

Dans les accouchements à terminer rapidement, l'accoucheur maintient la femme dans la position obstétricale avec toujours les doigts maintenus contre le col. Bossi a pu obtenir des dilatations complètes en 15 minutes, voire même en 7 minutes.

Pour retirer l'instrument, les doigts doivent maintenir la muqueuse vaginale écartée des branches pendant qu'on détourne la vis.

Si on doit alors appliquer le forceps il faut le faire immédiatement.

Voici, d'après un récent travail du docteur Audion, les indications de cette dilatation rapide :

Ces avantages reconnus à la dilatation mécanique immédiate amène son auteur à le considérer comme la méthode de choix, non seulement pour la terminaison rapide de l'accouchement chez une femme malade en travail et déjà très fatiguée, mais aussi pour l'interruption de la grossesse dans les cas de complication médicale grave: sécurité, courte durée de l'acte opératoire, économie des forces de la malade, telles sont les qualités de ce procédé, qui se trouve indiqué quand la vie de la mère ne peut être conservée qu'au prix d'une évacuation rapide de l'utérus (pneumonie grave, septicémie et fœtus mort, éclampsie puerpérale intense,) ou bien quand une cardiopathie, la tuberculose pulmonaire, affaiblissent assez une femme enceinte pour faire prévoir que, si on laisse arriver la grossesse à son terme, la malade succombera épuisée pendant le travail ou dans les suites de couches.

Il est à peu près impossible de soumettre ces indications à des règles fixes et détaillées; le sens clinique de chaque praticien devra le guider plutôt qu'un exposé didactique au lit de la malade: ces indications, en effet, varieront dans divers cas différents d'une même complication médicale de la grossesse, suivant:

1. L'intensité de la lésion anatomique;
2. La résistance de l'organisme maternel dans chaque cas particulier;
3. L'imminence du péril qui menace cet organisme;
4. Le pronostic envisagé au point de vue du produit de conception;
5. Le milieu clinique où se trouve la malade: une intervention même difficile étant toujours abordable dans un hôpital où toutes les aises sont ménagées au chirurgien, tandis que l'opération la plus simple sera toujours à redouter dans un logis pauvre où la propriété comme les aides manqueront totalement ou seront suspects;
6. Les conditions sociales, psychologiques et familiales de la parturiente: notre conduite, en effet, vis-à-vis de la femme d'un ouvrier, mère déjà de plusieurs enfants, pourra être toute différente de celle que nous tiendrons à l'égard d'une dame riche, n'ayant pas encore d'enfants, mais en désirant, même après avoir été instruite par nous des dangers auxquels l'expose la continuation de sa grossesse.

Néanmoins, Bossi a divisé les indications de sa méthode en trois groupes:

1. Cas où la provocation artificielle de l'accouchement prématuré, ou bien l'accélération du travail sont reconnues nécessaires.

La supériorité de la dilatation mécanique immédiate sur les autres méthodes plus longues, et qui nécessitent des manœuvres pénibles où l'assistance d'une garde, d'aides chirurgicaux lui paraît évidente, surtout quand l'accoucheur doit opérer seul dans un milieu

pauvre: un long et pénible travail qui eût peut-être mis en péril la vie de la mère devra être, grâce à elle, évité, s'il s'agit par exemple d'une tuberculose pulmonaire avancée, d'une lésion grave non tuberculeuse de l'appareil respiratoire, d'une néphrite avec ou sans éclampsie, d'une cardiopathie menaçante, d'une maladie cutanée étendue et invétérée, d'une anémie pernicieuse progressive.

2. Cas justiciables de l'accouchement forcé. Le dilatateur de Bossi rendra les plus grands services quand la vie de la mère ou celle du fœtus dépendront de la rapidité de l'évacuation de l'utérus: éclampsie grave, femme en travail, atteinte de tuberculose pulmonaire ou d'une affection cardiaque graves, placenta prævia, sténose anatomique du col, sténose cicatricielle du col; femme agonisante ou morte et fœtus vivant.

3. Cas d'emprisonnement du placenta au-dessus d'un col utérin non dilatable par les moyens usités habituellement.

La dilatation mécanique immédiate peut résoudre même cette grosse difficulté.

—: o o —

PEDIATRIE

LA FAUSSE COQUELUCHE.

Par le Dr R.-Saint-Philippe.

Il existe positivement une fausse coqueluche il y a intérêt à la reconnaître, à la distinguer de l'autre, la vraie. Mais on se tromperait singulièrement si l'on s'attachait seulement, pour les différencier l'une de l'autre, aux caractères de la toux. Rien n'est plus aléatoire. On a beau avoir vu et entendu des milliers de coquelucheux, on a beau croire qu'on a dans l'œil la mimique et dans l'oreille la musique de ces toux-seurs véritablement spéciaux, on peut être induit en erreur. Il faut donc se défier pour n'affirmer qu'à bon escient. Et ce qui complique le problème, c'est que si l'on n'y prend garde, comme je ne saurais trop le recommander, on pourra inversement laisser passer, sans la dépister, une coqueluche vraie dont la toux n'aura pas paru caractéristique.

Si l'on s'en tient aux opinions des auteurs et à celle de la majorité des praticiens, la coqueluche est toujours marquée par l'inspiration sifflante, par ce qu'on a appelé la reprise qui suffit à imprimer au mal son cachet. J'ai montré précédemment combien cette manière de voir répondait peu à la réalité des choses. Une fois sur trois quand la coqueluche est à son acmé et une fois sur deux quand elle est déjà vieille, le spasme inspiratoire manque ou est peu marqué—coqueluche incomplète et coqueluche fruste — et la coqueluche n'est plus affirmée que par le caractère nocturne ou matutinal des quintes, par leur opiniâtreté, par leur longue durée. Et j'ai montré, bien avant mon collègue des hôpitaux de Paris, M. Variot, qui a conseillé récemment de toucher du doigt l'orifice du larynx pour provoquer la toux démonstrative, qu'on pouvait dans ces cas, pour se faire donner le spectacle et la représentation de la quinte, peser fortement sur la trachée à l'extérieur, comme on le fait en médecine vétérinaire pour provoquer la toux du cheval.