

La laparotomie, pratiquée dans des cas de grossesse extra-utérine, donne des résultats variables suivant les cas; Lawson-Tait aurait obtenu 20 guérisons sur 21 cas.

M. Pinard conseille, lorsque le placenta est adhérent, que le fœtus soit vivant ou mort, de ne pas y toucher « et d'attendre son élimination spontanée en se contentant d'irriguer le kyste avec un liquide antiseptique. Les irrigations continues sont appelées à rendre de grands services dans ces cas. L'élimination du placenta peut se faire dans les premiers jours, mais elle peut se faire attendre 15 ou 20 jours, quelquefois plus longtemps. Le drainage peut être fait par la paroi abdominale ou par le cul-de-sac de Douglas et le vagin ».

C'est la même conduite que conseille M. Pinard lorsqu'on pratique l'*élytrotomie* ou *vaginotomie*; l'irrigation continue doit durer aussi longtemps que l'adhérence du placenta qui peut se décoller les premiers jours, mais qui peut n'être éliminé que le 16^e ou le 18^e jour.

« D'ailleurs quel que soit le mode d'intervention adopté, dit M. Bar, la méthode antiseptique sera appliquée dans toute sa rigueur... Quand le kyste suppure et s'ouvre, soit directement au dehors, soit dans l'intestin ou les voies génitales (utérus, vagin), la conduite que devra suivre l'accoucheur variera suivant la voie suivie par le pus et suivant l'intensité des phénomènes généraux (fièvre hectique etc.) Souvent l'élimination du contenu du kyste se fait graduellement et les phénomènes généraux sont peu marqués. Dans ce cas, on devra imiter la conduite adoptée par les chirurgiens, quand ils ont à traiter un abcès profond s'ouvrant par un trajet long et sinueux au dehors (lavages, pansements antiseptiques). Le drainage ne rendra guère de services que dans les cas où la cavité du kyste sera assez accessible, pour que des lavages fréquents puissent être faits dans son intérieur ».

Le Dr Kaschkaroff (de Jaroslaw) vient de publier un

mémoire sur les opérations obstétricales pratiquées sous un courant d'eau et à l'abri du contact de l'air. « La meilleure antiseptie, dit-il, consiste à empêcher l'accès des micro-organismes; car lorsqu'on n'y est pas parvenu, on ne peut assurer le succès ultérieur des antiseptiques. » Kaschkaroff admet que les micro-organismes sont importés principalement: 1^o par les mains; 2^o par les instruments; 3^o par l'air ambiant. On peut prendre des mesures suffisantes de désinfection pour les mains et les instruments; mais la chose n'est pas aussi facile pour l'air. « Comme l'air, ajoute Kaschkaroff, se prête beaucoup plus difficilement à la stérilisation que l'eau, et que la désinfection de l'air au moyen du spray sublimé offre peu de sécurité et exige en outre beaucoup de temps, je me suis décidé à construire un appareil dans lequel l'eau stérilisée par l'adjonction de désinfectants, serait constamment courante et remplacée par de l'eau fraîche arrivant en certaine quantité.

La partie inférieure du corps seule et les parties sexuelles de l'opérée sont introduites dans cet appareil, et toute l'opération, par exemple la craniotomie, est effectuée sous l'eau à l'abri de l'accès de l'air atmosphérique ». Il nous paraît inutile de rapporter ici la description de cet appareil qui est faite dans les *Annales de gynécologie*, (mars 1888); cet appareil ne saurait guère être employé d'ailleurs que dans une Maternité.

Rupture artificielle des membranes. — C'est là une petite opération courante de la pratique obstétricale, mais qui demande cependant quelques précautions. — D'abord elle ne doit être faite que lorsqu'il y a une indication formelle; c'est surtout lorsque le fœtus est mort qu'il faut bien se garder de rompre les membranes, sans être certain que l'accouchement se terminera ou pourra être terminé rapidement; on aurait alors à redouter la putréfaction du fœtus et les complications qui en résultent.

Certains accoucheurs rompent les membranes avec l'ongle de l'index; d'autres se servent d'instruments pointus, dont le plus employé est le perce-membranes que nous ne décrivons pas ici: M. Pinard conseille d'avoir toujours recours au perce-membranes: d'abord il est pratiquement assez difficile à un accoucheur de rompre les membranes avec le ou les doigts, puisqu'il doit toujours avoir les ongles coupés ras; d'autre part, avec le perce-membranes, on évite les fortes pressions exercées avec le doigt sur les membranes, de bas en haut et l'on ne s'expose pas à déplacer la partie fœtale qui tend à s'engager.

Lorsque l'accoucheur se décide à rompre les membranes, il pratique d'abord à la femme une injection vaginale; puis, les mains étant soigneusement lavées, il guide sur le doigt le perce-membranes qui a été préalablement désinfecté et plongé dans une solution de sublimé. — Nous n'avons pas à insister sur les précautions à prendre au moment de l'écoulement du liquide amniotique.

Accouchement prématuré artificiel. — L'accouchement prématuré artificiel est une opération qui gagne de jour en jour en faveur auprès des accoucheurs; il est en effet plus facile d'élever les enfants nés avant terme, maintenant qu'on se sert de la couveuse et du gavage: on hésite d'autant moins à abrégé le cours de la grossesse, lorsqu'il y a une indication réelle (rétrécissement du bassin, affection organique de la mère, etc.)

Toutefois cette opération n'est autorisée qu'à la condition d'être faite suivant les règles les plus strictes de l'antisepsie: il ne faut pas que le traumatisme produit par l'accoucheur puisse déterminer le moindre accident fébrile. Aussi a-t-on complètement abandonné pour atteindre ce but le tampon vaginal conseillé autrefois par Schoeller. Son action trop incertaine vient s'ajouter ici aux autres inconvénients que présente le tamponnement.

Il en est de même des cônes d'éponge préparée, des tiges de laminaria, de la racine de gentiane, de la racine de tupelo, etc., qu'on introduisait autrefois dans l'orifice utérin pour dilater le col et provoquer le travail; sans doute il ne viendrait plus à la pensée d'aucun accoucheur d'employer ces substances, comme on le faisait autrefois, sans aucune préparation, rigoureusement sales. Mais, malgré une désinfection sérieuse, ces agents ne sont pas sans inconvénient. Ainsi Hausmann a constaté que la surface de l'éponge adhérait si intimement aux parois du col que, deux heures après son introduction, elle était entièrement recouverte d'épithélium; une heure et demie après l'introduction de l'éponge, il s'écoule déjà un liquide présentant tous les caractères d'un liquide septique.

De même, Kohn a montré que le liquide dans lequel on fait macérer les tiges de laminaria présente au bout de quelques heures une saveur corrosive et qu'il est chargé de germes. — Sans doute, on arrive maintenant à désinfecter ces substances en les maintenant dans l'éther iodoformé (Porak, Doléris); mais elles sont inférieures comme résultats aux procédés suivants, les ballons de Tarnier et de Barnes, la sonde de Krause.

Pour provoquer l'accouchement à l'aide du ballon exciteur de Tarnier, on prépare la femme pendant deux ou trois jours en lui faisant des injections vaginales chaudes et antiseptiques, acide borique de préférence; ces injections ont pour but d'assouplir les tissus, d'augmenter le ramollissement du col et surtout de désinfecter le vagin. La veille de l'opération, on prépare deux ou trois ballons que l'on dilate en y injectant 100 à 150 gr. d'eau phéniquée; le fil qui sert à fixer le ballon est aseptique et plonge pendant quelques heures dans une solution d'eau phéniquée au 1/50^e ou, comme le conseille M. Bar, dans de la glycérine fortement phéniquée. Au moment de l'opération, on vide le

ballon et on le fixe sur le conducteur métallique qui a été préalablement flambé à l'alcool et plongé dans une solution phéniquée forte. Lorsque le ballon est introduit au-dessus du col, on le dilate avec la solution antiseptique dont la seringue est chargée ; lorsque le conducteur est retiré, on coupe le tube de caoutchouc au ras de la vulve que l'on obture avec un tampon d'ouate antiseptique. Ce n'est que dans certains cas exceptionnels (chez certaines multipares à col déchiqueté) que l'on est obligé d'avoir recours au ballon de Barnes.

Sans établir ici un parallèle entre ces deux ballons au point de vue de leur action sur l'apparition du travail, le ballon de Tarnier nous paraît préférable sous le rapport de l'antisepsie ; il ne dilate pas en effet le col comme le ballon de Barnes ; c'est un simple corps étranger introduit dans l'utérus. Le ballon de Barnes agit mécaniquement sur le col et facilite la pénétration de l'air dans la cavité utérine, sinon dans l'œuf.

Il est un autre procédé très simple pour provoquer le travail et qui donne de bons résultats à la condition d'une antisepsie rigoureuse : c'est le décollement des membranes à l'aide d'une bougie suivant le procédé de Krause. Avant de faire pénétrer cette sonde, il faut prendre les mêmes précautions que pour l'introduction des ballons. La sonde de Krause n'est pas sans inconvénients : elle perfore assez souvent les membranes, et en ouvrant l'œuf, augmente les dangers de septicémie. De plus, comme elle reste pendant un certain temps en contact avec la muqueuse utérine, elle en détermine l'inflammation, en s'y incrustant pour ainsi dire.

Tamponnement. — Le tamponnement consiste à opposer une digue au sang qui s'écoule des organes génitaux en trop grande abondance, c'est surtout pour les hémorragies liées au placenta praevia, à l'avortement, etc., qu'on a recours à cette méthode que Leroux (1776) préconisait le premier en ces termes : « Ce moyen est des plus simples ; il n'exige pas une longue préparation : on le trouve sans peine dans la cabane

du pauvre comme dans le palais des grands. Il consiste à opposer une digue à l'écoulement du sang par le secours de plusieurs lambeaux de linges ou d'étoupes, imbibés de vinaigre pur, dont on remplit le vagin, et qu'on introduit même quelquefois jusque dans la matrice, lorsque la circonstance l'exige. »

Le tamponnement, tel qu'il était pratiqué il y quelques années, en dehors de toute antisepsie produisait des résultats désastreux ; on se servait, pour faire cette occlusion, de charpie provenant de linges vieux et usés, sans aucune désinfection préalable ; on faisait un certain nombre de petits tampons munis chacun d'un fil, et on en introduisait la plus grande quantité possible dans le vagin ; « une fois le tampon mis en place, on le laissait sans y toucher pendant quinze ou seize heures ; quand on retirait le tampon on était frappé de l'odeur souvent nauséabonde qui s'en dégageait et les femmes se plaignaient d'une impression pénible de chaleur au niveau des organes génitaux externes, le toucher devenait souvent très douloureux. Une fois l'accouchement terminé, les suites de couches étaient généralement traversées par des accidents graves, et la mortalité par fièvre puerpérale était beaucoup plus considérable dans ces cas (Bar) » — Ce qui s'explique facilement, puisque les bourdonnets employés étaient généralement chargés de microbes ; on évite maintenant la plupart des accidents en se servant de charpie ayant trempé depuis longtemps dans une solution antiseptique, soit mieux d'ouate hydrophile ou boriquée : on fait une soixantaine de bourdonnets de la grosseur d'une petite noix ; on les attache à un même fil, à 15 ou 20 centimètres de distance les uns des autres, en queue de cerf-volant, ou on les append à des fils séparés, — ou on fait de simples bourdonnets libres, sans fils. — On trempe pendant quelques temps ces bourdonnets dans une solution antiseptique (acide phénique au 1/50^e, acide borique au 1/25^e ou mieux bichlorure de mercure à 1/1000^e).

On exprime bien ces tampons et on les enduit d'un corps gras, de préférence la vaseline boriquée ou phéniquée.

Il est inutile d'employer un spéculum ; le vagin est débarrassé des caillots qui y sont accumulés ; il est de plus nettoyé au moyen d'une injection antiseptique ; on a eu soin d'évacuer l'urine de la vessie et de vider le rectum à l'aide d'un lavement. On introduit un à un dans le fond du vagin les bourdonnets munis d'un fil, de manière à obtenir l'occlusion complète ; on entasse les bourdonnets dans l'espace laissé libre entre les lèvres de l'orifice utérin, dans les culs-de-sac de manière à constituer une véritable couronne autour de ce col ; puis on comble le reste du vagin avec des bourdonnets sans fil. Pour fixer ce tamponnement, on applique sur la vulve un tampon d'ouate, ou même une compresse trempée dans une solution antiseptique et on maintient à l'aide d'un bandage en T fortement serré. Il est inutile que les tampons soient trempés dans un agent hémostatique ; l'essentiel est qu'ils soient rigoureusement aseptiques ; le tamponnement n'agit en effet que mécaniquement en créant une digue contre l'écoulement du sang et dynamiquement en provoquant des contractions utérines (Auvard).

Le tamponnement ainsi pratiqué ne doit pas être laissé en place plus de 12 à 15 heures, sous peine d'amener des accidents de compression ; lorsqu'il est enlevé, il faut irriguer largement la cavité vaginale et redoubler de précautions antiseptiques, surtout si l'accouchement doit tarder à se faire.

D'après la statistique de Muller, sur 921 cas d'insertion vicieuse du placenta, presque tous traités à l'aide du tamponnement vaginal, il y eut 50 cas de mort par infection puerpérale.

M. Auvard a comparé les résultats du tamponnement avant l'antisepsie et après l'introduction de cette méthode ; voici les chiffres d'une statistique faite à la Maternité de Paris :

Avant l'antisepsie : 29 cas.

Mortalité maternelle.....	38 0/0
— foetale	55 0/0

Depuis l'antisepsie : 18 cas.

Mortalité maternelle.....	11 0/0
— foetale	55 0/0

Il est intéressant de voir que la mortalité foetale reste la même, tandis la mortalité maternelle s'abaisse de plus des deux tiers.

Il ne nous convient pas ici d'examiner quelle est la valeur hémostatique du tampon, quelle est son influence sur la contraction utérine, s'il est douloureux, etc. ; nous ne pouvons même guère le comparer aux autres appareils dont le principe consiste à gonfler un sac dans les organes génitaux (vessie de porc de Rouget, pessaire à air de Gariel, colpeurynter de Braun, appareil élytro-ptérygoïde de Chassagny etc) ; ces appareils sont sans doute préférables au point de vue antiseptique, mais ils agissent moins efficacement que le tampon de Leroux contre l'hémorrhagie.

Cependant le tampon doit être rejeté de plus en plus de la pratique courante, parce qu'il est difficile à faire d'une manière complètement aseptique, du moins en clientèle ; sans doute, dans une Maternité, le tampon est moins dangereux parce que les bourdonnets d'ouate peuvent être préparés, stérilisés à l'avance ; mais, lorsqu'en ville, on est appelé auprès d'une femme perdant beaucoup de sang, il vaut mieux recourir aux injections très chaudes. Le tamponnement s'accompagne toujours de lésions vulvaires, vaginales, qui augmentent ultérieurement les dangers de l'infection ; malgré toutes les précautions prises, même lorsqu'il est peu serré, il détermine toujours des éraillures de la muqueuse vaginale qui constituent autant de portes ouvertes à l'infection ; lorsqu'il est appliqué trop longtemps il peut amener la rétention d'urine, l'arrêt des matières fécales, ainsi que la décomposition, la putréfaction des débris organiques retenus dans le vagin.

D'ailleurs, lorsqu'on pratique un tamponnement même avec asepsie complète, il faut toujours craindre quelques accidents et se rappeler les expériences de Koch qui n'a trouvé aucun antiseptique susceptible d'empêcher le développement des microbes dans le tampon ouaté. La solution de sublimé corrosif à 1/500^e n'empêche pas leur pullulation, non plus que l'iodoforme, l'acide borique. L'antiseptique qui a paru le mieux réussir, est l'acide phénique de 2,5 à 5 0/0, ou l'acide salicylique à 5 ou 10 0/0 : ce sont ces deux agents, ainsi que l'acétate d'alumine qui retardent le plus la reproduction microbienne.

L'expérimentation confirme donc ce fait clinique qu'il est difficile de faire un tamponnement complètement aseptique ; l'essentiel est, dans la pratique, de se rapprocher le plus possible de la perfection et de n'employer le tamponnement que lorsqu'il y a urgence absolue ; la femme se meurt ; l'outillage pour faire une irrigation chaude manque ; entre deux dangers, l'hémorragie et la septicémie, il faut parer au plus urgent et arrêter le sang coûte que coûte ; aussi les médecins poussés par la nécessité ont-ils employé les corps les plus divers pour pratiquer le tamponnement, étoupe, charpie, coton, compresses, mouchoirs, vessies aminales, sacs de caoutchouc ; un médecin, pris au dépourvu, s'est servi de sa propre (??) perruque !

Cette dernière pratique, bonne peut-être sous Louis XIV, montre jusqu'à quel point le danger peut faire oublier au médecin les règles de la plus élémentaire propreté ; ce doit être aujourd'hui une règle de ne pratiquer le tamponnement que lorsqu'on a la main forcée. Il est vrai que ces cas d'urgence deviennent de plus en plus rares, depuis que l'on traite les hémorragies par les injections d'eau très chaude, et par la rupture des membranes dans les cas de placenta sur le segment inférieur ; ainsi, dans un service aussi actif que celui de Lariboisière, M. Pinard n'a *jamais* pratiqué ou fait prati-

qué de tamponnement depuis plus de quatre ans ; bien plus, il recommande d'enlever le tampon, aussitôt qu'une femme arrive dans le service, ayant subi ce traitement en ville. Or *jamais*, que je sache du moins, une femme n'est morte d'hémorragie, malgré l'absence de tamponnement. C'est dire que dans la pratique courante, le *tampon* doit être abandonné *complètement* ou à peu près ; cependant si l'on a recours au tamponnement, il faut se rappeler qu'il sera d'autant moins dangereux qu'il sera fait plus proprement.