La malade dont il s'agit a déjà eu quatre grossesses.

A son entrée à la clinique, elle a déjà éprouvé les accidents suivants. Six semaines auparavant, elle a eu une forte hémorragie accompagnée de douleurs intenses. Le médecin appelé auprès d'elle n'a constaté la sortie d'aucune partie de l'œuf, bien que la malade se crût enceinte de dix semaines environ à cette époque. Au bout de huit jours, la perte, peu abondante mais constante, prit l'aspect de lavure de chair. Puis, au bout de quatre semaines, une nouvelle hémorragie se déclara et amena une faiblesse telle que la malade ne put quitter le lit.

Il est difficile, au palper, de trouver l'utérus, et, au toucher, on ne peut que soupçonner son accroissement de volume. Le col est fermé et n'admet pas même le bout du doigt.

Le cathéter introduit rencontre des inégalités et des bosseures dans la cavité utérine.

Le 23 mai, six semaines après le début des accidents, on introduit une tige de laminaria dans le col ; on l'y maintient au moyen d'un tampon.

Le 26 mai, vers midi, la dilatation a le volume du petit doigt ; la tige de laminaria est retirée, et immédiatement j'introduis le doigt médius de la main gauche dans le canal cervical. Je rencontre dans la cavité une masse spongieuse très adhérente.

Alors, je place sur la lèvre postérieure du col une pince de Museux. Celle-ci est maintenue par un de mes aides, et attire le col en bas, pendant qu'avec une longue pince in-

troduite sur mon doigt j'arrive à extraire, en huit reprises et dans l'espace de dix minutes, le corps du délit.

La masse morcelée ainsi amenée au dehors avait le volume d'une noix, et était composée de restes de la caduque et du chorion et de caillots sanguins ; elle n'avait subi aucune altération.

Sans aucun doute, il s'agissait là des restes d'un avortement incomplet qui s'était produit six semaines auparavant.

La malade avait été chloroformée.

On lui administra aussitôt une infusion de seigle ergoté, et plus tard un régime reconstituant fut institué.

La femme quitta la clinique le 3 juin, sans avoir présenté aucun phénomène inquiétant durant son séjour dans le service. (Wien. Med. Presse, n° 42. 1866.)

Observation XXVI

(Dr CHASSAGNY)

Dilatation au moyen du ballon. — Extraction manuelle.

Mme X... est arrivée au troisième mois d'une seconde grossesse. A la suite d'un effort fait pour prévenir une chute, elle est prise de douleurs de reins ; une hémorragie se déclare. Bientôt les douleurs se rapprochent et prennent le caractère de celles de la parturition. L'avortement paraît inévitable ; l'œuf commence à faire un peu de saillie dans le col, légèrement entr'ouvert ; puis, tout s'arrête. La malade a cru se sentir mouillée ; la poche des eaux s'est probablement rompue. Le col, cependant, se referme ; on peut espérer la rétrocession du travail. Mais bientôt l'écoulement d'un liquide fétide ne laisse plus de doute sur la mort du produit.

Je n'hésite pas à intervenir et à remplir une des indica-

tions pour lesquelles j'avais d'avance destiné mon appareil. L'introduction en fut faite avec la plus grande facilité ; j'injectai l'ampoule de manière à lui donner le volume d'une orange mandarine. Dix minutes après, les douleurs se réveillent ; elles augmentent de fréquence et d'intensité, et, après cinq heures de durée, le ballon se trouve engagé dans le col, très largement ouvert. Une traction légère exercée sur le tube qui le termine lui fait franchir cet orifice. Les doigts peuvent alors, avec la plus grande facilité, pénétrer dans l'utérus, d'où j'extrais sans peine un délivre dont les adhérences avaient sans doute été détachées pendant ce travail artificiel. Il présentait des signes évidents d'une décomposition commençante. Il n'y avait pas de trace d'embryon ; peut-être avait-il été expulsé lors de la rupture de la poche des eaux. Le rétablissement de la malade a été des plus prompts. (Cité par M. Guéniot, in *Bull. gén. de thérap.*, t. LXXIII. 1867.)

Mais là ne se borne pas l'intervention de certains accoucheurs. Quelques-uns ne craignent pas d'aller plus loin et pratiquent le débridement sanglant du col. Ce procédé est encore en honneur en Allemagne, et il semble n'avoir donné que des résultats excellents. L'observation suivante permettra d'en juger.

Observation XXVII

(Dr BRESLAU, de Zurich)

Rétention de trois mois. — Débridement du col, extraction à l'aide de la pince.

Au printemps dernier, je fus appelé à donner mes soins à la femme du Dr K..., du canton de Glaris. Depuis trois mois environ, cette dame avait des pertes sanguines qui avaient

amené une faiblesse considérable. Ni le Dr K... ni son épouse n'avaient songé à la possibilité d'une grossesse. Je trouvai la patiente très anémiée ; des parties génitales s'échappaient un sang mélangé de sérosités qui n'avait aucune mauvaise odeur.

Avec l'extrémité du médius introduit dans la cavité utérine, je ne tardai pas à constater la présence d'un arrière-faix villeux, provenant évidemment d'une grossesse interrompue dès le début.

Je pratiquai, séance tenante, plusieurs incisions dans le canal cervical, après quoi j'introduisis une longue pince. Ce ne fut pas sans peine que j'amenai doucement au dehors des débris placentaires et membraneux qui offraient le volume d'un œuf de poule.

Ces débris n'avaient subi aucune altération, et probablement, ils avaient continué à vivre en parasites sur l'utérus jusqu'à cette époque.

Ma cliente supporta parfaitemenl l'opération sans avoir été chloroformée. Au bout de quelques semaines, elle était complètement rétablie. (Wien. Med. Presse, n° 42. 1866.)

Nous ne saurions partager l'enthousiasme du docteur Breslau pour cette méthode. L'observation que nous venons de rapporter se termine, dans le texte de l'auteur allemand, par ces paroles triomphales : *Veni, vidi, vici !* Nous nous demandons si le débridement n'est pas un des plus sûrs moyens de favoriser l'infection. Autant d'incisions, autant de portes ouvertes à l'absorption septicémique.

Quand le col est suffisamment dilaté pour admettre le doigt, ou quand la dilatation a été opérée artificiellement, on procède à l'extraction du délivre. Ici nous

trouvons des divergences. Les uns n'entendent se servir que des doigts, les autres s'arment, d'emblée, d'une pince.

Les partisans de la méthode manuelle font remarquer, avec juste raison, que le doigt étant le moins aveugle de tous les instruments, on opère avec plus de sûreté et l'on risque moins de blesser l'utérus. C'est ainsi qu'agissent en particulier Breslau, Hemingway, Wathen (de Louisville), Sanger, Schwarz, Becker et Spondly. Cependant, ces trois derniers adoptent l'emploi de la pince quand le doigt ne suffit pas. Les doigts introduits dans l'utérus cherchent à entraîner le placenta, et s'il existe quelques adhérences, ils doivent les rompre par des mouvements de grattage. Le procédé devient déjà suffisamment dangereux. Il peut être difficile d'arriver dans l'utérus avec le doigt ; alors, ou bien la main entière est introduite dans le vagin, tandis que le médius pénètre dans le col, ou bien, et c'est l'avis que partagent plusieurs des auteurs précités, l'utérus est abaissé au moyen de la pince de Museux.

L'opération, on le sait, est très compliquée ; de plus, elle est très douloureuse et nécessite presque toujours l'emploi du chloroforme. On est en droit de se demander s'il est vraiment indiqué de se livrer à de semblables manœuvres, quand il serait si facile d'attendre que les efforts de la nature se manifestassent. N'oublions pas, en effet, que toute cette thérapeutique offensive est instituée immédiatement après l'avortement, c'est-à-dire à un moment où il est absolument impossible de prévoir ce qui va se passer ; à un moment

où la rétention n'existe pas encore et où il n'y a aucune raison de croire qu'elle va se produire

Ce n'est que dans des cas absolument désespérés que l'on se trouve autorisé à agir de la sorte, et encore le pronostic est-il bien atténué quand l'abaissement de l'utérus ou le débridement du col n'ont pas besoin d'être pratiqués. Aussi approuvons-nous complètement la conduite tenue dans l'observation suivante.

Observation XXVIII

(Dr. PINARD, professeur agrégé)

Primipare, placenta sur le segment inférieur; hémorragies. —

Avortement à six mois. — Placenta très adhérent, retenu dans l'utérus. — Début de septicémie. — Délivrance artificielle; irrigations intra-utérines et vaginales continues. — Guérison. — Début de phlegmatia le treizième jour. — Guérison.

La femme B..., primipare, âgée de 22 ans, entrée le 22 mai 1885. A eu ses règles pour la dernière fois le 8 novembre.

Le 8 mai, au sixième mois de sa grossesse, écoulement de sang peu abondant; nouvelle hémorragie le 23 et le 25; cette fois, elle est plus persistante. Elle rentre à l'hôpital avec les douleurs.

Le col est effacé; orifice dilaté comme une pièce de un franc. On sent, au niveau de la moitié gauche de l'orifice, le bord du placenta. Au travers des membranes épaissies, on sent la tête qui ballotte. Rupture artificielle des membranes; l'hémorragie cesse pour ne plus se reproduire.

A 3 heures du soir, expulsion spontanée sans hémorragie d'un enfant, qui meurt quelques instants après. Durée du travail: onze heures.

Utérus revient sur lui-même ; mais la délivrance ne se fait pas. Par le toucher, on sent une petite portion du placenta engagée. Tractions légères inefficaces. Injections intra-utérines à 48° toutes les heures. Placenta très adhérent.

Le 26 matin. T. 37°. Etat général bon. Col reformé mais perméable ; on arrive sur le placenta, qui n'est pas encore complètement décollé.

En l'absence d'accidents, M. Pinard prescrit des irrigations antiseptiques d'une demi-heure de durée toutes les heures. On fait passer chaque fois dans l'utérus environ 10 litres de solution de biiodure étendue de moitié d'eau chaude.

A midi, la température atteint 39° ; le soir, à 5 h. 40, le pouls s'accélère ; céphalalgie intense ; pas de frissons. Le ventre reste plat et non dououreux, sinon au niveau même de l'utérus. Tranchées fréquentes. Pas de modifications dans l'état du col ; un peu de fétidité de l'écoulement.

27. 4 heures du matin, 40°. A 9 heures du matin, 38°,5. En présence de l'état général, de la putréfaction des parties décollées du placenta, des phénomènes de résorption constatés et de l'insuffisance des injections utérines, M. Pinard se décide à pratiquer la délivrance artificielle. Le col se laisse franchir assez facilement, mais le décollement du placenta est extrêmement difficile ; il faut sculpter, pour ainsi dire, la paroi utérine, et le doigt ne sent que d'une façon confuse les limites du placenta, qu'on extrait par morceaux en une dizaine de fois. L'opération, faite sans chloroforme, paraît très douloureuse.

Après l'extraction du placenta, l'utérus est bien lavé avec la solution antiseptique. M. Pinard prescrit 1 gramme de sulfate de quinine, des injections utérines très fréquentes et l'application d'un gros tampon antiseptique sur la vulve.

De 1 heure à 6 heures, irrigation intra-utérine continue, tantôt avec la solution de biiodure, tantôt avec la solution d'acide phénique au 1/100°, toutes deux étendues de trois

fois leur volume d'eau. Le récipient est élevé de 50 centimètres au-dessus du niveau du lit, et l'écoulement de liquide est très lent. La malade n'éprouve aucune sensation pénible ; elle est seulement très fatiguée vers 6 heures.

4 heures. T. 37°,4. A 6 heures on cesse l'irrigation; la malade mange avec appétit.

De 8 heures à 10 heures du soir, irrigation continue ; à 11 heures, T. 37°,2, pouls normal. L'écoulement lochial n'a aucune fétidité. On fait toute la nuit, d'heure en heure, des injections vaginales. Température normale.

28. A 5 heures matin, T. 38°,4, pouls un peu accéléré.

On reprend l'irrigation continue à 6 heures 50 et on la cesse à 3 heures de l'après-midi.

9 heures matin. T. 38°,4; 10 heures, 38°,8, P. 116; 0 gr., 50 sulfate quinine.

3 heures 40. P. 116; pas de frissons, pas de fétidité. Lavement à 3 heures, 0 gr., 50 sulfate quinine.

Irrigation reprise à 4 heures 50. A 6 heures, T. 39°,6. 0 gr., 50 de sulfate quinine. A 8 heures, T. 39°,2, P. 120. 10 heures soir, grand frisson de 20 minutes; claquement de dents, état syncopal ; T. 41°, P. 160.

On cesse l'irrigation ; sulfate quinine, 1 gramme.

Injections vaginales toutes les heures. Malade repose toute la nuit.

29, 3 heures matin. T. 37°,4. A 6 heures 1/2, 38°,3, P. 90. Etat général bon. Irrigation vaginale de 8 heures du matin à 10 heures soir.

A partir du 30, plus d'irrigations, écoulement lochial normal, ventre plat, indolore. Convalescence.

Le 7 et le 8 juin. Température monte un peu, 38°,2; douleur au niveau du mollet gauche, augmentée par la pression ; membre inférieur de ce côté augmenté de volume ; cou-de-pied œdématisé. Température locale plus élevée que de l'autre coté.

Compresses trempées dans la solution saturée de chlo-

rhydrate d'ammoniaque. Dans trois jours, les phénomènes disparaissent.

19. Exeat, guérie: *Exeat*

Les pinces employées peuvent avoir les formes les plus diverses ; il suffit qu'elles soient longues. On peut se servir de la première pince à polypes venue ; cependant quelques-unes ont été construites spécialement pour cet usage : telle est la pince à faux germes de Levret, la pince-forceps de Hohl, la pince de Kluge, qui sert à porter l'éponge préparée. La nomenclature complète serait trop longue et parfaitement inutile.

Mais avant de terminer ce que nous avions à dire de l'extraction, nous tenons à publier le fait suivant, qui démontre mieux que tous les raisonnements les dangers que peut présenter l'intervention la plus simple en apparence.

Observation XXIX

(Dr. GRUSON)

Extraction du délivre avec le doigt. — Mort rapide à la suite de péritonite.

Une femme âgée de 33 ans, enceinte de trois mois, avorte sans cause connue en juin 1877. L'expulsion du fœtus fut accompagnée d'une perte abondante. Mais comme les linges ne furent pas conservés, le médecin ne put savoir si la délivrance avait eu lieu. Cette femme reprit quelques jours après ses occupations ; mais bientôt le sang reparut très abondant, et elle fut obligée de s'aliter de nouveau. Le médecin, après avoir appliqué le tampon, l'enleva au bout de

vingt-quatre heures, pratiqua le toucher et sentit le col entr'ouvert et un corps engagé en partie dans sa cavité ; il essaya de le dégager avec deux doigts et reconnut qu'il était encore adhérent en partie ; cependant, cette considération ne l'arrêtant pas, il introduisit profondément le doigt dans l'utérus, déchira les adhérences et parvint à extraire le placenta, qui, malgré un séjour de trois semaines environ dans la matrice, ne présentait aucune trace de décomposition. Le soir même, la femme fut prise d'un frisson violent, de fièvre, de vomissements. Au bout de trois jours, elle mourut avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée. (*Th. de Gruson, Paris, 1879.*)

6° *Le curage ou ráclage de l'utérus* a été mis en pratique surtout en Allemagne et en Amérique. Il consiste à enlever le placenta en détruisant ses adhérences au moyen d'un instrument mousse ou même tranchant. Ce procédé hardi a été employé avec succès, cela est incontestable ; mais le silence fait sur les cas malheureux doit nous mettre en garde.

On se demande avec anxiété comment un instrument introduit dans la cavité utérine peut, sans léser l'organe gestateur, enlever complètement le délivre adhérent. Et l'opération n'est pas facile ; par conséquent, les chances de blesser l'utérus sont encore plus considérables.

Un grand nombre d'instruments ont été inventés dans ce but. Nous citerons au hasard l'ancien crochet à délivrance de Dugès (crochet mousse avec une anse de fil de fer ou d'argent), l'érygne et la rugine du docteur Dewees (de Philadelphie), la spatule fenestrée de Millot,

(de Dijon). Ceux qui sont les mieux connus aujourd'hui sont : la curette articulée de M. le professeur Pajot, qui est introduite droite dans l'utérus et qu'on recourbe ensuite au moyen d'un mécanisme particulier ; la cuiller tranchante de Simon, très en honneur en Allemagne ; l'anse tranchante de Thomas, etc., etc. Ces divers instruments sont parfaitement appropriés au but auquel ils sont destinés ; ils n'ont qu'un défaut, selon nous, c'est d'agir aveuglément.

Voici comment Hégar et Kaltenbach (1) décrivent cette opération : « Pour pratiquer le curage de l'utérus, le chirurgien fera coucher la malade dans le décubitus latéral ou dorsal ; cette dernière situation permet à l'opérateur de pouvoir bien surveiller l'utérus, à l'aide des mains appliquées sur la paroi abdominale. Il n'est pas absolument nécessaire de placer un spéculum dans le vagin ; c'est là cependant une manœuvre qui n'est pas sans présenter quelques avantages, car elle permet au chirurgien de bien voir les masses morbides qui sont entraînées hors de l'utérus.

Une fois la lèvre antérieure du col bien fixée, la curette doit être dirigée vers le fond de l'organe. On opère, en un mot, comme si l'on pratiquait le cathétérisme utérin ; lorsque l'instrument est introduit, on dirige successivement son extrémité vers tous les points de la muqueuse utérine, en faisant des mouvements de râclage.... Il faut prolonger le râclage

(1) Hégar et Kaltenbach. Gynécologie opératoire. Trad du Dr Bar.

jusqu'au moment où on a obtenu une surface bien lisse, et jusqu'à ce que tous les tissus qu'il fallait enlever aient été extraits. Dès qu'on est arrivé sur la tunique musculaire, l'opérateur, et parfois même les assistants, seront avertis par un bruit de grattement.»

L'opération est terminée par le badigeonnage de la cavité utérine au moyen de solutions caustiques, comme le nitrate d'argent ou la teinture d'iode; on a même employé l'acide nitrique fumant, les solutions de chlorure de zinc. Le plus souvent, on se sert d'une solution forte d'acide phénique, et on fait des lavages antiseptiques.

Quand la curette employée est très petite, comme celle de Simon, par exemple, il n'est pas nécessaire de dilater le col. C'est ainsi qu'opère Bœters (1), qui rejette absolument l'emploi des tentes éponges. Cette méthode, selon lui, doit rendre surtout de grands services quand la matrice ou ses annexes sont déjà enflammées, quand l'utérus est adhérent et peu mobile. Il fait une injection antiseptique avant et après l'opération, et enfin, il pratique le drainage de l'utérus selon la méthode de Schede.

Mundé a fait une description détaillée du procédé; nous n'en retiendrons que les difficultés qu'il signale; l'impossibilité d'atteindre les points reculés de l'utérus avec la curette, la possibilité de laisser quelques débris dans l'utérus, etc., etc. Nous ne pouvons ici insister

(1) Bœters. Zur Behandlung der Blutungen nach. Abort. Centr. f. Gyn., T. I. 1877.

plus longtemps sur ce manuel opératoire, notre tâche consistant surtout à indiquer rapidement les divers procédés et à en faire la critique.

Aux observations précédentes, nous ajouterons la suivante :

Observation XXX

(Dr JEPSON)

Rétention du délivre ; hémorragie secondaire considérable ; extraction instrumentale. — Guérison.

Mme B..., 40 ans, multipare, avorte, le 17 août 1880, au quatrième mois de sa grossesse. Elle ne fait aucun traitement et ne tarde pas à s'occuper des soins de son ménage.

Dix jours après, à la suite d'un travail fatigant, selon son expression, le sang jaillit d'elle comme une fontaine. La perte s'arrêta pour quelques jours, mais elle reprit ensuite par intervalles. Un médecin, appelé, prescrivit une médication interne qui ne donna aucun résultat.

Le 24 octobre, je vis la malade, qui me raconta son histoire. Je pensai immédiatement qu'un placenta retenu était la cause de l'hémorragie. A l'examen, je trouvai un utérus volumineux, le col ouvert, et dans l'utérus un corps étranger. Le col n'étant pas assez dilaté, je plaçai des tentes de laminaire, et, comme l'hémorragie était inquiétante, un tampon classique fut introduit dans le vagin.

Le lendemain, j'enlevai tout l'appareil; le col était dilaté, et je constatai dans la matrice la présence d'un placenta adhérent par une grande surface.

Faute d'instruments, j'improvisai une curette avec un fort fil de fer courbé en anse et limé sur le plat concave. Avec cet instrument, la pince-forceps et mon index, je réussis

bientôt à extraire un placenta qui était absolument sans odeur et d'une texture normale. L'hémorragie cessa tout de suite. L'utérus fut lavé avec une solution chaude phéniquée, et la convalescence se fit rapidement.

Dans le cas actuel, le placenta était resté dans l'utérus soixante-six jours après l'expulsion du fœtus.

Quatre mois après, cette femme devint de nouveau enceinte ; elle arriva à terme et accoucha d'une façon très heureuse. (*Am. J. Obst. N.-Y. 1883.*)

Le curage, ajouté à d'autres moyens tout aussi imprécis, amène quelquefois à longue échéance des accidents redoutables. Nous publions l'observation suivante qui, à ce point de vue, est très instructive.

Observation XXXI

(Dr JEPSON)

Avortement au troisième mois; rétention pendant cent cinq jours. — Extraction au moyen des instruments. — Nouvelle grossesse; rupture utérine pendant l'accouchement; mort de la femme.

M^{me} A..., lingère, pluripare, portait un lourd fardeau de linge, quand elle se sentit subitement mouillée, le 25 octobre 1878. Quand j'arrivai auprès d'elle, le fœtus était expulsé.

Cette femme était enceinte, disait-elle, de trois mois environ. A l'examen, je trouvai le col contracté, de sorte que je ne pus explorer la cavité utérine. Comme il n'y avait ni douleurs ni hémorragie, je me gardai d'intervenir, d'autant plus que je ne savais si le placenta se trouvait oui ou non dans la cavité utérine.

Je fis quatre visites à la patiente, la dernière une semaine après l'avortement. Le volume encore considérable de

l'utérus me fit penser que le placenta était probablement retenu.

Dans la nuit du 31 janvier 1879, quatre-vingt-dix-neuf jours après l'avortement, la malade eut une hémorragie très sérieuse. Je fus appelé, et on me dit que dans l'intervalle elle avait fait son travail accoutumé, quoiqu'elle ne se portât pas très bien. Elle avait perdu un peu de sang, mais elle n'avait pas pris cet accident au sérieux.

En réalité, les troubles avaient été si peu accentués que je rejetai l'idée d'un placenta retenu, et je traitai ma malade pour une affection de la muqueuse utérine, qui pouvait très bien être le résultat éloigné de l'avortement.

Malgré mon traitement (curette, astringents et stimulants locaux, ergot et toniques à l'intérieur), à deux reprises différentes, une hémorragie franche survint ; il me fut démontré, par ce fait, que l'utérus devait contenir quelque reste de l'avortement. Je dilatai le col avec des tentes de pig laminaire, et je trouvai effectivement une substance étrangère dans la cavité utérine.

Avec le concours du Dr Bates, la malade fut chloroformée, et, après des efforts prolongés et de grandes difficultés, nous réussîmes, avec les doigts, la curette et la pince-forceps, à extraire un placenta fermement adhérent sur la plus grande partie de sa surface, tout à fait inodore et qui présentait à l'œil un aspect parfaitement normal.

Ce placenta était resté dans l'utérus cent cinq jours après l'expulsion du fœtus, et quatre-vingt-dix-neuf jours sans amener d'accidents sérieux.

Il y eut un peu de fièvre après l'extraction du délivre ; elle ne dura que quelques jours, et la convalescence fut rapide. La menstruation se rétablit quelques semaines après, et neuf ou dix mois plus tard survint une nouvelle grossesse.

Le travail s'établit le 5 septembre 1880 (dix-huit mois après l'opération).

A mon arrivée, le col était dilaté comme une pièce de

cinq francs, la tête se présentait, les douleurs étaient modérées. Quatre heures plus tard, la patiente me réveillait par des cris violents, et je la trouvai en état de demi-collapsus. Le pouls était rapide et bien faible, la surface du corps froide et gluante ; elle souffrait de douleurs violentes et d'un caractère insolite ; l'utérus était contracturé.

La mort me parut imminente, et je fis appeler un médecin en consultation. En pratiquant le toucher, je trouvai le col complètement dilaté, mais la tête ne reposait plus sur l'orifice ; le placenta était inséré sur la paroi antérieure et inférieure de l'utérus.

Le docteur Bates arriva, et, après examen, il jugea sage de la délivrer sur l'heure. Il pratiqua la version. L'enfant était mort. Le placenta fut extrait aussi, et l'utérus, après une petite manipulation, se contracta bien. Pas d'hémorragie, mais la femme était en syncope. Grâce à des moyens énergiques, elle revint à elle ; peu à peu le cœur s'affaiblit, et elle mourut vingt minutes après la délivrance.

L'autopsie ne put être faite. Nous devons dire que cette femme était sujette à la syncope et qu'elle s'évanouissait habituellement pour les causes les plus fuitiles.

Mais il nous semble que, dans ce cas, la syncope fatale fut la conséquence de l'effort violent des contractions utérines. Il est probable qu'il y eut une rupture utérine due au dommage causé à la matrice par l'opération antérieure. Sinon, pourquoi la rétrocession de la tête, pourquoi ces symptômes graves tout à coup, ce collapsus et la syncope ? (Am. J. Obst. N.-Y. 1883.)

Un cas de cette espèce s'explique encore mieux si l'on considère que souvent le placenta, surtout s'il est inséré sur le segment inférieur du corps de l'utérus, peut être tellement rapproché de la surface péritonéale que le moindre grattage peut amener la perforation de la matrice.

L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. Bar, accoucheur des hôpitaux, est un modèle de la médication expectante, qui, malheureusement, a échoué ici. Mais en se reportant à l'examen anatomique de la pièce que nous décrivons ensuite, il y a lieu de se demander si le résultat n'aurait pas été encore plus certain par l'emploi d'une thérapeutique plus turbulente.

Observation XXXII

(Dr BAR)

Rétention du placenta. — Irrigations intra-utérines antiseptiques. — Mort de la femme. — Examen des rapports du placenta et de l'utérus sur une coupe congelée.

F..., âgée de 26 ans, a eu une grossesse et deux avortements antérieurs, qu'elle attribue aux mauvais traitements de son mari. Elle en est à sa quatrième grossesse, et elle a eu, entre le quatrième et le cinquième mois de cette grossesse, une hémorragie très abondante, d'une durée de deux heures, le 18 novembre 1883.

On la transporte à l'hôpital, dans le service de M. Bar.

Le pouls est rapide, le ventre peu volumineux, le col dilaté un peu plus qu'une pièce de deux francs. Le segment inférieur de l'utérus paraît plus épais du côté gauche. A 11 heures du soir, la malade est plus pâle, a des faiblesses, et une nouvelle hémorragie nécessite le tamponnement. On laisse le tampon une heure ; il provoque les contractions.

19. La malade a souffert toute la nuit ; l'hémorragie ne s'est pas reproduite. On entend les battements du cœur du fœtus, 180 ; la mère a 160 p. Les contractions se sont arrêtées. T. 37°.

20. Injection intra-cervicale de 4 litres de sublimé au 1/1000*.
Matin, T. 37, P. 160. Soir, T. 38°, 5, P. 160.

21. Frisson à 10 heures matin, avec claquement de dents. T. pendant le frisson, 40°, P. 180.

1 gr. sulfate de quinine, potion de Todt.

A 1 heure du soir, injection de 4 litres.

A 4 heures, T. 38°, 4, P. 120. A 6 heures, T. 37°.

22. Rupture spontanée des membranes, à 4 heures du matin.

Midi. Frisson avec claquement de dents. T. 38°, 2, P. 140. Grande fétidité des lochies. Quinine, 1 gr. On fait une injection de 2 litres toutes les deux heures avec la solution phéniquée au 1/100°.

Expulsion de temps en temps d'un caillot noirâtre extrêmement fétide.

Soir, T. 38°, P. 120.

23. 4 heures matin, frisson. 1 gr. quinine dans la journée.

A 10 heures, fœtus expulsé ; placenta adhérent.

Cinq injections de sublimé au 1/2000°.

Matin, T. 37°, P. 140. Soir, T. 37°, P. 130.

Expulsion de temps en temps d'un caillot noirâtre extrêmement fétide ; gingivite mercurielle.

Soir, T. 38°, P. 120.

24. Injections vaginales et utérines, toutes les quatre heures, avec la solution phéniquée au 1/100°.

Matin, T. 37°, P. 112. Soir, T. 38°, P. 120.

25. Exploration : col plus étroit qu'hier ; placenta décollé à son tiers inférieur sur une étendue de 1 centimètre ; le reste est adhérent. On en extrait un petit morceau ; la partie correspondante à la partie adhérente ne paraît pas altérée.

11 heures, frissons. Injections continues.

1 heure et demie soir, convulsion quinze minutes. T. 38°, P. 130, R. 40. Malade très pâle et en somnolence toute l'après-midi.

Matin, T. 37°, P. 112. Soir, T. 38°, 2, P. 150. Minuit, T. 39°, 4, P. 150.

26. Nuit assez bonne, malade sommeille. Matin, frisson; extraction de trois cotylédons placentaires, altérés sur leur face fœtale.

De 2 heures à 6 heures on fait, avec la sonde de Budin, une irrigation avec la solution phéniquée faible, 50 litres.

Nouveau lavage de 50 litres, de 11 heures soir à 4 heures matin; sulfate de quinine, 1 gr., 50. L'eau de l'injection sort sale jusqu'à la fin.

Matin, T. 38°, P. 140. Soir, T. 36°, 8, P. 160.

27. Frisson, à 2 heures matin et à 8 heures. Sulfate de quinine, 1 gr. A 9 heures, injection intra-utérine, 4 litres eau phéniquée. Journée calme, somnolence.

Injection intra-utérine continue de 3 heures 1/2 jusqu'à 2 heures matin, 120 litres.

Matin, T. 39°, P. 160, R. 42. Soir, 37°, P. 120, R. 36. Minuit, T. 36°, 5, P. 120.

28. 2 heures matin, 37°, 2.

8 heures, frisson. T. 37°, 4, P. 140.

9 heures, injection intra-utérine, 4 litres eau phéniquée. 1 heure soir, frisson. T. 40°, P. 152, R. 43.

5 heures soir, mieux; malade dort. T. 37°, 5, P. 130, R. 36.

Injection continue de 2 heures soir jusqu'à 8 heures matin, 153 litres.

L'eau revient chargée de débris noirâtres très fétides; on retire un débris du placenta gros comme un œuf, tout à fait altéré.

29. 8 heures matin, 39°, 4, P. 152.

9 heures 1/2, frisson. T. 40°, 2, P. 164, R. 48. Facies grippé, yeux vitreux. Injection continue de 11 heures matin jusqu'au lendemain même heure.

3 heures soir, T. 39°, 5, P. 152.

30. État général s'aggrave; aphonie.

A 5 heures soir, injection jusqu'à 8 heures. Malade très faible.

Matin, T. 39°, 2, P. 152, R. 44. Soir, T. 40°, 4, P. 180, R. 52.

10 heures soir, T. 37°,4, P. 136, R. 36.

1^{er} décembre. Nuit agitée. A 5 heures du matin, ventre ballonné.

De 7 heures à 11 heures du matin, injection 32 litres eau phéniquée. Respiration difficile.

Matin, T. 38°,4, P. 164, R. 48. Soir, T. 40°, P. 180, R. 52.

2. Nuit très mauvaise.

9 heures matin, T. 38°,6, P. 172, R. 52.

4 heures soir, T. 38°,2, P. incalculable.

Refroidissement de la peau, disparition des réflexes ; mort, à 5 heures du soir. La malade a conservé son intelligence jusqu'à la fin.

Examen des rapports du placenta avec l'utérus. — Sur une coupe pratiquée après congélation préalable de l'utérus, voici ce qu'on observe. L'utérus a le développement qui correspond à l'âge de la grossesse. Les parois sont épaisses, surtout vers le fond, où elles atteignent 3 centimètres environ. Le placenta est inséré sur le segment inférieur. Le bord inférieur de cet organe arrive presque au niveau de l'orifice interne ; il a les dimensions normales qu'il acquiert au sixième mois de la grossesse. Mais, fait remarquable et sur lequel nous tenons à attirer l'attention, le placenta n'est distant, sur une longueur de 3 à 4 centimètres, que de un quart de centimètre environ de la tunique péritoneale. Il semble qu'il s'est creusé là une loge anfractueuse dans laquelle il a pu prendre un développement considérable ; son épaisseur est, en effet, beaucoup plus marquée en ce point. En plus de cette disposition anormale du délivre, nous trouvons sur la même coupe trois petites tumeurs fibreuses interstitielles siégeant au niveau du fond de l'utérus. La plus grosse a le volume d'un œuf de pigeon. Ainsi, nous trouvons dans ce cas une disposition du délivre qui peut être considérée comme la cause de la rétention, et, de plus, la pièce démontre clairement ce qui aurait pu se passer si l'on avait

pratiqué le curage de l'utérus. Pour nous, il est incontestable que l'opération serait devenue particulièrement dangereuse; une perforation de la paroi eût été presque inévitable; ou bien, si l'opération était restée incomplète, il est évident que l'intervention n'aurait pas atteint le but que l'on recherche.

D'ailleurs, le curage est loin d'être toujours complet; l'instrument est aveugle, et des fragments du délivre, des lambeaux de membranes peuvent souvent lui échapper, quelle que soit l'habileté de l'opérateur. Dans ce cas, l'opération aura été complètement inutile. Les débris laissés dans la cavité utérine se putréfient, et, grâce au curage, de nombreuses portes d'absorption viennent d'être ouvertes.

Les partisans du curage eux-mêmes ont reconnu la possibilité de cette rétention des débris; aussi prescrivent-ils un lavage sérieux de l'utérus à toutes leurs opérées. Quelques-uns sont même allés plus loin, et font suivre le curage d'une injection de perchlorure de fer, qui remplit le double but d'arrêter les hémorragies et de cautériser fortement la muqueuse utérine. J. Veit a employé particulièrement ce procédé. L'hémorragie est, en effet, un des accidents sérieux de l'opération; bien que ses partisans prétendent qu'elle n'atteint jamais des proportions redoutables, nous pensons qu'il est toujours dangereux d'amener une spoliation sanguine chez une femme qui, la plupart du temps, est déjà anémiée par des pertes précédentes.

En terminant ce qui a trait à la méthode d'intervention, nous dirons quelques mots du procédé de

l'écouvillonnage, préconisé par M. Doléris tout récemment. Voici en quoi il consiste :

La dilatation est faite préalablement avec les doigts ou les instruments. M. Doléris introduit d'abord un doigt et aussitôt après un sachet de Barnes. Il arrive très vite à une dilatation plus que suffisante par l'introduction de sacs de différentes dimensions. D'ailleurs, les instruments destinés au curage n'ont pas besoin d'un passage très large. Et puis, si on décide d'intervenir, rien n'empêche de commencer par une seule éponge et de continuer, au bout de douze à vingt-quatre heures, par un autre procédé. La dernière femme opérée avait expulsé le fœtus depuis plus de quarante-huit heures. Il a suffi de quelques minutes pour obtenir une large dilatation du col.

Nous copions textuellement les lignes précédentes dans le *Bulletin de la Société obstétricale*. Nous trouvons dans le même ouvrage que M. Doléris abaisse le col. En somme, il n'y a rien de neuf jusqu'ici dans ce procédé : c'est le curage, l'auteur le dit lui-même, accompagné des opérations préliminaires de la dilatation et l'abaissement du col. Quant à l'instrument employé par M. Doléris, l'*écouvillon*, nous sommes obligé, à notre grand regret, d'avouer que nous ne le connaissons pas. D'après les renseignements que nous avons pu en avoir, il s'agirait d'une curette à forme spéciale, ressemblant aux instruments qui servent aux fumeurs pour curer leur pipe ; sans être précisément bien familier avec ces derniers instruments, nous savons qu'il en existe de formes différentes ; par

conséquent, il nous est impossible de fixer le lecteur sur la forme adoptée par M. Doléris pour sa curette.

Nous ne connaissons que trop imparfaitement le procédé de M. Doléris pour nous permettre de le juger. Quant aux huit observations qu'il a présentées au mois de mars dernier à la Société obstétricale de Paris, nous les avons vainement cherchées ; il est probable qu'elles n'ont pas encore été publiées au moment où nous écrivons. Nous le regrettons d'autant plus que nous avons lu avec un vif intérêt la discussion qui eut lieu à cette occasion à la Société obstétricale (1), et à laquelle prirent part MM. Bailly, Charpentier, Pajot et Guéniot. Aux objections formulées par ses contradicteurs, M. Doléris répond par des arguments qui sont péremptoires, il est vrai ; mais il nous semble, comme à M. Bailly, que pour accepter cette méthode qui, à peu de chose près, remplace le curage, il faut apporter beaucoup de faits à l'appui. Pour les raisons que nous avons données plus haut, nous nous abstiendrons de porter un jugement qui serait au moins téméraire, puisqu'il s'appuierait sur une méthode que nous ne connaissons pas exactement et sur des faits que nous n'avons pu analyser.

Nous terminons ici l'exposé de la méthode d'intervention.

Dans les lignes qui précédent, le lecteur aura pu reconnaître déjà que cette méthode n'avait pas nos préférences ; nous en avons critiqué un à un les

(1) In Revue obstétricale et gynécologique. Mai 1886.

divers procédés. Plus on s'avance dans la série de ces moyens d'intervention, plus il est difficile de ne pas reconnaître leur danger évident.

Pour notre compte personnel, nous n'oserions jamais tenter actuellement de faire le curage, la décortication de l'utérus. En tout cas, nous la considérons comme une opération tellement dangereuse qu'elle ne peut être excusée que par des raisons absolument probantes. Or, il n'en est pas ainsi. Pour ce qui est de l'extraction manuelle, elle ne nous semble pas présenter les mêmes inconvénients ; mais encore ne l'admettons-nous que sous la réserve qu'il y ait une indication absolue de la pratiquer, comme cela a été fait dans l'observ. XXIII. Quant à l'emploi du seigle ergoté, nous croyons qu'il doit être complètement rejeté ; nous avons suffisamment signalé ses inconvénients, puisque dans quelques cas, il peut, à bon droit, ainsi que nous l'avons vu au chapitre de l'étiologie, être accusé d'avoir provoqué la rétention. Nous n'en dirons pas autant du tamponnement, qui est une ressource précieuse dans les cas d'hémorragie sérieuse, mais que nous rejetons quand il s'agit de provoquer l'expulsion.

D'ailleurs, quand on consulte les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, on constate une divergence d'opinions considérable, suivant que l'on a affaire à des gynécologues ou à des accoucheurs. Les premiers insistent sur la délivrance immédiate, soit au moyen de la main, soit au moyen des instruments. Les seconds, tout en croyant qu'il est désirable de voir l'utérus se vider, croient que c'est là une tâche de la nature et que le médecin

ne doit jamais intervenir, à moins de symptômes très pressants. Les premiers redoutent les dangers de l'hémorragie, toujours imminente, et les accidents septicémiques ; les seconds redoutent l'inflammation de l'utérus, qui peut résulter des manipulations opératoires.

Ces divergences proviennent surtout de ce que les hommes adonnés à la gynécologie ont l'habitude de traiter des cas particuliers et qu'ils généralisent à tort leur conduite à toute une série de cas fort simples qui n'ont besoin d'aucun traitement. En temporisant, le plus souvent on est heureux de constater que la nature se charge, à elle seule, des frais du traitement. Et même, n'est-on pas encore attiré dans la voie de l'expectation d'une façon plus énergique, quand on considère la nombreuse série de cas dans lesquels l'expulsion spontanée a eu lieu au bout d'un temps relativement très long sans préjudice pour les malades ?

Plusieurs de nos observations précédentes se rapportent à des cas de ce genre ; en voici deux autres dans lesquelles l'expulsion eut lieu au bout de deux et de sept mois.

Observation XXXIII

(Dr CHALOT, professeur agrégé)

Avortement à deux mois et demi. — Rétention du placenta pendant deux mois. — Hémorragies abondantes et presque continues jusqu'au moment de la délivrance spontanée.

Le 24 avril 1882, vers les 5 heures et demie de l'après-midi, la femme Elisabeth R..., âgée de 43 ans, journalière, mariée, me fit appeler pour une perte de sang considérable

et pour des douleurs vives qu'elle éprouvait dans les reins et dans le bas-ventre. Je ne pus aller de suite chez elle. Quand j'arrivai, il était six heures. Elle me montra dans un vase une masse charnue qu'elle avait expulsée par les parties génitales, à 2 heures de l'après-midi, en souffrant beaucoup et en perdant énormément de sang. Cette masse, du volume d'un gros œuf de dinde, représentait le tissu propre du placenta, parfaitement reconnaissable à ses cotylédons, bien que ceux-ci et tout le reste de la substance placentaire offrissent un degré avancé de sclérose ou de néoplasie conjonctive interstitielle. Le placenta avait une odeur fraîche, absolument semblable à celle du placenta qui accompagne de près l'expulsion d'un avorton ou d'un fœtus à terme. Il était replié sur sa face fœtale comme une oublié et affectait la forme ovoïde, forme analogue à celle de certains polypes fibreux énucléés et moulés dans la cavité utérine; sa face externe (ancienne face d'insertion utérine) était tomanteuse, rose pâle, et présentait ça et là, sur les cotylédons, entre les cotylédons, de petits points ecchymotiques noirs, lenticulaires ou linéaires. Du côté de la face fœtale, qui était repliée sur elle-même et devenue en quelque sorte centrale, on ne voyait plus de traces de membranes ni de cordon ombrical; elle était d'un rouge foncé et comme érodée dans toute son étendue.

En délayant dans l'eau les caillots qui avaient précédé et suivi l'issu de la masse placentaire, je m'assurai qu'il n'existaient aucun débris de fœtus. Cette constatation et celle de l'état anatomique du placenta écartaient immédiatement l'idée d'une fausse couche actuelle. Ajoutons qu'à la coupe, à la pression et au moyen de tractions en divers sens, la masse offrait une texture fibreuse définie, comme celle d'un placenta sclérosé et revenu sur lui-même par réaction atrophique, et qu'il ne s'agissait nullement ni d'une môle sanguine ou charnue, ni d'une dégénérescence kystique ou myxomateuse de l'embryon.

Deux mois auparavant, le 19 février 1882, j'avais été mandé par la patiente, qui avait une forte perte de sang. Les règles étaient suspendues depuis deux mois et demi, et, bien que la femme n'éprouvât ou ne montrât pas les autres symptômes de la grossesse, j'avoue que ma première idée fut que j'avais affaire à une fausse couche. Je cherchai immédiatement la confirmation de cette idée ; mais ce fut en vain. Ni l'examen des pertes ni l'exploration directe de l'utérus ne me permirent d'admettre comme un fait certain que j'assistais à un début de fausse couche. Je m'arrêtai, pour le moment, au diagnostic de métrorrhagie simple, due soit aux fatigues, soit plutôt à l'âge critique de la patiente. En conséquence, je me contentai de prescrire le repos, la bonne nourriture, le vin de quinquina, le perchlorure de fer, etc.

L'hémorragie s'arrêta pendant deux jours, puis apparut de nouveau et persista pendant trois semaines avec une abondance variable, sans caillots et sans douleur. Du 15 au 25 mars, la malade ne perdit pas de sang ; mais le 26 mars survint une nouvelle hémorragie très forte, qui dura deux heures, au dire de la malade. J'étais alors absent de Montpellier ; ce fut un confrère qui donna des soins à la malade et prescrivit notamment de l'ergot de seigle. Cette fois encore la perte de sang se prolongea pendant une quinzaine de jours, mais faible et sans douleur. Enfin, après une cessation de trois ou quatre jours, le 8 avril, nouvelle perte très forte, avec des coliques qui se faisaient sentir dans le bas-ventre et que la malade compare aux douleurs du mal d'enfant. L'hémorragie s'affaiblit de nouveau, mais persista jusqu'au 24 avril, pour devenir plus forte que jamais vers les 9 heures du matin, et s'accompagna de coliques très vives, avec envie fréquente d'uriner. La malade se levait à chaque instant pour aller sur le vase, et chaque fois elle n'évacuait que quelques gouttes d'urine. Ce ne fut qu'après cinq heures de souffrances, à 2 heures de l'après-midi,

qu'elle expulsa la masse charnue dont j'ai fait précédemment la description, et qui n'est autre qu'un placenta.

Quand j'arrivai, vers les 5 heures, auprès de la malade, le ténesme vésical n'existait plus, les coliques s'espaçaient de plus en plus et étaient supportables ; enfin, la perte de sang était très faible, insignifiante. Le facies était jaune pâle, amaigri ; les muqueuses labiale, conjonctivale, gingivale, étaient tout à fait décolorées ; yeux ternes ; en un mot, on voyait tous les signes d'une anémie considérable. P. 84 ; apyrexie. Soif supportable, inappétence. Faiblesse très grande. Tempérament lymphatique nerveux.

A l'examen direct, je ne constatai aucune modification du sein ; point de ligne brune abdominale. Le ventre était très souple et indolore ; l'utérus si bien rétracté derrière la symphyse pubienne qu'on avait quelque peine à le retrouver par le palper abdominal. Au toucher vaginal, le col était mou, peu saillant, encore entr'ouvert, son orifice externe figurant un croissant à concavité antérieure. L'utérus était globuleux, relativement peu considérable et peu lourd, ainsi qu'on le constatait par le toucher vaginal et le palper vagino-abdominal. L'emploi de l'hystéromètre fut jugé superflu. L'utérus s'était, par conséquent, bien contracté, et l'hémorragie ne pouvait qu'être très réduite. Pas de douleurs dans les culs-de-sac vaginaux.

Antécédents. — La malade avait été réglée à 16 ans Règles tous les mois, en dehors de la grossesse ; pendant deux jours, chaque fois, avec coliques abdominales pendant, avant et après le flux sanguin.

Mariée en premières noces à l'âge de 24 ans, elle eut : 1^o une fille qui est aujourd'hui mariée et mère ; 2^o un garçon qui mourut de la petite vérole à l'âge de 19 mois ; 3^o une fausse couche à deux mois et demi ; 4^o un garçon qui vit encore ; 5^o un autre garçon qui vit encore également ; 6^o une fausse couche à deux mois et demi environ.

Mariée en secondes noces à l'âge de 38 ans, elle a eu : 1^o un garçon qui est mort d'athrepsie à 11 mois ; 2^o une fille qui a 27 mois aujourd'hui. La malade a nourri tous ses enfants. Elle n'a jamais eu de malaise pendant ses grossesses, et déclare qu'elle ne se connaissait enceinte que quand elle sentait remuer. Pas de maladie antérieure. Père et mère morts très vieux. Un frère bien portant.

Pour combattre l'anémie de la malade, je prescrivis du vin vieux, du vin de quinquina, du sirop d'iode, de fer et du perchlorure de fer, avec bouillon, jus de viande, etc. Ce traitement fut continué pendant deux mois, et, au bout de ce temps, la santé était redevenue parfaite. Les règles reparurent trois semaines après la fausse couche et durèrent un jour seulement, sans douleurs. Aujourd'hui, la femme R... travaille avec entrain et n'éprouve pas le moindre malaise du côté des organes génitaux internes. (*Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Montpellier*, n° 7. 1883.)

Observation XXXIV

(Dr RAUGÉ)

Rétention de sept mois. — Expulsion spontanée d'un placenta putréfié.

Une femme de 30 ans, sans antécédents, primipare, eut, en septembre 1879, une fausse couche de deux à trois mois, accompagnée d'hémorragies graves et répétées pendant huit jours. Nulle assistance médicale ne fut requise, si bien qu'une grande obscurité règne sur les causes de cet avortement ; aucun embryon ne fut aperçu ni recherché.

Pendant quelque temps l'hémorragie persiste légèrement, puis s'interrompt pendant quatre mois pour reparaitre en avril 1880 ; depuis lors et pendant l'année entière, la malade ne cesse de souffrir vivement de l'abdomen, en proie à des

perdes continues rouges ou blanches et à des troubles intestinaux variables allant de la diarrhée à la dysenterie. Enfin, un mieux survint; tout semblait terminé, lorsque, en juillet 1881, je fus appelé en toute hâte. Je trouvai cette femme avec des douleurs d'accouchement. Deux heures plus tard, elle accoucha, en effet, d'un placenta en pleine putréfaction. Un fragment de cordon ombilical adhérait encore à cette masse, évaluée au volume du poing. Depuis lors se dessine une amélioration progressive.

Cette femme avait cessé toute relation conjugale depuis sa fausse couche; donc, aucun doute ne peut être émis sur la réalité de cette rétention placentaire de vingt-deux mois. (Société médicale de l'Ain.)

Nous avons cité ailleurs des cas dans lesquels la rétention avait été beaucoup plus longue. Dans les deux observations précédentes, l'attente a été marquée par des phénomènes inquiétants; mais dans d'autres cas, il n'en est pas ainsi, comme on a pu le voir en parcourant quelques-unes des observations réunies dans ce travail.

D'ailleurs, quelques partisans de l'intervention se chargent de nous apprendre eux-mêmes quels sont les dangers de certains procédés opératoires. Ainsi, Thomas, parlant de la dilatation, nous dit: « Il est toujours dangereux de dilater l'orifice du col avec des tentes, mais il n'y a pas d'autre moyen pour atteindre le but. » Brannau (1), qui est un expectant, s'écrie: « Il est regrettable que les praticiens n'aient pas montré plus de franchise en publant les cas infortunés

(1) Brannau. Boston m. and S. J., p. 447-451. 1884.

résultant de cette méthode de traitement ; dans ma propre pratique, j'ai eu quatre cas malheureux résultant de l'usage des tentes. Outre ces cas malheureux, on observe des affections consécutives, telles que la pelvi-péritonite, la péritonite, la cellulite péri-utérine, l'endométrite, l'hématocèle, etc. Tel est le résultat de ma propre pratique, qui concorde avec les résultats de beaucoup de praticiens de mes amis. » Aussi le docteur Brannau semble-t-il s'être converti à l'expectation. Braxton Hicks a vu un cas de dilatation suivi de choc opératoire ; la malade mourut d'une péritonite rapide généralisée. Mundé redoute l'emploi des éponges ; il en est de même de Fritsch (1). Ces deux praticiens les remplacent par une substance (tupelo) dont nous avons vainement cherché la nature et l'origine. Elle semble être employée couramment en Amérique, puis qu'elle est citée par plusieurs auteurs.

D'ailleurs, beaucoup de ceux qui interviennent s'entendent à l'extraction manuelle. Barnes, Playfair, Simpson, Lusk, s'élèvent avec force contre l'emploi de la pince-forceps, de la curette, etc. Par contre, Alloway et Farr prônent la curette et rejettent l'extraction manuelle comme étant plus dangereuse. Ainsi, les partisans mêmes de la méthode nous donnent le témoignage précieux pour nous que l'intervention active n'est pas exempte de tout danger. Mais si les Américains donnent l'exemple de la franchise, les Allemands ne citent que leurs cas heureux ; ils nous permet-

(1) Fritsch. Am. J. of Obstetrics. 1883.

tront de douter qu'il en soit toujours ainsi. Aussi, grâce à ce silence youlu, n'est-il pas possible de dresser et de mettre en regard les statistiques de l'une et l'autre méthode.

Les partisans de l'intervention n'ont que des succès ; ceux qui font de l'expectation sont plus francs ; aussi se trouve-t-il, qu'ils ont des cas de mortalité, ce qui fait absolument défaut chez les premiers. Encore une fois, il n'est pas possible de juger comparativement les deux méthodes, ce qui ne nous empêchera pas de condamner l'intervention ; car si ses partisans cachent soigneusement les décès, c'est parce qu'ils en ont probablement une quantité respectable. Nous tiendrons compte, toutefois, des aveux de Brannau.

Tout dernièrement encore, M. le professeur Pajot (1), parlant des rétentions dans une de ses leçons, disait ceci : « Dans le cas de rétention du placenta après l'accouchement, la statistique est de soixante morts sur soixante-huit cas, si l'on n'intervient pas. Je dis le contraire pour l'avortement. Si on a le malheur d'intervenir dans les premières heures qui suivent l'expulsion de l'embryon, soixante fois sur soixante-huit la femme est morte. » Nous retiendrons ces chiffres comparatifs, sans toutefois y attacher une valeur absolue. Cette déclaration résume bien la valeur des deux méthodes en présence.

En admettant même les nombreux succès des interventionnistes, n'est-il pas permis de croire que dans

(1) Pajot. Archiv. de tocologie. Février 1886.

(1) L'opératrice. Am. 1. 1. 1883.

beaucoup de cas ils ont réussi là où la nature se serait parfaitement passée de leurs secours ? Il ne faut pas oublier que dans la majorité des avortements, la délivrance s'opère quelquefois très rapidement. Quel mérite et quel danger y a-t-il, alors, à aller cueillir un délivre qui ne demande qu'à sortir de l'utérus ? Or, des cas de ce genre sont mêlés, dans les auteurs, à ceux beaucoup plus graves dans lesquels les pinces ou les curettes ont joué un grand rôle.

Nous ne pouvons nous empêcher de rapporter ici le fait de Clark qui est typique (1). Une femme avorta au troisième mois environ. Le foetus fut expulsé ; le cordon ne tarda pas à se rompre pendant les tentatives d'extraction du délivre. Clark se disposait à pratiquer l'extraction manuelle ; mais la femme lui déclara tout bonnement qu'il était inutile de se donner tant de mal, que l'arrière-faix sortirait probablement avec les prochaines règles. C'est ce qui arriva effectivement sans aucun accident pour la malade.

Encore une fois, comment est-il possible de juger la valeur de la méthode avec des éléments si différents ? Quand les partisans de l'intervention seront résolus à être de bonne foi, quand ils voudront bien faire, comme nous, publier tous leurs cas, aussi bien les cas malheureux que ceux qui font l'orgueil de leur méthode, nous serons heureux, s'il y a lieu, de reconnaître leur supériorité.

Cette discussion un peu longue était nécessaire,

(1) Clark. Med. age, n° 5, 1884.

croyons-nous, pour légitimer notre manière de voir. Nous nous déclarons absolument partisan de la méthode expectante, que nous allons exposer maintenant.

b) MÉTHODE D'EXPECTATION. — Attendre l'expulsion spontanée du délivre tout en se préparant à combattre les hémorragies, tout en cherchant à prévenir par des moyens appropriés la putréfaction et surtout ses dangereux effets, telle est la conduite que nous proposons de tenir.

L'expectation est en honneur chez nous ; toute l'Ecole française moderne lui a dû ses plus beaux succès, et certainement elle n'est pas possible de tous les reproches que lui ont adressés les interventionnistes. Il suffit d'examiner ce qui se passe le plus habituellement après l'avortement. Quand la délivrance tarde à s'opérer, on constate néanmoins que le plus souvent le placenta est décollé, et presque aussitôt l'hémorragie diminue d'intensité, quand elle ne disparaît pas complètement. Puis, peu à peu, le délivre s'engage dans le col, et c'est au bout de quelques heures seulement qu'il est expulsé. Y-a-t-il lieu d'intervenir dès l'expulsion du fœtus ? D'autrefois, il est vrai, l'opération est retardée, la putréfaction peut se produire. Mais n'avons-nous pas un moyen énergique de combattre ses pernicieux effets sur l'organisme ? Enfin, il est des cas où le délivre reste adhérent ; aucun symptôme ne se produit, il n'y a pas d'accidents. Faut-il, par une intervention intempestive, troubler la nature, qui n'appelle aucune aide à son secours ?

« Vous êtes mandé pour une fausse couche, dit M. le professeur Pajot (1) ; on n'a pas touché à l'utérus ; il n'y a pas d'hémorragie abondante : attendez, ne faites rien. Le lendemain, rien encore n'est venu : vous soulevez des draps de là malade, vous y mettez le nez ; pas d'odeur, rien à faire. Mais le surlendemain, une mauvaise odeur commence à se faire sentir. C'est le commencement de la putréfaction. Jusque-là j'ai laissé la nature faire ce qu'elle pouvait ; mais là voici impuisante. Alors il vous faut intervenir à tout prix, extraire le placenta à tout prix, je le répète, sauf la violence. » Malgré tout le respect que nous avons pour un maître tel que M. le Pajot, nous ne pouvons nous associer entièrement à cette conduite. Nous la suivrons dans sa première partie ; mais lorsque des accidents se déclareront, nous préférerons à l'extraction q l'emploi des injections antiseptiques. Quoi qu'en dise M. le professeur Pajot dans la même leçon, le placenta putréfié n'est pas toujours un placenta décollé. Nous avons examiné les différentes dispositions du délivre dans un chapitre précédent, et nous avons vu que souvent il était en partie adhérent, en partie décollé. En conséquence, bien que la putréfaction existe, l'extraction ne se fera pas toujours avec facilité ; il faudra rompre des adhérences, se servir d'instruments tels que la curette, dont nous repoussons complètement l'emploi. En somme, M. le professeur Pajot n'emploie pas la méthode

(1) Pajot. Arch. de tocologie. Février 1886.

el thôde d'expectation pure; il y joint, à l'occasion, une
l'intervention assez active, s'il n'y a pas de proléssion. Mais
Pour nous, voici: quelle est la conduite à tenir.
Après l'avortement, surveiller la femme, mais il faut être
prêt à parer aux accidents, dès qu'ils se produisent.
Le premier en date est incontestablement l'hémor-
rhagie. Comment y parer? Par le tamponnement. Le
tampon sera laissé en place pendant au moins vingt-
quatre heures. Passé ce temps, il est prudent d'en le
retirer; toutefois la gêne qu'il cause à la femme, il peut,
malgré toutes les précautions d'antiseptiques, dévenir
une cause d'infection. Il est rare que l'hémorragie
persiste après son emploi. Son action irritante a
souvent des contractions utérines, des caillots se sont
formés, le danger est évité. Quant au tamponnement, qui a quelques inconvénients,
nous préférerions l'emploi des injections chaudes; qui,
étonne, sont une puissance remarquable contre
l'hémorragie; elles suffisent dans la plupart des cas;
mais si elles échouent, il restera encore la ressource
du tamponnement. Quant aux accidents dus à la résorption des produits
de putréfaction, nous voyons qu'on peut les prévenir,
en établissant, dès l'expulsion du foetus, un traitement
antiseptique des plus rigoureux. On commencera par
des injections vaginales; et plus tard on fera des injec-
tions intra-utérines. Celles-ci rempliront le double
but de maintenir l'aseptie et de hâter le décollement
et l'expulsion du délivre. Nous avons vu plus haut que,
lorsque l'oeuf est mort depuis un certain temps, ce

moyen donne des résultats très remarquables. En même temps, il sera utile de protéger la vulve contre les ennemis du dehors, en la recouvrant d'un pansement antiseptique, par exemple de ouate phéniquée ou de gaze iodoformée. Tels sont les moyens prophylactiques qui nous permettront d'attendre longtemps que la nature se décide à agir. Les observations suivantes sont des exemples de cette conduite éminemment rationnelle.

Observation XXXV
L'ensemble de la presse vaudoise. Elle a eu ses meilleures époques de
bonne et de mauvaise fois. Elle a eu ses meilleures époques de
(Dr RIBEMONT, professeur agrégé)

Avortement au troisième mois. Retention d'hémorragie. — Tamponnement. — Expulsion par fragments. — La nommée Augustine G., multipare, âgée de 30 ans, avorte, le 3 juillet 1885, au troisième mois de sa grossesse. L'hémorragie qui accompagne l'expulsion de l'embryon est arrêtée au moyen des injections antiséptiques très chaudes. L'état général reste bon jusqu'au lendemain, le 4 juillet. À une heure du matin le décollement du placenta s'annonce par une hémorragie considérable. Comme la femme était très affaiblie par les pertes précédentes, la sage-femme de service fit immédiatement le tamponnement classique. Le tampon, étant mal supporté, est retiré quelques heures après ; l'hémorragie a cessé complètement.

Les jours suivants, les annexes se dissocièrent et furent expulsées par fragments pendant huit jours environ. Les injections antiseptiques, pendant ces huit jours, furent pratiquées toutes les deux heures. La température ne dépassa

pas 39° ; il est inutile d'ajouter que cette élévation thermique était due plutôt au mauvais état général de la femme, qui présentait des signes non douteux de tuberculose pulmonaire. (Maternité de Beaujon.)

Observation XXXVI

Avortement à six mois. — Syphilis. — Rétention de deux jours.

C... Hélène, 19 ans, santé généralement bonne, entre le 19 février, salle Sainte-Anne, service de M. Pinard.

Réglée à 14 ans et régulièrement depuis, cette jeune femme ne présente pas trace de rachitisme et est enceinte pour la première fois. Elle a eu ses dernières règles le 18 août.

— Cette malade raconte qu'il y a quatre mois, c'est-à-dire étant enceinte de deux mois, elle eut, pour la première fois, quelques éruptions à la vulve, puis de petits boutons sur le thorax et les cuisses. Pas de maux de gorge, ni céphalalgie ni chute de cheveux. Actuellement, la malade présente à la vulve de nombreuses syphilides muqueuses qui ne laissent aucun doute sur son état. Double pléiade inguinale. Elle n'a jamais suivi aucun traitement.

L'avortement est commencé à son arrivée, et le fœtus expulsé à trois heures du soir. Il est extrêmement macéré. Le placenta reste dans l'utérus, injections. Expulsion du placenta le 21 février. La température, qui au moment de l'avortement était à 39°, reste à 38° pendant la rétention et tombé à la normale dès le 22 février. (Maternité de Lariboisière.)

Observation XXXVII

Avortement à trois mois. — Rétention du placenta, qui est expulsé trois jours après l'embryon. — Pas d'accidents.

B... Marie, 28 ans, entre, le 30 mai 1885, dans le service de M. Pinard. De bonne constitution, sans antécédents, régulièrement réglée ; elle a eu ses dernières règles le 27 février ; elle est donc enceinte de trois mois.

Le 29, à une heure du matin, sans cause apparente, sans douleurs, elle est prise d'une métorrhagie peu intense qui s'arrête seule. Le lendemain, dans la journée, sans nouvelle hémorragie, expulsion d'un embryon de trois mois. Le soir, vers 10 heures et demie, elle vient à pied à Lariboisière, apportant l'embryon. L'utérus, volumineux, remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; le col est reformé, perméable ; on ne sent pas le placenta, que la femme assure n'avoir pas expulsé. L'état général est bon ; écoulement vaginal sanguinolent sans fétidité. Injection intra-utérine avec la solution de biiodure à 48°. Injections vaginales toutes les deux heures. Le placenta, non putréfié, est expulsé le troisième jour. A aucun moment les lochies n'ont été fétides. La température est restée normale. La femme sort en parfait état, le 5 juin. (*Maternité de Lariboisière.*)

Observation XXXVIII

Secondipare. — Avortement au cinquième mois, rétention du placenta pendant deux jours. — Injections intra-utérines. — Guérison.

P... Louise, 40 ans, entre, le 1^{er} juin 1885, dans le service de M. Pinard. Un accouchement à terme. Sa grossesse actuelle date de cinq mois environ. Il y a neuf jours, sans

aucune cause apparente, légère hémorragie qui dura deux jours et cessa spontanément.

Le 1^{er} juin, à huit heures du matin, apparaissent les premières douleurs ; la poche se rompt à dix heures, et, aussitôt après, la femme expulse un enfant vivant du sexe masculin, qui meurt quelques instants après. Une hémorragie grave suit l'expulsion du fœtus. Dans l'après-midi, une sage-femme consultée amène P... à l'hôpital.

A son arrivée, elle est très anémie ; la peau présente une teinte jaune mat très prononcée, les muqueuses sont décolorées, le pouls est petit et fréquent. Les vêtements et le brancard sont couverts de sang.

Au palper, on trouve l'utérus volumineux, débordant de trois travers de doigt la symphyse pubienne ; il est un peu mou. Le cordon pend entre les cuisses de la malade, un peu de sang s'écoule par la vulve ; le vagin est rempli de caillots, et il est assez difficile, au premier abord, de reconnaître le col ; il est ouvert, et on sent un fragment de placenta engagé dans l'orifice ; en faisant quelques tractions, on constate qu'il est encore adhérent. On fait alors une injection intra-utérine au biiodure à 48° ; l'hémorragie s'arrête, et l'irrigation, prolongée pendant une demi-heure, ramène quelques caillots et quelques débris de placenta et de membranes. Compresses en permanence sur la vulve. Injections vaginales au biiodure toutes les deux heures. Température du soir, 37°.

2. Au matin, T. 36°,8 ; soir 37°,5. Deux irrigations utérines, d'une demi-heure de durée, qui ramènent des débris placentaires sans odeur. Injections vaginales toutes les deux heures. Compresses en permanence sur la vulve. Coliques.

Le 3 matin. T. 37°,2 ; soir 38°,3. Deux irrigations, une le matin, une le soir. Dans l'après-midi, le placenta est expulsé ; il est un peu fétide. La malade a un léger degré de stomatite. Il existe à la face inférieure de la langue, au niveau des par-

ties latérales en rapport avec les dents, des plaques pseudo-membraneuses blanchâtres. Peu de gingivite et de salivation.

On substitue les injections phéniquées au bichlore, Col-lutoire boraté. Les jours suivants, la langue se déterge, les fausses membranes disparaissent et laissent après des ulcerations superficielles qui se reparent très rapidement. L'involution utérine s'établit franchement, les loches conservent un peu de ténacité et la température reste entre 38 et 39°. Injections fréquentes, sulfate de quinuine et tout ce qu'il faut.

La femme est convalescente le 7 juin. Le 8, elle accuse des douleurs au niveau de la face postérieure du mollet droit; le membre, de ce côté, est plus chaud, et il existe un œdème assez marqué au niveau du cou-de-pied. Compresses de chlorhydrate d'ammoniaque. En quelques jours, tous les phénomènes disparaissent du côté droit, puis apparaissent dans le mollet gauche. Même traitement; la phlegmatia avorte (Maternité de La Séniaise). Mais si les accidents septiques se sont déclarés, que faut-il faire? Il faut intervenir, évidemment, mais d'une façon bien différente de celle que nous avons rapportée plus haut. Il faut, encore ici, s'en tenir à la méthode antiseptique; mais elle doit être appliquée d'une façon très rigoureuse. Les injections antiseptiques seront employées d'une façon pour ainsi dire continue. Elles seront renouvelées toutes les deux heures, toutes les heures si il le faut. Elles seront composées de liquides plus concentrés, plus chargés de principes antiseptiques. Enfin, dans les cas plus graves, on pratiquera l'irrigation continue. Disons quelques mots de ces différents moyens.

1. L'injection intra-utérine se pratiquait jadis avec une sonde métallique à double courant, et encore aujourd'hui cet instrument, que nous n'avons pas à décrire ici, est employé à Lyon, notamment par M. Laroyenne, qui lui a fait subir une modification importante. Dans le but de faciliter le retour du liquide, le trou de sortie est continué en bas par une fente de 3 millimètres de large, creusée dans toute la largeur du conduit de retour. M. le professeur agrégé Büdin a été plus loin encore, et dans le but de faciliter le courant de sortie, il a supprimé le canal de retour et l'a remplacé par une simple gouttière. Cette sonde, connue sous le nom de sonde en forme de fer à cheval, répond victorieusement, par sa constante efficacité, aux objections nombreuses qui ont été faites à la méthode des injections intra-utérines. Nous citerons encore la sonde de M. le professeur agrégé Pinard, sonde à double courbure (courbure utérine et périnéale), aplatie, pourvue de plusieurs ouvertures, qu'il a fait spécialement construire pour l'application de l'irrigation épitique. Nous n'avons pas à entrer dans des détails plus considérables au sujet du manuel opératoire. La façon dont on doit s'y prendre pour faire l'injection intra-utérine est suffisamment connue pour que nous puissions la passer sous silence. Cette méthode bien appliquée a presque toujours donné des résultats remarquables, même dans les cas les plus graves. Citons quelques exemples à l'appui.

Cette femme était enceinte de trois mois lorsque, il y a six jours, elle fit un violent effort pour sortir une partie de la tête abstraite contre son ventre; elle réussit à tirer de la tête une **Observation XXXIX** partie de la tête abstraite sans la déchirer, mais elle fut obligée de l'arracher pour la sortir, accou-
(D RIBEMONT, prof. agrégé)
bâti de toutes sortes de tissus et de tissus de la tête. **Avortement de trois mois et demi. Rétention. Expulsion par fragments**

La femme B. L. G., âgée de 32 ans, avorte chez elle, le 15 de février 1885. À son arrivée à l'hôpital Beaujon, le 19 février, on constate que le placenta est partiellement décollé et un peu engagé dans le col. Injections utérines antiseptiques. Le 22, expulsion de quelques débris placentaires; après l'injection, légère hémorragie. Le 23, hémorragie abondante, qui est arrêtée par une injection chaude. Expulsion quelques heures après de débris placentaires. Symptômes d'anémie grave. Nouvelle hémorragie le soir, qui résiste longtemps au traitement par l'eau chaude. Les jours suivants, tout va pour le mieux; le reste du placenta est expulsé spontanément. Cette femme, mère de quatre enfants et ayant déjà eu une première fausse couche, sort le 10 mars de l'hôpital dans un état très satisfaisant. (*Maternité de Beaujon*.)

Observation XL

(SOLLER)

Avortement de trois mois. — Hémorragies par rétention et putréfaction du placenta. — Lavages phéniqués intra-utérins au moyen de la sonde de M. Laroyenne. — Guérison rapide.

Clotilde M..., ménagère, 40 ans, entre, le 19 septembre 1881, dans la salle Sainte-Thérèse, n° 15. Réglée à 17 ans, toujours normalement. Trois accouchements antérieurs normaux: le premier, il y a dix ans; le dernier, il y a deux ans.

Cette femme était enceinte de trois mois lorsque, il y a dix jours, elle fit un violent effort pour porter une balle de linge qu'elle appuya contre son ventre ; elle ressentit de suite une violente douleur à l'abdomen. Ce n'est que trois jours après qu'elle eut une métorrhagie abondante, accompagnée de fortes coliques et de vives douleurs dans les reins. Elle accoucha alors d'un fœtus ; mais, depuis, les douleurs et la métorrhagie ont toujours persisté.

Actuellement, les coliques et les douleurs de reins sont très intenses ; elles ressemblent absolument à celles de l'accouchement. Pertes rouges abondantes, avec issue de caillots et de débris putrides répandant une mauvaise odeur.

A l'entrée de la malade, le 19 au matin, on fait un lavage intra-utérin avec une solution d'eau phéniquée, 40/0 ; on se sert pour cela de la sonde à double courant de M. Laroyenne. Cette sonde sert en même temps à râcler la cavité utérine pour en détacher le placenta, dont les débris sortent facilement. Le col est dilatable et dilaté à deux francs environ ; avant le lavage, on sentait le placenta au-dessus de l'orifice interne du col.

Le soir, la malade ne souffre plus du tout ; il est sorti depuis de nombreux caillots et quelques débris qui sont expulsés spontanément. Le 20, il n'y a plus de douleurs ni de fièvre ; les pertes se sont aussi arrêtées ; le col s'est un peu refermé.

Le 24, la malade sort complètement guérie, le col étant refermé. (Lyon médical, 1882.)

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Blanc, chef de clinique à la Faculté de Lyon, l'observation suivante, que nous publions in-extenso, malgré sa longueur ; elle constitue un exemple parfait de la méthode

y nous adoptons; de plus, les procédés employés sont décrits avec une telle exactitude que nous dispenseons d'en parler plus longuement.

Observation XL
(D^r BLANC, chef de clinique à Lyon)
Avortement fatal à six mois de grossesse.—Rétention placentaire.—Injections intra-utérines.—Guérison

M^{me} X..., 30 ans, sans profession, de constitution robuste, riche en embonpoint, n'a jamais été malade et ne présente aucune trace de vice diathésique. Son père, asthmatique, est mort très âgé. Sa mère est morte plus jeune, accidentellement.

Régulièrement menstruée depuis l'âge de 15 ans, elle perd deux ou trois jours chaque mois. Enceinte une première fois en 1883, elle avorta, à quatre mois et demi, d'un fœtus mort-né. En mars 1885, elle accoucha à terme d'un garçon très bien portant. Il survint, immédiatement après la délivrance, une hémorragie assez abondante et une hémorragie secondaire cinq ou six jours après. L'enfant fut confié à une nourrice. La menstruation s'établit ensuite irrégulièrement, manqua en juillet et août 1885; un léger suintement se montra en septembre, et le 20 octobre l'écoulement durait un jour et demi environ.

Cette dernière grossesse fut bonne à ses débuts. Mais le 23 février, des taches sanguines marquèrent le linge de la femme, éveillant ainsi une certaine inquiétude. Le fond de l'utérus, à ce moment, est un peu au-dessus de l'ombilic, légèrement incliné à droite. Il est impossible, à cause de l'épaisseur des parois abdominales, de sentir des parties fœtales, d'entendre et d'affirmer la présence des bruits du

coeur de l'enfant. Par le repos et quelques opiacés, tout rentra dans l'ordre.

Le 22 mars, M^{me} X... se sent brusquement mouillée et répand sur son lit une assez grande quantité d'un liquide jaunâtre, d'odeur amniotique très marquée. L'utérus est douloureux, diminué de volume et permet de sentir assez nettement des parties fœtales. En certains points de son étendue, on entend des bruits rapides, sourds, dont le maximum remonte vers le cœur de la mère. Ce sont, en effet, les bruits du cœur maternel, très accélérés (113). Le col est plus ramolli que précédemment, mais toujours long et fermé.

L'écoulement de liquide continue les jours suivants. Il s'y adjoint, le 23 mars, quelques caillots noirâtres. Le 25 et le 26, des douleurs lombaires et abdominales surviennent, plus marquées au milieu de la nuit. Repos et lavements ladanisés.

Le 27 mars à 9 heures du matin, le col est entr'ouvert. L'index peut le franchir et reconnaître au niveau de l'orifice interne les deux petits pieds d'un fœtus. Aucune douleur vive depuis la veille; cependant, à 7 heures du soir, l'avortement a fait des progrès; les pieds du fœtus ont franchi l'orifice externe; on sent dans le col les deux petites jambes croisées, l'une sur l'autre. La situation reste telle jusqu'au lendemain (28 mars) dans la soirée.

A 3 heures, les contractions utérines s'établissent énergiques et reviennent toutes les cinq minutes. La moitié inférieure tout entière du fœtus a franchi le col; on sent nettement les membres inférieurs, le bassin et jusqu'à l'origine du thorax du petit être. Le col, non effacé complètement, est rigide, serré sur les parties fœtales. L'index ne peut s'y glisser.

A 8 heures du soir, le siège est à la vulve. Les membres déployés sont d'un rouge livide, violacés. Le tronc fœtal tout entier a franchi le col; un bras (postérieur) est resté

ployé dans la cavité cervicale, au-devant de la poitrine. Le canal cervical, rigide, très insuffisamment dilaté, maintient solidement la tête dans la cavité utérine ; c'est ce qui prouve quelques légères tractions exercées sur la masse fœtale déjà sortie.

A 9 heures, les douleurs s'espacent, puis se calment jusqu'à une heure du matin environ. Elles recommencent dès lors avec intensité, pour ne plus s'interrompre jusqu'à ce que, à 3 heures du matin, un effort très énergique amène au dehors le fœtus tout entier. Ce dernier est grêle, violacé sur tout le corps, excepté à la tête, long de 29 cent., du poids de 750 grammes. L'épiderme du tronc et des membres se détache avec facilité à la moindre pression. Il existe quelques poils sur le cuir chevelu, les ongles sont bien formés, la cornée est opaque, le cordon ombilical très mince.

Le fœtus expulsé, on attend impatiemment la délivrance. L'utérus ne se contracte pas ; quelques tractions sur le cordon indiquent de la résistance.

Au bout de cinq à six minutes, on pratique le toucher et on trouve un col ouvert à 2 centimètres, non dilatable, résistant encore, assez long et élevé, permettant très difficilement l'introduction de l'index et du médius réunis. Sur l'orifice interne on sent la face fœtale du placenta en grande partie décollée. L'insertion du cordon est vélamenteuse, l'hémorragie très abondante.

Pendant qu'on prépare tout ce qui est nécessaire pour effectuer le tamponnement, l'index, contourné en crochet, cherche à saisir et à amener le placenta. Ce dernier se déchire, mais ne peut être engagé. La malade perd toujours beaucoup, s'affaiblit et pâlit visiblement. Quelques minces portions du placenta ont cependant franchi le col, grossies de sang coagulé. Les douleurs se réveillent, l'utérus se contracte bien, l'hémorragie s'arrête.

Il est environ 5 heures du matin. On donne des cor-

diaux à la malade, et l'on pratique ensuite une toilette antiseptique minutieuse des organes génitaux externes et du vagin. L'hémorragie ne se reproduit plus dans la matinée. A 11 heures, une portion plus considérable du placenta paraît engagée dans le col, logée en partie sous forme de massue dans le cul-de-sac postérieur, et reliée par un tractus résistant, de l'épaisseur d'une plume à écrire, à la masse intra-utérine. On ordonne quelques cuillerées d'une potion à 1 gr., 50 d'ergotine.

30. Douleurs hypogastriques très vives pendant la nuit; le placenta ne s'est pas engagé davantage; le col est plutôt refermé, T. 38°, P. 115.

Soir. Expulsion dans la journée d'un petit caillot et d'un débris placentaire d'odeur putrilagineuse, pouvant peser environ 15 grammes. Au toucher, on ne trouve plus rien dans le vagin et sur le col, un peu moins ouvert, et dont l'orifice interne est rempli par une masse en voie d'expulsion. T. 39°. On fait un lavage intra-utérin avec la solution de sublimé au 1/2000 (1 litre 1/2) sans que la sonde rencontre de difficulté sérieuse. Un crayon d'iodoformé est introduit ensuite dans le col; la vulve, saupoudrée d'iodoformé, est recouverte, en outre, d'une compresse trempée dans la solution au sublimé; on supprime l'ergotine, que l'on remplace par une potion à l'extrait mou de quinquina et trois cachets de sulfate de quinine.

31. T. 37°, P. 110. État général excellent. Col un peu ouvert mais long. On fait un seul lavage intra-utérin, suivi du même pansement local.

1^{er} avril, T. 37°. Le fond de l'utérus, difficile à limiter, paraît se trouver à trois ou quatre travers de doigt du pubis. Le col, plus souple, contient une masse placentaire de la grosseur d'un petit œuf de poule, remplissant presque complètement le cul-de-sac postérieur. On reconnaît à sa surface les lignes saillantes que forment les vaisseaux placentaires. Le lavage intra-utérin est effectué avec une solution

phéniquée à 2 1/2 pour cent. Il ramène de nombreux détritus. La sonde est parfaitement introduite.

Le soir, nous apprenons que le lavage du matin a été suivi de frissons violents et de quelques vomissements. Le vagin est rempli de détritus placentaires sans odeur quoique très friables. On fait un simple lavage vaginal. Sulfate de quinine à l'intérieur.

2. T. 38°, 2. Langue saburrale, soi^{re} vive, bouche pâteuse, douleurs hypogastriques très vives pendant la nuit. La physionomie est bonne cependant. Toniques, lavage intra-utérin. Le soir, violent frisson à 5 heures, suivi de sueurs abondantes. Au ce moment, le pouls bat 120, T. 39°, 5.

Le lavage intra-utérin amène un liquide assez fétide. On continue le sulfate de quinine et on prescrit un purgatif pour le lendemain.

3. La température s'est abaissée à 37°. La malade se plaint vivement d'une douleur qu'elle ressent à gauche de l'hypogastre. La moindre pression en ce point est insupportable. Aucun signe appréciable de lésion inflammatoire. L'utérus est maintenant plutôt incliné à gauche. Sèches nombreuses dans la journée sous l'influence du purgatif; érythème vésiculeux au pourtour de la vulve. On fait deux injections intra-utérines dans la journée; celle du soir amène un petit débris placentaire sans odeur. T. 38°.

304. T. 38°, 5, P. 120. Langue saburrale, soi^{re} vive, plu-

sieurs s'elles dans la nuit; douleurs toujours très vives à

gauche de l'hypogastre. On fait un seul lavage intra-utérin.

Le liquide sort un peu trouble au début, mais sans odeur.

Cataplasmes laudanisés sur le ventre, même traitement général et local.

Le 5^e Nuit agitée, coliques intenses amenant l'expulsion d'un caillot renfermant des débris placentaires au centre. T. 38°, 4, P. 93. Les compresses qui recouvrent la vulve ont été salies à plusieurs reprises par des détritus gris sale, fétides. Le col est long, bien reformé, on y introduit

facilement la première phalange de l'index ; la plèvre antérieure est un peu œdématisée. La sonde le franchit sans difficulté ; l'eau du lavage est sale et tient en suspension de nombreux débris placentaires fétides. On tonifie le plus possible la malade. Une heure et demie après le lavage, un frisson survient, accompagné d'un état général angoisseux, de chair de poule, de pâleur de la face et de sueur. Il dure une heure environ. De vives coliques s'établissent ensuite, expulsant une portion du placenta grande comme la moitié de la paume de la main noïtratre, très ramollie, fétide, dans laquelle on reconnaît néanmoins des villosités et vaisseaux placentaires, ceux-ci plus volumineux en un point où paraissait s'insérer le cordon. Le soir, T. 38° 6, P. 420. Etat général un peu déprimé, langue dépouillée et humide, soif vive, plus aucun frisson. On pratique facilement un second lavage intra-utérin. Le liquide sort très propre. La sonde se meut aisément dans la cavité utérine. Les douleurs siégeant au côté gauche de l'hypogastre sont beaucoup moins vives. On continue le sulfate de quinine et les soins extérieurs. ^{soins à éloigné l'œilq inanestism des améth' d} T. 38° 6, P. 420. L'appétit de la malade paraît revenir. Trois à quatre selles diarrhéiques pendant la nuit. Le col est plus ferme, plus serré ; il reçoit cependant la sonde. Le lavage amène, au début, des détritus d'odeur légère et, à la fin, un débris de la grosseur d'un pois. Le soir, T. 38°, P. 415. La sonde est arrêtée à l'orifice interne. On fait seulement un lavage vaginal, qui amène quelques détritus blanchâtres, bien liés, sans odeur, analogues aux lochies séropurulentes. Le fond de l'utérus, sensible, est à un ou deux travers de doigt du pubis. ^{soins à l'œilq} T. 38° 3. La malade n'a pas d'appétit, son état général est bon. Soif peu marquée, diminution de la sensibilité hypogastrique. Selles diarrhéiques pendant la nuit, les deux premières fétides. Lavages vaginaux. Potion laudanisée ; même traitement qu'auparavant. ^{soins à l'œilq}

8. T. 37°8. Encore sept ou huit selles diarrhéiques. Etat général excellent. Au toucher, le col est fermé, sa lèvre antérieure encore épaisse ; le corps est en antéflexion sur le col. Les mouvements communiqués éveillent de la douleur, ainsi que la pression à droite du col. Les culs-de-sac sont libres. Lavages vaginaux ; potion à l'extrait thébaïque.

9. La diarrhée a persisté. La malade est agacée, énervée, impatiente ; elle vient de manger un peu plus qu'il ne fallait peut-être. Son pouls est à 110, T. 40°. Aucun écoulement vaginal cependant. L'hypogastre n'est pas douloureux. On introduit dans l'utérus, à l'aide d'un mandrin, une sonde en caoutchouc rouge n° 18, et on pratique un bon lavage phéniqué à 2 1/2 p. cent. On voit quelques grumeaux blanchâtres amenés au début par le liquide ; ce dernier sort tout le temps clair, limpide, sans odeur. Potion avec 3 grammes d'antipyrine, pilules opiacées.

Le lendemain, 10 avril, la température était redescendue à 36°5, la diarrhée en grande partie arrêtée, l'état général excellent. L'amélioration ne s'est plus démentie depuis ; l'état local est aussi satisfaisant que possible ; il ne persiste plus aucune douleur.

2^e L'irrigation continue intra-utérine a été remise en honneur tout récemment par M. le professeur agrégé Pinard. La disposition particulière qu'il donne au lit de la malade et à l'appareil irrigateur, font de cette méthode un moyen aussi facile à employer qu'héroïque dans ses effets. Nous ne pouvons ici, malgré notre grand désir, décrire tout l'appareil de M. Pinard.

Nous renvoyons le lecteur à l'article publié récemment par lui en collaboration avec M. Varnier, interne de la

Maternité de Lariboisière (1). Nous nous bornerons à reproduire ici les quelques considérations suivantes, qui donnent la raison de la méthode: « Les injections intermittentes n'ont et ne peuvent avoir qu'une action passagère sur l'organisme; le liquide ne restant en contact avec la muqueuse utéro-vaginale que pendant un temps relativement court. De plus, cette action n'est que superficielle; le liquide n'a pas le temps d'agir sur les parties profondes. Si l'ennemi est déjà dans la place, et il y est souvent, la quantité d'antiseptique absorbée sera insuffisante à le poursuivre dans le torrent circulatoire. Or, dans des plaies aussi septiques que ces plaies cavitaires, c'est non seulement dans le foyer traumatique qu'il faut poursuivre les germes pyrogènes, mais c'est aussi dans le sang lui-même! Il est, par conséquent, utile que l'opérée absorbe une certaine dose d'antiseptique et subisse un premier degré, sinon d'intoxication, du moins d'imbibition. C'est pourquoi M. le professeur Verneuil recherche, loin de l'éviter et de s'en effrayer, la coloration brun-verdâtre de l'urine chez ses opérés, comme étant une preuve de l'absorption et, en même temps, de l'élimination compensatrice de l'acide phénique. » Conséquent avec ces principes, M. Pinard pratique l'irrigation jusqu'à la chute de la température et la continue même après. Dans un de ses cas, il a pu la faire durer pendant dix-sept heures consécutives sans

(1) Pinard et Varnier. Traitement des infections puerpérales. (Ann. de gyn. Décembre 1885 et janvier 1886.)

accident, sans aucune fatigue pour la femme. L'observation suivante est un exemple de ce qui se passe le plus souvent.

Observation XLII

(Dr. PINARD, prof. agrégé)

Avortement de cinq mois. — Accidents de septicémie entraînés par l'irrigation continue avec une solution phéniquée au 1/100. — Issue d'un cotylédon placentaire du volume d'une noix, non putréfié.

D... Marie, 27 ans, cuisinière, entre, le 10 janvier 1886, dans le service de M. Pinard. Deux accouchements antérieurs à terme. Bien conformée, d'une bonne santé habituelle, bien réglée tous les mois pendant quatre ou cinq jours. Elle a eu ses dernières règles le 8 août. Aucun accident pendant la grossesse.

Le 11 janvier, à 8 heures du soir, rupture spontanée des membranes. A l'entrée, on avait trouvé le colonon effacé, perméable. Sommet.

Pas d'hémorragie ; quelques contractions douloureuses. Injection sous-cutanée de morphine, lavement laudanisé. Apparition des premières douleurs le 12 janvier, à 9 heures du soir. Terminaison spontanée le 12 à 11 h. 50 du soir, après deux heures de travail. L'enfant est du sexe féminin ; il a vécu un quart d'heure. Poids, 750 grammes.

Délivrance naturelle le 13 janvier, à minuit 45. Hémorragie après la délivrance. Injections chaudes. Le placenta paraît normal.

13. A 8 h. et demie du soir, frisson d'une demi-heure. T. 40°, P. 420. Ecoulement sanguinolent sans odeur. Ventre non douloureux spontanément ou à la pression. Rien n'explique l'élévation de la température. L'état sanitaire du service est parfait. Les femmes accouchées le même jour par

la même sage-femme ne présentent et n'ont présenté les jours suivants aucune élévation de température.

A 9 heures du soir, on commence l'irrigation continue avec solution phéniquée à 1/100. A 2 heures du matin, 41°; puis la température tombe brusquement, et à 8 heures du matin, le lendemain, elle atteint 36°,9. Etat général et local excellents.

14. Le maximum thermique est 37°,7. On continue l'irrigation avec solution phéniquée à 1/200.

15. Le matin, 35°,8. Vomissements bilieux, fourmilllement des extrémités; P. 80; douleur épigastrique. Urines brunes, noircissant rapidement. Ni bourdonnements d'oreilles ni éblouissements. Rien d'inquiétant. On substitue à la solution phéniquée la solution boriquée à 3/100. A 10 heures du matin, issue (entre la canule et le col) d'un cotylédon placentaire non putréfié, du volume d'une noix. (*Maternité de Lariboisière.*)

Dans le cas suivant, la mort, survenue à cause d'autres complications, a permis de constater de visu les résultats de la méthode.

Observation XLIII

(Dr. PINARD, professeur agrégé)

Rétention avec septicémie. — Mort à la suite d'embolie. — Constatation directe des résultats des irrigations utérines.

Primipare, avortement de trois mois en ville. La sage-femme de la ville, après avoir en vain essayé d'extraire le placenta, envoie la femme à l'hôpital. Injections intra-utérines intermittentes, insuffisantes pour combattre la septicémie. Au troisième jour, pleuro-péricardite. Irrigation continue antiseptique. La température s'abaisse immédia-

tement pour ne plus remonter ; la septicémie est enrayerée. L'état de la malade s'améliore très vite, et au huitième jour, elle entre en convalescence. On cesse d'irrigation. Le soir du huitième jour, symptômes d'embolie de la fémorale droite. Morte le matin du neuvième jour au milieu d'un accès de dyspnée.

Autopsie, par M. Duguet : double pleurésie aréolaire. Thrombose cardiaque gauche et de l'artère pulmonaire. Embolie arrêtée à la naissance de la fémorale, profonde à droite. Utérus parfaitement vide et désinfecté ; pas de phlébite ni de lymphangite. (*Extrait des registres de la Maternité de Lariboisière, 1883.*)

Nous ne pouvons entrer ici dans de longs détails sur la composition des liquides antiseptiques employés, sur leur température, etc. Que l'on fasse des injections intermittentes ou l'irrigation continue, on se sert généralement aujourd'hui de la solution de bichlorure de mercure à 1/2000 ; d'autres fois on se sert de la liqueur de Van-Swieten pure. Ces diverses solutions auraient l'inconvénient de racornir, de tanner les muqueuses ; aussi M. le professeur Tarnier leur préfère-t-il l'acide phénique, surtout quand il s'agit de rétention placentaire. M. Pinard, sur les conseils de M. le professeur Bouchard, se sert d'une solution de biiodure de mercure à 1/2000. Ce liquide ne ratatine pas les muqueuses comme le bichlorure, mais il produit, au bout de quelques heures, une sensation douloureuse que les femmes ne peuvent supporter longtemps. Aussi on lui substitue le plus souvent une solution phénique à 1/100.

Pour les irrigations continues, voici la gradation

employée par M. Pinard : d'abord, lavage avec le bichlorure ; puis, avec la solution phéniquée à 1/100 ; enfin, emploi d'une solution d'acide borique, quand l'intoxication phéniquée s'est produite et qu'elle paraît dangereuse.

A tous ces moyens de traitement local doivent s'ajouter certaines *prescriptions générales*. On doit, premier point, soutenir les forces de la malade ; il faut combattre l'anémie par des moyens appropriés ; de plus, il faut combattre les accidents septicémiques, et pour cela nous ne pouvons que suivre la thérapeutique de M. le professeur Tarnier. Dès que les frissons se produisent, on doit administrer le sulfate de quinine à doses assez considérables. Cet agent n'a pas seulement pour but d'abaisser la température, il est encore un puissant antiseptique.

Nous ne pouvons insister sur ces points, et nous terminons ici ce que nous avions à dire de la méthode d'expectation.

N'est-on pas autorisé dans quelques cas, à intervenir d'une manière plus effective ? Nous répondons que oui. Mais ces cas sont exceptionnels, comme celui que nous avons rapporté plus haut (observation XXIII). C'est qu'alors la méthode antiseptique aura échoué, et il faudra toujours mieux risquer une opération dangereuse que de laisser succomber la malade sans aucune intervention. Mais même dans ces cas, nous croyons qu'il faudra s'en tenir à l'extraction manuelle ou à l'aide des pinces. Nous rejetons absolument l'emploi de la curette.

Enfin, dans certains cas, on est pleinement autorisé à intervenir ; quand le placenta est décollé, on peut sans inconvénients chercher à l'expulser au dehors par la méthode dite de Crédé.

C'est ainsi que nous l'avons vu pratiquer par notre maître le professeur L. Dumas dans le cas suivant :

Il y a une autre méthode pour l'expulsion du placenta et des membranes, mais elle est moins sûre et moins efficace.

Observation XLIV

(PERSONNELLE) (1)

La nommée Maria F... a avorté pour la deuxième fois, le 11 octobre 1884, à la clinique de Montpellier ; elle était enceinte de quatre mois environ.

A partir du moment de l'expulsion, il s'écoula par la vulve une certaine quantité de sang et quelques petits caillots. Le col s'était refermé un peu ; vers 6 heures, c'est-à-dire trois heures après l'avortement, on pouvait néanmoins toucher le délivre, qui fut expulsé par la méthode de Crédé, avec bon nombre de caillots, une demi-heure plus tard.

Mais peut-on extraire le placenta décollé déjà engagé dans l'orifice ? Peut-on donner, dans ce cas, le seigle ergoté ? Nous répondrons négativement. Les résultats heureux ne sont pas comparables aux nombreux accidents qui peuvent se produire. Il ne faut jamais tirer sur le placenta, même quand il semble venir spontanément. On s'expose trop à le déchirer et

(1) Gerbaud. Compte rendu de la clinique obstétricale pour l'année 1883-84. (in Montp. méd., 1885.)

à laisser un morceau de l'organe enfermé dans l'utérus. En tout cas, les membranes suivent rarement le placenta ; elles se déclinent et deviennent une source de dangers dont l'origine est souvent méconnue.

Donc, pour résumer la méthode d'expectation telle que nous la concevons et telle qu'elle est appliquée d'ailleurs par de nombreux et illustres accoucheurs, nous dirons :

Quand il y a rétention du placenta et des membranes, quelle que soit sa durée, quelle que soit l'époque de la grossesse à laquelle on se trouve, on doit se renfermer dans l'expectation.

Mais cette expectation doit être *armée* : armée contre l'hémorragie avec le tamponnement ou l'irrigation chaude ; armée contre la septicémie avec les injections vaginales, intra-utérines ; enfin, avec l'irrigation utérine continue. Tous ces moyens seront associés à un traitement général tonique et reconstituant et dont le médicament actif, en cas de septicémie sera le sulfate de quinine.

Si ces moyens échouent (ce qui est rare), alors on pourra pratiquer l'extraction manuelle ou à l'aide d'une pince (jamais de curette) ; cette extraction sera suivie de l'application rigoureuse de la méthode anti-septique.

Dans quelques cas bien rares on sera autorisé, aux cinquième et sixième mois, à employer l'expression utérine.

Telle est la méthode que nous proposons d'adopter. Elle est celle des maîtres les plus distingués ; elle est

appuyée par le succès ; enfin, et cela n'est pas à négliger au point de vue pratique, elle est à la portée du plus modeste praticien. En obstétrique, cette dernière condition seule peut faire le succès d'une méthode, car la pratique obstétricale est de tous les jours, de tous les instants et de tous les lieux, et la situation des malades peut, plus que dans n'importe quelle branche de la médecine, devenir subitement désespérée en l'absence de soins intelligents et basés sur une bonne méthode scientifique.

ANNEES ITALIENNES

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Auteurs français

ALBERT (Louis). — Des adhérences anormales du placenta. Th. Paris, 1878.

BAUGÉ. — Observation remarquable de rétention placentaire, terminée, après une période de deux ans, par l'expulsion spontanée. Lyon médical, p. 463, 1882.

BOUCHACOURT. — Art. Délivrance, du Dict. encyclopédique.

CASTÉRA. — De la Délivrance dans l'avortement. Th. Paris, 1876.

CHALLIER. — Des Accidents de la délivrance après l'avortement. Th. Paris, 1866.

CHALOT (V.). — Rétention d'un placenta frais pendant deux mois après l'expulsion de l'embryon. Gaz. hebd. des sc. méd. Montpellier, 1883.

CHARPENTIER. — Leçons sur les hémorragies puerpérales. Paris, 1874.

CHARPENTIER ET GALLARD. — Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég., 1877.

CORDES. — Ann. de gynécologie, 1876.

COURTY. — Mécanisme de l'avortement. Montp. méd., 1860-61.

DAUCHEZ. — Grossesse gémellaire de quatre mois et demi, [avortement, rétention du placenta, suivie de guérison sans aucun accident septicémique. Bull. Soc. clinique de Paris, p. 41-44, 1882.

DEFONTAINE. — Débris de placenta resté dans l'utérus à la suite d'une fausse couche, suppuration de la trompe, périto-nite. Progrès méd., p. 1017, 1880.

DEPAULIS. — Clinique obstétricale, 1872. — De la Rétention du placenta. Th. de Strasbourg, t. VIII, 1872.

DEUBEL. — Th. de Strasbourg, t. VIII, 1872.

DUGUET. — Bull. Soc. anatomique, p. 299, 1866.

DULAC (L.). — Sur la môle vésiculaire. Gaz. hebdom. de méd. Paris, 1884.

EBSTEIN. — Rétention du placenta après les fausses couches. Th. Paris, 1872.

GALLARD. — Ann. de gyn., 1875-76. — Deux cas de placenta adhérent. — Deux cas de placenta adhérent et de son élimination spontanée.

GARIMOND. — Des Phénomènes constitutifs de la pathogénie de l'avortement. Montpellier médical, t. LXVII, XVIII, 1878.

GRUSON. — Etude sur la rétention du placenta après l'avortement. Th. Paris, 1879.

HERVIEUX. — Rétention du placenta pendant vingt-cinq jours après un avortement de quatre mois, guérison. Arch. de tocologie, 1877.

LEBLOND. — Sur l'avortement spontané. Ann. de gyn., t. IV, 1875.

LECHEVALIER. — Essai sur la rétention du placenta. Th. de Paris, 1877.

LACORDELLA. — Contribution à l'étude de la rétention prolongée du placenta. Th. de Montpellier, 1884.

LETOILLE. — Soc. de chirurgie, 1879.

LUC (H.). — Septicémie par rétention du placenta, suivie de phlébite et d'infection purulente. Bull. Soc. anat. de Paris, 1881.

MAGNIN. — Môle hydatique, expulsion au quatrième mois de la grossesse. Journ. de méd. et de chir. prat. Paris, p. 499, 1881.

MARTIN ST-ANGE. — Iconographie pathologique de l'œuf humain fécondé en rapport avec l'étiologie de l'avortement. Paris J. B. Baillière, 1881.

MASLOWSKY. — Etude sur les polypes placentaires. Ann. de gyn., t. XIV, 1880.

RAMBAUD. — Avortement, rétention du placenta, hémorragies abondantes, transfusion du sang, mort. Bull. Soc. anat. Paris, 1881.

RHUTON. — Med. Press. Lond., 1881.

— De la Rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement. Th. Paris, 1883.

S.-GERMAIN (DE). — *Traité des fausses couches*, 1865.

SOLLER (G.). — *Avortement de trois mois, rétention du placenta, lavages intra-utérins phéniqués, guérison*. Lyon médical, 1882.

STOLTZ. — *Gaz. méd. de Paris*, 1852.

TARTARIN (E.) — Deux cas de môle hydatique. *Journ. de méd. et chir. prat.*, 1882.

TRIAIRE. — Deux cas de rétention du placenta dans l'avortement de la première moitié de la grossesse. *Arch. de Soc.*, 1877.

UMINSKY. — Des avortements sanglants et non sanglants. Th. Paris, 1883.

VERRIER. — Note clinique sur la môle vésiculaire, à propos d'une môle en voie de formation expulsée cinquième mois. *Gaz. hebdom. méd.*, p. 809, 1883.

— *Etude sur la rétention de bâtonnets après l'avortement*. Th. Paris, 1873.

HERVIEU. — *Rétention des bâtonnets pendant deux mois*. *Arch. de l'obst.*, 1873.

Auteurs anglo-américains

ACKER. — *Retained placenta after abortion*. Am. J. of Obst., T. XVII, 1884.

ATK. — *Adhesion of the placenta*. Lancet, London, 1881.

ALLOWAY. — *The immediate use of the uterine scoop or curette in the treatment of abortion*, etc. Am. J. of Obst., N.-Y., 1883.

BAER. — *Placental polypus which simulated malignant disease of the uterus*. Am. J. Obst., 1885.

BAILEY. — *Management of secundines after abortion*. Louisville Med. News, 1883.

BARBOUR. — *Pathology of post partum uterus*. Edim. M. J., 1885-86.

BRANNAU. — *The treatment of retained secundines*. Boston M. and S. J., 1884.

BRAXTON HICKS. — *Lond. Obs. Trans.*, 1861.

BRINTON. — *Abortion with retained placenta*. Indep. Pract. N.-Y., 1881.

BROWNE. — *Maryland M. J.* Baltimore, 1882-83.

BURTON. — *Med. Press. Lond.*, 1882.

CHEATHAM. — Removal of the placenta after abortion. N.Y. Med. 1882. Record, T. XXIX. — Weig. H60 N.Y., 1882.

DUNCAN. — Edimb. Med. J., 1874. — Von SWARZENSKI. — Oper. gyn. Chirurgie. 1882.

FOSTER. — Expectant treatment in some cases of abortion. WATSON. — Am. Med. Ass. Chicago, 1884. — News, 1885.

FRENCH. — Adherent placenta retained for years, simulating cancer. — Northwest Lancet St-Paul, 1882-83.

FRITSCH. — Am. J. of Obst., 1883.

GARRIGUES. — Mined abortion, sclerosis of the placenta. Am. J. Obst., 1884.

GEWINNER. — The Treatment of the placenta after abortion. Tr. m. Ass. Georgia Atlanta, 1884.

GRISWOLD. — Independ. Pract. 1882.

HAMILTON. — Prolonged retention of the placenta. Med. and Surg. Reporter, 1882. — Del's sports et loisirs; Giocchi.

HARLEY. — Philadelphia Med. and Surg. Reporter, 1869. — 2e. Me. 1882.

HARSHBERGER. — Tr. M. Soc. Penn. Phil., 1884. — Il lesegher.

HEMINGWAY. — The immediate treatment of abortion. Am. J. of Obst., 1884. — 2e. Me. 1882.

INGLIS DAVID. — Am. J. Obst., 1884. — 2e. Me. 1882.

JEPSON. — Am. J. Obst. 1833.

JOHNSON. — Am. Med. Ass., 1880.

LYMAN. — Abortion, retained placenta, intr'uterine injektions. Boston M. J., 1881. — Autore: Schlesinger.

LOWE. — London Obst. Trans., t. XIII.

MILLEN. — Absorption of retained placental. Georgia M. Month., 1884-85. — Die Beobachtung der Plazenta nach der Entbindung.

MUNDÉ. — Articles divers in Am. J. Obst., 1882, p. 903 et seqq.; 1883, p. 142. — Apologien der Plazenta.

— Abortion with adherent placenta. N.Y. M.J., 1882.

MURRAY. — Calcareous degeneration of placenta. Tr. Obs. Lond., 1883. — 2e. Me. 1882.

PRIESTLEY. — Transl. of the Obst. Soc., t. III, 1862. — Presse, 1862.

SOUTHWICK. — The treatment of abortion at the fourth or fifth month with retained placenta. Am. J. Obst., 1885.

SULLIVAN. — Treatment of abortion. Boston Med. and S. J., 1885.

SWAYNE. — Remarks on adhesion of the placenta. Brit. Med. J., 1875.

THOMAS. — The causes and treatment of abortion. N.Y. Med. J., 1884.

— 2e. Me. 1884.

TROW. — Conception while the uterus contained a placenta, Med. Rec. N.-Y., 1885.
VON SWERINGEN. — Obst. Gaz. Cincinnati, 1883.
WATHEN. — Retained membranes in abortion. Louisville, M. News, 1882.
— J. Am. Med. Ass. Chicago, 1885.
WARNER. — The Management of abortion. Med. age Detroit, 1885.
WARREN. — Tr. Maine M. Ass. Portland, 1882.
WILLIAMS. — Case of adherent placenta, Tr. Obst. Lond., 1883.

Auteurs italiens

CICCONE. — Dell'aborto infettivo; studio clinico. Gior. intern. de sc. med. Napoli, 1881.
COSENTINO. — Il raschiamento dei resti placentari abortivi elevato a sistema. Ann. di ostetricia Milano, 1883.
TURAZZA. — Sulle varie maniere di comportarsi della placenta in seguito all'aborto. Gaz. di ostetricia Milano, 1884.

Auteurs allemands

BLOCH. — Puerperale Spätblutung. Berl. Klin. Wochens., 1882.
BOETERS. — Die Behandlung der Blutungen nach Abort. Centr. f. Gyn., 1877.
BRAUN (VON). — Abortus mit Verbleiben der Placenta im Uterus. Allg. Wien. Ztg., 1882.
BREUS. — Ueber cystose Degeneration der Decidua vera. Arch. f. Gyn., 1882.
BRESLAU. — Zur Lehre von unvollkommenen Abortus. Wien. med. Press, 1866.
FASSBENDER. — Monatschrift, t. XXXIV.
FEHLING. — Ueber die Behandlung der Fehlgeburt. Arch. f. Gyn., Bd. XIII.
FELSENREICH. — Die Ausgratung der Uterus zur Entfernung von Eiresten. Allg. Wien. med. Ztg., 1885.
FENOMENOW. — Zur Pathologie der Placenta. Centr. für Gyn., XV.
FRÄNCKEL. — Ueber Verkalkung der Placenta. Arch. für Gyn., t. II.

GRENSER. — Monatschrift für Geb., t. XXXIII et XXXIV.
HEGAR. — Placenta Retention. Berlin, 1862.
HEMMING. — Scanzonis Beiträge, 1873.
JACQUET. — Berl. Beiträge z. Geb. und Gyn., t. I.
JASTREBOW. — Zur Lehre von den polypenförmigen Vorragungen
der Placentarstelle. Centr. für Gyn., 1882.
KULP. — Berl. Beitr. zu Geb. und Gyn., t. I.
LECHLER. — Pathologie und Therapie des Abortus. Diss. Berlin,
1883.
LEHMANN. — Diss. Berlin, 1882.
LEWY. — Fall von Endometritis Decidua polypose. Zeitsch. f.
Geb., 1877.
MAIER. — Monatschrift, t. XXXII.
MATS. — Zur Therapie des Abortus. Diss. Berlin, 1880.
MOSES — Diss. Breslau, 1884.
NETZEL. — Nord. med. Ark. Stockholm, 1885.
PICK. — Ueber die Anwendung des scharfen Messers in der Geburts-
hülfe. Deutsche med. Wochenschrift, 1883.
PLENIES. — Centr. für Gyn., t. IX, 1883.
PROCKOWNICK. — Ueber die Auskratzung der Gebermutter. Volk-
manns Sammlung, n° 493.
RAUCH. — Diss. Basel 1884.
SEXINGER. — Prager Vierteljahrsschrift, t. XCIVIII, 1868.
SCHEDE. — Berl. Klin. Wochenschrift, n° 23 et 24, 1877.
SCHREDER. — Ueber fibrinose und placentar Polypen. Scanzonis
Beitr., t. VII.
SCHWENKE. — Ueber Chorion Retention. Centr. f. Gyn., 1882.
SPENDLY. — Erinnerungen aus der obstetrischen Praxis, 1875.
VEIT. — Die Therapie der Verkalkung von Eiresten nach Fehlge-
burten. Zeitsch. f. Geb., 1877.
WECKBECKER. — STERNFELD (VON). Arch. f. Gyn., Bd. XX.
WOLCZINSKI. — Ueber Auswachung der Placenta und der Eihäute
Centr. f. Gyn., 1882.
N. B. — Consulter également les Traitées d'accouchements
français et étrangers et les Articles *Avortement, Délivrance,*
Placenta, des dictionnaires.

TABLE DES MATIÈRES	1
INTRODUCTION.	1
DÉFINITION ET DIVISION DU SUJET	II
CHAPITRE PREMIER. HISTORIQUE	21
CHAPITRE II. — ETIOLOGIE ET MÉCANISME DE LA RÉTENTION.	
a) Causes anatomo-physiologiques.	
1 ^o Etat anatomique et physiologique de l'utérus.	
2 ^o Etat anatomique de l'œuf.	
b) Causes anatomo-pathologiques.	
1 ^o Anomalies du travail de l'avortement.	
2 ^o Lésions pathologiques de l'utérus.	
3 ^o Lésions pathologiques du placenta et des annexes.	
c) Causes extrinsèques.	
Emploi du seigle ergoté.	
Tentative d'extraction immédiate.	
Fréquence de la rétention	45
CHAPITRE III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	
a) Rétention du délivre sans adhérences.	
b) Rétention avec adhérences.	
œuf vivant.	
œuf mort.	
œuf régénéré.	
c) Transformations du délivre.	
Môle hydatique.	
Polypes placentaires.	
d) Exfoliation insensible du placenta.	
(absorption du placenta).	74

CHAPITRE IV. — SYMPTOMATOLOGIE, MARCHE ET DURÉE
DE LA RÉTENTION.

a) Rétention du délivre sans accidents	
b) Rétention, accidents immédiats.	
c) Rétention, accidents tardifs.	
Marche de la rétention.	
Durée de la rétention	106

CHAPITRE V. — DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

Diagnostic de la rétention.	
Diagnostic différentiel.	
Pronostic	124

CHAPITRE VI. — TRAITEMENT.

1 ^o Traitement prophylactique.	
2 ^o Traitement curatif.	
a) Méthode d'intervention.	
Ocytiques.	
Tamponnement.	
Expression utérine.	
Injections chaudes.	
Extraction du délivre manuelle, instrumentale.	
Curage, grattage, écouvillonnage de l'utérus.	
b) Méthode d'expectation.	
<i>Traitement de l'hémorragie :</i>	
Tamponnement, injections chaudes.	
<i>Traitement des accidents septicémiques :</i>	
Injections antiseptiques intra-utérines.	
Irrigations continues.	
<i>Traitement général.</i>	
Des moyens qu'il est nécessaire d'ajouter à la	
méthode d'expectation dans les cas graves.	141
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	217