

perles de sang de femmes en couches" : d'après lui, il faut rompre les membranes, aller chercher un pied et au besoin l'abaisser, ce qu'avait déjà dit Puzos. Mais Leroux, même dans les cas très graves n'accepte pas l'accouchement forcé, tant celui-ci est dangereux, et il en fait une admirable critique. Après la rupture des membranes, il conseille l'extraction différée et propose le tamponnement. Il accepte donc les idées régnantes -- délivrer vite la femme, rompre les membranes, abaisser un pied, -- mais pour peu que l'extraction ne soit pas très simple, il préconise non l'accouchement forcé, mais l'emploi du tampon, grâce auquel on peut éviter l'accouchement forcé.

Chez nous, la méthode du tamponnement se répandit. Paul Dubois l'accepta sans proscrire la rupture des membranes.

Enfin, Tarnier donnait le conseil de recourir au tamponnement qu'il considérait comme le traitement de choix, le préférant même à la rupture des membranes.

Et cependant, en 1864, Braxton Hicks avait fait connaître sa méthode, consistant à aller à travers le col incomplètement dilaté chercher un pied et à l'abaisser dans le vagin : méthode qui se répandait en Angleterre, en Allemagne, mais peu chez nous, où le tamponnement était toujours accepté.

Survient l'ère antiseptique. On reconnut mieux les inconvénients du tampon, qui s'infectait facilement. On pensa qu'il suffirait de charger le tampon de substances antiseptiques pour faire disparaître tous ses défauts : on imbiba donc celui-ci de sublimé à 1 pour 4.000, d'acide phénique à 2 pour 100 on lui incorpora de l'iodoforme. L'effet sur la muqueuse vaginale fut souvent désastreux.

Entre temps, Schröder, en 1877-78, avait repris l'étude du mécanisme de l'hémorragie. Ses idées se répandaient. Le professeur Pinard les adoptait, et préconisait chaleureusement la rupture des membranes. En même temps, grâce à l'antisepsie et à l'asepsie, les interventions se faisaient plus actives ; Bonnaire préconisait sa méthode de dilatation bimanuelle du col, Champetier de Ribes son ballon, Bossi son dilatateur métallique ; on reprenait ainsi l'idée directrice des anciens accoucheurs : faire accoucher rapidement la femme.

C'est ainsi que peu à peu on s'est éloigné du tamponnement, moyen médiocre, qui peut présenter des dangers d'infection, moyen infidèle qui n'a guère pour lui que la facilité d'exécution et l'arrêt momentané de l'hémorragie.

Le meilleur traitement est d'activer le travail. Cette méthode est-elle une ? Non. Divers facteurs doivent influencer sur le choix du mode d'intervention. L'hémorragie dans le placenta praevia est loin de se présenter toujours avec une gravité identique. Suivant que l'insertion est latérale (haute ou bas-

se), marginale, enfin centrale, l'hémorragie varie. Elle est, d'une manière générale, d'autant plus répétée et abondante que le placenta s'insère plus près de l'orifice cervical, pour être à son maximum dans l'insertion centrale. Il faut aussi tenir compte du degré de la dilatation du col au moment où on intervient, et enfin de la gravité des phénomènes de choc chez la malade. En réalité, ce qu'on voit dans la pratique, c'est non un placenta praevia, ce sont des cas particuliers dans lesquels l'accoucheur doit, par la connaissance des avantages et des risques de chaque manœuvre, apprécier ce qui est le mieux dans le cas qu'il observe.

Cela dit, étudions les moyens que nous avons à notre disposition.

A la base du traitement est la "rupture des membranes," préconisée par Mauriceau, Puzos, Leroux, Braxton-Hicks, Simpson, Pinard ; acceptée, mais comme moyen secondaire, par Tarnier. Il n'est pas toujours facile d'atteindre les membranes : parfois, lorsqu'on a affaire à un placenta central, il faut avec le doigt, remonter au-dessus du bord de celui-ci pour les trouver et les rompre. On ne doit pas, d'autre part, oublier que le but n'est pas de les perforer, de manière à faire écouler le liquide amniotique, mais qu'on se propose de les rompre largement pour empêcher tout tiraillement exercé par elles sur le placenta.

On fera donc cette rupture largement. Elle sera souvent suffisante si le placenta est relativement haut, latéral, si le travail est déjà avancé ; elle pourra ne pas l'être, si le placenta est très bas ou si le travail débute.

Faut-il donner des chiffres ? Sur 73 cas colligés par Juge, élève de M. Pinard, 45 fois la rupture des membranes suffit.

En somme, dans tous les cas d'hémorragie un peu sérieuse par insertion vicieuse du placenta, on fera la rupture des membranes. Mais si l'hémorragie est violente, si l'accouchement paraît devoir être long, on devra, en outre, précipiter le travail.

Comment ? Si le col est dilaté, ce sera chose facile. Mais s'il n'est pas dilaté, irons-nous faire l'accouchement forcé ; c'est-à-dire forcer le col, introduire la main, chercher rapidement un pied et extraire le plus vite possible ? Non.

L'accouchement forcé, brutal, alors que le col n'est pas ouvert, est aujourd'hui vraiment abandonné. L'accouchement forcé des anciens accoucheurs a été, si je puis ainsi dire, adouci, et ce qu'on fait aujourd'hui c'est "l'accouchement activé."

Quels moyens avez-vous à votre disposition ? Il faut dilater le col ; pour cela, il y a 3 méthodes :

- 1° Ou bien dilater vite le col par pression directe ;
- 2° Ou bien le dilater de haut en bas ;
- 4° Ou bien l'ouvrir par des incisions.