

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 27 mars 1850,

Par RENÉ BOLLORÉ,

né à Douarnenez (Finistère).



DE LA

MÉTRORRHAGIE APRÈS LES ACCOUCHEMENTS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical,

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 29 bis.

1850

1850. — Bolloré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. BÉRARD, DOYEN.	MM.
Anatomie.....	DENONVILLIERS.
Physiologie.....	BÉRARD.
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale.....	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique.....	DUMAS.
Hygiène.....	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale.....	
	GERDY.
Pathologie médicale.....	DUMÉRI.
	PIORRY.
Anatomie pathologique.....	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ANDRAL.
Opérations et appareils.....	
Thérapeutique et matière médicale.....	TROUSSEAU.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés...	MOREAU.
	FOUQUIER.
Clinique médicale.....	CHOMEL.
	BOUILLAUD, Examinateur.
	ROSTAN.
	ROUX.
Clinique chirurgicale.....	CLOQUET.
	VELPEAU.
	LAUGIER.
Clinique d'accouchements.....	DUBOIS, Président.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.	MM. GUENEAU DE MUSSY.
BÉCLARD.	HARDY.
BECQUEREL	JARJAVAY.
BURGUIÈRES.	REGNAULD.
CAZEAUX.	RICHET.
DEPAUL.	ROBIN, Examinateur.
DUMÉRIL fils.	ROGER.
FAVRE.	SAPPEY.
FLEURY.	TARDIEU.
GIRALDÈS.	VIGLA, Examinateur.
GOSSELIN.	VOILLEMIER.
GRISOLLE.	WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M^{ME} R. BOLLORÉ.

Témoignage de mon sincère attachement.

DE

LA MÉTRORRHAGIE

APRÈS LES ACCOUCHEMENTS.

Quel sujet pouvais-je embrasser plus intéressant à traiter que celui dans lequel il s'agit de conserver la santé d'une femme, chérie de sa famille, dont elle fait la jouissance, aimée tendrement de son mari, dont elle fait le bonheur, adorée de ses enfants, d'où dépendent souvent l'existence physique et morale!...

(VALENTIN.)

On doit entendre par *métrorrhagie* (de *μητρα*, matrice, et *ρηγνυμι* je sors avec violence) tout écoulement de sang, hors des vaisseaux utérins, qui a lieu hors le temps destiné à cette fonction.

Ici je ne m'occuperai que de la métrorrhagie après les accouchements.

1° Anatomie succincte de l'utérus, 2° causes, 3° symptômes, 4° diagnostic, 5° pronostic, 6° traitement de la métrorrhagie : tel est l'ordre dans lequel je traiterai la question qui fait le sujet de cette thèse.

ANATOMIE SUCCINCTE DE L'UTÉRUS.

L'utérus, organe de la gestation, est un viscère creux, situé dans l'excavation du bassin, entre la vessie et le rectum, au-dessus du vagin, au-dessous des circonvolutions inférieures de l'intestin grêle. Il est maintenu dans sa position : 1° par les *ligaments larges*, expansions membraneuses résultant de l'adossement de deux feuillets

du péritoine, et s'étendant des bords latéraux de cet organe aux côtés de l'excavation du petit bassin; 2° par les *ligaments antérieurs*, petits replis formés par le feuillet du péritoine qui se réfléchit de la face postérieure de la vessie; 3° par les *ligaments postérieurs*, replis analogues formés par le feuillet qui vient de la face antérieure du rectum; 4° enfin, par les *ligaments ronds*, cordon celluleux, blanchâtre, qui, des angles supérieurs de l'utérus, au devant et un peu au-dessous des trompes, suivent le demi-contour antérieur du détroit supérieur, et vont se terminer dans l'aîne et le mont de Vénus, après avoir traversé l'anneau inguinal.

Pour l'étude anatomique, on peut diviser l'utérus en surface externe et en surface interne.

Extérieurement il présente une face antérieure ou pubienne, une face postérieure ou sacrée, un bord supérieur qui en forme le fond, et deux latéraux. On y distingue aussi trois angles : deux supérieurs ou latéraux, appelés *angles tubaires*, parce qu'ils sont situés près de l'insertion des trompes utérines, et un inférieur, qui forme la portion vaginale du col de l'utérus. Cette portion est proéminente dans le vagin; elle présente, à son extrémité inférieure, une fente transversale, à rebords arrondis, qui est l'*orifice externe* ou *vaginal* de l'utérus. Sa division en deux lèvres et l'analogie de configuration lui ont fait donner le nom de *museau de tanche*.

La surface interne de l'utérus présente, dit M. P. Dubois (*Traité complet de l'art des accouchements*), une cavité dans laquelle on distingue deux parties : l'une, qui en constitue à peu près la moitié supérieure, est la *cavité du corps*; l'autre, qui en forme à peu près la moitié inférieure, est la *cavité du col*.

La première a des dimensions variables, selon qu'on l'étudie chez une jeune femme et qui n'a jamais été mère, ou chez une femme qui a eu un ou plusieurs enfants.

Chez la femme nullipare, la cavité du corps a une forme triangulaire, et contiendrait à peine une grosse fève de marais; elle se termine en haut et sur les côtés par les orifices très-petits des

trompes, et la portion de cet organe située au-dessus de ces orifices, constitue le *fond de l'utérus*. Inférieurement, la cavité du corps se termine par une autre ouverture plus large, appelée l'*orifice interne de l'utérus* ou l'*orifice utérin*.

La cavité du col est une espèce de canal aplati d'avant en arrière, et un peu plus large dans son milieu qu'à ses extrémités. On y observe, surtout près de l'orifice vaginal, des rainures assez profondes occupées par un grand nombre de follicules muqueux.

Il n'est pas rare que les orifices excréteurs de quelques-uns de ces follicules s'oblitérent accidentellement, et que le mucus s'accumulant dans leur cavité, ils acquièrent un développement remarquable; dans cet état, ils ont été pris, par un ancien anatomiste, Naboth, pour des œufs humains; et quoique leur véritable nature soit aujourd'hui bien connue, ils sont encore assez souvent désignés par le nom d'*œufs de Naboth* (M. P. Dubois).

Structure de l'utérus. — Une membrane externe péritonéale, un tissu propre, une membrane interne muqueuse, des vaisseaux et des nerfs : telles sont, dit M. Cruveilhier, les parties constituentes de l'utérus.

L'utérus est recouvert dans les trois quarts supérieurs de sa face antérieure, et dans toute l'étendue de sa face postérieure, par la membrane externe péritonéale, qui, en se réfléchissant d'arrière en avant sur la vessie, et d'avant en arrière sur le rectum, forme deux *culs-de-sac* : l'un *antérieur* ou *utéro-vésical*, l'autre *postérieur* ou *utéro-rectal*. Cette membrane subit, pendant la grossesse, une extension considérable, sans amincissement.

Je n'entrerai pas dans les discussions assez nombreuses des auteurs sur la nature du tissu propre de l'utérus, et dirai seulement qu'aujourd'hui on le regarde comme étant musculaire, parce qu'il jouit de la contractilité et qu'il contient de la fibrine.

Le tissu propre de l'utérus, dit M. Cazeaux (*Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*), se rapproche beaucoup de celui

de tous les organes creux : ainsi, à l'extérieur, fibres longitudinales ; à l'intérieur, fibres horizontales et circulaires. C'est le fond de l'organe qui devait particulièrement agir, pour produire l'expulsion du fœtus ; c'est là aussi que l'appareil est plus développé, et la disposition est telle que, pendant la contraction, tous les points de la surface de l'organe tendent à se rapprocher du centre. Enfin, à la partie inférieure, où la résistance devait être moindre, il ne reste plus que des fibres horizontales, qui constituent là une espèce de sphincter : celui-ci peut être comparé, sous plus d'un rapport, au sphincter du rectum et de la vessie.

Beaucoup d'anatomistes, Morgagni, Chaussier, Ribes, etc., ont contesté l'existence de la membrane interne ou muqueuse de l'utérus. M. Velpeau, chez plusieurs femmes mortes enceintes, ou peu de temps après la couche, a pu en enlever des lambeaux très-distincts. D'après cet auteur et M. Cruveilhier, l'analogie, l'état pathologique, l'anatomie comparée, suffisent pour convaincre de sa présence.

Des travaux anatomiques récents ont fait admettre des glandules, du tissu cellulaire de différente nature, des vaisseaux, un épithélium, comme les éléments constitutifs principaux de la membrane muqueuse utérine.

Quatre artères, les deux utérines fournies par l'hypogastrique, les deux ovariques données par l'aorte ou par les émulgentes, servent à porter le sang artériel dans l'utérus ; après s'être pliées et repliées un grand nombre de fois sur elles-mêmes, s'être souvent anastomosées, elles se distribuent à la surface ou dans l'épaisseur de l'organe.

Les veines suivent la même marche ; à la fin de la grossesse, les vaisseaux sanguins ont pris un développement considérable : c'est alors que les veines méritent bien le nom de *sinus utérins*, qu'on leur a donné. Jusqu'à présent, l'inspection directe n'a pas montré d'anastomoses visibles entre les artères et les veines.

Les vaisseaux lymphatiques forment divers plans dans l'épaisseur de l'utérus.

Les nerfs de l'utérus viennent du plexus sacré et du système ganglionnaire, par les plexus rénaux et hypogastriques.

CAUSES DE LA MÉTRORRHAGIE.

La plupart des accoucheurs ont reconnu que certaines femmes, après chaque accouchement, étaient frappées de métrorrhagie. sans causes apparentes. Cet accident, qui a toujours de la gravité, n'est pas heureusement d'une grande fréquence : sur trois cent dix accouchements, j'ai eu à le combattre deux fois. Chez une femme, il eut lieu immédiatement après la sortie du fœtus, avant la délivrance ; une autre femme n'en fut atteinte que douze jours après l'accouchement.

Les principales causes de la métrorrhagie après les accouchements sont : 1° l'inertie de l'utérus, 2° le décollement partiel du placenta, 3° les adhérences contre nature de cet organe, 4° la rétention d'une portion du délivre ou des membranes, 5° le renversement et la rupture de l'utérus. Cet accident pourrait aussi survenir, avant la délivrance, par l'extrémité placentaire du cordon.

Inertie de l'utérus.— Cette inertie, comme l'observe Leroux, n'est qu'une suspension de l'irritabilité et de la sensibilité, un état d'épuisement de l'utérus, mais non une perte absolue de son ressort, quoique les stimulants les plus actifs ne puissent quelquefois parvenir à réveiller son action.

Les causes de l'inertie sont tout ce qui peut diminuer l'irritabilité musculaire nécessaire à la contraction des fibres de l'utérus. Les principales et les plus fréquentes sont le tempérament lymphatique, une débilité générale occasionnée soit par des maladies antécédentes ou actuelles, soit par des affections morales tristes, une susceptibilité nerveuse exagérée, rarement naturelle, le plus souvent produite par une éducation vicieuse ou par des écarts de régime ;

l'habitude des hémorrhagies, avant, pendant ou après l'accouchement, une lactation trop longtemps prolongée dans les couches précédentes; la trop longue durée d'un travail pénible, par l'épuisement qui en est la conséquence; quelquefois aussi la trop rapide déplétion de l'utérus. Une grossesse de deux enfants, ayant chacun un placenta, peut aussi être cause d'inertie: en effet, l'expulsion du premier enfant peut être suivie de son arrière-faix; la présence du second enfant dans la cavité de la matrice la tiendra distendue et empêchera ses parois de se contracter suffisamment.

Décollement partiel du placenta. — J'ai dit, en parlant de l'utérus, que son développement, pendant la grossesse, entraînait celui de ses vaisseaux qui recevaient une plus grande quantité de sang dans un temps donné. Ce sang se rend de la matrice dans le placenta, au moyen des adhérences que ce dernier a contractées avec elle. Si une cause quelconque vient à faire cesser, en partie, ces adhérences, il en résultera une métrorrhagie proportionnée à l'étendue du décollement du placenta et au développement qu'aura acquis l'utérus.

Adhérences contre nature du placenta. — L'adhérence contre nature du placenta est quelquefois occasionnée par la dégénérescence d'une partie de son tissu, qui devient cartilagineux et même osseux. Cette portion du placenta, ainsi malade, résiste aux plus fortes contractions de l'utérus, et devient cause de métrorrhagie.

Rétention d'une portion du délivre ou des membranes. — La rétention d'une portion du délivre ou des membranes peut occasionner la métrorrhagie, en empêchant le retour entier de la matrice sur elle-même. Le resserrement incomplet de l'organe laisse ouverts les orifices des vaisseaux qui communiquent avec le placenta, d'où suit une hémorrhagie. Si quelquefois elle n'a lieu que plusieurs jours après l'accouchement, ainsi que l'ont constaté plusieurs médecins, et ainsi que je l'ai vu moi-même une fois, cela tient probablement à ce

que les orifices des vaisseaux, d'abord bouchés par un caillot sanguin, n'ont permis l'issue du sang qu'au moment de la chute du caillot.

Renversement et rupture de l'utérus. — Tous les auteurs ont constaté que la métrorrhagie était souvent déterminée par le renversement de l'utérus, surtout si, au moment où il a lieu, le placenta était en partie décollé.

Quant à la perte que peut occasionner la rupture de l'utérus, elle a évidemment sa source, dit M. Cazeaux (*Traité th. et prat. de l'art des accouch.*), dans les vaisseaux déchirés, surtout quand la rupture s'est opérée dans le point où était inséré le placenta. Mais, lorsque ce point d'insertion a été respecté, elle provient en grande partie des vaisseaux utéro-placentaires que le décollement du placenta a déchirés.

M. Velpeau (*Traité complet de l'art des accouchements*) rapporte les pertes, après les accouchements, d'une part, à ce que, les vaisseaux hypogastriques ayant cessé brusquement d'être comprimés, le sang s'y précipite avec force; et de l'autre, à ce que ce fluide doit s'accumuler en quelque sorte mécaniquement dans les vaisseaux utérins, qui, n'étant plus soutenus, le versent dans le vide que l'œuf occupait quelques instants auparavant. L'afflux subit dont le système aortique abdominal devient le siège peut causer une exaltation artérielle considérable à l'intérieur de la matrice, en même temps que le reflux opéré dans la veine cave inférieure détermine une stagnation veineuse qui force les sinus à verser le fluide dont ils sont gorgés dans la cavité utérine, au lieu de le porter vers le cœur.

En terminant ce qui a rapport aux causes de la métrorrhagie, je dirai que M. Moreau a cité, dans son *Traité pratique des accouchements*, des exemples où des accumulations de matières endurcies dans le gros intestin ont déterminé des métrorrhagies, huit, douze et quinze jours après l'accouchement.

SYMPTÔMES.

La métrorrhagie a été distinguée en *externe* et en *interne*. La première a lieu lorsque le sang s'écoule au dehors ; elle ne demande pas d'autres explications. Cependant on a beaucoup discuté sur les signes qui empêchent de confondre l'écoulement d'abord sanguinolent des lochies, dont la quantité est excessivement variable, avec la métrorrhagie ; mais, on peut dire que toutes les fois qu'il se fait, après l'accouchement, une perte de sang assez abondante pour compromettre la santé ou la vie de la femme, il faut la regarder comme une véritable métrorrhagie et la combattre comme telle.

Si, au contraire, par l'effet du resserrement du col, par la présence de quelques caillots retenus à travers son ouverture ou accumulés dans le vagin, par une obliquité très-considérable de l'utérus, etc., le sang ne peut s'échapper au dehors, il séjourne dans la matrice, distend cet organe par sa quantité successivement amassée, et donne lieu alors à la métrorrhagie interne.

Les symptômes qui font reconnaître ces deux espèces de métrorrhagies, quoiqu'en partie semblables, diffèrent cependant par quelques particularités qu'il n'est pas indifférent de connaître.

Les symptômes de la métrorrhagie externe sont très-apparents ; ils sont surtout caractérisés par un écoulement plus ou moins abondant de sang par la vulve, par la perte des forces, par l'état du pouls, qui ne tarde pas à devenir petit, inégal, souvent intermittent. Il y a une douleur plus ou moins vive vers la région lombaire, sentiment de pesanteur à la région épigastrique et jusque dans les aines, pâleur du corps, froid des extrémités, sueur froide sur la poitrine et la face, tintements d'oreilles, syncope, convulsions, que termine quelquefois la mort.

Différents signes peuvent servir à faire reconnaître les métrorrhagies internes ; il y en a de précurseurs, et d'autres qui ne se manifestent qu'au moment même de l'hémorrhagie.

Les signes précurseurs, dit M. Moreau (*Traité pratique des accouchements*), sont les suivants : en général, quand une femme qui vient d'accoucher n'est pas prise d'horripilations, de frissons, dix minutes ou un quart d'heure après la délivrance, et qu'elle conserve de la chaleur à la peau, on peut être certain que l'utérus ne se contracte pas, et qu'il surviendra une hémorrhagie. Mais un signe infaillible, c'est une chaleur âcre et sèche à la paume des mains et à la plante des pieds, semblable à celle qui survient dans les fièvres hectiques ou qui accompagne le dernier degré de la phthisie.

Si l'on observe avec attention, voici ce qu'on remarque : la femme accuse un sentiment de chaleur dans le ventre, qui n'a rien de pénible ; elle éprouve plus ou moins de gêne dans la respiration, de l'agitation, de l'anxiété, quelquefois de la tendance à l'assoupissement.

Souvent on ne trouvera d'autres symptômes de la métrorrhagie interne que ceux qui résultent de la perte de sang, de sa soustraction au torrent circulatoire, symptômes que j'ai déjà mentionnés, tels que la pâleur de la face, la faiblesse du pouls, le froid des extrémités, etc. L'utérus se laisse distendre si facilement alors, que cette distension a lieu souvent sans douleur. Si l'on applique la main sur l'abdomen, au lieu de rencontrer dans l'hypogastre l'utérus contracté, on trouve que cet organe occupe toute la cavité du bas-ventre, et que son fond s'élève jusque dans la région épigastrique.

DIAGNOSTIC.

S'il est difficile de se tromper sur la nature de l'accident, lorsque l'hémorrhagie est externe, il n'en est pas de même, dit M. Cazeaux, quand le sang s'accumule dans l'intérieur de l'organe. En effet, le développement du ventre, la faiblesse générale, la syncope, etc., peuvent se rencontrer, sans qu'il y ait une hémorrhagie.

Quelquefois, grâce à l'extensibilité du vagin, l'utérus se laisse élever par la vessie distendue et remplie d'urine, de manière à

augmenter singulièrement le volume du ventre (M^{me} Lachapelle). Le cathétérisme sera, dans ce cas, un excellent moyen de diagnostic.

La percussion fera encore éviter une cause d'erreur, qui pourrait résulter de l'accumulation de gaz dans les intestins.

Les phénomènes qui succèdent à la perte d'une grande quantité de sang ont beaucoup de ressemblance avec certains accidents nerveux hystériques. Il importe d'autant plus de reconnaître de suite la cause du mal, qu'une méprise peut être promptement funeste à la femme; mais, en explorant la matrice, en appliquant une main sur l'hypogastre, et en introduisant un doigt de l'autre main dans le vagin, on évitera toujours l'erreur.

PRONOSTIC.

La métrorrhagie qui survient après les accouchements est d'une grande gravité, par la rapidité avec laquelle elle peut déterminer la mort de la femme; aussi a-t-elle fixé de tout temps l'attention des accoucheurs. Le pronostic devra être basé beaucoup plus sur les effets produits par cet accident, que par la quantité de sang qu'aura perdu la malade. En effet, il est des femmes, comme le font observer MM. Desormeaux et P. Dubois, qui succombent, ou courent les plus grands dangers, par la perte de 500 à 1,000 grammes de sang, tandis que d'autres, au contraire, peuvent en perdre une beaucoup plus grande quantité sans être sérieusement malades. Toutes choses égales d'ailleurs, les hémorrhagies externes sont moins graves que les internes, parce que comme elles se manifestent au dehors, on est plus promptement averti, et on peut les combattre dès leur début, tandis que les internes ne révélant le plus ordinairement leur existence que par la production de phénomènes généraux, on ne les reconnaît souvent que quand un affaiblissement considérable est survenu; elles ont même pu passer inaperçues, et donner lieu à une issue funeste.

Lorsque la femme ne succombe pas à une grande perte de sang, elle languit ordinairement très-longtemps, elle est tourmentée de maux de tête habituels; les digestions se font mal, il existe des douleurs vagues dans les membres; une fièvre lente use le peu de forces qui restent. Pendant les suites de couches, elle est aussi plus prédisposée aux inflammations aiguës, et surtout à la péritonite.

La céphalalgie ne disparaît souvent qu'au bout d'un temps très-long, et lorsque la réparation du sang et le rétablissement des forces ont eu lieu (M. A.-C. Baudelocque).

TRAITEMENT.

En médecine, comme en chirurgie, on peut dire en général que les moyens de traitement employés contre une affection quelconque ont d'autant moins d'efficacité que le nombre en est plus grand. Cette observation s'applique très-bien au sujet qui nous occupe. En effet, les anciens accoucheurs conseillaient les ligatures aux bras et aux jambes, l'application des ventouses sur les seins, les boissons froides et astringentes, l'aspersion de vinaigre sur le visage et sur les mains de l'accouchée, l'application de compresses imbibées de la même liqueur sur le ventre, le dos et les parties extérieures de la génération, la position horizontale, l'exposition à nu sur un plancher; ils conseillaient aussi de jeter des seaux d'eau froide sur le corps de la femme, de l'envelopper dans des draps mouillés, de l'exposer à deux courants d'air froid, de faire des injections dans la cavité de l'utérus avec du vinaigre, des liqueurs spiritueuses, de pratiquer le tamponnement, etc.

Avant de parler de quelques moyens thérapeutiques modernes pour combattre les métrorrhagies qui surviennent après les accouchements, jetons un coup d'œil rapide sur ceux que nous venons d'énumérer, et voyons quelle confiance l'on doit accorder à chacun d'eux.

Les ligatures des membres, recommandées par Hippocrate, Ga-

lien, Paul d'Égine, Avicenne, pourraient occasionner les effets les plus fâcheux, augmenter l'hémorrhagie, au lieu de la suspendre, si, par une compression trop forte, on empêchait le retour total du sang; mais si la compression était telle cependant qu'elle fit séjourner une certaine quantité de ce fluide dans les veines sous-cutanées, sans comprimer les artères et les veines profondes, il me semble qu'on pourrait y avoir recours comme moyen adjuvant.

Les ventouses appliquées sur les mamelles, suivant les préceptes d'Hippocrate, pour arrêter les pertes considérables, ont une action beaucoup trop lente quand il s'agit de remédier à un accident dont la femme peut être victime dans quelques instants; on ne devrait, d'ailleurs, y avoir recours que dans les cas d'inertie de l'utérus, afin de réveiller sa contractilité. « Ceux qui se fondent, dit Alibert (traduction de Pasta), sur la sympathie entre l'utérus et les mamelles, pour expliquer l'action révulsive des ventouses appliquées sur ces dernières, n'ont pas fait peut-être assez attention que l'irritation de l'un de ces organes se répète sur l'autre, et que tout stimulant appliqué sur les mamelles réveille l'action de l'utérus, et tend par conséquent à renouveler l'hémorrhagie. »

Par l'emploi des boissons froides et astringentes à l'intérieur, on n'obtient jamais de grands résultats; leur manière d'agir, en général assez lente, ne serait pas en rapport avec l'accident qui menace les jours de la femme: aussi n'a-t-on pour but, quand on y a recours, que de prévenir le retour de l'inertie et une nouvelle effusion de sang, en maintenant dans les fibres et les vaisseaux leur degré de contractilité.

Est-il besoin de rappeler le conseil donné par Pasta, qui, dans les cas de métrorrhagie opiniâtre après l'accouchement, voulait qu'on cautérisât la face interne de l'utérus au moyen d'injections composées d'huile de térébenthine, d'esprit de vitriol (acide sulfurique), de nitre et de soufre, qui, comme il le dit lui-même, *agissent en brûlant*?

Le professeur A. Leroy, l'auteur des *Leçons sur les pertes de sang*,

conseillait aussi, dans son ouvrage, d'avoir recours aux injections spiritueuses dans la cavité de l'utérus. Saxtorph recommandait l'usage du vinaigre pur, etc.

Tous ces moyens dangereux et incendiaires sont justement abandonnés de nos jours. « Il n'y a guère, dit M. Moreau, que les injections d'eau froide qu'un praticien sage et prudent doive mettre en usage dans les cas d'atonie de la matrice. »

On a aussi banni de la thérapeutique l'emploi des bains très-froids, dans lesquels on plongeait autrefois la pauvre malade et celui des sceaux d'eau glacée qu'on versait sur elle.

Leroux, de Dijon, disciple de Levret, a dit que le tampon était, de tous les moyens alors connus, celui qui devait obtenir la préférence; il le proclama, pour ainsi dire, comme le seul spécifique propre à arrêter toutes les espèces d'hémorrhagies utérines, sans avoir égard à l'état que présente l'utérus dans les diverses circonstances pour lesquelles il en recommandait l'application.

Baudelocque l'a conseillé dans les pertes qui suivent la sortie de l'enfant, lorsqu'on ne peut extraire l'arrière-faix; cependant, reconnaissant le danger qui peut résulter de l'accumulation intérieure du sang à cette époque, il prescrit d'appuyer fortement sur la région hypogastrique, en embrassant, pour ainsi dire, avec tous les doigts, le corps de la matrice, afin de s'opposer à sa distension.

M^{me} Lachapelle dit qu'elle a eu aussi recours au tamponnement dans quelques cas d'inertie opiniâtre de l'utérus, en ayant soin de comprimer les parois abdominales.

Aujourd'hui la plupart des accoucheurs n'emploient plus le tamponnement contre la métrorrhagie après les accouchements : des exemples ont montré le danger de ce moyen, qui ne faisait que transformer une hémorrhagie externe en interne.

Rouget rapporte, dans ses *Mélanges de médecine et de chirurgie*, l'observation d'une femme atteinte d'une hémorrhagie utérine par inertie, qui avait résisté à tous les autres moyens, et qu'il parvint

à arrêter en introduisant dans la matrice une vessie qu'il remplit d'air.

Ce moyen, que Gardien paraît approuver, est mauvais; il est évident que le séjour de cette vessie dans l'utérus est un obstacle continuel à son retrait sur lui-même.

L'opium à doses énormes, dont se servent quelques médecins anglais, n'est pas, en général, employé en France. Il ne pourrait, je crois, avoir quelque efficacité que lorsque l'hémorrhagie serait due à des contractions irrégulières de l'utérus, contractions qui ne permettraient pas d'introduire la main dans ce viscère pour en extraire le placenta.

La transfusion, qui a eu, dit-on, quelques succès en Allemagne et en Angleterre, est rejetée, comme dangereuse, par les accoucheurs français.

Les applications réfrigérantes, l'introduction de la main dans l'utérus, le citron qu'on exprime dans cet organe, le seigle ergoté, la compression momentanée de l'aorte, tels sont les moyens principaux et rationnels que l'accoucheur pourra employer. Il est évident que chaque métrorrhagie qui surviendra après les accouchements ne les rendra pas tous nécessaires; ce sera à sa prudence et à son discernement qu'il devra s'en rapporter dans les circonstances où il se trouvera obligé d'y avoir recours.

Applications réfrigérantes. Le praticien ne devra jamais négliger les réfrigérants à l'extérieur; mais, quelle que soit la gravité des accidents, ils ne seront point appliqués sur toute la surface du corps; on se bornera à les employer sur les cuisses et le bas-ventre seulement, en tâchant de réchauffer, par tous les moyens possibles, les parties supérieures: on obtiendra ainsi une déviation utile, et l'on concentrera, vers les organes essentiels à la vie, la quantité de sang nécessaire à l'entretien de leurs fonctions. Le refroidissement complet, au contraire, peut être rapidement suivi

d'un frisson mortel. (Chailly, *Traité prat. de l'art des accouchements.*)

Pasta, qui employait ou du moins conseillait les injections les plus irritantes dans l'utérus, sans réfléchir aux désordres graves qu'elles y occasionneraient, sans se douter que le remède était aussi dangereux que le mal, Pasta apprécie, à leur juste valeur, les applications réfrigérantes.

« L'emploi de ces moyens, dit-il, demande beaucoup de prudence; car il importe de proportionner les degrés et la durée du froid aux forces de la femme. Sans cette précaution, on risquerait de provoquer en elle des frissons qui mettraient la vie de la malade en danger ou qui redoubleraient les accidents auxquels on se propose de remédier. Au lieu d'une réaction salutaire, on verrait survenir un engourdissement mortel. »

Introduction de la main. Au commencement du dernier siècle, Dionis conseillait déjà, en cas de perte après la sortie de l'enfant, de porter la main dans l'utérus, pour en extraire tout ce qui s'opposait à la contraction de l'organe.

L'introduction de la main dans l'utérus, dont M^{me} Lachapelle dit avoir eu à se louer le plus constamment pour déterminer la contraction de cet organe et la cessation de l'hémorrhagie, est nécessaire, dans quelques cas, pour extraire le placenta et les caillots.

Plusieurs accoucheurs blâment le conseil d'extraire le placenta lorsqu'il existe une métrorrhagie interne; ils prétendent qu'en vidant la cavité de l'utérus, on procure au sang qui s'épanche un espace plus grand. Ces motifs sont sans valeur, parce que la présence de la main dans l'utérus agace, irrite le plus souvent cet organe, qui, par sa contraction, chasse, pour ainsi dire, au dehors la main, le placenta et les caillots.

On doit considérer (Bichat, *Anatomie générale*) les substances contenues dans les muscles creux de la vie organique comme les véritables antagonistes de ces muscles : tant que ces antagonistes les

distendent, ils n'obéissent point à leur contractilité de tissu; dès qu'ils cessent de les remplir, elle les met en jeu.

C'est pour cela qu'il est utile d'introduire la main dans la cavité de la matrice pour enlever tout caillot ou extraire le placenta lorsqu'il y a une hémorrhagie abondante, occasionnée par l'inertie de l'utérus; alors, le plus souvent, cet organe revient sur lui-même, les orifices des vaisseaux utérins se ferment, et l'hémorrhagie cesse.

Dans le mois de mars 1849 (j'étais alors attaché comme chirurgien de 2^e classe de la marine, à l'établissement national d'Indret), je fus appelé à la Briandière, village habité en partie par les ouvriers de l'usine, pour accoucher une femme primipare, âgée de 35 ans; j'y allai accompagné de mon ami Lesever, chirurgien-major du bateau à vapeur *le Pétrel* (1). Le travail de l'accouchement fut très-long et très-pénible. Quelques instants après, lorsque je donnais des soins à l'enfant, que j'eus beaucoup de peine à rappeler à la vie, la femme fut prise d'une syncope; le sang s'écoulait à flots par la vulve; l'utérus était mou et assez volumineux; le pouls était petit, filiforme; la peau, sans être froide, avait perdu beaucoup de sa chaleur. J'introduisis immédiatement la main droite dans l'utérus et en détachai le placenta, pendant que je frictionnais les parois abdominales avec la main gauche.

Un gramme de seigle ergoté en suspension dans un demi-verre d'eau froide fut donné à la malade, qui en avait déjà pris 2 grammes pendant le travail.

Après l'extraction du placenta, j'appliquai un bandage de corps

(1) En juillet 1849, Lesever est mort victime de son zèle et de son dévouement, en donnant des soins aux cholériques de Cherbourg. La médecine navale a perdu un praticien très-capable; les chirurgiens de la marine regrettent un collègue dévoué, un ami sincère.

sur le ventre de la femme, et des linges trempés dans l'eau froide vinaigrée, et souvent renouvelés, sur les cuisses et les jambes. Par ces moyens, nous vîmes s'arrêter assez rapidement une métrorrhagie très-abondante, et qui aurait pu se terminer par la mort.

La femme fut longue à recouvrer ses forces ; elle n'éprouva pas de fièvre de lait ; ses seins ne se gonflèrent pas, et, malgré le désir qu'elle avait d'allaiter son enfant, on fut obligé de le confier à une nourrice étrangère.

Emploi du citron. M. Évrat a imaginé d'introduire dans la matrice un citron entièrement dépouillé de son écorce ; en le pressant entre les doigts, il en exprime l'acide citrique qui, lancé de toutes parts sur les parois de l'utérus, les excite à se contracter. Le citron est ensuite abandonné dans la cavité utérine, où, se trouvant soumis à une nouvelle pression, par les contractions de l'organe, il finit par perdre tout le suc qu'il contient, ce qui est bien propre à rendre permanent le resserrement qu'il a déterminé. Il est expulsé au bout de quelques heures.

M. Robert, médecin à Basse-Indre (Loire-Inférieure) et accoucheur très-capable, m'a dit qu'il s'était souvent servi avec avantage de ce moyen.

Je l'ai vu réussir une fois chez une femme atteinte d'hémorrhagie utérine, mais en dehors de l'état de grossesse.

Dans tous les cas, l'utérus devra être, au préalable, débarrassé du sang liquide ou coagulé qu'il contient.

Seigle ergoté. Les médecins américains et allemands se servaient déjà avec avantage du seigle ergoté : les premiers, pour favoriser l'accouchement ; les autres, pour modérer l'écoulement des lochies. lorsque, vers 1815, les accoucheurs français eurent l'idée de l'employer. C'est à cette époque que Desgranges, de Lyon, publia, dans la *Gazette de santé*, une série d'observations sur ce moyen,

qui n'a pas tardé à prendre rang parmi les meilleurs hémostatiques connus.

Le seigle ergoté agit d'une manière spéciale sur l'utérus, en déterminant des contractions permanentes, douloureuses. Ses effets n'ont lieu, en général, qu'un quart d'heure ou vingt minutes après son administration. Il ne suffirait donc pas, pour arrêter une métrorrhagie foudroyante; mais ce sera toujours un excellent moyen dans les cas où la perte, quoique grave, n'est pas immédiatement mortelle.

Le 6 février 1849, j'accouchai, pour la seconde fois, une jeune femme âgée de vingt-quatre ans, douée d'une bonne santé, d'un tempérament nervoso-sanguin. L'accouchement fut heureux et n'offrit rien de particulier. Depuis deux ou trois jours, la malade se levait, pendant quelques instants, dans sa chambre, lorsque le 18 février, sans cause connue, sans avoir fait la plus petite imprudence, elle éprouva un certain malaise, des inquiétudes dans les membres, se plaignit d'étourdissements légers, de pesanteur dans le bassin. Je lui trouvai la tête chaude, le pouls fort et fréquent.

Quoique la métrorrhagie soit souvent précédée de ces symptômes, j'avoue que je ne pensai nullement à cet accident. Il y avait douze jours que la femme était accouchée; les lochies avaient cessé d'être sanguinolentes, les forces lui revenaient. Je lui recommandai seulement la diète et le repos, et la rassurai sur son état, croyant bien moi-même que ces accidents légers n'auraient aucune suite: j'étais dans l'erreur. Une heure à peine après l'apparition des premiers symptômes, la malade se sentit faiblir. Je la fis coucher immédiatement; et en examinant l'abdomen, je vis que l'utérus avait acquis un volume considérable. Le ventre était dur et sensible au toucher; le pouls ne tarda pas à devenir petit, presque filiforme; la peau perdit sa chaleur; il survint des éblouissements, des tintements d'oreilles, quelques syncopes alarmantes se succédèrent à des intervalles progressivement plus courts. C'était, sans aucun doute, un cas grave de métrorrhagie interne.

Le col étant mou et assez dilaté, je pus introduire la main droite dans l'utérus et en retirer de nombreux caillots sanguins qui le remplissaient; avec la main gauche, je frictionnai la région hypogastrique. J'avais pour but, en agissant ainsi, d'exciter l'irritabilité de l'utérus, et d'empêcher que de nouveaux caillots de sang ne séjourassent dans sa cavité.

La métrorrhagie était devenue externe: j'appliquai des linges trempés dans le vinaigre, sur les cuisses, les jambes et le bas-ventre de la malade; 2 grammes de seigle ergoté lui furent administrés, à un quart d'heure d'intervalle; j'eus recours à une potion de cachou et d'opium; les boissons furent prises très-froides.

La malade prit en tout 4 grammes de seigle ergoté. La dernière dose, qui était de 0 gr. 50 cent., excita des contractions excessivement douloureuses qui expulsèrent un caillot sanguin; en le délayant dans l'eau, j'y trouvai une portion de membranes de 4 centimètres environ de longueur sur 3 centimètres de largeur. C'est ici qu'on pourrait appliquer le vieil adage : *sublata causa, tollitur effectus*. Dès ce moment, en effet, s'arrêta, après une durée de quelques heures, cette métrorrhagie qui m'avait donné les craintes les plus sérieuses.

Le seigle ergoté peut encore être considéré comme un très-bon agent thérapeutique, dans le traitement préservatif de la métrorrhagie après l'accouchement. Lorsque, chez une femme qui aura eu des pertes à la suite d'accouchements antécédents, on en craindra une nouvelle, on pourra avec avantage imiter M. Guillemot, qui conseille d'administrer le seigle ergoté, un quart d'heure avant l'époque présumée de la fin du travail, en ayant soin aussi d'y avoir recours, à diverses reprises, après l'accouchement, jusqu'à ce que l'utérus soit revenu sur lui-même.

Compression de l'aorte abdominale. Pour compléter l'énumération des moyens principaux et rationnels que le médecin devra employer

ne me reste plus qu'à dire quelques mots de la compression de l'aorte abdominale.

Beaucoup d'auteurs ont revendiqué l'honneur de l'avoir, les premiers, conseillée pour arrêter les pertes de sang avant ou après la délivrance ; mais les uns n'arrivaient à l'aorte qu'en agissant sur la matrice, à travers les parois du ventre ; d'autres posaient la main dans l'utérus pour atteindre l'aorte sur le rachis. C'est M. Baudelocque (neveu) qui a conseillé de comprimer l'aorte au-dessus de l'utérus, à travers les parois antérieures du ventre.

A la suite de l'accouchement, les parois abdominales, qui ont été distendues par le développement de l'utérus, deviennent molles et pour arrêter la métrorrhagie qui survient après l'accouchement, il lâches. Si, après avoir fléchi les extrémités supérieures et inférieures de la femme sur le bassin, l'on déprime, avec les quatre derniers doigts de l'une des mains, l'enveloppe abdominale, immédiatement au-dessus du fond de la matrice, on sent facilement les pulsations de l'aorte. « La compression, dit M. Chailly, devra être faite avec l'extrémité des doigts réunis d'une main comprimée elle-même par l'autre main superposée ». Il faut éviter, autant que possible, de comprimer en même temps la veine cave inférieure, pour ne pas gêner le retour du sang veineux.

La durée de la compression sera nécessairement relative à la quantité de sang que la femme aura perdu.

M. Jacquemier (*Archives générales de médecine*, 1839, 3^e série, t. 5) dit que la compression de l'aorte, au-devant de la portion lombaire de la colonne vertébrale, dans le but d'arrêter les pertes de sang après l'accouchement, doit avoir un résultat entièrement opposé. En rétrécissant, continue M. Jacquemier, le cercle circulaire, on force le sang à passer, plus rapidement et en plus grande quantité, par les divisions de l'aorte qui sont au-dessus du point comprimé. La veine cave supérieure rapportant à l'oreillette droite plus de sang que de coutume, la veine cave inférieure reste dans un

état de distension plus ou moins considérable par l'espèce d'équilibre qui tend à s'établir entre les deux colonnes liquides contenues dans les deux veines caves. Les veines ovariques et utérines, dépourvues de valvules, partageant l'état de pléthore dans lequel se trouve la veine cave inférieure, laisseront couler le sang dans la cavité utérine, par un mouvement rétrograde, tant que la contraction de l'utérus ne servira pas de valvule ou d'obstacle.

Les preuves théoriques que donne M. Jacquemier à l'appui de son opinion ne peuvent pas détruire la valeur des faits pratiques. Or, MM. Baudelocque, Chailly (Honoré), et d'autres accoucheurs d'un grand mérite, ont pratiqué cette compression avec un plein succès; elle ne constitue certainement pas un moyen curatif, mais elle permet, lorsque la perte est foudroyante, d'attendre qu'on puisse mettre en pratique les autres moyens de traitement.

Si un cas grave de métrorrhagie s'offrait encore à moi, j'aurais recours à la compression de l'aorte, que conseille sans cesse M. Chailly (Honoré) dans de très-bonnes leçons publiques qu'il fait sur les accouchements.

J'ai dit que la métrorrhagie pouvait survenir, quoique cela ait lieu très-rarement, par l'extrémité placentaire du cordon, avant la délivrance. Méry, Baudelocque, Solayrès, MM. Chevreul, Guillemot, etc., en ont vu quelques cas. Le seul moyen de remédier à cet accident, c'est de faire la ligature du cordon. Il vaudrait mieux le prévenir en suivant le conseil que donne M. le professeur P. Dubois, de ne couper le cordon qu'entre deux ligatures.

Lorsque la métrorrhagie sera occasionnée par le renversement complet ou non de l'utérus, il faudra en faire la réduction toutes les fois qu'elle sera possible. S'il y avait en même temps inertie, elle serait combattue par les moyens déjà indiqués.

L'hémorrhagie due à la rupture de l'utérus, quoique toujours très-grave, n'offre rien de particulier quant au traitement.

Enfin, quel que soit le moyen qu'on ait opposé à la métrorrhagie

après l'accouchement, il ne faut jamais quitter l'accouchée qu'au bout de deux ou trois heures, et lorsqu'on s'est assuré, à plusieurs reprises, que les parois de l'utérus sont fortement contractées et revenues sur elles-mêmes.

J'aurais voulu pouvoir donner de plus grands développements à un sujet d'une aussi grande importance; mais pressé par les circonstances, j'ai été obligé de me borner aux considérations les plus générales.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De la contractilité comme puissance naturelle; faire des applications à la contractilité musculaire.

Chimie. — Des caractères distinctifs du mercure.

Pharmacie. — De la nature et du mode de préparation des émulsions fournies par les graines huileuses. Par quels procédés obtient-on des émulsions ayant pour bases les huiles grasses et essentielles, les résines et les gommes-résines?

Histoire naturelle. — De l'organisation de la tige dans les végétaux dicotylédonés.

Anatomie. — Des communications des ventricules du cerveau entre eux et avec l'extérieur de l'axe cérébro-spinal.

Physiologie. — De l'influence de la respiration sur la circulation.

Pathologie externe. — De la morve chez l'homme.

Pathologie interne. — De la péricardite et spécialement de son diagnostic.

Pathologie générale. — Des caractères anatomiques de l'inflammation.

Anatomie pathologique. — Des rétrécissements du canal alimentaire.

Accouchements. — Des soins que l'on doit donner à la femme pendant le travail de l'enfantement.

Thérapeutique. — De l'influence de l'acupuncture sur l'homme malade.

Médecine opératoire. — Des affections de la colonne vertébrale qui peuvent produire des abcès par congestion.

Médecine légale. — De l'appréciation de la puissance génitale ; étude médico-légale de l'impuissance , de la stérilité.

Hygiène. — Des premiers rapports qui s'établissent entre l'enfant nouveau-né et la température atmosphérique.

