

de 400 grammes de sang, même chez une femme paraissant chétive ou anémique; le plus souvent, on ira d'emblée jusqu'à 600 grammes.

La femme étant en travail, aussitôt après la saignée on se mettra en mesure de procéder à l'accouchement rapide ou méthodiquement accéléré, en ayant soin de soumettre la parturiente aux inhalations chloroformiques pour la soustraire aux excitations extérieures et aux réflexes dont l'utérus est le point de départ.

*Moyens employés pour provoquer l'accouchement accéléré.*—Quel que soit le moyen auquel on aura recours, on ne devra jamais oublier les deux points suivants:

10 L'accouchement accéléré donnera d'autant plus de chances de succès que le travail sera plus avancé et qu'on aura affaire à une multipare;

20 On ne devra jamais se hâter, c'est-à-dire employer la force, au point de produire des traumatismes cervico-utérins ou des déchirures.

La méthode de l'accouchement rapide réussira donc plus vite chez les multipares (malheureusement ce sont des éclampsiques d'exception), et le temps nécessaire pour procéder à l'extraction du fœtus sera d'autant plus court que le col sera plus effacé. En effet, c'est plus le degré d'effacement du col que celui de la dilatation de l'orifice qui joue le rôle capital, au point de vue de la rapidité du résultat.

De tous les moyens préconisés et employés pour dilater l'orifice du col, la main, organe souple et sensible, a été pendant longtemps le seul agent employé par les accoucheurs; c'était avec la main qu'Ambroise Paré, Guillemeau, Mauriceau pratiquaient l'accouchement forcé, et il faut même reconnaître que si la méthode de l'accouchement rapide ou accéléré a rencontré dans les esprits tant de résistance, cela tenait au souvenir des désastres causés par l'accouchement forcé; dans le procédé de l'accouchement méthodiquement rapide, rien de semblable ne doit arriver, car on agit par *continuité des efforts*, sans employer la violence à aucun moment.

Lorsqu'on aura recours à la main, on pourra employer la méthode de Rizzoli qui consiste à dilater l'orifice en introduisant successivement les cinq doigts de la main disposée en cône, ou la méthode de Bonnaire, les doigts des deux mains faisant effort par leur face dorsale.

Quel que soit le procédé employé, la méthode manuelle est longue, laborieuse, et l'accoucheur est tellement épuisé après une heure d'efforts qu'il est pour ainsi dire hors d'état de terminer lui-même l'accouchement par une application de forceps, une fois la dilatation complète obtenue.

Pour obvier à ces inconvénients on a plutôt recours aux instruments qui sont des ballons inextensibles, le dilateur-accelérateur de Tarnier, ou enfin le dilateur de Bossi. Les ballons, quels qu'ils soient, sont de mauvais dilateurs au point de vue du but pourvisi, à savoir la rapidité du résultat; il en est à peu près de même de l'appareil à trois branches de Tarnier, qui, prenant point fixe

en trois points, donne une dilatation triangulaire, et dont la durée de pose peut être considérable, ce qui est dangereux en raison des escarres qui marquent sur le col.

L'appareil de Bossi est un dilateur à quatre branches, alors que l'idéal serait d'avoir un instrument produisant progressivement une dilatation circulaire.

Quoi qu'il en soit, l'appareil de Bossi étant un instrument de force, doit être manié prudemment, doucement; par le cadran gradué qu'il porte sur sa tige, on doit se rendre compte, à chaque instant, du degré de dilatation, dont on suit la marche en pratiquant souvent le toucher pour juger du degré de la tension des bords de l'orifice; lorsque ces bords paraissent très tendus, on s'arrête plus ou moins longtemps, c'est-à-dire qu'on ne fait plus jouer la vis; bientôt alors on voit la fibre musculaire du col se fatiguer et se relâcher; on reprend alors la manoeuvre en tournant le pas de vis dans l'intervalle des contractures utérines, de façon à se mettre à l'abri d'une déchirure du col ou d'une rupture.

La durée pendant laquelle on doit procéder à la dilatation instrumentale avec l'appareil de Bossi, est absolument variable; cette durée variera avec l'âge de la grossesse, l'état de primiparité ou de multiparité de la femme, et enfin le degré d'effacement du col; si le col est complètement effacé, et l'orifice dilaté comme 2 f., il suffira le plus souvent de 40 à 50 minutes pour obtenir une dilatation complète, qui sera suivie immédiatement de l'extraction du fœtus, au moyen du forceps ou de la version, suivant la présentation.

Dans les cas où le col est incomplètement ou nullement effacé, la durée de l'intervention sera plus longue et variera de 1 heure à 2 heures. L'essentiel est d'aller progressivement, méthodiquement, sans effraction, de façon à s'en tenir à l'accouchement accéléré sans jamais arriver à l'accouchement forcé; c'est là le secret des succès obtenus par la méthode de la saignée massive combinée à l'accouchement accéléré comme nous venons en observer un nouveau cas à la maternité de St-Louis, où en avril dernier on amena dans le coma une primipare enceinte de 8 mois et en travail; enfant viable et vivant; urines renfermant 12 grammes d'urine.

Immédiatement après une saignée de 600 grammes, nous procédions à la dilatation accélérée au moyen de l'appareil de Bossi; col effacé, dilatation de 2 f.; au bout de 30 minutes la dilatation était presque complète, et permit d'extraire un enfant vivant, de 2130 grammes; quelques heures après l'accouchement, la femme était reprise d'une nouvelle crise d'éclampsie, avec une température de 39°: on fit une nouvelle saignée de 190 g.

39°: on fit une nouvelle saignée de 300 grammes.

Le coma persistant encore le lendemain, on appliqua deux sangsues derrière les apophyses mastoïdes; la femme reprit connaissance, et vingt jours après, sortit avec son enfant, en bon état.

Chez cette éclampsique on retira donc 900 grammes de sang, sans compter la quantité de sang perdu lors de la délivrance, et après l'application des sangsues.