malade, grosse de cinq mois, n'en parut éprouver rien de particulier. La troisième observation, empruntée à Robinson, concerne une jeune femme qui, arrivée au cinquième mois d'une troisième grossesse, fut prise d'une odontalgie pour laquelle elle se soumit aux inhalations de chloroforme. Elle resta dans un état demi-soporeux pendant une demi-heure. Peu après, douleurs abdominales qui augmentèrent et se terminèrent en peu de jours par l'avortement. Ce dernier fait seul me paraît avoir une certaine importance, et, s'il se renouvelait un certain nombre de fois, il devrait imposer une grande réserve dans la pratique des inhalations pendant la grossesse.

Pendant l'allaitement. — M. Blot cite encore dans sa thèse deux faits qui tendent à prouver que le chloroforme inhalé peut passer dans les produits de sécrétion, et que chez une nourrice, par exemple, il peut en résulter pour le nouveau-né des accidents, si l'on ne laisse écouler un certain temps entre le moment où l'enfant tette et celui où la nourrice a été soumise à l'inhalation. Un premier enfant teta sa mère trois heures après que celle-ci eut été soumise au chloroforme : en peu d'instants il tomba dans un sommeil profond qui persista pendant huit heures. Puis ce sommeil fut remplacé par une agitation qui dura encore deux jours (Scanzoni). M. Chassaignac raconte un fait analogue. Il est donc prudent de ne faire teter les enfants que longtemps après, sept, huit, dix heures par exemple.

Mode d'administration. — Le procédé indiqué par M. Simpson est encore celui qui est le plus généralement employé. Il consiste, comme on le sait, à placer très-près des narines et de la bouche une éponge concave, ou un mouchoir replié sur lui-même de manière à lui faire représenter un cône, et à verser dans la partie concave 8 à 10 grammes de chloroforme. L'éponge doit être placée à une petite distance des narines, d'abord pour laisser un libre passage à l'air, et pour éviter que le médicament ne touche la peau et la muqueuse. Quand on ne prend pas cette précaution, il en résulte pour la patiente de petites phlyctènes, et quelquefois mêmes de petites eschares superficielles. Dans l'intervalle des inhalations, on empêche l'évaporation du chloroforme en fermant le creux du mouchoir avec ses propres chefs ou avec la main.

M. Simpson conseille de débuter par une forte inhalation et d'en faire d'abord respirer assez pour endormir complétement. C'est en effet à ce que le médicament a été administré tout d'abord à dose trop faible, qu'il attribue la loquacité, le délire, les spasmes, l'agitation excessive en un mot, qu'on observe chez certains sujets. Ce conseil, très-sage quand on employait l'éther, n'a plus la même importance quand il s'agit du chloroforme. Ce dernier détermine en général une excitation beaucoup moindre et produit presque immédiatement un sommeil paisible. Quant à la toux, à l'irritation pulmonaire, que les malades présentent parfois, elles dépendent ou de la mauvaise qualité du médicament, ou de ce que tout d'abord, rapprochant trop l'éponge des narines, on en fait respirer une trop grande quantité à la fois.

Lorsqu'on se propose de pratiquer une opération qui doit être terminée en quelques minutes, il faut, comme en chirurgie, endormir profondément la malade et continuer l'inhalation pendant toute la durée de l'opération. Mais lorsqu'on veut simplement modérer l'exaltation générale de la femme, faire cesser une douleur étrangère au travail, ou modifier des contractions irrégulières, partielles ou tétaniques, il faut, après avoir obtenu l'immobilité, éloigner l'éponge pour laisser respirer librement la malade, et se contenter de faire faire quelques petites inhalations au début de chaque contraction. On peut même souvent laisser passer trois ou quatre douleurs sans rapprocher l'éponge, et ne s'en servir que lorsque la malade accuse une sensation douloureuse. Ces inhalations répétées suffisent pour la tenir dans un état où elle n'a plus conscience d'elle-même, état qui peut ainsi se prolonger plusieurs heures sans inconvénient. Ce qu'il faut surtout éviter, ajoute M. Simpson, c'est trop ou trop peu. Une trop forte dose peut suspendre les contractions, une dose trop faible détermine une vive excitation. Pour faire cesser l'excitation, augmentez la dose; pour remédier à la suspension des douleurs, éloignez pendant quelque temps le chloroforme.

Une remarque singulière, c'est que les inhalations à haute dose sont moins propres à suspendre les contractions dans la seconde que dans la première période du travail, et par conséquent il y a alors moins d'inconvénients à en donner une plus grande quantité. Qu'on ne s'imagine pas, néanmoins, que pour produire une anesthésie complète il faille pousser l'inhalation jusqu'au point de rendre la respiration bruyante, comme en chirurgie; rarement il est besoin d'aller jusque-là. Les quantités nécessaires pour produire le sommeil et l'immobilité sont d'ailleurs très-variables suivant les individus.

Les malades sont calmes pendant l'intervalle des douleurs; seulement, au retour des contractions, elles se remuent plus ou moins et font entendre quelques petits grognements qui avertissent l'accoucheur que la sensibilité n'est plus complétement abolie et qu'il est bon de revenir aux inhalations.

Pendant toute leur durée, le plus grand silence doit régner auprès du lit de la femme, car le bruit augmente parfois l'excitation générale et la loquacité produite par les premières doses.

CHAPITRE II

DU TAMPONNEMENT

Le tamponnement du vagin est une sorte de digue qu'on oppose à l'écoulement du sang. Par sa simplicité, il peut être regardé comme un pansement, tandis que par son importance il doit être assimilé à une véritable opération. Il est comparable au tamponnement des fosses nasales.

Dans plusieurs passages de ce livre et particulièrement aux pages 595, 803, 810 et 923, nous avons déjà longuement précisé les cas dans lesquels il fallait y recourir ; il nous reste à décrire son mode d'application.

C'est à Leroux (de Dijon) que revient l'honneur d'avoir introduit le tampon dans la pratique (1776). Cet auteur remplissait le vagin avec du linge ou de l'étoupe, qu'il imbibait de vinaigre avant de les mettre en place; il pensait que ce liquide avait pour avantage de rendre la coagulation du sang plus prompte et plus parfaite. Voici la manière dont on exécute aujourd'hui cette opération. On dispose d'abord de la charpie en assez grande quantité pour remplir une cuvette ordinaire. Cette masse paraît énorme, mais en réalité elle est à peine suffisante, d'une part parce que la charpie diminue considérablement de volume quand on la comprime, et que, d'autre part, le vagin distendu est susceptible d'acquérir une capacité très-grande. Avec cette charpie on prépare des bourdonnets qu'on roule en petites pelotes médiocrement serrées; chaque bourdonnet est attaché à l'extrémité d'un fil à ligature, pour qu'on puisse facilement retirer le tampon quand on juge à propos de l'enlever.

A défaut de charpie on pourra se servir d'étoupe ou de coton. Dans tous les cas, il faut du temps pour disposer un tampon, aussi fera-t-on bien de tout préparer à l'avance dès qu'on soupçonnera qu'une hémorrhagie grave est à craindre.

Pour appliquer ce tampon, on fait placer la malade en travers du lit, le siége au niveau du bord des matelas, les jambes maintenues écartées par deux aides. Les bourdonnets seront ensuite introduits, un par un, dans l'intérieur du vagin; les premiers seront appliqués directement sur le col de la matrice, où on les maintient en place pendant qu'on remplit les deux culs-de-sac avec d'autres bourdonnets qu'on serre fortement les uns contre les autres. On bourre ainsi le vagin depuis son extrémité postérieure jusqu'à l'ouverture vulvaire, en ayant soin de ne laisser aucun espace libre. Pour que le tamponnement soit bien fait, il faut que le vagin soit distendu et plein de charpie comprimée. D'épais gâteaux de charpie appliqués sur la vulve soutiennent les bourdonnets et les empêchent de sortir. Puis on maintient le tout en place avec quelques compresses et un bandage en T qu'il faut avoir soin de serrer vigoureusement. C'est à dessein que je m'appesantis sur tous ces détails, parce qu'un tampon bien appliqué est un moyen héroïque à opposer à certaines hémorrhagies ; mal ou incomplétement appliqué, il n'empêche pas l'écoulement du sang et fait perdre du temps. L'introduction des bourdonnets dans le vagin peut se faire de deux façons différentes: tantôt, en effet, on se sert d'un spéculum au fond duquel on porte la charpie, tantôt on se contente d'introduire deux doigts dans le vagin et de faire glisser sur eux les bourdonnets. C'est à ce dernier procédé que nous accordons la préférence.

Leroux donnait le précepte d'imbiber la charpie de vinaigre pur; on a généralement renoncé à ce moyen et l'on se contente d'enduire les bourdonnets d'une légère couche de cérat qui facilite leur introduction et les rend moins perméables au sang. Dans le cas d'implantation vicieuse du placenta, il peut être utile de tremper les premiers bourdonnets dans une solution de perchlorure de fer. L'usage de ce dernier médicament n'est pas sans inconvénient; il est d'ailleurs rarement nécessaire quand le tampon ordinaire est soigneusement appliqué.

Le tamponnement a pour effet d'arrêter le sang qui se coagule de proche en proche jusqu'à l'orifice des vaisseaux utéro-placentaires déchirés, et l'hémorrhagie s'arrête bientôt. La présence de la charpie dans le vagin agit encore d'une autre façon : elle irrite le col de l'utérus, et cet organe ne tarde pas à se contracter. Ces contractions concourent donc pour une certaine part à l'arrêt du sang, mais elles préparent en même temps l'expulsion de l'œuf. C'est là un avantage vers la fin de la grossesse, un inconvénient grave dans les premiers mois; aussi le tampon est surtout applicable quand le fœtus est viable; avant cette époque il ne faut l'employer que dans le cas où la déplétion de la matrice paraît nécessaire pour sauver la vie de la femme.

Une fois appliqué, le tampon produit des souffrances très-variables: quelques

femmes peuvent le supporter pendant plusieurs jours, tandis que d'autres éprouvent une douleur intolérable après quelques heures. On tiendra compte de ces différences pour décider à quel moment il deviendra opportun de retirer le pansement. L'application du tampon produit encore un autre résultat: les bourdonnets en comprimant le canal de l'urèthre deviennent la cause mécanique d'une rétention d'urine. On y remédiera, deux ou trois fois en vingt-quatre heures, en pratiquant le cathétérisme, qui n'est possible que lorsqu'on a enlevé les bourdonnets les plus rapprochés de la vulve. La vessie vidée, on remet le tout en place sans toucher à la charpie qui remplit le fond du vagin.

En général, il convient de laisser le tampon au moins vingt-quatre heures en place; on le retire alors pour examiner l'effet produit et l'état du col. On en profite pour laver le vagin avec une injection. Un second tampon, préparé d'avance, remplace le premier si on le juge utile. Si le travail est déclaré, on retire un peu plus souvent le tampon pour suivre les progrès de l'accouchement. Il arrive d'ailleurs quelquefois que les bourdonnets sont chassés au dehors par la tête de l'enfant qui les repousse malgré le bandage qui les assujettissait. On comprend que ce pansement est plus nuisible qu'utile quand la période d'expulsion commence.

En général, mieux vaut laisser le tampon trop longtemps en place que l'enlever prématurément. Pour le retirer, il suffit de saisir l'un après l'autre les fils attachés par une de leurs extrémités à chaque bourdonnet et qui pendent par l'autre chef au dehors de la vulve; on commence par les derniers placés. Rien n'est plus facile ; cependant les fils sont souvent mélangés et l'on ne réussit qu'après quelques tâtonnements. C'est en vue de remédier à ce petit inconvénient qu'on a imaginé le tampon dit en queue de cerf-volant: dans celui-ci les bourdonnets sont tous attachés à un même fil, de distance en distance, ce qui lui donne une certaine ressemblance avec une queue de cerf-volant. Ce dernier tampon serait assurément très-facile à retirer, mais son application est moins facile; aussi nous préférons le tampon ordinaire.

En terminant, je répète qu'un tamponnement bien fait est rarement inefficace ; mais bien souvent il est mal appliqué. Cette opération est souvent longue; on n'a d'ailleurs pas toujours sous la main les objets nécessaires. Aussi a-t-on cherché à remplacer le tampon ordinaire par un autre moyen. C'est dans ce but que Chailly s'est servi d'une vessie de caoutchouc qu'il introduit dans le vagin et qu'il gonfle avec de l'air lorsqu'elle est placée. De cette façon le vagin est distendu et rempli comme par un tampon; cependant la vessie de caoutchouc, par sa forme arrondie, s'adapte moins bien que les bourdonnets aux anfractuosités que présente le museau de tanche et les deux culs-de-sac du vagin ; la surface polie de la vessie de caoutchouc est, d'autre part, moins favorable à l'arrêt et à la coagulation du sang que les brins de charpie. Pour remédier en partie à ces inconvénients, les Anglais se servent d'une vessie de caoutchouc revêtue d'une chemise faite avec de petits morceaux d'éponge. Ce dernier perfectionnement n'est pas indispensable. La vessie de caoutchouc a l'avantage de pouvoir être très-rapidement appliquée; son maniement est si simple, qu'il peut être indiqué à une garde-malade placée près d'une femme menacée d'hémorrhagie. Ce sont là les raisons qui nous empêchent de rejeter son usage; seulement nous recommandons de choisir une vessie à parois très-souples, de la rendre très-malléable en la malaxant et en l'insufflant plusieurs fois pour qu'elle puisse mieux s'adapter à la forme du vagin. Enfin, nous préférons une injection d'eau à une injection d'air parce que ce dernier se laisse comprimer trop facilement. Malgré toutes ces précautions, il est bien entendu que nous préférons le tamponnement fait avec de la charpie; la vessie de caoutchouc peut surtout rendre des services à titre de tampon provisoire.