

gresse de proche en proche et passe entre les membranes et la paroi utérine jusqu'à l'orifice interne pour s'écouler au dehors. C'est alors le type de l'avortement ordinaire.

Par exception à cette époque le centre du placenta se décolle, tandis que le pourtour reste adhérent. Le sang s'accumule dans la cavité artificielle qui se forme alors aux dépens de la face utérine du gâteau placentaire. Si la région de la matrice sur laquelle s'inséraient les cotylédons est frappée d'atonie, le liquide sanguin va pouvoir s'épancher en quantité plus ou moins notable. L'utérus augmente rapidement de volume, la femme succombe sans avoir eu de perte externe, et on peut croire à une grossesse avancée avec foetus viable et pratiquer l'opération césarienne "post-mortem" comme la chose s'est déjà faite.

D'habitude l'hémorragie par décollement du placenta normalement inséré se fait pendant les trois derniers mois de la grossesse, comme dans l'insertion vicieuse à laquelle on l'attribue le plus souvent. C'est alors que la perte est mixte. L'hémorragie peut aussi se déclarer pendant le travail à terme. Cette dernière est plus fréquente et moins importante que la première ou celle qui se produit pendant la grossesse.

Les hémorragies rétro-placentaires sont assez fréquentes, si l'on y fait entrer les petites hémorragies de faible importance ou les hémorragies du travail; elles sont au contraire rares quand on ne recueille que les cas graves qui menacent la vie de la mère et de l'enfant.

De "nombreuses causes" ont été invoquées pour expliquer le mécanisme du décollement prématuré du placenta, telles que les suivantes : le traumatisme (externe et accidentel, interne et sous la dépendance de tiraillements exercés sur le placenta au moment de la parturition par un cordon ombilical trop court naturellement ou accidentellement; Pinard cite le cas où le cordon formait un nœud coulant autour d'un des pieds du foetus et celui-ci dans un mouvement brusque avait décollé le placenta tout entier. Pinard se demande encore si dans les présentations du siège, le cordon ne serait pas encore le grand coupable, car le foetus, en s'asseyant sur le cordon, exercerait ainsi une traction capable de décoller le placenta), l'endométrite, l'albuminurie, les infections telles que le paludisme, les cachexies tuberculeuse, cardiaque, etc., les excitations du cerveau et du cœur par des causes diverses, les commotions morales, les fortes émotions, les sensations trop vives, l'anémie profonde, les congestions du bassin, l'hydramnios, la grossesse gémellaire.

"L'albuminurie" doit être placée au premier rang des causes de décollement prématuré du placenta, parce qu'elle produit des hémorragies intra-placentaires qui fusent entre l'utérus et le placenta. En effet le placenta présente généralement les caractères du placenta albuminurique.

Brindeau nous dit que le plus souvent le décollement placentaire se produit uniquement parce que la caduque est malade. En effet les lésions d'endométrite sont or-

dinairement observées dans les cas de décollement; et parmi les causes qui peuvent altérer la caduque, il faut citer principalement l'albuminurie. Pinard nous dit lui aussi que presque toutes les femmes chez lesquelles on a observé le décollement émanent des albuminuriques. Concernant l'étiologie du décollement du placenta, Hartmann dans une thèse publiée en 1908, admet des actions traumatiques et d'autres causes mécaniques, comme des raisons assez rares, mais il attire l'attention sur la coïncidence fréquente avec la nephrite, et il croit qu'elle est capable de provoquer des transformations pathologiques, qui produisent les hémorragies.

Les multipares surtout âgées sont les plus exposées au décollement du placenta.

Les symptômes du décollement du placenta varient suivant l'étendue du décollement et la quantité de sang épanché. Si quelques petits vaisseaux seulement sont déchirés, un caillot se forme, aucun symptôme n'existe et la grossesse n'est pas troublée: c'est ainsi que l'on voit souvent à terme, sur la surface utérine du placenta, des caillots anciens plus ou moins volumineux.

Mais l'écoulement de sang peut continuer et être assez considérable pour mettre en danger la vie de la femme. Le sang peut s'accumuler dans la cavité utérine ou se frayer un passage jusqu'au col pour arriver à l'extérieur. Dans le premier cas, l'hémorragie est "interne invisible, latente, cachée;" dans le second, elle est "externe, apparente," mais dans ce cas la quantité de sang qui sort à l'extérieur est toujours minime par rapport à celle qui reste dans l'utérus. L'hémorragie interne peut être considérable.

Quand l'hémorragie est exclusivement interne, le tableau clinique peut être différent de celui de l'hémorragie externe. Au lieu d'avoir l'attention attirée localement par un écoulement de sang qui se fait à la vulve, on a devant les yeux bien souvent le tableau clinique de la syncope par hémorragie interne.

Quand l'épanchement est considérable, on observe donc les symptômes alarmants de toute hémorragie, quel qu'en soit le siège; le visage pâlit, la peau est roide, visqueuse, couverte de sueur; des paresthésies, des lipothymies, parfois de véritables syncopes se produisent; il survient des palpitations; le pouls est fréquent, filiforme; la malade, plongée dans un état d'anxiété extrême, a peine à respirer, demande de l'air et s'agite en tous sens. Les extrémités sont froides.

Du reste, le plus souvent, l'état général ne correspond pas à la quantité de sang épanché, et il est plus grave que si la femme avait expulsé tout ce sang au dehors. A la perte sanguine viennent s'ajouter en effet les symptômes qui proviennent de la distension rapide de l'utérus.

L'examen du ventre permet de reconnaître des signes de la plus haute importance: augmentation rapide du volume de l'utérus; durcissement de sa paroi tout entière; c'est un durété ligneuse; par exception, et en opposition avec cette durété générale, présence d'une masse molasse et pâteuse, répondant à l'accumulation de caillots au niveau du décollement placentaire; quelquefois