

modification et irrégularité de la forme de l'organe gestateur ; difficulté de la palpation foetale ; altération et même disparition rapide des bruits cardiaques de l'enfant.

Quand on examine les organes génitaux externes, on s'aperçoit presque toujours que la femme perd un peu de sang. En effet, l'hémorragie n'est généralement pas purement interne, et une partie du sérum plus ou moins teinté s'est fait jour jusqu'au dehors après le décollement des membranes ; quelquefois même l'hémorragie externe est assez considérable et, au milieu du sang liquide, on peut voir quelques petits caillots noirâtres.

Les troubles généraux ont été précédés parfois par une douleur subite, très vive, localisée à l'utérus ou s'irradiant vers les lombes ou les cuisses.

Au toucher, le col peut avoir gardé toute sa longueur mais le plus souvent il est entr'ouvert et dur et le doigt arrivée jusqu'au niveau des membranes qui présentent une tension exagérée et permanente. Cette tension est due à la contracture utérine. À remarquer aussi la dureté du segment inférieur qui s'enfonce comme une "sébile" de bois dans l'excavation (Pinard.)

Le "pronostic" des hémorragies rétro-placentaires varie suivant l'abondance de l'hémorragie. Il est toujours grave pour la mère et surtout pour l'enfant dès que les symptômes généraux apparaissent, et ils se montrent quelquefois très rapidement.

La gravité pour la mère est surtout considérable dans les hémorragies internes, parce que, dans ces conditions, l'attention n'est éveillée que quand les symptômes généraux sont déjà bien marqués.

Dans certains cas le placenta complètement détache glisse peu à peu vers le col pendant l'accouchement et sort avec ou avant l'enfant : c'est ce que Oslander a appelé le "prolapsus du placenta." Voyez la gravité du cas.

La gravité du pronostic est due à plusieurs causes : à l'anémie qui résulte de la perte de sang, aux troubles nerveux qui résultent de la surdistension rapide de l'utérus, à l'infection qui résulte de la putréfaction des caillots. L'infection est plus à craindre parce que généralement on observe ces cas de décollement chez les albuminuriques, femmes qui ont moins de résistance.

Le "diagnostic" des hémorragies rétro-placentaires est généralement facile quand les signes cardinaux existent : douleurs, anémie, augmentation subite de volume et dureté de l'utérus.

On ne peut confondre le décollement du placenta avec l'empoisonnement, la péritonite par perforation, la rupture d'un kyste foetal, parce que dans ces derniers cas, on ne trouve pas les modifications caractéristiques du côté de l'utérus. Dans la rupture utérine, l'utérus n'est pas dur et tendu comme dans le décollement du placenta. Dans l'hydramnios aiguë, l'état général de la femme n'est pas celui d'une hémorragique.

Dans l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, l'utérus n'est ni tendu, ni douloureux, et par le toucher

on arrive souvent sur le gâteau placentaire. Cependant il faut se défier d'une erreur possible : dans le décollement du placenta on peut prendre pour des cotylédons un caillot ayant glissé jusqu'au niveau de l'orifice interne du col.

Quelquefois le décollement du placenta a été méconnu avant l'accouchement, on pourra du moins en faire le diagnostic respectif : par l'examen de la quantité et surtout de la qualité du sang, qui s'écoule au moment de la délivrance, par la forme du placenta recouvert de caillots anciens et qui peut être creusé en cupule, par les traces que le contact prolongé du sang coagulé a laissées à la surface des membranes.

Le traitement du décollement du placenta normalement inséré varie suivant certaines circonstances. Si l'hémorragie a lieu pendant la grossesse et qu'elle est légère (et externe puisque l'interne de ce degré ne peut être reconnue) et même si elle a été plus ou moins abondante et qu'elle a cessé, on prescrira les moyens généraux, c'est-à-dire, repos au lit dans une chambre fraîche et bien aérée, bassin plus élevé que le reste du corps, enlever les vêtements serrés, couvrir peu ; diète plus ou moins complète, boissons froides, acidulées (glace, limonade glacée) ; liberté du ventre, vider la vessie avec la sonde et le rectum au moyen d'un lavement ; tranquillité d'esprit ; éviter le bruit et la lumière ; rassurer la malade par de bonnes paroles.

On ajoutera les calmants généraux et locaux (eau de fleurs d'orange, éther, digitale ou digitaline, opiacés, bromure de potassium, chloral, injections sous-cutanées de morphine ; les injections vaginales chaudes peuvent être utiles.

En présence d'une hémorragie sévère les deux principales indications sont d'après Edgar : 1<sup>o</sup> Chercher à provoquer des contractions fortes et continues de l'utérus ; 2<sup>o</sup> vider l'utérus aussi promptement que possible. La première indication est remplie par la rupture artificielle des membranes, le massage et la compression manuelle de l'utérus et enfin par des injections hypodermiques répétées d'ergot, (30 gouttes de teinture toutes les 15 minutes pour 3 ou 4 doses) ? La seconde indication ou l'accouchement rapide est obtenue par la dilatation instrumentale ou digitale du col et l'emploi de la version, du forceps, ou de la basiotripsie suivant les circonstances. Le professeur Charles, de Liège emploie aussi l'ergot.

Messieurs, à propos d'ergot vous connaissez mon opinion : c'est un remède qui peut avoir quelquefois ses indications entre des mains très habiles, mais c'est un remède le plus souvent excessivement dangereux dont vous devez presque toujours vous priver avant ou au moment de l'accouchement.

Quand les membranes ne sont pas rompues on peut employer le tamponnement vaginal, mais en même temps il faut faire la compression du ventre par un bandage abdominal.

Lorsque les symptômes deviennent graves, il est indiqué de rompre les membranes dans l'espoir d'amener le retrait de l'organe, le resserrement des vaisseaux et les