

séjour plus long expose la femme à des accidents de compression et de septicémie.

Différentes circonstances peuvent faire qu'on ne soit pas obligé d'attendre aussi longtemps. Une température élevée de la malade, des douleurs vives, parfois intolérables, enfin des efforts expulsifs indiquent que la sortie du fœtus est proche.

Ici se pose une question importante : *doit-on enlever le tampon pendant la période d'expulsion, ou doit-on laisser la femme accoucher spontanément de son tampon, puis de son enfant ?*

Les deux opinions ont été soutenues, l'une par M. DEPAUL, qui conseillait d'enlever le tampon quand se manifestaient les douleurs expulsives, de manière à terminer l'accouchement aussi vite que possible, soit par la version, soit par le forceps ; l'autre par M. PAJOT, qui engage, au contraire, à le laisser en place et à en abandonner l'expulsion à la nature, de même que celle de l'enfant.

Se prononcer entre les deux méthodes est chose difficile, car aucune statistique n'existe pour établir leur valeur relative.

Chez une femme qui, pendant la période d'expulsion, aurait des contractions utéro-abdominales énergiques, et surtout si l'enfant était mort, la méthode expectante serait bonne à suivre.

Si les contractions utérines étaient, au contraire, rares ; si l'enfant vivant souffrait et menaçait de succomber, mieux vaudrait enlever le tampon pour terminer l'accouchement au plus vite.

En un mot, il est impossible de donner ici une règle générale et absolue. Chaque cas a ses indications spéciales, que le clinicien doit savoir apprécier.

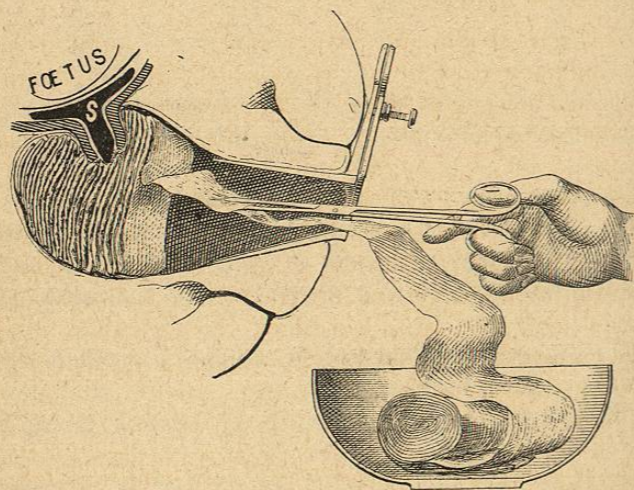


Fig. 389. — Introduction de la bande pour le tamponnement vaginal. (S. SANG.)

Tamponnement à la gaze iodoformée (fig. 389 et 390). — J'ai décrit très en détail le tamponnement à l'aide de bourdonnets, parce qu'il est encore très

en faveur auprès de nombreux accoucheurs, il est en quelque sorte le tamponnement classique ; mais le tamponnement à la gaze iodoformée lui est de beaucoup préférable, et pour ma part, à moins que je n'aie pas sous la main le matériel nécessaire, c'est toujours à ce dernier procédé que j'ai recours.

Les bandes de gaze iodoformée dont je fais usage et qui sont iodoformées au 1/20^e, mesurent 5 mètres de longueur et 15 centimètres de largeur ; trois ou quatre sont nécessaires pour un tamponnement.

La bande est introduite avec l'aide du spéculum, car elle glisse moins facilement que les bourdonnets ; dirigée dans les divers points du vagin avec le doigt, elle arrive à faire un bouchon aussi et peut-être même plus complet que le tampon classique. Cette gaze ne nécessite pas tous les préparatifs des bourdonnets, et le médecin peut toujours en avoir quelques rouleaux dans sa trousse. Les autres détails de la conduite à tenir sont d'ailleurs les mêmes dans l'une et l'autre variété du tamponnement.

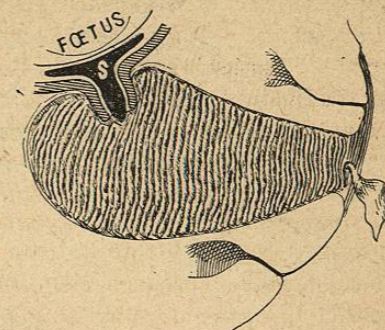


Fig. 390.

Tamponnement vaginal achevé.

2^o RUPTURE DES MEMBRANES AVEC OU SANS DILATATION PRÉALABLE. — Si, malgré l'emploi du tampon, l'hémorragie continue et menace par conséquent l'existence de la femme, il faudra recourir à une thérapeutique plus active qui aboutira à l'interruption de la grossesse par un accouchement prématuré.

Deux cas peuvent se présenter :

a. *Où les membranes sont facilement accessibles.* — Conditions qu'on rencontre chez la multipare à col béant, et avec une insertion marginale ou partielle du placenta ; on pourra alors, avec l'ongle ou un instrument mousse, rompre largement les membranes, de manière à libérer le bord placentaire sur une assez grande étendue, après s'être préalablement assuré qu'il existe une présentation du sommet ou du siège ; toute autre présentation que celle du sommet devra être d'abord convertie en siège par manœuvres externes ou mixtes, et un des membres pelviens attiré aussitôt que possible dans l'orifice utérin d'après la méthode de BRAXTON HICKS, qui sera décrite tout à l'heure. En cas de sommet, après la rupture des membranes, on appliquera dans le col un ballon de BARNES¹ ou de CHAMPETIER, de manière à provoquer et à activer le travail.

¹ Le sac-violon de BARNES, dont un modèle est représenté par une figure ultérieure, s'introduit à l'aide du doigt ou d'une tige à extrémité mousse, fixée dans la petite poche qu'on aperçoit sur une des faces du ballon. Le sac porté dans le col utérin, de manière à ce que la partie étroite corresponde à l'orifice interne, est gonflé avec de l'air ou mieux du liquide, puis la tige est retirée, le ballon étant maintenu en place par son propre volume. L'inconvénient de ce ballon, dont il existe six calibres différents, est de glisser facilement soit vers l'utérus, soit dans le vagin ; on l'emploiera cependant faute de meilleur dilateur du col.

b. *Les membranes ne sont pas facilement accessibles.* — Primipares à col fermé, avec insertion du placenta partielle ou centrale. En pareil cas, on commence par dilater le col à l'aide d'un sac de BARNES ou d'un ballon de CHAMPETIER (voir les fig. des ballons de BARNES et CHAMPETIER à l'expulsion provoquée), précédé au besoin de l'introduction du doigt pour faciliter le passage du ballon. Le ballon sera retiré au bout de quelque temps, et si à ce moment les membranes sont accessibles, on s'empressera de les rompre, en se comportant comme dans le cas précédent; si l'ouverture du col est encore insuffisante, on appliquera un ballon de plus gros calibre, et, après un nouvel intervalle, on ira de nouveau à la recherche des enveloppes, jusqu'à ce qu'on puisse les atteindre. Dans ces cas de membranes inaccessibles, on tentera la méthode de COHEN, qui consiste à décoller avec les doigts le placenta dans une direction donnée jusqu'à ce qu'on trouve les membranes qu'on perfore; puis on libère le morceau placentaire qu'on a dû décoller, de manière à l'appliquer à la paroi utérine, et à laisser ainsi libre la voie fœtale; la difficulté dans cette méthode théoriquement bonne est de deviner le côté du placenta où se trouve le trajet le plus court pour arriver aux membranes.

b. TRAVAIL. — Il n'y auralieu de recourir à une intervention que lorsque l'hémorragie est sérieuse. — Distinguons deux cas : *le sommet se présente, la présentation est autre que celle du sommet.*

1° *Le sommet se présente.* — Le meilleur traitement et le plus simple sera ici l'application de la *méthode* de PUZOS, c'est-à-dire la rupture artificielle des membranes, suivie de l'application d'un sac de BARNES ou d'un ballon de CHAMPETIER, au cas où la dilatation serait inférieure à deux travers de doigt. — Si les membranes étaient inaccessibles, on commencerait par l'application d'un sac de BARNES ou d'un ballon de CHAMPETIER, ainsi que cela a été indiqué pour le traitement pendant la grossesse.

2° *La présentation est autre que celle du sommet.* — En pareil cas, on aura recours à la *méthode* de BRAXTON HICKS : si le siège se présente, on se contentera d'abaisser un pied dans le vagin; sinon on fera, après rupture préalable des membranes, la version podalique par manœuvres mixtes (voir, au chapitre *Version*, la description de cette opération), et on terminera par l'abaissement du pied. Quand la dilatation est insuffisante, ou les membranes inaccessibles, on commence comme précédemment par l'application préalable d'un sac de BARNES ou d'un ballon de CHAMPETIER, qui en ouvrant le col facilite l'intervention.

Si la méthode de PUZOS ou celle de BRAXTON HICKS ne réussit pas à arrêter l'hémorragie, ce qui est tout à fait exceptionnel, et si l'état de la femme inspire de sérieuses inquiétudes, on aura recours à l'*accouchement forcé* (méthode de GUILLEMEAU). Cette méthode consiste à appliquer le forceps¹ sur le sommet aussitôt que la dilatation du col permet l'introduction des cuillers

¹ Guillemeau, ne connaissant pas le forceps, ne faisait l'accouchement forcé qu'avec les mains. Je conserve néanmoins le nom de méthode de Guillemeau pour l'accouchement forcé en général, soit avec le forceps, soit avec les mains.

(dilatation de trois travers de doigt), ou à faire l'extraction, dès qu'on a pu amener un pied du fœtus dans le vagin. Mais l'accouchement forcé ne devra être pratiqué que très rarement à cause des délabrements utérins auxquels il expose.

c. DÉLIVRANCE. — Une hémorragie se produit-elle à ce moment, on tiendra la conduite habituelle en pareil cas. L'insertion vicieuse du placenta ne donne ici lieu à aucune précaution spéciale.

d. TRAITEMENT EXCITANT ET RÉPARATEUR. — Quand la femme a été anémiée et épuisée par une hémorragie abondante, susceptible même après la délivrance de l'exposer à une syncope mortelle, il faudra recourir de préférence aux trois excitants qui suivent : alcool à l'intérieur, injections sous-cutanées d'éther (5, 10, 15 jusqu'à 20 seringues de PRAVAZ dans l'espace de deux heures), chaleur à la périphérie et au besoin à l'intérieur (boissons chaudes).

Enfin, en cas de péril grave, il ne faudra pas oublier la transfusion du sang; mais, au lieu de la transfusion ordinaire, qui nécessite tout un appareil difficile à avoir sous la main, on aura recours à l'auto-transfusion du D^r PROUFF¹, qui consiste à comprimer avec une bande de caoutchouc ou de toile les membres inférieurs, et au besoin les supérieurs, en allant des extrémités vers la racine; la compression de chaque membre inférieur fait refluer dans l'économie 120 à 150 grammes de sang et équivaut à une transfusion de la même quantité de sang (300 grammes environ pour les deux membres inférieurs). On retire grand bénéfice à injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané 100, 200, 500 grammes de sérum artificiel (eau salée à 5 p. 100). On a aussi injecté 500, 1.000, 1.500 grammes de ce sérum stérilisé dans les veines après des hémorragies graves (LEJARS, MAYGRIER).

Au lieu de la compression exercée sur les membres inférieurs, on peut obtenir un résultat analogue et peut-être plus net en donnant à la malade une position déclive, dans laquelle les pieds se trouvent naturellement plus élevés que la tête.

FLORENS, dans son cours faisait volontiers l'expérience suivante : il saignait un chien jusqu'à ce qu'état syncopal s'en suivit; le chien était couché étendu, inanimé; il le prenait alors par les pattes de derrière, le soulevait, lui mettait par conséquent la tête en bas : l'animal semblait revenir à la vie, il remuait la tête, regardait; on l'étendait de nouveau horizontalement et l'état syncopal recommençait.

On peut agir d'une façon analogue sur la femme exsangue, et pour ma part, dans deux cas je me suis fort bien trouvé d'appliquer le moyen suivant : une rallonge de table était glissée sous le matelas, appuyant par une de ses extrémités sur le bord du lit, du côté correspondant aux pieds; le matelas se trouvait ainsi faire un plan incliné sur lequel je couchais la femme, les pieds en haut, la tête en bas; l'inclinaison était telle que les pieds étaient environ à 60 centimètres au-dessus du niveau de la tête. Cette position est parfaitement supportée par la femme pendant plusieurs heures (un cas six heures; l'autre

¹ Voir Auvard. *Thèse agrégat.*, 1886, p. 159.

dix heures); elle amène l'atténuation de la dyspnée qui accompagne l'état syncopal; facilement applicable dans la plupart des circonstances, elle constitue une précieuse ressource pour combattre les fâcheux effets de l'hémorragie.

Aphorismes.

Toute hémorragie de la grossesse doit faire penser au placenta prævia; ce doit être un réflexe obstétrical.

Du sang ou de l'eau (rupture des membranes), il faut l'un ou l'autre quand il existe un placenta prævia. — C'est dire que la rupture des membranes empêche l'hémorragie.

Une femme atteinte de placenta prævia doit être surveillée presque aussi attentivement qu'un aliéné dangereux, bien que ce ne soit pas pour les mêmes raisons.

Tamponnement vaginal et rupture des membranes, tels sont les deux pôles autour desquels gravite toute la thérapeutique du placenta prævia.

VIII

ENVELOPPES OVULAIRES. — CORDON. — LIQUIDE

SOMMAIRE

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Amnios | Amniotite. — Brides amniotiques. |
| 2. Chorion | Hypertrophie.
(Môle hydatiforme, précédemment étudiée). |
| 3. Caduques | Endométrite.
Atrophie.
Hydorrhée. |
| 4. Cordon | Anomalies de longueur.
Circulaires. — Rupture.
Nœuds.
Torsion.
Obstruction des vaisseaux. |
| 5. Liquide amniotique. | Hydramnios.
Défaut de liquide. |

1° AMNIOS

Amniotite. Brides amniotiques. — On admet généralement l'inflammation de l'amnios (amniotite), dont le résultat peut être l'augmentation du liquide amniotique (hydramnios) et la formation de *brides amniotiques*, qui relient la surface de l'amnios et du fœtus. Ces brides sont constituées par des sortes de bandes, analogues à celles qu'on rencontre à la surface des séreuses après leur inflammation; tirillées, elles sont susceptibles de se

détacher, soit de l'amnios, soit du fœtus, et forment ainsi des lambeaux libres par une de leurs extrémités; quand elles entourent et compriment un membre, elles en amènent la section (*amputation congénitale*).

2° CHORION

En dehors de la môle hydatiforme, qui a été précédemment étudiée, on observe, du côté du chorion, soit une hypertrophie des villosités (myxome non vésiculaire), soit une sorte d'hypertrophie en masse avec nodosités nombreuses (inflammation chronique).

3° CADUQUES

Endométrite. — L'inflammation de la trame conjonctive donne l'endométrite *diffuse*; celle des cellules de la caduque, l'endométrite *polypeuse*; celle enfin des glandes, l'endométrite *kystique*. Ces diverses variétés d'endométrite qui atteignent surtout les caduques utérine et utéro-placentaire sont une cause d'avortement. Le traitement est nul pendant la grossesse, où le diagnostic est d'ailleurs impossible; après un avortement, pour permettre le développement normal d'une nouvelle grossesse, on aura recours au traitement ordinaire de l'endométrite et surtout au curage de l'utérus.

Atrophie. — L'atrophie de la caduque, qui a été considérée comme une cause possible d'avortement, est à peine connue.

Hydorrhée (ὕδωρ, eau; ρεῖν, couler).

Symptômes. — A partir du deuxième mois de la grossesse, mais plus volontiers pendant les trois derniers mois, la femme peut, brusquement et sans cause appréciable, perdre un *flot* de liquide analogue à celui que renferme l'amnios et dont la quantité sera de quelques grammes à un demi-litre.

Ultérieurement, la perte continue d'habitude — tantôt *rémittente*, c'est-à-dire qu'il y a un suintement persistant, entremêlé de temps à autre par série de flots analogues au premier, mais dans leur intervalle la perte est série un écoulement plus abondant, — tantôt *intermittente*; il existe une série de flots analogues au premier, mais dans leur intervalle la perte est nulle.

Après chaque évacuation abondante de liquide, la femme accuse une diminution du volume du ventre.

Cette perte aqueuse, dont l'origine est dans l'œuf même, se termine de deux façons: tantôt l'écoulement cesse et la grossesse continue son cours jusqu'au terme normal; tantôt il y a expulsion prématurée de l'œuf (avortement ou accouchement prématuré).

Pathogénie. — Au point de vue pathogénique on s'accorde aujourd'hui à reconnaître deux variétés d'hydorrhée:

L'une, *sans rupture de l'œuf, hydorrhée déciduale*, causée par une inflammation plus ou moins localisée de la caduque et de ses glandes; il y aurait